

Alkoholi- ja päihdehaitat

läheisille,
muille ihmisille
ja yhteiskunnalle

Katariina Warpenius
Marja Holmila
Christoffer Tigerstedt
(toim.)

**Katariina Warpenius, Marja Holmila &
Christoffer Tigerstedt (toim.)**

Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle



**TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS**

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Kielenhuolto: Sini Linteri

Graafinen suunnittelu: Raili Silius

ISBN 978-952-245-518-5 (painettu)

ISBN 978-952-245-519-2 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-519-2>

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy
Tampere 2013

Sisällys

- 1 Johdanto 5
Katariina Warpenius, Marja Holmila & Christoffer Tigerstedt
- 2 Miten alkoholitutkimus käsitteellistää haitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle? 11
Katariina Warpenius & Christoffer Tigerstedt

Osa I Läheiset

- 3 Nuorten kokemuksia aikuisten alkoholinkäytöstä 24
Janne Takala & Mira Roine
- 4 Päihdeongelmaisten äitien lapset 36
Marja Holmila, Kirsimarja Raitasalo, Ilona Autti-Rämö & Irma-Leena Notkola
- 5 Läheisneuvonpito – vaihtoehtoinen tapa kohdata päihdehaitat lastensuojelussa 47
Tarja Heino
- 6 Kotona asuvan ikäihmisen kohtuutta runsaampi alkoholinkäyttö ja omaisen hoivavastuu 63
Anni Vilkkö, Harriet Finne-Soveri, Britta Sohlman, Anja Noro & Sari Jokinen
- 7 Parisuhdeväkivalta ja alkoholi: uhrin vai tekijän ongelma? 78
Minna Piispa

Osa II Muut ihmiset

- 8 Päihtyneiden aiheuttamat häiriöt julkisilla paikoilla 90
Christoffer Tigerstedt & Petri Huhtanen
- 9 Huumeiden käytön haitat muille ihmisille 100
Pekka Hakkarainen & Marke Jääskeläinen
- 10 Öinen piikki – väkivaltarikokset yleisillä paikoilla anniskeluajan päättyessä 110
Katariina Warpenius, Elina Kotovirta, Thomas Karlsson, & Esa Österberg
- 11 Rattijuoppojen aiheuttamat haitat muille tielläliikkuville 124
Karoliina Karjalainen, Antti Impinen & Pirjo Lillsunde

Osa III Yhteiskunta

- 12 Miten palvelut vastaavat päihteiden käyttäjän läheisten avuntarpeisiin? . . . 138
Maritta Itäpuisto & Jani Selin
- 13 Päihdeasiakas sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena 146
Kristiina Kuussaari, Airi Partanen & Kerstin Stenius
- 14 Alkoholinkulutus ja sairauspoissaolot 160
Petri Böckerman & Antti Uutela
- 15 Alkoholien liikakäytön heijastuminen työkyvyttömyyseläkkeisiin 168
Maarit Gockel, Reeta Pösö & Heidi Nyman
- 16 Alkoholien aiheuttamat haittakustannukset Suomessa vuonna 2010 175
Marke Jääskeläinen & Esa Österberg
- 17 Suomen investoinnit huumehaittojen torjuntaan ja hoitoon
vuonna 2010 188
Marke Jääskeläinen & Pekka Hakkarainen

Johtopäätöksiä

- Johtopäätöksiä 204
Katariina Warpenius, Marja Holmila & Christoffer Tigerstedt
- Abstracts in English 209
- Kirjoittajat 219

1 Johdanto

Alkoholin ja muiden päihteiden haittavaikutukset kuormittavat paitsi käyttäjää itseään myös hänen lähiympäristöään ja yhteiskuntaa laajemmin. Haittavaikutuksia ovat perheenjäsenten, työtovereiden ja täysin ulkopuolisten kokemat haitat, mutta myös sosiaali- ja terveystalouteen, työpaikkoihin ja koko kansantalouteen kohdistuvat kustannukset tai kustannusmenetykset. Haitat voivat vaihdella julkisissa tiloissa koetuista lievistä ärsyntyemisistä vakaviin ja koko elämää varjostaviin vaurioihin.

Tämä artikkelikokoelma tarkastelee alkoholi- ja päihdehaittoja muille kuin käyttäjälle itselleen. Useiden artikkeleiden painopiste on alkoholiehtoisissa haitoissa, mutta myös laittomat päihteet ovat monissa tarkasteluissa mukana. Alkoholi on suomalaisten ensisijainen päihde, joten sen haittavaikutukset koskettavat yhteiskuntaa laajalti. Alkoholin haittoja on myös tutkittu enemmän, kun puhutaan nimenomaan muille koituvista haitoista. Lisäksi joidenkin arvioiden mukaan kaikista päihdeistä juuri alkoholi aiheuttaa erityisen paljon haittavaikutuksia muille kuin käyttäjälle itselleen (Nutt ym. 2010).

Alkoholin ja muiden päihteiden haittavaikutukset jaetaan kirjassa kolmeen: läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle koituviin haittoihin. *Läheisille* koituvat haitat koskevat perhettä, puolisoa ja lapsia, siis perinteisesti yksityiselämään kuuluvia sosiaalisia suhteita. *Muihin ihmisiin* kohdistuvilla haitoilla viitataan yksilöiden välisessä vuorovaikutuksessa ilmeneviin päihde-ehtoihin haittoihin, joita tyypillisesti koetaan yleisissä tiloissa ja julkisilla paikoilla. *Yhteiskunnalliset* haitat ilmenevät sosiaali- ja vakuutusurvan kustannuksina sekä palvelu- ja valvontajärjestelmien kuormittumisena. Jako kolmeen ei ole yksiselitteinen eikä ehdoton. Se kuitenkin jäsentää päihde-ehtoisten haittojen ilmenemistä yhtäältä lähiympäristön vuorovaikutussuhteissa ja toisaalta yhteiskunnan rakenteissa.

Alkoholi- ja päihdeolot

Alkoholin ja päihteiden kulutuksen kasvun myötä muiden ihmisten kokemat haitat ja yhteiskuntaa kuormittavat kustannukset ovat nousseet entistä merkittävimmiksi teemoiksi sekä tutkimuspiireissä että alkoholi- ja päihdepoliittisissa keskusteluissa. Päihdehaittojen sosiaalisen ja yhteiskunnallisen sääntelyn kannalta muille kuin käyttäjälle koituvat haitat ovat tärkeä näkökohta. Alkoholi- ja päihdepoliittisia toimenpiteitä perustellaan usein sillä, että samalla kun ehkäistään läheisiin kohdistuvia haittavaikutuksia yhteiskunnalle koituu säästöjä. Huoli muista ihmisistä ja yhteiskunnan kuormittumisesta näkyy myös kansainvälisissä alkoholipoliittisissa ohjelmissa, ku-

ten Maailman terveysjärjestön eli WHO:n maailmanlaajuisessa alkoholistrategiassa. Tutkimuskentällä puolestaan ”haitat muille” (*harms to others*) -näkökulma herättää kasvavaa kiinnostusta (vrt. Laslett ym. 2010). Tämä tutkimussuunta korostaa, että päihteiden käytöstä aiheutuvia haittoja koetaan sosiaalisissa tilanteissa ja ne rasittavat yhteiskunnan instituutioita elämän eri osa-alueilla.

Päihdehaittojen sietokykyä koetellaan myös Suomessa, kun alkoholinkulutus on yleistynyt ja liittyy yhä useampiin sosiaalisiin tilanteisiin. Suomi kuuluu niihin harvoihin Euroopan maihin, joissa alkoholinkulutus on kasvanut lähes jatkuvasti viimeisten 50 vuoden aikana. Tuorein iso hypähdys kulutuksessa tapahtui vuoden 2004 alkoholiveron alentamisen jälkeen, jolloin kulutus puhtaana alkoholina henkeä kohti asettui 10 litran tasolle (Karlsson & Österberg 2010). Monet juomisen piirteet ovat säilyneet, kuten viikonloppujuominen, humalajuominen ja miesten runsaampi kulutus naisiin verrattuna. Suomalaisen juomiskulttuurin kenties suurin muutos on naisten alkoholinkäytön lähes kuusinkertaistuminen 40 vuodessa (Mäkelä ym. 2010). Alkoholinkäyttö on myös siirtynyt yhä enemmän ihmisten koteihin, ja aikaisempaa useammin miehet ja naiset käyttävät alkoholia yhdessä sekä kotona että ravintoloissa. Alkoholinkäytön lisääntymisen seurauksena useimmat alkoholihaitat ovat kasvaneet merkittävästi. (Karlsson ym. 2013.)

Huumeiden, edes kannabiksen kohdalla, ei voida puhua käytön arkipäiväistymisestä. Silti 1990-luvulla alkanut huumeiden käytön niin kutsuttu toinen aalto toi huumeet lähemmäs suomalaisia vähintään mediajulkisuuden kautta. Kannabiksen käyttö ja kotikasvatus ovat yleistyneet nuorissa mutta myös hieman varttuneemmissa ikäluokissa. Sosiaali- ja terveyspalveluissa huumeongelmien voidaan jo sanoa kuuluvan arkeen. (Metso ym. 2012.)

Suomessa on alkoholi- ja humalassa esiintymisen kohdalla pitkään vallinnut eräänlainen kantaa ottamattomuuden kulttuuri (Sulkunen ym. 2003). Taustalla on varsinkin 1960-luvun jälkeen laajalle levinnyt alkoholinkäytön ja humalakokemusten arvostus. Tämä saattaa olla syy siihen, miksi suomalainen alkoholipoliittinen keskustelu on vain vähäisessä määrin puuttunut alkoholinkäytön lähipiirille ja yhteiskunnalle aiheuttamiin haittoihin. Poikkeuksena ovat rattijuoppojen uhrin ja syntymättömät lapset, joiden suojelemisesta on keskusteltu paljon. Yhtenä syynä suvaitsevaan ilmapiiriin on ollut halu ottaa etäisyyttä 1900-luvun alkupuolella vallalla olleeseen moralisoivaan raittiusajatteluun, jossa jyrkkiä alkoholipoliittisia rajoituksia perusteltiin (miesten) juomisen (naisille ja lapsille) aiheuttamilla kärsimyksillä sekä yhteiskunnalle aiheuttamilla kustannuksilla (ks. Room ym. 2010). Lisäksi hyvinvointivaltion laajenemismuutoksissa 1960-luvulta lähtien oli vallalla liberaali hyvinvointietinen ajattelu. Väestön alkoholinkulutusta haluttiin säännellä leimaamatta yksittäisiä kuluttajia, ja toisaalta päihdehaitoista kärsiville rakennettiin hoito- ja tukipalveluita. Niinpä sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä on jossain määrin onnistunut torjumaan alkoholi- ja päihdehaittoja ja näin pitänyt yllä päihdehaittojen hallittavuutta ja suvaittavuutta yhteiskunnassa.

Muutoksen merkkejä on kuitenkin ilmassa. Viimeaikaisissa tutkimuksissa tämä

on näkynyt asenteiden kiristymisenä juomista kohtaan ja lisääntyvinä vaatimuksina rajoittavammista alkoholipoliittisista toimenpiteistä tai ainakin nykyisten rajoitusten pitämisestä ennallaan (Härkönen & Österberg 2010). Myös lehdistökirjoittelussa on havaittavissa asenteiden kiristymistä ja kallistumista rajoittavamman alkoholipoliitiikan suuntaan (Warpenius & Tigerstedt 2010). Toisaalta paine hyvinvointiyhteiskunnan rakenneuudistukseen rajoittaa päihdehaittojen sietämistä: sosiaaliturvan ja palvelujärjestelmän kantokyky ei loputtomasti riitä puskuroimaan päihdehaittojen aiheuttamaa yhteiskunnallista rasitusta.

Mielipiteiden kiristymisessä voi olla kyse siitä, että alkoholi- ja päihdehaittoja on alettu arvioida tarkemmin sen mukaan, mitä häiriöitä ne aiheuttavat päihteidenkäyttäjien lähiympäristölle ja yhteiskunnan instituutioille. Päihdeongelmista kunnille aiheutuvat kustannukset ja kuntien vaikeudet täyttää lain asettamat ehkäisy- ja hoitovelvoitteet voivat olla yksi hiertävä tekijä. Pitkään jatkunut nousujohteinen alkoholinkulutus ja haittavaikutukset lähipiirissä saattavat jäytää myös kansalaisten mielissä. Samalla koko väestöön kohdistuvat rajoitukset on nostettu uudella tavalla esiin alkoholipoliittisessa keskustelussa. Päihdeolojen ja asenteiden muuttuessa myös tutkimuksessa on yhä enenevässä määrin kiinnitetty huomiota päihteiden käytön sosiaalisiin haittavaikutuksiin ja hyvinvointijärjestelmien kuormitukseen.

Kirjan artikkelit

Käsillä oleva kirja jakautuu kolmeen osaan. Ensimmäinen osa käsittelee yksityiselämässä ja lähisuhteissa koettuja päihdehaittoja. Toinen osa keskittyy julkisissa tiloissa ja tilanteissa ilmeneviin haittoihin. Kolmannessa osassa tarkastellaan yhteiskunnalle ja palvelujärjestelmälle aiheutuvaa kuormitusta.

Kirjaan on koottu suuri määrä alkoholi- ja päihdehaittoja käsittelevän tutkimuksen tuloksia. Aluksi luvussa 2 luodaan katsaus aikaisemman alkoholitutkimuksen käsitteisiin ja näkökulmiin. *Katariina Warpeniuksen ja Christoffer Tigerstedtin* artikkelissa paneudutaan erityisesti siihen, miten alkoholitutkimuksessa on käsitteellistetty muille kuin juojalle koituvia haittoja. Katsauksesta ilmenee, että vaikka termiä ”haitat muille” on alettu käyttää vasta hiljattain, sen käsittämiä ilmiöitä on tutkittu jo pidemmän aikaa. Tällä hetkellä samasta aihepiiristä käytetään vaihtelevia käsitteitä.

Läheissuhteita käsittelevän osion avaa luku 3 eli *Janne Takalan ja Mira Roineen* artikkeli, jossa he kuvaavat internetkyselyaineiston perusteella, miten nuoret kokevat vanhempiensa ja muiden aikuisten alkoholinkäytön ja sen seuraukset. Suurin osa nuorista hyväksyi vanhempien kohtuullisen juomisen, mutta humalajuomiseen nuoret suhtautuivat kriittisesti. Monet nuoret ovat myös itse kokeneet tuntuvia haittoja kodin aikuisten alkoholinkäytöstä. Luvussa 4 *Marja Holmila, Kirsimarja Raitasalo, Ilona Autti-Rämö ja Irma-Leena Notkola* kuvaavat äitien päihdeongelmien aiheuttamia haittavaikutuksia lasten elämään. Rekisteritutkimus osoittaa äitien päihdeongelman lapsille aiheuttamien haittojen yleistyneen vuosina 1991–2007. Syynä on niin laittomien huumeiden kuin alkoholin käytön kasvu. Pienten alle kouluikäisten lasten

kokemat ongelmat ovat luonteeltaan vakavia. Sikiövauriota ei tarkastella tässä kirjassa (ks. Vaarla 2011).

Luvussa 5 *Tarja Heino* pohtii lastensuojelun keinoja puuttua päihteiden käyttäjän muille aiheuttamiin haittoihin. Päihdekäyttö on usein yksi lastensuojelun tarpeeseen johtavista tekijöistä. Läheisneuvonpito on lupaava työskentelytapa, jossa läheisten ja viranomaisten apu yhdistyvät lähellä asiakkaan omaa verkostoa. Luvussa 6 *Anni Vilkko, Harriet Finne-Soveri, Britta Sohlman, Anja Noro ja Sari Jokinen* puolestaan tarkastelevat kotona asuvan iäkkään ihmisen alkoholinkäyttöä ja heitä auttavia läheisiä. Omaisten vastuu vanhusten hoidosta on Suomessa kasvanut. Samalla ikääntyneen alkoholiongelma lisää muilta tarvittuun avun haasteita monella tavoin. Ongelmat tuskin helpottuvat lähitulevaisuudessa, jos eläkeikää lähestyvän väestön juomatavat eivät muutu.

Luvussa 7 *Minna Piispa* osoittaa suomalaisten tilastoaineistojen ja kyselyjen perusteella, että alkoholi liittyy parisuhdeväkivallan esiintyvyyteen ja vakavuuteen. Artikkeliki keskittyy naisten parisuhdeväkivallan kokemuksiin, sillä tyypillisimmillään parisuhteessa pitkään jatkuneen väkivallan uhri on juuri nainen. Parisuhteen väkivaltaepisodit ajoittuvat yleisimmin puolison juomiskausiin ja ovat tuolloin seurauksiltaan vakavampia kuin muulloin.

Kirjan toisessa osassa käsitellään alkoholin ja päihteidenkäytön aiheuttamia haittoja muillekin kuin läheisille ihmisille. Luvussa 8 *Christoffer Tigerstedt ja Petri Huhtanen* selvittävät Juomatapa-väestökyselyaineiston nojalla, millaisia haittoja vastaajat ovat kokeneet toisten alkoholinkäytöstä ja mitkä tekijät ovat yhteydessä häiriökokemuksiin. Tulosten mukaan erityisesti nuoret ja naiset altistuvat alkoholiehtoisiin häiriöille. Myös kaupunkimainen elinympäristö ja oma runsas juominen saattavat ihmiset tilanteisiin, joissa kohdataan alkoholinkäytön haittavaikutuksia. *Marke Jääskeläinen ja Pekka Hakkarainen* puolestaan analysoivat luvussa 9 muiden ihmisten kokemien päihdehaittojen ongelmallisuutta huumeekyselyaineiston valossa. Artikkelissa arvioidaan, millaista huolta Helsingissä asuvilla vastaajilla on henkilökohtaisesti tuntemiensa henkilöiden huumeiden käytöstä. Tutkimuksen mukaan merkittävä osa helsinkiläisistä on joskus ollut huolestunut jonkun läheisensä, ystävänsä tai tuttavansa huumeiden käytöstä.

Luvut 10 ja 11 keskittyvät julkisissa tiloissa ilmenneisiin päihde-ehdoisiin haittoihin, eli yleisten tilojen väkivaltarikollisuuteen ja rattijuopumukseen. *Katariina Warpenius, Elina Kotovirta, Thomas Karlsson ja Esa Österberg* tarkastelevat alkoholinkulutuksen ja väkivaltarikollisuuden välisiä yhteyksiä ja yleisten paikkojen väkivaltarikosten esiintyvyyttä ilta- ja yöaikaan. Poliisirekisterien tiedot kertovat, että päihde-ehdoiset häiriöt saattavat johtaa pahoinpitelyrikoksiin kaupunkien keskustoissa erityisesti yön pikkutunneilla. Julkisissa tiloissa tehdyt pahoinpitelyt näyttäisivät olevan yhteydessä anniskelupaikkojen sulkemisaikoihin, ja pahoinpitelytilanteisiin ajautuvat erityisesti nuoret miehet niin väkivaltarikoksista epäiltyinä kuin uhreinakin. Liikenneturvallisuutta käsitellään *Karoliina Karjalaisen, Antti Impisen ja Pirjo Lillsunden* artikkelissa, joka paneutuu rattijuopumuksen aiheuttamiin liikenneonnetto-

muuksiin tilastoaineistojen valossa. Valtaosassa rattijuopumustapauksista uhrina on rattijuoppo itse tai rattijuopon kyydissä matkustava henkilö. Täysin sivullisiin kohdistuvat rattijuopumusonnettomuudet ovat suhteellisen harvinaisia, mutta ne tuomaan Suomessa jyrkästi.

Kirjan kolmannessa osassa pureudutaan päihteiden käytön institutionaalisiin haittavaikutuksiin. Päihteiden käyttäjien läheisten kuormittuminen tai turvattomuus lisää yhteiskunnan tuottamien palvelujen tarvetta, ja päihdetapaukset lisäävät sosiaali- ja terveystoimen työmäärää ja kustannuksia. *Maritta Itäpuisto ja Jani Selin* kysyvät luvussa 12, miten sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä pystyy vastaamaan päihdeongelmaisten omaisten ja läheisten avuntarpeisiin. Katsaus osoittaa, ettei läheisiä ole otettu riittävästi huomioon sosiaali- ja terveystoimen palveluiden tarjonnassa. Vaikka apuun on lakisääteinen mahdollisuus, päihdeongelmaa ei ilmeisesti ole mielletty vakavassa mielessä vuorovaikutukselliseksi asiaksi, joka edellyttää avun tarjoamista myös läheisille. Luvussa 13 *Kristiina Kuussaari, Airi Partanen ja Kerstin Stenius* pohtivat päihdetapauslaskenta-aineiston pohjalta, millainen haaste päihdeongelmaiset ovat sosiaali- ja terveydenhuollolle. Samalla he sivuavat kysymystä siitä, mitä erityiskykyjä ja -taitoja päihdeongelmaisten kohtaaminen ja hoitaminen edellyttävät henkilökunnalta.

Luvut 14 ja 15 käsittelevät haittoja, joita päihteiden käyttö aiheuttaa työnantajille ja työyhteisöille. *Petri Böckerman ja Antti Uutela* tarkastelevat artikkelissaan, missä määrin alkoholinkulutus vaikuttaa työelämän sairauspoissaoloihin. Kyselyaineistoihin tukeutuvassa analyysissä ilmenee, että alkoholinkulutuksen ja sairauspoissaolojen välinen yhteys näyttää olevan erityisen vahva matalasti koulutetuilla miehillä. *Maarit Gockel, Reeta Pösö ja Heidi Nyman* puolestaan kuvaavat, miten yleisiä alkoholisairauksien perusteella myönnettyä työkyvyttömyyseläkkeet ovat, mitä ne maksavat yhteiskunnalle ja miten alkoholisairauksia pyritään tunnistamaan eläkettä haettaessa.

Luvuissa 16 ja 17 arvioidaan alkoholin ja päihteiden käyttöön liittyviä kustannuksia. Laskelmat osoittavat, että päihdeongelmat ulottuvat yhteiskunnan kaikille avainaloille, niin sosiaali- ja terveydenhuoltoon, järjestyksen ylläpitämiseen, vankien hoitoon kuin oikeuslaitokseen. *Marke Jääskeläinen ja Esa Österberg* arvioivat kriittisesti suomalaisten alkoholinkäytön aiheuttamia yhteiskunnallisia kustannuksia ja kiinnittävät huomiota ei vain kustannusten suuruuteen vaan myös laskelmien arviointitapoihin. *Marke Jääskeläinen ja Pekka Hakkarainen* tuovat puolestaan painokkaasti esiin, että huumehaittojen kustannukset ovat taloudellinen rasite, mutta samaan aikaan ne ovat myös yhteiskunnallinen valinta, eli enemmän tai vähemmän onnistunut sosiaalinen investointi, joka tähtää kansalaisten hyvinvoinnin edistämiseen.

Luvussa 18 kootaan yhteen keskeisiä havaintoja päihteiden käyttäjien muille aiheuttamista haitoista ja niihin liittyvän tutkimuksen haasteista, kuten rekisteritietojen puutteellisuudesta. Päihdehaittojen vuorovaikutuksellisuus johtaa siihen, että selvää eroa syyllisten ja uhrien välillä on toisinaan hankalaa tehdä ja että päihdehaittojen sääntely ja niiden hoitaminen ovat yhtäläillä julkisen ja yksityisen sektorin kuin kansalaisten asia. Lisäksi artikkelissa pohditaan alkoholin ja päihteiden käytön aiheut-

tamien haittavaikutusten yhteiskuntapoliittista merkitystä. Yksilötason terveysvaikutuksiin painottunut päihdetutkimus saa uusia haasteita, kun lähipiiri ja yhteiskunnan sosiaaliset instituutiot liitetään kuvaan mukaan.

Kirja liittyy Suomen Akatemian rahoittamaan projektiin (no 259289) ja on syntynyt Alkoholi- ja huumeutkijain seuran aloitteesta.

Lähteet

- Härkönen, Janne & Österberg, Esa (2010) Miten alkoholiin on suhtauduttu ennen ja nyt? Teoksessa Pia Mäkelä, Pia & Heli Mustonen & Christoffer Tigerstedt (toim.) Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 155–166.
- Karlsson, Thomas & Kotovirta, Elina & Tigerstedt, Christoffer & Warpenius, Katariina (toim.) (2013) Alkoholi Suomessa. Kulutus, haitat ja politiikkatoimet. THL (tulossa).
- Karlsson, Thomas & Österberg, Esa (2010) Mitä tilastot kertovat suomalaisten alkoholinkäytöstä? Teoksessa Pia Mäkelä, Pia & Heli Mustonen & Christoffer Tigerstedt (toim.) Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 13–26.
- Laslett, Anne-Marie & Catalano, Paul & Chikritzhs, Tanya & Dale, Caroline & Doran, Christopher & Ferris, Jason & Jai-nullabudeen, Thameemul & Livingston, Michael & Matthews, Sharon & Mugavin, Janette & Room, Robin & Schlotterlein, Morgan & Wilkinson, Claire (2010) The range and magnitude of alcohol's harm to others. Fitzroy, Victoria: AER Centre for Alcohol Policy Research, Turning Point Alcohol and Drug Centre.
- Metso, Leena & Winter, Torsten & Hakkarainen, Pekka (2012) Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet. Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mäkelä, Pia & Mustonen, Heli & Huhtanen, Petri (2010) Miten Suomi juo? Alkoholinkäyttötapojen muutokset 1968–2008. Teoksessa Pia Mäkelä & Heli Mustonen & Christoffer Tigerstedt (toim.): Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 39–54.
- Nutt, David J & King, Leslie A & Phillips, Lawrence D (2010) Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet* 376(9752), 1558–1565.
- Room, Robin & Ferris, Jason & Laslett, Anne-Marie & Livingston, Michael & Mugavin, Janette & Wilkinson, Claire (2010) The drinker's effect on the social environment: A conceptual framework for studying alcohol's harm to others. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 7, 1855–1871.
- Sulkunen, Pekka & Rantala, Kati & Määttä, Mirja (2003) Kantaa ottamattomuuden etiikka ja ehkäisevän päihdetyön ongelmat kulutusyhteiskunnassa – esimerkkinä Klaari-projekti. *Janus* 11(2), 100–121.
- Vaarla, Suvi (toim.) (2011) Alkoholien vaurioittamat: raskaudenaikaisen alkoholinkäytön vaikutukset lapsen elämään. Helsinki: Kehitysvammaliitto.
- Warpenius, Katariina & Tigerstedt, Christoffer (2010) Paljon huolta – vähän hupia. Alkoholiaiheiset kirjoitukset kahdessa paikallislehdessä 2004–2007. *Yhteiskuntapolitiikka* 74(3), 274–283.

2 Miten alkoholitutkimus käsitteellistää haitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle?

Viime aikoina on hämmästely alkoholitutkimuksessa havaittua aukkoa: alkoholin haitallisia vaikutuksia muihin osapuoliin kuin juojaan itseensä on tutkittu sangen vähän (esim. Fekjær 2012; Laslett 2012). Valtaosa alkoholihaittoja käsittelevästä tutkimuksesta koskee alkoholin vaikutuksia juojan omaan terveyteen ja hyvinvointiin, tarkasteltiin niitä sitten yksilö- tai väestötasolla (Room ym. 2010). Sitä vastoin juomisen haitalliset vaikutukset muihin ihmisiin ja yhteiskunnan instituutioihin ovat pitkään olleet taka-alalla, kuten alan tutkijat argumentoivat (Laslett ym. 2010; Livingston ym. 2010). Tutkimuskirjallisuudessa puhutaan usein ”unohdetuista haitoista” (Klingemann & Gmel 2001) tai ”huomiotta jääneistä haitoista” (Laslett ym. 2010). Hiljaisuutta on selitetty modernien yhteiskuntien yksilöllisyyttä korostavilla arvoilla sekä pyrkimyksenä välttää raittiushenkistä moralisointia ja alkoholia käyttävien yksilöiden syyllistävästä leimaamista (Laslett 2012; Room ym. 2010).

Kiinnostus muille kuin juojalle itselleen aiheutuviin haittoihin on nyt kasvamassa. Uskaliaimmat ovat puhuneet jopa alkoholitutkimuksen ja alkoholihaittojen hallinnan uudesta paradigmasta (Fekjær 2011), jonka iskulauseeksi on ehdotettu muotoilua ”alkoholin haitat muille” (*alcohol's harms to others*) (Laslett ym. 2010 & 2011; Room ym. 2010). Vielä kymmenisen vuotta sitten tällainen termi ei ollut käytössä kirjallisuustietokannoissa, vaan näitä haittoja lähestyttiin useilla vaihtoehtoisilla käsitteillä. Nyt ”haitat muille” esiintyy jo omana avainsananaan englanninkielisissä tutkimusartikkeleissa. Samalla kun tutkijoiden kiinnostus aihetta kohtaan on kasvanut, myös sitä koskevien erilaisten käsitteiden välinen kilpailu on tiivistynyt.

Tällä katsauksella on kaksi päätehtävää. Ensin tarkastellaan, miten alkoholin haitat muille kuin juojalle itselleen on käsitteellistetty tutkimuskirjallisuudessa. Toiseksi perehdytään siihen, mikä on haitat muille -näkökulman suhde alkoholitutkimuksen aikaisempiin tapoihin hahmottaa alkoholihaittoja. Mitä uutta näkökulma tuo jo olemassa oleviin tutkimuksen lähestymistapoihin?

Muille koituvien haittojen käsitteellistämistapoja

Muihin kuin juojaan itseensä kohdistuvia alkoholihaittoja on käsitteellistetty eri tavoin tutkimuskirjallisuudessa. Perinteisesti näitä haittoja on tarkasteltu sellaisilla katokäsitteillä kuin ”juomisen sosiaaliset haitat” (Room 1998 & 2000; Rossow & Hauge

2004) tai ”alkoholinkulutuksen sosiaaliset seuraukset” (Klingemann & Gmel 2001). Vuonna 2001 ilmestynyt kokoomateos *Mapping the social consequences of alcohol consumption* käsittelee juomisen sosiaalisia seurauksia. Toisin kuin ”juomisen sosiaaliset haitat”, sosiaaliset seuraukset sisältävät sekä alkoholinkäytön myönteiset että kielteiset vaikutukset yksilölle, ryhmille, organisaatioille ja yhteiskunnan instituutioille. (Klingemann & Gmel, 2001.) Kirja kuvaa kahdentyyppisiä alkoholinkulutuksen sosiaalisia seurauksia, jotka ilmenevät yhtäältä juojan välittömässä sosiaalisessa ympäristössä ja toisaalta yhteiskunnan instituutioiden tasolla (ks. Rehm 2001, 13).

Vaikka Klingemannin ja Gmelin (2001) valitsema lähestymistapa kattaa alkoholinkulutuksen kielteiset ja myönteiset sosiaaliset seuraukset, kirjan empiiriset tarkastelut kohdentuvat pääosin alkoholinkulutuksen haitallisten vaikutusten ja kustannusten kartoittamiseen. Kirjan tarkastelut jakautuvat kolmeen aihealueeseen: alkoholin vaikutuksiin sosiaalisissa suhteissa ja ryhmässä (ystäväpiiri, työpaikat ja lähisuhteet), turvallisuus- ja järjestyskysymyksiin sosiaaliseen hallintaan (onnettomuudet, tapaturmat, itsemurhat; julkisen tilan turvallisuus ja järjestys; alkoholin aiheuttamat kustannukset yhteiskunnalle) ja lopuksi yhteiskunnan toimenpiteisiin (haittojen vähentäminen ja yhteisöstrategiat). Teos on paitsi läpileikkaus vuosituhatvuotisen vaihteen alkoholitutkimuksesta myös tutkimuspoliittinen manifesti unohdettujen sosiaalisten vaikutusten perustavamman kartoittamisen puolesta.

Toinen esimerkki pyrkimyksestä jäsentää alkoholihaittoja lähiympäristön kannalta on Robin Roomin samaan aikaan, vuonna 2000, esittämä huomautus, jonka mukaan ”juomisen sosiaaliset haitat ovat perustavalla tavalla vuorovaikutuksellisia” (Room 2000, 94). Tutkimuksessa huomio pitää näin ollen kiinnittää itse juojan kokemusten lisäksi sosiaalisen juomistilanteen muihin osapuoliin, heidän reaktioihinsa ja heihin kohdistuviin haittavaikutuksiin. Tämä asetelma herättää olennaisia kysymyksiä juomisen seurauksista, jotka ovat sosiaalisen vuorovaikutuksen välittämiä. Näihin kysymyksiin harva tutkimus on yrittänyt vastata.

Kattavin yksittäinen empiirinen tutkimus muille koituvista alkoholihaitoista on Anne-Marie Laslettin ym. Australiassa ilmestynyt teos *The range and magnitude of alcohol's harms to others* (2010). Siinä tukeudutaan vahvasti termiin ”alkoholin haitat muille”, joka käsitteellisiltä jaoiltaan perustuu pitkälti juuri sosiaalisten alkoholihaittojen tutkimussuuntaan (Laslett ym. 2010; Room 2000). Käsitteen täsmentämiseksi kirjassa eritellään yhtäältä yksilön erilaisia rooleja yksityisessä ja julkisessa elämäntilanteissa ja toisaalta alkoholinkulutuksen kustannuksia ja haittavaikutuksia yhteiskunnan eri toiminta-aloilla. Tausta-ajatuksena on, että muille koituvat haitat syntyvät kun alkoholia käyttävä yksilö ei ole täysin toimintakykyinen vaan alisuoriutuu sosiaalisissa rooleissaan.

Laslett kollegoineen (2010; ks. myös Room ym. 2010) erottelee kaksi keskeistä suuntausta muille koituvien alkoholihaittojen tutkimuksessa: kyselytutkimukset ja taloustieteelliset kustannusmittaukset. Kyselytutkimuksen perinteellä on joitakin juuria kriminologian uhritutkimuksissa. Näiden tutkimusten yhtenä tehtävänä on ollut muuten pimentoon jäävien rikosten valaiseminen kysymällä ihmisiltä itseltään

heidän kokemuksistaan rikoksen uhriksi joutumisesta. Tässä hengessä Kaye Fillmore (1985) tutki ”juomisen sosiaalisia uhreja” tiedustelemalla, olivatko vastaajat joutu- neet erilaisiin ikäviin tilanteisiin jonkun toisen alkoholinkäytön takia julkisella pai- kalla tai yksityiselämässä. Tätä muiden juomisen aiheuttamien haittojen tutkimista on jatkettu pienessä mittakaavassa Kanadassa (Eliany ym. 1992; Giesbrecht & West 1997), USA:ssa (Jones & Greenfield 1991), Pohjoismaissa (Mäkelä ym. 1999) ja Aust- raliassa (AIHW 2002). Vaikka näissä tutkimuksissa tarkasteltiin juojan ja hänen ym- päriällään olevien ihmisten vuorovaikutusta, ne eivät vakiinnuttaneet uutta alkoholi- haittoja koskevaa käsitteistöä. Mikäli kattokäsitteestä voitiin silloin ylipäätään puhua, sellaisena toimi ”juomisen sosiaaliset haitat”.

Taloustieteen kustannusmittausperinteessä on arvioitu alkoholin terveyden- huollolle, järjestysvallalle, työpaikoille ja muille yhteiskunnallisille tahoille aiheut- tamia kustannuksia. Tässä perinteessä termi ”ulkoisvaikutukset” (*externalities*) on vakiintunut luontevaksi tavaksi nimetä kulutuskäyttäytymisestä sivullisille aiheu- tuvia ei-toivottuja taloudellisia vaikutuksia (Greenfield ym. 2009; Connor & Cass- well 2009). Ulkoisvaikutusten arvioinnissa on käytetty sekä yhteiskunnallisten insti- tuutioiden rutiininomaisesti tuottamia rekisteritietoja että erillistutkimuksia. Kaiken kaikkiaan muille kuin juojalle itselleen koituvien haittavaikutusten kustannuksia on tutkittu vain vähän, ja alkoholihaittojen taloudellinen kuormitus eri maissa on aliar- vioitua (Navarro ym. 2011). Alkoholihaittojen kääntäminen rahalliseksi suureiksi si- sältää monta tunnustettua teknistä ja menetelmällistä haastetta. Harvemmin mainit- tu periaatteellinen ongelma on se, että haittojen monetarisointi häivyttää juomiseen liittyvän sosiaalisen dynamiikan (Mäkelä 2012).

Tutkimusmenetelmien kannalta on tärkeää pohtia laadullisen tutkimuksen ase- maa, kun tarkastellaan lähipiirille ja muille ihmisille koituvia haittavaikutuksia. Mää- rälliset kysely- tai rekisteriaineistot antavat kapean käsityksen haittojen muodostu- misesta ja kokemisesta sosiaalisissa tilanteissa. Kokonaiskuvan saamiseksi on tärkeää soveltaa myös laadullisia menetelmiä, jotka valottavat asianomaisten näkökulmaa ja kokemusmaailmaa. (Holmila 2011.) Laadullisiin aineistoihin perustuvia kansainväli- siä vertailututkimuksia alkoholin aiheuttamista haitoista sivullisille ei ole tehty, joten tällä saralla ovet ovat auki pioneeritoille.

Vaikka yhteiskuntatieteellinen tutkimus juomisen sosiaalisista haitoista vilkastui 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä (Langley ym. 2003; Rossow & Hauge 2004; Johansson ym. 2006; Rossow 2007; Giesbrecht ym. 2010), käsitteellinen epäva- kaus on edelleen ilmeistä. Australialaisten lisäksi myös uusiseelantilaiset tutkijat ovat mieltyneet ”haitat muille” -termiin (Casswell ym. 2011). Vaihtelua esiintyy myös sii- nä, kenen kannalta haittoja aiheuttavaa vuorovaikutustilannetta tarkastellaan: joskus puhutaan ”muille aiheutuvista haitoista” (*harms to others*) toisinaan taas ”muiden ai- heuttamista haitoista” (*harms from others*) (mm. Rossow & Hauge 2004).

Yhdysvaltalais-kanadalaisessa tutkimuksessa (Greenfield ym. 2009) puoles- taan nojataan vahvemmin taloustieteelliseen keskusteluun, jolloin ydinkäsitteek- si muodostuu alkoholinkulutuksen ”ulkoisvaikutukset” (*externalities*). Pohjoismais-

ta Ruotsissa on käytetty monia termejä rinnakkain, muun muassa käsitettä ”haitat kolmansille osapuolille” (*tredjepartsskador*) (Ramstedt, henkilökohtainen tiedonanto 15.2.2013). Kanadalaisryhmä sitä vastoin tarjosi vuonna 2010 Addiction-julkaisussa ”välillisten vaikutusten” käsitettä (*second-hand effects*) kuvaamaan yksilön alkoholinkulutuksen aiheuttamia haittoja ja kustannuksia muille ihmisille (Giesbrecht ym. 2010; ks. myös Langley ym. 2003). Samassa julkaisussa ehdotettiin vuotta myöhemmin ilmiön yläkäsitteeksi termiä ”*collateral damage*”, joka on suomennettu esimerkiksi käsitteellä oheisvauriot. Sodankäynnin terminologiassa tämä käsite viittaa siviiliuhreihin tai siviilikohteille aiheutuneisiin vahinkoihin (Babor 2011).

Tällä hetkellä muille koituvista alkoholihaitoista puhutaan eri termein. Käsiteviidakko aihepiirin ympärillä on silmiinpistävä, ja tutkijat myös tiedostavat sen. Erikoista tilanteessa on se, että tutkijoilla näyttää olevan käsitteiden selkeyttämisessä ja juurruttamisessa tutkimuksellisten intohimojen lisäksi vahvoja poliittisia intressejä. ”*Collateral damage*” -käsitettä ehdottava Thomas Babor toteaa, että ”tarvitaan termi, joka kansanterveysnäkökulmasta onnistuu tarttumaan ihmisten ajatuksiin siitä, miten [juomisen haitat muille kuin juojalle itselleen] leviävät yhteiskunnassa” (Babor 2011, 1612).

Tupakoinnin rinnalle syntynyt termi ”passiivinen tupakointi” on ollut tällainen tehokas iskulause, joka on uponnut kansan tajuntaan sekä vaikuttanut politiikkaan ja tupakoinnin jyrkkään laskuun. Usein esitetty kansanterveyttä puoltava perustelu onkin, että alkoholituotteita tulisi niiden aiheuttamien negatiivisten vaikutusten vuoksi käsitellä yhteiskunnallisessa keskustelussa ja sääntelyssä yhtä tiukkaan sävyyn kuin tupakkatuotteita (Casswell ym. 2011, 1093). ”Passiivisen juomisen” (*passive drinking*) käsite on jo tarttumassa erityisesti rajoittavaa alkoholipolitiikkaa puoltavien toimijoiden retoriikkaan (mm. The Nordic Alcohol and Drug Policy Network 2012; ks. Burgess 2009). Alkoholinkäytön muihin kohdistuvat haitat rinnastuvat näin passiiviseen tupakointiin, vaikka vastaavaa suoraa altistumista haitalliselle aineelle ei tapahdukaan.

Vaikka ”haitat muille” -termiä on alettu käyttää vasta hiljattain, sen tarkoittamia ilmiöitä on tutkittu jo aiemminkin. Paradigmanvaihdoksen sijasta voi siis olla järkevämpää ajatella, että ”haitat muille” on määrittelykamppailun kohteena oleva ja vielä muotoutuva tutkimusnäkökulma, jonka vahvistuminen on osa alkoholiasioiden uudenlaista yhteiskunnallistumisesta ja politisoitumista. On kiinnostavaa nähdä, miten ja minkälaisessa tutkimuksen ja politiikan voimainmittelössä terminologiaa lähivuosi-na koetellaan ja mihin suuntaan se kehittyy.

Haitat muille – mitä uutta verrattuna aikaisempiin tutkimusnäkökulmiin?

Alkoholihaittojen ymmärtämiseksi ja hallitsemiseksi on olemassa useita vaihtoehtoisia näkökulmia, jotka kertovat olennaisia asioita sekä tutkimuserinteiden että sääntelykäytäntöjen historiallisesta vaihtelusta ja niiden perusteluista. Muihin kuin juojaan itseensä kohdistuvien haittojen tutkiminen on näistä yksi näkökulma, ja sen taustaksi erotetaan seuraavassa kolme alkoholitutkimuksen lähestymistapaa: yksilöllinen haittanäkökulma, kansanterveysnäkökulma ja yhteisönäkökulma. Keskustelu sivullisten kärsimistä alkoholihaitoista on tulkittavissa reaktiona näihin kolmeen näkökulmaan.

Yksilöllinen haittanäkökulma

Alkoholi- ja päihdetutkimusta on toisinaan moitittu niin sanotusta metodologisesta individualismista. Esimerkiksi kysely- ja rekisteriaineistot kuvaavat maailmaa yksilövastaajan tai -toimijan näkökulmasta (Room ym. 2010), jolloin kuvattavan toiminnan sosiaalinen yhteys ja vuorovaikutuksellinen luonne jäävät epäselviksi ja vähälle huomiolle (Laslett ym. 2010). Asetelma on sinänsä ymmärrettävä, kun huomioidaan kyselytutkimuksen menetelmä: yksilövastaaja on (subjektiivinen) oman kulutuksensa ja kokemiensa haittojen asiantuntija, mutta oman juomisen vaikutuksia muihin on jo vaikeampi arvioida.

Terveystutkimuksessa käytettävät erilaiset luokittelut ja testit ovat selkeä esimerkki yksilöllisestä haittanäkökulmasta. Kansainväliset sairausluokittelut (International Classification of Diseases, ICD ja Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM), joihin lukuisat analyysit päihdehaitoista perustuvat, keskittyvät yksilöä koskeviin piirteisiin. Vastaavasti myös kliinisessä käytössä oleva, potilaan riskijuomista arvioiva Audit-testi, kuten myös muut alkoholinkäyttöä kartoittavat mittarit, kiinnittää huomion ennen kaikkea alkoholinkuluttajan omaan terveyteen pikemmin kuin muille henkilöille aiheutuviin haittoihin. Näin alkoholin aiheuttamat elimelliset vauriot jäsenyivät elintapasairauksiksi, jotka yksilö omalla juomisellaan itselleen aiheuttaa.

Yksilöllisellä haittanäkökulmalla on historialliset ehtonsa. Kun yksilöiden kulutusvapaus lisääntyi viime vuosisadan jälkipuoliskolla Suomessa ja muissa kulutusyhteiskunnissa, myös alkoholinkäyttöä alettiin yhä useammin pitää yksityisasiana. Liberalisoituvassa arvoilmapiiirissä kynnys puuttua yksilön juomiseen nousi korkealle. Yksilöllisen näkökulman mukaan riskialtis juominen on ensisijassa yksilön ongelma, jolloin ratkaisukeinot keskittyvät juojan hoitamiseen eli fysiologiseen ja psykologiseen normaalistamiseen yksilötasolla. Tässä ajattelutavassa lähiympäristön tuki on toki mahdollista, muttei ensisijaista. Alkoholismien näkeminen yksilöllisenä sairautena vapauttaa (osittain) juojan muille aiheuttamiensa ongelmien vastuusta. Samal-

la sekä juomisen että siitä koituvien haittojen vuorovaikutuksellinen luonne häivyttää näköpiiristä. (Room ym. 2010.)

Kansanterveysnäkökulma

Useat pohjoismaiset hyvinvointivaltiot ovat suosineet 1970-luvulta lähtien niin sanottua kokonaiskulutusmallia alkoholipolitiikkansa taustateorian (Tigerstedt 2001). Mallin lähtökohdaksi on monissa tutkimuksissa osoitettu vahva yhteys väestötason alkoholinkulutuksen ja eri haittojen välillä: mitä suurempi on väestön kokonaiskulutus, sitä todennäköisemmin alkoholihaittoja esiintyy. Niinpä kansanterveyttä edistävän alkoholipolitiikan tavoitteena on tietyn väestön tai koko kansan kuluttaman alkoholin kokonaismäärän rajoittaminen (Bruun ym. 1975; Babor ym. 2010).

Alkoholihaittojen ja kokonaiskulutuksen yhteyttä on selitetty ilmiöllä, jota kutsutaan preventioparadoksiksi. Sen mukaan suurin osuus erityyppisistä alkoholihaittoista väestötasolla syntyy kohtuukäyttäjien eikä suinkaan rankasti juovien alkoholinkulutuksesta. Tätä paradoksia selittää se, että väestön enemmistöä edustavia kohtuukäyttäjää on moninkertaisesti verrattuna suurkuluttajiin. (Poikolainen ym. 2007.)

Kansanterveysnäkökulma keskittyy alkoholinkäytön aiheuttamiin sosiaalisiin ja taloudellisiin rasituksiin väestötasolla – ei niinkään yksilön tai hänen lähipiirinsä kokemiin pulmiin. Samalla kansanterveysnäkökulma jättää huomiotta muille koituvien alkoholihaittojen erityispiirteet. Kuvatessaan väestön alkoholinkäyttöä tilastoituna kulutustasona kokonaiskulutusmalli sivuuttaa juomatapojen ja haittojen muodostumisen vuorovaikutuksellisuuden juomistilanteissa.

Kokonaiskulutusmallia on pidetty humanina ja suorastaan liberaalina strategiana, koska se ei syyllistä yksittäistä alkoholinkäyttäjää (mm. Sulkunen & Warsell 2012). Päinvastoin, se mahdollistaa tulkinnan, jonka mukaan alkoholiongelmien ovat vahvasti kulttuurisesti ehdollisia ja sosiaalisia eli väestötasoisia. Kokonaiskulutuksen sääntelyyn tähtäävä alkoholipolitiikka tukeutuu kaikkiin kansalaisiin kohdistuviin, yleispäteviin keinoihin, eli alkoholijuomien saatavuuden ja hintojen sääntelyyn, joiden avulla halutaan vaikuttaa väestön kulutuksen määrään. Siksi alkoholiongelmien vaikuttaminen edellyttää valtion voimakkaita toimenpiteitä kansanterveyden edistämiseksi, vailla yksilöön kohdistuvaa moralisointia.

Yhteisönäkökulma

Yksilö- ja väestönäkökulmien rinnalle on 1980-luvulta lähtien kehittynyt alkoholihaittoja yhteisötasolla tarkasteleva tutkimusote. Yhdysvaltalaisen Harold Holderin (1998; 2000) muotoilema ”järjestelmätason lähestyminen yhteisöehkäisyyn” (*a systems approach to community prevention*) on ollut erityisen merkittävä näkökulma paikallisessa alkoholihaittojen ehkäisy tutkimuksessa. Yhteisönäkökulmassa alkoholi-

lihaittojen muodostumisen ja hallinnan lähtökohtana ovat paikallisyhteisön eri ulottuvuudet: sen sosiaali- ja terveystoimintatavat, hallinnolliset käytännöt, siinä vaikuttavat kaupalliset intressit sekä paikallisyhteisön jäsenten alkoholinkulutusta sääntelevät normit ja mielipiteet (mm. Holmila 2002; Wallin 2004).

Järjestelmämallissa yhteisön nähdään koostuvan useista toimijoista, osajärjestelmistä ja prosesseista, jotka yhdessä ohjaavat yksilöiden käyttäytymistä ja määräävät alkoholiongelmien esiintyvyyden paikallisessa väestössä. Jotta yksilöiden käyttäytymismuutos olisi pysyvää, täytyy ehkäisevän toiminnan vaikuttaa yhteisöjärjestelmän rakenteisiin: kulttuurisiin, poliittisiin, ammatillisiin ja taloudellisiin osajärjestelmiin. Ellei näin toimita, järjestelmä tuottaa yhä uusia ongelmayksilöitä normaalistettujen tilalle. Tästä näkökulmasta yksilöihin kohdistuvat toimet, kuten varhainen puuttuminen suurkuluttajien juomiseen tai alkoholiongelmaisten hoito, eivät pysyvästi vähennä paikallisyhteisössä esiintyvien alkoholihaittojen määrää. Kestävään haittojen hallintaan tarvitaan yhteisön tasolla tapahtuvaa sosiaalista ja kulttuurista muutosta ja ennen kaikkea alkoholijuomien saatavuuden sääntelyä. (Treno & Holder 2004.)

Yhteisönäkökulma kääntää huomion kliinisestä yksilöön kohdistuvasta hoitotyöstä yhteiskunnalliseksi toiminnaksi ja alkoholipoliittiseksi vaikuttamiseksi, joka tapahtuu paikallisella tasolla. Yhteisönäkökulman tausta-ajattelu rinnastuu jossain määrin kansanterveysajatteluun, sillä molemmat keskittyvät yksilötason ylittävien prosessien tutkimukseen ja hallintaan. Järjestelmämallissa alkoholipoliittinen toiminta haittojen vähentämiseksi vain on paikallista ja eri tavoilla yhteydessä juomistilanteiden sääntelyyn.

Uutta näkökulmaa?

Edellä esitellyt alkoholitutkimuksen ja haittojen hallinnan näkökulmat käsittelevät alkoholiasioita yksilö-, väestö- ja yhteisötasoilla. Haitat muille -näkökulmalla on sekä eroja että yhtäläisyyksiä verrattuna aikaisempiin lähestymistapoihin. Alkoholihaittojen vuorovaikutuksellista luonnetta korostava tutkimusote poikkeaa selvästi yksilökeskeisestä terveystieteestä keskittyessään sijaiskärsijöiden kokemuksiin. Alkoholinkulutuksen haittavaikutukset eivät ole ainoastaan kliininen yksilötason riski, vaan ne uhkaavat myös läheisten ja muiden ihmisten hyvinvointia.

Ero kansanterveysnäkökulman tausta-ajatteluun eli kokonaiskulutusmalliin on myös ilmeinen. Muille koituvia haittoja kartoittavat tutkimukset kiinnittävät usein huomiota humalajuomisen tai päihdeongelmista vakavasti kärsivien tuottamiin haittavaikutuksiin. Haitat muille -näkökulma keskittyy näin ollen juomatapojen ja sosiaalisten tilanteiden seurausvaikutuksiin pikemmin kuin väestötasoiseen keskikulutukseen ja haittoihin.

Yksilö- ja väestötason näkökulmista poiketen haitat muille -näkökulmalla on vahvoja yhtymäkohtia yhteisötasoiseen järjestelmänäkökulmaan. Molemmissa tuodaan esiin kansalaisten ja yhteiskunnallisten tahojen välisiä vuorovaikutussuhteita ja korostetaan haittojen sääntelyn tilannekohtaisuutta juojan lähipiirissä.

