

Päihdehaittojen laitospuotoisen kontrollin jakautuminen sosiaali- ja terveydenhuollon, poliisin säilön ja vankilan välillä 1985–2006

YAIRA OBSTBAUM & TOMI LINTONEN & JORMA AARNIO & VIRPI VON GRUENEWALDT & HEIKKI VARTIAINEN & AINO MATTILA & SIRPA HAKAMÄKI & PÄIVI VIITANEN & TERHI WUOLIJOKI & MATTI JOUKAMAA

Johdanto

Päihdeongelmien hoito on ollut keskeinen osa pohjoismaisen hyvinvointivaltion moraalista projektia, jossa valtio määrittelee, millaista on hyvä elämä sekä minkälainen päihteiden käyttö on hyväksyttyä ja milloin päihteiden käytöstä on yhteiskunnallista haittaa, johon tulee puuttua (Sulkunen 2002, 67). Se, millaisina ongelmina alkoholista tai muusta päihdeestä johtuvat sosiaaliset ongelmat nähdään, on vaihdellut eri aikakausina (mts. 76–79). Terveydenhuollon, sosiaalihuollon ja pakkotoimia toteuttavien laitosten (ensisijassa poliisin ja vankilan) välisen työnjaon on nähty heijastavan sitä, nähdäänkö päihdeongelmat eri aikakausina ensisijaisesti terveydellisinä, sosiaalisina vai järjestyksenpidollisina ongelmina (Mäkelä & Säilä 1986, 67).

Päihdekонтроllin luonne ja päihdehaittoja käsittelevien instituutioiden työnjako ovat pääasiallisesti kahden prosessin tulosta. Toisaalta vaikuttavat muutokset toimintaympäristössä, kuten alkoholin ja huumeiden käytön tasojen vaihtelut, ja toisaalta yhteiskunnalliset käsitykset päihdeongelmien luonteesta. Lisäksi taustalla vaikuttavat yleiset muutokset hyvinvointivaltion palvelurakenteessa, kuten se, kasvatetaanko palveluntarjontaa vai ollaanko rakenteita keventämässä. (Vrt. Takala & Lehto & 1992, 88, 105–106.)

Hyvinvointivaltion rakennuskaudella, 1970-luvun loppupuolella, sosiaalisektorin vastuu päihdehaittojen kontrollista kasvoi Suomessa nopeasti ja pakkotoimenpiteiden osuus piene-

ni (ks. etenkin Mäkelä & Säilä 1986). Samalla myös sosiaalihuollon luonne muuttui kuntouttavampaan suuntaan (Edman & Stenius 2009, 399–400). Kehitys jatkui vielä 1980-luvulla, mutta 1990-luvun laman aikana lähdettiin pienentämään tätä päihdehuollon koneistoa, jota suhteessa väestön määrän ja päihteiden kuluksen tasoon on pidetty eräänä maailman kattavimmista ja myös laitospuotoisimmista (Klingemann & al. 1992). Vuoden 1992 valtionosuus-uudistus antoi kunnalle päätäntävällän päihdehuollon järjestämisessä, mikä monissa tapauksissa johti avopalveluiden korostamiseen laitoshoidon kustannuksella. On arvioitu, että uudistus ei ole lisännyt asiakkaiden hoitoon pääsyä riittävästi, ja on oletettu, että järjestelmä enenevässä määrin suosii sellaisia henkilöitä, jotka pystyvät pitämään kiinni ajanvarauskäytännöistä ja sitoutumaan intensiivisiin hoitosuhteisiin. Tämän on pelätty johtavan erityisesti huono-osaisien päihteiden käyttäjien heikentyneeseen osallisuuteen hoidosta. (Kaukonen 2005, 314–317.) On myös esitetty huolenaiheita siitä, että kehitys näin saattaa lisätä järjestysviranomaisien puuttumista päihteiden käytöstä aiheutuviin haittoihin (Törrönen 2004).

Päihdeisiin liittyvien rikosten sanktioankaruus on kiristynyt paitsi Suomessa myös muissa Pohjoismaissa (ks. mm. Kainulainen 2009; Träskman 2005). Suomen vankiluvun vuonna 2001 alkanut kasvu tosin taittui vuonna 2006 (Lappi-Septälä 2007). Päihdehaittojen on kuitenkin arvioitu yhä enenevässä määrin kuormittavan vankein-

hoitoa (ks. mm. Rikosseuraamusvirasto 2005). Uusin vankeuslaki määrittää vankeusrangaistuksen tavoitteeksi lisätä vangin valmiuksia rikoksettomaan elämäntapaan edistämällä vangin elämänhallintaa ja sijoittumista yhteiskuntaan sekä estää rikosten tekeminen rangaistusaikana. (Vankeuslaki 767/2005) Vankilat tarjoavatkin enenevässä määrin kuntouttavia toimia, kuten päihdehuoltoa tai apua elämänhallintaan, joskin on esitetty, että toimet eivät tavoita monia suuria vankiryhmiä, kuten esimerkiksi lyhytaikaisvankeja, jotka vahvasti olisivat tuen tarpeessa (Karsikas 2007; Kivivuori & Linderborg 2009). Vankien päihdeiden käyttöä on monin tavoin yritetty arvioida, mutta todellista tasoa ja tasoissa tapahtuvia pitkän aikavälin muutoksia on ollut vaikea tutkimuksellisesti määrittää, sillä käytössä olleet aineistot ovat olleet puutteellisia. Vasta viime aikoina on ollut mahdollista käyttää vankilan päihdeilanteen arvioimiseksi pidemmän aikavälin kattavia vankien terveystutkimusaineistoja. (Joukamaa & al. 2010.) Aikaisemmissa tutkimuksissa ei ole tarkasteltu, miten vankilassa tapahtunut päihdeiden käytön muutos näyttäytyy suhteessa niiden muiden instituutioiden työnjakoon, jotka käsittelevät päihdeiden käyttöön liittyviä yhteiskunnallisia haittoja eli sitä, onko vankilan osuus työnjaossa kasvanut suhteessa sosiaali- ja terveydenhuoltoon tai poliisiin.

Tässä tutkimuksessa käytetään lähtökohtana eri vuosina tehtyjä vankien terveystutkimuksia. Näissä otostutkimuksissa havaittua päihdeongelmaisten vankien osuutta käytetään määrittämään päihdeongelmaisten vankien määrää vankiloissa vuosittain. Artikkelissa analysoidaan työnjakoa sosiaali- ja terveydenhuollon, poliisin säilön ja vankilan välillä päihdehaittojen laitosmuotoisen kontrollin tuottajina vuosina 1985–2006. Kysymme useisiin rekisteriaineistoihin ja vankilan terveystutkimusaineistoihin nojaten, minkälaista empiiristä tukea löytyy väitteelle kuntouttavan kehityskulun vähenemiselle ja pakkoon perustuvan kontrollin osuuden lisääntymiselle? Tarkasteluajanjakso määritetty osittain käytettävissä olevien aineistojen, erityisesti vankila-aineistojen, perusteella. Lisäksi aikasarjan ulottamista 1980-luvun alkuun perustelee Klaus Mäkelän ja Sirkka-Liisa Säilän (1986) tutkimus, jossa eri viranomaisten välistä työnjakoa tarkasteltiin vuosien 1960 ja 1980 välillä.

Tässä artikkelissa selvitämme pääasiallisesti kahta asiaa.

1. Arvioimme tilastollisesti, miten päihdeiden ongelmakäyttäjien määrä vankiloissa on muuttunut vuosina 1985–2006.
2. Arvioimme sosiaali- ja terveydenhuollon, poliisin ja vankilan välistä työnjakoa päihdehaittojen laitosmuotoisen kontrollin tuottajina ja työnjaon muutosta vuosina 1985–2006.

Päihdeongelmien hoidosta haittojen kontrolliin?

Pekka Sulkusen (2002) mukaan hyvinvointivaltion historian aikana on siirrytty päihdeongelmaisten henkilöiden hoitamisesta päihdeistä koituvien yhteiskunnallisten haittojen vähentämiseen. Tämä kehitys kertaautuu ns. ”kypsan” hyvinvointivaltion kaudella, jolloin yksilön vapaus on vedetty äärimilleen ja poikkeavaa käyttäytymistä sallitaan, kunnes siitä on haittaa yhteiskunnalle tai yksilölle itselleen. On tapahtunut siirtyminen pastoraalisesta (paimentavasta) hyvinvointivaltiollisesta vallasta, jossa valtio määrittelee hyvän elämän ja valvoo sen toteutumista jokaiselle, epistolaariseen vallan aikakauteen, jonka päämääränä ei enää ole hyvä elämä kaikille. Hyvän sijalle on vaihdettu liberaali oikeudenmukaisuus. Tällöin valtiolliset yhteiskunnan interventiot tulevat kyseeseen vasta silloin, kun yksilö käytöksellään rajoittaa toisen mahdollisuuksia vapaasti toteuttaa itseään. (Sulkunen 2002, 160.) Jock Young (1999) toteaa, että hoito on toissijainen tavoite nykypäivänä. Tärkeää on sen sijaan, että luodaan illuusio ongelmien yhteiskunnallisesta kontrollista kvantifoimalla ”ongelmia” mahdollisimman tehokkaasti. Tällaisessa yhteiskunnassa poikkeavan käytöksen, kuten päihteen väärinkäytön, marginalisoiva efekti on kova ja korostaa järjestystoimenpiteitä.

David Garland (2001) väittää, että viimeisten kolmenkymmenen vuoden aikana on siirrytty pois hyvinvointivaltion kriminaalipolitiikasta (*penal welfarism*). ”Hyvinvointipolitiikka on parasta kriminaalipolitiikkaa” -periaate on näin murtumassa hyvinvointivaltion muuttuessa. Vankilan kontrolli on erityistä, vaikka siihen sisältyisi – ja lisääntyvästi sisältyykin – hoitotoimenpiteitä (mts.; ks. myös Christie 2000). Marginaaliin ja myös vankilaan joutuu monia, joiden ongelmat suoraan tai epäsuoraan ovat osa huonon elämänhallinnan, sosiaalisten ongelmien ja

päihdeongelmien vyyhtiä (ks. mm. Wilson 1990; Skarðhamar 2003; Kyyvsgaard 2005; Ødegård 2008; Kivivuori 2008, 44, 95–96, 210–213).

Mäkelän ja Säilän (1986, 67) mukaan poliisin ja terveydenhuollon suhtautuminen päihdekysymykseen (väkijuomakysymykseen) ovat kaksi ääripäätä, joiden välille sosiaalihuolto sijoittuu. Vankila voidaan nähdä osana yhteiskunnan päihdekontrollia – sen äärimmäisenä muotona.

Laitoskontrollia toteuttavat viranomaiset

Tiedetään, että alkoholin kokonaiskulutuksen noustessa myös ns. päihdehaittojen määrä lisääntyy. Vaikutukset ilmaantuvat sekä välittömästi että viiveellä. (Edwards & al. 1994; Mäkelä & al. 2010.) On monia laitoksia, jotka suoraan tai epäsuoraan joutuvat tekemisiin päihdeistä johtuvien ongelmien kanssa ja jotka näin saattavat osallistua yhteiskunnan päihdekontrolliin. Päihdeongelmiin voidaan joutua puuttumaan niin koulussa, työpaikalla kuin lääkärin vastaanotolla. Pääosassa yksilöiden päihdeiden käytöstä aiheutuviin haittojen laitosmuotoinen kontrolli jakautuu kuitenkin poliisille, vankeinhoidolle sekä sosiaali- ja terveystyöntekijöille (vrt. Päihdetilastollinen vuosikirja 2006; Mäkelä & Säilä 1986, 68).

Seuraavaksi pohdimme artikkelissa analysoitavien laitosten keskeisiä piirteitä sekä sitä, miten päihdehaittojen määrä näissä instituutioissa näkyy. Lisäksi arvioimme instituutioiden muutosten ja joidenkin rekisteröintitapojen muutosten vaikutusta siihen, miten päihdehaitat näkyvät rekisteritasolla eri vuosina.

Sosiaali- ja terveydenhuolto

Sosiaalihuollon laitosmuotoiset päihdepalvelut voi luokitella hoidollisuuden suhteen. Hoidollinen aspekti on näkyvin *päihdekuntoutuslaitoksissa*, joissa annetaan pitkäkestoista terapeutista ja käytännöllistä, sosiaalityöhön pohjaavaa kuntoutusta, sekä *katkaisuhuoltoasemilla*, joilla tähdätään juomaputken katkaisuun ja mahdollisten jatko toimien suunnitteluun. Päihdehuollon *asumispalveluissa* eli huolto- ja hoitokodeissa hoidollinen aspekti on vähäisempi. Niissä tarjotaan eripituisia laitosmajoituksia päihdeongelmallisille. *Ensisuojat* ovat minimitalon yösijojia, jotka alun perin saivat alkunsa väliaikaisratkaisuna 1960- ja 1970-luvun ”suuren muuton” vuosina. Nämä

jäivät kuitenkin pysyviksi ratkaisuiksi. (Takala & Lehto 1988; A-klinikkasäätiö 2006.) Rajanveto eri laitosten välillä ei aina ole yksiselitteistä, koska joissakin asumispalveluissa tarjotaan esimerkiksi kuntouttavampia toimia. Suurimmassa osassa tapauksia rajanveto on kuitenkin mahdollinen (vrt. Nuorvala & al. 2004, 610). Asumispalvelut eli hoitokodit ja huoltokodit on yhdistetty tilastoinnissa vuodesta 1990 lähtien, joten tässä ne esitetään yhtenä lukuna kaikilta vuosilta. Katkaisuhuoltoasemat ja kuntoutuslaitokset yhdistettiin tilastoinnissa vuonna 1994, joten vertailun mahdollistamiseksi ne on yhdistetty koko ajanjaksolta otsikon ”päihdekuntoutus” alle. Vuosien 1989 ja 1990 osalta myös huoltolat on yhdistetty tähän lukuun¹. Päihdeiden käytön muutokset heijastuvat yleensä sosiaalihuollon laitosten käytössä jonkinlaisella viiveellä, sillä esimerkiksi päihdeiden käyttöön liittyvien sosiaalisten ongelmien kärjistymisen kestää yleensä jonkin aikaa (STM 2006).

Sairaaloissa, terveyskeskuksien vuodeosastoilla ja psykiatrian sairaanosastoilla hoidetaan laajalti sairauksia, jotka luokitetaan ns. alkoholisairauksiksi. Näitä ovat esimerkiksi maksa- tai haimasairaudet, alkoholi- tai huume-, myrkytys- tai riippuvuustilat sekä mm. huumeista tai alkoholista johtuvat sekavuustilat, jotka lukeutuvat päihdeisiin liittyviin psykiatrisiin vaikeuksiin. (Vrt. esim. Päihdetilastollinen vuosikirja 2009, 92.) Monien sairauksien kroonistuminen kestää jonkin aikaa, mutta kokonaiskulutuksen noustessa krooniset haitat ovat näyttäneet lisääntyvän akuutteja haittoja nopeammin (STM 2006; Tigerstedt & Österberg 2007). Toisaalta Suomen 1990-luvun ”toisen huumeaallon” aiheuttama huumeiden ongelmakäytön kasvu on arvioitu näkyvän laitostasollakin hieman nopeammin esimerkiksi myrkytystapauksina (vrt. Nuorvala & al. 2004; 609; Mäkelä & al. 2010, 20).

¹ Alkuperäiset huoltolat olivat enemmänkin työlaitoksia (Takala & Lehto 1988). Kuitenkin Sosiaali- ja terveydenhuollon KETI-tiedoissa vuosilta 1989 ja 1990 huoltola-nimityksen alla kulkevat laitokset on luokiteltu päihdehuollon kuntoutusyksiköiksi. Vuoden 1991 KETI-tiedoissa huoltolaita ei enää mainita. (Sosiaali- ja terveydenhuollon... 1989 & 1990.) Todennäköisesti suurin osa huoltolaita oli kehittyneet suhteellisen kuntouttavaan suuntaan jo vuonna 1989, joten yhdistäminen lienee sisällöllisesti ongelmattomia (vrt. Mäki 2009, 657–658; Koskue 2000).

Poliisi

Säilöönotto voidaan tehdä henkilön itsensä, kotirauhan tai rikoksilta ja häiriöltä suojaamiseksi². Alkoholinkulutuksen tason lisäksi poliisiin säilöönottotilastoihin vaikuttavat lukuisat muut tekijät, kuten poliisin oman toiminnan painopisteet ja resurssit, sääolot ja yleinen suvaitsevaisuus julkisella paikalla päihtyneinä esiintyviä kohtaan (esim. Ahlström-Laakso 1971; Säilä 1972, 211). Poliisin juopumussäilöönottojen määrä laski tietoisesta poliitiikan seurauksena koko 1990-luvun. Vuodesta 1995 kehitys on seurannut aika tiiviisti alkoholinkokonaiskulutuksen kasvavaa kehitystä, mitä on tulkittu siten, että kun julkijuopumus kyseisenä vuonna sallittiin, on poliisi ottanut säilöönsä pääasiassa huonokuntoisia itseltään huolehtimaan kykenemättömiä henkilöitä. (STM 2006.)

Vankila

Vankiluvun vaihteluihin vaikuttavat paitsi muutokset rikostasoissa tai niissä tekijöissä, jotka ovat sidoksissa rikoksen tekemiseen (köyhyys, sosiaalinen syrjäytyminen), ennen kaikkea muutokset kontrollijärjestelmässä, kuten kiristynyt rangaistuskäytäntö tai tehostunut valvonta (esim. van Hofer 2003). Tarkastelukaudella Suomen vankiluku oli laskussa vuoteen 1999 saakka, minkä jälkeen se lähti jälleen nousuun, joka taittui vuonna 2006. Vuosien 1999–2006 välinen nousu johtui lähinnä väkivaltarikoksista, huumerikoksista sekä omaisuusrikoksista tuomittujen määrän kasvusta (Lappi-Seppälä 2007). Huumerikoksista tuomittujen vankien määrän kasvua on käytetty kuvaamaan vankilan päihdeongelmien kasvua karkeasti, mutta tähän liittyy luonnollisesti monia ongelmia (ks. esim. Kaukonen 2000)³.

Vankien päihteen käytön laajuutta ja sen muutoksia pidemmällä aikavälillä ei ole täysin kattavasti Suomessa tutkittu, mutta päihteen

käyttöä sivutaan useissa tutkimuksissa (ks. esim. Koski-Jännes 1995; Tourunen & Perälä 2004; Karsikas 2005; Rikosseuraamusvirasto 2005; Granfelt 2007). Useissa näissä 1990-luvun puolivälin jälkeen tehdyissä tutkimuksissa todetaan, että yhä suuremmalla osalla vankeusrangaistukseen tuomituista on päihdeongelma (ks. esim. Mutalahti 1999). Voidaan tehdä johtopäätös, että vankilan päihdeongelma on laajentunut, mutta sen tarkasta laajuudesta ei olla varmoja.

Laajimmin päihteen käyttöä voidaan analysoida vankien terveystutkimuksen avulla. Vankien terveystutkimus on Suomessa toistettu vuosina 1985, 1992 ja 2006. Vuoden 1985 tiedot on pääosin raportoitu (Joukamaa 1991), mutta eri vuosien aineistojen tarjoamia mahdollisuuksia päihteen käytön analysoimiseen ei ole kokonaan käytetty hyväksi. Kehitystä ei ole aiemmin suhteutettu muiden yhteiskunnan päihdehaittoja käsittelevien viranomaisten toiminnan muutoksiin.

Aineisto

Artikkelissa analysoidaan päihdetapausten jakamista sosiaali- ja terveydenhuollon, poliisin säilön ja vankilan välillä vuosina 1985–2006. Päihdetapaukseksi määritellään tässä tapaus, jossa päihteen käyttö on arvioitu syyksi hoitoon joutumiselle (sosiaali- ja terveydenhuollon laitokset) tai jossa päihteen käyttäjä on syyllistynyt toimintaan, jonka johdosta hänet on pakkokeinoin määrätty laitokseen (poliisin juopumussäilö ja päihdeongelmaiset vangit). Aineistona analysoidaan laitosvuorokausia tai muuta tapahtumaa, jossa laitoksessa on oltu yli yön. Avohoitoa tai esim. yhdyskuntapalvelua ei erikseen analysoida.