Kansanterveys-, yhteisö- ja haitat muille -näkökulmat poikkeavat yksilöllisestä haittanäkökulmasta. Kaikissa kolmessa lähestymistavassa alkoholinkäyttö jäsenyytävalla tai toisella yhteiskunnallisena ja kulttuurisena ilmiönä, jonka hallinta edellyttää yksilötason ylittäviä sosiaalisia ja poliittisia toimenpiteitä. Haitat muille -näkökulman erityispiirre on alkoholihaittojen muodostumisen vuorovaikutuksellinen ja sosiaalisesti välittynyt luonne elämän eri osa-alueilla. Muille kuin juojalle itselleen koituvat haitat voivat olla järjestys-, talous-, terveys- tai turvallisuushaittoja, mutta haittojen muodostuminen nähdään tilannekohtaisena tai sosiaalisen vuorovaikutuksen välittämänä.

Alkoholin haitat muille -näkökulman jokainen osanen – haitat, alkoholi ja muut – sisältää kuitenkin kosolti tutkimuksellisia haasteita. Ensimmäinen haaste koskee haittojen kokemista ja määrittelyä: juoja itse voi pitää juomistaan harmittomana, mutta hänen seurassaan olevat ihmiset voivat kokea sen haitalliseksi – tai päinvastoin. Yksilöiden kyky ja valmius sietää häiritsevää käytöstä voi siis vaihdella suuresti, ja vaihtelu voi ilmetä myös väestöryhmien ja kulttuurien välillä. Toinen kysymys liittyy juojan ja sivullisten tapaan lukea juomistilanteessa syntyviä haittoja nimenomaan alkoholin tai humalan syyksi (vrt. Room 2000). Haittavaikutus voi olla alkoholiehtoinen, mutta taustalta saattaa löytyä muita myötävaikuttavia tekijöitä ja väliin tulevia muuttujia (vrt. Klingemann & Gmel 2001). Tämä syyn ja seurauksen välinen suhde on esillä myös kolmannessa kysymyksessä, jonka alkoholinkäytön vuorovaikutuksellinen luonne herättää: mikä on tarkkaan ottaen juojan seurassa tai lähipiirissä olevien muiden henkilöiden ”sivullisuuden” aste? Ovatko he vahvassa mielessä viattomia sijaiskärsijöitä vai ovatko he oman juomis- tai muun käyttäytymisensä takia enemmän tai vähemmän osallisia haittojen syntyyn?

Johtopäätöksiä ja pohdintaa

Alkoholinkäytön haittavaikutuksia muille ihmisille ja yhteiskunnalle on tutkittu jo pidemmän aikaa, ja tutkimuksessa on käytetty vaihtelevaa käsitteistöä. Niinpä aiheen tiimoilta virinneessä tuoreessa tutkimuskeskustelussa on pikemminkin kyse tutkimuskohteen uudelleen jäsentämisestä ja tarkentamisesta kuin paradigman vaihdoksesta. Keskustelussa käytettyjen termien monilukuisuus ja vakiintumattomuus eivät vähennä aiheen tutkimuksellista ja poliittista merkitystä. Päihdehaittojen kirjo on Suomessakin sosiaalinen ja kulttuurinen tosiasia, jonka tutkiminen on merkittävää myös yhteiskuntapoliittisten toimenpiteiden suuntaamisen kannalta.

Muille kuin käyttäjälle itselleen koituvat haitat ovat alkoholipoliittisesti latautunut tutkimusalue. Näkökulma, joka perustuu siihen, että alkoholin tai muiden päihdeiden käyttäjä aiheuttaa haittoja toisille ihmisille johtaa äkkiseltään ajatukset päihdeiden käyttäjien tiukemman kontrollin tarpeeseen. Perustelu on yksinkertainen: viattomia sivullisia pitää suojella. Tämän nojalla yksilön alkoholinkäytölle on voitava asettaa rajat, eikä hänen oikeutensa vapaaseen kulutukseen saa loukata muiden ih-

misten oikeutta koskemattomuuteen. Tällöin kyse ei ole pelkästään yksilöiden riskien minimoinnista vaan nimenomaan yksilöiden välisten riskien hallinnasta.

Riippumatta käytetystä käsitteistöstä alan tutkijat pyrkivät välttämään käyttäjien syyllistämistä tutkimustensa johtopäätöksissä. Kartoittaessaan muiden kokemia haittoja tutkijat päätyvät puhumaan sellaisten koko väestöön kohdistuvien keinojen puolesta, joiden tavoitteena on parempi kansanterveys (mm. Casswell ym. 2011, 1093; Giesbrecht ym. 2010, 1324). Niinpä kansainvälinen tutkimus alkoholihaitoista, jotka kohdistuvat muihin kuin juojaan itseensä, on tähän mennessä asettunut puolestamaan alkoholijuomien saatavuutta rajoittavia toimenpiteitä kansanterveyden edistämiseksi. Tässä suhteessa haitat muille -näkökulma ei poikkea kokonaiskultusajattelusta tai yhteisönäkökulmasta alkoholihaittoihin. Uutena uhkana on kuitenkin se, että tutkimus tarkoittamattaan tarjoaa argumentteja syrjivien ja yksilöitä syyllistävien toimenpiteiden puolesta osoittaessaan alkoholin ja muiden päihteiden käytön haittoja läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle (Mäkelä & Room 1984). Tämä tutkimustulosten mahdollinen poliittinen käyttö ei silti voi olla este alkoholinkulutuksen ja sen haittojen välisen dynamiikan monipuoliselle tutkimukselle.

Lähteet

- AIHW 2002 = Australian Institute of Health and Welfare (2002) 2001 National Drug Strategy Household Survey: First results. AIHW cat. no. PHE 35, Canberra.
- Babor, Thomas F. (2011) Commentary on Laslett *et al.* (2011) Alcohol-related collateral damage and the broader issue of alcohol's social costs. *Addiction* 106, 1612–1613.
- Babor, Thomas & Caetano, Raul & Casswell, Sally & Edwards, Griffith & Giesbrecht, Norman & Graham, Kathryn & Grube, Joel & Gruenewald, Paul & Hill, Linda & Holder, Harold & Homel, Ross & Österberg, Esa & Rehm, Jürgen & Room, Robin & Rossow, Ingeborg (2010) *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy.* Oxford: Oxford University Press.
- Bruun, Kettil & Edwards, Griffith & Lumio, Martti & Mäkelä, Klaus & Pan, Lynn & Popham, Robert E & Room, Robin & Schmidt, Wolfgang & Skog, Ole-Jørgen & Sulkunen, Pekka & Österberg, Esa (1975) *Alkoholipolitiikka. Kansanterveydellinen näkökulma.* Helsinki: Alkoholitutkimussäätiön julkaisu No 26.
- Burgess, Adam (2009) 'Passive Drinking': A 'Good Lie' too Far? *Health, Risk and Society* 11, 527–540.
- Casswell, Sally & You, Ru Quan & Huckle, Taisia (2011) Alcohol's harm to others: reduced wellbeing and health status for those with heavy drinkers in their lives. *Addiction* 106, 1087–1094.
- Connor, Jennie & Casswell, Sally (2009) The burden of road trauma due to other peoples' drinking. *Accident Analysis and Prevention* 41, 1099–1103.
- Eliany, M & Giesbrecht, N & Nelson, M & Wellman, B & Wortley, S (1992) *Alcohol and other drug use by Canadians: A national Alcohol and other Drugs Survey (1989) Technical report.* Health Canada, Ottawa.
- Fekjær, Hans Olav (2011) Changing paradigms in the alcohol field. The 37th Annual Symposium of the Kettil Bruun Society for Epidemiological and Social Studies on Alcohol, Melbourne, June.
- Fekjær, Hans Olav (2012) Why has harm to others been neglected for so long? Nordic Alcohol and Drug Researchers' Assembly, 27–29 August 2012, Copenhagen.
- Fillmore, Kaye Middleton (1985) The social victims of drinking. *British Journal of Addiction* 80, 307–314.
- Giesbrecht, Norman & West, Paulette (1997) Drinking patterns and drinking-related benefits, harm and victimization expe-

- riences reports from community-based general population survey. *Contemporary Drug Problems* 24, 557–579.
- Giesbrecht, Norman & Cukier, Samantha & Steeves, Dan (2010) Collateral damage from alcohol: implications of “second hand effects of drinking” for populations and health priorities. *Addiction* 105, 1323–1325.
- Greenfield Thomas K. & Ye, Yu & Kerr, William & Bond, Jason & Rehm, Jürgen & Giesbrecht, Norman (2009) Externalities from alcohol consumption in the 2005 US National Alcohol Survey: implications for policy. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 6: 3205–3224.
- Holder, Harold (1998) *Alcohol and the community: A systems approach to prevention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Holder, Harold D & Gruenewald PJ & Ponicki WR & Treno AJ & Grube JW & Saltz RF & Voas RB & Reynolds R & Davis J & Sanchez L & Gaumont G & Roeper P (2000) Effect of community-based interventions on high-risk drinking and alcohol-related injuries. *JAMA* 284(18), 2341–2347.
- Holmila, Marja (toim.) (2002) *Asuinalue ja päihdehaitat. Arviointitutkimus ehkäisevästä paikallistoiminnasta Tikkurilassa ja Myllypurossa*. Stakes, Tutkimuksia 122. Helsinki: Stakes.
- Holmila, Marja (2011) Getting the full picture of alcohol’s burden in the society. Commentary on Casswell et al. *Addiction* 106, 1095–1096.
- Johansson, P & Jarl, J & Eriksson, A & Eriksson, M & Gerdtham, U-G & Hemström, Ö & Hradilova Selin, K & Lenke, L & Ramstedt, M & Room, R (2006) *The social costs of alcohol in Sweden 2002*. Stockholm, SoRAD.
- Jones, RJ & Greenfield, TK (1991) *Alcohol and other drug problems in Marin County, California: Results from a general population survey*. San Rafael, CA: Marin Institute for the Prevention of Alcohol and Other Drug Problems.
- Klingemann Harald & Gmel Gerhard (toim.) (2001) *Mapping the social consequences of alcohol consumption*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Laslett, Anne-Marie & Catalano, Paul & Chikritzhs, Tanya & Dale, Caroline & Doran, Christopher & Ferris, Jason & Jainullabudeen, Thameemul & Livingston, Michael & Matthews, Sharon & Mugavin, Janette & Room, Robin & Schlotterlein, Morgan & Wilkinson, Claire (2010) *The range and magnitude of alcohol’s harm to others*. Fitzroy, Victoria: AER Centre for Alcohol Policy Research, Turning Point Alcohol and Drug Centre.
- Laslett, Anne-Marie & Room, Robin & Ferris, Jason & Wilkinson, Claire & Livingston, Michael & Mugavin, Janette (2011) *Surveying the range and magnitude of alcohol’s harm to others in Australia*. *Addiction* 106(9), 1603–1611.
- Laslett, Anne-Marie (2012) *The cultural, societal and historical development leading up to the increasing policy significance of alcohol’s harm to others*. Nordic Alcohol and Drug Researchers’ Assembly, 27–29 August 2012, Copenhagen.
- Langley, John D & Kyprilou, Kypros & Stephenson, Shaun CR (2003) *Secondhand effects of alcohol use among university students: computerised survey*. *BMJ* 327, 1023–1024.
- Livingston, Michael & Wilkinson, Claire & Laslett, Anne-Marie (2010) *Impact of heavy drinking on others’ health and well-being*. *J. Stud. Alcohol and Drugs* 71, 778–785.
- Mäkelä, Klaus (2012) *Cost-of-alcohol studies as a research programme*. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 29, 4, 321–343.
- Mäkelä, Klaus & Room, Robin (1984) *Alkoholipolitiikka ja juopon oikeudet*. *Alkoholipolitiikka* 49(4), 196–200.
- Mäkelä, Pia & Fonager, Kirsten & Hibell, Björn & Nordlund, Sturla & Sabroe, Svend & Simpura, Jussi (1999) *Drinking habits in the Nordic countries*. SIFA rapport Nr. 2. Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, Oslo.
- Navarro, Héctor José & Doran, Christopher M. & Shakeshaft, Anthony P (2011) *Measuring costs of alcohol harm to others: A review of the literature*. *Drug and Alcohol Dependence* 114(2–3), 87–99.
- Poikolainen, Kari, Paljärvi, Tapio & Mäkelä Pia (2007) *Alcohol and the preventive paradox: serious harms and drinking pattern*. *Addiction*, 102, 571–578.
- Rehm, Jürgen (2001) *Concepts, dimensions and measures of alcohol-related social consequences – A basic framework for alcohol-related benefits and harm*. Teoksessa Klingemann, Harald & Gmel, Gerhard (toim.) *Mapping the social consequences*

- of alcohol consumption. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 11–19.
- Room, Robin 1998. Drinking patterns and alcohol-related social problems: framework for analysis in developing societies. *Drug and Alcohol Review*, 17, 389–398.
- Room, Robin (2000) Concepts and items in measuring social harm from drinking. *Journal of Substance Abuse* 12, 93–111.
- Room, Robin & Ferris, Jason & Laslett, Anne-Marie & Livingston, Michael & Mugavin, Janette & Wilkinson, Claire (2010) The drinker's effect on the social environment: A conceptual framework for studying alcohol's harm to others. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 7, 1855–1871.
- Rossov, Ingeborg (2007) Trends in alcohol consumption and alcohol-related harms in Norway around the turn of the millennium. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 24 (Supplement), 61–72.
- Rossov, Ingeborg & Hauge, Ragnar (2004) Who pays for the drinking? Characteristics of the extent and distribution of social harms from others' drinking. *Addiction* 99, 1094–1102.
- Sulkunen, Pekka & Warsell, Leena (2012) Universalism against particularism. Kettil Bruun and the ideological background of the Total Consumption Model. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 29(3), 217–232.
- Wallin, Eva (2004) Responsible beverage service. Effects of a community action project. Stockholm: Karolinska Institutet.
- The Nordic Alcohol and Drug Policy Network 2012: Passive Drinking special session. NordAN conference, Malmö, Sweden. 20.–21. October 2012.
- Tigerstedt, Christoffer (2001) The dissolution of the alcohol policy field. Studies on the Nordic countries. University of Helsinki. Department of Social Policy. Research Reports 1/2001. Helsinki: University of Helsinki.
- Treno, Andrew J & Holder Harold D (2004) Prevention at the local level. Teoksessa Nick Heather & Tim Stockwell (toim.) The essential handbook of treatment and prevention of alcohol problems. The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd., 285–297.

Osa I

Läheiset

3 Nuorten kokemuksia aikuisten alkoholin- käytöstä

Moni elää lapsuutensa runsaasti juovien vanhempien kanssa ja heistä riippuvaisina. Tässä artikkelissa pyritään kuvaamaan, miten nuoret kokevat vanhempiensa ja muiden aikuisten runsaan alkoholinkäytön ja sen seuraukset esittelemällä A-klinikkasäätiön kesällä 2011 toteuttamaa 12–18-vuotiaille nuorille suunnattua kyselytutkimusta. Kyselyssä selvitettiin vielä lapsuudenkodissaan asuvien tai sieltä vasta poismuuttaneiden suomalaisten kokemuksia vanhempien liiallisesta päihteiden käytöstä.

Suomalaisten lapsuudenkodissaan kokeman päihteiden liikakäytön yleisyyttä on aiemmin kartoitettu kattavimmin A-klinikkasäätiön Lasinen lapsuus -väestökyselyillä vuosina 1994, 2004 ja 2009. Vuoden 2009 kyselyssä lähes joka neljäs (23 %) suomalainen kertoi kokeneensa lapsuudenkodissaan, että vanhemmat olivat käyttäneet liikaa päihteitä. Vastaavat luvut vuosille 2004 ja 1994 olivat 19 prosenttia ja 16 prosenttia. (Roine & Ilva 2010.) Vuonna 1994 Gallup toteutettiin käyntihaastatteluina, vuonna 2004 puhelinhaastatteluina ja vuonna 2009 internetpaneelina. Vaikka kysymyksenasettelut lapsuudenkodin päihteiden käytöstä olivat identtisiä, erot kyselyjen toteuttamistavassa rajoittavat jossain määrin suoraa vertailua. Tulosten vertailtavuuteen liittyvistä menetelmällisistä rajoituksista huolimatta päihteiden liikakäyttöä omassa lapsuudessaan kokeneiden suomalaisten määrän voidaan todeta olleen hienoisessa kasvussa viime vuosikymmeninä. Kehityksen suuntaan on varmasti osaltaan vaikuttanut 1960-luvulla alkanut alkoholinkulutuksen voimakas kasvu. On järkevä ajatella, että alkoholin kokonaiskulutuksen jatkuvasti kasvaessa myös liiallista alkoholinkäyttöä lapsuudessaan kokeneiden ihmisten määrä lisääntyy.

Nuorille suunnatun kyselytutkimuksen toteutus

Tässä esiteltävän kyselytutkimuksen tarkoituksena oli saada esiin nyt nuoruuttaan elävien kokemukset ja mielipiteet. Tarkastelussa oli koko ikäluokka, eivät siis vain ne nuoret, jotka olivat kohdanneet aikuisten juomiseen liittyviä ongelmia. Kysely toteutettiin Taloustutkimus oy:n internetpaneelissa, jossa oli mahdollista tavoittaa riittävä määrä tutkittavaan ryhmään kuuluvia nuoria edustavan otoksen saavuttamiseksi vaikeana pidetystä tutkimusaiheesta huolimatta.

Tutkimuksessa selvitettiin nuorten kokemuksia suomalaisesta alkoholikulttuurista sekä kodin aikuisten alkoholinkäytön vaikutuksista nuoriin. Tässä artikkelissa keskitytään jälkimmäiseen aihepiiriin eli siihen, millaisia vaikutuksia nuoret kokevat

vanhempien alkoholinkäytöllä olevan, millaisia haittoja nuoret ovat kokeneet ja millaista tukea vanhempien alkoholinkäytöstä kärsivät nuoret kaipaavat. Nuorten kokemuksia haittoja tarkastellaan myös iän ja sukupuolen mukaan.

Tutkittavaksi ikäryhmäksi valittiin 12–18-vuotiaat. Lasinen lapsuus -toiminnan kokemuksen mukaan jo 12-vuotiaat miettivät kodin päihteiden käyttöä ja osallistuvat siitä käytävään keskusteluun verkossa. Kyselyn ikähaarukkaan mahtuu siis hyvin monissa kasvuvaiheissa eläviä nuoria ala-asteen kävijöistä kotoa jo irrottautuviin itsenäistyjiin. Nuorten palvelujen suunnittelun kannalta aineisto mahdollistaa erikäisten nuorten tuentarpeiden havaitsemisen.

Kyselyn toteuttajaksi valitun Taloustutkimuksen ohjeistuksen mukaan vanhempien lupa kysytään aina alle 15-vuotiaita tutkittaessa. Vanhemmat ovat siis portinvartijana lastensa kyselyyn osallistumiselle. Tämä aiheuttaa vääjäämättä riskin tutkittavien valikoitumisesta tavalla tai toisella. Internetpaneeli mahdollisti kuitenkin yli 15-vuotiaiden tutkittavien kutsumisen tutkimukseen suoraan. Tutkimukseen osallistui kaikkiaan 841 vastaajaa, 183 heistä suoralla kutsulla ja 658 vanhempiensa kautta kutsuttuna. Vanhemman kautta kutsutut osallistuivat linkin kautta, joka oli lähetetty vanhemman sähköpostiin ja jonka vanhemmat niin halutessaan välittivät edelleen lapsensa sähköpostiin.

Nuorimmat ikäryhmät huomioitiin tutkimuskysymysten muotoiluissa: Abstraktien ja käsitteellistä ymmärrystä vaativien sanamuotojen sijasta pyrittiin konkreettisiin ilmaisuihin. Monet kysymykset esitettiin väittäminä. Kahdessa avokysymyksessä nuoret saivat kertoa, mitä haluaisivat kaikkien aikuisten tietävän aihepiiristä, sekä sen, millaista apua ja tukea nuorille tulisi olla tarjolla.

Pelkoa ja ahdistusta mahdollisesti herättävien asioiden kysymistä suorasukaisesti vältettiin. Kyselylomakkeen lopussa vastaajille myös neuvottiin, mistä he voivat saada aikuisten tukea asian jatkokäsittelyyn, mikäli kysely jäi vaivaamaan mieltä. Vastaajia kehoitettiin tutustumaan A-klinikkasäätiön ylläpitämään Varjomaailma-verkkosivustoon. Sivustolla on tarjolla aikuisten ohjaamia keskusteluita ja linkkejä nuorille tukea tarjoaviin tahoihin. Kyselyssä hyödynnettiin osittain A-klinikkasäätiön aiemmin toteuttamassa kyselyssä pilotoituja kysymyksiä (ks. Holmila & Ilva 2010; Holmila ym. 2011).

Internetpaneelia käytettäessä päätetään etukäteen tavoiteltava vastaajamäärä ja kysely suljetaan vastaajatavoitteen täyttymisen jälkeen. Näin toimittaessa ei ole mielekäästä puhua vastausprosentista. Taloustutkimuksen internetpaneeli on rakennettu edustamaan Suomen väestöä mahdollisimman luotettavasti, ja yritys seuraa siihen rekrytoitujen henkilöiden tutkimuksiin osallistumiskäyttäytymistä. Internetpaneelin avulla voidaan tavoittaa riittävä vastaajamäärä arkaluontoisessa aiheessa.

Kysymystä alaikäisten lasten tutkimisen eettisyydestä on toisinaan yritetty ratkaista asettamalla ikäkriteereitä. Asiassa ei kuitenkaan ole vakiintunutta käytäntöä, vaan eri yhteyksissä sovelletaan erilaisia ohjeikärajoja. Toisinaan viitataan lasten oikeuksien sopimuksen ja Suomen lastensuojelulain mukaisesti 12 vuoden ikärajaan, ja joskus käytetään 14–15 vuoden tai 18 vuoden ikärajaa (Strandell 2005; Holmila

ym. 2008). Aiemmat tutkimukset, joissa on tarkasteltu vanhempien päihteiden käytön vaikutuksia lapsiin, ovat osoittaneet vanhempien suostumuksen hankkimisen vaikeaksi tai mahdottomaksi, kun tutkimus käsittelee vanhemman oman toiminnan lapselle aiheuttamia haittoja (Heikkilä 2005; Holmila ym. 2008; Roine 2010.)

Tutkittavien valikoituminen on tutkimustavan haaste, eikä luotettavaan katoanalyysiin ole mahdollisuutta. Tässä kyselyssä vinoumaa saattoi aiheuttaa esimerkiksi alkoholinkäytön omakohtaiseksi ongelmakseen kokevien vanhempien mahdollinen kielteisyyys lastensa osallistumista kohtaan. Eri tavoin (vanhempien kautta vs. suoraan) kutsuttujen vastauksia vertailemalla voi halutessaan arvioida, millainen kutsumistavan ja vanhempien väliintulon vaikutus vastauksiin on. Vastausjakaumat osoittivat, että tutkimukseen suoraan ilman vanhempien väliintuloa kutsutut nuoret suhtautuivat aikuisten alkoholinkäyttöön ja sen seurauksiin hieman kriittisemmin kuin vanhempien kautta tutkimukseen osallistuneet. Tytöt (n = 523) osallistuivat kyselyyn poikia (n = 318) useammin. Ikäluokista 17- ja 18-vuotiaat olivat aktiivisimpia, mikä johtuu osittain siitä, että vanhimpia ikäluokkia kutsuttiin sekä suoraan että vanhempien kautta.

Alaikäisten näkemysten kattava ja luotettava selvittäminen araksi koetussa aiheessa on tutkimuksellisesti haastavaa. Nyt käsillä oleva kyselytutkimus on toistaiseksi laajin alkoholinkäytöstä nuorille tehty selvitys. On mahdollista, että kattavampaan ja luotettavampaan tutkimukseen päästään vasta, jos aihe nousee yhteiskunnallisessa keskustelussa nykyistä tärkeämmäksi. Silloin ilmiöön liittyviä kysymyksiä voisi sisällyttää nykyistä enemmän laajoihin koko väestöä tai ikäsukupolvea koskeviin kyselyihin. Tärkeämpää saattaa kuitenkin olla aiheen tutkiminen mahdollisimman monipuolisesti erilaisten aineistojen ja menetelmien avulla, jotta lasten asemasta ja kokemuksista saataisiin nykyistä syvempi ja monimuotoisempi kuva.

Humala hävettää

Suomalaiset nuoret suhtautuvat kyselyn perusteella aikuisten alkoholinkäyttöön harmitsevaisesti ja kiihkottomasti. Alkoholijuoman käyttämistä ei pidetty itsessään pahanasiana, vaan merkittävää oli se, mitä alkoholinkäytön seuraukset ovat. Valtaosa (82 %) kyselyn vastaajista hyväksyi aikuisten kohtuukäytön. Miltei puolet vastaajista hyväksyi kohtuukäytön täysin ja 33 % oli jokseenkin tätä mieltä. Sen, mikä on kohtuullista, määritteli kukin vastaaja subjektiivisesti. Nuorista melkein puolet (46 %) katsoi, että alkoholinkäyttö on aikuisten yksityisasia, mutta enää kuudesosa (16 %) oli tätä mieltä, jos aikuisella on lapsia.

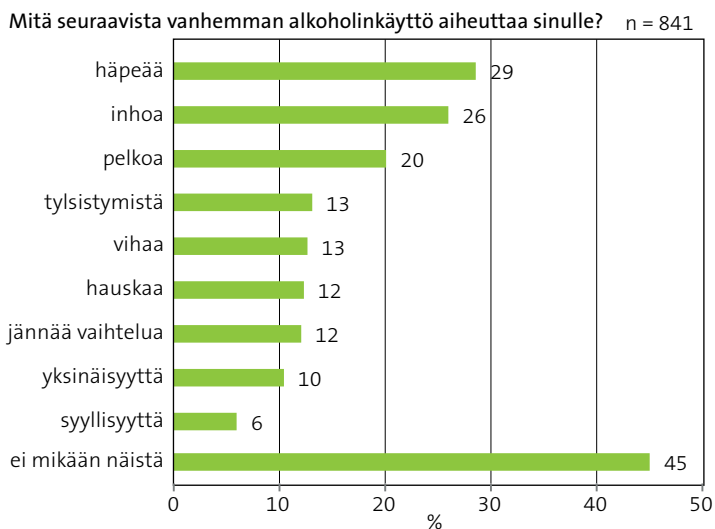
Nuorten mielestä humaltuminen ei kuulunut kotiin (80 % oli tätä mieltä). Nuoret tuomitsivat luottamuksen pettämisen ja kodin arkiasioden laiminlyömisestä, sillä heistä 87 % katsoi alkoholinkäytön haittaavan, mikäli sovitusta ja luvatussa lipsutaan, ja miltei yhtä moni koki haitalliseksi asioiden hoidon kärsimisen. Toisaalta yli puolet ilmoitti alkoholinkäytön haittaavan vain, jos siitä koituu ikäviä seurauksia.

Humaltuminen itsessään on nuorille melko kielteinen asia. Aikuisten alkoholinkäyttöä piti ”ihan ok:na, koska aikuiset ovat rennompia humalassa” vain 16 % nuorista. Humaltuminen sai siis jonkin verran hyväksyntää, jos seuraukseksi lähtökohdaisesti määriteltiin myönteinen seikka. Vanhemmat ovat kuitenkin yleisesti ottaen nuorista mukavimmillaan selvin päin. Vain 4 % nuorista oli eri mieltä tästä.

Valtaosa nuorista, noin yhdeksän kymmenestä, hyväksyi vanhempiensa alkoholinkäytön juhlatilanteissa. Juhlajuomisen hyväksyvien nuorten osuus vaikuttaa korkealta, mutta kiinnostava on myös väitteen kieltävien osuus. Väitteeseen kriittisesti suhtautuneella 7 %:lla saattaa olla asiasta huonoja kokemuksia. Sama asetelma pätee muissakin kysymyksissä. Suuri enemmistö suhtautuu ”normaalilta” tuntuviin aikuisen juomistilanteisiin neutraalisti. Nuorten joukossa on kuitenkin merkittävä osuus myös niitä, joille niin kutsutut normaalit tilanteet eivät näyttäydy viattomina.

Kaikki nuoret eivät nähneet kodissa tapahtuvassa alkoholinkäytössä myönteisiä piirteitä. Kyselyn avovastauksissa nousi monesti esiin, etteivät vanhemmat ymmärrä sitä, että heidän kohtuullisena pitämänsä humaltuminen aiheuttaa persoonallisuuden muutoksen, joka voi haitata nuorta. Asiasta kirjoittaneet nuoret ovat kenties niitä samoja, jotka eivät kotonaan olleet nähneet kohtuullisessa määrässä pysyvää ja sopeutuvaa ilmapiirissä tapahtuvaa alkoholinkäyttöä.

Suuri osa nuorista kertoi kielteisistä kokemuksista ja tunteista, jotka liittyivät vanhemman juomiseen (kuvio 1). Häpeää oli kokenut melkein kolmannes kaikista vastaajista. Inhon (26 %) ja pelon (20 %) kokemukset mainittiin myös usein, ja jopa vihaa ilmoitti tunteneensa miltei joka kahdeksas nuori. Myönteisiä asioita, ”hauskaa” ja ”jännää vaihtelua”, oli kokenut kumpaakin 12 % vastaajista. Osuuksia voi pi-



Kuvio 1. Alkoholinkäytön herättämiä tunteita

tää matalina, mikäli uskotaan valtaosan kotien alkoholinkäytöstä olevan hengeltään myönteistä tai edes neutraalia.

Lähes puolet kyselyyn vastanneista nuorista ajatteli vanhempien alkoholinkäytöllä olevan vaikutusta lapsen alkoholinkäyttötapoihin myöhemmin aikuisena. Vanhemmat vaikuttavat lapseen ja nuoriin toimintansa lisäksi myös puheillaan. Kyselyn vastaajista 84 prosenttia katsoi, että vanhempien tulee kertoa nuorille faktatietoa alkoholinkäytön vaikutuksista. Paljon harvinaisempaa oli, että nuoret toivoivat vanhemmilta kertomuksia heidän omista juomiskokemuksistaan. Vanhemman toivotaan pysyvän asiallisella linjalla ja vanhemman roolissa tässä aihepiirissä.

Vastausjakaumien perusteella nuoret kokivat alkoholin maistattamisen kotioloissa ja alkoholin hakemisen lapselle eri asioiksi, ainakin kun maistattaminen oli asiaa kysyttäessä kehystetty tavaksi opettaa hillittyä alkoholinkäyttöä ja hakeminen keinoksi kontrolloida nuoren alkoholinkäyttöä. Nuorista melkein puolet (46 %) oli ainakin osittain sitä mieltä, että alkoholijuomia on hyvä saada maistaa kotona, jotta lapsi oppisi käyttämään alkoholia oikein. Sen sijaan vain 14 prosenttia vastaajista piti järkevänä hakea yläasteikäiselle juomia, jotta vanhempi pystyisi tarkkailemaan tämän käyttömääriä.

Haittoja kokee joka neljäs nuori

Yli neljännes kyselyyn osallistuneista nuorista kertoi suoraan kysyttäessä kokeneensa haittoja kodin aikuisten alkoholinkäytöstä. Usein haittoja oli kokenut 2 % ja joskus 24 % vastaajista. Luku on hieman korkeampi kuin Lasinen lapsuus -toiminnan aikaisemmissa kyselyissä, jotka on suunnattu lapsuuden haittoja muisteleville aikuisille. Tästä eteenpäin artikkelissa esitetyt prosenttiluvut koskevat sitä neljäsosaa nuorista (n = 232), jotka ilmoittivat kokeneensa haittoja aikuisten alkoholinkäytöstä kotonaan.

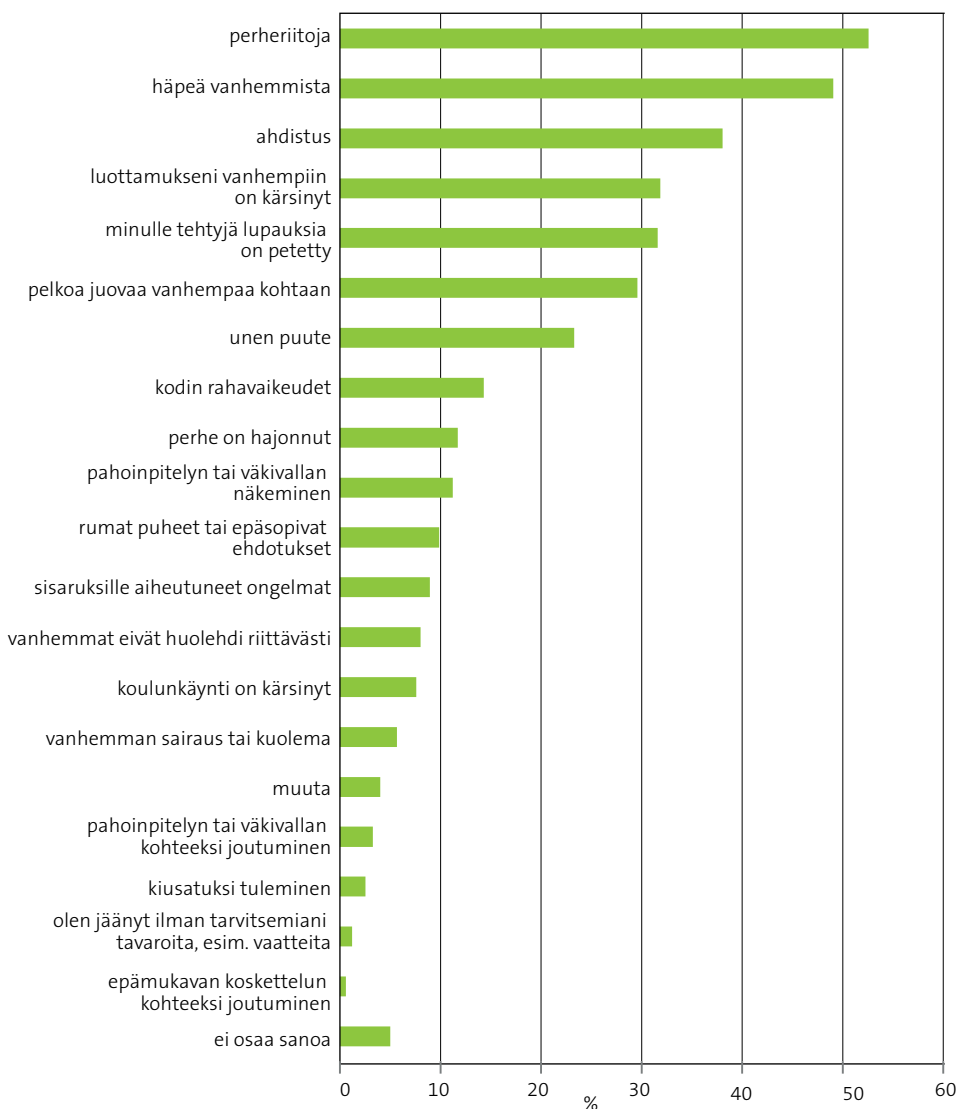
Yleisimpiä vanhempien juomisen aiheuttamia haittoja (kuvio 2) olivat perheriidat (53 %), häpeä vanhemmista (49 %) ja ahdistus (38 %). Näitä yleisimmin koettuja haittoja voi luonnehtia psykososiaalisiksi. Arjen stressaavuus ja epävarmuus korostuivat nuorten näkemyksissä: luottamuksen kärsiminen, pelko vanhempaa kohtaan ja unen puute olivat tavallisimpia koetuista haitoista (30–32 %). Väkivallan näkeminen, mikä useimmiten viitanee vanhempien välillä yltyneisiin riitoihin, oli useamman kuin joka kymmenennen kokemus. Aineelliset haitat, kuten kodin rahavaikeudet ja tarpeellisten tavaroiden puuttuminen, olivat selvästi psyykkisiä tekijöitä ja perheen keskinäistä pärjäämistä harvinaisempia ongelmia.

Häpeä oli kysytyistä haitoista nuorten toiseksi useimmiten kokema. Häpeän tunne näkyy myös vanhempien juomisesta haittoja kokevan nuoren toiminnassa. Yli neljännes kertoi joutuneensa salailemaan vanhemman juomista ja yli viidennes jättäneensä kavereita kutsumatta kotiin vanhempien juomisen takia. Vaikka haittojen kokeminen on yleistä ja käsiteltävä ongelmailmiö valitettavan monen nuoren arkea,

koetaan vanhempien juominen kuitenkin leimaavaksi ja häpeälliseksi. On tärkeää, että lasten ja nuorten kanssa työskentelevät tiedostavat ongelman laajuuden ja osaavat suhtautua kohtaamiinsa nuoriin dramatisoimatta ja lieventää nuoren kokemaa negatiivista erityisyydentunnetta.

Kyselyssä selvitettiin, kuka kodin aikuisista oli aiheuttanut haittakokemuksia. Selvästi yleisimmin nuorille oli aiheuttanut haittoja isän juominen (78 %) ja seuraavaksi yleisimmin äidin (34 %). Äidin puolison mainitsi haittojen aiheuttajaksi joka

Mitä kokemasi haitat ovat olleet? (kysyttiin aikuisten alkoholinkäytöstä kotona haittoja kokeneilta)



Kuvio 2. Alkoholinkäytön haittoja

kymmenes haittoja kokenut. Ehkä yllättävintä on, että kotonaan oli vanhempien kaverin tai tuttavan juomisesta joutunut kokemaan haittoja peräti 10 prosenttia haittoja kokeneista.

Vanhemman joutuminen onnettomuuteen pelotti kolmasosaa vanhempien juomisesta kärsineistä 12–13-vuotiaista. Perheen koossa pysyminen, sisarusten terveys ja hyvinvointi sekä perheen rahatilanne olivat myös tulevaisuutta koskevia huolenaiheita.

Omasta alkoholinkäytöstä aikuisena oli huolestunut 12 % haittoja kokeneista, mitä voidaan pitää matalana osuutena siihen nähden, että nuoret yleisesti ottaen uskoivat vanhempien alkoholinkäyttötapojen vaikuttavan lapsen alkoholinkäyttötapoihin aikuisena. Kenties moni vanhemman juomisesta kärsivä päättää jo nuorena, että toimii itse tulevaisuudessa vanhempansa viisaammin.

Neljä kymmenestä haittoja kokeneesta nuoresta kertoi poteneensa ahdistusta. Myös vanhempien suhteen oltiin huolissaan mielen hyvinvointiin liittyvistä asioista: Miltei joka viidennes haittoja kokeneista pelkää vanhempansa masentumista tai mielenterveyshaittaa. Nuorten ja perheiden palvelujen järjestämisen kannalta seikalla on paljon merkitystä, ja nykysuuntaus eri palvelualueiden rajojen madaltamiseksi vaikuttaa tämänkin tutkimuksen valossa järkevältä.

Haittojen kokemisessa näyttäisi olevan alaryhmittäisiä eroja. Tytöt kokivat useimpia kyselyssä yksilöidyistä haitoista poikia yleisemmin. Aikuistumista lähes tyvät vanhemmat nuoret puolestaan mainitsivat nuorempia ikäluokkia useammin kielteisistä kokemuksista. Tytöistä 29 % kertoi kokeneensa haittoja aikuisten alkoholinkäytöstä kotonaan usein tai joskus. Pojilla vastaava luku oli 23 %. Kaikkein huomattavin sukupuolten välinen ero esiintyi vanhempien pelkäämisessä, jota tytöistä kertoi kokeneensa 37 % ja pojista 21 %. Rumien puheiden tai epäsovivien ehdotusten kohteeksi tytöt joutuivat yli kaksi kertaa poikia useammin. Molemmat seikat piirittävät karua kuvaa tyttöjä koskevasta turvattomuudesta. Pelko sisaruksille aiheutuvisista ongelmista oli ainut pojille yleisempi haittakokemus. Haittoja kokeneiden nuorten määrä aineistossa on kuitenkin suhteellisen pieni (n = 232), eli varmoja johtopäätöksiä alaryhmittäisistä eroista ei voida vetää.

Myös konkreettiset kaikille lapsille sinänsä samat haitat voidaan kokea sukupuolittain eri tavalla: tytöt kokivat perheen hajoamisen haittana melkein kaksi kertaa poikia useammin. On mahdollista, että tähän vaikuttavat tyttöjen kokemukset perheen hajoamista seuranneessa uudessa tilanteessa. Äidin nykyinen tai entinen puoliso (ei isä) oli haittojen aiheuttaja tyttöjen (12 %) kohdalla poikia (7 %) useammin. Pojat puolestaan näyttivät kokevan äitien aiheuttamat haitat erityisen voimakkaasti, sillä pojista 41 % (tytöistä 29 %) ilmoitti äidin haittojen aiheuttajaksi.

Haittojen kokeminen yleistyy iän myötä. Usein haittoja koki kahdessa nuorimassa ikäryhmässä (12–13- ja 14–15-vuotiaat) 1 % vastaajista, ja luku nousi 4 %:iin 16–17-vuotiaissa ja siitä vielä prosenttiyksikön ylemmäs täysi-ikäisten kohdalla. Nuorimassa ikäryhmässä haittoja koki joskus tai usein 22 % ja vanhimmassa 18 vuotta täyttäneiden ryhmässä 29 %. Kenties nuoret pystyvät ikääntyessään tiedostamaan abstrakteja kokemuksia aiempaa paremmin, tai sitten kokemuksia on ehtinyt kertyä

enemmän iän karttuessa. Väkivaltaa ja riittelyä 18-vuotiaiden ryhmä kertoi kokeneensa selvästi nuorempia useammin. On mahdollista, että vanhemmat kohtelevat aikuis-tumassa olevia lapsiaan välinpitämättömämmin ja kovemmin kuin nuorempia.

Millaista tukea nuoret kaipaavat?

Kodin alkoholinkäytöstä haittoja kokeneilta nuorilta kysyttiin myös, mikä heittää auttaa aikuisten alkoholinkäytön aiheuttaessa ahdistusta. Nuoria pyydettiin kertomaan myös, millaisia tukipalveluja kodin alkoholinkäytöstä haittoja kokeville nuorille tulisi järjestää.

Nuoret etsivät keinoja purkaa ahdistustaan kavereiden ja perheenjäsenten parista, harrastuksista ja yhä useammin internetistä. Strategiat olivat moninaisia: yksi pakeni juomistilanteita, toinen koki helpotusta kavereiden seurassa ja jollekin tunneperäinen uppoutuminen esimerkiksi musiikkiin oli tärkeää. Aikuinen kuuntelija löytyi ongelmista huolimatta useimmiten kotoa.

Erityisen hankalalta vaikuttaisi niiden nuorten elämäntilanne, joiden kotona ei asu sellaista vanhempaa, jonka kanssa keskustelua alkoholinkäytön aiheuttamista murheista voisi käydä. Tarjolla olisi siis oltava riittävästi päihteiden käyttöön liittyviä tukipalveluja. Nuoria usein kohtaavien ammattilaisten, kuten opettajien ja nuorisotyöntekijöiden, olisi hallittava perustiedot kodin päihteiden käytön vaikutuksista ja tiedettävä, miten vaikeassa kotitilanteessa elävää nuorta voi tukea. Neljännes haittoja kokeneista nuorista ei kuitenkaan ollut halunnut puhua tunteistaan kenellekään aikuiselle. Näitäkin ongelmia helposti huomaamatta jääviä nuoria voi aikuinen tukea läsnäolollaan.

Nuorten elämää helpottaisi yleisimmin riitelyn ja tappelun loppuminen (22 %), kotoa pois pääseminen silloin, kun siellä on vaikeaa (20 %), sekä se, että saisi viettää enemmän aikaa tai harrastaa enemmän vanhempien kanssa. Nuorille suunnattujen peruspalveluiden ja koko perheelle sopivien harrastusten saavutettavuuden parantaminen on siis sellaisen nuoren tukemista, joka kärsii läheisen päihteiden käytöstä.

Nuoret saivat kyselyssä ehdottaa, millaiset palvelut olisivat tarpeellisimpia. Eniten toivottiin pätevyyttä luonteisia palveluita. Silloin, kun nuorella on hetki, jolloin hän haluaa avautua tai hänen kotonaan on kriisitilanne, täytyisi löytyä aikuinen, joka kuuntelee hänen huoliaan. Toisaalta nuoret kertoivat, että tuki ei araksi koetussa aihepiirissä saisi jäädä nuoren oman aloitteen varaan: kaikille nuorille olisi aikuisen aloitteesta tarjottava mahdollisuus puhua kotitilanteestaan, esimerkiksi koulun terveystarkastusten yhteydessä. Tällaisissa palvelumuodoissa avuntarvitsija ei myöskään leimautuisi nuorten mielestä heikoksi tai ongelmaiseksi.

Nuoret toivoivat leimaamattomia ja anonyymeja palveluja myös internet- ja puhelintuen muodossa. Vastaajien mukaan nuoret kokevat olevansa yksin aikuisten juomisen aiheuttamien ongelmien kanssa. Näin ollen ehdotettiin, että nuorilla tulisi olla mahdollisuuksia jakaa kokemuksiaan muiden nuorten kanssa esimerkiksi ver-

kossa. Nuoret, erityisesti tytöt, toivoivat myös paikkoja, jonne voi paeta ikävimpiä kotitilanteita. Lievimmillään tämä tarkoittaisi nuorisotiloja tai harrastuspaikkoja, vakavimmissa tapauksissa esimerkiksi turvataloja.

Nuorten toiveet käsittävät siis sekä kaikille kohdistuviin peruspalveluihin liittyviä parannusehdotuksia, että näkemyksiä siitä, millaisia erityispalveluita ongelmista syvemmin kärsivät nuoret tarvitsevat.

Nuorille suunnattujen palvelujen kehittämishaasteet

Voidaan ajatella, että mikäli aikuiset joisivat nuorten toivomalla hillityllä ja hallitulla tavalla, aikuisten juomatapojen vaikutus nuoriin olisi pelkästään myönteinen asia. Asiaa kysyttäessä ei tarkennettu vaikutuksen suuntaa. On mahdollista, että joku oli sitä mieltä, että vanhempien liiallinen juominen tekee lapsista absolutisteja tai että ehdoton raittius aiheuttaa nuorille vaikeuksia oppia kohtuullisia juomatapoja. Todennäköisin tulkinta toki on, että nuoret ajattelevat kohtuukäyttäjien lapsista tulevan yleisemmin kohtuukäyttäjää kuin ongelmakäyttäjien lapsista.

Moni vanhempien juomisesta huolestunut nuori kantaa tuplataakkaa vanhemmastaan ja itsestään. On tavallista, että nuori ihminen on huolissaan aikuisiän pärjäämisestään. Ongelmallisesti päihteitä käyttävien vanhempien lapset joutuvat poikkeuksellisen paljon murehtimaan myös vanhempiensa tulevaisuutta: nuoria huoletti vanhempien päihteiden käytön vaikutus vanhempien terveyteen ja elinikään.

Kysely osoittaa, että nuorten keskuudessa on varsin yleistä kokea kielteisiä seurauksia aikuisten alkoholinkäytöstä. Myös satunnainen, vanhempien itsensä kenties normaalkiksi kokema alkoholinkäyttö voi olla nuorelle epämiellyttävää varsinkin, jos nuori kokee hyvinvointinsa jäävän toisarvoiseen asemaan juomistilanteiden seurauksena. Vanhempien tietoisuutta alkoholinkäyttövalintojen merkityksestä nuorille olisi pyrittävä lisäämään. Vanhemmat ovat päävastuussa nuorille koituvista haitoista. Moni aikuinen sysää kuitenkin tiedostamattomuuttaan, kyvyttömyyttään tai välinpitämättömyyttään toimintansa haitat muille, omille lapsilleenkin. Vailla omaa valinnanmahdollisuutta hankalassa tilanteessa elävällä nuorella täytyy olla oikeus saada tukea myös perheen ulkopuolelta.

Vanhemman juomisesta haittoja kokevien lasten ja nuorten tuentarpeet voivat olla hyvin moninaisia, kuten tässä artikkelissa esitellyn kyselyn tulokset osaltaan tuovat esiin. Miten hyvin palvelujärjestelmä kykenee lopulta vastaamaan näihin tarpeisiin, riippunee pitkälti siitä, tunnustetaanko vanhempien liiallinen alkoholinkäyttö yhteiskunnassa merkittäväksi ongelmaksi.

Tärkeimpiä tämänsuuntaisesta tahtotilasta kertovia toimenpiteitä on ollut peruspalveluministeri Paula Risikon vuonna 2010 asettama päihdeongelmaisten vanhempien lasten palveluja pohtinut työryhmä. Työskentelyn lopputuloksena vuonna 2011 valmistuneessa työryhmämietinnössä ”Päihdeongelmaisten vanhempien lasten tukipalvelujen varmistaminen” suositellaan haittoihin puuttumista laajasti palvelu-

järjestelmän eri tasoilla ja alueilla. Vanhempien päihteiden käytöstä aiheutuviin ongelmiin puuttuminen nähdään kaikkien toimijoiden yhteisenä asiana (STM 2011).

Työryhmämietinnön kompastuskivenä voi kuitenkin olla vastuun liiallinen hajauttaminen. Jos ongelmiin puuttuminen kuuluu kaikille, se ei pahimmassa tapauksessa kuulu lopulta kenellekään. On vaarana, että huolta herättävään perhetilanteeseen ei reagoida, jos asiaan puuttumisen ei nähdä kuuluvan omaan toimenkuvaan. Palvelujärjestelmän eri alueilla lasten ja perheiden parissa toimivat saattavat myös kokea omat tiedolliset ja taidolliset valmiutensa puutteellisiksi: omassa kunnassa tarjolla olevia tukipalveluita ei välttämättä tunneta riittävästi, ja epäillyn ongelman puheeksi ottamisen pelätään aiheuttavan enemmän haittaa kuin hyötyä.

Nuorten kokemuksiin tarpeisiin voitaisiin toisinaan vastata melko yksinkertaisin uudistuksin, jos vakiintuneita palvelujen tuottamistapoja kyetään tarkastelemaan kriittisesti ja muutokselle avoimin mielin. Nuorten toiveista ja tarpeista ammentavia palvelujärjestelmän uudistamisajatuksia voisivat olla esimerkiksi seuraavat:

Tukea koulusta

Helposti – esimerkiksi ilman ajanvarausta – tavoitettavissa olevan aikuisen keskusteluapua ja -tukea olisi luontevaa tarjota nuorille koulun yhteydessä. Tärkeää olisi nimenaan avun ja tuen nopea saatavuus ja mahdollisuus hakeutua aikuisen auttajan luokse hyvinkin lyhyellä varoitusajalla. Nykyinen palvelujen järjestämistapa, jossa vastaanottoaikaa vaikkapa koulukuraattorin luokse voi joutua odottamaan viikkoja, ei palvele murrosikäistä nuorta. Nuorelle pitäisi myös tarjota mahdollisuuksia kertoa vanhempien päihteiden käytön aiheuttamista ongelmista, vaikkei hän oma-aloitteisesti osaisikaan tuoda ongelmiaan esille. Tällainen mahdollisuus tulisi olla järjestelmällisesti osa oppilaille tehtäviä terveystarkastuksia. Aihetta tulisi myös käsitellä oppitunneilla, vaikkei voida olettaa, että ongelman omakohtaisesti tuntevat nuoret uskaltaisivat asiasta julkisesti keskustella.

Tukea internetistä

Internetin aikakaudella lapsuutensa elänyt sukupolvi kokee verkon luonnolliseksi paikaksi hoitaa asioita, vaikuttaa ja kuulua yhteisöihin. Koska verkkoympäristö on nuorille luonteva ajanviettopaikka, sähköisiä palveluja kohtaan tunnetusta skeptisyydestä pitäisi päästä eroon. Nuorten auttaminen ei ole ilmaista myöskään ”ei kenenkään maalla” internetissä. Kuntien ja valtion olisi kehitettävä uusia rahoitusmalleja ulottaakseen nuorten tukemisen verkkoon. Tämä olisi myös nuorten alueellisen tasa-arvoisuuden kannalta toivottava kehityssuunta.

Ammattilaisten kouluttaminen

Myös nuorten toivomien turvapaikkojen suhteen vallitsee nykytilanteessa alueellinen epätasa-arvo. Syrjäisen seudun nuori voi kokea, ettei hänellä ole mitään ulospääsyä kodin ahdistavasta tilanteesta – edes yhdeksi illaksi. Perinteisten nuorisotalojen ja harrastusmahdollisuuksien merkitys voi olla nuorelle iso. Kaikki kodin ulkopuoliset turvalliset aikuiset voivat olla tärkeitä. Esimerkiksi erilaisten harrasteohjaajien asenne ja toimintakyky nuoren vaikeassa elämäntilanteessa voi olla nuorelle ratkaiseva pinnalla pitävä myönteinen tekijä aikuiseksi kasvamisen vaikeimmilla hetkillä. Oltiin tärkeätä, että nuoria eri yhteyksissä kohtaavat aikuiset tiedostaisivat mahdollisuutensa ja merkityksensä nuoren tukemisessa ja että heille järjestettäisiin aiheesta koulutusta.