Terveystutkimuksen aikasarja perustuu alkoholi- ja huume-ehdoisiin laitoshoitovuorokausiin sairaaloissa, psykiatrisilla osastoilla sekä terveyskeskusten vuodeosastoilla. Lisäksi on eritelty, onko hoito kuulunut psykiatrian, somaattisen erikoissairaanhoidon vai perusterveydenhuollon alaan⁴. Aineistoa varten tehtiin poiminta Stakesin (ny-

2 Poliisilaki (493/1995) ja Laki päihtyneiden käsittelystä (461/1973)

3 Vankirekistereissä huumausainerikokset RL 50:1–4 rekisteröidään yhtenä havaintona päär rikoksen "huumausainerikos" alle. Voidaan kuitenkin olettaa, että huumausaineen käyttäjä useasti on jossain määrin erilainen vanki kuin esimerkiksi huumausaineen salakuljettaja tai välittäjä. Toisaalta jo vähän suuremmasta hallussapidosta tai haksien viljelystä omaan käyttöön on mahdollista sakottaa. Huumeiden käyttäjiä löytyneekin useammin maksamattomien sakkujen takia sikon muuntorangaistusta suorittavien ja omaisuusrikoksista tuomittujen keskuudesta, vaikka käyttö ei muidenkaan huumausainerikoksista tuomittujen keskuudessa ole epätavallista. (Kainulainen 2009.)

4 Järvenpään sosiaalisairaalan hoitovuorokaudet on tässä tutkimuksessa sisällytetty terveydenhuollon vuorokausiksi, vaikka sairaala luokitellaankin sosiaalihuollon laitokseksi. Näin meneteltiin, koska sosiaalisairaala rekisteröi myös sosiaalihoitoa saavien asiakkaidensa osalta diagnoositiedot, joten on mahdollista erikseen määrittää alkoholi- ja huume-ehdoiset hoitajakset yhtä pitkältä aikaväliltä kuin terveydenhuollon laitosvuorokausin osalta.

kyään THL) terveydenhuollon hoitoilmoitusrekistereistä, jotka perustuvat laitosten vuosittain ilmoittamiin tietoihin. Päihde-ehdoisuus määriteltiin kansainvälisen tautiluokituksen kulloinkin käytössä olleen version (ICD-8, -9 ja -10) koodien perusteella⁵.

Sosiaalihuollon aikasarjaan valittiin laitosvuorokaudet päihdehuollon erityispalveluihin kuuluvista laitoksista eli kuntoutuslaitoksista, katkaisuhoidoasemilta sekä asumispalveluista ja päihdehuollon ensisuojusta (vrt. esim. Päihdetilastollinen vuosikirja 2006)⁶. Vuosien 1980–1988 tilastotiedot kerättiin alkoholitilastollisesta vuosikirjasta (lähde: Sosiaalihuollon⁷). Vuosina 1989–1993 lähteenä ovat Sosiaali- ja terveydenhuollon KETI-tilastot. Vuosien 1994–2006 lähteenä on taas Päihdetilastollinen vuosikirja. Vuodesta 1997 lähtien THL on sisällyttänyt kuntouttavan sosiaalihuollon (kuntoutuslaitokset ja katkaisuhoidojärjestelmän) kattavasti hoitoilmoitusjärjestelmän piiriin, joten tämän ajankohdan jälkeen poimittiin järjestelmästä tarkempi otos, mikä mahdollisti sisällöllisen analyysin mm. ikä ja sukupuoliuuttujen suhteen⁸.

Vuosittaiset tiedot siitä, kuinka monta henkilöä *poliisi ottaa juopumussäilöön*, perustuvat Tilastokeskuksen ilmoittamiin lukuihin.

Vankilan päihdetapausten laskemiseen on aineistona käytetty vuosittaisia *vankirakennekartoituksia* sekä *vankien terveystutkimuksien päihdediagnooseja* vuosilta 1985, 1992 ja 2006. Vankirakennekartoitukset ovat poikkileikkaus van-

tilassa yhtenä ajankohtana olevasta ryhmästä, ja ne on vuoteen 1996 saakka suoritettu 1.10., minkä jälkeen laskentapäivä on ollut 1.5. Tiedot on saatu Rikosseuraamusvirastosta (nykyinen Rikosseuraamuslaitos)⁹.

Ensimmäiseen vankien terveystutkimukseen vuonna 1985 poimittiin otos (N=1 099) vankilaan tulevista vangeista. Tutkimukseen osallistui 903 vankia (82 %). Katoanalyysin perusteella osallistuneet edustivat koko tutkimusvuotena vankilaan tulleita vankeja (Joukamaa 1991). Vuonna 1992 kerättiin pienempi mutta vertailukelpoinen otos (N=325). Vuoden 2006 aineisto on edustava otos kaikista Suomen vangeista (N=711). Vastausprosentti oli 87. Tätä artikkelia varten jätettiin tarkastelun ulkopuolelle yhdyskuntapalvelua suorittavien erillisotos. Vangeille tehtiin kaikkina vuosina kattava tutkimus, johon kuului useita kyselyitä, sairaanhoitajien tekemiä haastatteluita, laboratoriotestejä ja kliininen lääketieteellinen tutkimus. (Joukamaa 1991; Joukamaa & al. 2010.)

Päihdehäiriödiagnoosit tehtiin vuosina 1985 ja 1992 ICD8-tautiluokituksen mukaisesti. Diagnoosit tekivät vankilalääkärit. Vuonna 2006 päihdehäiriöiden diagnostiikka perustui sekä vankilalääkäreiden arvioihin että tehtävään koulutettujen psykologien tekemiin standardoituihin psykiatriisiin haastatteluihin (Structured Interview for DSM-VI, ks. First & al. 1997a & 1997b). Vuoden 2006 tutkimuksen diagnostiikka oli tarkempi ja luotettavampi kuin kahdessa aiemmassa tutkimuksessa käytetty.

Analyyysi

Tutkimuksen havaintoyksikkönä on päihdetapausten vuosittainen keskimäärä eri laitoksissa tarkastelujaksolla 1985–2006. Vankilan osalta laitosvuorokausiluku perustuu vuosittaiseen poikkileikkauskartoitukseen ja siitä laskettuun arvioon päihdeongelmaisten vankien määrästä. Muiden laitosten osalta on käytetty vuosittaista laitosvuorokausilukua jaettuna 365:llä.

Vankilan päihdetapausten määrä arvioitiin vuosilta 1985, 1992 ja 2006 seuraavalla tavalla: vankien terveystutkimuksen perusteella mää-

5 Tietojen keräämisestä kiitämme Simo Pelanteria. Huumeidiagnoosikoodien vastaavuuksien tarkistamisesta ICD-8:n ja ICD-9:n osalta kiitämme Mauri Aaltoa. Tutkimukseen sisällytettiin seuraavat diagnoosit. Alkoholi ICD-8: 291, 303, 980, HAIMA, MAKSA ICD-9: 2650A, 291, 303, 3050A, 3575A, 4255A, 5307A, 5353A, 6484A, 7607A, 980, HAIMA, MAKSA. ICD-10: E244, E52, F10, G312, G621, G721, HAIMA, I426, K292, MAKSA, O354, P043, Q860, R780, T51, Z502, Z714, Z721. Huumeet: ICD-8: 7003, 2943, 304, 9650, 9651, 9654, 9655, 9659, 967, 970, 971, 978, 979, 982. ICD-9: 292, 304, 305, 6483A, 7607X, 965, 967, 9685A, 969, 970, 982. ICD-10: F11, F12, F13, F14, F15, F16, F18, F19, F55, O355, P044, P961, R781, R782, R784, R785, T36, T39, T40, T423, T424, T426, T427, T43, T507, T52, Z503, Z715, Z722.

6 Päihdehuollon erityispalveluihin luokitellaan yleensä myös A-klinikat, nuorisosemat ja terveysneuvontapisteet, mutta ne eivät tarjoa (yli yön kestävää) laitoshoidoa (vrt. esim. Päihdetilastollinen vuosikirja 2006, 107).

7 Lukuja ei ole julkaistu kaikilta vuosilta, joten väliin jääviltä vuosilta lukuna on käytetty kahden vuoden "keskele" sijoittuvaa interpoloitua määrää.

8 Hoitoilmoitusjärjestelmästä poimittiin hoitopäiväta-solla tiedot hoitopäivien vuosittaisesta jakautumisesta, sukupuoliittain, ikäyhmittäin ja maakunnittain.

9 Tietojen toimittamisesta kiitämme Marja-Liisa Muilu-vuorta.

ritettiin se osuus otoksen vangeista, joilla diagnosikriteerien perusteella on havaittu päihdeongelma, so. alkoholi- tai huumeongelma. Päihdeongelmaisten vankien määrä tutkimuksessa on siten otoksessa havaittu osuus vankirakennekartoituksen vankimäärästä. Esimerkiksi vankirakennekartoituksen mukaan 1.10.1985 vankilatuomiota suoritti yhteensä 3 690 vankia. Päihdeongelmaisten osuus saman vuoden terveystutkimuksessa oli 45,7 prosenttia. Vankiloiden päihdetapausten päivittäiseksi keskimääräksi määritettiin 1 686 vankia. Joitakin analyysejä varten eriteltiin myös, oliko pääasiallisena päihteenä huume, alkoholi vai molemmat.

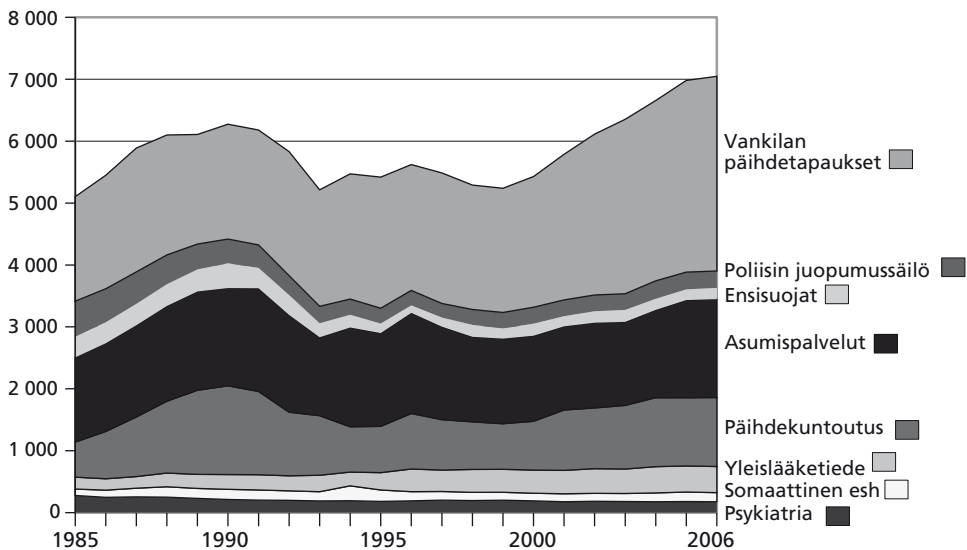
Laskennallisesti määriteltiin myös päihdediagnoosien määrä niiden vuosien osalta, jolloin vankien terveystutkimusta ei tehty. Tätä varten tehtiin lineaarinen interpolaatio niiden tutkimusvuosien välille, joiden otosten päihdediagnoosien määrä oli tiedossa. Väliin jäävät luvut laskettiin suoraan lineaarisesti niin, että: ajalle t_0 ja t_1 , joiden aikasarjan lukuarvot ovat tiedossa $X(t_0)$ ja $X(t_1)$, saadaan interpoloidut arvot $X(t) = X(t_0) - X(t_1) \cdot (t - t_0) / (t_1 - t_0)$ jne. Interpoloitujen lukujen avulla määritettiin päihdeongelmaisten henkilöiden osuudet tutkimusvuosien väliin jäävien vuosien vankiluvuista. Interpoloidut luvut antavat mahdollisuuden tarkasteluille, joissa tarvi-

taan päihdeongelmaisten vankien määrää jokaiselle vuodelle¹⁰.

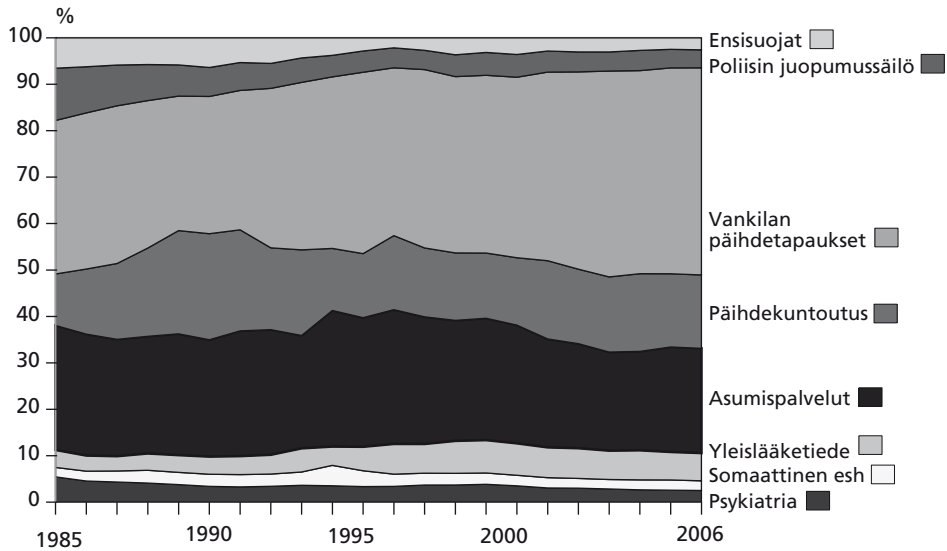
Kuviossa 1 on esitetty päihteisiin liittyvien laitospaikkavuosien jakautuminen viranomaisten välille vuodesta 1985 eteenpäin absoluuttisina lukuina. Kuviossa 2 laitospaikkavuosien jakautuminen on esitetty suhteellisina osuuksina, jolloin instituutioiden välisten työnjaon muutokset tulevat esiin.

Terveydenhuollon ja vankeinhoidon osalta pystyttiin analysoimaan myös laitospäivien jakaantumista huumeiden- ja alkoholinkäyttäjien välille. Tulokset esitetään kuviossa 3. Sosiaalihuollon laitosten ja poliisin säilön asiakkaiden käyttämiä pähteitä taasen ei tarkasteluajanjaksolta ole rekisteröity rutiininomaisesti. Sukupuolen ja iän suhteen aineistoa analysoitiin vankilan päihdetapausten, terveydenhuollon sekä kuntoututtavan päihdehuollon osalta vuosilta 1992 ja 2006.

10 Interpoloidut luvut ovat vain analyysin apuväline. On mahdotonta tietää onko esim. vuosien 1992 ja 2006 välillä päihteen käyttö pelkästään lisääntynyt vai onko aikavälille kenties mahtunut myös laskua. On muistettava että varsinaista tietoa päihteen käytön laajuudesta vankilassa on olemassa vain terveystutkimusvuosilta.

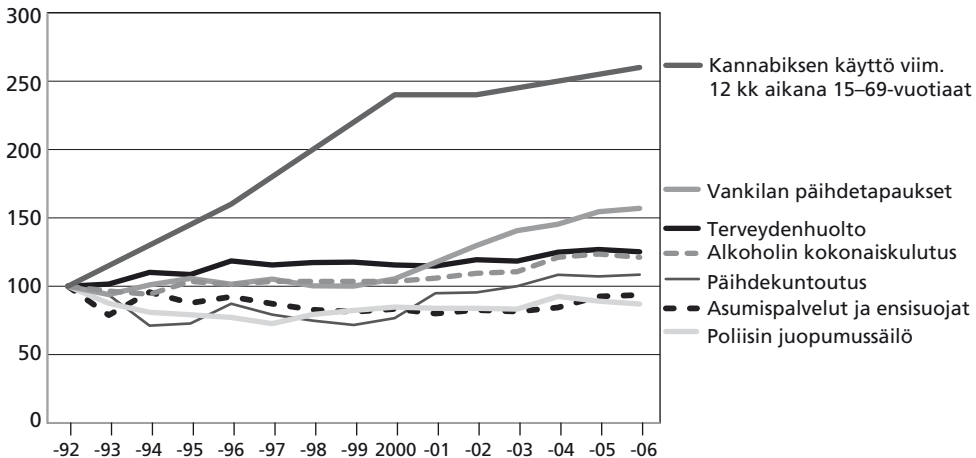


Kuvio 1. Päihteisiin liittyvien laitospaikkavuosien jakautuminen eri laitosten kesken. Henkilöitä keskimäärin päivittäin vuosina 1985–2006



Kuvio 2. Päihteisiin liittyvien laitosvuorokausien jakautuminen eri laitosten kesken vuosina 1985–2006. Suhteelliset osuudet

Muutos suhteessa vertailuvuoteen



Kuvio 3. Päihdevuorokausien laitoskohtainen kehitys sekä alkoholin kokonaiskulutuksen ja kannabiksen kokeilun muutokset 1992–2006 indeksoituna (1992=100)

Laitosvuorokausien määrän muutokset

Päihteisiin liittyvien laitosvuorokausien määrä on lisääntynyt tarkasteluajanjaksolla¹¹. Eri lai-

11 Analyysi tehtiin ensin suhteuttaen luvut kunkin vuoden väkilukuun (per capita -muunnos). Näin voidaan sulkea pois laitosvuorokausien määrän muutosten johtuminen vain väkiluvun muutoksista. Vuosittaiset erot pysyivät suhteellisen muuttumattomina myös otettaessa huomioon vuosittainen väkiluku (kasvuun sovitettiin yksinkertainen lineaarinen malli, jonka mukaan ajanjaksolla

toksissa oli tarkasteluajanjakson alussa vuonna 1985 keskimäärin noin 5 103 henkilöä ja tarkasteluajanjakson lopussa vuonna 2006 noin 7 047 henkilöä päivittäin. Tarkasteluajaksolle mahtuu kaksi huippua, jolloin laitospaikkojen kokonaismäärä on erityisen suuri. Ensimmäinen huippu ajoittui vuodelle 1991, jolloin laitoksissa oli päivittäin

havaittu kasvu oli tilastollisesti merkitsevää ($p < 0,001$). Tämän havainnon jälkeen analyysiä on jatkettu muuntamattomilla luvuilla.

keskimäärin noin tuhat henkilöä enemmän kuin vuonna 1985. Vuodesta 1991 lähtien aineistossa näkyi Suomen 1990-luvun talouslaman aiheuttama vähentyminen laitospaikoissa, joka loppui vuoden 1996 tienoilla. Tämän jälkeen tapahtui heilahteluja molempiin suuntiin vuoteen 1998 saakka, jonka jälkeen laitosvuorokausien keskimäärä kasvoi tarkastelukauden loppuun saakka, jonne ajoittuu tarkastelukauden toinen huippu. Vuosien 1998 ja 2006 välinen kasvu oli huomattava: 5 622:sta 7 047:een eli 25 prosenttia. Eri huijut ovat tulosta eri sektorien kasvusta.

Laitosten välisen työnjaon muutokset

Ennen Suomen 1990-luvulle ajoittuvaa talouslaman suurin kokonaiskontrollia kasvattava muutos oli kuntouttavan päihdehuollon osuuden lisääntyminen 11 prosentista 23 prosenttiin kokonaiskontrollista. Poliisin säilön osuus väheni samalla tasaisesti.

Laman jälkeinen kehitys oli päinvastainen. Kuntouttavan päihdehuollon osuus väheni ja vakiintui noin 16 prosenttiin. Asumispalveluiden osuus oli tarkasteluajanjakson alusta lamaan saakka suuri, noin 32 prosenttia kokonaisvuorokausista, mutta väheni 25 prosenttiin tarkasteluajanjakson loppupuolella. Vankilan päihdevuorokausien keskimäärä oli koko tarkastelukauden korkea, mutta etenkin vuoden 1992 jälkeen vankilan osuus on kasvanut reilusti.

Terveydenhuollon osuus päihdekontrollista on pysynyt suhteellisen samalla tasolla, noin 11 prosentin tuntumassa, koko tarkasteluajanjakson. Sen sijaan terveydenhuollon sektorijaosa on tapahtunut muutoksia. Psykiatrisen sairaalahoidon osuus on vähentynyt ja perusterveydenhuollon osuus on kasvanut koko ajanjakson. Somaattisen erikoissairaanhoitoon osuus taas on pysynyt melko samana.