Jotta vanhempien päihteiden käytön vuoksi tukea tarvitsevat lapset ja nuoret saisivat jatkossa nykyistä paremmin apua palvelujärjestelmän piirissä, erityisesti lastensuojelutyön ammattilaisten tiedollista pääomaa tulisi nopeasti jakaa esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalvelujen muilla alueilla työskenteleville. Laajat koulutukset lastensuojelulaista ja ennakoivan lastensuojeluilmoituksen mahdollisuudesta lisäisivät koko palvelujärjestelmän ymmärrystä työn mukanaan tuomasta velvollisuudesta puuttua jokaiseen huolta herättävään tilanteeseen.

Mitä opimme?

- ▶ Kyselytutkimuksessa selvitettiin nyt nuoruuttaan elävien kokemuksia kodin aikuisten alkoholinkäytöstä.
- ▶ Kodin alkoholinkäytöstä on kokenut haittoja joskus tai usein 26 % nuorisista.
- ▶ Yleisimmät kodin alkoholinkäytöstä aiheutuvat haitat ovat riitaisuus, häpeä, ahdistuksen tunne sekä luottamuksen menettäminen.
- ▶ Nuoret toivovat ongelmia kokeville nuorille parempia päivystyspalveluja, aiheeseen liittyvien keskustelujen järjestämistä kaikkien nuorten kanssa aikuisten aloitteesta, leimaamattomia internet- ja puhelinpalveluja sekä paikkoja, joihin voi mennä kodin huonoimpina hetkinä.
- ▶ Työssä tai harraste-elämässä nuorten kanssa toimivien aikuisten valmiutta tukea kodin alkoholinkäytöstä haittoja kokevia nuoria on vahvistettava konkreettisin toimenpitein.

Lähteet

- Holmila, Marja & Bardy, Marjatta & Kouvonon, Petra (2008) Lapsuus päihdeperheessä ja kielteisen sosiaalisen perimän voittaminen. *Yhteiskuntapolitiikka* 73(4), 421–432.
- Heikkilä, Anu-Vilhelmiina (2005) ”Jos äiti ei tuliskaa takas” – Päihdeperheen lapsen turvallisuuden ja turvattomuuden kokemuksia läheisissä ihmissuhteissaan. Helsingin yliopisto, Sosiaalityön pro gradu -tutkielma
- Holmila, Marja & Ilva, Minna (2010) Näkymätön uhri vai pätevä toimija? Vanhempiensa päihteidenkäytöstä kärsivien lasten mielipiteitä ja selviytymiskeinoja. Teoksessa Mira Roine & Ilva, Minna & Takala, Janne (toim.) *Lapsuus päihteiden varjossa. Vanhempien päihteidenkäytöstä kärsivät lapset tutkimuksessa ja käytännön työssä. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 57.* Helsinki: A-klinikkasäätiö, 47–59.
- Holmila, Marja & Itäpuisto, Maritta & Ilva, Minna (2011) Invisible victims or competent agents: Opinions and ways of coping among children aged 12-18 years with problem drinking parents. *Drugs: education, prevention and policy* 18(3), 179–286.
- Päihdeongelmaisten vanhempien lasten tukipalvelujen varmistaminen (2011) Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 14. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Roine, Mira (2010) Verkkoympäristö vanhempien juomisesta kärsivien tyttöjen tuen tilana. Julkaisussa Kallio, Kirsi Pauliina, & Ritala-Koskinen, Aino & Rutanen, Niina (toim.) *Missä lapsuutta tehdään. Lapsuuden tilat ja lasten paikat monitieteisessä lapsuuden tutkimuksessa.* Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto, 73–87.
- Roine, Mira & Ilva, Minna (2010) Joka neljännessä suomalaisperheessä käytetään lasten näkökulmasta liikaa päihteitä. Teoksessa: Roine, Mira & Ilva, Minna & Takala, Janne (toim.) *Lapsuus päihteiden varjossa. Vanhempien päihteidenkäytöstä kärsivät lapset tutkimuksessa ja käytännön työssä. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 57.* Helsinki: A-klinikkasäätiö, 26–38.
- Strandell, Harriet (2005) Lapset, etiikka ja vaikea osallisuus. Laadullisen sosiaalitutkimuksen eettiset kysymykset. *Stakesin työpapereita 4/2005*, Helsinki: Stakes.

4 Päihdeongelmaisten äitien lapset

Päihteiden runsas käyttö ja äidinrooli ovat vaikeasti yhteen sovitettavissa. Äidin liiallinen päihteiden käyttö aiheuttaa hyvin todennäköisesti haittoja myös lapselle. Mitä pienemmästä lapsesta on kyse, sitä todennäköisemmin äidin päihteiden käyttö haittaa tai vahingoittaa lasta.

Yhteiskunnassa suhtaudutaan äidin päihdeongelman lapselle aiheuttamiin haittoihin yksituumaisen kielteisesti. Pienen lapsen äidin päihdeongelmaa pidetään vakavana asiana, joka pitäisi pystyä hoitamaan tai ehkäisemään. Useat viranomaistahot saattavat puuttua asiaan. Tällaisia toimijoita ovat muun muassa lastensuojelun viranomaiset, terveydenhuollon sekä päiväkodin ja koulun ammattilaiset, ja joskus päihdeongelmaan saattavat puuttua myös vapaaehtoistyöntekijät tai naapurit.

Koska ongelma on vaikea, on myönteistä, että siihen on viime aikoina alettu kiinnittää entistä enemmän huomiota. Asiallinen tieto lapsien kokemista haitoista voi olla peruste yleiselle päihdehaittojenehkäisylle ja päihdepolitiikalle. Päihteiden käytön väheneminen koko yhteiskunnassa vähentäisi kaikkein tehokkaimmin myös lasten kokemien haittojen määrää. Toisaalta tutkimustieto voi auttaa löytämään keinoja päihdeitä ongelmallisesti käyttävien äitien lasten tukemiseksi heidän elämänsä eri vaiheissa. Tässä artikkelissa raportoidaan laajaa vanhempia ja heidän lapsiaan käsittelevää rekisteritutkimusta (VANLA) ja pohditaan, miten näiden ongelmien esiintymiseen voitaisiin vaikuttaa.

Artikkelissa vastataan kysymyksiin

1. miten yleistä päihteiden ongelmakäyttöä on 0–6-vuotiaiden lasten äitien keskuudessa
2. miten äitien ongelmallinen päihteiden käyttö heijastuu heidän lastensa elämään: joutuvatko päihdeäitien lapset muita useammin sairaalahoitoon tapaturmien, sairauksien ja psyykkiseen kehitykseen tai käyttäytymiseen liittyvien ongelmien takia, ja onko heillä muita suurempi kuolleisuus
3. onko päihdeäitien lasten elämässä ilmenevissä haitoissa tapahtunut muutoksia vuosien 1991–2009 välillä
4. miten usein lastensuojelu on sijoittanut kodin ulkopuolelle vuosina 1991, 1997 ja 2002 syntyneet päihdeäitien lapset.

Artikkeli perustuu aineistoon, joka on osa laajempaa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksessa (THL) toteutettavaa vanhempien päihteidenkäyttöä käsittelevää rekisteri-

tutkimusta ja jossa ovat mukana kaikki vuosina 1991, 1997 ja 2002 syntyneet lapset sekä heidän biologiset äitinsä. Tutkimusta rahoittavat THL ja EU.

Aiempia tutkimustuloksia

Naisten alkoholinkäyttö lisääntyi kuusinkertaiseksi vuosina 1968–2008 (Mäkelä ym. 2010). Edelleenkin naiset juovat huomattavasti vähemmän kuin miehet, noin kolmanneksen kaikesta alkoholista, mutta entistä useammin ongelmakäyttäjää voi olla myös äiti, ja yhä useammassa perheessä molemmat vanhemmat juovat tai käyttävät huumeita siinä määrin, että lapsen kehitys voi vaarantua. Raittiiden naisten määrä on vähentynyt viime aikoina myös vanhempien naisten keskuudessa. Naisista oli vuonna 1969 raittiita 49 prosenttia, vuonna 1992 enää 17 prosenttia ja vuodesta 2000 eteenpäin vain noin 10 prosenttia. Myös naisten humalajuominen on yleistynyt ja riskijuomisen yleisyys lisääntyi erityisesti 1990-luvulla (Alkoholiolot EU-Suomessa 2006, 13–15). Vuonna 2008 naisista 14 prosentilla alkoholin riskikäytön raja ylittyi, ja alle 30-vuotiailla vastaava osuus oli 16 prosenttia (Huhtanen ym. 2011). Jotain laitonta huumetta ainakin satunnaisesti käyttäneiden nuorten naisten määrä on sekin 2000-luvulla kasvanut. Vuonna 2010 15–24-vuotiaista naisista 13 prosenttia ja 25–34-vuotiaista 6 prosenttia ilmoitti käyttäneensä viimeisen vuoden aikana jotain laitonta huumetta ainakin kerran (Metso ym. 2012).

Eri maissa tehdyt tutkimukset ovat osoittaneet, että päihteitä runsaasti käyttävien vanhempien lapsilla on kohonnut riski kokea erilaisia lapsuuden- ja nuoruudenajan vaikeuksia, suurempi todennäköisyys käyttäytyä ongelmalliseksi katsotulla tavalla ja käyttää runsaasti päihteitä (Emshoff & Price 1999; Lieb ym. 2002; Giglio & Kaufman 1990; Hyytiä 2003). Vanhemman päihdeongelma voi merkitä puutteita kasvuympäristössä, mikä johtaa tapaturmiin, sairasteluun sekä erilaisiin psyykkisen kehityksen ja käyttäytymisen häiriöihin (Bijur ym. 1992; Crandall ym. 2006; Winquist ym. 2007). Erityisen paljon sairastavuutta on havaittu kodin ulkopuolelle sijoitetuilla päihdeongelmaisten äitien lapsilla (Sarkola ym. 2011). Myös yhteys aikuisiän ongelmariskiin on todettu useissa seurantatutkimuksissa (Jacob 2000; Pulkkinen 2006; Pitkänen ym. 2008). Kysymys on kuitenkin vain riskistä, ja ongelmien esiintymisessä on suurta vaihtelua (Harter 2000; Orford ym. 2005). Äidin päihdekäyttö altistaa lasta haitoille, mutta ongelmat eivät välttämättä toteudu. Lapsen elämässä voivat vaikuttaa monenlaiset suojaavat tekijät, kuten esimerkiksi muiden perheenjäsenten, sukulaisten tai läheisten huolenpito, suotuisat elinolot ja ympäristö, oikeaan aikaan annettu tuki ja lapsen omat ominaisuudet.

Myös äidin raskaudenaikaisen päihteiden käytön on todettu olevan yhteydessä lapsuusajan oppimisvaikeuksiin, käytöshäiriöihin sekä psyykkiseen ja kielelliseen kehitykseen (Autti-Rämö ym. 1992; Autti-Rämö 2000; Autti-Rämö ym. 2008). Alkoholin lisäksi myös huumeille sikiöaikana altistuneilla lapsilla on todettu olevan muita

enemmän kielen, puheen, tarkkaavuuden, keskittymiskyvyn ja sosiaalisen kanssakäymisen ongelmia (Bandstra ym. 2010; Koponen 2006).

Päihdeperheiden lapsia otetaan muita useammin huostaan tai sijoitetaan kodin ulkopuolelle (Andersson 1995; Sarkola ym. 2007). Pääkaupunkiseudulla tehty huostaanottojen tarkastelu osoitti, että vanhempien päihteiden käyttö näkyy selvimmin pienten lasten huostaanottojen taustalla, ja silloin valtaosa koskee nimenomaan äitien päihteiden käyttöä (Myllärniemi 2005). Usein päihteiden käyttö on kuitenkin yksi perheen monista ongelmista.

Aineisto ja käytetyt mittarit

Tarkastelun kohderyhmänä olivat kaikki Suomessa vuosina 1991, 1997 ja 2002 syntyneet lapset ja heidän biologiset äitinsä. Päihteitä käyttävien äitien lasten elämässä ilmeneviä haittoja verrattiin koko väestöä edustavan vertailuryhmän eli muiden samana vuonna syntyneiden lasten haittoihin. Tarkastelun kohteeksi otettiin vuosina 1991, 1997 ja 2002 syntyneet useista syistä. Ensinnäkin, vuosi 1991 oli ensimmäinen, jolta tarvittavia tietoja oli saatavissa, ja vuonna 2002 syntyneistä saatiin vuoteen 2009 mennessä tiedot lapsen ensimmäisen kahdeksan vuoden ajalta. Kun tutkimusluvut haettiin, vuosi 2009 oli viimeinen, jolta rekisteritietoja oli saatavissa tutkimuskäyttöön. Lisäksi tarkasteltu ajanjakso kuvaa Suomen lähihistoriaa, jolloin naisten juominen lisääntyi voimakkaasti (Mäkelä ym. 2010). Päihdeongelmaiseksi määriteltiin tutkimusaineistossa äidit, joilla oli terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterissä jokin päihteiden ongelmakäyttöön liittyvä diagnoosi, jotka olivat tulleet sairaalahoitohoittoon päihdehuollon laitoksesta tai lähetetty sellaiseen jatkohoitoa varten tai jotka olivat olleet sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisterin mukaan hoidossa päihdehuollon laitoksessa. Päihdeongelmaisiksi määriteltiin myös äidit, joilla oli Kelan etuusrekisterissä merkintä tai merkintöjä alkoholi- tai huumeriippuvuuden hoitoon tarkoitettua lääkkeen ostosta sekä äidit, joiden lapsilla epämuodostumarekisterin mukaan oli todettu sikiöaikainen alkoholi- tai huumealtistus. Kunkin kohortin äitejä koskevia tietoja poimittiin neljä vuotta ennen synnytystä ja seitsemän vuotta sen jälkeen eli vuosilta 1987–1998 (kohortti 1991), 1993–2004 (kohortti 1997) ja 1998–2009 (kohortti 2002). Äitejä koskeva tieto kattaa siis kussakin kohortissa 11 vuotta. Vuoden ennen lapsen syntymää haluttiin mukaan, sillä päihdeongelmien voi olettaa useimmiten olevan hitaasti pahenevia ja niistä myös parannutaan hitaasti.

Aineisto koostui ryhmästä äitejä, joiden päihdeongelmat ovat niin vakavia, että niiden takia on päädytty sosiaali- tai terveydenhuollon palveluiden piiriin. Rekisterit kattoivat terveydenhuollon laitoshoidon palvelut koko jakson ajalta. Sosiaalihuollon laitoshoidon ja erikoissairaanhoidon avohoidon tietoja ruvettiin keräämään seurantajakson aikana (alkaen 1995 ja 1998 vastaavasti), joten niiden kattavuus muuttui jakson aikana, mikä vaikeutti ajallisen muutoksen tutkimista. Tutkimuksessa käytetty aineisto nojaa ammattilaisten tekemiin diagnooseihin ja hoito- tai sosiaalityön

käynneistä tehtyihin rekisterimerkintöihin. Äidin yhteys sosiaali- ja terveydenhuollon hoitopaikkoihin tai lapsen huostaanotto nähtiin tässä tarkastelussa ennen kaikkea osoituksena ongelmista. Tämä on kuitenkin vain yksi puoli asiasta: esimerkiksi käynti sairaalassa kertoo paitsi terveysongelmasta myös halusta ja mahdollisuudesta parantua, kun taas huostaanotossa on pyrkimys suojata lasta.

Aineiston keruu aloitettiin THL:n ylläpitämästä Syntyneiden lasten rekisteristä, joka sisältää sekä syntyneen lapsen että hänen biologisen äitinsä henkilötunnuksen. Tunnuksen avulla voitiin yhdistää äidin ja lapsen tiedot toisiinsa ja muista rekistereistä saataviin tietoihin. Muita tutkimuksen kannalta keskeisiä rekistereitä ovat niin ikään THL:n ylläpitämät sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterit, lastensuojelurekisteri ja epämuodostumarekisteri, Kelan etuusrekisteri ja Tilastokeskuksen kuolemansyyrekisteri. THL:n rekistereiden ylläpidosta vastaavat henkilöt yhdistivät tiedot henkilötunnusten avulla, eikä tutkijoiden käyttämä aineisto enää sisältänyt henkilötunnuksia.

Lasten tapaturmiin ja sairastavuuteen liittyvät tiedot saatiin terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteristä. Lasten tapaturmilla tarkoitettiin tutkimuksessa sellaisia lapsen sairaala- tai poliklinikkakäynnistä tehtyjä rekisterimerkintöjä, joissa diagnoosi kuului ICD-10-tautiluokituksen yläkategoriaan ”Vammat, myrkytykset ja eräät muut ulkoisten syiden seuraukset” (S00–T98) tai ”Vammojen, sairauksien ja kuoleman ulkoiset syyt” (V01–Y98). Lasten sairastavuutta kuvattiin vähintään yhden yön sairaalahoidojaksolla, joissa diagnoosina oli mikä tahansa muu paitsi tapaturma tai psyykkisen kehityksen tai käyttäytymisen häiriöön liittyvä diagnoosi. Psyykkisen kehityksen häiriöitä kuvattiin diagnooseilla F80–F89, jotka sisältävät muun muassa puheen ja kielen, oppimiskyvyn ja motoriikan häiriöitä. Käytös- ja tunnehäiriöitä kuvaamaan käytettiin diagnooseja F90–F98, jotka sisältävät muun muassa hyperkiineettisiä häiriöitä (esim. aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, ADHD).

Tieto lapsen kodin ulkopuolelle sijoittamisesta saatiin lastensuojelurekisteristä ja tiedot lasten kuolemista Tilastokeskuksen kuolemansyyrekisteristä. Aineiston analyysi tehtiin SAS 9.3 -ohjelmistolla. Tilastollisina menetelminä käytettiin ristiintaulukointia khiin neliö -testin kanssa.

Äidin päihdeongelma

Päihdeongelmaisten äitien määrä voitiin laskea sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekistereistä saatujen hoitajaksoja koskevien tietojen sekä Kelan rekistereistä saatujen alkoholi- tai huumeriippuvuuden hoitoon käytettävien lääkkeiden ostoja (ATC: N07BB, N07BC) koskevien tietojen perusteella. Päihdeongelmaisten äitien ryhmään kuului vuonna 1991 Suomessa syntyneiden 0–6-vuotiaiden pikkulasten biologisista äideistä 1,0 %, vuonna 1997 syntyneiden äideistä 1,5 % ja vuonna 2002 syntyneiden äideistä 2,0 %. Päihdeongelmaisten äitien osuus kaikista äideistä

siis kaksinkertaistui tässä aineistossa noin kymmenessä vuodessa. Osa kasvusta saattaa selittyä rekisteritietojen kattavuuden paranemisella.

Taulukossa 1 on esitetty niiden äitien kokonaismäärä, joilla on käytettyjen rekisteriaineistojen perusteella päihdeongelma. Ryhmittäin esitetyt luvut ovat osittain päällekkäisiä, sillä samalla äidillä voi olla useita eri diagnooseja, hoitokertoja ja lääkkeitä.

Naisen päihdeongelmasta kertovista rekisterimerkinnöistä suurin osa liittyi kaikissa kohorteissa alkoholinkäyttöön. Tärkeimpiä näistä olivat ICD-10-luokituksen luokan F10-diagnoosit eli alkoholin aiheuttamat päihtymytilat, riippuvuus ja elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymishäiriöt. Taulukosta havaitaan, että eniten vuosina 1987–2009 lisääntyivät (yli kolminkertaistuivat) huumesairaudet ja huumeongelman laitoshoidon merkinnät. Kasvua selittää osin laittomien huumeiden lisääntynyt käyttö nuorten naisten keskuudessa (Metso ym. 2012).

Päihdeongelmaiset äidit olivat aineistossa todennäköisemmin ali- kuin yliporitoituina, sillä kaikki eivät ole tulleet palvelujen piiriin. On kuitenkin otettava

Taulukko 1. Päihdeongelman esiintyvyys vuosina 1991, 1997 ja 2002 synnyttäneillä 0–6-vuotiaiden lasten äideillä, %

Lapsen syntymäkohortti	1991, % (n) N = 64 310	1997, % (n) N = 58 056	2002, % (n) N = 54 519
Alkoholin aiheuttamat päihtymytilat, riippuvuus ja elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymishäiriöt (ICD-10: F10.1-9)	0,4 (279)	0,7 (401)	0,9 (472)
Muu alkoholisairaus (ICD-10: E24.4, G31.2, G40.51, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70.0-9, K85.2, K86.0, R78.0, T51.0, Z50.2, Z71.4, Z72.1, Y90.0-9, Y91.0-9, X45)	0,2 (106)	0,2 (137)	0,3 (157)
Alkoholiongelman laitoshoido	0,2 (121)	0,3 (186)	0,4 (203)
Alkoholiriippuvuuden hoitoon tarkoitetun reseptilääkkeen osto (ATC: N07BB)	–	–	0,6 (335)
Alkoholiin liittyvä kuolema	0,02 (16)	0,03 (16)	0,02 (10)
Lapsen sikiöaikainen alkoholialtistus	0,04 (24)	0,1 (32)	0,1 (38)
Alkoholisyty yhteensä	0,7 (432)	1,0 (594)	1,5 (821)
Huumeiden aiheuttamat päihtymytilat, riippuvuus ja elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymishäiriöt (ICD-10: F11-F16, F18-F19)	0,1 (88)	0,3 (162)	0,5 (268)
Muu huumesairaus (ICD-10: B17.1, B18.2, R78.1, R78.2, R78.3, R78.4, R78.5, T40.0-9, X44, Z72.2)	0,3 (197)	0,3 (155)	0,3 (180)
Huumeongelman laitoshoido	0,04 (27)	0,1 (65)	0,2 (96)
Huumeriippuvuuden hoitoon tarkoitetun reseptilääkkeen osto (ATC: N07BC)	–	–	0,01 (5)
Huumeisiin liittyvä kuolema	0,01 (5)	0,01 (6)	0,02 (12)
Lapsen sikiöaikainen huumealtistus	0,0 (1)	0,01 (7)	0,02 (11)
Huumesyty yhteensä	0,4 (266)	0,5 (288)	0,7 (379)
Päihdeongelman laitoshoido, ei tietoa päihhteestä	0,3 (197)	0,5 (307)	0,5 (256)
PÄIHDEONGELMA, YHTEENSÄ	1,0 (648)	1,5 (839)	2,0 (1062)

huomioon, että koska tietoja kerättiin myös neljältä vuodelta ennen synnytystä, osa äideistä on saattanut raitistua pysyvästi jo ennen lapsen syntymää. Tämä virhetekijä vaikuttaa ylipportoinnin suuntaan, mutta sen määrällinen merkitys ei liene kovin suuri. Valtaosa päihdeongelmiin liittyvistä diagnooseista viittaa kuitenkin vakaviin ongelmiin, jotka eivät synny eivätkä myöskään parane kovin nopeasti.

Äidin päihdekäytön seuraukset lapsille

Taulukossa 2 on esitetty, miten suuri osa eri ikäkohorttien päihdeongelmaisten äitien ja vertailuryhmän (muu väestö) lapsista on joutunut tapaturmaan, sairaalahoitoon, saanut käyttäytymishäiriöihin tai psyykkisen kehityksen häiriöihin liittyvän diagnoosin, kuollut tai sijoitettu kodin ulkopuolelle ennen seitsemättä syntymäpäiväänsä.

Kahdessa viimeisimmässä kohortissa päihdeäitien alle 7-vuotiaista lapsista lähes viidennes oli joutunut sairaalahoitoon tai käynyt poliklinikalla tapaturman tai

TAULUKKO 2. Äidin päihdeongelman yhteys 0–6-vuotiaan lapsen vammoihin, sairastavuuteen, kuolemaan ja sijoitukseen kodin ulkopuolelle

	Äidin päihdeongelma		p(khi2)
	kyllä, % (n)	ei, % (n)	
Vamma tai tapaturma			
1991	6,1 (38)	4,7 (3040)	ns
1997	19,9 (147)	13,6 (7987)	<,0001
2002	18,3 (157)	13,6 (7413)	<,0001
Sairaalahoidossa > = 1 yö			
1991	45,8 (287)	32,0 (20809)	<,0001
1997	45,1 (333)	32,5 (19038)	<,0001
2002	48,1 (412)	32,4 (17739)	<,0001
Psyykkisen kehityksen häiriö (F80-F89)			
1991	3,9 (24)	3,0 (1960)	ns
1997	9,4 (69)	4,8 (2820)	<,0001
2002	10,2 (87)	5,3 (2876)	<,0001
Käytös- ja tunnehäiriö (F90-F98)			
1991	2,1 (13)	0,8 (491)	,0002
1997	8,0 (59)	2,4 (1406)	<,0001
2002	7,9 (68)	3,0 (1619)	<,0001
Kuolema			
1991	1,0 (6)	0,7 (452)	,4335
1997	1,4 (10)	0,5 (285)	,0009
2002	0,8 (7)	0,4 (207)	,0399
Sijoitus			
1991	36,3 (225)	1,0 (672)	<,0001
1997	35,7 (263)	1,2 (709)	<,0001
2002	38,4 (329)	1,3 (721)	<,0001

vamman takia, kun vastaava luku muiden lasten keskuudessa oli 14 prosenttia. Äidin päihdeongelma siis näyttäisi lisäävän lapsen riskiä joutua tapaturmaan.

Lapsen sairaalakäynnit ovat kaikissa kolmessa kohortissa tilastollisesti merkitsevällä tavalla yleisempiä päihdeäitien lasten kuin muiden lasten keskuudessa ($p < 0,0001$). Myös psyykkisen kehityksen ja käyttäytymisen häiriöt olivat yleisempiä päihdeäitien lasten kuin muiden lasten joukossa ($p < 0,0001$). Sairaalakäyntien määrät näyttäisivät nekin kasvaneen päihdeäitien lasten keskuudessa enemmän kuin vertailuryhmänä olleen koko väestön keskuudessa. Myös psyykkiseen kehityksen ja käyttäytymisen häiriöiden diagnoosien lukumäärät näyttäisivät kasvaneen jonkin verran vuosien 1991–2009 välisenä aikana, mutta muutokset ovat pieniä.

Tutkimuksessa tarkasteltiin myös äidin päihdeongelman ja alle 7-vuotiaan lapsen kuolemien välistä yhteyttä. Äidin päihdeongelman vaikutusta koskevat tulokset ovat samansuuntaisia kuin muiden muuttujien kohdalla. Luvut ovat pieniä, mutta ero on kuitenkin tilastollisesti merkitsevä kahdessa viimeisimmässä kohortissa.

Äitien päihdeongelmalla näyttäisi siis olevan yhteys pienten lasten tapaturmariskiin, somaattiseen sairastavuuteen ja psyykkisen kehityksen ja käyttäytymisen häiriöihin. Äidin päihdeongelmien ja lapsen tapaturmariskin sekä somaattisen sairastavuuden välinen yhteys on jossain määrin vahvistunut vuosina 1991–2009.

Kaikkein selvimmin päihdeongelmaisten äitien lasten tilanne eroaa muiden lasten tilanteesta tarkasteltaessa kodin ulkopuolelle tehtyjä sijoituksia. Vuonna 1991 syntyneistä päihdeäitien lapsista 36 prosenttia, vuonna 1997 syntyneistä 36 prosenttia ja vuonna 2002 syntyneistä 38 prosenttia oli sijoitettu kodin ulkopuolelle ensimmäisen seitsemän elinvuotensa aikana ainakin kerran. Vastaava luku kaikkien lasten kohdalla oli vain 1 prosenttia ($p < 0,0001$). Tulos kertoo toisaalta sen, että lapsen kasvuympäristössä on ollut vakavia puutteita, ja toisaalta sen, että yhteiskunta reagoi näihin puutteisiin lastensuojelun keinoin.

Taulukosta voidaan epäsuorasti päätellä myös, että äidin päihdeongelma on eniten useammin sijoitustapausten syynä. Vuonna 2002 syntyneiden ikäkohortin runsaasta tuhannesta ($n = 1050$) lapsesta, jotka on ensimmäisen seitsemän elinvuotensa aikana sijoitettu kodin ulkopuolelle, 31 prosentilla on äiti, jolla on päihdeongelmaan viittaavia rekisteritietoja. Vuonna 1997 syntyneistä ennen 7 ikävuottaan sijoitetuista lapsista ($n = 972$) 27 prosentilla oli äiti, jolla on päihdeongelmaan viittaavia rekisteritietoja, kun taas vuonna 1991 syntyneistä ennen 7 ikävuottaan sijoitetuista lapsista ($n = 897$) 25 prosentilla eli neljänneksellä oli rekisteritietojen mukaan päihdeongelmainen äiti.

Tutkimuksen rajoitukset

Rekisteriaineistoihin perustuvissa tutkimuksissa, toisin kuin kyselytutkimuksissa, ei ole osallistumis- tai vastausaktiivisuuteen liittyviä ongelmia. Asetelma mahdollistaa koko ikäluokan tutkimisen. Vaikka kovin yksityiskohtaista tietoa ei tämän tyyppi-

sestä aineistosta olekaan mahdollista saada, voidaan sitä kuitenkin pitää suhteellisen luotettavana, sillä se perustuu ammattilaisten tekemiin arvioihin ja diagnooseihin. Tämän tutkimusaineiston rajoitukset ovat pääosin samoja kuin rekisteritutkimuksessa yleensä. Rekisteritiedoissa saattaa olla puutteellisuuksia, sillä ne riippuvat terveydenhuollon- ja sosiaalialan työntekijöiden merkinnöistä ja tulkinnoista. Esimerkkinä tästä mainittakoon, että jotkin vaikeiksi koetut diagnoosit, kuten alkoholin aiheuttamat sikiövauriot, jäävät systemaattisesti aliraportoiduiksi (Eriksson 2011).

Osa päihdeongelmaisista äideistä on todennäköisesti jäänyt koko väestöä edustavaan vertailuryhmään. Äidillä ei ongelmistaan huolimatta ehkä ole ollut hoitokäyntejä tai yhteyksiä viranomaisiin niissä hoitopaikoissa, joissa käynneistä syntyy rekisterimerkintöjä, tai ammattilainen ei ole tapaamisten aikana ottanut päihdeiden käyttöä puheeksi. Voi myös olla niin, että vaikka asia olisi tullut esille, siitä ei eri syistä ole tehty merkintää rekistereihin.

Yhteenvedo ja pohdinta

Äidin päihdeongelman ja lapsen tapaturmien välinen selvä yhteys on havaittu jo aiemmissa tutkimuksissa niin Suomessa kuin muualla. Todennäköinen selitys päihdeäitien lasten suurempaan tapaturma-alttiuteen on lasten puutteellinen valvonta. Lapsen muuhun sairastavuuteen vaikuttavat monet tekijät, joista suuri osa on vanhempien päihdeiden käytöstä täysin riippumattomia. Silti myös lasten kaltoinkohdeltelu on todettu olevan yhteydessä lasten sairastavuuteen: australialaistutkimuksen mukaan kaltoinkohdelluilla lapsilla oli muita huomattavasti enemmän niin tapaturmiin kuin muuhun sairastavuuteen, kuten infektioihin, liittyviä sairaalakäyntejä (O'Donnell ym. 2010). Samanlainen yhteys on havaittu myös päihdeongelmaisten vanhempien lapsilla (Woodside ym. 1993). Lapsen kasvuympäristöllä on keskeinen merkitys lapsen hyvinvoinnissa. VANLA-tutkimuksen tässä raportoitujen tulosten osoittama äidin päihdeongelman ja lapsen sairastavuuden välinen yhteys tarkoittaa todennäköisesti ennen kaikkea sitä, että päihdeperheen lapsen terveyttä rasittavat arkisessa elinympäristössä olevat haitalliset tekijät. Tällaisia voivat olla lapsen kokema jatkuva stressi ja henkinen rasitus, lapsen kotihoidon puutteet, esimerkiksi puutteellinen ravinto tai unen puute, sairaan lapsen huono kotihoito tai huonot asuinolot. Psykkiset ongelmat ja käyttäytymisen häiriöt saattavat sekä johtua olosuhteista että pahentua niiden vuoksi.

Lasten sijoitukset kodin ulkopuolelle ovat huomattavasti yleisempiä, jos äidillä on päihdeongelma kuin jos näin ei ole. Ero on suuri ja paljon selvempi kuin muiden käytettyjen muuttujien kohdalla. Äitien päihdeongelma näyttäisi olevan kasvavassa määrin lasten sijoitustarpeen taustalla.

Aineiston osoittama ajallinen kasvu päihdeäitien lasten somaattisessa sairastavuudessa ja sijoitusten määrässä voi osittain olla seurausta hoitokäytäntöjen ja lastensuojelun muutoksista. Päihdeäitien lapset saatetaan ottaa herkemmin yön yli

tarkkailuun ja sairaalahoitoon, tai lastensuojelu kiinnittää heihin entistä herkemmin huomiota. Naisten päihdeongelmien kasvu on voinut johtaa siihen, että ympäristö on herkistynyt lasten tilanteelle, mikä näkyy myös lasten asiakkuuksien määrän kasvuna. Huolimatta näistä tuloksiin mahdollisesti epätarkkuutta aiheuttavista tekijöistä päähuomioksi jää huolestuttava tieto äitien päihdeongelman lisääntyneistä haitoista pienille lapsille.

Kasvavan lapsen etu olisi, että tilanteeseen saataisiin nopeasti parannus silloin, kun lapsen elämässä havaitaan ongelmia. Muilla toimijoilla kuin vanhemmilla on kuitenkin vain rajoitetusti keinoja käytössään. Äitiys on siinä määrin kokonaisvaltainen tehtävä, että sitä on hyvin vaikea muiden paikkailla. Viranomaisten auttamiskeinot ovat aina toissijaisia siihen nähden, että äiti pääsisi eroon ongelmastaan. Vanhempia taas on vaikea auttaa, jos avuntarvetta ei tunnisteta ja tunnusteta. Kodin seinien sisällä tapahtuvat asiat pysyvät myös usein pitkään muilta salassa. Huostaanoton uhka ja päihdeongelmaan liittyvä häpeä estävät avun omaehtoista hakemista.

Ongelmien ehkäisy ei ole helppoa, sillä tapakulttuuri ei juuri rajoita runsaan päihteiden käytön oppimista. Alkoholin markkinointi ja laajalti levinnyt päihdekeinen juhlimiskulttuuri pikemminkin kannustavat nuoria naisia päihteiden käyttöön. Raskaaksi tulon pitäisi muuttaa tilanne kertaheitolla päinvastaiseksi: päihteiden käytöstä olisi luovuttava heti – mieluiten jo raskaaksi tulon ollessa mahdollista. Tämä voi olla ylivoimaisen vaikeaa, jos nainen ja kaikki hänen ystävänsä ovat tottuneet käyttämään päihteitä teini-iästä alkaen.

Ongelmia tulee ehkäistä ennen kaikkea vaikuttamalla kaikkien nuorten ja aikuisten päihteiden käyttöön, sillä päihteiden käyttö opitaan vuorovaikutuksessa ympäröivän yhteisön kanssa. Vanhemmuuden vastuuseen sopeutuminen on helpompaa, jos päihteistä ei ole ehtinyt muodostua liian hallitsevaa osaa nuorten ja nuorten aikuisten elämäntavassa. Riskiryhmiä tulisi tukea kaikissa peruspalveluissa, etenkin neuvoloissa, joissa päihteiden käytöstä on mahdollista puhua sekä isien että äitien kanssa. Riskitapausten seulonnan ja niihin puuttumisen edellytyksiä on parannettava tekemällä alkoholin ja huumeiden käyttöä koskevat tiedustelut luontevaksi osaksi potilas-hoitajasuhdetta. Vanhempien päihteiden käyttö lapsen ongelmien taustalla tulisi tunnistaa terveydenhuollossa paremmin, mikä edellyttää terveydenhuollon ammattilaisten koulutusta ja asenteiden muutosta perheen kokonaistilanteen paremmin huomioivaksi. Julkinen keskustelu on myös tärkeää, sillä avoin keskustelu voi vähentää kodin päihdeongelmiin liittyvää häpeää ja salailua ja siten helpottaa asiaa puhumista.

Mitä opimme?

- ▶ Päihderiippuvaisten äitien määrä on kasvanut Suomessa vuosina 1991–2002 naisten alkoholinkäytön ja laittomien huumeiden käytön kasvun vuoksi.
- ▶ Synnyttäneiden äitien päihdeongelmasta kertovista rekisterimerkinnöistä suurin osa liittyi alkoholinkäyttöön, mutta eniten vuosina 1991–2009 olivat lisääntyneet huumesairauden ja huumeongelman laitoshoidon merkinnät.
- ▶ Äidin vakava päihdeongelma lisää pienten lasten tapaturmien, sairaala- hoitojen ja psyykkisen kehityksen häiriöiden riskiä.
- ▶ Lasten sijoitukset kodin ulkopuolelle ovat huomattavasti yleisempiä, jos äidillä on päihdeongelma kuin jos näin ei ole. Lastensuojelun toimet näyttäisivät olevan yksi tärkeimmistä yhteiskunnan tavoista reagoida päihdeäitien lasten ongelmiin.
- ▶ Naisten päihdeongelmiin tulisi kiinnittää enemmän huomiota ongelmien varhaisvaiheessa ja seurantatietoja tulisi kerätä myös sosiaali- ja terveydenhoidon avopisteissä.

Lähteet

- Alkoholiolet EU-Suomessa (2006) Kulutus, haitat ja politiikan kehitys 1990–2005. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2006:19. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Andersson, Gunvor (1995) Barn i samhällsvård. Lund: Studentlitteratur, 1995.
- Autti-Rämö, Ilona & Korkman, Marit & Hlakivi-Clarke, Leena & Halmesmäki, Erja & Granström, Marja-Liisa (1992) Mental development of 2-year-old children exposed to alcohol in utero. *The Journal of Pediatrics* 120(5), 740–746.
- Autti-Rämö, Ilona (2000) Twelve-year follow-up of children exposed to alcohol in utero. *Developmental Medicine and Child Neurology* 42(6), 406–411.
- Autti-Rämö, Ilona & Fagerlund, Åse & Korkman, Marit (2008) Miten tunnistaat sikiön alkoholivauriot? *Suomen Lääkärilehti* 63(6), 501–506.
- Bandstra, Emmalee S & Morrow, Connie E & Mansoor, E & Accornero, Veronica H (2010) Prenatal drug exposure: infant and toddler outcomes. *Journal of Addiction Disorders* 29(2), 245–258.
- Bijur, Polly E, Kurzon M, Overpeck, Mary D & Scheidt Peter C (1992) Parental alcohol use, problem drinking, and children's injuries. *The Journal of the American Medical Association* 267(23), 3166–3171.
- Crandall, Marie & Chiu, Bill & Sheehan, Karen (2006) Injury in the first year of life: Risk factors and solutions for high-risk families. *Journal of Surgical Research* 133(1), 7–10.
- Emshoff, James & Price, Ann (1999) Prevention and intervention strategies with children of alcoholics. *Pediatrics: part 2.* 103(5), 1112–22.
- Eriksson, Susan (2011) Sikiöaikainen alkoholi-altistus, moraali ja muuntuva asiantuntijuus. Kehitysvammaliiton julkaisuja 5. Kehitysvammaliitto. Kouvola: Solver palvelut Oy.
- Giglio, JJ, Kaufman, E (1990) The relationship between child and adult psychopathology in children of alcoholics. *The International Journal of the Addictions* 25(3), 263–290.
- Harter, Stephanie Lewis & Taylor, Tracey L (2000) Parental alcoholism, child abuse, and adult adjustment. *Journal of substance abuse* 11 (1), 31–44.

- Huhtanen, Petri & Miekka, Mari & Mustonen, Heli & Mäkelä, Pia (2011) Suomalaisen alkoholinkäyttötavat 1968–2008. Juomatapatutkimuksen tuloksia. THL:n Raportti 26. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hyytiä, Petri (2003) Perinnöllisyys. Teoksessa: Mikko Salaspuro & Kalervo Kianmaa & Kaija Seppä (toim.) Päihdelääketiede. Helsinki: Duodecim, 33–41.
- Jacob, Theodore & Windle, Michael (2000) Young adult children of alcoholic, depressed and nondistressed parents. *Journal of Studies on Alcohol* 61(6) 836–844.
- Koponen, Anne (2006) Sikiöaikana päihteille altistuneiden lasten kasvuympäristö ja kehitys. Kotu-tutkimuksia 5. Helsinki: Kehitysvammaliitto.
- Lieb, Roselind & Merikangas, Kathleen & Höfler, Michael & Pfister, Hildegard & Isensee, Barbara & Wittchen, Hans-Ulrich (2002) Parental alcohol use disorders and alcohol use and disorders in offspring: A community study. *Psychological medicine* 32(1) 63–78.
- Metso, Leena & Hakkarainen, Pekka & Winter, Torsten (2012) Suomalaisen huumeiden käyttö ja huumeasenteet – Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2010. Raportti 17/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkojulkaisu <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085397>
- Mäkelä, Pia & Mustonen, Heli & Huhtanen, Petri: Miten Suomi juo? (2010) Alkoholinkäyttötapojen muutokset 1968–2008. Teoksessa Pia Mäkelä & Heli Mustonen & Christoffer Tigerstedt (toim.) Suomi juo. Suomalaisen alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Helsinki: Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos.
- Myllärniemi, Annina (2005) Huostaanottojen kriteerit pääkaupunkiseudulla. Selvitys pääkaupunkiseudun lastensuojelun sijoituksista. SOCCA:n ja Heikki Waris -instituutin julkaisusarja 7. Helsinki: SOCCA ja Heikki Waris -instituutti.
- O'Donnell, Melissa & Nassar, Natasha & Leonard, Helen & Jacoby, Peter & Mathews, Richard P & Patterson, Y & Stanley, Fiona (2010) Rates and types of hospitalisations for children who have subsequent contact with the child protection system: a population based case-control study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 64(9), 784–788.
- Orford, Jim & Natera, Guillermina & Copello, Alex & Atkinson, Carol & Mora, Jazmin & Velleman, Richard & Crundall, Ian & Tiburcio, Marcela & Templeton, Lorna & Walley, Gwen (2005) Coping with alcohol and drug problems: The experiences of family members in three contrasting cultures. London & New York: Routledge.
- Pitkänen, Tuija & Kokko, Katja & Lyyra, Anna-Liisa & Pulkkinen, Lea (2008) A developmental approach to alcohol drinking behaviour in adulthood: a follow-up study from age 8 to age 42. *Addiction*, 103 (Suppl 1), 48–68.
- Pulkkinen, Lea (2006) The Jyväskylä Longitudinal Study of Personality and Social Development (JYLS). Teoksessa Lea Pulkkinen & Jaakko Kaprio & Richard Rose (toim.) Socioemotional development and health from adolescence to adulthood. New York: Cambridge University Press, 29–53.
- Sarkola, Taisto & Kahila, Hanna & Gissler, Mika & Halmesmäki, Erja (2007) Risk factors for out-of-home custody child care among families with alcohol and substance abuse problems. *Acta Paediatrica* 96(11), 1571–1576.
- Sarkola, Taisto & Gissler, Mika & Kahila, Hanna & Autti-Rämö, Ilona & Halmesmäki, Erja (2011) Early healthcare utilization and welfare interventions among children of mothers with alcohol and substance abuse: a retrospective cohort study. *Acta Paediatrica* 100(10), 1379–85.
- Winqvist, Satu & Jokelainen, Jari & Luukinen, Heikki & Hillbom, Matti (2007) Parental alcohol misuse is a powerful predictor for the risk of traumatic brain injury in childhood. *Brain Injury* 21(10), 1079–1085.
- Woodside, Migs & Coughney, Kathleen & Cohen, Richard (1993) Medical costs of children of alcoholics: pay now and pay later. *Journal of Substance Abuse* 5 (3), 281–287.

5 Läheisneuvonpito – vaihtoehtoinen tapa kohdata päihdehaitat lastensuojelussa

Turmiolan Tommi, Virtahepo olohuoneessa, Lasinen lapsuus – päihdehaittojen kuvausta eri aikoina erilaisin keinoin, raittiuskilpakirjoitusten ajoista tutkimus- ja vaikuttamistyöhön. Lapset reagoivat vanhempiensa päihteiden käyttöön monin tavoin: ottaen vastuunkantajan tehtäviä, vetäytyen, alistuen ja sopeutuen, suuttuen, kapinoiden, häpeillen, omaksuen perheen toimintatavan, tai etsiytyen toisenlaiseen toimintakulttuuriin ja omaksuen täysin erilaisen elämisen tavan. Vastaavasti vanhempien avuttomuus, keinottomuus ja pelot lisääntyvät teini-ikäisen lipuessa vieraaseen päihdekulttuuriin, etäälle ja kontaktin ulottumattomiin.

Lastensuojelun ns. kovaan ytimeen liittyy köyhyys (tai käytettävissä olevan tulon meneminen ensisijaisesti päihteisiin), mielenterveys- ja päihdeongelmat, jotka haavoittavat lasta ja muodostavat lastensuojelun kannalta ammatillisesti vaativan työkentän. Vaativuus nousee monesta suunnasta: Yhtäältä kovan ytimen ympärillä on monta lakia, professiota, moniammatillisia tiimejä, hallintokuntaa ja palvelutasoa. Niillä kaikilla on oma tapansa toimia, johtajuutensa, budjettinsa, yhteistyö- ja salassapitokäytäntönsä. Niiden työ kohdentuu ja painottuu eri tavoin: toimeentulotuen järjestelmä asioi perheen päämiehen kanssa, mielenterveyspalvelut keskittyvät potilaaseen, päihdepalvelu päihteidenkäyttäjään, lastensuojelu lapseen ja perheeseen. Yhteistyön ytimessä onnistutaan ja epäonnistutaan.

Lapsen edun jäsentäminen ja sen mukaisen ratkaisun toteuttaminen edellyttää, että lastensuojelulla on mahdollisuus kytkeytyä vaikuttavalla tavalla sekä (päihdehuollon palvelu)järjestelmään että perheeseen. Yhteistyön ja kytkeytymisen osalta on tunnistettu sektoroituneen toimintajärjestelmän toimimattomuus, oman siilon kautta näkyvän todellisuuden kapeus ja auttamisen keinojen joustamattomat rajat. (Arnkil 1992; Arnkil & Eriksson 1991). On kuitenkin myös kehitetty monia tapoja helpottaa yhteistyötä ja kohdata asiakas subjektina ja kokonaisena, arjessa ja yhteisönsä osana – ei vain järjestelmän viipaloimana oireiden ja ongelmien leimaamana erityisenä työn kohteena. Samoin on kehitelty uudenlaista toimintakulttuuria tukevia johtamisen ja organisoinnin rakenteita. (Arnkil & Eriksson & Arnkil 2000)

Päihdekuntoutuslaitoksessa olleen perheen tilannetta tutkinut Riitta Hyytinen (2009) kuvaa, miten huumeita käytävien vanhempien arki ei pysy aikuisten asiana ja miten vanhempien elämäntapa valtaa lasten arjen. Hän osoittaa, miten lapsi jää syrjään, hänen todellisuuttaan ei havaita, hänen näkökulmansa ja kokemuksensa eivät pääse auttamistyön piiriin. Vastaavasti psykiatrisessa hoidossa olevan potilaan lapsi ja lapsen arki, lapsen käsitys vanhempansa sairaudesta ja sairauden vaikutus lapseen

jää liian usein sivuun (Solantaus & Ringbom (2005). Uusimman valtakunnallisen kyselytutkimuksen (Puustinen-Korhonen 2013) mukaan kunnan lastensuojelusta vastaavista johtajista vain 12 prosenttia katsoi, että aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluissa selvitetään kattavasti asiakkaan huollossa olevan lapsen tarve.

Lastensuojelun asiakkaaksi valikoituminen on mutkikas prosessi. Sen sijaan että yksittäinen asia laukaisisi asiakkuuden lastensuojeluun, siihen vaikuttavat monet samanaikaisesti toisiinsa kytkeytyvät asiat, ja myös sattumat (Kivinen 1994). Lastensuojeluasian kulkua viranomaisessa voidaan kuvata (päihdeiden käyttöön liittyvän esimerkin kautta) lakitermein seuraavasti. Lastensuojeluasian tulee vireille, kun kansalainen, läheinen, ammattilainen tai viranomainen ilmaisee tekemällä lastensuojeluilmoituksen sosiaalityöntekijälle huolensa siitä, miten aikuinen selviytyy lapsensa päivittäisestä hoidosta ja huolenpidosta tai miten nuori vahingoittaa itseään päihdeiden väärinkäytöllä. Ilmoituksen jälkeen sosiaalityöntekijä tekee lain edellyttämällä tavalla ja määräajassa lastensuojelutarpeen selvityksen, jossa hän arvioi, uhkaako päihdeiden käyttö lapsen ja nuoren terveyttä ja kehitystä, millaista tukea tilanteessa tarvittaisiin ja millaista tukea nuori ja vanhemmat olisivat valmiita vastaanottamaan. Mikäli lapsi on vaarassa, eikä lähiyhteisöstä sen enempää kuin tarjolla olevista palveluista ole riittävästi apua tai se ei ole oikeanlaista eikä lapselle ja perheelle ole järjestettävissä erityistä tukea, asia määrittyy lastensuojeluasiaksi ja lapsi tai nuori lastensuojelun asiakkaaksi. Lastensuojelun tarjoamin avohuollon tukitoimia ovat mm. perhetyön, perhekuntoutuksen tai tukihenkilön järjestäminen, harrastusten tukeminen jne.

Huostaanoton kriteerit täyttyvät, jos kysymys on vakavasta vaarasta tai sen uhasta, eikä lasta voida auttaa siinä tilanteessa avohuollon keinoin ja jos lisäksi arvioidaan, että on lapsen edun mukaista siirtyä asumaan kodin ulkopuolelle perhehoitoon tai laitoshuoltoon. Kunnalla on velvollisuus järjestää sijoitettuna olleelle lapselle ja nuorelle jälkihuoltona hänen tarvitsemansa tuki 21-vuotiaaksi asti.

Mikäli 12 vuotta täyttänyt lapsi tai hänen vanhempansa vastustaa huostaanottoa, päätös tehdään hallinto-oikeudessa. Kun lapsen huostaanoton tarve liittyy päihdeiden väärinkäyttöön, pitää hallinto-oikeudessa a) näyttää toteen päihdeiden väärinkäyttö ja b) osoittaa sen aiheuttama vakavan vaaran uhka lapsen terveydelle tai kehitykselle. Siten kysymys asettuu juomisen aiheuttamien riskien hallintaan, ja sen määrittely on puolestaan hankalaa: sosiaalityöntekijä, neuvolan terveydenhoitaja, opettaja, terapeutti, lapsi, vanhemman ex-puoliso, lapsen ja nuoren kaverit ja vertaisryhmät, kummi, isovanhempi ym. saattavat nähdä nuoren ja vanhemman päihdeiden käytön merkityksen ja haitat eri tavoin. Kysymys on juomatavoista, ja normaalin rajojen asettamisesta. Kysymys on monitahoisista kuulemisista ja neuvotteluista, joita käydään oikeussalissa ristiriitojen sekä epäluottamuksen sävyttämässä ilmapiirissä.

Päihdehaitoista ja lastensuojelusta on tehty monia tutkimuksia, joissa ilmiötä usein tarkastellaan yhdestä näkökulmasta kerrallaan. Tässä artikkelissa päihdehaittoja tarkastellaan lähinnä lastensuojelun toimintajärjestelmän kautta, kuitenkin pitäen tarkastelussa lapsen näkökulman esillä.

Artikkelissa kuvataan ensin päihdeiden ja lastensuojelun kytkeytymistä ja ha-

vainoja palvelujärjestelmän toiminnasta. Sen jälkeen esitellään tapauskuvaus, jossa vaihtoehtoisena tapana puuttua päihdehaittoihin on sovellettu läheisneuvonpitoa. Toimintatapa ei edusta tyypillistä lastensuojelun käytäntöä, mutta se voisi osoittaa suuntaa toimintakulttuurin muutokselle (Koskimies ym. 2012; Eriksson & Arnkil 2012). Lopuksi pohditaan toisenlaisen toiminnan mahdollisuuksia

Päihteet ja lastensuojelu

Lastensuojelun asiakkaana olevien lasten asiakkuuden syistä ei kerätä tietoja valtakunnalliseen lastensuojelurekisteriin. Niinpä lasten vanhempien tai lasten omasta päihteiden väärinkäytöstä lastensuojelun interventoiden taustalla ei ole käytettävissä luotettavaa koko maan kattavaa seurantatietoa. Sen sijaan sijoitettujen lasten vanhempien toimeentulotuen ja psykiatrian palvelujen käytöstä on tutkimustietoja vuoden 1987 syntymäkohortista. Tutkimus osoittaa, että jos lasten vanhemmat ovat saaneet toimeentulotukea, lapsen riski tulla alle kouluikäisenä sijoitetuksi kodin ulkopuolelle oli 14-kertainen. Jos lapsen äiti oli ollut psykiatrisessa osastohoidossa, riski oli 12-kertainen työillä ja 17-kertainen pojilla, ja jos äidin koulutus oli jäänyt peruskoulutasolle, riski oli seitsenkertainen verrattuna niihin samanikäisiin, jotka eivät ole olleet sijoitettuna (Kestilä ym. 2012).