Suurin nousu laitosvuorokausien kokonaismäärässä havaittiin vuoden 2001 jälkeen. Tämä nousu johtui suurimmaksi osaksi vankilan päihdetapausten kasvusta. Poliisin säilön osuus on vähentynyt 1985 jälkeen. Vuoden 1998 jälkeen säilöönottojen määrässä on havaittavissa hienoista absoluuttista nousua. Laitosten välistä työnjakoa tarkasteltaessa poliisin säilön osuus on kuitenkin tasaisesti vähentynyt ilman nousuja. Vuonna 1985 poliisin säilön osuus oli 11 prosenttia laitosvuorokausien kokonaismäärästä,

mutta 1992 jälkeen osuus on vakiintunut viiden prosentin tuntumaan. Kokonaisuutena pakkoon perustuvien (vankilan ja poliisin) päihdevuorokausien määrä on kuitenkin sekä absoluuttisesti että suhteellisesti noussut rajusti koko tarkasteluajanjakson. Suurimpana syynä tähän ovat vankilan lisääntyneet päihdevuorokaudet.

Päihteiden kulutus, käyttäjien ikärakenne ja kontrollityön muutokset

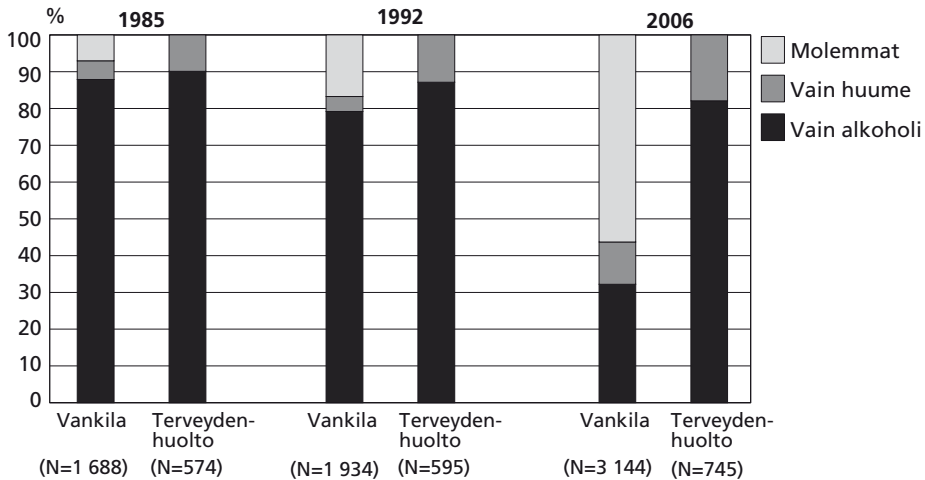
Eri sektoreiden kehityskulku suhteessa laman aikaiseen – vuoden 1992 – tasoon on esitetty kuviossa 3. Kuvioon on vertailun vuoksi liitetty alkoholin kokonaiskulutuksen muutos ja muutos kannabiksen käyttökokeilujen määrässä¹². Kuvio havainnollistaa, että päihdetapausten määrä vankilassa on kasvanut alkoholin kokonaiskulutusta jyrkemmin. Tätä jyrkemmin on kasvanut vain kannabiksen käytön määrä, joka tosin on pysynyt lähes muuttumattomalla tasolla vuodesta 1999. Vuotta 1992 matalammalla tasolla ovat sosiaalihuollon laitokset ja poliisin säilön kehitys. Terveydenhuollon kehitys on hieman vuotta 1992 korkeammalla tasolla.

Aineistosta pystyttiin toteamaan pelkkään alkoholiin liittyvien laitosvuorokausien osuuden vähentyminen ja huumevuorokausien osuuden lisääntyminen sekä vankilassa että terveydenhuollossa (ks. kuvio 4). Vankilassa huumeiden osuuden kasvu vaikuttaa näyttävästi hieman suurempana kuin terveydenhuollossa¹³.

Huumeiden käyttäjien tiedetään olevan keskimäärin nuorempia kuin alkoholikäyttäjien (ks. esim. Nuorvala & al. 2004). Vuoden 2007 päihdetapauskennassa todettiin esimerkiksi, että suurista ikäluokista (tai itse asiassa jo yli 50-vuotiaista) huumeiden käyttäjiä oli kovin vähän, valtaosa asiakkauksista oli alkoholivetoista. Alle 35-vuotiaista taas valtaosalla oli monen aineen käyttöä. (Nuorvala & al. 2008, 661–662.)

12 Kannabiksen kokeilu on määriteltävä seuraavien tutkimusten perusteella: Kontula & Koskela 1992; Kontula 1997 sekä Stakesin Päihdetutkimukset 1998, 2002, 2004, 2006, ks. mm. Hakkarainen & Metso 2007. Lukujuonien toimittamisesta kiitämme Sanna Rönkää.

13 Terveydenhuollossa on voitu analysoida vain joko huumeidiagnoosien tai alkoholidiagnoosien määrää. Aineistoon valikoitiin päädiagnoosit, mikä tarkoittaa, että vaikka henkilöllä olisi diagnosoitu sekä alkoholisti että huumeista juontuvia haittoja, on jompikumpi nähty ensisijaisena laitokseen joutumisen aiheuttajana.



Kuvio 4. Laitospäivien jakaantuminen huumeiden- ja alkoholinkäyttäjien kesken vankilassa ja terveydenhuollon laitoksissa 1985, 1992 ja 2006 (%)

Ikärakenteen muutoksia ei voitu tarkastella tällä aineistolla täysin vertailukelpoisesti, sillä ikä oli vanhemmissa vankila-aineistoissa ja terveydenhuollon aineistossa luokiteltu eri tavoin. Nuoret ikäryhmät näkyvät kuitenkin yhä enenevässä määrin kaikissa laitoksissa tarkasteluajanjaksoilla. Alkoholinkäyttäjät ovat keskimäärin vanhempia sekä vankeinhoidossa että terveydenhuollossa ja huumeiden käyttäjät nuorempia. Vankeinhuollossa ikäryhmien väliset erot ovat vähäisimpiä, mikä selittyy sillä, että vankilapopulaation kokonaisikä on matala ja se on tarkasteluajanjaksoilla pysynyt suhteellisen samana¹⁴.

1980-luvulla laitoksia kansoittivat sotien jälkeen syntyneet suuret ikäluokat, joita on kutsuttu ”märäksi sukupolveksi”. Sukupolvi oli poikkeuksellisen suuri ja myös lisäsi alkoholin käyttöön poikkeuksellisen paljon. (Vrt. Sulkunen 1981.) Laman jälkeen, etenkin siirryttäessä 1990-luvun loppupuolelle, päihdekontrollia tuottavissa laitoksissa havaitaan sen sijaan nuorempien – vuosina 1970 ja 1980 syntyneiden – ikäluokkien lisääntyminen. (Nuorvala & al. 2004, 615.)¹⁵ Vuosina 1946–1949 syntyi yli 100 000 lasta vuosittain. Näin suuria ikäluokkia ei ole sittemmin

syntynyt ja 1970-luvun jälkeen syntyneet ovat olleet vähintään kolmanneksen suuria ikäluokkia pienempiä. (Vrt. Erola & al. 2004, 14–15.) Jos laitosvuorokausien määrä olisi seurannut ikäkohorttien suuruutta, olisi voinut olettaa laitosvuorokausien määrän pysyneen laman jälkeen vakiona tai pienentyneen. Voidaan puhua *käänteisestä kohorttivaikutuksesta*, kun pienempi ikäluokka aiheuttaa suuremman kasvun laitosvuorokausissa. Kun samalla laitosvuorokausien keskimäärä kasvaa, tarkoittaa tämä, että yhä suurempi osa ikäluokasta on laitoksessa. Kun vielä huomioidaan, että pakkokeinoihin perustuviin laitospaikkojen osuus on kasvanut, on aiempaa suurempi osuus ikäluokan päihdeiden käyttäjistä juuri pakkokeinojen piirissä. Huomionarvoista on myös, että 1970- ja 1980-luvulla syntyneet ikäluokat ovat eläneet lapsuuttaan ja nuoruuttaan juuri 1990-luvun laman aika ja sen jälkimainingeissa.

Kaikki analyysit tehtiin mahdollisuuksien mukaan myös sukupuolittain. Samat tendenssit näkyivät kaikilla sektoreilla, eli naisten osuus on kasvanut etenkin vuoteen 2006 tultaessa. Vankilassa naisten osuuden kasvu oli vähäisin. Kuntouttavassa sosiaalihuollossa lähes kaikki kasvu vuoden 2001 jälkeen on naisten määrän lisääntymisen tulosta.

Yhteenvetona todettakoon, että ennen lamaa kasvua laitosmuotoisten päihdevuorokausien määrässä aiheutti lähinnä kuntouttavan sosiaalihuollon lisääntyminen. Laman jälkeen suurin

14 Vankien keski-ikä on vaihdellut 33:n ja 36:n välillä, mutta vaihtelu on pysynyt keskihajonnan sisällä. Terveydenhuollossa huumeidiagnoosin saajissa suurin ryhmä ovat alle 35-vuotiaat ja alkoholidiagnoosin saajissa yli 35-vuotiaat.

15 Nuorentuminen on tapahtunut kaikissa laitoksissa paitsi vankilassa, jossa keski-ikä on pysyvästi ollut matala.

kasvu on tapahtunut vankilan päihdetapauksissa.

Mäkelä ja Säilä (1986) havaitsivat, että päihteen käytön kontrolli vuosien 1960 ja 1980 välillä siirtyi vahvasti pakkokeinojen piiristä sosiaalisektorille. Suurimpina syinä tähän oli julkijuopumisen dekriminalisointi sekä hyvinvointivaltion sosiaalisektorin rakennuskausi, joka korosti pehmeämpien arvojen nousua pääasiassa alkoholismien hoidossa (mt.; Takala & Lehto 1988).