Toisessa tutkimuksessa (Saarikallio-Torp ym. 2010) yhdistettiin vuonna 2004 sijoitettuna olleiden lasten tietoihin heidän vanhempiansa toimeentuloturvaan ja työllisyyteen liittyviä tietoja. Tutkimuksen mukaan suuri osa huostaanotettujen lasten vanhemmista oli työvoiman ulkopuolella, ja heidän työmarkkina-asemansa on marginalisoitunut – he ovat riippuvaisia etuusjärjestelmästä. Viimesijaiseksi tarkoitettun toimeentulotuen tarve on huostaan otettujen lasten perheissä ollut pitkäaikaista, ja lasten äideistä yli 90 % sai toimeentulotukea. Näiden lasten vanhempien terveydentila oli vastaavaan väestön verrattuna heikompi, ja vanhempien hyvinvoinnin huono kehä on jatkunut lapsen huostaanoton jälkeen. Sijoitettujen lasten äideistä peräti noin 16 prosenttia oli työkyvyttömyyseläkkeellä vuoden 2004 marraskuussa. Vastava osuus vertailuväestön vanhemmista oli noin yksi prosentti. Suurin osa työkyvyttömyyseläkkeellä olevista sijoitettujen lasten äideistä ja isistä on ollut työkyvyttömyyseläkkeellä mielenterveyssyistä. (Saarikallio-Torp ym. 2010, 241–243, 246.)

Paikallinen tutkimus vahvistaa ja täydentää kuvaa lastensuojelun asiakkuuden ja huostaan otettujen lasten taustatekijöistä (Kivinen 1994; Forssen 1993). Lapsia otetaan huostaan enimmäkseen yhden vanhemman perheistä, köyhistä ja usein monilapsisista perheistä (Hiitola 2008, 21). Sekä avohuollon asiakkuuden (Kivinen 1994; Heino 2007) että huostaanottotilanteen (Myllärniemi 2006; Hiitola 2008) taustalla on monia seikkoja. Tampereen seudun paikallistutkimuksessa sosiaalityöntekijät arvioivat lapsikohtaisesti monien tekijöiden painoarvoa interventioon vaikuttavana tekijänä. 36 prosenttia lastensuojelun avohuollon tukitoimien piirissä olevista lapsista ja 60 prosenttia huostaan otetuista lapsista asui vanhemman luona, jolla oli mielen-

terveysongelmia (Heino 2007; Hiitola 2008). Asiakkuuden alkaessa avohuollossa joka kolmannen lapsen vanhempi käytti päihteitä väärin, ja huostaan otettaessa päihteitä käytti väärin joka toisen lapsen vanhempi (ks. myös Kataja 2012). Lapsen huostaanottotilanteessa oli lisäksi usein taustalla perheväkivaltaa tai sen uhkaa (58 %) ja vanhempien huumeiden käyttöä tai sen epäilyä (17 %) (Hiitola 2008). Mitä enemmän lastensuojelun toimissa on kysymys tahdonvastaisesta tilanteesta, sitä enemmän kyse on myös perheiden päihteiden käytöstä. Hallinto-oikeudessa ratkaistuista lastensuojeluasioista kahden kolmasosan taustalla oli päihteiden väärinkäyttö, ja yhtä usein huostaanottotilanteeseen liittyi väkivaltaa (Hiitola & Heinonen 2009).

Avohuollon asiakkaaksi tulevista lapsista joka kolmannella lapsella ja huostaanottotilanteessa kolmella neljästä lapsesta oli sosiaalityöntekijän arvion mukaan huono psyykinen terveys. Päihteitä väärinkäyttäviä lapsia ja nuoria oli vuonna 2006 asiakkaaksi tulovaiheessa avohuollossa hieman yli kymmenesosa ja huostaanottotilanteessa kolmannes. Lasten ristiriidat vanhempien kanssa ja koulunkäyntivaikeudet olivat myös vahvasti esillä. Huostaanoton taustalla näkyivät lisäksi väkivaltakokemukset, lasten fyysinen sairastelu ja erilaiset kehitysviivästymät, mutta myös epäilyt lasten pahoinpitelystä ja seksuaalisesta hyväksikäytöstä (Hiitola 2008, 30). Huostaanottojen taustalla on hyvin monella tapaa kuormitettuja lapsuuksia ja vaihtuvia perherakenteita.

Viime aikoina kiireelliset lastensuojelutoimet ovat lisääntyneet. Kiireellisesti on yhä enemmän vuosittain sijoitettu kodin ulkopuolelle nimenomaan teini-ikäisiä lapsia ja erityisesti 13–15-vuotiaita tyttöjä. (Heino & Säkkinen 2011.) Erityisesti nuorten huostaanottojen taustalla (verrattuna alle kouluikäisten huostaanottoihin) on paremmin toimeentulevia perheitä (Saarikallio-Torp 2010; Kestilä ym. 2012). Sosiaalityöntekijät kuvaavat aikaisemmin heille tuntemattomien perheiden yhteydenottoja. Vanhemmat ovat huolissaan lastensa elämäntilanteesta, päihteiden väärinkäytöstä tai kotoa poissaoloista, ja he ottavat kaikkensa yritettyään yhteyttä lastensuojeluun ja vaativat silloin usein lapsensa sijoittamista laitokseen.

Asiakkaan tarpeet ja palvelujärjestelmän vastauksia

Sosiaalihuollon toimintaperiaatteisiin kuuluvat asiakkaan osallisuuden vahvistaminen ja hänen tarpeisiinsa vastaaminen. Nämä periaatteet pätevät luonnollisesti myös lastensuojelussa ja päihdehuollossa, ja vieläpä erityisen painokkaasti, sillä niiden toimintaa säätelevät erityislait sallivat ja velvoittavat puuttumisen yksilön oikeuksiin. Näyttää kuitenkin pahimmillaan siltä, että asiakkaan, lapsen ja perheen tarpeisiin vastataan budjetin rajoissa ja sikäli, kun tarvittavaa palvelua on tarjolla tai järjestettävissä (Peruspalvelujen tila 2012; Hanhinen & Rintala 2012). Asiakkaan tarve ja lapsen etu ovat tulkinnanvaraisia ja tilannesidonniaisia, ajassa muuttuvia käsitteitä, joiden perusteista saadaan monta kiistaa aikaan. Näkökulmaerot liittyvät lastensuojelun sisältämiin jännitteisiin monella tapaa – niin perheenjäsenten välisiin toiminta- ja tul-

kintaeroihin, sukupolvien, ammatti- ja hallintokuntien välisiin näkemyseroihin kuin toimijoiden erilaiseen asemaan suhteessa rahan- ja vallankäyttöön.

Osa vanhemmista ja lapsista hakee itse apua, osa ei tunnista avuntarvetta tai kieltää sen. Helposti käy niin, että motivoituneet vanhemmat osaavat hakea palvelua ja konkreettista apua, jotkut jopa monesta paikasta. On niitä, jotka vaativat äänekkäästi paljon erilaista hoitoa ja kuntoutusta, niitä jotka eivät osaa pyytää apua ja niitä jotka välttelevät sekä apua että viranomaiskontakteja, lipeävät kontaktista koska kokevat sen uhkaavana (heitä Tiia Perämaa kutsui tutkimuksessaan saippuapala-asiakkaiksi). Kortteinen ja Elovainio (2012) päätyvät analyysissään toteamaan, että ne jotka kipeimmin apua tarvitsevat, ovat usein vaikeimpia auttaa. Auttajiin kohdistuva torjunta on heidän mukaansa niin voimakas, että suurin osa auttajan ajasta menee pelkän yhteyden luomiseen. Miten yhteyden luomista voidaan jatkaa niin, että samalla kunnioitetaan asiakkaan omaa yrittämistä, toimintaa ja ratkaisuja; miten pitää ovia raollaan ja luoda luottamusta saatavilla olevaan tukeen? Kenelle kuuluu tai kenelle sovitaan perheenjäsenten motivointityö? Perheenjäsenten asiaan ja auttamiseen kytkeytyviä toimijoita saattaa kertyä kymmeniä, ja vastuu perheen asian kokonaisvaltaisesta hoitamisesta hajoaa – kunnes lapsen huostaanoton tarve osoittaa vastuun lastensuojelun sosiaalityöntekijälle.

Lapsen tarpeisiin vastaamista ja siinä onnistumista voidaan tarkastella kahdella tasolla: yleisellä kunnan toimintasuunnitelman ja palvelujärjestelmän tasolla ja yksittäisen lapsen kohdalla. Vuoden 2008 lastensuojelulaki velvoittaa kunnanvaltuustot hyväksymään suunnitelman lastensuojelun järjestämiseksi. Kuntaliiton toteuttaman kyselyn perusteella näyttää siltä, että tämän toimeenpano on käynnistynyt, ja ensimmäisellä kierroksella korostuu lain kirjaimen täyttäminen sen hengen kustannuksella. Vaikka kuntaliitoskeskustelut painavat monin paikoin päälle, kunnissa on kiitettävästi laadittu lain edellyttämiä suunnitelmia, jotka on myös hyväksytty valtuustoissa (Puustinen-Korhonen 2012). Kunnissa on käynnistynyt monitasoinen ja -tahoinen työ lasten ja perheiden hyvinvointisuunnitelmien ympärillä (Junnila ym. 2012). Lain sisällöllisten tavoitteiden osalta kiitettävään tilanteeseen on kuitenkin vielä matkaa. Pettymystä tehtyjen suunnitelmien toimeenpanoon raportoitiin myös uusimmassa kyselyssä (Ollisiko jo tekojen aika? 2013).

Kuntien lastensuojelusuunnitelmien tilaa ja sisältöä koskeva kysely (Rousu & Keltanen 2011) toi esiin hyviä kokemuksia, mutta myös tiettyjä ongelmia ja huolenaiheita. Kyselyyn vastanneiden lastensuojelupalvelujen johtajien ja toimialajohtajien mukaan 21 prosentissa kunnista oltiin huolissaan vanhempien päihteiden käytöstä, 18 prosentissa lapsen tai nuoren päihteiden käytöstä, 17 prosentissa aikuistuneiden nuorten elämäntilanteesta, 19 prosentissa lasten vanhempien mielenterveydestä, 14 prosentissa nuoren mielenterveydestä ja 6 prosentissa lapsen mielenterveydestä. Lastensuojelupalvelujen saatavuuteen liittyviä ongelmia raportoitiin myös paljon. Joka kolmas vastaaja mainitsi psykiatrisen hoidon ja terapian ongelmaksi pitkät jonot ja pitkät välimatkat tai kulkemiseen liittyvät pulmat. Lisäksi sosiaalitoimen taloudelli-

Taulukko 1. Lastensuojelupalvelujen johtajien ja toimialajohtajien arvio palvelujen saatavuudesta vuonna 2010 (Kuntaliiton & STM:n selvityksen aineisto)

Palvelujen saatavuus	Hyvä tai täysin saatavilla	Ei lainkaan / huonosti saatavilla
lastenpsykiatria	34	19
nuorisopsykiatria	35	16
päihdepalvelut lapsille/nuorille	36	19
päihdepalvelut lasten vanhemmille	48	8
mielenterveyspalvelut lasten vanhemmille	49	11
erilaiset intensiivipalvelut lapsille ja nuorille	26	37
erilaiset intensiivi-/perhekuntoutuspalvelut	28	37

nen tilanne vaikeutti palvelujen saatavuutta. Lastensuojelun asiakkaiden saaman psykiatrisen tuen keston tai sen intensiteettiä arvioitiin liittyvän usein pulmia. (Emt.)

Taulukon kuvaamaa tilannetta voidaan arvioida monesta suunnasta. Ensinnäkin lapsille kohdennettujen mielenterveys- ja päihdepalvelujen saatavuus arvioidaan muita palveluja herkemmin ääripäihin: niitä joko on hyvin saatavilla tai niitä on saatavilla huonosti tai ei lainkaan. Toiseksi aikuisille arvioitiin olevan hyvin saatavilla sekä päihde- että mielenterveyspalveluja. Sen sijaan palvelut, joissa edellytetään palvelurajojen yli käyvää yhteistyötä, arvioitiin saatavuudeltaan heikoimmiksi. Kohdennettuja intensiivisiä tai kuntouttavia palveluja on huonoiten tai ei lainkaan saatavilla, ja nämä toiminnot edellyttäisivät yhteistyötä sekä eri sukupolvien (lasten ja aikuisten) kanssa työskentelyssä että eri alojen (mielenterveyspalvelujen, päihdehoidon ja lastensuojelun) välillä. Uusimman kuntakyselyn (Puustinen-Korhonen 2013) mukaan tilanne ei ole tältä osin kohentunut. Lisäksi alle 18-vuotiaiden hoidon järjestäminen päihdelaitoksessa on hankalaa tai hoitoa ei ole saatavilla lainkaan.

Aikuisten päihdepalvelujen järjestämisvastuun hajauttaminen alueellisesti on todettu kohtalokkaaksi, ja erityisen hankalaa tämä on jo syrjäytyneiden päihdeongelmaisen kannalta (Partanen ym. 2010, 5). Suomessa lastensuojelun järjestämisvastuu on kunnissa. Vuoden seuranta-aikana joka toisen avohuollossa asiakkaana olleen lapsen vastuusosiaalityöntekijä vaihtui (Huuskonen ym. 2009 ja 2010), ja lapsen tarvitsemien palvelujen järjestäminen oli epävarmaa. Yhteistyö kuntien ja järjestöjen kanssa on paikoin katkonaista, ja esimerkiksi pääasiassa järjestöjen tuottama päihdeongelmaisten äitien kuntoutus on ollut jatkuvasti vaarassa Raha-automaattiyhdistyksen ja kuntien päätösten takia. Kuntien hyvinvointiaineistoon perustuvan tutkimuksen mukaan yhteistyö toimi kunnissa parhaiten lastensuojelun, perhetyön ja sosiaali- ja kriisipäivystyksen välillä. Huonoiten se toimi perusterveydenhuollon, nuorisotyön sekä mielenterveys- ja päihdepalveluja tuottavien tahojen välillä (Perälä

ym. 2011). Kuntakyselyssä (Puustinen-Korhonen 2013) kunnat korostivat lastensuojelun laadun ja vaikuttavuuden parantamisessa eniten yhteistyökysymyksiä.

Edellä on kuvattu lastensuojelun nykytilaa ja keskitytty sen päihdeyhteyksiin sekä palvelujärjestelmän toimintaan. Koulun oppilashuolto, kasvatus- ja perheneuvonta, A-klinikat, lasten ja nuorisopsykiatrian yksiköt sekä mielenterveystoimistot vastaavat pitkälti lasten ja perheiden tarpeisiin, kukin ensisijaisesti oman perustehtävänsä mukaisesti. Lastensuojelulain uudistuksen yksi tarkoitus onkin ollut, että lapsen ja perheen tarvitsema erityinen tuki järjestetään ensisijassa ehkäisevänä lasten hyvinvointityönä. Se tarkoittaa, että edellä mainitut toimijat ja palvelut vastaisivat entistä enemmän ja herkemmin perheiden avuntarpeeseen. Tilastot tuovat kuitenkin esiin päivästä kehityksen: nimenomaan lastensuojelun avohuollon asiakasmäärät ovat kasvaneet. Tämän vuoksi herääkin kysymys, millaista ehkäisevä lasten hyvinvointityö on käytännössä, jos se ei ehkäise lastensuojelun asiakkuutta. Mitä voitaisiin tehdä toisin?

Perinteisesti yksilö- ja perhekohtaiseen lastensuojeluun liittyy vahvoja mielikuvia viranomaisvallan käytöstä. Lastensuojelun velvollisuus onkin toimia silloin, kun ensisijaiset järjestelmät ovat osoittautuneet riittämättömiksi turvaamaan lapsen edun ja oikeuksien toteutumisen. Se ei kuitenkaan selviä yksin, vaan lastensuojelu tarvitsee tehtävässään ensi sijassa perheenjäsenten, mutta myös muiden ammattikuntien edustajien asiantuntemusta, tietoa ja voimavaroja. Usein yksittäistapauksissa ratkaisun löytymiseksi koetellaan ja tarvitaan monenlaista joustavuutta. (Bardy & Heino 2012). Kaavamainen ja silloissaan pysyvä, joustamaton avun ja tuen järjestäminen pikemminkin estää kuin vahvistaa lapsen edun toteutumisen (Vrt. Wrede-Jäntti 2010).

Lastensuojelun asiakkaana olleet nuoret ovat aktiivisten aikuisten avulla koonneet monipuolisiin kokemuksiinsa perustuvan raportin (Vario ym. 2012). Heidän viestinsä on: Lapsi tarvitsee uskoa muutoksen mahdollisuuteen, hänelle tärkeitä ihmissuhteita tulee vaalia, monenvälistä yhteistyötä ja luottamusta tulee rakentaa, mutta myös konkreettista apua tulee tarjota aktiivisesti sekä rakentaa tilaa kohtaamiseen. Lapsen kannalta toimivan ja vahvistavan ratkaisun etsiminen edellyttää, että kaikki lapsen tilanteeseen liittyvä oleellinen tieto saadaan esiin, sitä on mahdollisuus rauhassa pureskella ja sulatella ja että tiedon jakaminen on mahdollista. Seuraavassa esitellään toimintatapa, jossa keskeistä ovat osallisuus, läpinäkyvyys, voimavarojen esille saaminen ja käyttöön otto sekä ratkaisun toteutumisen yhteinen arviointi ja korjailu.

Läheisneuvonpito

Läheisneuvonpidon taustalla on pyrkimys asiakkaan valtaistamiseen (empowerment). Siinä tavoitellaan päätöksenteon demokratisoimista niin, että viranomaisen antaa ennen päätöksentekoaan tietoja ja mahdollisuuden lapselle yhdessä hänelle tärkeiden läheisten ihmisten kanssa valmistella suunnitelmaa ja tehdä ehdotus asian ratkaisemiseksi. Läheisneuvonpito (Family Group Conference) on lähtöisin Uudes-

ta Seelannista. Siellä luotiin sosiaalinen innovaatio, jonka tarkoitus on lain voimalla parantaa vakavassa syrjäytymisvaarassa olleen alkuperäisväestön asemaa. Vuonna 1989 luotiin menettely, joka turvaa lapsen ja hänen läheisverkostonsa kuulemisensa ennen lapsen huostaanottoa tai nuoren asian käsittelyä oikeudessa. Menettely on levinnyt kaikkiin maanosiin hyvänä käytäntönä, ja se on virittänyt monia kokeiluhankkeita – myös Suomessa ja kaikissa pohjoismaissa; nyttemmin kiinnostusta on EU:n piirissäkin.

Menettely on myös muuntunut levitessään sovelluksiksi, jotka istuvat eri maiden käytäntöihin. Suomalainen malli (Heino 2000) poikkeaa alkuperäisestä kahdes- ja neljän osaisen kokouksen sijasta korostetaan prosessia ennen ja jälkeen läheisneuvonpidon ja lapsinäkökulma on korostuneesti esillä. Läheisneuvonpitoa on tutkittu maailmalla paljon, ja suomalaisessa ja pohjoismaisessa seurantatutkimuksessa nimenomaan lapsen näkökulmasta (Reinikainen 2007; Heino 2009). Tulokset osoittavat tyytyväisyyttä, voimaantumista ja kuulluksi tulemistä. Läheisneuvonpidon juurtumista on tutkittu (Vuorio ym. 2008; Nousiainen ym. 2011; Koskimies & Pyhäjoki 2010.) ja havaittu siinä sekä innokkuutta että tahmeutta, esteitä ja mahdollisuuksia.

Läheisneuvonpito etenee vaiheittain, ja siitä voi muodostua monivuotinen yhteisöllinen prosessi:

1. Valmisteluvaihe
2. Läheisneuvonpitovaihe
 - tiedon jakaminen
 - lapsen läheisverkoston oma kokous
 - suunnitelman esittely ja hyväksyminen
3. Seurantavaihe

Läheisneuvonpidon valmistelu käynnistää välittömästi monenlaisia prosesseja. Toiminta perheen sisällä, sen läheisverkostossa ja viranomaisverkostossa on virittänyt tulevaan neuvonpitoon. Informoituaan asiakasta ja saatuaan hänen/heidän suostumuksensa läheisneuvonpidon järjestämisestä sosiaalityöntekijä tilaa läheisneuvonpidon ulkopuoliselta taholta. Se voi olla läheisneuvonpitopalveluja tuottava järjestö, yritys tai kunnallinen yksikkö, jossa on tehtävään kouluttautuneita henkilöitä, läheisneuvonpidon koollekutsujia. Sosiaalityöntekijä määrittelee läheisneuvonpidon toimeksiannon, pukee huolensa sanoiksi ja antaa lapselle ja tämän perheelle tehtäväksi ehdottaa ratkaisua määritelyihin kysymyksiin. Hän neuvottelee asiakkaan kanssa siitä, ketkä lapsen asiaan kytkeytyneet ammattilaiset olisivat niitä, joiden tietoa ja resursseja tarvittaisiin, ja pyytää näiltä etukäteen yhteenvedot asiasta perheen käyttöön.

Koollekutsuja toimii eräänlaisena lapsen ja perheen valmentajana eli hän tapaa perheen ja tarvittaessa perheen läheisiä ja valmistelee näiden kanssa neuvonpitoa. Tarkoitus on, että lapsi nimeää läheisten joukosta henkilön, jonka hän haluaa tuek-

seen prosessin ajaksi. Tämä lapsen avustaja käy lapsen kanssa etukäteen läpi tulevan neuvonpidon, kuulee lapsen tunnelmat ja huolet sekä auttaa häntä sanoittamaan niitä, auttaa lasta tulemaan kuulluksi. Koollekutsuja selvittää lapsen avustajalle hänen tehtävänsä. Hän käy myös etukäteen läpi asiantuntijoiden laatimien yhteenvetojen sisällön lapsen ja perheen kanssa.

Koollekutsuja toimii kokouksen puheenjohtajana. Sosiaalityöntekijä on laatinut läheisverkostolle kysymykset, joihin hän lastensuojeluasiassa haluaa vastauksia. Kokous alkaa avoimella keskustelulla ja tiedon jakamisella. Lasta voidaan kuulla ensin. Tilanteen mukaan asiantuntijat ja ammattilaiset vuorollaan kertovat läheisverkostolle, miten he liittyvät lapsen asiaan, mitä he ovat lapsen asiassa tehneet ja mitä havainneet ja mitä voisivat vielä tarjota lapsen tueksi. Lapsi läheisineen voi tehdä tarkentavia kysymyksiä. Koollekutsuja varmistaa, että kaikki oleelliset asiat on tuotu esiin ja että jokainen on voinut tulla kuulluksi kysymyksineen ja vastauksineen. Kun läheisillä ei ole enää kysyttävää, he vetäytyvät omaan kokoukseensa keskenään.

Perheen omassa neuvonpidossa lapsi läheisineen keskustelelee kuulemastaan ja laatii yhdessä suunnitelman tilanteeseen. Suunnitelmassa pyritään läheisverkoston keskinäiseen yksimielisyyteen ja konkreettisuuteen: kuka tekee mitä ja milloin, ja miten tätä seurataan.

Kun suunnitelmasta on päästy yksimielisyyteen, kutsutaan viranomaiset takaisin paikalle ja joku läheisverkostosta esittelee suunnitelman. Sosiaalityöntekijät hyväksyvät sen, jos se on lapsen edun mukainen. Jos suunnitelma ei ole hyväksyttävissä, sosiaalityöntekijät perustelevat kantansa paikan päällä kaikille. Samalla sovitaan, milloin kokoonnutaan arvioimaan, miten tehty suunnitelma on toiminut käytännössä. Koollekutsuja huolehtii asioiden kirjaamisesta kokouksessa, ja sosiaalityöntekijä siirtää suunnitelman sisällön asiakassuunnitelmaan ja tehdyt päätökset asiakirjoihin.

Läheisneuvonpitoja on usein järjestetty tilanteessa, jossa vanhemmat käyttävät päihteitä väärin (Nääppä & Vainio 2013). Seuraavassa tapauskuvauksessa on kysymys tällaisesta vakavasta ja pitkään jatkuneesta tilanteesta, jossa lasten huostaanotto oli edessä. Kuvaus perustuu Stakesin Läheisneuvonpitoprojektissa 1997–2000 koottuun tapausaineistoon (Heino 2003).

Työurallaan nuori ja perheen asiassa aloitteleva uusi sosiaalityöntekijä kuulee lapsista ensimmäisen kerran, kun sukulaiset tekevät lastensuojeluilmoituksen. Hän käy asiakirjoja läpi ja havaitsee, että aikaisempi sosiaalityöntekijä on tehnyt sinne merkintöjä parin vuoden ajan. Asiakirjojen mukaan äiti oli kolmen pojan yksinhuoltaja. Hän oli ollut asiakkaana A-klinikalla, ja lasten kanssa hän on myös käynyt perheneuvolassa. Molemmissa toimipaikoissa on käsitelty äidin juomista. Taustalla oli myös huolta äidin eristäytymisestä ja itsemurha-aikeista.

Asiakirjamerkintöjen mukaan edellinen sosiaalityöntekijä oli lastensuojeluilmoitusten tultua ollut yhteydessä äitiä hoitaviin yksiköihin. Näiden kanssa oli sovittu äidin hoitokäynneistä noin kahdesti kuukaudessa. Vaikutti siltä, että sosiaalitoimistossa tunnettiin perheen asiaa hyvin vähän. Tilannetta seurattiin olemalla yhteydessä muihin tahoi-

hin. Uusi sosiaalityöntekijä toteaa asiakirjoista, että lastensuojelun asiakkuus on kirjattu alkaneeksi, kun vanhin, noin kymmenvuotias poika on soittanut erittäin kriittisessä tilanteessa sosiaalitoimistoon.

Sen sijaan että uusi sosiaalityöntekijä olisi jatkanut seuraamalla etäältä, että äiti käy kahdessa eri terapiayksikössä, toisessa yksin ja toisessa lasten kanssa, hän päätti ehdottaa äidille läheisneuvonpitoa. Näin hän saisi yhdellä kertaa paremman käsityksen kokonaistilanteesta. Yksiköt eivät olleet tähän asti työskennelleet yhteen, eivät tavanneet perhettä yhdessä, eivätkä välittäneet tietoa lasten tilanteesta. Vain sukulaiset olivat ottaneet yhteyttä lastensuojeluun ja tehneet lastensuojeluilmoituksia. Kukaan viranomaisista ei ollut ryhtynyt koordinoimaan kokonaisuutta, eikä lasten arjesta ollut tietoa.

Asiakirjamerkintöjen mukaan isoimpana huolena korostui äidin päihdeongelma. Läheiset olivat erittäin huolissaan lapsista. Ilmoituksesta kävi myös ilmi, että eräänä perjantai-iltana äiti oli lukinnut lapset sisään, piilottanut kännykän lapsilta (jotteivät nämä pääse soittamaan kellenkään) ja alkanut juoda. Sosiaalityöntekijä päätti, että lastensuojelun järjestämässä läheisneuvonpidossa päähuomio kohdistetaan lapsiin. Lapsille halutaan tarjota tukea ja turvallisuuden tunnetta tilanteissa, joissa äiti juo. Sosiaalityöntekijä muotoili läheisverkostolle kysymyksen: kuka turvaa lasten hoidon ja huolenpidon silloin, kun äiti juo? Miten tämä tapahtuu? Kuka ottaa vastuun? Toisaalta: kun äiti juo, miten lasten huolta äidin kunnosta ja terveydentilasta voitaisiin vähentää?

Äiti suostui läheisneuvonpidon järjestämiseen siitä kuultuaan, ja hän piti tärkeänä että saa kutsua tilaisuuteen mukaan myös oman ystävänsä. Koollekutsujat kartoittivat perheen tuki- ja läheisverkostoa yhdessä äidin ja lasten kanssa. Ensimmäinen neuvonpito pidettiin perheneuvolan tiloissa ja siihen osallistui 13 läheistä. Mukana ovat äiti lapsineen, isä sekä kummankin vanhemman sukulaisia ja ystäviä, lastensuojelun työntekijä sekä äidin terapeutti A-klinikalta.

Tiedonantovaiheessa A-klinikan terapeutti kertoi yleisiä tutkimuksiin perustuvia havaintoja päihteiden väärinkäytön vaikutuksista lapseen ja lapsen kokemuksista. Läheisten tehtävä yhdessä äidin ja lasten kanssa oli laatia suunnitelma, joka vastaa sosiaalityöntekijän asettamiin kysymyksiin. Perhetuttava toimi läheisten omassa kokouksessa puheenjohtajana. Syntyi yksityiskohtainen suunnitelma, jossa rakennettiin turververkko lasten ympärille. Äidin juomakausien varalta vastuuta lapsista jaettiin isän ja sukulaisten kesken. Sosiaalityöntekijä hyväksyi sen, ja seurantakokouksen aika sovittiin.

Läheisverkosto omaksui äidin veljen keksimän käsitteen ”omaishuostaanotto” kuvaamaan ratkaisua, johon neuvonpidossa päädyttiin. Tämä käsite auttoi äitiä ymmärtämään, että kysymys on muustakin kuin siitä, että lapset pääsevät lepäämään ja voivat silloin tällöin olla tuttuja luona. Hän kertoi tajuavansa, että sukulaiset ottavat lapset huostaansa viranomaisten sijasta.

Ensimmäisen neuvonpidon jälkeen äiti jatkoi juomista, mutta lasten hoito järjestyi suunnitelman mukaan. Sukulaiset alkoivat olla jo toi-

vottomia, mutta hoitivat lapsia sitoutumisensa mukaisesti. Ajoittain he olivat kovin vihaisia sosiaalityöntekijälle, joka heidän mukaansa näin salli äidin jatkaa juomistaan. Tunteet kuohuivat. Sovittu seurantakokous lähestyi. Edelleen haettiin vastauksia samoihin kysymyksiin.

Toisen seurantakokouksen alla sukulaiset olivat edelleen vakavasti huolissaan tilanteesta, ja he olivat lisäksi hyvin suuttuneita. Koollekutsujat arvioivat, että tilanne oli niin latautunut, että he päättivät rauhoittaa kokouksen alun. He ehdottivat, että kokous aloitetaan listaamalla jokaisen huolenaiheet ja tuomalla ne näkyviin. Tähän suostuttiin. Toinen koollekutsuja auttoi läheisiä listaamaan huoliaan, ja toinen vetäytyi lasten kanssa tehtävän pariin. Vanhin veljistä kirjoitti paperille sekä pikkuveljien ilmaisemat että omat pelkonsa ja huolensa. Paperissa luki:

”Pelottaa jättää äitiä yksin pidemmäksi aikaa (yli yön).

Pelottaa perheen hajoaminen.

Pelottaa, että äiti kuolee alkoholiin.

Lastenkoti pelottaa.

Pikkuveljiä pelottaa huoltajuusasian takia (että joutuvat isälle).

Rahojen loppuminen pelottaa (kodin menettäminen).

Pelottaa että itsestä tulee alkoholisti isona.”

Haastattelin myöhemmin äitiä ja kysyin, mikä sai aikaan muutoksen hänen juomiskäyttäytymiseensä. Hän arvioi heränneensä siihen, että lapset muiden kuullen kertoivat paljaasti ja suoraan pelkonsa. Sitä hän ei voinut enää ohittaa. Äiti ei voinut sivuuttaa lasten suurta hätää, jonka kaikki osallistujat olivat kuulleet ja johon he joskus voisivat vedota. Hän kuvasi suurta häpeää ja syyllisyyttä. Tästä huolimatta äiti ratkesi pahasti vielä kerran. Prosessi oli kuitenkin käynnistynyt. Äiti lähti ensin katkaisuhuoltoon ja sitten myllyhoitoon. Hän kertoi kuvanneensa päihdekuntoutuksessa kokemuksiaan läheisneuvonpidosta ja ehdottaneensa, että sielläkin otettaisiin käyttöön läheisneuvonpito.

Äiti arvioi, että läheisneuvonpito synnytti toivon muutoksen mahdollisuudesta. Se toi esille, että läheiset välittivät heistä ja olivat valmiit tukemaan kaikkea huolimatta. Menettely auttoi äitiä luomaan uudelleen suhteita sukulaisiinsa. Hän motivoitui lopulta avun hakemiseen ja vastaanottamiseen. Äiti arveli, että läheisneuvonpidon avulla kupla puhkesi: hän tajusi, että juomisen peittely ei ollutkaan onnistunut, vaan se olikin läheisten tiedossa ja huolen aiheena. Äiti arveli, että prosessi on auttanut häntä puhumaan asioista lastensa kanssa ja että hän on kytynyt ilmaisemaan lapsille, miten tärkeitä he hänelle ovat. Äidin mielestä myös lapset ovat saaneet kokea, miten paljon läheiset välittävät heistä. Hän kuvasi ristiriitaa sen välillä, miten hän halusi olla hyvä äiti ja toisaalta syvää syyllisyyttä, että ei sitä ollut. Läheisten ja myös ystävän suuttumuksen kohtaaminen oli tärkeää, mutta se oli myös kova paikka.

Lasten huostaanotto vältettiin omaisten avulla, mutta prosessi takaiskuineen oli pitkä. Vasta kolmannessa seurantakokouksessa (puolentoista vuoden päästä) lastensuojelun asiakkuus voitiin lopettaa. Äiti tunnusti myös lopulta, että hän oli käyttänyt läheisneuvonpidossa syntynyttä suunnitelmaa hyväkseen. Hän saattoi paremmalla omalla tun-

nolla jatkaa juomista, kun lapset olivat omaisten hoidossa juomakauden ajan. Myös läheiset näkivät tämän, ja he olivat syystäkin vihaisia. He kokivat suurta voimattomuutta. Sosiaalityöntekijä kuvasi omaa koettelemustaan ja tunnelmaansa: ”Piti niellä kiukkunsa, kun sukulaisten viha kaadettiin niskaan”. Hänen lähtökohtansa ja perustelunsa toiminnalleen oli johdonmukaisesti siinä, että hän katsoi äidin juomisen olevan äidin omalla vastuulla. Sosiaalityöntekijäkin oli voimaton lopettamaan äidin juomista. Haitat kohdistuivat lapsiin.

Pohdintaa

Huoltajan valta säädellä lasten osallisuutta on suuri, ja vanhemmalleen lojaalien lasten mahdollisuudet tulla kuulluiksi ja saada läheinen tai ammattilainen puuttumaan tilanteeseen ovat vähäiset. Perhettä auttavan ammattilaisen tehtävä on aina tarkistaa, millainen on lasten arki käytännössä. Tapausesimerkissä hän joutuu miettimään, miten pitkään läheiset voivat, kestävät ja jaksavat ottaa vastuuta lapsista toistuvasti petkuttavan vanhemman takia ja onko jossain vaiheessa tehtävä päätös vanhemman tahdon vastaisesti. Kaikissa vaihtoehtoissa tie on pitkä, haitoista ja traumaista toipuminen vaikeaa, ja luottamuksen uudelleen rakentaminen hidasta.

Oman haasteensa lastensuojelutyöhön tuo se, että lastensuojelun työntekijät vaihtuvat, sijaisuuksia on paljon, nuorilla työntekijöillä on vähän työkokemusta ja muodollinenkin pätevyys on usein puutteellinen (Peruspalvelujen tila 2012). Jos päihteiden käyttäjä ei näe väärinkäyttönsä haittoja sikiölle, lapselle ja läheisilleen eikä motivoidu edes keskustelemaan asiasta, auttajat ovat suuren motivointitehtävän edessä: miten vaikuttaa väärinkäyttäjään niin, että hän jatkossa toimisi toisin?

Usein läheisetkään eivät tiedä todellista tilannetta, sillä salailun ja turvattomuuden ilmapiiri on päihde- ja erityisesti huumeperheissä tavallista (Hyytinen 2009). Läheisten kokemusten mukaan tiedon saaminen suoraan viranomaisilta ja mahdollisuus kysyä lisää tuo muutosta aikaisempaan. Tietysti tilanne loisi myös haasteita. Viranomaiskieli vieraannuttaa, leimaa ja jopa loukkaa (Reinikainen 2007 ja 2009). On havaittu, että lapsen tilanteen yhteinen pohdinta auttaa neuvonpidon osallistujia jäsentämään paikkansa verkostossa ja hahmottamaan, missä asiassa he voivat olla lapselle avuksi. Moni on voinut vuosien mittaan yrittää auttaa, mutta törmännyt esteisiin ja vastustukseen. Läheinen ei välttämättä tiedä, mikä olisi avuksi. Yhteinen käsittely auttaa konkretisoimaan ja kohdentamaan avun niin, että se tulee myös vastaanotetuksi. Läheiset ovat kertoneet, että läheisneuvonpito on auttanut heitä löytämään toimivan auttamistavan (Mortensen 2007).

Arjessa selviämisen tarpeet saattavat joskus olla sen kaltaisia kokonaisvaltaisia asioita, jotka eivät tule näkyviin sektorikohtaisesti jakautuneessa konttori- ja asiantuntijatyössä. Viranomainen ei välttämättä osaa kysyä asioita, jotka läheisverkoston ihmisille ovat ilmeisiä. On myös tilanteita, joissa läheisillä ja ystävillä on toista tietoa (Hänninen ym. 2005.) He tietävät ja tuntevat perheen toimintatapoja, ja heidän

edellytyksensä ennakoida suunnitelmien toteutumisen mahdollisuuksia ja realiteetteja eroavat selvästi viranomaisten edellytyksistä. Läheisten mahdollisuudet seurata sovittujen asioiden toteutumista ovat aivan toiset kuin viranomaisten koskaan voivat olla. Toisaalta viranomaisille kertyy tietoa, joihin läheisillä ei ole tavallisesti pääsyä.

Läheisneuvonpidosta tehdyt tutkimukset ovat vahvistaneet epävirallisen ja virallisen auttamisen yhdistelmän toimivuuden ja voiman: molempia tarvitaan ja molemmilla on selvät tehtävät. Welfare-mixin idea saa konkreettisen sisällön. Viranomaisen tavoite ei ole siirtää omia tehtäviään läheisille, vaikka niin voi lopulta käydä siinä mielessä, ettei viranomaistoimintaa enää tarvita. Ammattiauttajien tehtävä on tuoda asiantuntijuutensa lapsen, vanhempien ja läheisten käyttöön ja tukea heitä selviytymään arjessa. Päihdetyön ammattilaisen tehtävä on tarjota tutkimukseen perustuvaa tietoa esimerkiksi siitä, miten päihteet vaikuttavat, miten lapset kokevat ja tunnistavat aikuisten humaltumisen ja millaisia tuntemuksia se yleensä herättää tietynikäisissä lapsissa. He voivat konkretisoida havaintojaan kussakin perhetilanteessa, selvittää perheen käsitystä normaaliin päihteiden käyttöön ja auttaa peilaamaan kulttuurisia rajoja, eroja ja odotuksia.

Kirjan johdannossa todetaan, että Suomessa on alkoholi- ja humalassa esiintymisen osalta pitkään vallinnut eräänlainen puuttumattomuuden ja syyllistämättömyyden kulttuuri. Lastensuojelussa on kuitenkin perinteisesti ollut päinvastoin: juomiseen, ja erityisesti naisten juomiseen on puututtu. Syyllisten etsintä on ollut järjestelmän perinteinen toimintatapa. 1980-luvulta alkaen ammattiauttajia on kuitenkin yhä enemmän ohjattu siihen, että he etsisivät ongelmien ja vajavuuksien sijasta voimavaroja ja ratkaisumahdollisuuksia. 2000-luvulla aikuiskeskeisyydestä on pyritty suuntautumaan lasten huomioimiseen ja kuulemiseen, ja heidän näkökulmastaan lähtevälle tarkastelulle on pyritty raivaamaan tilaa työkäytännöissä (Bardy 2009). Suomalaisen läheisneuvonpidon keskeinen vahvuus on ollut juuri se, että siinä pyritään keskittymään aikuisten rinnalla lapseen, sukujen välisen riitelyn ja syyllisten etsimisen sijasta tulevaisuuteen ja toimiviin ratkaisuihin sekä järjestelmään suuntautumisesta ihmisen arkeen ja arjen yhteisöihin. Tarve kulttuuriseen muutokseen ja avoimen yhteistyön suuntaan on tunnistettu, ja se haastaa erityisesti vahvaa viranomais- tai asiantuntijavaltaa käyttävän instituution työkäytäntöjä muutokseen.

Vaikeutuneessa päihteitä väärinkäyttävän perheen lasten tilanteessa neuvottelut ja suunnitelmatkaan eivät yksin riitä, vaan tarvitaan konkreettista arkista apua, turvaa, tukea, kontrollia sekä hoitoa ja vertaistukea lapselle ja muille perheenjäsenille. Marjatta Bardy ja Kaisa Öhman (2007) ovat koonneet kattavan tutkimuskatsauksen intensiivisen perhetyön ja -kuntoutuksen työmalleista sekä todenneet, että vakavissa tilanteissa tarvitaan tehokasta, pitkäkestoista, monialaista terapiaa, tukea ja kuntoutusta. Tällaisia ohjelmia on maailmalla kehitelty niin nuorten tueksi kuin vanhemmuudenkin tueksi. Kuntouttavien toimintamallien ohella on tärkeää pitää esillä myös päihdehaittoja ehkäiseviä ja lasten asemaa vahvistavia ohjelmia.

Mitä opimme?

- ▶ Lastensuojelun puuttumista tarvitaan usein aikuisten päihdeongelmien takia. Noin joka kolmannen lastensuojelun avohuoltoon asiakkaaksi tulevan lapsen vanhempi ja joka toisen huostaan otetun lapsen vanhempi käyttää päihteitä väärin. Lapsen huostaanoton jälkeen hyvinvoinnin huono kehä jatkui usein lapsen vanhempien arjessa, ja juuri silloin päihdekuntoutusta pitäisi olla tarjolla ja saatavana.
- ▶ Mitä enemmän lastensuojelun toimissa on kysymys tahdonvastaisesta tilanteesta, sitä enemmän kyse on päihteiden väärinkäytöstä, ja sen myötä myös perheväkivallasta.
- ▶ Päihde- ja lastensuojelun palvelujen yhteistoiminnan vahvistamisessa on paljon kehitettävää. Erityisesti lapsen tilanteen selvittäminen pitäisi aina sisältyä aikuisten palvelujen työkäytäntöihin, ja päihdeperhekuntoutuksen monimuotoisuutta, saatavuutta (ja houkuttelevuutta) pitäisi parantaa.
- ▶ Nuorten kiireelliset sijoitukset ovat lisääntyneet, ja silloin on usein kysymys nuorten päihteiden käytöstä. Mitä myöhemmin lastensuojelu puuttuu teini-ikäisen nuoren tilanteeseen sijoittamalla hänet laitokseen, sitä heikompi on vaikuttavuus.
- ▶ Läheisneuvonpidoilla ja muilla dialogisilla menetelmillä on saatu hyviä tuloksia myös päihdehaittojen käsittelyssä.

Lähteet

- Arnkil, Erik (1991) Peilejä. Hypoteeseja sosiaalityön ristiriidoista ja kehitysvyöhykkeistä. Sosiaali- ja terveyshallitus. Tutkimuksia 5/1991.
- Arnkil, Tom Erik & Eriksson, Esa (toim.) (1995) Ammattilaiset arvailevat toisistaan – tulkintaverkostot psykososiaalisessa työssä. Stakes. Raportteja 184. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Arnkil, Tom Erik & Eriksson, Esa (1996) Kenelle jää kontrollin musta pekka -kortti? Sosiaalitoimisto verkostoissa. Stakes. Tutkimuksia 63. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Arnkil, Tom Erik & Eriksson, Esa & Arnkil, Robert (2000) Palvelujen dialoginen kehittäminen kunnissa. Helsinki: Stakes
- Auvinen, Maija (2006) Huoltoriidat tuomioistuimissa. Sosiaalitoimi selvittäjänä, sovitteijana, asiantuntijana. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja N:o 272. Jyväskylä: Gummerus.
- Bardy, Marjatta (2009) Lastensuojelun ytimissä. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino.
- Bardy, Marjatta & Salmi, Minna & Heino, Tarja (2001) Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntaviivoja 2000-luvun lapsipoliittiseen keskusteluun. Helsinki: Stakes.
- Bardy, Marjatta & Heino, Tarja (2012) Lastensuojelun ytimessä: osattomuudesta osallisuuteen. Teoksessa Ann-Lis Söderholm ja Satu Kivitie-Kallio (toim.): Lapsen kaltoinkohtelu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 61–72.
- Bardy, Marjatta & Öhman, Kaisa (2007) Vaa-tiva vauvaperhetyö. Kirjallisuuskatsaus kansainvälisestä tutkimuksesta. Työpapereita 13/2007. Helsinki: Stakes.
- Eriksson, Esa & Arnkil, Tom Erik (2012) Huoli puheeksi. Opas varhaisista dialogeista. Helsinki: Stakes, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Forssén, Katja (1993) Suojaverkon lapsiperheet. Tutkimus kasvuolopuutteiden takia lastensuojelun asiakkaana olevien perheiden elämänhallinnan ongelmista ja perheiden kanssa tehdystä sosiaalityöstä. Turun yliopisto. Sosiaalipoliittikan laitos. Sosiaalipoliittikan julkaisuja. Sarja A:2.

- Hanhinen, Sari & Rintala, Taina (2012) Tu-
loksellisuuskertomus. Lastensuojelu. Val-
tiontalouden tarkastusviraston tarkas-
tuskertomukset 6/2012. Helsinki: Edita
Prima Oy.
- Heino, Tarja (2009) Family Group Conference
from a child perspective. Nordic Research
Report., Report 9/2009. Helsinki: Nation-
al Institute for Health and Welfare.
- Heino, Tarja (toim.) (2000) Läheisneuvonpi-
to – uusi sosiaalityön menetelmä. Stakes
Oppaita 40. Helsinki: Stakes.
- Heino, Tarja (2003) Kokemuksia läheisneuvon-
pidoista. Päiväkirja-aineiston raportointi.
Aiheita 4/2003. Helsinki: Stakes.
- Heino, Tarja & Johnson, Marianne (2010)
Huostaanotetut lapset nuorina aikuisina.
Teoksessa Ulla Hämäläinen ja Olli Kan-
gas (toim.) Perhepiirissä. Helsinki: KELA,
266–290.
- Heino, Tarja & Säkkinen, Salla (2011) Suku-
puoli lastensuojelussa. Teoksessa Pieti-
läinen Marjut (toim.) Nuori tasa-arvo.
Sukupuolten tasa-arvo 2011. Helsinki: Til-
lastokeskus.
- Heino, Tarja (2007) Keitä ovat uudet lastensuo-
jelman asiakkaat? Tutkimus lapsista ja per-
heistä tilastolokujen takana. Työpapereita
Nro 30/2007. Helsinki: Stakes
- Hiitola, Johanna (2008) Selvitys vuonna 2006
huostaanotetuista ja sijaishuoltoon si-
joitetuista lapsista. Lastensuojelun si-
jaishuollon kehittäminen Tampereella,
Tampereen seutukunnassa ja Etelä-Pir-
kanmaalla -hanke. Työpapereita 21. Hel-
sinki: Stakes.
- Hiitola, Johanna & Heinonen, Hanna (2009)
Huostaanotto ja oikeudellinen päätök-
senteko. Hallinto-oikeuden ratkaisut
huostaanotoissa 2008. Raportti 46/2009.
Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin lai-
tos.
- Huuskonen, Saila & Korpinen, Johanna (2009)
Runsas vuosi lastensuojelun avohuollon
asiakkuuden alkamisesta: mitä lapsille
kuuluu nyt? Lastensuojelun tieto -hank-
keen tutkimusosion loppuraportti. Pikas-
sos 1/2009.
- Huuskonen, Saila & Korpinen, Johanna & Rita-
la-Koskinen, Aino (2010) Lastensuojelun
avohuolto ja seurannan selonteot. Teok-
sessa Anneli Pohjola & Aino Kääriäinen
& Sirpa Kuusisto-Niemi (toim.) Sosiaali-
työ, tieto ja teknologia. Juva: PS-Kustan-
nus, 319–347.
- Hyytinen, Riitta (2009) Lapsen todellistuminen
huumeperheen kuntoutuksessa. Teokses-
sa Marjatta Bardy (toim.) Lastensuojelun
ytimissä. Helsinki: Terveyden ja hyvin-
voinnin laitos, 214–231.
- Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko & Lahti,
Tuukka (toim.) (2005) Toinen tieto. Kir-
joituksia huono-osaisuuden tunnistami-
sesta. Helsinki: Stakes.
- Junnila, Maijaliisa & Heino, Tarja & Fredriks-
son, Sami (2012) Lastensuojelulain
mukainen suunnitelma. Teoksessa Sakari
Hänninen ja Maijaliisa Junnilla (toim.):
Vaikuttavatko politiikkatoimet? Teema
15. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin
laitos, 96–104.
- Kataja, Kati (2012) Lapsuuden rajoilla. Nor-
maalin ja poikkeavan määrittäminen
huostaanottoasiakirjoissa. Turun yliopis-
to. Koulutussosiologian tutkimuskeskuk-
sen raportti 78. Turku: Uniprint.
- Kestilä, Laura & Paananen, Reija & Väisänen,
Antti & Muuri, Anu & Merikukka, Mar-
ko & Heino, Tarja & Gissler, Mika (2012)
”Kodin ulkopuolelle sijoittamisen riskite-
kijät – rekisteripohjainen seurantatutki-
mus Suomessa vuonna 1987 syntyneistä.
Yhteiskuntapolitiikka 77(1), 34–52.
- Kivinen, Tarja (1994) Valikoituminen lasten-
suojelun asiakkaaksi. Näkökulmia asiak-
kuuden määrittämiseen. Tutkimuksia 45.
Helsinki: Stakes.
- Koskimies, Mimosa & Pyhäjoki, Jukka & Arn-
kil, Tom Erik (2012) Hyvien käytäntöjen
dialogit. Opas dialogiseen kehittämiseen
ja kulttuurisen muutoksen tueksi. Opas
24. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin
laitos.
- Koskimies, Mimosa & Pyhäjoki, Jukka (2010)
Verkostodialogisten toimintatapojen ja
menetelmien käyttö ja juurtuminen las-
tensuojelun sosiaalityössä. Teoksessa
Tarja Heino, Hanna Heinonen, Mimosa
Koskimies, Kirsi Nousiainen, Annuk-
ka Paasivirta, Sari Pitkänen, Jukka Pyhä-
joki, Tom Tarvainen, Jukka Vehviläinen
(toim.) Moniammatilliset ohjaus- ja pal-
veluverkostot lasten ja nuorten suojelussa
Väliraportti Sektoritutkimuksen neuvot-
telukunnan Osaaminen, työ ja hyvinvointi
-jaokselle 30. elokuuta 2010, 15–22.
- Mortensen, Birgit (2007) Børneperspektivet
i familierådslagning. Socialministeriet,
Styrelsen for Specialrådgivning og Social
Service: Odense.
- Myllärniemi, Annina (2006) Huostaanottojen
kriteerit pääkaupunkiseudulla. Julkaisu-

- sarja 7. Helsinki: Heikki Waris –Instituutti/SOCCA, Yliopistopaino.
- Nousiainen, Kirsi & Paasivirta, Annukka & Turunen, Saija (2011) Läheisneuvonpidon juurtuminen pääkaupunkiseudulla. Teoksessa Kirsi Nousiainen, & Annukka Paasivirta, & Sari Pitkänen, & Saija Turunen, & Jukka Vehviläinen (toim.) Monialainen yhteistyö ja verkostomaiset työtävät lasten ja nuorten palveluissa. Valtion sektoritutkimuksen neuvottelukunta, Osaaminen, työ ja hyvinvointi –jaos. Verkkojulkaisu. 12–40. http://www.socca.fi/files/2342/Monialainen_yhteistyö_ja_verkostomaiset_tyotavat_lasten_ja_nuorten_palveluissa_.pdf
- Näppä, Miia & Vainio, Heidi (2013) Läheisneuvonpito sosiaalityöntekijän näkökulmasta. Läheisneuvonpidon koulutus 14.3.2013. Turun sosiaalikeskus. (ei julkaistu)
- Partanen, Airi & Moring, Juha & Nordling, Esa & Bergman, Viveca (2010) (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Avauksia 16. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Peruspalvelujen tila 2012. Kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunta Valtiovarainministeriön julkaisuja 12/2012.
- Perälä, Marja-Leena & Halme, Nina & Hammar, Teija & Nykänen, Sirpa (2011) Hajanaisia palveluja vai toimiva kokonaisuus? Lasten ja perheiden palvelut toimialajohdattajien näkökulmasta. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Puustinen-Korhonen, Aila (2012) Kuntien suunnitelmat lastensuojelun järjestämisestä ja kehittämisestä. Lastensuojelun tieto ja tutkimus -seminaari 13.9.2012. Kuntamarkkinat. Helsinki: Kuntaliitto (verkkojulkaisu).
- Puustinen-Korhonen, Aila (2013) Lastensuojelun kuntakyselyn tulokset. Kuntaliiton verkkojulkaisu <http://www.kunnat.net/fi/Kuntaliitto/media/tiedotteet/2013/03/Documents/Lastensuojeluraportti.pdf>
- Reinikainen, Sarianna (2007) Läheisneuvonpito lapsinäkökulmasta. Raportteja 7/2007. Helsinki: Stakes.
- Reinikainen, Sarianna (2009) Kielen katse ja puheen paino. Teoksessa Marjatta Bardy (toim.) Lastensuojelun Ytimissä. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 101–111.
- Rousu, Sirkka & Keltanen, Marju (2011) Kuntien lakisääteinen lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma sekä hyvinvoinnin ja palveluiden tila 2010. Käsikirjoitus versio 0.8, joulukuuta 2011.
- Saarikallio-Torp, Miia & Heino, Tarja & Hiilamo, Heikki & Hytti, Helka & Rajavaara, Marketta (2010) Lapset huostassa, vanhemmat ahdingossa. Teoksessa Ulla Härmäläinen ja Olli Kangas (toim.) Perhepiirissä. Helsinki: KELA, 236–264.
- Solantaus, Tytti & Ringbom, Antonia (2005). Mikä meidän vanhempia vaivaa. Käsikirja lapsille ja nuorille, joiden äidillä tai isällä on mielenterveyden ongelmia. Helsinki: Stakes ja Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry.
- Suvisaari, Jaana & Aalto, Mauri & Halme, Jukka & Joutsenniemi, Kaisla & Kuussaari, Kristiina & Moring, Juha & Partanen, Airi & Viertö, Satu & Kaikkonen, Risto (2011) Psykkinen oireilu, alkoholin liikakäyttö ja mielenterveys- ja päihdepalvelujen käyttö: vuoden 2010 alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen tuloksia. Teoksessa Juha Moring, Anne Martins, Airi Partanen, Viveca Bergman, Esa Nordling, Veijo Nevalainen (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön vuonna 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 6/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 23–30.
- Vario, Pipsa & Barkman, Johanna & Kiili, Johanna & Nikkanen, Marko & Oranen, Mikko & Tervo, Jaana (2012) ”Suojele unelmia, vaali toivoa” Nuorten suosituksia lastensuojelun ja sijaishuollon laadun kehittämiseksi. Lapsiasiavaltuutetun toimiston julkaisuja 2012:6. Helsinki: Lapsiasiavaltuutetun toimisto.
- Vuorio, Juha-Pekka & Saurama, Erja & Hänninen, Salla (toim.) (2008) Verkostojen voimaa vai seittien satimia - kokemuksia läheisneuvonpidosta. Julkaisusarja nro 18. Helsinki: SOCCA ja Heikki Waris -instituutti.
- Wrede-Jäntti, Matilda (2010) Pengarna eller livet? En kvalitativ och longitudinell studie om långtidsarbetslösa unga i ett aktörsperspektiv. Tutkimus 31/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

6 Kotona asuvan ikäihmisen kohtuutta runsaampi alkoholinkäyttö ja omaisen hoivavastuu

Iäkäs ihminen saa valtaosan tarvitsemastaan avusta ja huolenpidosta omaisiltaan ja läheisiltään, mikäli hänellä on sellaisia. Etenkin hoivan tarpeen alkuvaiheessa läheiset ovat tuen ja avun luontevin lähde. Omaisia ja läheisiä ohjaavat hoivavastuun ottamiseen 2000-luvun taitteen molemmin puolin tehdyt yhteiskunta- ja vanhuuspoliittiset linjaukset. Erityisesti laitoshoidon vähentämisen ja kotona tapahtuvan hoidon lisäämisen tavoitteet sekä omaishoidon painottaminen vaikuttavat tähän suuntaan.