Tässä tutkimuksessa on tarkasteltu päihdehaittojen kontrollin muutoksia vuosina 1985–2006 analysoimalla eri viranomaisten välistä työnjakoa. Suomen 1990-luvun talouslammasta edeltävänä aikana viranomaisten välisen työnjaon kehitys on seurannut Mäkelän ja Säilän havaitsemaa kehitystä, jossa laitospaikkojen määrä kasvoi ja sosiaalihuollon rooli yhä vahvistui ja pakkokeinojen rooli heikentyi. Laman johdosta sosiaalialan päihdepalveluita kuitenkin leikattiin rajusti (ks. esim. Kaukonen 2000) ja päihdekuntoutusvuorokaudet vähenivät. Laman jälkeen päihdehaittojen kontrolli lisääntyi taas, mutta huipun syynä on eri kehitys. Suurimpana syynä on kuntoutuksen osuuden väheneminen ja vankilan päihdekontrollin osuuden lisääntyminen.

Miksi pakkokeinojen osuus lisääntyi?

Tässä artikkelissa tehdyt analyysit tukevat ajatusta siitä, että päihdehaittojen laitospuotoisessa kontrollissa viranomaisten välinen työnjako on muuttunut pakkokeinoja korostavampaan suuntaan Suomessa laman jälkeen. Mistä tämä voisi johtua? Tämän tutkimuksen aineistolla kysymykseen ei saada tyhjää vastausta. Kuitenkin on selvää, että vastausta on hyvä etsiä muuttaman eri kehityskulun kautta.

Päihneiden kulutuksessa on tapahtunut muutoksia laman jälkeen. Alkoholien kokonaiskulutus nousi 1980-luvulla ja saavutti lakipisteen vuonna 1990, jonka jälkeen se väheni laman ajan. Kulutuksen lisääntyminen alkoi jälleen vuoden 1995 jälkeen (ks. mm. STM 2006). Tiedetään, että kun alkoholien kokonaiskulutus lisääntyy, myös ongelmakulutus ja marginalisaatio lisääntyy (Edwards & al. 1994; Mäkelä & al. 2010). Viimeisen kymmenen vuoden aikana alkoholihaitat näyttävät polarisoituneen entistä enemmän. Ryhmä, jonka koulutustaso on matalin, näyttää esimerkiksi lisänneen alkoholien käyttöään eniten. (Mustonen & al. 2001; Mäkelä & al. 2009.)

Samantapaista polarisaatiotendenssiä on nähtävissä alkoholiehoisten sairauksien (Helakorpi & al. 2007) ja alkoholiehoisten kuolemien suhteen (Herttua & al. 2008). Päihdetapauslaskentojen mukaan kuitenkin niiden henkilöiden osuus, jotka hakivat apua pelkästään alkoholin takia, väheni vuosien 1987 ja 2003 välillä. Ongelmakäyttäjien keskuudessa alkoholin käytön lisäksi tai sen sijaan on tuolloin ryhdytty käyttämään yleisemmin laittomia huumeita tai lääkkeitä. Etenkin pelkkää alkoholia käyttävien miesten osuus on vähentynyt. (Nuorvala & al. 2004.)

Vankiloiden lisääntynyt päihdekuormitus lieenee osittain tulosta siitä, että vuoteen 1991 pakkokannetun Suomen toisen huumeaallon jälkeen huumeiden käyttö on lisääntynyt (vrt. Partanen & al. 1999). Tämä ei kuitenkaan ole riittävä selitys, sillä myös alkoholidiagnoosit ovat lisääntyneet vankilassa, mikä viittaa paitsi alkoholin lisääntyneeseen käyttöön, myös siihen, että alkoholin käyttäjät enenevässä määrin joutuvat vankilaan. Täten alkoholin käyttäjien keskuudessa havaittu polarisaatio näkyy vankilassa.

Monissa tutkimuksissa on kuitenkin havaittu viitteitä ongelmaisen huumeiden käytön vähenemisestä vuoden 2000 tienoilla (Hakkarainen & Metso 2007). Koulututkimuksissa näkyy huumeiden kokeilukäytön tasaantuminen sekä Suomessa että muualla Euroopassa (Hibell & al. 2009). Samalla opiaattien ja amfetamiinien ongelmakäyttäjien lukumäärän lisääntyminen vaikuttaa tasaantuneen (Partanen & al. 2007). Tässä tutkimuksessa päihdehäiriöisten vankien määrää arvioitiin käyttäen lähtökohtana vuosien 1985, 1992 ja 2006 vankiterveystudkimuksissa havaittua päihneiden ongelmakäyttäjien osuutta. Approksimaation avulla ei täten suoranaisesti voida analysoida vuoden 1992 ja 2006 välillä tapahtuneita muutoksia. Onkin mahdollista, että suurin päihneiden ongelmakäyttäjien määrä vankilassa sijoittuisi jonkin ennen vuotta 2006. Tästä huolimatta, 2000-luvulle siirryttäessä vankilan laitosvuorokausien osuus päihdekontrollista on ratkaisevasti 1990-lukua korkeammalla tasolla.

Toinen rajoitus liittyy käytettyjen aineistojen erilaisuuteen. Vankien terveystudkimuksella saadaan esiin tapauksia, jotka eivät muuten tulisi kenenkään tietoisuuteen. Vankien päihdehäiriöitä on erikseen kysytty, kun taas varsinkin somaattisissa terveydenhuollossa päihdeet jäävät huomioimatta erittäin yleisesti, vaikka olisivat keskeinen syy sairaalaan joutumiseen (vrt. esim.

Rockett & al. 2003). Kuitenkin tämänlainen valikoituminen lienee tilastoissa suhteellisen ”pysyvä” ominaisuus eikä muuta sitä johtopäätöstä että vankien keskuudessa näin havaittujen päihdehäiriöiden määrä on kasvanut suhteessa niihin, joita hoidetaan terveydenhuollossa tai sosiaalihuollossa.

Moni pohjoismainen tutkimus vaikuttaisi antavan viitteitä siitä, että oikeusjärjestelmä on muuttunut sensitiivisemmäksi päihteisiin liittyvien rikosten suhteen (esim. Träskman 2005; Tham 2005). On arvioitu, että Suomessa vuoden 1999 jälkeen vankilarangaistuksia kärsivien määrää ovat kasvattaneet nimenomaan useammat ja pidentyneet väkivaltarikos-¹⁶ ja huumausainerikostuomiot sekä rattijuopumustuomiot. Vuonna 2001 Suomessa nostettiin lisäksi törkeän pahoinpitelyn vähimmäisrangaistusta. (Lappi-Seppälä 2007, 12–20.) Päihdeongelmaisten vankien määrään vaikuttanee myös se, että tuomioistuinten aiempaa harvemmin lyhentävät vankeusrangaistuksia alentuneeseen syyntakeisuuteen vedoten. Mielentilatutkimuksia on 1990-luvulta lähtien tehty vähemmän, mikä on kasvattanut täydessä ymmärryksessä tuomittujen määrää sekä absoluuttisesti että suhteellisesti. Vuosien 1992 ja 2006 välillä syyntakeettomina tuomittujen osuus laski 0,21 prosentista 0,10 prosenttiin tuomituista. Keskeisellä sijalla muutoksessa ovat tässäkin suhteessa olleet väkivaltarikoksista tuomitut. (Lappi-Seppälä & Niemi 2008, 356–363.) Voidaan olettaa, että tällainen muutos on lisännyt vankiloissa juuri niiden henkilöiden määrää, joilla on mielenterveyteen ja päihteisiin liittyviä ongelmia. Tuukka Tammi (2007) on esittänyt, että on tapahtunut siirtyminen kahden raiteen politiikkaan etenkin huumeiden käyttöön liittyvien päihdehaittojen suhteen. Käyttäjiiin kohdistetaan yhtäällä kovempaa kontrollia, vaikka toisaalla kuntouttavuus on lisääntymässä (mt.). Yhteenvetona vaikuttaisi siis siltä, että marginaali on muuttunut ja samalla suhtautuminen marginaaliin on muuttunut.

Kolmas syy kehitykselle täsmentyy kuntouttavan laitoshoidon vähenemiseen. 1990-luvun laman jälkimainingeissa tehtiin kavennuksia sosiaalihuollon päihdepalveluihin erityisesti laitospuolella (mm. Kaukonen & Mäki 1996). Eräs syy laitosvuorokausien vuosittaisen määrän vähenemiselle päihdekuntoutuksen piirissä on se, että hoitoaikoja on laitospalveluissa tietoisesti pyritty lyhentämään. Päihdetilastollisen vuosikirjan mukaan Suomessa tuotettiin vuonna 2006 katkaisu- ja kuntoutushoitoa noin 17 000 asiakkaalle ja tästä lähes 80 prosenttia on enintään kahden viikon mittaista (Päihdetilastollinen vuosikirja 2007). Tämä johtaa siihen, että vuosittain laitoksissa on keskimäärin vähemmän henkilöitä. Vaikka hoitoa onkin osittain myös tehostettu, hoitoon näyttää muutosten jälkeen pääsevän huomattavasti pienempi osa sitä tarvitsevista kuin 1990-luvulla (Kaukonen 2005, 312–313).

Laitospalveluiden alasajoa on etenkin 1990-luvulta lähtien pyritty korvaamaan kasvattamalla avopalveluyksiköiden määrää. Tässä tutkimuksessa jätettiin päihdehuollon avopalvelut tietoisesti kokonaan analyysin ulkopuolelle, mikä on syytä huomioida. Vaikka avohoidon merkitys onkin lisääntynyt, yksiköiden määrätietoinen kasvattaminen ei kuitenkaan tutkimusten mukaan ole lisännyt asiakkaiden hoitoon pääsyn mahdollisuuksia samassa suhteessa kuin kapasiteetin kasvattaminen antaisi olettaa – avohoidon erityispalvelujen tavoittamien asiakkaiden määrä ei 1990-luvun jälkeen ole muuttunut paljoa (vrt. Kaukonen 2005, 313–316). Vuonna 1990 avohoidon erityispalveluiden (A-klinikat, nuorisoasemat) asiakkaiden vuosittainen määrä oli noin 41 000 ja vuonna 2000 noin 46 000. Varovainen kasvu jatkui 2000-luvulla, ja vuonna 2005 eri asiakkaita näissä palveluissa oli noin 49 000 vuodessa. Viidentoista vuoden aikana kasvua oli siis noin 8 000 eri asiakasta¹⁷. Sen sijaan hoitokäyntejä tehtiin tiheästi ja samaan aikaan niiden määrä kasvoi noin 300 000:sta noin 450 000:een. (Vrt. Päihdetilastolliset vuosikirjat 1992, 2000 ja 2006.) Erityisen ongelmallisena kehitystä voidaan pitää, kun päihdeiden kulutus ja päihdehaitat ovat juuri 1990-luvun puolivälistä alkaen olleet tuntuvassa kasvussa.