Omaishoidon korostaminen suomalaisessa hyvinvointivaltiossa on tuonut totuttuun julkisen ja yksityisen hoivan vastuunjakoon sävyn, joka vahvistaa perhekeskeisyyttä ja moraalisten hoivavelvoitteiden sitovuutta. Hoivavastuun ottamisen taustalla on luonnollisesti omaisen halukkuus pitää huolta läheisistään. Yhtä lailla omainen voi joutua ottamaan vastuuta myös tahtomattaan, jos hoivan tarve kasvaa asteittain sitovammaksi. Kriittinen kysymys on, millaisia rajoja omaiset noudattavat avun antamisessa ja siihen sitoutumisessa.

Iäkkään ihmisen runsas tai hallitsematon alkoholinkäyttö voi olla hoivasuhteen koetinkivi, joka haittaa monin tavoin hyvän hoivan ja hoidon toteutumista. Yhtäältä alkoholin liiallinen käyttö on iäkkäälle ihmiselle itselleen terveyshaitta. Toisaalta alkoholinkäytöstä aiheutuviin haittoihin kytkeytyy hoivasuhteen monimutkaistuminen ja huolenpidon vaikeutuminen sekä hoivaajan rasituksen lisääntyminen. Alkoholinkäytön vuoksi yllättäen eteen tulevat tilanteet ja sosiaalisen kanssakäymisen hankaloituminen ovat tekijöitä, joiden myötä sitoutuminen hoivasuhteeseen löystyy. Onkin otaksuttavissa, että iäkkään läheisen kohtuutta runsaampaan alkoholinkäyttöön liittyy riski, että omaisen sitoutuminen hoivavastuuseen haurastuu tai hän luo- puu siitä kokonaan.

Tässä artikkelissa tarkastellaan kotona asuvan iäkkään ihmisen alkoholinkäytön ja omaisen tai muun läheisen antaman avun ja hoivan välisiä yhteyksiä. Artikkelissa pyritään selvittämään, mitkä tekijät ovat yhteydessä varsin paljon muutoinkin hoivaa tarvitsevan iäkkään ihmisen kohtuutta runsaampaan alkoholinkäyttöön ja onko näillä tekijöillä yhteys epävirallisen hoivan saantiin. Artikkelissa vastataan seuraaviin kysymyksiin:

1. mitkä tekijät liittyvät ikäihmisen kohtuutta runsaampaan alkoholinkäyttöön?
2. mitkä tekijät liittyvät hoivaajan voimavaroihin ja mahdollisuuksiin vastata osaltaan läheisensä hoivasta kotioloissa?

Iäkkään ihmisen hoivaverkosto ja alkoholinkäytön tutkimus

Yhdeksän kymmenestä yli 75-vuotiaasta suomalaisesta asui omissa kodissaan vuonna 2010 ja noin 12 prosenttia heistä sai säännöllistä hoivaa kunnallisen kotihoidon työntekijöiltä. Eläkeikäisten joukossa yli 75-vuotiaiden väestöosuus kasvaa pitkäikäisyyden yleistyessä. Kotihoito kattaakin parhaiten iäkkäimpien ja paljon apua tarvitsevien, raskashoitoisimpien ihmisten hoivantarpeen (Finne-Soveri ym. 2012).

Kotona asuvalle iäkkäälle henkilölle, jolla on jo kohtalaisen suuri huolenpidon ja hoidon tarve, apua antaa tavallisesti monesta toimijasta koostuva verkosto. Siinä omaiset, läheiset ja muut vapaaehtoiset toimivat rinnan julkisen palvelujärjestelmän työntekijöiden kanssa. Omaisten antama epävirallinen apu on hoivan kokonaisuudessa monesti merkittävämpää ja ajallisesti runsaampaa kuin virallisen avun työntekijöiden ammatillinen hoiva. Syystä onkin todettu, että omaisten vastuu hoivan ja palveluiden antajana ja etenkin niiden saamisen järjestämisestä huolehtijana on jo keskeisempi kuin apua järjestävien kuntatyöntekijöiden (esim. Julkunen 2006, 110).

Osa omaisten antamasta hoivasta on Suomessa lakisääteisesti tuettua, jos hoivaava henkilö on tehnyt omaishoitosopimuksen hoivaa tarvitsevan omaisensa asuinkunnan kanssa. Omaishoidon tuen lainsäädännön nojalla iäkkäät avuntarvitsijat ja heidän omaishoitajansa voivat saada esimerkiksi kotihoidon palveluja ja omaishoitajan lomitusta. Omaishoidon tukea ja siihen kuuluvaa omaishoitajan rahallista palkkiota ei myönnetä vähäiseen avuntarpeeseen, vaan sen piiriin pääsevien ikäihmisten hoito on kohtuullisen vaativaa ja sitovaa. Vuonna 2010 omaishoidon tukea sai 4,2 prosenttia yli 75-vuotiaista (noin 18 000 henkilöä). Useimmat saivat lisäksi muun muassa kotihoidon palveluja. Tämä toimintamalli yhdistää perheen sisäisen keskinäisavun julkiseen ja yhteiskunnalliseen hoivaan. Kyseessä on toimeksiantosopimus omaishoitajan tehtävistä ja vastuista omaisen hoitamiseksi kotioloissa.

Valtaosa ihmisistä, jotka pitävät huolta iäkkäistä läheisistään, ei kuitenkaan ole lakisääteisen omaishoidon tuen piirissä. Epävirallisten hoivaajien ja perheiden omaishoitotilanteiden lukumäärästä ei ole saatavissa luotettavaa tietoa, mutta heitä on virallisiin omaishoitajiin nähden moninkertaisesti. On havaittu, että omaisten ja muiden läheisten merkitys iäkkäiden perheenjäsenten ja sukulaisten auttamisessa on myös kansantaloudellisesti erittäin suuri (Kehusmaa ym. 2012). Osa epävirallisista hoivaajista antaa vaativuudeltaan ja sitovuudeltaan hyvin samankaltaista apua ja hoivaa kuin lakisääteistä tukea saavat omaishoitajat. Osalle heidän autettavistaan annetaan myös säännöllistä kunnallista kotihoitoa.

Usein juuri hoivaavat omaiset ja läheiset, mutta myös kotihoidon työntekijät,

kohtaavat sellaisia alkoholinkäyttötilanteita, joiden perusteella muodostuu käsitys kohtuuden – ja tässä ikäryhmässä yleensä myös ongelmattomuuden – rajan ylittävää alkoholinkäytöstä. Hoivaavan omaisen tai läheisen näkökulmaa ikäihmisen kohtuutta runsaampaan alkoholikäyttöön ja sen seurauksiin ei ole tietääksemme erikseen tutkittu. Sama ”hiljaisuus” koskee myös aineistoja, joiden avulla voisi tarkastella omaisnäkökulmaa iäkkään ihmisen alkoholinkäyttöön. Omaisen näkemystä kysytään harvoin, vaikka se olisi hoivajärjestelyjen kannalta tuiki tarpeellista. Perhepiiristä tulevien hoivaajien sitoutumista hoivatyöhön, selviytymistä siitä ja kuormittuneisuutta on kyllä muutoin tutkittu runsaasti ja monista lähtökohdista (esim. Knif 2012; Kauppinen & Jolanki 2012; Kröger & Yeandle, tulossa; Leinonen 2011a ja 2011b; Mikola 2009; Saarenheimo & Pietilä 2006; Onder ym. 2009; Zechner 2010).

Varttuneemman väestön alkoholinkäyttöä on tarkasteltu melko vähän tai vain rajatuista näkökulmista (Jyrkämä & Haapamäki 2008). Sitä on tutkittu eniten alkoholinkäytön yleisyyden, juomatapojen muutoksen ja käyttöön liittyvien terveysvaarojen ja muiden riskien näkökulmasta (esim. Ahlström & Mäkelä 2010; Barnes ym. 2010; Immonen ym. 2011; Nuorvala ym. 2008). Aihepiiriä on alettu lähestyä myös iäkkään ihmisen itsensä määrittelemänä kysymyksenä (esim. Haarni & Hautamäki 2008; Immonen ym. 2010; Tolvanen 1998). Jossain määrin lähtökohtana on lisäksi ollut yksityinen tai julkinen palvelujärjestelmä ja sen työntekijät iäkkään asiakkaan alkoholinkäyttöä koskevine kokemuksineen ja työkäytäntöineen (Gunnarsson 2012; Herring & Thom 1997; myös Kaskiharju & Kempainen 2012).

Tutkimuksen aineisto ja menetelmät

Tämän artikkelin aineisto on peräisin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan palvelutarpeen ja hänen saamiensa palveluiden laadun arvioinnissa käytettävän RAI-järjestelmän kotihoitotiedoista (THL:n RAI-tietokanta). Kyseiseen järjestelmään kirjautuu asiakasarviointiin perustuvaa tietoa muun muassa ikäihmisen palvelutarpeista, asumisesta ja alkoholin kohtuutta runsaammasta käytöstä sekä hoivaavan omaisen tai muun läheisen panoksesta hoitoon.¹

Säännöllisessä kotihoidossa olleista RAI-arvioituista ikäihmisistä (yht. noin 12 000) muodostettiin puolen vuoden aikana (1.10.2011–31.3.2012) osajoukko (n = 6 126), johon kuuluneilla oli kotihoidon palveluiden lisäksi apunaan virallinen tai epävirallinen omaishoitaja tai muu läheinen ja jotka lisäksi asuivat kaupunkioloissa. Kokonaisaineistosta suljettiin näin ulos ne kotihoidon palveluja säännöllisesti saaneet ikäihmiset, joiden tukena ei ollut omaista tai läheistä (noin 35 % RAI-arvioituista).

¹ RAI (Resident Assessment Instrument) on yksilön avun tarvetta ja hänen saamansa hoidon laatua monipuolisesti kartoittava tietojärjestelmä, josta kertyvää rekisteriaineistoa THL hallinnoi. Terveys- tai sosiaalihuollon ammattilaiset toteuttavat asiakasarvioinnin yhteistyössä kyseessä olevan asiakkaan ja hänen omaistensa tai läheistensä kanssa silloin, kun asiakas hakee kotihoidon piiriin, ja se toistetaan määrajoin hänen saadessaan palveluita.

Säännöllisellä kotihoidolla tarkoitetaan tässä kunnallisen kotipalvelun käyntiä asiakkaan kodissa arviointia edeltävän kuukauden aikana vähintään kerran viikossa. Tarastelussa oli mukana ainoastaan eniten hoitoon osallistuvaksi ilmoitettu omainen, joten iäkkään avuntarvitsijan koko hoivaverkostoa koottu aineisto ei tavoita.

Rajauksella kuuteen suureen kaupunkiin (Helsinki, Espoo, Vantaa, Oulu, Tampere, Jyväskylä) pyrittiin puolestaan yhtenäistämään kohderyhmää alkoholinkäytön suhteen. Alkoholinkäyttöä koskeva tieto kirjataan kotihoidon asiakasarviointiin osana elämäntapoja ja tilannetekijöitä. Rajaus sisälsi oletuksen, että alkoholin saatavuus ja käyttötilanteiden monimuotoisuus keskittyvät pikemminkin tiheään kuin harvan asutuksen alueille.

Alkoholinkäyttö kirjautuu asiakasarviointiin, jos käytön on havaittu ylittävän kohtuuden tai jossain muodossa tuottavan ongelmia ja haittoja ihmiselle itselleen tai hänen hoivaajilleen. Kohtuutta runsaampaa alkoholinkäyttöä oli tämän tutkimuksen kohdejoukkoon kuuluvista ikäihmisistä noin 5 prosentilla (n = 313). Prosenttiosuus ei viittaa siihen, että 95 prosenttia kotihoidossa olevista iäkkäistä ei käyttäisi alkoholia lainkaan. Säännöllinen alkoholinkäyttö on yleistynyt vanhimmissakin ikäpolvissa ja raittius puolestaan vähentynyt, joskin iän karttuessa alkoholinkäyttöä usein vähennetään ja se on luonteeltaan pien- tai lääkekäyttöä (Vilkkö ym. 2010). Tässä tarkasteltu iäkkäiden alkoholia käyttävien ihmisten ryhmä poikkesi muista vastaavankäisistä juuri kohtuuden rajan ylittävässä alkoholinkäytössä. Kyse on ongelmaksi tunnistetusta ja huolta ja riskitilanteita aiheuttavasta alkoholinkäytöstä, jonka monimuotoisuutta pyrittiin tavoittamaan väljällä määrittelyllä ”kohtuutta runsampi alkoholinkäyttö”.²

Analyysissa verrattiin toisiinsa ikäihmisten ryhmää, joilta oli raportoitu kohtuutta runsaampaa alkoholinkäyttöä, ja niitä säännöllistä kotihoitoa samana ajanjaksona saaneita, joilta tällaista havaintoa ei löytynyt. Menetelminä käytettiin ristiintaulukointia ja khiin neliö -testiä. Lisäksi alkoholinkäyttöön itsenäisesti liittyviä tekijöitä testattiin logistisella regressioanalyysillä. Analyysit tehtiin SAS-tilastolaskentaohjelman avulla.

Kohtuutta runsaamman alkoholinkäytön yleisyys kotihoidossa

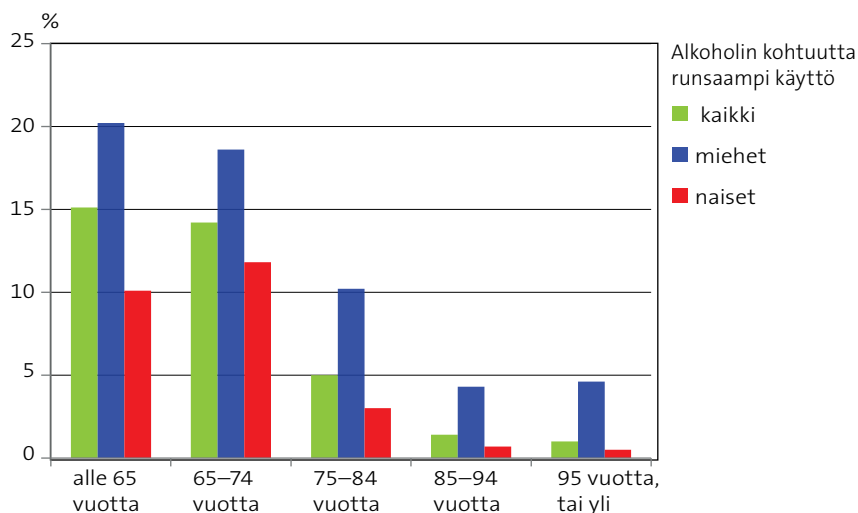
Kun tutkimuksessa verrattiin toisiinsa alkoholia kohtuutta runsaammin käyttäviä säännöllisen kotihoidon asiakkaita ja vertailuryhmää, jossa alkoholia käytettiin säänteliäästi tai ei ollenkaan, todettiin eroja ikä- ja sukupuolijakaumissa. Tulokset tukevat pääpiirteissään aiempien tutkimusten havaintoja eri-ikäisten miesten ja naisten

² Määritelmä noudattaa RAI-järjestelmän perusajatusta alkoholinkäytön arvioimisesta. RAI-arvioinnit suorittaneet hoitajat on koulutettu kirjaamaan kysymykset standardoidusti, minkä lisäksi heillä on käytettävissään käsikirja, jossa opastetaan ymmärtämään yksittäiset kysymykset aina samoin.

juomisen yleisyydestä väestössä. On todettu, että alkoholinkäyttö on yleisempää nuorimmissa eläkeikäisten ryhmissä ja miehillä yleisempää kuin naisilla (esim. Ahlström & Mäkelä 2010; Vilkkonen ym. 2010). Alkoholia kohtuutta runsaammin käyttävät olivat nuorempia kuin muut kotihoidossa olevat. Peräti puolet alkoholia kohtuutta runsaammin käyttävistä oli alle 75-vuotiaita, mutta vertailuryhmässä vastaavanikäisiä oli ainoastaan 16 prosenttia. Myös alle 65-vuotiaita eläkeikäisiä oli alkoholia kohtuutta runsaammin käyttävien joukossa enemmän, eli 18 prosenttia, kuin vertailuryhmässä, jossa näin nuoria oli vain 5 prosenttia. (Ks. liite 1.)

Myös sukupuolen mukaisia eroja havaittiin. Kohtuutta runsaammin alkoholia käyttävien ryhmä oli miesvaltainen, kun taas vähän tai ei ollenkaan alkoholia käyttävien vertailuryhmä oli naisvaltainen. Kohtuutta runsaammin alkoholia käyttävistä 56 prosenttia oli miehiä ja 44 prosenttia naisia. Vertailuryhmässä naisia oli 76 ja miehiä ainoastaan 24 prosenttia.

Kuvio 1 valaisee lähemmin alkoholia kohtuutta runsaammin käyttävien ryhmän sisäistä ikä- ja sukupuolijakaumaa kotihoidossa. Siitä käy ilmi, että alkoholin runsaampi käyttö kasaantui nuorimpien eläkeläisten ikäryhmiin, mutta alkoi vähentyä vanhimpiin ikäluokkiin päin mentäessä. Kaksi johtopäätöstä nousee kuitenkin esiin tämän yleislinjan ohella. Vaikka alle 65-vuotiaat ja 65–74-vuotiaat miehet olivat enemmistönä alkoholin kohtuutta runsaammassa käytössä, naisten isohko osuus on merkille pantavaa. Tässä heijastune se, että eläkeikäisten naisten joukossa alkoholinkulutuksen on todettu ylipäätään lisääntyneen (Ahlström 2007). Toiseksi, vaikka iän karttuessa kohtuutta runsaammin juovien määrä laski huomattavasti, oli se miesten osalta edelleen huomattava vielä 75–84-vuotiaiden ikäryhmässä. Alkoholia käyttävien eläkeikäisten osuuden väestössä on havaittu kaikkiaan kasvaneen tasaisesti viimeisten vuosikymmenten seuranta-aikana (Laitalainen ym. 2008).

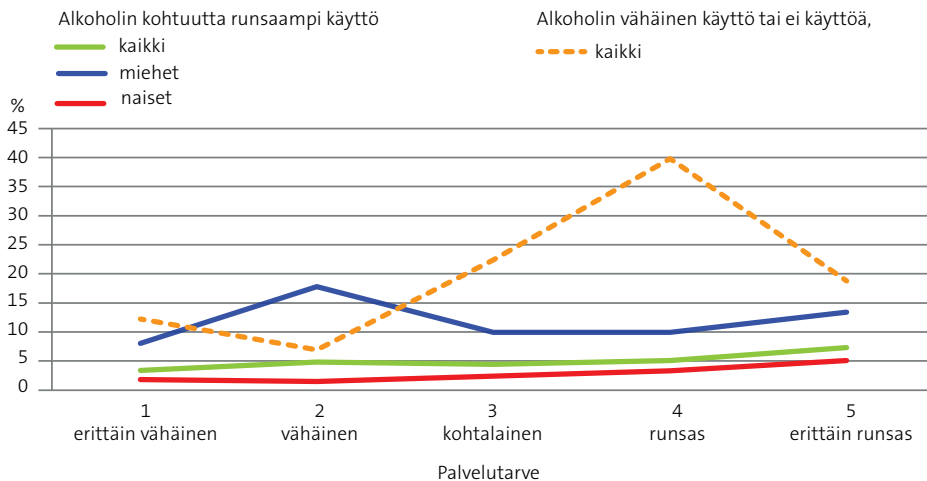


Kuvio 1. Alkoholin kohtuutta runsaamman käytön jakautuminen sukupuolen ja iän mukaan kotihoidossa, %

Alkoholia kohtuutta runsaammin käyttävä iäkäs ihminen kotihoidossa

Kotihoidossa olevilla iäkkäillä ihmisillä on erilaisia avuntarpeita, joihin voidaan myös vaikuttaa erilaisin keinoin. Seuraavassa tarkastellaan aineiston ikäihmisiä heidän palvelutarpeidensa jakauman mukaan ja vertaillaan toisiinsa kohtuutta runsaammin alkoholia käyttävien ryhmää ja ryhmää, jolla käyttö oli joko vähäistä tai sitä ei ollut lainkaan. Lisäksi huomioidaan sukupuolen vaikutus alkoholia kohtuutta runsaammin käyttävien osalta. (Kuvio 2.)

Palvelutarveluokitus (MAPLe 1–5) on viisiluokkainen mittari, jolla pyritään kuvaamaan kotihoidon asiakkaan hoivan ja hoidon tarpeita ja heille kohdistettavia palveluita. Siinä luokka 1 merkitsee vähäistä, 2 lievää, 3 kohtalaista, 4 suurta ja 5 erittäin suurta palvelutarvetta. Luokitus yhdistää toisiinsa asiakkaan RAI-arvioinnista saatuja tietoja arjessa suoriutumisesta ja omatoimisuudesta, fyysisestä toimintakyvystä, kognitiosta, suhtautumisesta hoitoon, kotiympäristön vaaratekijöistä, sairauksista ja lääkityksestä sekä laitoshoitoon joutumisen erityisistä riskitekijöistä. Kotihoidon asiakas luokitellaan suhteessa näihin tekijöihin esimerkiksi lievän palvelutarpeen luokkaan 2, jolle on ominaista, että ikäihminen ei ole täysin omatoiminen arjessa mutta selviytyy kuitenkin aterioiden valmistelusta. Luokkaan 2 kuuluvat hyötyvät esimerkiksi kuntoutuksesta ja pienestä arkiavusta, joilla toimintakykyä pidetään yllä ja sen lieviä puutteita korjataan. Erittäin suuren palvelutarpeen luokka 5 on puolestaan hyvin monimuotoinen, ja sitä kuvaavat muun muassa fyysisen toimintakyvyn voimakas heikkeneminen, kognition huomattava aleneminen, kyvyttömyys huolehtia itsensä ja laitoshoitoon joutumisen riskin kasvaminen.



Kuvio 2. Kohtuutta runsaammin alkoholia käyttävien iäkkäiden naisten ja miesten jakautuminen palvelutarveluokkiin (MAPLe 1–5) verrattuna alkoholia vähän tai ei lainkaan käyttäviin ikäihmisiin kotihoidossa, %

Siinä missä kotihoidossa olevien kohtuudella tai ei lainkaan alkoholia käyttävien ikäihmisten enemmistö sijoittui palvelutarpeiltaan suhteellisen paljon, runsaasti tai erittäin runsaasti apua tarvitsevien luokkiin, jakaantui alkoholia kohtuutta enemmän käyttävien ryhmä kokonaisuudessaan luokkiin tasaisemmin. Sukupuolen mukainen tarkastelu osoitti kuitenkin, että johtopäätös päti paremmin naisiin kuin miehiin. Kotihoidon palveluiden piirissä olevat alkoholia runsaammin juovat miehet keskittyivät vähäisesti apua tarvitsevien luokkaan, jossa ovat tarvitsevat tukea lähinnä asioiden hoitamisessa ja arkitoimista selviytymisessä, ja heitä oli luokassa suhteellisesti enemmän kuin vertailuryhmän ikäihmisiä. Jossain määrin alkoholia kohtuutta enemmän nauttavia miehiä sijoittui myös erittäin runsaiden avuntarpeiden luokkiin. Naisten osalta luokittuminen lievästi apua tarvitsevista erittäin runsaaseen avuntarpeeseen oli tasaisempi, joskin palvelutarpeiden osalta nouseva.

Runsaammin alkoholia käyttävien miesten muista poikkeava kasaantuminen vähäistä apua arjen toiminnoissa tarvitsevien luokkaan antaa aiheen olettaa alkoholinkäytöllä olevan jokin yhteys hoivapalveluiden piiriin tulolle. Vastaavasti muiden kuin alkoholiehtoisten arjesta selviytymisen tarpeiden takia ei syystä tai toisesta olla kotihoidon piirissä tai mahdollisesti päästä samassa määrin näiden palveluiden piiriin. Havainto ei kuitenkaan selitä alkoholiehtoisia avuntarpeita ja niiden mahdollisia eroja muihin samaan luokkaan sijoittuneisiin verrattuna. Sukupuolieron lähempi tarkastelu saattaisi tuoda asiaan lisävalaistusta.

Tarpeiden variaatioon vaikuttavia tekijöitä ja eroja vertailuryhmään voidaan jossain määrin tulkita aineiston muiden muuttujien jakaumista. Tällaisia tekijöitä voisivat olla muun muassa perussairaudet, etenkin keskivaikea tai vaikea muistihäiriö ja aivohalvaus sekä psykiatriset sairaudet, erityisesti depressio. Alkoholia kohtuutta runsaammin nauttivista ikäihmisistä 32 prosentilla oli muistisairauden diagnoosi, 25 prosentilla diabetes, 14 prosentilla aivohalvaus ja 28 prosentilla jokin psykiatrinen sairaus, useimmiten masennus. Sairauskirjon osalta ongelmakäyttäjät eivät kuitenkaan eronneet muista avun piirissä olevista ikäihmisistä. Alkoholia runsaasti käyttävillä ainoastaan psykiatrisen sairauden osuus oli merkittävästi suurempi kuin niillä, jotka nauttivat alkoholia kohtuudella tai eivät lainkaan.

Alkoholia kohtuutta runsaammin käyttävien enemmistöllä todettiin alentunut kognitiotaso, vaikkakaan ei vertailuryhmää useammin. On kuitenkin pantava merkille, että he olivat vertailuryhmäänsä nähden kalenteri-ikältään keskimäärin nuorempia ja tässä mielessä niin sanotusti varhain vanhenneita. Kognitio-ongelmat ovat muilta saatavan avun tarpeisiin vaikuttava tekijä, jonka tiedetään alkoholinkäyttäjillä korostuvan, vaikkei kyse ole ainoastaan alkoholin runsaan käytön aiheuttamasta muistioireisuudesta. Alkoholinkäyttöön yhteydessä olevaa dementiaa on arvioitu olevan noin 10 prosenttia kaikista dementioista (Gupta & Warner 2008; Weyerer ym. 2011).

Alkoholia kohtuutta runsaammin käyttävillä oli merkitsevästi useammin merkintä kaatuilusta kuin vertailuryhmään kuuluvilla. Peräti kolmasosa eli 34 prosenttia oli kaatunut yhden tai useamman kerran kolmen viimeksi kuluneen kuukauden aikana. Vertailuryhmässä vastaava osuus oli yksi neljästä eli 24 prosenttia.

Myös itse arvioidulla terveydentilalla voi olla merkitystä kotihoidon palveluiden piirissä olemiselle. Alkoholia runsaammin käyttävistä iäkkäistä ihmisistä 40 prosenttia koki terveytensä huonoksi. Vertailuryhmässä vastaavasti pienempi osa eli 32 prosenttia oli tätä mieltä. Itse arvioitua terveydentilaa koskeva tulos on ristiriidassa sen kanssa, mitä palvelutarpeiden mukaisiin luokkiin sijoittuminen kertoo näiden kahden ryhmän tilanteesta.

Alkoholin kohtuutta runsaampaan käyttöön tiiviisti liittyvät tekijät

Alkoholin kohtuutta runsaampaa käyttöä lähemmin kuvaavien tekijöiden tarkastelua varten muodostettiin regressioanalyysimalli, johon valittiin selittäviksi muuttujiksi aiemmassa analyysivaiheessa vain tilastollisesti erittäin merkitseviksi osoittautuneet tekijät (merkitsevyytensä $p < 0,0005$).

Taulukosta 1 käy ilmi, että runsaampaa alkoholinkäyttöä lähemmin selittäviä merkitseviä tekijöitä oli vetosuhteen (odds ratio, OR) mukaan tarkasteltuna useita. Malli nostaa esiin erään tyypillisen iäkkään alkoholinkäyttäjän profiilin. Hän on alle 75-vuotias, eronnut mies, joka tinkii välttämättömistä tarpeista vähävaraisuuden vuoksi ja jonka asunnossa on pesutilojen osalta puutteita. Hänen toimintakykyään määrittää keskeisesti se tekijä, että vaara kaatuilla on suuri. Hän suhtautuu kielteisesti ja vastustellen tarjottuun apuun, on usein poikkeavan epäsiisti ja huolenpidon osalta laiminlyödyn oloinen. Hoivaajana toimiva omainen tai muu läheinen katsoo, että jokin muu hoivamuoto kuin kotona asuminen kotihoidon ja omaisavun turvin sopisi hänelle paremmin.

Taulukko 1. Kohtuutta runsaampaan alkoholinkäyttöön liittyvät tekijät vetosuhteen (odds ratio, OR, $p < 0,0005$) mukaan

Riskitekijät	Odds ratio OR	95 %:n luottamusväli,	
		alaraja	yläraja
Mies	3.196	2.503	4.082
Alle 75-vuotias	3.708	2.878	4.777
Laiminlyödyksi joutumisen epäily	3.159	2.221	4.494
Tinkii välttämättömistä tarpeistaan varojen puutteen vuoksi	2.122	1.282	3.510
Omaisesta mielestä hänen olisi parempi olla muualla kuin kotona	1.494	1.055	2.118
Eronnut	1.767	1.320	2.365
Kaatuilu	1.640	1.265	2.127
Hoidon vastustaminen käytösoireena	1.585	1.117	2.250
Puutteelliset pesutilat	2.018	1.381	2.950

Onko tämä siis tyypillinen huono-osaisen alkoholistin muotokuva? Mies, jonka omaiset ja läheiset eivät jaks loputtomasti yrittää pitää hänestä huolta ja tarjota apuaan – vallankin, kun avun vastaanottaja suhtautuu apuun välinpitämättömästi tai suorastaan vastustellen. Aivan näin yksinkertaiseen kuvaan ei kohtuutta runsaampaa alkoholinkäyttöä, -käyttäjiä ja heidän hoivatarpeitaan voida tiivistää, vaikka mainitun kaltaisia tyyppitapauksia aineistossa varmuudella olikin.

Analyysin perusteella oli kolme kertaa suurempi mahdollisuus, että alkoholia runsaasti käyttävä henkilö oli mies kuin nainen, kuten edellä todettiin. Naisia runsaasti käyttävistä oli kuitenkin yllättävän paljon eikä heidän avuntarpeidensa ja kauma näyttänyt noudattavan samaa mallia kuin miesten (ks. edellä kuvat 1 ja 2). Sukupuolen mukainen tarkastelu toisi oletettavasti lisävalaistusta hoivatilanteiden eroihin.

Alkoholia kohtuutta runsaammin käyttävät naiset ja miehet olivat 3,7 kertaa useammin alle 75-vuotiaita kuin yli sen, mikä tarkoittaa varsin nuorta eläkeläistä kotihoidon muuhun asiakaskuntaan verrattuna. Kohtuutta runsaamman alkoholinkäytön yhteys aikaisiin syntyneeseen avuntarpeeseen – eli varhain vanhenemiseen – merkitsee joka tapauksessa sitä, että sekä perheen ja muiden läheisten piiri että virallinen palvelujärjestelmä joutuvat käsittelemään vastuunottoon liittyviä kysymyksiä.

Mitä perhesuhteisiin tulee, alkoholia runsaasti käyttävillä ihmisillä oli taustasaan avioero 1,7 kertaa yleisemmin kuin vertailuryhmään kuuluvilla. Tällä lienee seurausvaikutuksia ihmissuhdeverkostoon sekä siihen, että runsaasti alkoholia käyttävillä hoivaaja oli vertailuryhmään verrattuna useammin joku muu kuin sukulainen tai puoliso. Kaikilla aineistoon kuuluvilla kuitenkin oli joku läheinen rinnallaan.

Hoivaavan omaisen tai läheisen ahdinko

Kaikilla tutkimusaineistoon kuuluvilla, myös alkoholia kohtuutta enemmän käyttäneillä, oli ainakin yksi henkilö, joka piti heistä huolta ja auttoi säännöllisen kunnallisen kotihoidon palveluiden rinnalla. Hoivaaja asui kummassakin ryhmässä useammin muualla kuin yhdessä autettavansa kanssa. Runsaammin alkoholia käyttäneistä 67 prosenttia ja vertailuryhmään kuuluneista 71 prosenttia asui yksin. Joka neljänellä oli takanaan avioero, kun vertailujoukossa eronneita oli noin yksi kymmenesosa. Naimisissa olemisen sinänsä ei erottanut ryhmiä toisistaan. Vastaavasti avoliitto oli runsaamman alkoholinkäytön ryhmässä yleisempää. Kummassakin tarkastellussa ryhmässä noin 30 prosentilla hoivaava omainen tai muu läheinen, yleensä puoliso tai avopuoliso, asui yhdessä hänen kanssaan. Heillä apu oli ainakin periaatteessa lähellä ja saatavilla helpommin kuin yksinasuvilla, joiden hoivaajat joutuivat aina erikseen tulemaan autettavansa kotiin.

Alkoholia kohtuutta runsaammin juovien hoivaajista oli avio- tai avopuolisoi- ta noin joka viides, kun se vertailuryhmällä jäi tuon osuuden alle. Ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Lapset olivat runsaasti alkoholia käyttävien ikäihmisten suu-

rin auttajaryhmä. Heitä oli hoivaajista joka toinen. Määrä oli kuitenkin merkitsevästi pienempi kuin vertailuryhmässä, jossa kaksi kolmesta apua antavasta omaisesta oli lapsia. Runsaammin alkoholia käyttävien omais- tai läheisauttajat olivat myös tehneet hieman harvemmin virallisen omaishoitosopimuksen läheisensä hoitamisesta kuin vastaavasti vertailuryhmässä. Ero saattaa viitata vähäisempään haluun tai kykyyn sitoutua hoivatehtävään, mutta myös omaishoidon tuen saannin tiukkoihin, hoidon sitovuuteen perustuviin kriteereihin.

Hieman useampi kuin joka viides kummankin ryhmän hoivaajista oli muita sukulaisia kuin puolisoita tai lapsia. Joku muu kuin sukulainen oli puolestaan hoivajana yli joka kymmenennellä kohtuutta runsaammin alkoholia käyttäneellä ikäihmisellä. Ero oli merkitsevästi suurempi vertailuryhmään nähden: heidän hoivaajistaan vain 6 prosenttia tuli muiden kuin sukulaisten tai lähiperheen jäsenten joukosta.

Suurempi avioerojen ja avoliittojen lukumäärä, lasten vähäisempi osuus hoivaajista ja muiden kuin sukulaisten suurempi hoivavastuun otto viittaavat siihen suuntaan, että niiden ikäihmisten perhesuhteissa, joiden alkoholinkäyttö aiheuttaa haittoja, oli rikkonaisuutta ja hajanaisuutta. Tämä antaa mahdollisuuden olettaa, että hoivavastuuseen sitoutuminen noudattaa toisenlaista mallia kuin silloin, kun alkoholinkäyttö ei rasita suhteita.

Joka viides kohtuutta runsaammin juovien hoivaajista ilmaisi kuormittuneisuuden ja uupumukseen viittaavia rasituksen, vihan tai masennuksen tunteita sekä tyytymättömyyttä tilanteeseen, esimerkiksi muiden sukulaisten apuun. Niillä, joiden iäkkäillä läheisillä ei ollut ongelmia alkoholinkäytön suhteen, kuormittuneisuutta esiintyi tilastollisesti merkitsevästi harvemmin. Omaishoivajan kannalta erityisen hankalia ja rasittavia, joskin oletettavasti kaikkia hoivaan osallistuvia tahoja kuormittavia tekijöitä oli useita. Alkoholia runsaammin käyttävillä ilmeni vertailuryhmää enemmän erilaisia käytösoireita, kuten sanallista aggressiivisuutta ja sosiaalisesti poikkeavaa käytöstä. Heistä joka viidennelle oli myös kirjattu hoivan ja avun vastustelua, mikä on merkitsevästi enemmän kuin vertailuryhmässä, jossa vain yksi kymmenestä osoitti vastentahtoisuutta. Nämä havainnot viittaavat suoraan hoivajien tukalaan asemaan.

Tilastollisesti merkitsevä ero kohde- ja vertailuryhmän välillä nousi esiin asumismuodon soveltuvuutta koskevan kysymyksen yhteydessä. Alkoholia kohtuutta enemmän käyttävien ikäihmisten hoivaajista liki joka viides katsoi, että hoivattavan olisi parempi olla toisenlaisessa ympäristössä kuin kodissaan. Tähän johtopäätökseen tuli vain noin yksi kymmenestä hoivaajasta alkoholia kohtuudella käyttävien osalta. Hoivattava itse halusi sen sijaan harvoin pois kotoaan. Kotiympäristöön liittyi osalla alkoholia runsaasti käyttävistä vertailuryhmää enemmän myös asumistason puutteita, esimerkiksi ongelmia pesutiloissa, mikä osaltaan saattoi omaisilla lisätä kotoa pois muuttamisen toivetta. Kaiken kaikkiaan osalla alkoholia runsaasti käyttävistä ikäihmisistä riski joutua siirtymään kotoa johonkin muuhun, enemmän hoitoa ja valvontaa tarjoavaan paikkaan, oli kasvanut.

Kuka vastaa, missä ja miten?

Edellä esiteltyjen tulosten nojalla herää kysymys, onko koti kaikissa tapauksissa oikea paikka runsaasti alkoholia käyttävälle iäkkäälle ihmiselle ja onko kohtuullista, että omaisen tai muun läheisen vastuuta hänestä korostetaan tai pidetään keskeisenä hyvän hoidon toteutumisessa. On todettu, että iäkkäitä läheisiään hoivaavat odottavat ja ylipäättään tarvitsevat nykyistä enemmän tukea ja palvelujärjestelmän uusia tukimuotoja, jotta he voisivat sitoutua hoivatyöhön ja jaksaisivat siinä (ks. esim. Knif 2012). Omaishoitajien ja läheisten halukkuus ja kyky hoivata vaatisi heille annettavan avun, neuvonnan, ohjauksen, koulutuksen, kuntoutuksen ja muiden palveluiden sekä virkistykseen ja vapaapäivien takaamista.

Toinen tärkeä kysymys on, kuuluuko alkoholia kohtuutta runsaammin käyttävä ikäihminen palvelujärjestelmässä keskeisten tarpeidensa vuoksi kotihoidon vai pikemminkin päihdehuollon vastuulle. Kohtuutta runsaammin alkoholia käyttävä vanha ihminen on aivan viime vuosiin saakka tunnistettu heikosti palvelujärjestelmässä ja on siksi monesti ollut väliinputoaja. Kotihoidon ja päihdehuollon yhteistyö ja sen myötä omais- ja läheishoivaajien tukeminen ovat avain tämän ryhmän tarpeita vastaavan hoivan edistämiseen. Hyviä kokemuksia on jo saatu jonkin verran muun muassa kotihoidon työntekijöiden päihdetyön koulutuksen lisäämisellä. Samoin laajenemassa oleva kotikuntoutuksen malli, ns. Pilke-työ, jossa etsivän työn ja päivätoiminnan avulla tuetaan yli 60-vuotiaita runsaasti alkoholia käyttäviä, on toiveita herättävä työmuoto (ks. Vakkuri 2011). Sosiaali- ja terveystoimen, kotihoidon ja seurakuntien yhteistyöllä on saatu lupaavia tuloksia niin arjessa suoriutumisen, syrjäytymisen ehkäisyn kuin päihhteettömyyden osalta.

On mahdollista, että kehitteillä olevat ikäerityiset toimintamallit edistävät pidempään kotona asumista, ja toivottavaa, että myös omaiset ja läheiset saavat näiden työmuotojen avulla tukea omaan rooliinsa iäkkään kohtuutta runsaammin alkoholia käyttävän läheisensä hoivassa. Aihepiiri on avoin uusille avauksille, ja tarvitaan panostusta paitsi työmuotojen kehittämiseen myös iäkkäiden ihmisten alkoholinkäytön lähempään tutkimukseen.

Mitä opimme?

- ▶ Iäkkään ihmisen runsas tai hallitsematon alkoholinkäyttö haittaa monin tavoin kotona annettavaa hoivaa ja heikentää omaisten sekä läheisten sitoutumista hoivavastuuseen.
- ▶ Apuaan antava omainen tai läheinen kuormittuu ja uupuu useammin kuin alkoholia kohtuudella käyttävän ikäihmisen hoivaaja, ja on taipuvainen toivomaan hoivattavansa sijoittamista johonkin muuhun hoitomuotoon kuin kotihoitoon.
- ▶ Tyypillisimmillään kohtuutta runsaammin alkoholia käyttävä eläkeikäinen on kotihoidon keskimääräistä asiakasta nuorempi, ikään kuin varhain vanhennut: hänellä on useita arkiselviytymisen ongelmia, hänen kognitiotasonsa on alentunut yhtä usein kuin vertailuryhmässä, mutta hänellä on muun muassa suurempi vaara kaatuilla sekä usein jokin psykiatrinen sairaus.
- ▶ Hän on keskimääräistä useammin eronnut ja useammin mies kuin nainen. Hän saattaa tinkiä välttämättömistä tarpeistaan vähävaraisuuden vuoksi, vastustaa tarjottua apua sekä olla sanallisesti aggressiivinen.
- ▶ Kohtuutta runsaammin alkoholia käyttävien eläkeikäisten yksilölliset erot ovat kuitenkin suuria. Siksi kotihoidon, päihdehuollon ja omaisten yhteistyötä tuleekin tiivistää ja muokata toimijoiden keskinäisiä suhteita joustavammaksi.
- ▶ Yli 65-vuotiaiden erityistarpeisiin vastaavien toimintamallien ja päihde-työn kehittämiseen on kiinnitettävä huomiota aiempaa enemmän. Erityisesti on vahvistettava hoivaavien omaisten tukea.
- ▶ Tarvitaan vielä huomattavaa panostusta kohtuutta runsaammin alkoholia käyttäviä ikäihmisiä ja erityisesti palvelujärjestelmää heidän osaltaan koskevaan tutkimukseen.

Lähteet

- Ahlström, Salme (2007) Iäkkäiden naisten päihteiden käyttö. Kirjallisuuskatsaus. Yhteiskuntapolitiikka 72(5), 562–567.
- Ahlström, Salme & Mäkelä, Pia (2010) Alkoholi ja iäkkäät Suomessa. Yhteiskuntapolitiikka 75 (6), 674–678.
- Barnes, Andrew J & Moore, Alison A & Xu, Haiyong & Ang, Alfonso & Tallen, Louise & Mirkin, Michelle & Ettner, Susan L (2010) Prevalence and correlates of at-risk drinking among older adults: the project SHARE study. Journal of General Internal Medicine 25(8), 840–846.
- Finne-Soveri Harriet ym. (2012) Sosiaali- ja terveystalouden ja -hallinnon neuvottelukunta. Julkaisuja 12. Helsinki: Valtiovarainministeriö, 53–193. http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/03_kunnat/20120326Perusp/pe-ruspalvelujen-tila-rapo12-2012_web.pdf
- Gunnarsson, Evy (2012) Dilemman och utmaningar – hemtjänstens arbete med äldre personer som har missbruksproblem. Teoksessa Jessica Storbjörk (toim.) Samhället, alkoholen och drogerna. Politik, konstruktioner och dilemman. Stockholm: Stockholms universitets förlag, 237–253.
- Gupta, Susham & Warner, James (2008) Alcohol-related dementia: a 21st-century silent epidemic? The British Journal of Psychiatry 193, 351–353.

- Haarni, Ilka & Hautamäki, Lotta (2008) Ikään-
tyvät juomatavat. Elämänkokemus ja
muuttuva suhde alkoholiin. Helsinki:
Gaudeamus.
- Herring, Rachel & Thom, Betsy (1997) Alcohol
misuse in older people: the role of home
carers. *Health & social care in the com-
munity* 5(4), 237–245.
- Immonen, Sirpa & Valvanne, Jaakko & Pitkälä,
Kaisu H (2010) Older adults' own reason-
ing for their alcohol consumption. *Inter-
national Journal of Geriatric Psychiatry*
26, 1169–1176.
- Immonen, Sirpa & Valvanne, Jaakko & Pit-
kälä, Kaisu H (2011) Prevalence of at-risk
drinking among older adults and associ-
ated sociodemographic and health-relat-
ed factors. *Journal of nutrition, health
and ageing* 15(9), 789–794.
- Julkunen, Raija (2006) Kuka vastaa? Hyvin-
vointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Hel-
sinki: Stakes.
- Jyrkämä, Jyrki & Haapamäki, Laura (2008)
Åldrande och alkohol. Nordisk forskning
och diskussion. NAD-publikation 52.
Helsinki: Nordisk center för alkohol- och
drogforskning.
- Kaskiharju, Eija & Kemppainen, Anne-Kat-
ri (2012) Päihdepelissäännöt palvelutaloi-
hin – yhteinen asia, yhdessä oivaltaen. Ra-
portteja 1/2012. Helsinki: Ikäinstituutti.
- Kauppinen, Kaisa & Jolanki, Outi (2012) Työn
sekä omais- ja läheishoivan yhdistämi-
nen – työssä jatkamisajatukset. Teoksessa
Merja Perkiö-Mäkelä & Timo Kauppinen
(toim.) *Työ, terveys ja työssä jatkamisaja-
tukset. Työ ja ihminen, tutkimusraportti*
41. Helsinki: Työterveyslaitos, 133–156.
- Kehusmaa, Sari & Autti-Rämö, Ilona & Hele-
nius, Hans & Hinkka, Katariina & Valas-
te, Maria & Rissanen, Pekka (2012) Factors
associated with the utilization and
costs of health and social services in frail
elderly patients. *BMC Health Services Re-
search* 12, 204–212.
- Knif, Pirjo (2012) Keski-ikäiset ikääntyvien
omaistensa auttajina? Tutkimus sukupol-
vien välisestä informaalista hoivasta. Jy-
väskylä studies in education, psychology
and social research 439. Jyväskylä: Jyvä-
skylän yliopisto.
- Kröger, Teppo & Yeandle, Sue (eds.) (tulossa)
Combining paid work and family care:
policies and experiences in international
perspective. Bristol: Policy Press.
- Laitalainen, Elina & Helakorpi, Satu & Uutela,
Antti (2008) Eläkeikäisen väestön terveys-
käyttäytyminen ja terveys keväällä 2007 ja
niiden muutokset 1993–2007. *Julkaisuja*
B 14. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Leinonen, Anu (2011a) Informal family carers
and lack of personal time: Descriptions of
being outside the sphere of formal help.
Nordic social work research 1(2), 91–108.
- Leinonen, Anu (2011b) Toimivat palvelut –
edellytys ansiotyön ja omaishoivan yh-
distämiselle? *Yhteiskuntapolitiikka* 76(5),
553–563.
- Mikkola, Tuula (2009) Sinusta kiinni – tutki-
mus puolisohoivan arjen toimijuuksista.
Sarja A, tutkimuksia 21. Helsinki: Diako-
nia-ammattikorkeakoulu.
- Nuorvala, Yrjö & Huhtanen, Petri & Ahtola, Rai-
ja & Metso, Leena (2008) Päihdeasiakkaat
entistä vanhempia. *Dialogi* 18(3), 39–40.
- Onder, Graziano & Finne-Soveri, Harriet &
Soldato, Manuel & Liperoti, Rosa & Lat-
tanzio, Fabrizia & Bernabei, Roberto &
Landi, Francesco (2009) Distress of car-
egivers of older adults receiving home
care in European countries: results from
the AgeD in HOme Care Study. *The
American Journal of Geriatric Psychia-
try* 17(10), 899–906.
- Saarenheimo, Marja & Pietilä, Minna (toim.)
(2006) Kaksin kotona – iäkkäiden
omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia.
*Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus-
ja kehittämishanke. Tutkimusraportti* 6.
Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.
- Tolvanen, Eija (1998) I and others: alcohol use
among older people as a social and cul-
tural phenomenon. *Ageing and society*
18(5), 563–583.
- Vakkuri, Johanna (2011) Pilkahduksia Pilk-
keestä – Tutkimus ikääntyvien päih-
teidenkäyttäjien päivätoimintaryhmistä.
Helsingin diakonissalaitoksen raportte-
ja 1. Helsinki: Helsingin Diakonissalaitos.
- Weyerer, Siegfried & Schäufele, Martina &
Wiese, Birgitt & Maier, Wolfgang &
Tebarth, Franziska & van den Bussche,
Hendrik & Pentzek, Michael & Bickel,
Horst & Lippa, Melanie & Riedel-Hel-
ler, Steffi G (2011) Current alcohol con-
sumption and its relationship to incident
dementia: results from a 3-year follow-up
study among primary care attenders aged
75 years and older. *Age and Ageing* 40(4),
456–463.
- Vilkko, Anni & Sulander, Tommi & Laitalainen,
Elina & Finne-Soveri, Harriet (2010) Mi-
ten iäkkäät suomalaiset juovat? Teoksessa
Pia Mäkelä, Heli Mustonen & Christoffer

Tigerstedt (toim.) Suomi juo. Suomalaisen alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 142–153.

Zechner, Minna (2010). Informaali hoiva sosiaalipoliittisessa kontekstissa. Tampere: Tampereen yliopisto.

Liite 1.

Taustamuuttajat luokiteltuna: säännöllisen kotihoidon asiakkaat yhteensä ja jaoteltuna alkoholinkäytön mukaan

	Kaikki n (%)	Kohtuutta runsaampi alkoholinkäyttö n (%)	Kohtuullinen alkoholinkäyttö tai ei käyttöä n (%)	p
DEMOGRAFIAA				
Mies	1527 (25,9)	174 (55,6)	1413 (24,3)	<0,0001
Nainen	4539 (74,1)	139 (44,1)	4400 (75,7)	<0,0001
Ikä alle 75 vuotta	1075 (17,6)	156 (49,8)	919 (15,8)	<0,0001
Ikä alle 65 vuotta	371 (6,1)	56 (17,9)	315 (5,4)	<0,0001
Naimaton	783 (12,8)	47 (15,0)	736 (12,7)	0,2242
Naimisissa	1261 (20,6)	74 (23,6)	1187 (20,4)	0,1696
Leski	3194 (52,1)	87 (27,8)	3107 (53,5)	<0,0001
Asumuserossa	15 (0,2)	2 (0,6)	13 (0,2)	ei testiä
Eronnut	778 (12,7)	82 (26,2)	696 (12,0)	<0,0001
Avoliitossa	95 (1,6)	21 (6,7)	74 (1,3)	<0,0001
ASUINKUMPPANI				
Asuinkumppani puoliso	1363 (22,3)	83 (26,5)	1280 (22,0)	0,0624
Asuinkumppani puoliso ja muu henkilö	81 (1,3)	9 (2,9)	72 (1,2)	0,0135
Asuinkumppani lapsi, ei puolisoa	208 (3,4)	4 (1,3)	204 (3,5)	0,0337
Asuinkumppani muu kuin puoliso tai lapsi	114 (1,9)	5 (1,6)	109 (1,9)	0,7233
Yhteisasunto	15 (0,24)	1	14	ei testiä
Ei asuinkumppania	4345 (70,9)	211 (67,4)	4134 (71,1)	0,1598
HOIVAVERKOSTO				
Hoivaaja on puoliso	974 (15,9)	65 (20,8)	909 (15,6)	0,0156
Hoivaaja on lapsi	4001(65,3)	171 (54,6)	3830 (65,9)	<0,0001
Hoivaaja on muu sukulainen	1442 (23,5)	71 (22,7)	1371 (23,6)	0,7142
Hoivaaja on muu kuin sukulainen	387 (6,3)	37 (11,8)	350 (6,0)	<0,0001
Omaishoitajan virallinen status	1091 (17,8)	41 (13,1)	1050 (18,1)	0,0254
Hoivaaja ei halua jatkaa	155 (2,5)	7 (2,2)	148 (2,6)	0,734
Hoivaaja on tyytymätön	89 (1,5)	11 (3,5)	78 (1,3)	0,0018
Hoivaaja on kuormittunut, uupunut	720 (11,2)	56 (17,9)	664 (11,4)	0,0005
Hoidettava haluaa pois kotoa	133 (2,2)	8 (2,6)	125 (2,2)	0,6315
Hoivaaja haluaa hoidettavan pois kotoa	550 (9,0)	56 (17,9)	494 (8,5)	<0,0001
Molemmat haluavat hoidettavan pois kotoa	420 (6,9)	25 (8,0)	395 (6,8)	0,4162

6 Kotona asuvan ikäihmisen kohtuutta runsaampi alkoholinkäyttö ja omaisen hoivavastuu

	Kaikki n (%)	Kohtuutta runsaampi alkoholin- käyttö n (%)	Kohtuullinen alkoholin- käyttö tai ei käyttöä n (%)	p
HOIVAN HAASTEITA				
Verbaalinen aggressiivisuus	278 (4,5)	35 (11,2)	243 (4,2)	<0,0001
Sosiaalisesti poikkeava käytös	125 (2,0)	16 (5,1)	109 (1,9)	<0,0001
Psykiatrinen sairaus	1069 (17,5)	89 (28,4)	980 (16,9)	<0,0001
Hoidon / avun vastustelu	588 (9,1)	53 (16,9)	505 (8,7)	<0,0001
Hoidettava tinkii välttämättömistä tarpeistaan vähävaraisuuden vuoksi	146 (2,4)	25 (8,0)	121 (2,1)	<0,0001
Hoidettava kaatunut vähintään kerran edeltäneen 90 vrk aikana	1542 (25,2)	105 (33,6)	1437 (24,7)	<0,0005
Asunnossa pesutilojen ongelma	424 (6,9)	40 (12,8)	384 (6,6)	<0,0001
TOIMINTAKYKY, KOGNITIO				
Kognitio normaali tai lähes normaali (CPS=0)	1714 (28,0)	68 (21,7)	1646 (28,3)	0,0114
Rajapintainen tai lievä kognition alenema (CPS=1-2)	3447 (56,3)	200 (63,9)	3247 (55,9)	0,0052
Kognition keskivaikea tai sitä vaikeampi alenema (CPS>2)	965 (15,8)	45 (14,4)	920 (15,8)	0,4929
TOIMINTAKYKY, ARJESTA SUORIUTUMINEN				
Avun tarve yhdessä tai useammassa IADL toiminnoissa (IADL capacity>0) *	5583 (91,1)	297 (94,9)	5286 (90,9)	0,0165
Ei avun tarvetta päivittäisissä toiminnoissa (ADLh=0)**	4235 (69,1)	208 (66,5)	4027 (69,3)	0,2924
Seurannan tai kevyen avun tarve päivittäisissä toiminnoissa (ADLh = 1-2)	1201 (19,6)	64 (20,5)	1137 (19,6)	0,7
Runsas tai yhtämittainen avun tarve päivittäisissä toiminnoissa (ADLh = 3-6)	690 (11,3)	41 (13,1)	649 (11,2)	0,2917
DIAGNOOSEJA				
Muistisairauden diagnoosi	2328 (38,0)	99 (31,6)	2229 (38,4)	0,0171
Diabetes	1624 (26,5)	79 (25,2)	1545 (26,6)	0,6012
Aivohalvaus	753 (12,3)	43 (13,7)	710 (12,2)	0,4238
Lonkkamurtuma	240 (3,9)	9 (2,9)	231 (4,0)	0,3292
Syöpä	490 (8,0)	19 (6,1)	471 (8,1)	0,1967
Psykiatrinen sairaus	1069 (17,5)	89 (28,4)	980 (16,9)	<0,0001

*IADL = Asioimiseen ja kotielämään liittyvät toiminnot – Arvioidaan asioimisen suunnittelua ja toteutusta, kuten esimerkiksi ostosten tekemistä, raha-asioista huolehtimista ja virastoissa asioimista. Kotielämään liittyen arvioidaan aterioiden valmistamista, selviytymistä kotitalousteistä (esimerkiksi vaatehuolto, siivous, tiskaaminen ja kotitalouskoneiden käyttäminen), kotitalouden tavaroista, kasveista ja eläimistä huolehtimista. Kotielämään sisältyy myös toisista henkilöistä huolehtiminen, kuten esimerkiksi lapsen hoidon järjestäminen ja siitä huolehtiminen. (Toimintaterapianimikkeistö, Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen koodistopalvelin, 17.10.2012.)

**ADL = Itsestä huolehtiminen – Arvioidaan pukeutumista (esimerkiksi asianmukaisuus ja siisteys), hygieniää ja peseytymistä, eri kehon osien hoitamista (esimerkiksi hampaiden pesu, kynsien leikkaaminen), wc-toimintoja, omasta terveydestä huolehtimista, ruokailua ja ruokailutottumuksia, seksuaalitoimintoja (osallistumista seksuaalista tyydytystä tuottaviin toimintoihin), henkilökohtaisista välineistä, kuten silmälasit, kuulokoje, ortoosit ja proteesit, huolehtimista sekä liikkumista ja siirtymistä toiminnan yhteydessä. (Toimintaterapianimikkeistö, Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen koodistopalvelin, 17.10.2012.)

7 Parisuhdeväkivalta ja alkoholi: uhrin vai tekijän ongelma?

Rikollisuuden syitä tarkastelevan tutkimuksenperinteen mukaan alkoholi voi lisätä väkivaltaista käyttäytymistä tai riskiä joutua uhriksi (Kivivuori 2008; Laslett ym. 2010). Yksinkertaistaen voidaan sanoa, että päihtymys tai humalatila voi kärjistää riskitietoja ja lisätä esimerkiksi rahaan, ajankäyttöön tai mustasukkaisuuteen liittyviä erimielisyyksiä ja näin madaltaa kynnystä väkivaltaan. Kotona, missä ulkoinen kontrolli puuttuu, päihtymys tai humalatila voi alentaa sosiaalista painetta pidättäytyä väkivallasta. Päihtymystä tai humalatilaa voidaan käyttää myös tekosyynä väkivaltaan tai perusteena oman vastuun kieltämiseen (ks. lisää Piispa & Heiskanen 2009).

Alkoholin ja parisuhdeväkivallan yhteyden tunnistaminen on herättänyt myös vastustusta, erityisesti feministisen väkivallan tutkimuksen parissa. Pelätään, että tekijän vastuu omista teoistaan poistuu, kun alkoholia tarkastellaan väkivaltaa selittävänä tekijänä (esim. Laslett ym. 2010). Alkoholismien näkeminen yksilöllisenä sairautena voi vapauttaa juojan ainakin osittain vastuusta muille aiheuttamistaan ongelmista (Room ym. 2010). Jos katse puolestaan suunnataan uhrin omaan juomiseen, nähdään se helposti syynä siihen, miksi hän kokee väkivaltaa, erityisesti, jos uhri juo yhdessä tekijän kanssa. Pelkona on, että tuolloinkin unohdetaan väkivallan tekijän vastuu teoistaan ja väkivalta sivuutetaan. Sen sijaan vähätellään uhrin kokemuksia ja väkivallan aiheuttamia seurauksia, ja pahimmassa tapauksessa vastuu väkivallan kohteeksi joutumisesta siirretään uhrille. Feministinen väkivallan tutkimus on tuonut toisenlaista näkökulmaa uhrin omaan juomiseen, ja uhrin runsas alkoholinkäyttö nähdään pikemminkin väkivallan seurauksena ja yrityksenä hoitaa väkivallasta aiheutuneita traumoja (esim. Kaysen ym. 2007).

Parisuhteissa (ja yleensä läheissuhteissa) tapahtuvan väkivallan ero muuhun väkivaltaan on, että väkivalta tapahtuu läheisessä suhteessa, osana puolisoitten arkielämää ja jokapäiväistä vuorovaikutusta. Muusta väkivallasta poiketen parisuhdeväkivaltaan voi liittyä myös erilaisia henkisen väkivallan, alistamisen ja kontrollin piirteitä, ja jatkuessaan väkivalta usein muuttuu vakavammaksi.

Tässä katsausartikkelissa tarkastellaan tekijän alkoholinkäytön yhteyttä parisuhdeväkivaltatilanteisiin sekä väkivallasta uhrille aiheutuneisiin seurauksiin. Katsaus perustuu sekundaarilähteisiin ja tukeutuu kyselyaineistosta sekä valmiista tilastoaineistoista (kuten henkirikos- ja poliisitilastot) tehtyihin raportteihin ja tutkimuksiin. Artikkelit paneutuu ennen kaikkea suomalaisiin tutkimustuloksiin, mutta myös aiheesta tehtyyn kansainväliseen tutkimuskirjallisuuteen. Ensin käydään läpi kotimaiset tietolähteet ja niiden luotettavuus. Tämän jälkeen selvitetään parisuhdeväkivallan

esiintyvyyttä miehillä ja naisilla ja sitä, miten tekijän ja uhrin alkoholinkäyttö vaikuttavat parisuhdeväkivallan yleisyyteen. Jatkotarkastelu tuo esiin, miten alkoholi pahentaa väkivaltilanteita ja ääritapauksissa johtaa henkirikokseen. Lopuksi pohditaan päihdehaittojen hoitamista sekä uhrin että tekijän näkökulmista.

Kotimaiset tietolähteet ja niiden luotettavuus

Väkivallan tutkimuksessa on perinteisesti selvitetty myös alkoholin aiheuttamia haittoja muille. Esimerkiksi kun väestöltä kysytään väkivallan kohteeksi joutumisesta, samalla selvitetään alkoholin tai muiden päihteiden osuutta näissä tilanteissa kysymällä, oliko väkivallantekijä tai kyselyyn vastaaja päihtynyt väkivallan tapahtuessa. Tilastoitua tietoa väkivallan ja alkoholin välisestä yhteydestä saadaan viranomaisten ylläpitämistä rekistereistä tai tilastolähteistä, kuten poliisin tietoon tullutta rikollisuutta kuvaavista tilastoista tai henkirikollisuuden seurantajärjestelmästä.

Poliisin tietoon tullut rikollisuus -tilasto keskittyy rikollisuutta koskevien alueellisten jakaumien sekä poliisin toiminnan kuvaamiseen. Tilasto sisältää tietoja ilmitulleiden rikosten laadusta ja määrästä. Syylliseksi epäillyistä ilmoitetaan epäiltyjen sukupuoli, ikä ja yleisimmät ulkomaalaisryhmät. Tilastointijärjestelmään on liitetty tiedot väkivallan uhrin iästä ja sukupuolesta vuoden 2008 alusta. Tilasto sisältää tietoja perheväkivallasta. Tilasto laaditaan sisäasiainministeriön poliisin tutkinta- ja virka-apujärjestelmästä (RIKI) saaduista tiedoista. (StatFin 2012.)

Henkirikollisuuden seurantajärjestelmä on Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen, Poliisiammattikorkeakoulun ja sisäasiainministeriön poliisiosaston vuodesta 2002 lähtien ylläpitämä tietokanta, jonka avulla seurataan ja tutkitaan kuolemaan johtaneen väkivallan määrää ja piirteitä. Järjestelmään kirjataan perustiedot poliisin tietoon tulevien henkirikosten (murha, tappo, surma, lapsensurma) ja tahallisen pahoinpitelyrikoksen yhteydessä tehtyjen kuolemantuottamusrikosten osapuolista sekä teonpiirteistä. Lisäksi tietokannassa on tietoja osapuolten päihtymyksestä tekoheikellä sekä aikaisemmasta päihteiden käytöstä. Tiedot kerätään rikosten esitutkinnasta vastaavilta henkilöiltä määrämuotoisella sähköisellä lomakkeella, kun esitutkinta on päättynyt tai kun rikoksen ilmi tulosta on kulunut yksi vuosi. (Lehti 2011.)

Viranomaisten tilastoiman tiedon käyttöä rajoittaa se, että tieto on aina tuotettu ensisijaisesti toimintaa kuvaamaan, ei tutkimuskäyttöön. Lisäksi tilasto poliisin tietoon tulleesta rikollisuudesta ja henkirikollisuuden seurantajärjestelmä perustuvat poliisin täyttämään tietoon. Rajoituksena on, että kaikkea tietoa ei ole täytettävillä saatavilla, joten tilastossa voi olla vajavaisuuksia. Kaikki väkivaltarikollisuus ei myöskään tule viranomaisten tietoon. Piiloon jäävän rikollisuuden osuus on erityisen suurta parisuhdeväkivallassa.

Uhritutkimusten avulla väestöltä kerätään tietoa heidän kokemastaan väkivallasta, ja tällöin seurannan kohteena ovat myös rikokset, joista ei tehdä ilmoitusta poliisille. Kyselytutkimuksissa väkivallan kertomisen kynnys on matalampi kuin poliisi-

sille ilmoittamisessa, ja näin kyselyt tavoittavat paremmin myös lievempää väkivaltaa kokeneet (ks. esim. Heiskanen 2002). Tutkimuksia, joissa on tarkasteltu laajemmin aikuisväestön kokemuksia parisuhdeväkivallasta ovat naisuhritutkimukset (Heiskanen & Piispa 1998; Piispa ym. 2006) ja miesuhritutkimus (Heiskanen & Ruuskanen 2010). Naisuhritutkimukset perustuvat suurehkoon otokseen (1997 n = 4955 ja 2005 n = 4464), ja niiden aineisto on kerätty postikyselyllä (Heiskanen & Piispa 1998; Piispa ym. 2006). Miesten kokemasta väkivallasta julkaistiin pilottitutkimus marraskuussa 2010. Aineisto koostui 1918 miehen ja 1283 naisen haastattelusta, ja tutkimuksen ensisijaisena tavoitteena oli verrata kolmea erilaista tutkimusmetodia. Tutkimuksesta saadaan kuitenkin vertailutietoa myös naisten ja miesten parisuhteessa kokemasta väkivallasta. (Heiskanen & Ruuskanen 2010.) Kyselytutkimusten rajoituksena on, että kaikki eivät vastaa kyselyihin ja että tutkimuksen ulkopuolelle voivat jäädä erityisesti ne henkilöt, joilla on sosiaalisia ongelmia ja elämänhallinnan vaikeuksia.

Parisuhdeväkivallan esiintyvyys miehillä ja naisilla

Tutkimusten mukaan alkoholihumalassa oleminen näyttää lisäävän väkivaltaisuutta. Vuosina 1980–2009 tehdyissä haastatteluissa kaikenlaisen väkivallan kohteeksi joutuneista miehistä 72–84 prosenttia ja naisista 50–65 prosenttia mainitsi väkivaltaisesti käyttäytyneen henkilön olleen päihtynyt. Vastaavasti miehistä 31–45 prosenttia ja naisista 12–19 prosenttia kertoi itse olleensa tapahtumahetkellä alkoholin vaikutuksen alainen. Vaikka uhrin päihtymys väkivaltatilanteissa on aika yleistä, naisten kokemaan väkivaltaan alkoholi liittyy kuitenkin harvemmin kuin miesten. (Lehti ym. 2011.)

Väkivallan uhriksi parisuhteessa voivat joutua sekä miehet että naiset. Tosiasia kuitenkin on, että vakavan ja seurauksia aiheuttavan väkivallan uhriksi parisuhteessa joutuvat useammin naiset.

Poliisin tietoon tulleesta lähisuhde- ja perheväkivallasta selvästi suurempi osa on kohdistunut naisiin kuin miehiin. Esimerkiksi vuonna 2007 poliisin tietoon tullessa parisuhdeväkivallassa 86 prosentissa tapauksista oli uhrina ollut nainen (Salmi ym. 2009). Lievissä (84 %) ja perusmuotoisissa pahoinpitelyissä (88 %) naisten osuus parisuhdeväkivallan uhreista on korostunut. Parisuhteessa tapahtuneet törkeät pahoinpitelyt ja henkirikoksen yritykset jakautuvat tasaisemmin, sillä niistä keskimäärin 55 prosenttia oli kohdistunut naisiin (Tilastokeskus 2010). Vakavissa, kuolemaan johtaneissa parisuhdeväkivaltatapauksissa uhri on tyypillisesti nainen (80 % vuosina 2003–2011; Henkirikollisuuden seurantarjestelmä).

Kyselyt toistavat rekisteritiedoista saatua kuvaa väkivallan eriytyemisestä sukupuolen mukaan. Useat kyselytutkimustulokset viittaavat siihen, että naiset saavat miehiä enemmän ja useammin vammoja parisuhdeväkivallan seurauksena (ks. esim. Archer 2002) ja että naisten väkivallan kokemukset toistuvat useammin kuin miesten (Walby & Allen 2004). Suomalainen pilottiaineisto miesten parisuhteessa kokemasta väkivallasta ei poikkeakaan kansainvälisistä tutkimuksista. Väkivallan kokemukset

olivat siinä yhtä yleisiä nykyisessä parisuhteessa sekä miehillä (16 %) että naisilla (17 %), mutta naisten ja miesten kokeman parisuhdeväkivallan muodot erosivat, samoin kuin väkivallan seuraukset. Naisille aiheutui parisuhdeväkivallasta yli kaksi kertaa useammin fyysisiä vammoja kuin miehille ja kolme kertaa useammin psyykkisiä seurauksia. Naiset kokivat parisuhdeväkivaltaa selvästi useammin, eli tapahtumakertoja oli enemmän kuin miehillä. (Heiskanen ja Ruuskanen 2010.) Tämäkin tutkimus osoitti, että naisten entisissä parisuhteissa kokema väkivalta on aivan liian yleistä ja kaksi kertaa yleisempää kuin miesten entisissä parisuhteissa kokema väkivalta.

Miten tekijän ja uhrin alkoholinkäyttö vaikuttaa parisuhdeväkivallan yleisyyteen?

Tekijän tai uhrin alkoholinkäytön yhteyttä parisuhdeväkivaltaan tarkastelleiden tutkimusten mukaan juomisen runsaus on merkittävämpi tekijä väkivallan esiintyvyyden ennustamisessa kuin se, kuinka usein juodaan (Laslett ym. 2010). Suomalaisen naisten kokemaa väkivaltaa kartoittaneen tutkimuksen mukaan runsaassa kahdessa tapauksessa viidestä joko tekijä, uhri tai molemmat olivat päihtyneitä vakavimmassa parisuhdeväkivaltatapauksessa (Piispa 2006, 74). Parisuhdeväkivallan osapuolet eivät ole yhtä usein päihtyneitä kuin muussa väkivallassa, mutta tapaukset olivat seurauksiltaan vakavampia ja tulivat useammin poliisin tietoon juuri silloin, kun molemmat osapuolet tai väkivallantekijä olivat päihtyneitä. Heiskanen ja Ruuskanen (2010) tutkimus vahvistaa samaa kuvaa suomalaisten parisuhteiden väkivallan ja alkoholin yhteydestä, vaikkakin molempien ja erityisesti tekijän päihtymys on selvästi yleisempää muissa väkivaltatapauksissa kuin parisuhdeväkivaltatapauksissa (taulukko 1). Naisten parisuhteissa kokemissa väkivaltatapauksissa taas puoliso oli useammin päihtynyt kuin miesten kokemissa ja uhri itse oli harvemmin juonut kuin silloin, kun mies koki parisuhteessaan väkivaltaa. Alkoholiehtoisen väkivallan eroavuudet nais-

TAULUKKO 1. Tekijän ja uhrin päihtymys tuntemattoman, tutun väkivallantekijän ja parisuhdeväkivallan tapauksissa, % (Heiskanen ja Ruuskanen 2010)

	Tekijä					
	Tuntematon		Tuttu		Parisuhde	
	Uhri					
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
Tekijä päihtynyt	78	53	63	52	40	57
Uhri päihtynyt	59	24	44	23	47	31
Jompikumpi päihtynyt	84	58	66	52	50	61
Molemmat päihtyneitä	52	18	41	23	36	27
Otoskoko	769	357	393	264	209	138

ten ja miesten välillä ovat tulleet esiin myös ulkomaisissa tutkimuksissa (Thompson & Kingree 2006; Laslett ym. 2010).

Alkoholi pahentaa väkivallan seurauksia

Kansainvälisissä pitkittäistutkimuksissa on osoitettu, että puolison juomisella on yhteyttä väkivallan vakavuuteen ja esiintyvyyteen. Puolison juomakausien aikana väkivalta on todennäköisempää kuin hänen selvinä kausinaan ja väkivaltatapausten on myös todettu olevan seurauksiltaan vakavampia sekä aiheuttavan uhreissa enemmän vihaa ja pelkoa omasta turvallisuudesta (Graham ym. 2004; ks. Laslett ym. 2010).

Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan kumppanin humala ennusti voimakkaimmin sekä poliisille ilmoittamista että väkivallasta seuranneita fyysisiä vammoja. Väkivallan toistuminen useita kertoja ja pelko puolison väkivaltaisuudesta lisäsivät nekin merkittävästi poliisille ilmoittamisen todennäköisyyttä ja vammojen aiheutumista. (Thompson & Kingree 2006.) Samanlaisiin tuloksiin päädyttiin suomalaisessa tutkimuksessa, missä selvitettiin alkoholin yhteyttä naisten kokeman parisuhdeväkivallan seurauksiin (väkivallan poliisille ilmoittaminen, aiheutuneet fyysiset vammat sekä lääkärinhoitoon joutuminen). Alkoholin liittymistä väkivaltatilanteeseen mitattiin kysymällä, olivatko uhri tai tekijä päihdyksissä tapahtumahetkellä. Analyysissä vakioitiin osapuolten taustoja, väkivallan kesto, useus, puolison kontrolli ja pelko (huolestuneisuus puolison väkivaltaisuudesta). (Piispa & Heiskanen 2009.)

Suomalaisen aineiston mukaan nainen ilmoitti poliisille selkeästi useammin parisuhteessa tapahtuneesta väkivallasta silloin, kun hänen puolisonsa oli päihtynyt väkivallan tapahtuessa (Piispa & Heiskanen 2009). Kun väkivalta on kestänyt pidempään ja se on toistuvaa, siihen reagoidaan ja haetaan apua, mihin viittaa se, että tapaus ilmoitettiin herkemmin poliisille, jos väkivaltaa oli tapahtunut usein. Kumppanin humalatilasta vaikuttaa myös suurempaan vammariskiinkin parisuhdeväkivallassa. Huoli puolison väkivaltaisuudesta ja puolison kontrolloiva käyttäytyminen lisäävät myös vammojen syntymistä. Lääkärinhoitoa vaatineissa tapauksissa nousee selittäjäksi myös väkivaltakertojen määrä miehen humalatilasta ja väkivallan uusiutumisen pelon lisäksi, eli näinkin tarkasteltuna väkivallan toistuessa siitä aiheutuneet terveyshaitat lisääntyvät.

Väkivallan useus ja pelko puolison väkivallasta kuvaavat parisuhdeväkivallan kehittymistä vakavammaksi, ja näin ollen on ymmärrettävää, että ne ennustavat vammoja ja terveydenhuollon tarvetta. Tulosten mukaan todennäköisyys ilmoittaa tapaus poliisille ja hakeutua terveydenhuoltoon kasvavat väkivallan toistuttua usein. Tämä osoittaa, että siinä vaiheessa naiset eivät enää usko väkivallan loppuvan ilman ulkopuolista puuttumista ja että he pelkäävät omansa tai läheistensä hengen puolesta (ks. myös Thompson & Kingree 2006).

Tekijän alkoholin väärinkäyttö lisää todennäköisyyttä myös siihen, että väkivalta parisuhteessa uusiutuu. Kun väkivallan uusiutumisen riski on korkea, yli puolella tekijöistä on alkoholiriippuvuus (Howart ym. 2009). Suomessa lukumäärä on vie-

lä korkeampi, 60 prosenttia, mutta luku perustuu pieneen joukkoon (n = 45) (Piispa ym. 2012).

Ääripää – parisuhdeväkivalta tappaa

Ääripäässään parisuhteissa tapahtuneen väkivallan seuraukset näkyvät henkirikoksina. Naisten kuolleisuus henkirikoksiin on Suomessa eurooppalaisittain korkea, seitsemänneksi korkein Euroopan unionin jäsenmaissa. Myös naisten parisuhdeväkivallasta johtuva kuolleisuus on länsieurooppalaisittain suuri, esimerkiksi Ruotsiin verrattuna kaksikertainen. Korkea kuolleisuus vaikuttaisi Lehden (2011) mukaan johtuvan lähinnä Suomen korkeasta yleisestä henkirikoskuolleisuudesta. Riski joutua parisuhdetapon uhriksi oli selvästi suurin 30–49-vuotiailla, yhdessä puolison kanssa asuvilla naisilla (64 %). Kansainvälisten tutkimusten mukaan naisen riski tulla surmatuksi parisuhteessa on erityisen suuri suhteen päättyessä (Browne ym. 1999). Myös Suomessa parisuhdetappokuolleisuus eroamassa olevilla tai vastaeroneilla naisilla oli ainakin kymmenkertainen verrattuna parisuhteessa elävien naisten kuolleisuuteen vuosina 2003–2009 (Lehti 2011).

Parisuhdetapot kasaantuvat Lehden (2011) mukaan rajattuun, työelämän ulkopuolella olevaan moniongelmaiseen väestöryhmään muiden henkirikosten tavoin. Yksi yhteinen piirre on yhteys alkoholin väärinkäyttöön. Parisuhdetappoihin epäilyistä 53 prosenttia ja uhreista 47 prosenttia oli arvioitu päihteiden väärinkäyttäjiksi. Tapot tehtiin usein alkoholin vaikutuksen alaisina. Tämä koskee erityisesti työelämän ulkopuolella olevien pariskuntien välisiä rikoksia, joista noin 80 prosentissa sekä tekijä että uhri ja yli 90 prosentissa ainakin jompikumpi oli rikoshetkellä alkoholin vai-

TAULUKKO 2. Alkoholin ja päihteiden yhteys parisuhteessa tapahtuneisiin henkirikoksiin, % (Lehti 2011)

	Avoliitossa	Avoliitossa	Seurustelu- suhde	Ex-kump- pani	Kaikki
Molemmat humalassa	37	85	63	60	58
Vain tekijä päihtynyt	18	3	18	25	15
Vain uhri päihtynyt	5	3	0	0	2
Kumpikin selviä	32	10	13	15	20
Tieto puuttuu	8	0	8	0	5
Otoskoko	65	40	40	20	165

kutuksen alainen. Työelämässä olevien pariskuntien välisistä rikoksista noin kolmasosassa kumpikin oli rikoshetkellä selvin päin.

Päihdehaittojen hoitaminen; ketä tulee hoitaa, uhria vai tekijää?

Päihteiden väärinkäyttö lisää parisuhdeväkivaltaa. Erityisesti väkivallantekijän päihtymys väkivaltilanteissa vaikuttaa siihen, että tapaukset ovat usein vakavampia, niistä aiheutuu vakavia vammoja uhrille sekä pelkoa väkivallan uusiutumisesta. Alkoholiehtoinen parisuhdeväkivalta haastaa alkoholihaittojen tutkimuksessa vallalla olleen yksilöllistyneen hoitonäkökulman, missä ongelmallinen juominen on ensisijassa yksilön ongelma (Room ym. 2010). Kun päihtynyt käyttäytyy väkivaltaisesti puolisoaan kohtaan, siitä koituu seurauksia ensisijaisesti hänen puolisolleen, väkivallan kokijalle.

Pohdittaessa alkoholin yhteyttä parisuhdeväkivaltaan on hyvä miettiä, kenen ongelma alkoholi tuolloin on. Pitkäaikainen väkivallan kokeminen ja sen uhan alla eläminen vaikuttavat väkivallan uhriin monin tavoin, esimerkiksi psyykkisenä oireiluna, kuten masentuneisuutena ja ahdistuneisuutena, mutta siitä voi tulla myös suoranaisia taloudellisia seurauksia, kuten töistä poissaoloja ja taloudellisia vaikeuksia. Useimmiten uhri kantaa väkivallan seuraukset. Naisiin kohdistuneen parisuhdeväkivallan tekijöistä kuitenkin vain kuusi prosenttia haki apua (naispuolisista uhreista 26 prosenttia vuonna 1997, ks. Heiskanen & Piispa 1998).

Työskentely päihteitä käyttävän väkivallantekijän tai tämän uhrin kanssa on haastavaa. Päihteet liittyvät usein niin sanottuun parisuhdeterrori-tyyppiseen väkivaltaan, missä väkivalta on toistuvaa, vakavaa ja siihen liittyy myös kaikenlaista uhrin kontrollointia ja alistamista (Säävälä ym. 2011). Päihteiden käyttö heikentää usein impulssikontrollia, mistä syystä päihdeongelmaisen elämänhallinta on heikompaa. Kun nämä tekijät yhdistyvät avun hakemista ja vastaanottamista vaikeuttaviin tekijöihin, kuten tekijän huonoon motivaatioon ja siihen, ettei tekijä ota vastuuta väkivaltaisesta käyttäytymisestään, työntekijätkin helposti ajattelevat näiden väkivaltaisten miesten auttamisen toivottomaksi tehtäväksi.

Päihteitä käyttävät naiset eivät helposti täytä auttajien ja yhteiskunnan muodos-tamaa kuvaa ideaaliuhrista. Ollakseen uskottava, rikoksen uhrin tulee täyttää tietyt kriteerit. Ideaaliuhriin liitettäviä piirteitä ovat muun muassa fyysinen heikkous, moraalisuus ja se, ettei hän ole uhriksi joutuessaan ollut tekemässä mitään moraalisesti epäilyttävää ja että hänellä on voimavaroja ja kyky vakuuttaa muut uhrikokemukses-taan. Lisäksi pahoinpitelijä on ideaaliuhrille tuntematon, uhriin nähden (fyysises-ti) ylivoimainen ja häntä voidaan kuvata kielteisillä määreillä. (Christie 1986.) Päihteitä käyttävä parisuhdeväkivallan uhri rikkoo helposti kaikkia näitä oletuksia, sillä hän on voinut nauttia alkoholia yhdessä tekijän kanssa väkivaltilanteessa, eikä puoli-sonsa väkivaltaa pitkään sietänyttä naista välttämättä pidetä uskottavana uhrina, jos

hän ei ole kertonut asiasta ulkopuolisille, käynyt lääkärissä tai selostanut, miten vammat ovat syntyneet (Matikkala 2006, 417). Hän voi käyttäytyä uhmakkaasti, provosoivasti tai olla juovuksissa, jonka vuoksi häntä voidaan pitää epäluotettavana. Se, miten uhreihin suhtaudutaan, vaikuttaa Honkatukian (2011) mukaan myös siihen, ilmoittavatko uhrin asiasta viranomaisille, miten he kokevat rikosprosessin ja saavatko he halutessaan neuvoja, apua ja tukea. Tällaisen uhrin auttaminen on haastavaa, ja auttamisen esteenä nähdään uhrin sitoutumattomuus hänelle tarjottuun tukeen. Tutkimusten mukaan parisuhdeväkivallasta irrottautuminen on pitkä prosessi ja onnistumisen edellytyksenä ovat viranomaisten ja auttajien tuki ja apu sekä motivointi yhdessä uhrin oman valmiuden ja päätöksen kanssa (Robinson ja Tregigda 2007).

Uhrin syyllistetään helposti siitä, että hän ei jätä väkivaltaista puolisoaan ja että hän jatkaa hakattavana oloa. Sama syyllistävä asenne voi näkyä myös päihdetyössä. Suomalainen aineisto osoitti, että vaikka kumppanin päihtymys lisäsi poliisille ilmoittamista, naisen oma päihtymys vähensi ilmoittamista (Piispa & Heiskanen 2009). Naisen humalaan liittyy edelleen tabuja ja voimakasta syyllistämistä, mikä saattaa vaikuttaa siihen, etteivät päihtyneet naiset mielellään ota yhteyttä poliisiin tai muihin auttajatahoihin. Naisten syyllisyyden ja häpeän tunteet kokemastaan parisuhdeväkivallasta ja siitä, etteivät he kykene irrottautumaan väkivaltaisesta suhteesta, ovat yleisiä. Nämä tunteet voivat muodostaa uuden esteen (muiden esteiden ohella) asian kertomiselle viranomaisille. (Husso 2003; Piispa 2002.) Väkivallan ilmoittamiselle on siten kaksinkertainen este: ensiksikin väkivallan kokeminen kumppanin taholta on ahdistavaa ja yksityisasia, josta ei puhuta muille, ja toiseksi asiointi poliisiin kanssa alkoholia nauttineena lisää uhrin tuntemaa syyllisyyttä.

Väkivaltakokemukset voivat lisätä runsasta juomista ja muuta päihteiden käyttöä. Parisuhteessa tapahtuvan väkivallan seurauksia selvittäneissä ulkomaisissa tutkimuksissa naisten alkoholinkäyttö liitetään traumaattisista tilanteista selviytymiseen sekä posttraumaattisen stressin oireiden (PTSD) lievittämiseen, erityisesti silloin, kun naisella on kroonisia traumakokemuksia. Alkoholia käytetään näissä tilanteissa sekä oireiden itselääkintään että negatiivisista seurauksista ja ahdistuksesta selviytymiseen. (Kaysen ym. 2007.)

Parisuhdeväkivaltaan puuttumisen haasteellisuutta lisäävät alkoholinkäytössä tapahtuneet muutokset viime vuosikymmeninä, kuten naisten humalajuomisen yleistyminen. Alkoholinkulutus on lisääntynyt sotien jälkeen, ja naisten juominen on yleistynyt vielä voimakkaammin kuin miesten. Kehitys ei kuitenkaan tarkoita, että naiset olisivat suoraviivaisesti omaksuneet maskuliinisenä pidetyn alkoholinkäytön (Demant & Törrönen 2011). Naisten ja miesten alkoholin käyttömaailmat ovat olleet erillisiä, ja naisten juomista on luonnehtinut itsekontrolli ja liittyminen hyvätapaiseen yhdessäoloon, kun taas miehillä juominen on ollut runsasta ja arjen rajat ylittävää, toisin sanoen alkoholin käyttö ei rajoitu pelkästään viikonloppuihin ja vapaapäiviin vaan myös arkeen (ks. Simonen 2011). Viime vuosikymmeninä naisten ja miesten juomatapojen on kuitenkin katsottu lähentyneen ja 2000-luvulle tultaessa täysi-ikäisten naisten juominen ja erityisesti nuorten naisten humalajuominen on

jatkanut kasvuaan (Mustonen ym. 2009). Toinen viimeaikainen alkoholin käyttötapoja muuttanut piirre on kotona juomisen lisääntyminen (Mäkelä ym. 2010). Nämä voivat vaikuttaa siten, että sosiaalisen kontrollin puuttuessa parisuhdeväkivallan vakavat seuraukset yleistyvät.

Väkivallan uusiutumisen katkaisemiseksi tarvitaan monenlaista tukea uhrille, erityisesti silloin, kun uhrilla tai tekijällä on lisäksi päihdeongelmia. Ellei asiakas itse tuo asiaa esille, päihdetyössä ei aina tunnisteta, että päihdeiden käytön takana voi olla väkivaltaa tai että päihdeitä käyttävä asiakas voi olla väkivaltainen kotonaan ja hakee sen vuoksi apua päihdeongelmaansa. Tunnistamisen esteet voivat olla monenlaisia ja liittyä siihen, miten väkivaltaa kehystetään (ks. Virkki ym. 2011). Työpaikoilla ei välttämättä ole toimivia käytänteitä väkivallan tunnistamiseen ja siihen puuttumiseen, tai parisuhdeväkivalta nähdään yksilöllisenä ongelmana, jonka ratkaiseminen kuuluu osapuolille itselleen. Väkivallan uhriksi joutumista voidaan myös pitää ihmisen omana vikana. Jotta muutosta voidaan saada aikaan, työntekijät tarvitsevat tietoa väkivallasta ja siitä, miten lähisuhhteissa tapahtuva väkivalta vaikuttaa uhuriin ja tekijään.

Väkivaltaan puuttumista auttaa esimerkiksi väkivallan tarkastelu terveyden edistämisen näkökulmasta, jolloin ajatellaan väkivallan vaikutuksia ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin. Toinen näkökulma on niin sanottu oikeutettu puuttuminen, jolloin nostetaan esiin puuttumiseen oikeuttavia perusteita, kuten lastensuojelulainsäädäntö tai työpaikalla luodut selkeät puheeksi ottamisen ja puuttumisen toimintamallit ja rutiinit. (Virkki ym. 2011.) Tällaisia järjestelmällisiä väkivallan kartoitusmenetelmiä on jo luotu. Esimerkkinä voidaan mainita sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmään liitettäväksi tarkoitettu ”Väkivaltatapausten kartoituslomake” (Kärki ym. 2011), jonka avulla työntekijät voivat kysyä asiakkailta heidän kokemastaan tai tekemästään väkivallasta ja kirjata tapaukset tietojärjestelmään.

Järjestelmällisellä seulonnalla on huomattava merkitys parisuhdeväkivallan kartoittamisessa, uhrien hoitoonohjauksessa ja väkivallan ennaltaehkäisyssä. Esimerkiksi, kun Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä kartoitettiin aiempien lähisuhdeväkivallan kokemusten vaikutuksia, 10 prosenttia synnytysyksikön, 32 prosenttia psykiatrisen osaston ja 7 prosenttia päivystysalueen potilaista arvioi väkivaltakokemusten vaikuttaneen kielteisesti hyvinvointiinsa ja elämänhallintaansa. Tutkimuksen tekijät toteavatkin, että ilman järjestelmällisesti suoritettua kyselyä avuntarvetta voi olla vaikeaa tunnistaa (Notko ym. 2011). Lisäksi on luotava toimintamallit sille, miten väkivaltaan puututaan ja minne asiakas ohjataan.

Esimerkkinä päihdetyössä käytetystä puuttumisen mallista voidaan esittää Helsingin kaupungin läntisellä A-klinikalla käytössä ollut malli, jossa päihdehoidon yhteydessä puututaan myös väkivaltaan ja ohjataan tekijä eteenpäin väkivallan katkaisuun tarkoitettuun hoitoon. Päihdehoidon alkuarvioinnissa kartoitetaan asiakkaan kokemuksia väkivallasta. Jos arvioinnin aikana päädytään näkemykseen, että on syytä työskennellä päihdeongelman lisäksi myös väkivallan lopettamiseksi, on mahdollista ohjata asiakas lähisuhdeväkivaltaan puuttumiseen erikoistuneisiin palveluihin. (STM 2010.)

Mitä opimme?

- ▶ Alkoholilla on yhteyttä parisuhdeväkivallan esiintyvyyteen ja vakavuuteen.
- ▶ Väkivaltaepisodit ajoittuvat yleisimmin puolison juomiskausiin ja ovat tuolloin seurauksiltaan vakavampia.
- ▶ Päihdehuollon työntekijät tarvitsevat koulutusta parisuhdeväkivallasta ja siihen puuttumisesta.
- ▶ Päihdehuollossa tarvitaan järjestelmällistä parisuhdeväkivallan kartoittamista.
- ▶ Päihdehuollossa tarvitaan toimiva malleja, joilla voidaan puuttua parisuhdeväkivaltaan.

Lähteet

- Archer, John (2002) Sex differences in physical aggressive acts between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior* 7 (4), 313–351.
- Browne, Angela & Williams, Kirk R. & Dutton, Donald G. (1999) Homicide between intimate partners. Teoksessa M. Dwayne Smith & Margaret A. Zahn (eds.) *Studying and preventing homicide. Issues and challenges*. Thousand Oaks: Sage.
- Christie, Nils (1986) The ideal victim. Teoksessa Ezzat A. Fattah (ed.) *From crime policy to victim policy*. Basingstoke: Macmillan, 17–30.
- Demant, Jakob & Törrönen, Jukka (2011) Changing drinking styles in Denmark and Finland. Fragmentation of male and female drinking among young adults. *Substance Use and Misuse*, 46 (2011). <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/10826084.2011.569965>.
- Graham, Kathryn & Plant, Moira & Plant, Martin (2004) Alcohol, gender and partner aggression: A general population study of British adults. *Addiction Research and Theory* 12, 385–401.
- Heiskanen, Markku (2002) Väkivalta, pelko, turvattomuus. Surveytutkimuksen näkökulmia suomalaisten turvallisuuteen. Helsinki: Tilastokeskus.
- Heiskanen, Markku & Piispa, Minna (1998) Usko, toivo, harkaus. Kyselytutkimus miesten naisille tekemästä väkivallasta. Helsinki: Tilastokeskus, Tasa-arvoasiain neuvottelukunta.
- Heiskanen, Markku & Ruuskanen, Elina (2010) Tuhansien iskujen maa. Miesten kokema väkivalta Suomessa. Julkaisusarja No. 66. Verkkojulkaisu. Helsinki: Yhdistyneiden Kansakuntien yhteydessä toimiva Euroopan kriminaalipoliittinen instituutti (HEUNI).
- Henkirikollisuuden seurantajärjestelmä (4.9. 2012). Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Honkatukia, Päivi (2011) Uhrin rikosprosessissa – haavoittuvuus, palvelut ja kohtelu. Tutkimuksia 252. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Howarth, Emma & Stimpson, Louise & Barran, Diana & Robinson, Amanda (2009) Safety in numbers. A multi-site evaluation of independent domestic violence advisor services. London: The Henry Smith Charity.
- Husso, Maritta (2003) Parisuhdeväkivalta. Lyötyjen aika ja tila. Tampere: Vastapaino.
- Kaysen, Debra & Dillworth, Tiara M. & Simpson, Tracy & Waldrop, Angela & Larimer, Mary E. & Resick, Patricia A. (2007) Domestic violence and alcohol use: Trauma-related symptoms and motives for drinking. *Addictive Behaviors* 32, 1272–1283.
- Kivivuori, Janne (2008) Rikollisuuden syyt. Helsinki: Kustannusyhtiö Nemo.
- Kärki, Jarmo & Väyrynen, Riikka & Ewalds, Helena & Piispa, Minna (2011) Selvitys palvelukohtaisista asiastiedoista ensi- ja turvakotipalveluissa sekä väkivalta-tapauksissa. Raportti 24/2011. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Laslett, Anne-Marie & Catalano, Paul & Chikritzhs, Tanya & Dale, Caroline & Doran, Christopher & Ferris, Jason &

- Jainullabudeen, Thameemul & Livingston, Michael & Matthews, Sharon & Mugavin, Janette & Room, Robin & Schlotterlein, Morgan & Wilkinson, Claire (2010) The range and magnitude of alcohol's harm to others. Fitzroy, Victoria: AER Centre for Alcohol Policy Research, Turning Point Alcohol and Drug Centre.
- Lehti, Martti (2011) Henkirikoskatsaus 2010. Verkkokatsauksia 17. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Lehti, Martti & Sirén, Reino & Aaltonen, Mikko & Kivivuori, Janne (2011) Pahoinpitely ja ryöstörikkokset. Teoksessa Rikollisuustilanne 2010. Tutkimuksia 258. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, 53–96.
- Matikkala, Jussi (2006) Parisuhdeväkivallasta. Teoksessa Mirva Lohiniva-Kerkelä (toim.) Väkiältä. Seuraamukset ja haavoittuvuus. Helsinki: Talentum, 415–429.
- Mustonen, Heli & Mäkelä, Pia & Huhtanen, Petri (2009) Miten suomalaisten alkoholin käyttötilanteet ovat muuttuneet 2000-luvun alussa? Yhteiskuntapolitiikka 74 (4), 387–399.
- Mäkelä, Pia & Tigerstedt, Christoffer & Mustonen, Heli (2010) Mikä on muuttunut? Teoksessa Pia Mäkelä & Heli Mustonen & Christoffer Tigerstedt (toim.) Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Notko, Marianne & Holma, Juha & Husso, Marita & Virkki, Tuija & Laitila, Aarno & Merikanto, Juha & Mäntysaari, Mikko (2011) Lähisuhdeväkivallan tunnistaminen erikoissairaanhoidossa. Duodecim 127(15), 1599–1606.
- Piispa, Minna (2002) Complexity of patterns of violence against women in heterosexual partnerships. Violence Against Women 8 (7), 873–900.
- Piispa, Minna (2006) Parisuhdeväkivalta. Teoksessa Minna Piispa & Markku Heiskanen & Juha Käriäinen & Reino Sirén (toim.) Naisiin kohdistunut väkiältä 2005. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 225 & HEUNI-instituutin julkaisusarja 51. Helsinki, 41–82.
- Piispa, Minna & Heiskanen, Markku (2009) Alkoholin rooli naisten parisuhteessa kokeman väkivallan seurauksissa. Yhteiskuntapolitiikka 74(1), 45–53.
- Piispa, Minna & Heiskanen, Markku & Käriäinen, Juha & Siren, Reino (2006) Naisiin kohdistunut väkiältä 2005. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 225 & HEUNI-instituutin julkaisusarja 51. Helsinki.
- Piispa, Minna & Tuominen, Mia & Ewalds, Helena (2012) MARAK – kokemuksia parisuhdeväkivallan riskinarvioinnin menetelmän kokeilusta Suomessa. Raportti 10/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Robinson, Amanda & Tregigda, Jasmin (2007) The perceptions of high-risk victims of domestic violence to a coordinated community response in Cardiff, Wales. Violence Against Women 13(11), 1130–1148.
- Room, Robin & Ferris, Jason & Laslett, Anne-Marie & Livingston, Michael & Mugavin, Janette & Wilkinson, Claire (2010) The drinker's effect on the social environment: A conceptual framework for studying alcohol's harm to others. International Journal of Environmental Research and Public Health 7(4), 1855–1871.
- Salmi, Venla & Lehti, Martti & Siren, Reino & Kivivuori, Janne (2009) Perheväkivalta Suomessa. Verkkokatsauksia 12. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Simonen, Jenni (2011) Hyväksyttyä, haluttua ja hävettyä. Juomisen naiskuvat ja sukupuolijärjestykset eri-ikäisten naisten kuvaamina. Yhteiskuntapolitiikka 76(5), 494–510.
- StatFin 2012. Poliisin tietoon tullut rikollisuus. <http://stat.fi/til/polrik/> [31.5.2012].
- STM (2010). Naisiin kohdistuvan väkivallan vähentäminen. Julkaisuja 5. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1522973
- Säävälä, Hannu & Pohjoisvirta, Riitta & Hannus, Riitta & Korhonen, Tuija & Karvonen, Kaisa (2011) Terrori ja tilanneväkivalta parisuhteessa – Oulun ensi- ja turvakodin asiakkaat vuosina 2003–2005. Sosiaalilääketieteellinen aikauslehti 48(4), 294–306.
- Thompson, Martie P & Kingree, JB (2006) The roles of victim and perpetrator alcohol use in intimate partner violence outcomes. Journal of Interpersonal Violence 21(2), 163–177.
- Tilastokeskus [14.6.2010]. Julkaisematon taulukko.
- Virkki, Tuija & Husso, Marita & Notko, Marianne & Laitila, Aarno & Holma, Juha & Mäntysaari, Mikko (2011) Lähisuhdeväkivallan kehystäminen erikoissairaanhoidossa: puuttuminen ja muutoksen mahdollisuudet. Sosiaalilääketieteellinen aikauslehti 48(4), 280–293.
- Walby, Sylvia & Allen, Jonathan (2004) Domestic violence, sexual assault and stalking: Findings from the British Crime Survey. Research Study 276. London: Home Office.

Osa II

Muut ihmiset

8 Päihtyneiden aiheuttamat häiriöt julkisilla paikoilla

Viime vuosina kriittinen asenne alkoholinkäyttöä ja sen aiheuttamia haittoja kohtaan on vahvistunut (Härkönen & Österberg 2010; Warpenius & Tigerstedt 2010). Sitä ennen vallitsi pitkään tilanne, jossa kansalaisten ja päättäjien aktiivinen ja näkyvä huoli erilaisista alkoholiin liittyvistä haitoista ei ollut järin suurta. 1960-luvulla alkanut ja näihin päiviin ulottunut alkoholinkäytön arkipäiväistyminen, sen leviäminen kaikkiin kansankerroksiin ja yhä uusiin sosiaalisiin tilanteisiin, johti siihen, että alkoholi menetti arvoaan yhteiskunnallisena kysymyksenä. Erityisesti alkoholinkäytössä aikaisemmin voimakkaasti näkynyt ero sukupuolten välillä alkoi muuttua, kun kaikkien ikäluokkien naiset kasvoivat vähitellen täysivaltaisiksi alkoholinkuluttajiksi. ”Yhä vielä miesten juoppous on naisille raskas arkinen taakka, mutta alkoholia ei enää nähdä sukupuolten keskinäisenä kiistakysymyksenä”, kirjoitti Klaus Mäkelä vuonna 1995 (Mäkelä 1999, 84).

Lisäksi on päässyt käymään niin, että vaikka alkoholi varmasti aiheuttaa enemmän ihmisten välisiä kaunoja ja riitoja kuin tupakka konsanaan, kysymys muihin ihmisiin kohdistuvista kärsimyksistä on tehnyt juuri tupakasta merkittävän yhteiskunta- ja terveystalouden kiistakapulan (ks. Mäkelä 2000, 464). Verrattuna likaiseksi muuttuneeseen tupakkaan alkoholi on Suomessa toistaiseksi onnistunut säilyttämään maineensa erilaisten tilanteiden juhlistajana, seurueiden kiinteyttäjänä ja vapauden merkitsijänä.