Kun jossakin vähennetään laitoshoidtoa, näkyy se yleensä kustannuksina jossain muualla (Kaukonen & Halmeaho 1996). Laman jälkeinen hyvinvointipalvelujen vähentäminen on

Kun jossakin vähennetään laitoshoidtoa, näkyy se yleensä kustannuksina jossain muualla (Kaukonen & Halmeaho 1996). Laman jälkeinen hyvinvointipalvelujen vähentäminen on

16 Tiedetään, että päihteillä on vahva rooli myös suomalaisessa väkivaltarikollisuudessa (esim. Lehti & Kivivuori 2008).

17 Huomattavaa asiakasmäärän lisääntymistä on sen sijaan tapahtunut vuonna 1997 aloitetuissa huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteissä, joissa asiakasmäärät kipusivat nopeasti yli 10 000:een.

osaltaan voinut korostaa pakkokeinojen osuutta päihdehaittojen kontrollissa. Tätä voidaan nimenomaan pitää poliitiikkana, jossa hoitamisesta on siirrytty haittojen vähentämiseen (vrt. Sul-kunen 2002).

Tässä artikkelissa olemme todenneet, että la-man jälkeen päihdehaittojen laitosmuotoisen kontrollin lisääntyminen vaikuttaisi tapahtuneen vahvimmin vankilassa eli siellä, missä kontrol-li – siellä tarjottavasta kuntoutuksesta huolimatt-

ta – on kovinta ja missä myös laitospäivät ovat kalleimpia (vrt. Lappi-Seppälä 2007). Täten vi-ranomaisten välisen työnjaon tarkemmalle huo-mioimiselle voidaan esittää sekä moraalaisia että kustannustehokkuuteen perustuvia argumentte-ja. On syytä miettiä, kuinka paljon erilaisia yh-teiskunnallisia säästöjä – sekä taloudellisia että inhimillisiä – saataisiin aikaan, jos päihdehaitto-jen kontrollissa kiinnitettäisiin enemmän huo-miota viranomaisten väliseen työnjakoon.

KIRJALLISUUS

A-klinikkasäätiö: Toimintakertomus, 2006
Ahlström-Laakso, Salme: Arrest for Drunkenness – Two Capital Cities Compared. Teoksessa: Scan-dinavian Studies in Criminology. Volume 3. Os-lo: Universitetsforlaget, 1971
Christie, Niels: Kriminalitetskontroll som industri. Oslo: Universitetsforlaget, 2000
Edman, Johan & Stenius, Kerstin: From Sanatoriums to Public Injection Rooms. Actors, Ideas and In-stitutions in the Nordic Treatment Systems. On the Margins: Nordic Alcohol and Drug Treatment 1885–2007. NAD publication Nr 50. Helsinki: NAD, 2009
Edwards, Griffith & Anderson, Peter & Babor, Tho-mas F. & Casswell, Sally & Ferrence, Roberta & Giesbrecht, Norman & Godfrey, Christine & Holder, Harlod D. & Lemmens, Paul & Mäkelä, Klaus & Midanik, Lorraine T. & Norström, Thor & Österberg, Esa & Romelsjö, Anders & Room, Robin & Simpura, Jussi & Skog, Ole Jørgen: Al-cohol Policy and the Public Good. Oxford Medi-cal Publications, 1994
Erola, Jani & Wilska, Terhi-Anna & Ruonanvaara, Hannu: Esipuhe. Teoksessa: Erola, Jani & Wilska, Terhi-Anna (toim.): Yhteiskunnan moottori vai kivireki? Suuret ikäluokat ja 1960-lukulaisuus. Jy-väskylä: Jyväskylän yliopisto, 2004
First, MB & Anthony, JC & Tepper, S. & Dryman, A.: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Research Version, Nonpatient Edi-tion (SCID-I/NP). New York: Biometrics Rese-arch, New York State Psychiatric Institute, 1997a
First, MB & Gibbon, M. & Spitzer, RL & Williams, JB & Benjamin, L.: Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II). New York: Biometrics Research Institute, New York State Psychiatric Institute, 1997b
Garland, David: The culture of control: crime and so-cial order in contemporary society. Chicago & Lontoo: The University of Chicago Press, 2001
Granfelt, Riitta: “Oppisin elämään riippuvuuteni kanssa”. Tutkimus naisvankien päihdekuntoutuk-sesta Vanajan vankilassa. Julkaisuja 2/2007. Hel-sinki: Rikosseuraamusvirasto, 2007
Hakkarainen, Pekka & Metso, Leena: Huumekeys-nyksen muuttunut ongelmakuva. Vuoden 2006

huumekeyselyn tulokset. Yhteiskuntapolitiikka 72 (2007): 5, 541–552
Helakorpi, Satu & Patja, Kristiina & Prättilä, Ritva & Uutela, Antti: Suomalaisen aikuisväestön terveys-käyttäytyminen ja terveys, kevät 2006. Kansanter-veyslaitoksen julkaisuja B 1/2007. Helsinki: Kan-santerveyslaitos, 2007
Herttua, Kimmo & Mäkelä, Pia & Martikainen, Pek-ka & Sirén, Reino: The impact of a large reduction in the price of alcohol on area differences in inter-personal violence: a natural experiment based on aggregate data. Journal of Epidemiology & Com-munity Health 62 (2008): 11, 995–1001
Hibell, Björn & Guttormsson, Ulf & Ahlström, Sal-me & Balakireva, Olga & Bjarnason, Thoroddur & Kokkevi, Anna & Kraus, Ludwig: The 2007 ESPAD Report – Substance Use Among Students in 35 European Countries. Tukholma: The Swe-dish Council for Information on Alcohol and Ot-her Drugs (CAN), 2009
Hofer von, Hanns: Prison Populations as Political Constructs: the Case of Finland, Holland and Sweden, Journal of Scandinavian Studies in Cri-minology and Crime Prevention 4 (2003): 21–38
Joukamaa, Matti (työryhmä: Aarnio, Jorma & von Gruenewaldt, Virpi & Hakamäki, Sirpa & Hypén, Kimmo & Lauerma, Hannu & Lintonen, Tomi & Mattila, Aino & Tyni, Sasu & Vartiainen, Hannu & Viitanen, Päivi & Wuolijoki, Terhi): Ri-kosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoi-dontarve. Perustulosraportti. Rikosseuraamus-laitoksen julkaisuja 1/2010. Helsinki: Rikosseuraamus-laitos, 2010
Joukamaa, Matti: Suomalaisten vankien terveys. Kan-santerveystieteen julkaisuja M 107/91, 1991
Kainulainen, Heini: Huumeiden käyttäjien rikosoi-keudellinen kontrolli. Tutkimuksia 245. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, 2009
Karsikas, Vuokko: The extent of alcohol and drug tre-atment in Finnish prisons. Paperi seminaarissa: “Today’s Nordic Prison – a massive substance ab-use treatment centre?”. Helsinki 26.–27.11.2007
Karsikas, Vuokko: Selvin päin olosta tulee hyvä fiilis. Päihdeongelmaisten vankien voimaantuminen. Rikosseuraamusviraston julkaisuja 3/2005. Hel-sinki: Rikosseuraamusvirasto, 2005