Muiden juomisesta johtuvia häiriöitä ja kielteisiä tunteita on Suomessa ja muuallakin analysoitu vain harvoin (Mäkelä ym. 1999; Huhtanen & Tigerstedt 2010; Lasset 2010). Tässä artikkelissa yritetään täsmentää, missä määrin suomalaiset kokevat näitä haittoja ja keitä haitat erityisesti koskevat. Kysymystä käsitellään siltä osin kuin se koskee toisten juomisesta koettuja haittoja julkisilla paikoilla. Tilanne on jokaiselle suomalaisille tuttu, koska avoimesti humalassa esiintyminen ei ole meillä ollut ison häpeän paikka, ainakaan miehille. Ilmiö ei ole yksinomaan suomalainen erityispiirre, mutta sen laajuutta ja jatkuvuutta Suomessa ja juurtuneisuutta yhteiskuntaan ei käy kiistäminen. Missään muussa pohjoismaassa ei ole tapana ottaa säilöön humalaisia (miehiä) läheskään samassa mitassa kuin Suomessa (esim. Østhus 2012, 112).

Aineisto

Tässä artikkelissa analysoidaan vuoden 2008 Juomatapatutkimuksen aineistoa, joka perustuu käyntihaastatteluihin. Osallistujat poimittiin väestörekisteristä yksinkertaisella satunnaisotoksella 15–69-vuotiaista suomalaisista pois lukien Ahvenanmaan asukkaat, laitoksissa asuvat ja ne henkilöt, joiden asuinpaikka on tuntematon. Osallistujia oli 2725 ja vastausprosentti oli 74.

Tässä tarkastellaan kahta Juomatapatutkimuksessa esitettyä kysymystä. Ne kertovat, kuinka yleisesti suomalaiset ovat kokeneet, että humalaiset ihmiset ovat häirinneet heitä julkisilla paikoilla. Ensimmäisessä kysymyksessä tiedusteltiin, oliko vastaaja viime vuoden aikana *pelännyt* kadulla tai muulla julkisella paikalla kohtaamiaan päihtyneitä. Toisen kysymyksen avulla haluttiin selvittää, oliko päihtynyt henkilö viime vuoden aikana *ahdistellut tai kiusannut* vastaajaa kadulla tai muulla julkisella paikalla.

Juomatapatutkimuksen kaksi kysymystä ovat luonteeltaan erilaisia. Pelkokokemukset ilmentävät yleistä huolestuneisuutta, epävarmuutta ja turvattomuutta, toisin sanoen tuntemuksia, jotka eivät edellytä, että vastaaja olisi itse kokenut suoraan päihtyneen henkilön häirintää. Näin pelkokokemukset voivat toimia kansalaisten julkisilla paikoilla kokeman yleisen turvallisuudentunteen osoittimena. Ahdistelu- ja kiusaamiskokemukset perustuvat sen sijaan selkeästi tapahtuneeseen toimintaan: vastaajalla on konkreettisia kokemuksia heihin suoraan kohdistuneesta häiritsemisestä.

Kukin vastaaja on itse määritellyt, minkälaisia tuntemuksia hän on kelpuuttanut peloksi ja minkälaista toimintaa ahdisteluksi. Periaatteessa tutkimusaineisto ei siis kerro pelko- tai ahdistelukokemusten vakavuudesta, vaan ainoastaan niiden yleisyydestä. Toisaalta sitä, että ilmoittaa pelänneensä tai tulleen ahdistelluksi tai kiusatuksi, voidaan pitää merkinä kunkin vastaajaan henkilökohtaisen pelko- ja ahdistelukynnyksen ylittymisestä.

Pelko- ja ahdistelukokemuksiin vaikuttavia tekijöitä

Koska aikaisemmissa tutkimuksissa on osoitettu, että naiset ja miehet arvottavat päihtyneiden käytöstä eri lailla, vastauksia eriteltiin ensin sukupuolen mukaan (esim. Laslett ym. 2010; Rossow & Hauge 2004; Mäkelä ym. 1999; Huhtanen & Tigerstedt 2010). Tähän valintaan vaikutti myös se, että päihtyneet kohdistavat häiritsevää käytöstään eri lailla naisiin ja miehiin.

Toiseksi vastauksia tarkasteltiin eri ikäryhmissä, koska olettamuksena on, että nuorten ja nuorten aikuisten julkisten tilojen käyttö poikkeaa keski-ikäisten ja vanhempien ihmisten liikkumisesta julkisilla paikoilla. Lisäksi häiriöt voivat kohdistua eri tavalla eri ikäryhmiin (Koskela 2009; Niemi 2009). Koska tarkasteltavat kokemukset ovat sidoksissa julkisessa tilassa liikkumiseen, haluttiin kolmanneksi selvittää, erottuivatko vastaajat toisistaan sen mukaan, asuivatko he kaupunkimaisessa vai taajaan asutussa tai maaseutumaisessa kunnassa. Neljänneksi tutkittiin, liittyikö vastaajien oma alkoholinkäyttö tietynlaisessa julkisessa tilassa eli ravintolassa heidän

mahdollisiin pelko- ja ahdistelukokemuksiinsa. Lopuksi tarkasteltiin, onko vastaajien käsitys elämänsä hallittavuudesta yhteydessä siihen, missä määrin he ovat kokeneet pelkoja tai joutuneet ahdistelun kohteeksi.

Sukupuolen ja iän merkitys

Sukupuolen ja iän osalta tutkimustulos oli tärkeä ja yksiselitteinen, vaikkei ehkä kovin yllättävä: naisilla ja nuorilla ikäryhmillä oli ylivoimaisesti eniten kielteisiä kokemuksia humalaisista julkisilla paikoilla. Lähes puolet (46 %) naisista ilmoitti, että he olivat kuluneen vuoden aikana pelänneet päihtyneitä julkisella paikalla. Miesten vastaava osuus oli vajaa neljännes (23 %). Luvut muuttuivat kuitenkin dramaattisesti, kun nuorempia ikäryhmiä tarkasteltiin erikseen. 20–29-vuotiaiden naisten keskuudessa pelänneiden osuus oli yli 70 prosenttia, miesten osuuden jäädessä puoleen siitä (taulukko 1).

Päihtyneen ahdistelun tai kiusaamisen kohteeksi oli joutunut joka neljäs (24 %) nainen ja joka kuudes (17 %) mies. Kuten pelkojen kohdalla, nuorissa ikäryhmissä kielteiset kokemukset olivat selvästi yleisempiä: 20–29-vuotiaista naisista lähes puolet oli joutunut päihtyneen ahdistelemaksi kuluneen vuoden aikana miesten vastaavan osuuden ollessa 35 prosenttia (taulukko 1).

Nuorten ja nuorten aikuisten kokemien pelkojen ja ahdistelun yleisyys kieli siitä, että he liikkuvat ahkerasti erilaisissa julkisissa paikoissa. He ovat viihdeteollisuuden pyörittämän arki-, ilta- ja yöelämän kanta-asiakkaita ja asettuvat näin alttiiksi yhtä lailla omaan kuin muiden ihmisten alkoholinkäyttöön liittyville haittavaikutuksille.

Keitä sitten pelättiin ja ketkä ahdistelivat? Olivatko he päihtyneitä miehiä vai naisia? Tätä aineisto ei kerro. Tiedetään kuitenkin, että miehet kuluttavat yli kaksi kertaa enemmän alkoholia kuin naiset ja että miehille on sallitumpaa ilmaista itseään humalassa julkisesti. Siksi on hyvin todennäköistä, että naiset ovat pelänneet nimen-

TAULUKKO 1. Vuonna 2008 niiden vastaajien osuus (%), iän ja sukupuolen mukaan, joille on sattunut viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana ainakin kerran, että...

	on pelännyt kadulla tai muulla julkisella paikalla kohtaamiensa päihtyneitä.	päihtynyt on ahdistellut tai kiusannut kadulla tai jollakin muulla julkisella paikalla.
Miehet		
20–29	34	35
30–49	22	16
50–69	14	10
Naiset		
20–29	71	48
30–49	47	24
50–69	30	10

omaan päihtyneitä miehiä. Samalla perusteella voidaan päätellä, että myös miesten pelot kohdistunevat valtaosin miespuolisiin alkoholinkäyttäjiin.

Vertailu vuonna 2000 kerättyyn Juomatapatutkimuksen aineistoon (Huhtanen & Tigerstedt 2010) ja vuonna 1996 kerättyyn aineistoon (Mäkelä ym. 1999) paljastaa, että erityisesti pelko- mutta myös ahdistelukokemukset olivat vuonna 2008 yleisempiä kuin kymmenisen vuotta aikaisemmin. Tämä voi liittyä yleiseen pelon kulttuurin kiristymiseen maassa, jossa ”yleisestä katuturvallisuudesta [ei] ole aiemmin juuri tarvinnut puhua” (Koskela 2009, 67). Samalla kun pelosta on tullut yhteiskunnallinen kysymys, julkisten tilojen muuttamisesta turvallisiksi ja katujen valvonnasta sekä siihen liittyvästä teknologiasta ja bisneksestä on tullut ajankohtaisia yhteiskunnallisia keskusteluaiheita (mt.; Törrönen 2004a & b). Yleisen turvattomuuden kasvun rinnalla asenteet ovat 1990-luvun lopusta lähtien kiristyneet myös alkoholinkulutusta ja sen sääntelyä kohtaan. Alkoholiasenteiden tiukentumiseen on voinut vaikuttaa alkoholinkulutuksen kasvukehitys (1996–2008 kasvu 18 %) ja siihen liittyvät haitta-vaikutukset.

Asuinpaikan merkitys

Vastaajien asuinkunnat jaettiin kahteen luokkaan Tilastokeskuksen kuntaryhmityksen mukaan. Jotkin kunnat olivat kaupunkimaisia ja toiset taajaan asuttuja tai maaseutumaisia. Kaupunkiympäristössä alkoholin saatavuus sekä elintarvikeliikkeistä ja kioskeista että ravintoloista ja pubeista on aivan eri tasoa kuin taajamissa ja maaseudun kunnissa. Todennäköisyys päihtyneiden kohtaamiselle kaduilla ja toreilla on siten omaa luokkaansa kaupungeissa. Kun viime vuosina on puhuttu julkisen tilan häiriöistä pelon kulttuurin ilmentyminä (Koskela 2009), mielessä ovat olleet juuri kaupunki- ja esikaupunkialueet.

TAULUKKO 2. Niiden osuus, jotka ovat kokeneet pelkoa tai ahdistelua viimeisen 12 kuukauden aikana sukupuolen, iän ja kuntaryhmän mukaan vuonna 2008, %

	Pelko		Ahdistelu	
	Kaupunkimaiset kunnat	Taajaan asutut ja maaseutumaiset kunnat	Kaupunkimaiset kunnat	Taajaan asutut ja maaseutumaiset kunnat
Miehet				
20–29	38	25	41	20
30–49	26	16	19	10
50–69	19	8	14	4
Naiset				
20–29	74	58	48	48
30–49	51	38	27	19
50–69	33	26	10	10

Taulukosta 2 nähdään, että vastaajan asuinpaikan kaupunkimaisuus tai maaseutumaisuus ei muuta edellistä ikää ja sukupuolta koskevaa tulosta: huomattavasti suurempi osuus naisista kuin miehistä kummassakin asuinluetyypissä ilmoitti nimenomaan pelänneensä päihtyneitä julkisissa tiloissa. Osuus oli sekä naisilla että miehillä sitä suurempi, mitä nuoremasta ikäryhmästä oli kyse. Kaupunkimainen asuinpaikka lisäsi kuitenkin merkittävästi pelon tuntemuksia sekä naisilla että miehillä, vieläpä säännönmukaisesti kussakin ikäryhmässä. Peräti kolme neljästä kaupungissa asuvasta 20–29-vuotiaasta naisesta kertoi pelänneensä julkisilla paikoilla olleita päihtyneitä. Samanikäisten pelkoja ilmoittaneiden kaupunkilaismiesten osuus oli puolet tästä (38 %).

Myös kokemukset päihtyneiden aiheuttamasta ahdistelusta ja kiusaamisesta olivat yleisempiä naisten kuin miesten keskuudessa, mutta sukupuolten erot olivat kuitenkin selvästi pienempiä kuin pelkojen kohdalla. Ahdistelua olivat odotetusti kokeneet eniten 20–29-vuotiaat naiset, mutta erikoista oli se, että sen enempiä nuorimmassa kuin vanhimmassakaan ikäryhmässä ei näyttänyt olevan väliä, asuttiinko kaupungissa vai maaseudulla: lähes puolet kummankin asuin ympäristön nuorista naisista oli joutunut ahdistelun kohteeksi. Erikoista oli myös se, että hieman suurempi osuus (41 %) kaupunkilaismiehistä kertoi tulleen ahdistelluksi kuin tunteneensa pelkoa (38 %). Tämä viittaa siihen, että nuoret miehet olivat varsin vastahakoisia ilmoittamaan pelkoja. Kiinnostava havainto oli myös se, että maaseudulla asuvien miesten joutuminen ahdistelun kohteeksi oli harvinaista verrattuna kaupunkilaismiehiin.

Oman alkoholikäytön merkitys

Oma alkoholinkäyttö saattaa hyvin olla tärkeä tekijä tilanteissa, joissa toisen juomisesta tai yhdessä juomisesta koituu itselleen ikäviä seurauksia. Aikaisemmin on havaittu, että päihtyneiden käyttäytymisestä kärsitään sitä useammin, mitä useammin itse hankkiutuu humalaan. Sen sijaan yksilön vuotuinen alkoholinkulutus ei vaikuta muiden juomisesta aiheutuneiden häiriöiden tasoon (Mäkelä ym. 1999, 68–71). Koska ”omaa juomista” voidaan määritellä monella tapaa, päätettiin se kytkeä artikkelin pääteemaan eli päihtyneen aiheuttamaan häiritsevään käytökseen nimenomaan julkisessa tilassa. Tämän vuoksi huomio kiinnitettiin vastaajien ravintolassa käymiseen. Ravintolat edustivat sekä julkista tilaa yleisesti että sellaista julkista tilaa, jossa ainakin osa asiakkaista juo alkoholia.

Ravintolassa kävijät jaettiin seuraaviin ryhmiin:

1. ei ole itse juonut alkoholia ravintolassa viimeisen vuoden aikana,
2. on juonut alkoholia ravintolassa harvemmin kuin kerran kuukaudessa,
3. on juonut alkoholia ravintolassa vähintään kerran kuukaudessa.

TAULUKKO 3. Niiden osuus, jotka ovat kokeneet pelkoa tai ahdistelua viimeisen 12 kuukauden aikana sukupuolen, iän ja sen mukaan, miten tiheästi he ovat juoneet alkoholia ravintolassa viimeisen 12 kuukauden aikana vuonna 2008, %

	Pelko			Ahdistelu		
	Ei ole juonut alkoholia ravintolassa	Juonut alkoholia ravintolassa harvemmin kuin kerran kuukaudessa	Juonut alkoholia ravintolassa vähintään kerran kuukaudessa	Ei ole juonut alkoholia ravintolassa	Juonut alkoholia ravintolassa harvemmin kuin kerran kuukaudessa	Juonut alkoholia ravintolassa vähintään kerran kuukaudessa
Miehet						
20–29	..	31	33	..	36	35
30–49	17	18	33	15	11	25
50–69	8	16	24	7	9	17
Naiset						
20–29	63	67	79	46	43	57
30–49	40	47	57	23	23	30
50–69	23	31	60	8	10	22

.. = havaintoja alle 30

Ryhmien perusteella pyrittiin päättämään, oliko ravintolassa juomisen tiheys yhteydessä siihen, missä määrin ravintolassa kävijät kertoivat kokeneensa pelkoja päihtyneiden käyttäytymisestä ja tulleen tällaisten henkilöiden ahdistelemiksi.

Omat juomistottumukset olivat selvästi yhteydessä siihen, oliko vastaaja pelännyt päihtyneitä ihmisiä. Ne, jotka eivät olleet maistelleet alkoholia ravintolassa, ilmoittivat vähiten pelkoja, ja säännöllisesti ravintolassa juoneet ilmoittivat niitä eniten. Erot olivat systemaattisia, mutteivät välttämättä kovin suuria. Huomionarvoista onkin se, että ravintolassa alkoholin nauttimisesta pidättäytyminen ei välttämättä ollut tehokas suoja tilanteille, jotka olivat herättäneet pelkoa. Lähes kaksi kolmasosaa (63 %) niistä nuorista naisista, jotka olivat pidättäytyneet juomasta ravintolassa, kertoi pelänneensä päihtyneitä. Jos vastaaja oli juonut ravintolassa vähintään kerran kuussa, osuus nousi melkein 80 prosenttiin. Toinen havainto on se, että myös suuri osa (noin 60 %) vanhemmista, säännöllisesti ravintolassa juoneista naisista ilmoitti tunteneensa näitä pelkoja. Tästä voidaan päätellä, että ravintolamiljööstä alitetaan naisia päihtyneiden herättämille peloille sitä enemmän, mitä enemmän he itse osallistuvat alkoholijuomien kulutukseen (ks. Rossow & Hauge 2004, 1100).

Oman juomisen yhteys suoranaiseen ahdisteluun ei ollut yhtä johdonmukaista kuin yhteys pelkoihin, mutta pääosin tiheämpi alkoholinkäyttö merkitsi enemmän kokemuksia päihtyneiden ahdistelusta. Kävi myös ilmi, että nuoret miehet olivat juomistiheydestään riippumatta vastoin odotuksia hieman alttiimpia ilmoittamaan ahdistelukokemuksia kuin pelontunteita.

Elämänhallinnan merkitys

Lopuksi selvitettiin, herättävätkö päihtyneet pelkoa erityisesti sellaisissa ihmisissä ja ahdistelevatko he erityisesti sellaisia ihmisiä, joiden elämä ei ole tasapainossa ja joiden kyky hallita arkeaan ja elämäänsä on heikko. Ajatus oli tässä yhtäältä se, että heikko elämänhallinta voi olla yhteydessä yleiseen pelokkuuteen ja puolustuskyvyttömyyteen ahdistelutilanteissa. Toisaalta voidaan kuvitella, että heikko elämänhallinta alentaa kynnystä ilmoittaa pelko- ja ahdistelukokemuksia.

Elämänhallintaa (*Sense of Mastery*) mitattiin Pearlinin ja Schoolerin (1978) kehittämällä asteikolla. Siinä esitetään vastaajille väitteitä, jotka liittyvät muun muassa päättäväisyyden, määrätietoisuuden ja avuttomuuden tunteisiin, sekä kykyyn itse ohjata omaa elämäänsä ja tehdä elämänmuutoksia. Elämänhallinta määriteltiin huonoksi, jos vastaajan pistemäärä asteikolla oli alle 20 (Pearlin ym. 1981).

Taulukko 4 havainnollistaa, että varsinkin naiset käyttäytyvät oletuksen mukaisesti. Huonon elämänhallinnan omaavilla alle 50-vuotiailla naisilla pelko- ja ahdistelukokemukset olivat yleisimpiä. Erot eivät silti ole suurensuuria sikäli, että yli kaksi kolmasosaa (69 %) niistäkin nuorista naisista, jotka kokivat elämänsä olevan hallinnassa, oli pelännyt päihtyneitä julkisilla paikoilla, ja lähes puolet (46 %) heistä kertoi ahdistelukokemuksista. Myös tämä tulos kertoo siitä, kuinka yleistä on, että etenkin naiset kokevat julkisissa tiloissa liikkuvat päihtyneet riesana.

Miesten kohdalla aineisto oli osittain riittämätön, toisaalta elämänhallinnan laatu ei erottanut heidän pelko- tai ahdistelukokemuksiaan järjestelmällisesti ja havaitut erot olivat myös pienempiä kuin naisilla. Kuten muiden tekijöiden (kaupunkimaisuuden, ravintolassa juomisen) kohdalla, miesten pelko- ja ahdistelukokemusten väliset erot olivat pienemmät kuin naisten. Huomio kiinnittyikin siihen, että miehistä, joilla oli hyvä elämänhallinta, noin kolmasosa ilmoitti sekä pelänneensä että tulleen sa ahdistelluksi tai kiusatuksi.

TAULUKKO 4. Niiden osuus, jotka ovat kokeneet pelkoa tai ahdistelua viimeisen 12 kuukauden aikana sukupuolen, iän ja elämänhallinnan mukaan vuonna 2008, %.

	Pelko		Ahdistelu	
	Huono elämänhallinta	Hyvä elämänhallinta	Huono elämänhallinta	Hyvä elämänhallinta
Miehet				
20–29	..	33	..	35
30–49	29	22	17	15
50–69	13	15	6	11
Naiset				
20–29	79	69	62	46
30–49	60	44	36	22
50–69	32	29	9	10

.. = havaintoja alle 30

Pohdinta

Analyysin päätulos voidaan tiivistää seuraavasti: Mikäli olet 20–29-vuotias nainen, päihtyneiden julkisilla paikoilla sinussa herättämiltä pelontunteilta ei suojaa kovin hyvin edes se, että 1) asut taajamassa tai maaseudulla, 2) pidättäydyt juomasta alkoholia ravintolassa, 3) sinulla on hyvä elämänhallinta.

Noin kaksi kolmasosaa tämän ikäisistä naisista raportoi pelkoja kullakin tekijällä erikseen. Myöskään ahdistelukokemukset eivät vähentyneet merkittävästi, vaikka vastaaja asui taajamassa tai maaseudulla, oli juomatta ravintolassa tai koki elämänsä olevan hallinnassa. Näistä naisista lähes puolet kertoi päihtyneiden ihmisten ahdistelleen heitä viimeisen vuoden aikana.

Miesten pelontunteet olivat järjestään paljon harvinaisempia kuin naisten. Myös miesten kokemukset päihtyneiden ahdistelusta olivat selvästi harvinaisempia kuin naisten, mutta ero naisiin oli paljon pienempi kuin pelkojen kohdalla. Yksi syy lienee se, että miesten alkoholinkulutus ja humalajuominen on paljon yleisempää: naiset siis pelkäävät pääasiassa heitä häiritseviä ja ahdistelevia päihtyneitä miehiä.

Voidaan kuitenkin olettaa, että naiset ja miehet jäsentävät pelkoja osittain eri tavalla. Naisille pelkojen ilmaiseminen on sallitumpaa kuin miehille, joille pelkojen tunnustaminen voi tuntua epämiehekkäältä. Lisäksi pelko ja ahdistelu merkitsevät paljolti eri asioita naisille ja miehille: naiset pelkäävät lähinnä juopuneiden miesten fyysistä ylivoimaa, seksuaalista ja muuta häirintää tai väkivaltaa, miehet lähinnä juopuneiden miesten fyysistä väkivaltaa.

Naisten ja miesten suuret erot pelkojen ilmoittamisessa voivat siis johtua siitä, että huomattava osa naisista on varuillaan julkisissa tiloissa liikkueensa, varsinkin jos lähetyvillä on päihtyneitä miehiä. Sen sijaan huomattava osa miesten liikkumisesta näissä tiloissa on huolettomampaa. Miesten kohdalla ehkä vasta jokin konkreettinen tapahtuma tai sen uhka – eikä vain pääosin päihtyneiden miesten aiheuttama pelon ilmapiiri – laukaisee tunteita, jotka heidän mielestään ansaitsevat pelon tunnusmerkin. Naisten ja miesten pienemmät erot ahdistelukokemusten kohdalla voivat taas johtua siitä, että miesten humalakulttuuriin tai tapoihin yleensä kuuluu nahistelu ja kilvoittelu, joista kiusaaminen ja ahdistelu eivät ole kaukana. Tämän järkeilyn mukaan naiset ja miehet hallitsevat julkista tilaa osittain eri tavoin.

Julkisessa keskustelussa huomautetaan vähän väliä päihtyneiden kansalaisten käyttäytymisestä julkisissa tiloissa. Suomalaisilla on ”korkea sietokyky alkoholin haittoja kohtaan”, kuten Helsingin Sanomien toimittaja Teija Sutinen ilmaisi asian kesän alussa vuonna 2012. ”Voisiko aikuisten välinpitämättömyys johtua siitä, että Suomessa on turruttu alkoholin haittoihin”, hän kysyi (HS, 3.6.2012).

Kysymys on monimutkainen eikä siihen voida vastata tyhjentävästi yllä olevan tarkastelun perusteella. Tuskin on kuitenkaan liioittelua väittää, että suomalaiset eivät ole turtuneet päihtyneiden muille aiheuttamiin pelkoihin ja ahdistelukokemuksiin julkisilla paikoilla. Ainakin näitä kokemuksia raportoitiin runsaasti kasvokkain tehdyssä haastattelussa, jossa tarkasteltu aineisto kerättiin. Väite suomalaisten välin-

pitämättömyydestä alkoholihaittoja kohtaan on hankala, koska välinpitämättömyydeltä näyttävä käyttäytymistapa voi peittää paljon näkymätöntä alleen. Lisäksi tämä analyysi ei kerro mitään sinänsä uskottavasta havainnosta, että suomalaisilla on tapana katsoa humalaisten häirintää läpi sormien. Havainto on kuitenkin tärkeä, ja sen vuoksi sitä käsitellään lopuksi lyhyesti.

Suomalaisten pitkälle kehittynyt sietokyky on peräisin sekä suomalaiseen kulttuuriin kuuluvista yleisistä käyttäytymistavoista että erityisistä juomatavoistamme. Kulttuurissamme on tapana suhtautua muihin ihmisiin tietyllä toista osapuolta kunnioittavalla etäisyydellä. Esimerkiksi naapurin tervehtiminen kerrostalon rapussa on kyllä sallittua, muttei mitenkään välttämätöntä. Mitä suomalaisiin juomatapoihin tulee, alkoholi on edelleen keskeisesti tajuntaa muuttava, humalluttava aine, eli suomeksi päihde. Koska tunteenpurkaukset ja humala liittyvät toisiinsa, etäisyyden säilyttäminen eli puuttumattomuus (Sulkunen ym. 2003) voi olla järkevää jo itsesuojelun kannalta. Yhtä lailla on kuitenkin tärkeää, että valtaosalla miehistä ja nykyään myös naisista on omakohtaisia kokemuksia reippaista humalatiloiista, usein luonnon helmassa, vaikkapa julkisilla paikoilla. Tämä vaikuttaa siihen, miten suomalaiset suhtautuvat kulttuuriseen ilmiöön nimeltä ”päihtyneet julkisilla paikoilla”. ”Suomalaiset voivat inhota toistensa juomatapoja ja humalakäyttäytymistä, mutta he ymmärtävät mitä juomistilanteessa tapahtuu” (Mäkelä 1999/1987, 177). Tähän voidaan lisätä, että suomalaiset antavat humalakäyttäytymisen yleensä kaikessa hiljaisuudessa anteeksi ehkä nyrkkiä taskussa puristellen – ajatellen, että tämä nyt on maan tapa. Tosin tutkimustietoa siitä, missä määrin ja millä tavalla nykysuomalaiset ovat valmiita tällaiseen anteeksiantoon, ei vielä ole. Sikäli kun suomalaiset edelleen sietävät humalaisten elämointiä ja ahdistelua, kyse on kuitenkin jostakin muusta kuin silkasta välinpitämättömyydestä.

Mitä opimme?

- ▶ Lähes puolet naisista ja vajaa neljäsosa miehistä ilmoitti, että he olivat kuluneen vuoden aikana pelänneet päihtyneitä. 20–29-vuotiaiden naisten keskuudessa vastaavat osuudet olivat yli 70 prosenttia ja 34 prosenttia.
- ▶ Päihtyneen ahdistelun tai kiusaamisen kohteeksi oli joutunut joka neljäs (24 %) nainen ja joka kuudes (17 %) mies. 20–29-vuotiaista naisista vastaava osuus oli lähes puolet miesten osuuden ollessa 35 prosenttia.
- ▶ 20–29-vuotiaille naisille edes se, että 1) asuu taajamassa tai maaseudulla, 2) pidättäytyy juomasta alkoholia ravintolassa tai 3) hallitsee elämänsä hyvin, ei anna kovin hyvää suojaa pelontunneille, joita päihtyneet aiheuttavat julkisella paikalla. Noin kaksi kolmasosaa 20–29-vuotiaista naisista raportoi pelkoja kullakin tekijällä erikseen.
- ▶ Myöskään ahdistelukokemukset eivät vähentyneet merkittävästi, vaikka asui taajamassa tai maaseudulla, oli juomatta ravintolassa tai koki elämänsä olevan hallinnassa. Näistä naisista lähes puolet kertoi päihtyneiden ihmisten ahdistelleen heitä viimeisen vuoden aikana.

Lähteet

- HS 3.6.2012. Sutinen, Teija. Kuolema leirintä-alueen rannassa. Kolumni.
- Huhtanen, Petri & Tigerstedt, Christoffer (2010) Kuinka paljon kärsimme muiden juomisesta? Teoksessa Pia Mäkelä & Heli Mustonen & Christoffer Tigerstedt (toim.) Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 220–233.
- Härkönen, Janne & Österberg, Esa (2010) Miten alkoholiin on suhtauduttu ennen ja nyt? Teoksessa: Pia Mäkelä & Heli Mustonen & Christoffer Tigerstedt (toim.) Suomi juo. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 155–166.
- Koskela, Hille (2009) Pelkokierre. Pelon politiikka, turvamarkkinat ja kamppailu kaupunkitilasta. Helsinki: Gaudeamus.
- Laslett, Anne-Marie & Catalano, Paul & Chikritzhs, Tanya ym.(2010) The range and magnitude of alcohol's harm to others. Fitzroy, Victoria, Australia: AER Centre for Alcohol Policy Research, Turning Point Alcohol and Drug Centre, Eastern Health.
- Mäkelä, Klaus (1999/1987) Puheen tulkintäsäännöt ja sosiologinen kulttuurintutkimus. Teoksessa Klaus Mäkelä: Valtio, väkijuomat ja kulttuuri. Kirjoituksia Suomesta ja sosiologiasta. Tampere: Hanki ja jää, 161–178.
- Mäkelä, Klaus (1999/1995) Yhteiskunnallinen väkijuomakysymys eilen ja tänään. Teoksessa Klaus Mäkelä: Valtio, väkijuomat ja kulttuuri. Kirjoituksia Suomesta ja sosiologiasta. Tampere: Hanki ja jää, 74–86.
- Mäkelä, Klaus (2000) Suurta alkoholikysymystä ei enää ole (haastattelu). Yhteiskuntapolitiikka 65(5), 464–468.
- Mäkelä, Pia & Fonager, Kirsten & Hibell, Björn & Nordlund, Sturla & Sabroe, Svend & Simpura, Jussi (1999). Drinking habits in the Nordic countries. SIFA rapport Nr. 2. Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning.
- Niemi, Hannu (2009) Rikollisuuden pelko. Teoksessa Rikollisuustilanne 2008. Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 247, 281–296.
- Pearlin, Leonard I & Lieberman, Morton A & Menaghan, Elizabeth G & Mullan, Joseph T (1981) The stress process. Journal of Health and Social Behavior, 22(4), 337–356.
- Pearlin, Leonard I. & Schooler, Carmi (1978) The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior 19(1), 2–21.
- Rosow, Ingeborg & Hauge Ragnar (2004) Who pays for the drinking? Characteristics of the extent and distribution of social harms from others' drinking. Addiction 99(9), 1094–1102.
- Sulkunen, Pekka & Rantala, Kati & Määttä, Mirja (2003) Kantaa ottamattomuuden etiikka ja ehkäisevän päihdetyön ongelmat kulutusyhteiskunnassa – esimerkkinä Klaari-projekti. Janus 11(2), 100–121.
- Törrönen, Jukka (2004a) Julkinen tila ongelmana, säätelyn alueena ja tutkimuskohteenä. Teoksessa Jukka Törrönen (toim.) Valvontaa ja vastuuta. Päihteet ja julkisen tilan moraalisisäätely. Helsinki: Gaudeamus, 11–31.
- Törrönen, Jukka (2004b) Sivistyksen kajossa, rappion pelossa: päihteiden paikantuminen julkisen tilan ongelmaksi lehdistössä 1990-luvulla. Teoksessa Jukka Törrönen (toim.) Valvontaa ja vastuuta. Päihteiden julkisen tilan moraalisisäätely. Helsinki: Gaudeamus, 32–69.
- Warpenius, Katariina & Tigerstedt, Christoffer (2010) Paljon huolta – vähän hupia. Alkoholiaihteiset kirjoitukset kahdessa paikallislehdessä 2004–2007. Yhteiskuntapolitiikka 74(3), 274–283.
- Østhus, Ståle (2012) Nordic alcohol statistics 2003–2010. Nordic Studies on Alcohol and Drugs 29(1), 103–113.

9 Huumeiden käytön haitat muille ihmisille

Huumeiden käytöstä ja käyttäjälle aiheutuvista terveydellistä ja sosiaalista haittoista on olemassa paljon tutkimuskirjallisuutta (Babor ym. 2010). Huumeiden käyttö voi johtaa psyykkisiin ongelmiin ja riippuvuuteen. Pistokäytössä käyttäjä altistuu tartuntataudeille, ja yliannostukset ja myrkytyskuolemat ovat mahdollisia. Koska huumeiden käyttö, hallussapito, ostaminen ja välittäminen ovat rikoksia, käyttäjä voi joutua ongelmiin poliisin ja oikeuslaitoksen kanssa ja sitä kautta monenlaisiin hankaluuksiin arkielämässään. Pidempiä käyttöuria luonnehtivat monissa tapauksissa sosiaalinen syrjäytyminen ja käyttäjän kytkeytyminen rikollisiin verkostoihin.

Selvää on, että päihdeiden käytön haittavaikutukset koskettavat käyttäjän lisäksi monin tavoin myös muita, erityisesti yhteiskuntaa ja käyttäjän lähimpiä ihmisiä. Tässä artikkelissa käsitellään huumeiden käyttäjän muille ihmisille, esimerkiksi perheenjäsenille, sukulaisille, ystäville tai tuttaville aiheuttamaa huolta, harmia ja inhimillistä kärsimystä ja sitä, millaisia ongelmia he ovat huumeiden käytöstä kokeneet. Artikkelin perustuu vuonna 2008 Helsingin alueella suoritettuun internetkyselyyn.

Omaisten, ystävien ja tuttavien huumeiden käytöstä kokemia haittoja ei ole aikaisemmin juurikaan tutkittu. Tiedotusvälineissä julkaistaan aika ajoin reportaaseja siitä, millaista harmia, huolta ja tuskaa jonkun perheenjäsenen huumeiden käyttö on aiheuttanut esimerkiksi vanhemmille, sisaruksille tai lapsille. Ongelmaa kuvaa myös se, että Suomeen on perustettu järjestöjä ja ryhmiä huumeiden käyttäjän omaisten tueksi. Tutkimustietoa yksittäistapauksia laajemmasta kokonaisuudesta ei kuitenkaan ole.

Tämän vuoksi pohjoismaisessa huumeekustannuksia käsittelevässä hankkeessa päätettiin tehdä aiheesta internetkysely Helsingissä, Kööpenhaminassa, Oslolla ja Tukholmassa (Melberg ym. 2011). Pääkaupungit valittiin tutkimuskohteiksi, koska haluttiin varmistaa, että huumeongelman koskettamia läheisiä tavoitetaan tutkimukseen riittävä määrä. Tässä artikkelissa keskitytään Helsinkiin ja muita pohjoismaisia pääkaupunkeja käytetään ainoastaan vertailukohtana Suomen tuloksille.

Tämä vuonna 2008 Helsingin alueella suoritettu internetkysely on ensimmäinen aiheesta Suomessa tehty kartoitus. Koska aikaisempia esikuvia ja hyviksi osoitettuneita tutkimuskäytäntöjä ei ollut, tutkimusasetelma ja käytetyt kysymykset olivat pakostakin jossain määrin kokeilevia luonteeltaan. Se, että saaduille vastauksille ei ollut vertailukohtia aikaisemmista tutkimuksista, vaikeutti tulosten pätevyysarviointia ja herätti pohdintoja esimerkiksi kysymysten monitulkintaisuudesta. Joissakin kohdin saatuja tuloksia on vertailtu huumeiden käytön levinneisyyttä koskeviin tietoihin.

Näin tutkimus tehtiin

Aineisto kerättiin vuonna 2008 helsinkiläisille suunnatulla internetkyselyllä, jossa vastaajilta tiedusteltiin heidän kokemuksiaan henkilökohtaisesti tuntemistaan huumeiden käyttäjistä. Kysymyksissä käsiteltiin muun muassa väkivallan pelkoa, tukeutumista poliisihälytykseen tai itselle tarkoitettuun ammattiapuun, yleisvaikutusta omaan elämään sekä halukkuutta panostaa rahaa huumeongelman auttamiseen. Tutkimuksen aineistonkeruun suoritti kansainvälinen markkinatutkimuslaitos Synovate. Helsingissä aineisto kerättiin siten, että internetkyselyjä varten ylläpidetyille ja edustavaan väestöotokseen perustuvalla yli 18-vuotiaiden vastaajaneelille lähetettiin sähköpostikutsu osallistua tutkimukseen. Heille korostettiin tutkimuksen luotamuksellisuutta ja siksi kaikki tiedot kerättiin nimettöminä. Määräaikaan mennessä saatiin 832 vastausta. Vastaajien ikä vaihteli 19 ja 66 ikävuoden välillä.

Tämäntapaisessa internetkyselyssä on mahdotonta tarkkaan tietää, miten vastaajat valikoituvat tutkimukseen. Kun verrataan vastanneita muuhun helsinkiläisväestöön, voidaan todeta, että iän ja sukupuolen mukaan vastaajat edustivat aika hyvin väestökeskiarvoja, mutta olivat muuta väestöä koulutetumpia. Hankalampaa on arvioida mahdollista sisällöllistä vinoumaa. Voidaan esimerkiksi otaksua, että ne, joilla oli huumeongelmaisia ihmisiä lähipiirissään, olivat muita halukkaampia vastaamaan. Tämä saattaa korostaa niiden ihmisten osuutta, jotka ilmoittivat kohdanneensa huumeongelmia omassa ympäristössään. Vastanneet edustivat kuitenkin kohtuullista osaa paneelista, sillä yli 50 prosenttia niistä, joille osallistumiskutsu lähetettiin, vastasi lomakkeeseen. Sen sijaan on syytä huomata, että ne helsinkiläiset, joilla ei ole internet-liittymää, ovat sekä paneelin että tutkimuksen ulkopuolella.

Tutkimuksessa haluttiin koota jonkinlaista perustietoa huumeaineiden käyttäjien lähipiirin ihmisten kokemista haitoista, ja tämän vuoksi pyrittiin kartoittamaan ensiksikin sitä, kuinka suurta joukkoa asia koskettaa. Toinen keskeinen kysymys käsittelee sitä, millaisia vaikutuksia huumeiden käytöllä oli ollut lähipiirin elämään. Kolmanneksi tutkimuksessa haluttiin selvittää, millaisiin rahallisiin panostuksiin ihmiset olisivat valmiita huumeongelmaisten ihmisten auttamiseksi. Tässä artikkelissa käsitellään kahta ensimmäistä teemaa. Kolmannen osuuden tuloksia raportoidaan tämän kirjan luvussa 17, artikkelissa ”Suomen investoinnit huumehaittojen torjuntaan ja hoitoon vuonna 2010”, sivut 188–201.

Kuinka monia haitat koskettavat?

Huumeiden käytön herättämän omakohtaisen huolen laajuuden selvittämiseksi kyselyssä esitettiin kysymys: ”Oletteko koskaan ollut huolestunut jonkun henkilökohtaisesti tuntemanne henkilön huumeiden käytöstä?” Lomakkeen ohjeistuksessa määriteltiin tarkemmin, että henkilökohtaisella tuntemisella tarkoitettiin ”läheisiänne, sukulaisianne tai ystäviänne taikka henkilöitä, joita tunnette vähintäänkin nimeltä ja joiden kanssa olette joskus keskustelleet”. Koska ihmisillä on huumeista ja huumei-

TAULUKKO 1. Ollut huolestunut jonkun henkilökohtaisesti tuntemansa henkilön huumeiden käytöstä, %

Ollut huolestunut	Joskus elämässään	Viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana
Ei	55 (454)	87 (726)
Joskus	40 (336)	10 (83)
Usein	5 (42)	3 (23)
Yhteensä	100 (832)	100 (832)

den käyttäjistä vahvoja mielipiteitä, epäluuloja ja pelkoja, huolen laajuuden ylikorostumista pyrittiin välttämään rajaamalla tunteminen henkilökohtaiseen yhteyteen. Määrittely on silti laaja, sillä se sisältää niin sukulaiset ja muut läheiset kuin ystävät ja hyvänpäiväntututkin. Toisaalta se sulkee kyselyn ulkopuolelle mainittuja vieraamat ihmiset, satunnaiset tuttavat ja pelkkiin oletuksiin perustuvat tapaukset.

Taulukossa 1 huolestuneisuuden jakautumista tarkastellaan ensiksikin sen mukaan, olivatko vastaajat tunteneet huolta joskus elämänsä aikana, jolloin joukkoon mahtuvat huolenaiheet saattavat olla hyvinkin vanhaa perua eivätkä välttämättä enää kyselyhetkellä kuuluneet vastaajan elämään. Toiseksi tarkastellaan sitä, olivatko vastaajat kokeneet huolestuneisuutta viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana, jolloin kysymys on ajankohtaisesta ja mahdollisesti akuutistakin huolenaiheesta.

Taulukosta nähdään, että lähestulkoon puolet (45 %) helsinkiläisistä vastaajista oli joskus elämässään ollut huolestunut läheisensä, sukulaisensa tai jonkun muun tuntemansa henkilön huumeiden käytöstä. Tämä kuulostaa isolta määrältä ja herättää kysymyksen, onko näin suuri lukema uskottava. Tuloksen uskottavuutta voidaan tarkastella vertaamalla sitä yhtäältä muiden Pohjoismaiden tietoihin ja toisaalta käytön levinneisyyttä koskeviin tietoihin Suomessa ja Helsingissä.

Verrattuna muihin pohjoismaisiin pääkaupunkeihin (Kööpenhamina 67 %, Oslo 61 % ja Tukholma 56 %) Helsingin lukema on selvästi alhaisin. Vaikka muiden pohjoismaiden huumeongelmia on totuttu pitämään Suomea suurempina, pääkaupunkien huumeitilanteiden välillä ei ole välttämättä ollut – Kööpenhaminaa lukuun ottamatta – pitkään aikaan kovin suuria eroja (Hakkarainen ym. 1996). 1960-, 1970- ja 1980-luvuilla huumeet olivat toki ainakin Kööpenhaminassa ja Tukholmassa Helsingiä yleisempiä (Hakkarainen 1992; Salasuo 2004), mutta vastauksiin on saattanut vaikuttaa myös käytön erilainen julkinen näkyvyys. Esimerkiksi Oslossa kovien huumeiden käyttö ja kaupankäynti on ollut hyvin näkyvää aivan kaupungin keskustassa.

Verrattaessa huolestuneiden määrää Suomen käyttötilanteeseen on huomattava, että Helsingillä on huumeiden käytössä suhteellisen pitkä historia (Ylikangas 2009). Esimerkiksi heti sotien jälkeen heroiinin käyttö levisi Helsingissä siinä määrin, että se herätti huomiota julkisuudessakin, mutta tilanne rauhoittui muutamassa vuodessa ja käyttö rajoittui lopulta melko suppeisiin piireihin, lähinnä pikkurikollisten alamaailmaan (Hakkarainen 1992). Viimeisen viidenkymmenen vuoden aikana Helsinki on ollut nykymuotoisen huumeiden käytön edelläkävijä Suomessa, ja uudet

huumetrendit ja muut muutokset ovat näkyneet Helsingissä ensin ja muuta Suomea vahvempina (Hakkarainen 1992; Salasuo 2004; Partanen ym. 2007; Metso ym. 2012).

Paikkakunnan pitkän huumehistorian huomioon ottaen on todennäköistä, että monet ihmiset ovat tavalla tai toisella jossain elämänvaiheessa havainneet ilmiön omassa lähipiirissään tai elinympäristössään. Tässä suhteessa on järkeenkäypää, että niiden osuus, jotka olivat viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana tunteneet huolestuneisuutta, oli selvästi alempi kuin niiden, jotka olivat olleet huolestuneita joskus elämässään. Tulosten mukaan noin joka kahdeksas helsinkiläinen oli kokenut kysytynlaista huolta joko joskus tai usein viimeksi kuluneen vuoden aikana. Tärkeätä on huomata myös se, että suurimmalla osalla huolta tunteneista kysymyksessä oli ilmeisesti ollut ajoittainen tai ehkä kertaluontoinen tuntemus. Vain viisi prosenttia vastaajista ilmoitti joutuneensa kantamaan usein toistuvaa huolta joskus elämässään. Viimeksi kuluneen vuoden ajalta näin kertoi kolme prosenttia vastaajista.

On luonnollista, että huolta kokeneiden määrä ylittää huumeiden käyttäjien määrän. Yksi käyttäjä voi aiheuttaa huolta monelle eri ihmiselle, esimerkiksi vanhemmilleen, sisaruksilleen, isovanhemmilleen, puolisolleen ja muille sukulaisilleen sekä ystävilleen, tuttavilleen ja naapureilleen.

Laajempaan tietoon ihmisen huumeiden käyttö tuskin yleensä tulee muutoin kuin kaikkein ongelmallisimmissa tapauksissa. Viimeksi tehdyssä amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien lukumäärän arvioinnissa todettiin, että pääkaupunkiseudulla tällaisia käyttäjiä oli noin prosentin (0,88–1,42 %) verran 15–54-vuotiaasta väestöstä (Partanen ym. 2007). Tässä valossa se, että kolme prosenttia vastaajista ilmoitti kokeneensa huolta usein ja kymmenen prosenttia ajoittain viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana, ei kuulosta liioitellulta.

Lisäksi on huomattava, että tutkimuksessa ei rajattu huumeiden käyttöä vain niin kutsuttuun ongelmakäyttöön, joten vastaajat ovat voineet ilmaista huolestuneisuuttaan hyvinkin monenlaisista huumeiden käytön muodoista, jopa yksittäisistä ilmi tulleista käyttökerroista. Esimerkiksi vuonna 2010 kannabista joskus elämässään käyttäneitä oli pääkaupunkiseudulla 27 prosenttia 15–69-vuotiaista (Metso ym. 2012, 65). Toisaalta on varmasti niin, että suurin osa huumeiden kokeilusta tai niin kutsutusta viihdekäytöstä ei tule koskaan esimerkiksi sukulaisten tietoon ja että ikätovereiden keskuudessa vähäinen käyttö ei taas tänä päivänä välttämättä herätä erityistä huolestuneisuutta (ks. mt.).

Kolme prosenttia kaikista vastaajista kertoi, että heillä oli sellaisia perheenjäseniä, joiden he uskoivat käyttäneen huumeita säännöllisesti viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Vastaavasti huumeita käyttävistä sukulaisista raportoi kuusi prosenttia, työ- tai ammattitovereista 8 prosenttia, oman asuinalueen ihmisistä 12 prosenttia ja ystäväistä 17 prosenttia vastaajista. Jotkut vastaajat tunsivat huumeaineiden käyttäjiä erilaisista elämänpiireistään. Vähintään yhden huumeaineiden käyttäjän tuntevia oli 303 eli 36 prosenttia kaikista vastaajista. Heistä kolmasosa ilmoitti olleensa huolestunut tuntemansa henkilön huumeiden käytöstä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana.

län mukaan tarkasteltuna alle 40-vuotiaat vastaajat olivat kokeneet jonkin veran enemmän huumeiden käytön aiheuttamaa huolestuneisuutta kuin vanhemmat ikäryhmät, mikä viittaa siihen, että monessa tapauksessa huolenaiheena oli ystävän tai jonkun asuinalueelta tunnetun henkilön huumeiden käyttö. Tämä on sikäläkin uskottavaa, että huumeiden käyttö on tavallisinta nuoremmissa ikäryhmissä (Metso ym. 2012), joissa ystävät ja ikätoverit myös helposti huomaavat runsaan ja näkyvän käytön.

Noin 14 prosenttia vastaajista ilmoitti tunteneensa elinaikanaan henkilökohtaisesti jonkun, joka oli ollut joskus huumehoidossa, ja viimeksi kuluneiden 12 kuukauden ajalta näin raportoi viisi prosenttia vastaajista. Jostain syystä, jota ei tutkimuksessa pystytty selittämään, suurin osa ihmistä oli kuitenkin jättänyt vastaamatta hoitokysymykseen. Kysymyksen käyttöarvo on siten hyvin kyseenalainen.

Yhteenvetona voidaan todeta, että vaikka kysely saattoi houkuttaa vastaajiksi erityisesti niitä ihmisiä, jotka tunsivat lähipiiristään jonkun huumeiden käyttäjän, niin tulokset huolta kokeneiden määrästä eivät välttämättä ole ristiriidassa Helsingin huumehistorian ja käyttäjämäärien kanssa. Tulosten mukaan huomattava osa helsinkiläisistä on joskus elämässään tuntenut ajoittaista huolestuneisuutta jonkun tuntemansa henkilön huumeiden käytöstä ja noin joka kahdeksas oli kokenut näin viimeksi kuluneen vuoden aikana. Toistuvaa huolta kokeneiden joukko oli selvästi pienempi, mutta luvut kertovat, että usein koettu huoli koskettaa sekin monia ihmisiä.

Huumeiden käytön aiheuttamat haitat

Tutkimuksessa pyrittiin myös selvittämään, millaista haittaa tutun tai läheisen ihmisen huumeiden käytöstä oli vastaajille aiheutunut. Tätä tiedusteltiin kysymällä, olivatko vastaajat kokeneet tai tehneet huumeiden käytön vuoksi seuraavia asioita:

1. tunteneet väkivallan pelkoa
2. joutuneet soittamaan poliisille
3. joutuneet hakemaan tukea tai apua itselleen lääkäriltä, psykologilta, sosiaalityöntekijältä tai joltain muulta ammattiauttajalta.

Kunkin kohdan osalta tiedusteltiin erikseen, oliko näin tapahtunut joskus heidän elämässään tai viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana.

Kaikkiaan 303 ihmistä vastasi näihin kysymyksiin. Tämä on 75 ihmistä vähemmän kuin määrä, joka kertoi ensimmäisessä kysymyksessä kokeneensa huolta tuntemansa henkilön huumeiden käytöstä. Tutkimuksessa ei selvinnyt, mistä vähennys johtuu. Lomakkeen täyttöohjeet saattoivat olla puutteelliset, ja jotkut vastaajat tulkit-sivat väärin ohjeen siirtyä eteenpäin hyppäämällä näiden kysymysten yli. Ohjeistus neuvoi vastaajaa jättämään nämä kysymykset väliin, jos hän ei ollut koskaan tuntenut huolestuneisuutta kenenkään tuntemansa henkilön huumeiden käytöstä. Se, että

väärät ihmiset jättävät vastaamatta, on yleinen riski näiden niin kutsuttujen hyppyjen käytössä lomakkeissa. Toisaalta mahdollista on myös se, että kaikki huolta tuntevat eivät halunneet vastata näihin kysymyksiin tai että he kokivat vastaamisen turhaksi, koska eivät olleet kokeneet mitään erityistä haittaa. Mahdollista on tietenkin myös se, että he tai osa heistä oli vastannut väärin ensimmäiseen kysymykseen. Tämä epäselvyys on kyselyn luotettavuuden kannalta harmillista. Määrällisesti 303 hengen suuruinen vastaajajoukko on kuitenkin riittävä kuvaamaan ainakin jollain tavalla huumeiden käyttäjän läheisten ja muiden kanssaihminen kokeman huolen ja haitan luonnetta.

Taulukosta 2 nähdään, että selvä enemmistö niistä, joiden lähi- tai tuttavapiiriin kuului huumeiden käyttäjiä, ei ollut koskaan elämässään kokenut sen vuoksi väkivallan pelkoa tai joutunut soittamaan poliisille taikka turvautumaan itse ammattiauttajan apuun. Tavallisin haitta näillä mittareilla oli väkivallan pelko, jota runsas neljännes käyttäjiä tuntevista ilmoitti joskus kokeneensa. Haittakokemuksen voimakkuutta osoittaa myös se, että yksi kymmenestä oli joutunut joskus kutsumaan poliisin tai turvautumaan itse ammattiauttajan tukeen. Niin väkivallan pelko kuin poliisin tai ammattiauttajan tarvekin näyttäisivät kuitenkin olleen useimmille enemmänkin yksittäisiä kertoja kuin tiheästi toistuvia kokemuksia. Tähän viittaavat myös 12 viimeksi kuluneen kuukauden tiedot.