- Kaukonen, Olavi: Torjunta vai poisto? Päihdepalvelujen kehitys laman jälkeen. *Yhteiskuntapolitiikka* 70 (2005): 3, 311–322
- Kaukonen, Olavi: Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. Tutkimuksia 107. Helsinki: Stakes, 2000
- Kaukonen, Olavi & Halmeaho, Matti: Asiakkaasta potilaaksi? Tapaustutkimus katkaisuhuoltoaseman lakkauttamisen vaikutuksista Länsi-Uudellamaalla 1995. Raportteja 192. Helsinki: Stakes, 1996
- Kaukonen, Olavi & Mäki, Jukka: Rakennemuutos vai sopeutus? Teoksessa: Viialainen, Riitta & Lehto, Juhani (toim.): Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitospalvelujen vähentämistä avopalvelujen kehittämiseen. Raportteja 192. Helsinki: STM & Stakes, 1996
- Kivivuori, Janne & Linderborg, Henrik: Lyhytaikaisvanki. Tutkimus lyhytaikaisvankien elinoloista, elämäntilasta ja rikollisuudesta. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja 2/2009 & Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 248. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, 2009
- Kivivuori, Janne: Rikollisuuden syyt. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Nemo, 2008
- Klingemann, Harald & Takala, Jukka-Pekka & Hunt, Geoffrey (toim.): Cure, Care or Control. Alcoholism Treatment in Sixteen Countries. State University of New York Press, 1992
- Kontula, Osmo: Huumeet Suomessa 1990-luvulla. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1997
- Kontula, Osmo & Koskela, Kaj: Huumeiden käyttö ja mielipiteet huumeista. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1992:8. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1992
- Koski-Jännes, Anja: Huppu Silmiltä. Katsaus vankien päihteen käytön vähentämisen menetelmiin ja niiden tuloksellisuuteen. Oikeusministeriön vankeinhoito-osaston julkaisuja 1/1995. Helsinki: Oikeusministeriö, 1995
- Kyyvsgaard, Britta: Social polarisation and the Incapacitation of Offenders. Teoksessa: Bondeson, Ulla V. (toim.): Crime and justice in Scandinavia. Kööpenhamina: Forlaget Thomson, 2005
- Lappi-Seppälä, Tapio & Niemi, Hannu: Rangaistuskäytännön yleiskuvaus. Teoksessa: Rikollisuustilanne 2008. Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa. Tutkimuksia 247. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, 2009
- Lappi-Seppälä, Tapio: Rangaistuskäytännön hinta. Espoo: Tiede, Taide ja Köyhä Kansa, 2007
- Lehti, Martti & Kivivuori, Janne: Väkivaltarikokset ja alkoholi. Teoksessa: Rikollisuustilanne 2007. Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa. Tutkimuksia 238. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, 2008
- Mustonen, Heli & Mäkelä, Pia & Metso, Leena & Simpura, Jussi: Muutokset Suomalaisten juomatavoissa: Toiveet ja todellisuus. *Yhteiskuntapolitiikka* 66 (2001): 3, 265–276
- Mutalhti, Timo: Hoito ja rangaistus kohtaavat. Vankeiden päihdehuolto-ohjelman loppuraportti. Raportteja 242. Helsinki: Stakes, 1999
- Mäkelä, Klaus & Säilä, Sirkka-Liisa: Alkoholiehtoisten majoitusten jakautuminen eri viranomaisten kesken vuosina 1960–1980. *Sosiaalipolitiikka*, 1986
- Mäkelä, Pia & Kauppinen, Timo M. & Huhtanen, Petri: Alkoholi-ongelmat vaivaavat huono-osaisia – niin pääkaupunkiseudulla kuin muuallakin Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (2009): 2, 185–194
- Mäkelä, Pia & Mustonen, Heli & Tigerstedt, Christoffer (toim.): Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010
- Nuorvala, Yrjö & Huhtanen, Petri & Ahtola, Raija & Metso, Leena: Huono-osaisuus mutkistuu – kuudes päihdetapauskas 2007. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (2008): 6, 659–670
- Nuorvala, Yrjö & Metso, Leena & Kaukonen, Olavi & Haavisto, Kari: Muuttuva päihdeasiakkuus. Päihdetapauskas 1987–2003. *Yhteiskuntapolitiikka* 69 (2004): 6, 608–618
- Partanen, Päivi & Hakkarainen, Pekka & Hankilanoja, Arto & Kuussaari, Kristiina & Rönkä, Sanna & Salminen, Mika & Seppälä, Timo & Virtanen, Ari: Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2005. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (2007): 5, 553–561
- Partanen, Juha & Metso, Leena: Suomen toinen huumeaalto. *Yhteiskuntapolitiikka* 64 (1999): 2, 143–149
- Päihdetilastollinen vuosikirja. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2009
- Päihdetilastollinen vuosikirja. Helsinki: Stakes, 2007
- Päihdetilastollinen vuosikirja. Helsinki: Stakes, 2006
- Päihdetilastollinen vuosikirja. Helsinki: Stakes, 2004
- Päihdetilastollinen vuosikirja. Helsinki: Stakes, 2002
- Päihdetilastollinen vuosikirja. Helsinki: Stakes, 1998
- Rikosseuraamusvirasto: Vankeinhoiton päihdestrategia vuosiksi 2005–2006. Osa II: Päihdevalvonnan käsikirja. Helsinki: Rikosseuraamusvirasto, 2005
- Rockett, Ian R. H. & Putnam, Sandra L. & Jia, Hamiao & Smith, Gordon S.: Assessing Substance Abuse Treatment Need: A Statewide Hospital Emergency Department Study. *Annals of Emergency Medicine* 41:6 June 2003
- Skarðhamar, Torbjörn: Inmates' Social Background and Living Conditions. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology & Crime Prevention* 4 (2003): 1, 39–56
- Sosiaali- ja terveydenhuollon KETI-tietoja vuodelta 1990. Sosiaali- ja terveydenhuollon käyttömenojen jakautuminen tehtäväryhmittäin vuonna 1990. Sosiaali- ja terveyshallitus, 1990
- Sosiaali- ja terveydenhuollon KETI-tietoja vuodelta 1989. Sosiaali- ja terveydenhuollon käyttömenojen jakautuminen tehtäväryhmittäin vuonna 1989. Sosiaali- ja terveyshallitus, 1989
- STM: Alkoholiolot EU-Suomessa. Kulutus, haitat ja politiikan kehys 1990–2005. Selvityksiä 19:2006. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2006
- Sulkunen, Pekka: From pastoral welfare state to consumer emancipation: The case of Nordic alcohol

- control. Teoksessa: Henderson, S. & Petersen, A. (toim.): *Consuming Health: The commodification of health care*. Lontoo: Routledge, 2002
- Sulkunen, Pekka: Märkä sukupolvi, alkoholin kulutus ja alkoholipolitiikka 1980-luvulla. *Alkoholipolitiikka* 46 (1981): 5, 240–246
- Säilä, Sirkka-Liisa: Poliisin suorittamat säilönotot Suomessa. *Alkoholipolitiikka* (1972): 5, 211–217
- Takala, Jukka-Pekka & Lehto, Juhani: Suomen alkoholihoidon kehitys ja ei-mediisininen malli. *Sosiaalipolitiikka*. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisuja, 1998
- Takala, Jukka-Pekka & Lehto, Juhani: Finland; The Non-Medical Model Reconsidered. Teoksessa: Klingemann, Harald & Takala, Jukka-Pekka & Hunt, Geoffrey (toim.): *Cure, Care or Control. Alcoholism Treatment in Sixteen Countries*. State University of New York Press, 1992
- Tammi, Tuukka: Medicalising prohibition. *Harm Reduction in Finnish and International Drug Policy. Research Report 161*. Helsinki: Stakes, 2007
- Tham, Henrik: From Treatment to Just Deserts in a Changing Welfare State. Teoksessa: Bondeson, Ulla V. (toim.): *Crime and justice in Scandinavia*. Kööpenhamina: Forlaget Thomson, 2005
- Tigerstedt, Christoffer & Österberg, Esa: Alkoholihaitat ovat pysyneet suomalaisina ja muuttuneet ranskalaisiksi. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (2007) 3, 330–332
- Tourunen, Jouni & Perälä, Jussi: Kohti kognitiivista yhteisöhoitoa? Helsingin vankilan päihteettömän osaston arviointi- ja kehittämistutkimus. *Rikosseuraamusviraston julkaisuja* 2/2004
- Träskman, Per-Ole: Drug Control and Drug Offences in Nordic Countries: A Criminal Political Failure too often Interpreted as a Success. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention* 5 (2005): 2, 236–256
- Törrönen, Jukka (toim.): *Valvontaa ja vastuuta. Päihteet ja julkisen tilan moraalisaätely*. Helsinki: Gaudemus, 2004
- Wilson James, Q.: *Drugs and Crime*. Teoksessa: Tonry, Michael & Wilson James, Q. (toim.): *Drugs and Crime*. Chicago, 1990
- Young, Jock: *The Exclusive Society. Social Exclusion, Crime and Difference in Late Modernity*. Sage Publications, 1999
- Ødegård, Einar: Narkotika- og alkoholproblemer blant innsatte i norske fengsler. *Nordisk- alkohol- och narkotikatidskrift* 25 (2008): 3, 169–185.

ENGLISH SUMMARY

Yaira Obstbaum et al.: Institutional control of substance abuse problems: the balance of roles between social and welfare services, police custody and prisons in 1985–2006 (Päihdehaittojen laitosten välillä kontrollin jakautuminen sosiaali- ja terveydenhuollon, poliisin säilön ja vankilan välillä 1985–2006)

This article explores the balance of roles between social and welfare services, police custody and prison services in the institutional control of substance abuse problems in 1985–2006. It starts out from the knowledge that the division of labour between these sectors changed in the late 1970s when involuntary treatment increasingly gave way to social service interventions. The article is also informed by knowledge about cut-backs in institutional care in the wake of the 1990s recession and related concerns about the increased reliance on involuntary measures in the effort to control substance abuse problems in society. The article asks whether and what kind of evidence there is to back up the argument that rehabilitative treatment has been on the decline and involuntary control on the increase during the period under study.

For the purposes of this research we had access to health survey data on prison inmates for 1985, 1992 and 2006. These sample surveys have diagnosed substance abuse problems based on clinical examinations. Previously it has been difficult to determine levels of substance abuse among prison inmates and to monitor changes in these levels because of incomplete data.

We now have access to health survey data, but there are no earlier studies on how changes in substance abuse in prisons are reflected in the division of labour among other institutions dealing with the social problems associated with substance abuse.

Our unit of analysis is the mean annual number of substance abuse cases in hospitals, health centre inpatient wards and psychiatric institutions, in institutional social welfare services and in police custody for intoxicated detainees and in prisons. The number of substance abuse cases in prisons was determined on the basis of the number of prison inmates diagnosed in a health survey as having a substance abuse disorder as a proportion of the total annual number of prison inmates. Our sources included social and health care and prison services registers as well as police registers on involuntary detentions.

The number of institutional days devoted to the treatment of substance abuse has increased during the period under study. At the outset in 1985 there were on average 5,103 institutionalized persons per day; by the end of the period under investigation in 2006, the average was 7,047 persons a day. There are two peaks in the number of institutional places, which are explained by the growth of different sectors. Before the economic recession that took hold in Finland in the 1990s, the biggest change responsible for driving up the number of institutional days was the increasing share of rehabilitative substance abuse treatment. Fol-

lowing the recession the trends were in the opposite direction. The share of rehabilitative substance abuse treatment fell back from 23% and settled at around 16%. Likewise, the figure for housing services for substance abuse clients dropped from 32–33% to 25%. After the measurements in 1992, the share of new admissions to prison has increased dramatically.

The two peaks have also been created by different generations. In the 1980s most of the institutional population were baby-boomers born in the 1950s. In the latter half of the 1990s, younger age groups – about one-third smaller than the baby-boom generation – occupies an increasing proportion of institutional beds. If the number of institutional bed days had followed the size of age cohorts, the number of substance abuse days would not have increased but decreased. With a smaller age cohort causing an increasing number of institutional bed days, one may refer to

a *reversed cohort effect*. This also means that an increasing proportion of the age cohort is institutionalized. Given that the share of institutional places based on involuntary admissions has at the same time increased, this means that an increasing proportion of the age cohort is receiving involuntary treatment.

Although there are indications of increasing drug use in institutions, this does not in itself explain the increased use of involuntary treatment, because alcohol use has also increased among prison inmates. In search of an explanation, it might be useful to turn to the increased polarization of substance abuse problems, the greater sensitivity of the legal system to substance related crime, and cutbacks in institutional rehabilitation programmes in social welfare services.

KEY WORDS

institutions, substance abuse, control