Sen selvittämiseksi, miten merkittäviksi helsinkiläiset kokivat huumeiden käytön haitat elämässään, vastaajia pyydettiin itse arvioimaan asteikolla 0–10, kuinka paljon heidän tunteensa huumeiden käyttäjän toiminta oli vaikuttanut heidän

TAULUKKO 2. Vastaajan henkilökohtaisesti tuntemaan huumeiden käyttäjän aiheuttama haitta: väkivallan pelko, poliisin kutsuminen ja ammattiavun hakeminen, %

	Joskus elämässään	Viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana
Pelännyt väkivaltaa		
Ei	70 (213)	91 (277)
Joskus	28 (86)	8 (24)
Usein	1 (4)	1 (2)
Yhteensä	99 (303)	100 (303)
Joutunut soittamaan poliisille		
Ei	89 (271)	97 (293)
Joskus	10 (31)	3 (9)
Usein	. (1)	. (1)
Yhteensä	99 (303)	100 (303)
Joutunut hakemaan ammattiapua		
Ei	88 (267)	96 (291)
Joskus	11 (32)	3 (10)
Usein	1 (4)	1 (2)
Yhteensä	100 (303)	100 (303)

TAULUKKO 3. Huumeiden käyttäjän toiminnasta aiheutuneet vaikutukset vastaajan elämään, %

Vaikutus	Elinaikainen	Viimeisen vuoden aikainen
0	38 (114)	63 (190)
1	20 (61)	17 (52)
2	16 (47)	5 (16)
3	6 (19)	5 (14)
4	5 (15)	2 (5)
5	4 (13)	3 (9)
6	3 (9)	1 (3)
7	3 (9)	2 (5)
8	3 (10)	2 (5)
9	1 (3)	1 (3)
10	1 (3)	. (0)
	100 (303)	101 (303)

omaan elämäänsä. Vastausohjeen mukaan 0 tarkoitti, että haitallisia vaikutuksia ei ollut ja 10 tarkoitti sitä, että vaikutukset vastaajan elämään olivat olleet tuhoisat. Arvioinnit pyydettiin tekemään sekä vastaajan eliniän että viimeksi kuluneen vuoden näkökulmasta. Keskiarvoiksi saatiin koko elämän osalta 2,0 ja viimeisen vuoden ajalta 1,1. Vastausten jakautuminen esitetään taulukossa 3.

Taulukosta 3 nähdään, että valtaosa huumeiden käyttäjiä tuntevista vastaajista arvioi, että läheisen tai tuttavan huumeiden käyttö ei ollut juurikaan vaikuttanut heidän omaan elämäänsä. Toisaalta on syytä panna merkille, että noin joka kymmenes katsoi, että viimeksi kuluneen vuoden aikana vaikutus oli ollut huomattava (5 tai enemmän). Koko elinajan kannalta näin arvioi 15 prosenttia käyttäjän tunteneista.

Ihmisillä on siis hyvin erilaisia kokemuksia läheistensä ja tuttaviansa huumeiden käytöstä ja sen vaikutuksista omaan elämäänsä. Se, että ihminen on joskus ollut huolestunut jonkun henkilökohtaisesti tuntemansa huumeiden käyttäjän tilanteesta, ei näytä merkitsevän sitä, että sen vaikutukset omaan elämään olisivat välttämättä suuria. Toisaalta tulokset kertovat, että joillekin ihmisille huumeiden käyttö tuottaa huomattavaa haittaa ja kärsimystä. Naiset kokivat haitan omaan elämäänsä suurempana kuin miehet. Myös suhteen laadulla oli luonnollisestikin merkitystä. Ne, joilla oli huumeiden käyttäjä perhepiirissä, kokivat haitat muita suurempina (ks. Melberg ym. 2011). Eroihin vaikuttaa todennäköisesti myös se, minkälaisesta huumeiden käytöstä tapauksissa on kysymys, mutta tätä ei tutkimuksessa määritely.

Edellä käsitelty kysymys esitettiin myös niille, jotka eivät henkilökohtaisesti tunteneet ketään huumeiden käyttäjää. Kun heitä pyydettiin kuvittelemaan, millaista haittaa he uskoisivat läheisen ihmisen huumeiden käytön aiheuttavan heidän elämäänsä, yli kolme neljäsosaa (76 %) arvioi sen vähintään 5 arviopisteen suuruisiksi. Haittapistemäärän keskiarvo tässä ryhmässä oli 6,1. Tämä kuvastaa suoraan

huumeisiin liitettyjen pelkojen vaikutusta, mikä on tullut esiin myös muissa tutkimuksissa. Esimerkiksi maaseudun ihmiset ovat huumeongelmista huolestuneempia kuin pääkaupunkiseudulla ja muissa suuremmissa kaupungeissa asuvat, vaikka kohtaavat niitä elämänpirissään ja asuinympäristössään kaupunkilaisia vähemmän (Hakkarainen & Metso 2004). Henkilöt, jotka henkilökohtaisesti tuntevat huumeiden käyttäjiä näyttävät siis arvioivan muille ihmisille koituvia haittoja huomattavasti maltillisemmin kuin ne, joilta tällainen henkilökohtainen kosketuspinta puuttuu.

Lopuksi

Vuonna 2008 toteutetussa kyselytutkimuksessa haluttiin nostaa esille huumeiden käyttäjän omaisten, ystävien ja tuttavien näkökulma, jota huumeetutkimuksissa ei ole juuri aiemmin käsitelty. Työn pioneeriluonteesta johtuen kyselylomake ja kyselyn toteuttaminen eivät kaikilta osin onnistuneet, ja vastausjakautumisiin liittyy epäselvyyksiä. Tutkimuksessa tehtiin kuitenkin joitakin kiinnostavia havaintoja, joita voidaan mahdollisissa myöhemmissä tutkimuksissa tarkentaa.

Kyselyn tulosten mukaan 45 prosenttia helsinkiläisistä oli joskus elämässään ollut huolestunut tunteensa henkilön huumeiden käytöstä. Tämä on merkittävä määrä, vaikka se olisi yliarviokin. Luku kuvastaa Helsingin pitkää huumehistoriaa ja erityisasemaa huumeiden käytön keskuspaikkana Suomessa. Viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana huolestuneisuutta tunteneita oli noin yksi kahdeksasosa helsinkiläisistä vastaajista. Muualla maassa tällainen omakohtaisesti koettu huolestuneisuus on todennäköisesti paljon harvinaisempaa.

Huolen ja huolestuneisuuden käsite on hankala. Eri ihmiset kantavat huolta hyvin eri asioista ja erityisesti mitä tulee nuoria koskeviin huolenaiheisiin, voi ihmisten herkkyyks huolestuneisuuteen vaihdella suurestikin. Tiedotusvälineiden huumeraportointi ja ylipäättään suomalainen huumejulkisuus, jota Juha Partanen (2002) on luonnehtinut ”foobiseksi” eli pelkoja ruokkivaksi, on myös omiaan vaikuttamaan ihmisten huolestuneisuuteen. Tärkeätä on panna merkille, että kyselyn mukaan suurimmalle osalle huolta tunteneista helsinkiläisistä kysymyksessä oli ollut satunnainen kokemus. Tämä viittaa siihen, että tapaukset, jotka olivat huolta aiheuttaneet, koskivat ehkä joitakin erityistilanteita ja ehkä enemmänkin huumeiden ajoittaista käyttöä tai kokeilua kuin pidempiaikaista ongelmaa ja varsinaista ongelmakäyttöä. Tästä kertoo sekin, että suurin osa koki tapausten vaikutukset omaan elämäänsä joko olemattomiksi tai korkeintaan vähäisiksi.

Perheenjäsenen, sukulaisen, ystävän tai tuttavan huumeiden käyttö oli aiheuttanut osassa vastaajia kuitenkin myös väkivallan pelkoa ja jotkut olivat joutuneet turvautumaan poliisiin tai hakemaan itselleen ammattiauttajan apua. Usein toistuvaa huolestuneisuutta tunteneensa henkilön huumeiden käytöstä ilmoitti kokeneensa viisi prosenttia helsinkiläisistä jossain elämänsä vaiheessa ja kolmelle prosentille tä-

mä oli tuttua viimeksi kuluneen vuoden ajalta. Käyttäjiä tuntevista 15 prosenttia arvioi kokemansa huolen ja kärsimyksen vaikuttaneen huomattavasti elämäänsä.

On harmillista, että kyselyssä ei huomattu kysyä laajemmin siitä, millaista tukea perheenjäsenen, sukulaisen, ystävän tai tuttavän huumeiden käytöstä huolestuneet ihmiset olivat saaneet yhteiskunnalta tai jostain muualta tai olisivat toivoneet saaneensa. Toisaalla tässä teoksessa (sivut 188–201) on todettu helsinkiläisten valmius lisätä yhteiskunnan investointeja huumeiden käyttäjien hoitoon. Onnistunut hoito helpottaisi oleellisesti käyttäjän lähipiirin kokemaa huolta ja kärsimystä. Se jää tämän kyselyn osalta kuitenkin auki, tarvittaisiinko Suomessa nykyistä laajempaa tukea myös suoraan huumeiden käyttäjien läheisille ja muille ihmisille.

Mitä opimme?

- ▶ Pääkaupunkiseudun pitkää huumehistoriaa kuvastaa se, että merkittävä osa helsinkiläisistä on joskus ollut huolestunut jonkun läheisensä, ystävänsä tai tuttavansa huumeiden käytöstä.
- ▶ Pieni osa helsinkiläisistä on kokenut huolta jonkun läheisensä, ystävänsä tai tuttavansa huumeiden käytöstä usein ja myös viimeksi kuluneen vuoden aikana.
- ▶ Osa muiden ihmisten huumeiden käytöstä huolta kokeneista on joutunut turvautumaan joskus ulkoiseen apuun ja 15 prosenttia huumeiden käyttäjiä henkilökohtaisesti tuntevista arvioi siitä koituneen merkittävää haittaa elämässään.
- ▶ Ne, jotka henkilökohtaisesti tuntevat huumeiden käyttäjiä arvioivat itselleen koituneita haittoja huomattavasti maltillisemmin kuin ne, joilta tällainen henkilökohtainen kosketuspinta puuttuu.

Lähteet

- Babor, Thomas & Caulkins, Jonathan & Edwards, Griffith & Fisher, Benedict & Foxcroft, David & Humphreys, Keith & Obot, Isidore & Rehm, Jürgen & Reuter, Peter & Room, Robin & Rossow, Ingeborg & Strang, John (2010) Drug policy and the public good. Oxford: Oxford University Press.
- Hakkarainen, Pekka (1992) Suomalainen huumeikysymys. Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja 42. Helsinki: Alkoholitutkimussäätiö.
- Hakkarainen, Pekka & Hübner, Lena & Laursen Lau & Ødegård, Einar (1996) Drug use and public attitudes in the Nordic countries. Teoksessa Hakkarainen, P. & Laursen L. & Tigerstedt, C. (eds.) Discussing drugs and control policy – Comparative studies on four Nordic counties. Helsinki: NAD publications 31, 123–164.
- Hakkarainen, Pekka & Metso, Leena (2004) Suomalaisten suhtautuminen huumeisiin ja huumepolitiikkaan. Mielipiteet ja asenteet väestössä 2002. Yhteiskuntapolitiikka 69(1), 39–53.
- Melberg, Hans Olav & Hakkarainen, Pekka & Houborg, Esben & Jääskeläinen, Marke & Skretting, Astrid & Ramstedt, Mats & Rosenqvist, Pia (2011) Measuring the harm of illicit drug use for friends and

- family. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 28(2), 7–23.
- Metso, Leena & Winter, Torsten & Hakkarainen, Pekka (2012) Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet – Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportteja 17/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Partanen, Juha (2002) Huumeet maailmalla ja Suomessa. Teoksessa Olavi Kaukonen & Pekka Hakkarainen (toim.) *Huumeidenkäyttäjät hyvinvointivaltiossa*. Helsinki: Gaudeamus, 13–37.
- Partanen, Päivi & Hakkarainen, Pekka & Hankilanoja, Arto & Kuussaari, Kristiina & Rönkä, Sanna & Salminen, Mika & Seppälä Timo & Virtanen, Ari (2007) Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2005. *Yhteiskuntapolitiikka* 72(5), 553–561.
- Salasuo, Mikko (2004) Huumeet ajankuvana – Huumeiden viihdekäytön kulttuurinen ilmeneminen Suomessa. *Stakes Tutkimuksia* 149. Helsinki: Stakes.
- Ylikangas, Mikko (2009) Unileipää, kuolonvettä, spiidiä. *Huumeet Suomessa 1800–1950*. Jyväskylä: Atena.

10 Öinen piikki – väkivaltarikokset yleisillä paikoilla anniskeluajan päättyessä

Alkoholijuomien saatavuus anniskelupaikoissa on lisääntynyt Suomessa rajusti alkoholipoliittisen sääntelyn vapauduttua viime vuosikymmeninä. Ravintoloiden aukioloaikoja on vuoden 1994 alkoholilain uudistuksen jälkeen pidennetty jatkoaikojen osalta kello neljään. Myös luvan myöntämiskäytännöt ovat väljentyneet ja jatkoaikaluja on myönnetty yhä useammalle anniskelupaikalle. Kaupunkikuvassa tämä näkyy myöhään aukiolevien istuskelupaikkojen ja yökerhojen määrän kasvuna.

Samalla suomalaisten juhlimis- ja juomistavat ovat muuttuneet. Aamuyöhön jatkuva juominen on yleistynyt viime vuosikymmeninä voimakkaasti, ja alkoholin nauttiminen aamuyön tunneilla on tyypillisesti humalajuomista (Mustonen ym. 2010). Humalajuominen taas kytkeytyy aggressiiviseen käyttäytymiseen niin Suomessa kuin muissakin humalahakuista juomista suvaitsevilla yhteiskunnissa (Rossow 2001). Tästä aiheutuu välitöntä ja tilannesidonnaista haittaa niin juojalle itselleen kuin hänen lähiympäristölleenkin. Alkoholin vaikutuksen alaisena ihmisen käyttäytymisen hallinta ja tekojen seurauksien arviointi heikkenevät. Negatiiviset tunnelataukset, kuten turhautuminen, loukkaantuminen tai suuttumus, voivat saada alkoholista humaltuneen käyttämään sellaista fyysistä väkivaltaa, johon hän ei selvänä ollessaan ryhtyisi.

Anniskeluajan päättyminen on erityisen riskialtis sosiaalinen tilanne: humaltuneet asiakkaat purkautuvat ulos valvotuista anniskelupaikoista, ja laskuhumalaisten ihmisten välille syntyy helposti eripuraa ja riitaa. Humalajuomiseen liittyvästä yöaikaisesta häiriökäyttäytymisestä ja väkivaltatapauksista kärsivät näin ollen sivulliset kaupungilla liikkujat, keskustojen asukkaat, julkisen liikenteen ammattilaiset ja ravintolatyöntekijät. Lisäksi väkivaltatilanteiden jälkiselvittely edellyttää yhteiskunnalta investointeja järjestyksenpitoon ja hoitoon.

Tässä artikkelissa tarkastellaan yleisellä paikalla tapahtuneiden väkivaltarikosten ajallista esiintyvyyttä illan ja yön tunteina suomalaisten kaupunkien keskustoissa. Esimerkkipaikkakuntina ovat Helsinki, jonka alueista on tarkasteltu Kamppia ja Kluuvia, sekä Tampere ja Jyväskylä. Tarkoituksena on selvittää, miten yleisten paikkojen väkivaltarikosten esiintyvyys on yhteydessä jatkoaikaluvan saaneiden anniskelupaikkojen sulkemisaikoihin. Kampin ja Kluuvien osalta tarkastelua syvennetään selvittämällä, mikä on yleisten paikkojen väkivaltarikoksista syytettyjen ja uhrien ikä- ja sukupuolijakautuma. Aineistona ovat poliisin tulostietojärjestelmän (Polstat) rekisteritiedot poliisille ilmoitetuista väkivaltarikoksista kaupunkikeskustoissa vuosina 2005 ja 2011. Tarkastelu aloitetaan kirjallisuuskatsauksella, jossa perehdytään anniskelupaikoissa esiintyvän väkivallan ja alkoholinkäytön yhteyteen ja väkivallan ehkäi-

syn keinoihin. Artikkelissa arvioidaan myös väkivaltaa kuvaavien tilastotietojen luotettavuutta ja tarkastellaan alkoholin osuutta poliisin väkivaltarikostilastoissa.

Alkoholiehtoiset väkivaltarikokset

Väestötason tutkimukset osoittavat, että alkoholinkäyttö ja erityisesti humalakulutus ovat yhteydessä väkivallan esiintymiseen (Babor ym. 2010). Suomessa alkoholinkulutuksen määrällä ja käytettävällä on sekä pitkän että lyhyen aikavälin vaikutuksia väkivaltarikollisuuden yleisyyteen (Pernanen 1991 & 1996). Alkoholinkäytön pitkäaikaisvaikutus väkivaltarikollisuuteen ilmenee siinä, että Suomessa henkirikoksiin syyllistyneistä suuri osa on syrjäytyneitä ja runsaasti alkoholia käyttäviä miehiä (Lehti & Kivivuori 2005). Humalahakuinen juomatapa puolestaan näkyy akuutteina alkoholihaittoina ja pahoinpitelyinä.

Pahoinpitelyrikokset samoin kuin muut väkivaltarikokset keskittyvät Suomessa viikonloppuihin ja tällöin erityisesti myöhäisillan ja aamuyön tunteihin (Lehti 2002). Juomatapatutkimusten mukaan myös suomalaisten alkoholinkäyttö kasaantuu viikonloppujen iltatunteihin (Mustonen ym. 2010). Väkivaltakokemuksia selvittävien väestöhaastattelututkimusten perustuloksia on, että alkoholin käyttötiheys ja etenkin humalakäyttö ovat yhteydessä väkivaltakokemusten yleisyyteen (Aromaa ym. 1996).

Poliisin tietoon tulleiden pahoinpitelyrikosten määrä on viime vuosina ja pitemmälläkin aikavälillä ollut Suomessa kasvussa lukuun ottamatta vuosien 2007–2009 taloustaantumien ja kiristyneen alkoholijuomien verotuksen vaihetta (Österberg & Karlsson 2011). Suomen pahoinpitelyrikollisuuden kehitystä vuosina 1950–2000 koskevassa tutkimuksessa alkoholinkulutuksen muutosten havaittiin olevan yhteydessä pahoinpitelyrikosten määrän muutoksiin. Analyysin mukaan yhden litran lisäys alkoholin keskikulutuksessa johti kuuden prosentin kasvuun pahoinpitelyrikollisuuden määrässä (Sirén 2002). Viime vuosina pahoinpitelyrikosten tekijöistä humalassa olleiden osuus on hieman laskenut aikaisempiin vuosikymmeniin verrattuna ja on tällä hetkellä noin kaksi kolmasosaa (Lehti & Sirén 2009).

Vuosina 1950–2010 suomalaisten alkoholinkulutus nelinkertaistui noin 2,5 litrasta noin 10 litraan 100 prosentista alkoholia asukasta kohti. Samanaikaisesti poliisin tietoon tulleiden pahoinpitelyjen määrälliset muutokset ovat seuranneet hyvin läheisesti niin alkoholinkulutuksen nopeaa ja hieman hitaampaa kasvua kuin alkoholinkulutuksen alenemista 1990-luvun alkupuolella (Tigerstedt & Österberg 2007; Mäkelä & Österberg 2006). Sen sijaan kuolemaan johtanut väkivalta on lisääntynyt vain vähän jos olleenkaan, ja kuolemaan johtaneiden väkivaltatekojen määrän suhde alkoholinkulutuksen määrään on alentunut. Erityisesti näin on tapahtunut parin viikoksi kuluneen vuosikymmenen aikana (Karlsson & Österberg 2012).

Vaikka pahoinpitelyrikollisuuden kasvua ei tietenkään voida laskea yksinomaan alkoholin tiliin, voidaan alkoholinkäytön lisääntymistä kuitenkin pitää Suomessa tärkeimpänä väkivaltarikollisuuden kasvua selittävänä tekijänä toisen maailmanso-

dan jälkeisenä aikana (Sirén 2000). Pahoinpitelyrikollisuuden kasvun eräänä syynä voidaan pitää myös kaupungistumiskehitystä, sillä se on lisännyt sosiaalisia juomistilanteita ja samalla tilaisuuksia, jotka saattavat riistäytyä väkivallaksi. Ihmiset kohtaavat yössä usein humaltuneina. Valtakunnallisen väestöhaastattelun mukaan erityisesti miehiin kohdistunut ja vammaan johtanut väkivalta ravintoloissa ja huvipaikoilla lisääntyi vuosina 1997–2003 (Heiskanen ym. 2004).

Ravintoloissa ja erityyppisillä yleisillä paikoilla tapahtuu vuosittain hieman enemmän pahoinpitelyrikkoksia kuin yksityisissä paikoissa. Vuonna 2010 yleisten paikkojen osuus oli 52 prosenttia. 2010-luvulla yleisten paikkojen osuus pahoinpitelyrikollisuudesta on kuitenkin ollut laskusuunnassa. (Lehti ym. 2011, 70.) Tällä saattaa olla yhteys siihen, että kotiympäristö on edelleen vahvistanut valta-asemaansa suomalaisten suosituimpana alkoholinkäyttöympäristönä (Mustonen & Österberg 2010). Nuoret kuitenkin suosivat alkoholinkäyttöä anniskelupaikoissa (mt.).

Anniskelupaikat ja alkoholihaittojen ehkäisy

Suomessa yöaikainen anniskelu- ja juhlimiskulttuuri on historiallisesti suhteellisen uusi ilmiö (ks. Sillanpää 2002). Ravintoloiden mahdollisuudet saada anniskelulupia niin maalaiskunnissa kuin kaupungeissa helpottuivat huomattavasti vuoden 1968 alkoholilain tultua voimaan (Mäkelä ym. 1981). Alkoholijuomien saatavuus anniskelupaikoista lisääntyi merkittävästi myös vuoden 1994 alkoholilain ja uuden jatkoaikalupakäytännön myötä (ks. Holmila ym. 1997; 2003). Viime vuosikymmeninä jatkoaikalupia on myös myönnetty varsin joustavasti. Kun vuonna 1994 kello neljään auki olevia ravintoloita oli maassamme 170, niin huippuvuonna 2003 noin 1 400 ravintolalla oli lupa olla auki kello kolmeen tai neljään yöllä. Nykyiset alkoholiase- tuksen säännökset ja poikkeuksiksi tarkoitettut jatkoaikaluvat ovat siis hyvää vauhtia muuttumassa pysyväksi käytännöksi, vaikka pääsääntöisesti anniskelun tulisi päättyä kello 1.30 (Valtioneuvoston asetus alkoholijuomien anniskeluaajan jatkamisesta, 1208/2002).

Anniskelupaikkojen lukumäärän kasvusta ja aukioloaikojen pidentymisestä huolimatta anniskelumyynnin osuus alkoholijuomien kokonaiskulutuksessa on vähentynyt. Vuonna 2010 anniskelumyynnin osuus alkoholin kokonaiskulutuksesta oli ainoastaan 11 prosenttia, kun se vielä vuonna 1997 oli noin viidennes. Samaan aikaan asukasta ja vuotta kohti anniskeltu alkoholimäärä on vähentynyt 1,8 litrasta 1,1 litraan. Anniskelupaikoissa kulutetun alkoholin akuutit haittavaikutukset, kuten väkivalta, eivät näin ollen kumpua anniskelukulutuksen määrästä vaan juomatapojen piirteistä. Viime vuosikymmeninä suomalaisten alkoholinkäyttö on myöhentynyt, kun tarkastellaan vuorokauden ajanjaksoa, ja erityisesti aamuyöhön jatkuva humalajuominen on yleistynyt voimakkaasti. Aamuyön tunneilla päättyvä juominen on tyyppillisesti humalajuomista niin kodeissa kuin anniskelupaikoissakin. (Mustonen ym. 2010.) Humalajuominen on kuitenkin suhteellisesti selvästi tavallisempaa ravin-

tolaympäristössä kuin kotiympäristössä (Mustonen & Österberg 2010). Myöhäinen humalajuominen liittyy juhlimiskulttuuriin anniskelupaikoissa. Juominen aloitetaan yksityisissä tiloissa, kotona, ”etkoilla” tai juhlissa ja yöaikaisen anniskelun pariin siirytään myöhemmin illalla (Maunu & Simonen 2010).

Humaltumiseen liittyvä aggressiivisuus kumpuaa paitsi alkoholinkäyttäjän elämänhallinnasta myös alkoholin juomistilanteesta ja juomisen ympäristöstä. Kaupunkien keskustoissa jatkoaikaluvan saaneet anniskeluravintolat ovat keskittyneet suhteellisen pienelle maantieteelliselle alueelle, jolla yöaikaan liikkuu paljon päiheteiden vaikutuksen alaisena olevia ihmisiä. Päihtymistilansa vuoksi ihmiset ovat tavanomaista herkempiä ajautumaan keskenään konflikteihin ja käyttäytymään häiritsevästi ja väkivaltaisesti. Samalla keskusta-alueilla joudutaan merkittävässä määrin myös varkausrikosten uhreiksi (Katuväkivallan ehkäisy ja vähentäminen työryhmän raportti 2009).

Juomatapojen muutokset asettavat uusia haasteita myös anniskelumyyntin valvontaan baareissa ja yökerhoissa. Anniskelun vastuullisuutta testaavien ostokokeiden mukaan ei ole epätavallista, että päihtyneelle asiakkaalle on anniskeltu nimenomaan yön tunteina (Warpenius ym. 2010). Aamuyöstä anniskelupaikoissa voi valvonnasta huolimatta olla runsaasti päihtyneitä asiakkaita, jotka aiheuttavat väkivaltatilanteita paitsi ravintoloissa, myös kaduilla ja kodeissa.

Anniskelupaikoissa on mahdollista vaikuttaa juomistilanteisiin ja tätä kautta etenkin humalajuomisesta aiheutuviin alkoholihaittoihin. Kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa on runsaasti arviointitutkimuksia vastuullisten anniskelukäytäntöjen vaikutuksista humalajuomisen haittoihin, kuten pahoinpitelyihin ja tapaturmiin anniskelupaikoissa (Babor ym. 2010, 147–163). Tilannekohtaisia haittoja vähentäviä toimenpiteitä on tavattu nimittää väljillä kattokäsitteillä ”juomistilanteiden muuntelu” tai ”tilannekohtainen rikosten torjunta” (mm. Kivivuori 2008, 378). Systemaattinen tulos vastuullista anniskelua koskevista varsin kattavista vaikuttavuusarvioinneista on, että henkilöstön asenteisiin ja osaamiseen vaikuttavat keinot eivät ole niin tehokkaita kuin saatavuuden yleispätevät rajoitukset, kuten anniskelupaikkojen lukumäärän ja aukioloaikojen sääntely (Babor ym. 2010; Anderson ym. 2012).

Tutkimusnäyttö anniskeluaikojen rajoittamisesta tukee rajoittavan alkoholipolitiikan perusteisiä, jonka mukaan alkoholijuomien saatavuuden säätelyllä pystytään tehokkaasti vähentämään alkoholista koituvia haittavaikutuksia. Alkoholin anniskeluaikojen muutosten vaikutuksista alkoholihaittoihin on kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa jonkin verran näyttöä. Julkaistuja tutkimuksia on kymmenkunta, joista valtaosa on anglosaksisista maista ja tapaustutkimuksia on tehty myös Norjassa ja Islannissa. Näissä tutkimuksissa on seurattu anniskelupaikkojen aukioloaikojen muutosten vaikutuksia ennen kaikkea väkivaltarikollisuuteen. Valtaosa tutkimuksista päättyy siihen arkijärkiseen tulokseen, että anniskeluaikojen lyhentämisellä on alkoholihaittoja vähentävä vaikutus, kun taas anniskeluaikojen pidentäminen johtaa useimmiten alkoholihaittojen kasvuun. Tuoreimman norjalaisen tutkimuksen mukaan anniskeluaikojen myöhentäminen tai aikaistaminen yhdellä tunnilla lisäsi tai

vastaavasti vähensi kaupunkien keskustoissa tapahtuvia pahoinpitelyitä 17 prosenttia (Rossow & Norström 2012).

Aineistot ja analyysit

Tässä artikkelissa tarkastellaan väkivaltarikollisuutta yleisillä paikoilla kaupunkien keskustoissa. Analyysi kohdistuu Helsingin Kampin ja Kluuvin, sekä Tampereen ja Jyväskylän kaupunkien keskusta-alueille, joissa kaikissa on tiivis jatkoaikaluvan saaneiden anniskelupaikkojen keskittymä. Tilastokuvaus on kohdistettu nimenomaan keskusta-alueiden väkivaltarikoksiin, joiden tarkastelu tuo korostetusti esiin anniskelupaikkojen aukiolo- ja sulkemisaikoihin liittyvät ongelmat. Tarkastelun lähtökohdaksi otetaan koko maan väkivaltarikollisuuden jakautuminen illan ja yön tunteina.

Analysoitavana aineistona on poliisin tulostietojärjestelmään (Polstat) kirjatut poliisille ilmoitetut väkivaltarikokset yleisillä paikoilla¹. Väkivaltarikokset jakaantuvat kolmeen luokkaan: pahoinpitelyrikoksiin, henkirikoksiin ja seksuaalirikoksiin, ja nämä tilastoidaan edelleen teon vakavuuden mukaan.

Väkivaltarikollisuuden ajallista muutosta tarkastellaan vertaamalla tuoreimpia vuoden 2011 tietoja vuoden 2005 tilanteeseen. Vuosi 2005 on valittu vertailukohtaksi, koska se on ensimmäinen kokonainen vuosi, jolloin maaliskuussa 2004 alennetut alkoholiverot olivat voimassa. Lisäksi vuonna 2005 alkoholin kokonaiskulutus Suomessa oli korkeimmillaan (10,5 litraa). Vuosi 2005 oli myös ensimmäinen vuosi, josta eteenpäin väkivaltarikokset on tilastoitu yhtenevällä tavalla. Jatkoaikaluvan saaneiden anniskelupaikkojen lukumäärä on laskenut tänä aikana huippuvuosien noin 1 400 paikasta 1 100 paikkaan (Valviran rekisteri anniskeluluvista).

Poliisin rekisteriaineisto ei ole täysin luotettava tietolähde tarkasteltaessa väkivaltarikosten ajallista ja paikallista vaihtelua. Väkivaltarikosten osalta tilastoidun rikollisuuden määrä ja kehitys voivat poiketa rikollisuuden todellisesta määrästä ja kehityksestä useasta syystä. Ensiksi väkivallan uhrit ja väkivaltatilanteessa sivullisina olevat ihmiset eivät ilmoita poliisille kaikkia pahoinpitelyjä, ja väestön ilmoitusalttius muuttuu ajan kuluessa. Toiseksi poliisin aktiivinen väkivaltarikollisuuden valvonta vaihtelee poliisin toiminnan painopisteiden ja resurssien mukaan. Myös lainsäädännön muutokset saattavat vaikuttaa siihen, mitä väkivaltarikoksiksi tilastoidaan (Österberg & Karlsson 2011). Väestön ilmoitusalttiuden ja poliisin aktiivisen toiminnan painottumisen on katsottu vaikuttavan siten, että mitä lievemmästä pahoinpitelystä on kyse, sitä todennäköisemmin se jää rekisteröimättä ja tilastojen ulkopuolelle (Takala & Obstbaum 2009). Vuoden 2009 uhritutkimuksen mukaan vain 15 prosenttia vähintään lyönnin tasoista väkivaltaa sisältäneistä teoista ilmoitettiin poliisille (Lehti ym. 2011). Näin ollen yli 80 prosenttia pahoinpitelytapauksista näyttää jää-

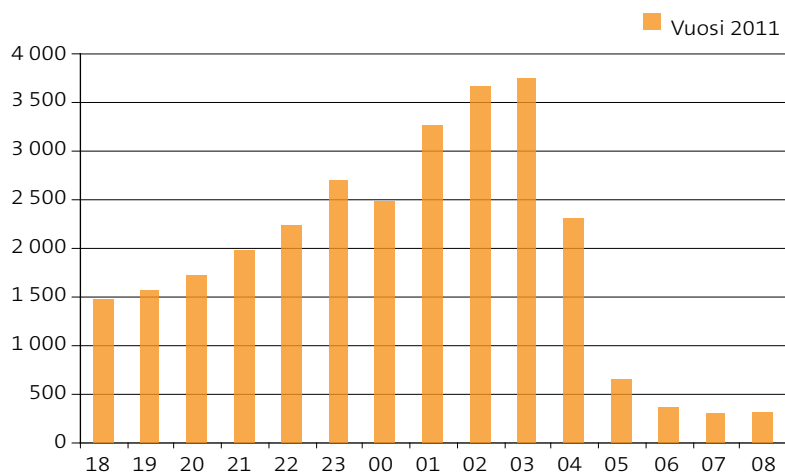
¹ Yleisiä paikkoja ovat yleiset tilaisuudet, yleiset paikat, liikekeskukset tai muut yleiset paikat eri juhlintakeskuksissa.

neen tilastojen ulkopuolelle. Niinpä tässä analyysissä hyödynnetyt yleisten paikkojen väkivaltarikostiedot ovat mitä todennäköisimmin aliedustettuja suhteessa todellisten pahoinpitelytapausten määrään.

Öinen väkivaltarikollisuus keskustoissa

Kuviossa 1 on esitetty väkivaltarikosten esiintyvyys Suomessa ilta- ja yöaikaan vuonna 2011. Kun tarkastellaan koko maata koskevia väkivaltatilastoja, yöaikainen aggressiivinen käyttäytyminen näyttää lisääntyvän tasaisesti illan mittaan ja saavuttavan huippunsa kello kahden ja neljän välillä yöllä ja laskevan sen jälkeen. Aamua kohti aktiivisten toimijoiden määrä vähenee ja samalla väkivaltatapausten tilastoitu lukumäärä laskee. Kokonaistarkastelun perusteella viimeisten ravintoloiden sulkiessa ovensa kello 4, tilanne on jo rauhoittumaan päin.

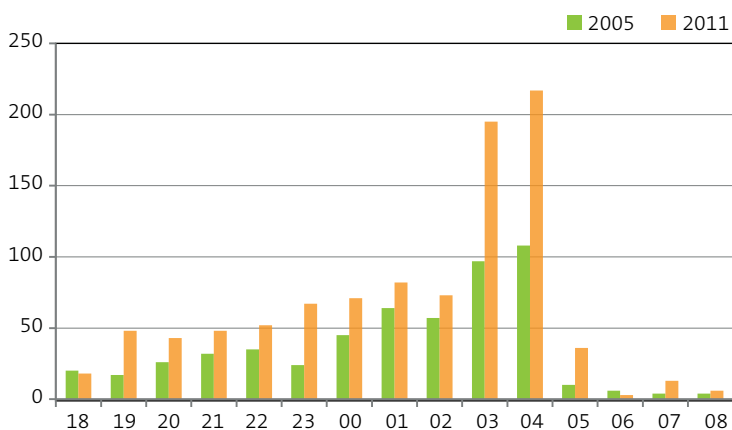
Valtaosa tilastoiduista väkivaltarikoksista on pahoinpitelyitä, joita poliisi tilastoi runsaat 40 000 tapausta vuonna 2011. Tilastoitujen pahoinpitelyjen määrä kasvoi runsaan viidenneksen edellisestä vuodesta. Viimeaikaisen nousun taustalla näyttävät olevan perhe- ja parisuhdeväkivaltaan liittyvien lievien pahoinpitelyjen muuttuminen virallisen syytteen alaisiksi sekä poliisin uudet ohjeistukset, joiden ansiosta lievempien rikosten ilmituloaste on kohonnut. (Rikollisuustilanne 2011.)



Kuvio 1. Väkivaltarikokset ilta- ja yöaikaan Suomessa vuonna 2011

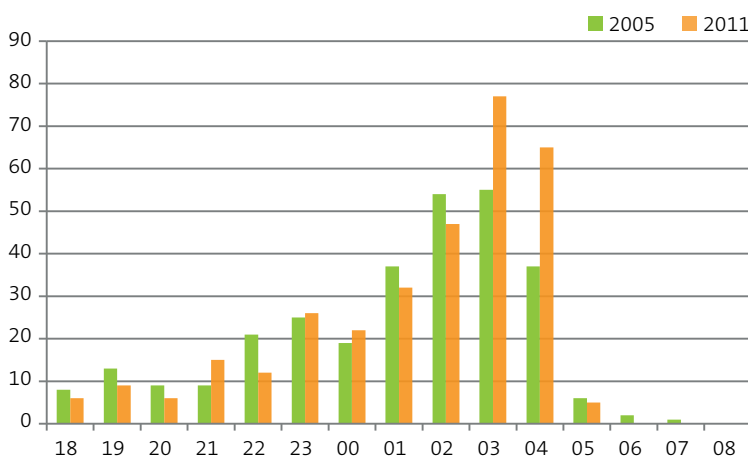
Lähde: Polstat (poliisin tulostietojärjestelmä)

Kuvioissa 2–4 väkivaltarikosten määrällinen tarkastelu on rajattu kaupunkien keskusta-alueiden yleisiin paikkoihin illan ja aamun tunteina. Kuvioissa esitetyt väkivaltarikokset ovat pääsääntöisesti pahoinpitelyrikoksia. Henki- ja seksuaalirikoksia esiintyy vain muutamia vuodessa. Kluuvin ja Kampin alueilla tilastoitiin vuonna 2005 yksi henkirikos ja kahdeksan seksuaalirikosta, ja vuonna 2011 yksi henkirikos ja neljä seksuaalirikosta. Tampereen keskustan vuoden 2005 väkivaltatapauksista kolme oli seksuaalirikoksia ja viisi henkirikoksia, kun vastaavat luvut vuonna 2011 olivat viisi seksuaalirikosta ja yksi henkirikos. Jyväskylän keskustan tilastossa merkittiin vuodelle 2005 yksi seksuaalirikos ja yksi henkirikos, ja vuodelle 2011 yksi seksuaalirikos ja neljä henkirikosta. (Poliisin tulostietojärjestelmä.)



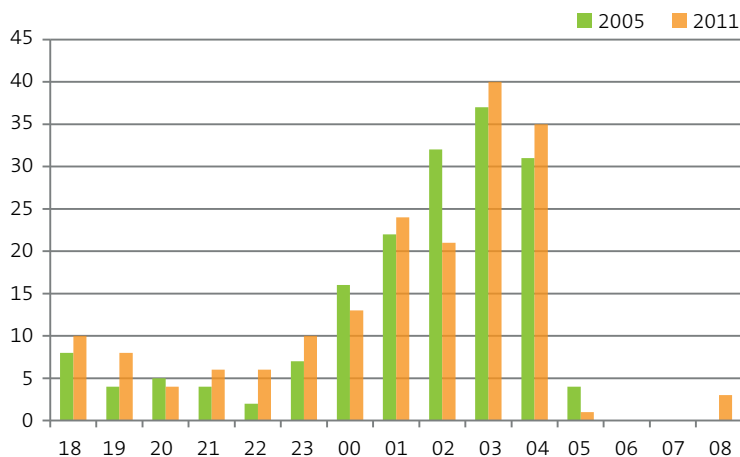
Kuvio 2. Poliisin tietoon tulleet väkivaltarikokset Kampin ja Kluuvin alueilla yleisillä paikoilla Helsingissä vuosina 2005 ja 2011

Lähde: Polstat (poliisin tulostietojärjestelmä)



Kuvio 3. Poliisin tietoon tulleet väkivaltarikokset Tampereen keskustassa yleisillä paikoilla vuosina 2005 ja 2011

Lähde: Polstat (poliisin tulostietojärjestelmä)



Kuvio 4. Poliisin tietoon tulleet väkivaltarikokset Jyväskylän keskustassa yleisillä paikoilla vuosina 2005 ja 2011

Lähde: Polstat (poliisin tulostietojärjestelmä)

Helsingin keskusta-alueella väkivaltarikosten määrä on selvästi suurempi vuonna 2011 kuin vuonna 2005 (kuvio 2). Myös väkivaltarikosten ajallisessa esiintyvyydessä on eroja vertailuvuosien välillä. Vuoden 2011 tilastoissa väkivaltatapausten määrä hypähtää jyrkästi ylöspäin kello kolmen ja neljän aikoihin yöllä ja on selvästi suurempi verrattuna illan ja yön aikaisempiin tunteihin. Jatkoaikaluvan saaneiden anniskelupaikkojen sulkemisaikaan asettuva tilastopiikki väkivaltarikosten määrissä on ilmeinen.

Tampereen keskusta-alueella väkivaltarikosten rekisteröity lukumäärä ei ole tarkasteluajana noussut samaan tapaan kuin Kampissa ja Kluuvissa, mutta myös Tampereella väkivaltatapaukset ajoittuvat enenevässä määrin nimenomaan aamuyön myöhäisimpiin tunteihin (kuvio 3). Samaan aikaan varhaisempien tuntien väkivaltarikosten määrät ovat laskeneet vuodesta 2005, joten myös Tampereen keskustan vuoden 2011 tilastoissa on havaittavissa nousupiikki jatkoaikaluvan saaneiden paikkojen sulkeutumisen aikoihin. Samoin Jyväskylän keskusta-alueen väkivaltatapausten ovat korkeimmillaan aamuyöllä kello kolmen ja neljän aikoihin vuoden 2011 osalta (kuvio 4).

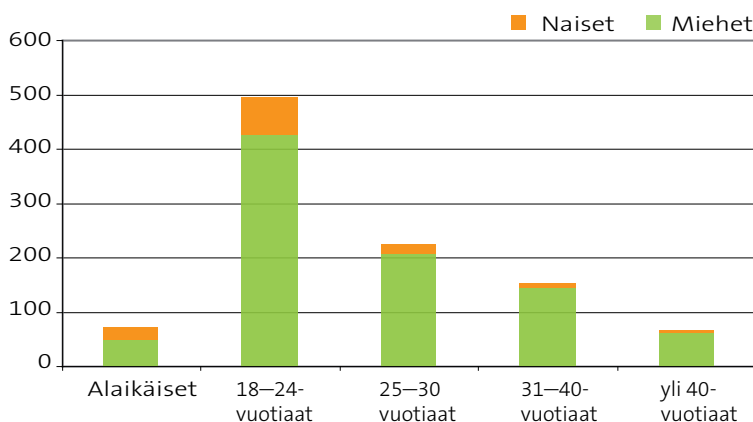
Myös Jyväskylän keskustassa väkivaltatapausten esiintyvyydessä on tapahtunut ajallista siirtymää. Vertailuvuonna 2005 väkivaltarikosten määrä Jyväskylän keskustassa nousi melko tasaisesti yön tuntien kuluessa ja saavutti huippunsa kello kolmen aikaan yöllä. Sitä vastoin vuonna 2011 väkivaltatapausten määrissä tapahtui selkeä hyppy jatkoaikaluvan saaneiden anniskelupaikkojen sulkeutumisaikojen kohdalla.

Kuviot osoittavat, että kaupunkien keskustojen yleisten paikkojen väkivaltatapausten keskittyvät jatkoaikaluvan saaneiden anniskelupaikkojen sulkemisaikaan aa-

muyöllä. Pahoinpitelyrikollisuuden esiintyvyydessä vuonna 2011 on selkeä piikki kaikilla tarkastelualueilla kello kolmen ja neljän aikaan yöllä. Ilmiö on erityisen draamaattinen Helsingin Kluuvin ja Kampin alueilla, joilla noin 38 prosenttia vuorokauden väkivaltarikoksista tapahtuu nimenomaan jatkoaikaluvan saaneiden paikkojen sulkeutuessa. Aukioloaikojen päättymiseen liittyvässä pahoinpitelypiikissä on noin kolminkertainen määrä pahoinpitelyitä verrattuna kello kahden aikaan rekisteröityihin väkivaltatapauksiin.

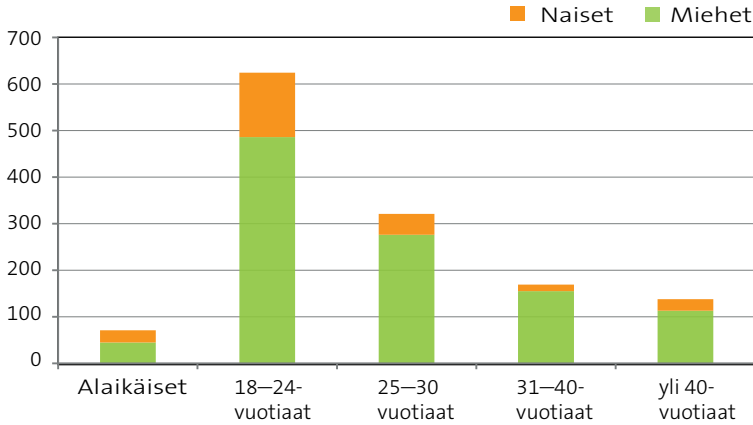
Kaupunkien keskustojen yleisten paikkojen väkivaltatapauksen ajallinen esiintyvyys poikkeaa koko maan profiilista vuonna 2011 (vrt. kuvio 1). Keskusta-alueiden yleisten paikkojen väkivaltatapauksissa on öinen piikki jatkoaikaluvan saaneiden paikkojen sulkeutuessa, kun niitä verrataan kaikkiin väkivaltarikoksiin Suomessa.

Kuvioissa 5 ja 6 syvennetään ilta- ja yöaikaisen väkivaltarikollisuuden tarkastelua Kampin ja Kluuvin alueilla jaotteleamalla yleisten paikkojen väkivaltarikokset epäillyn ja uhrin iän ja sukupuolen mukaan. Valtaosa väkivaltarikoksista epäillyistä ja myös uhreista on nuoria alle 30-vuotiaita aikuisia (kuviot 5 ja 6). Ylivoimaisesti suurin ryhmä ovat 18–24-vuotiaat miehet. Yökerhoissa ja kaduilla liikkuvat ennen kaikkea nuoret aikuiset, joiden juhlimisessa yhteisöllisyys korostuu (Törrönen & Maunu



Kuvio 5. Kello 21–04 tehdystä väkivaltarikoksesta epäillyt yleisillä paikoilla Kampin ja Kluuvin alueilla Helsingissä vuonna 2011 iän ja sukupuolen mukaan

Lähde: Polstat (poliisin tulostietojärjestelmä)



Kuvio 6. Väkivaltarikoksen uhrin kello 21–04 yleisillä paikoilla Kampin ja Kluuvien alueilla Helsingissä vuonna 2011 iän ja sukupuolen mukaan

Lähde: Polstat (poliisin tulostietojärjestelmä)

2005). Siksi myös yöaikaisesta väkivaltarikollisuudesta leijonan osa on nuorten aikuisten kontolla.

Johtopäätökset

Poliisin rekisteritietojen perusteella väkivaltarikollisuus kaupunkien keskustojen yleisillä paikoilla oli vuonna 2011 huipussaan jatkoaikaluvan saaneiden anniskeluravintoloiden sulkemisaikaan. Juomatapatutkimusten pohjalta on ilmeistä, että öinen väkivaltapiikki on yhteydessä suomalaisten yleistyneeseen yöaikaiseen humalajuomiseen. Anniskelupaikkojen sulkiessa ovensa päihtyneet asiakkaat siirtyvät taksijonoihin tai julkisiin kulkuneuvoihin lähteäkseen kotiin tai suunnatakseen jatkoille. Yleisissä tiloissa sattuu pahoinpitelyjä nimenomaan keskusta-alueilla, joissa yön ja illan aikana liikkuu paljon anniskelupaikoista yhtä aikaa ulos purkautuneita ihmisiä. Väkivaltatilanne syntyy hyvin usein juuri ravintolaillan päätteeksi, ja kohteena voi yksityistilojen väkivaltatilanteesta poiketen olla myös satunnainen vastaantulija.

Suomalaisen humalahakuisen juomiskulttuurin ja hedonistisen kaupunkiympäristön uusi liitto ei näin ollen ole ristiriidaton. Alkoholipoliittisen sääntelyn vapauduttua yöaikaisia huvittelumahdollisuuksia on tarjolla entistä enemmän, mutta samalla humalajuomisen välittömät haittavaikutukset yleistyvät. Anniskeluravintoloiden keskittyminen kaupunkien keskustoihin, ostoskeskuksiin ja lähiöiden keskustaluueille ruokkii osaltaan yleisten tilojen pahoinpitelyrikollisuutta ja muuta häiriökäyttäytymistä. Tästä koituu emotionaalista taakkaa ja pelkoja asianomaisten lisäksi myös sivullisille ihmisille ja lähiympäristön asukkaille samalla, kun järjestyksen piittoa ja fyysisten vaurioiden korjaamiseen hupenee julkisten palveluiden ja viran-

omaisten resurssija. Anniskelupaikkojen sulkemisaikoihin liittyvät häiriöt vaikuttavat myös joukkoliikenteen turvallisuuteen.

Onko öisessä väkivaltapiikissä sitten kyse sivullisten uhrien tai muiden ihmisten kokemasta haitasta, jonka juoja holtittomuudellaan ja harkitsemattomuudellaan aiheuttaa? Väestöhaastattelututkimusten perusteella väkivaltatilanteista ainakin kahdessa kolmesta alkoholi on mukana niin, että joko tekijä, uhri tai molemmat ovat päihtyneitä. Väkivaltatilanteiden luonne näyttää jonkin verran muuttuneen vuosien myötä, sillä sellaiset väkivaltatilanteet, joissa uhri on päihtynyt, ovat yleistyneet. Muutos koskee erityisesti miespuolisia, mutta vähäisemmässä määrin myös naispuolisia väkivallan uhreja. (Sirén 2000.) Sosiaaliset haitat, kuten väkivalta, ovat syntymekanismiltaan vuorovaikutuksellisia, ja tekijän lisäksi myös uhri on usein alkoholin vaikutuksen alainen.

Tämän artikkelin tilastollisilla kuvailuilla on ilmeiset rajoituksensa. Tapauskaupunkeja ja tarkasteluvuosia on rajattu määrä. Lisäksi esimerkiksi Jyväskylän keskustan rekisteröityjen väkivaltarikosten lukumäärät ovat suhteellisen pieniä. Niinpä tuloksia on syytä tulkita varovaisesti, ja syventävät jatkoanalyysit ovat tarpeen. Artikkelissa raportoidut tulokset kuitenkin tuovat esiin sen, että juomistilanteisiin ja alkoholijuomien yöaikaiseen saatavuuteen on syytä kiinnittää huomiota väkivaltarikosten ehkäisyssä. Erityisenä riskiryhmänä ovat nuoret miehet, jotka eivät välttämättä kärsi alkoholiriippuvuudesta vaan vaarantavat humalajuomistilanteissa oman ja ympäristönsä hyvinvoinnin ja turvallisuuden. Päihdehaittojen hallinnan ja nuorten syrjäytymisen ehkäisyn kannalta havainto on hälyttävä. Anniskelupaikkojen sulkeutumisaikoihin liittyvä öinen väkivaltapiikki asettaa erityisiä haasteita vastuulliselle anniskelulle ja tilannekohtaiselle rikostentorjunnalle.

Havainto väkivaltarikollisuuden määrän kasvusta yön pikkutunteina tukee osaltaan perustelua, joilla ravintoloiden aukioloaikoja halutaan rajoittaa, mutta se voi myös kirvoittaa rajoituksia purkavia alkoholipoliittisia toimenpidesuosituksia. Alkoholin anniskeluaikojen pidentämistä tai jopa alkoholimyynnin vapauttamista aikarajoituksista voidaan perustella sulkemisaikojen ympärillä tapahtuvien väkivallantekojen vähentämisellä: hallittu juominen valvotussa tilassa on turvallisempaa kuin sosiaalisen valvonnan ulottumattomissa tapahtuva kotijuominen (Barton & Husk 2012).

Tämän artikkelin analyysien perusteella voidaan päätellä, että aukioloaikoja vapauttavilla toimenpiteillä olisi mahdollista tasoittaa sulkemisaikoina tapahtuvia väkivallantekojen piikkejä, mutta loppujen lopuksi seurauksena olisi todennäköisesti väkivaltatapausten kumulatiivinen kasvu yleisillä paikoilla.

Elinkeinoelämän näkökulmasta pitkiä aukioloaikoja voidaan puolustaa korostamalla, että vain murto-osa suomalaisten kuluttamasta alkoholista myydään kello kahden ja neljän välillä anniskelupaikoissa. Voidaan kuitenkin ajatella, että terveys-, turvallisuus- ja hyvinvointipoliittisesti juuri ne muutamat viimeiset drinkit ovat viimeinen niitti, joka laukaisee väkivaltaisen käyttäytymisen ja aiheuttaa haittoja myös muille kuin juojalle itselleen.

Voidaan myös pohtia, palvelevatko pitkäksi venyvät kosteat yöt lopulta ravintolaelinkeinon etuja. Ainakin on ilmeistä, että mitä humalaisempina ja myöhemmin asiakkaat tulevat ravintolaan, sitä lyhyemmäksi jää myyntiaika ja pienemmäksi kate. Humalaiset asiakkaat ovat myös järjestysongelma, ja väkivallan pelko kuuluu monen ravintolatyöntekijän arkeen. Mahdollisuus pitkiin aukioloaikoihin kannustaa ravintolat pitämään liikkeensä auki myöhään: yrittäjän ei kannata sulkea aikaisemmin, jos muut liikkeet jatkavat. Niinpä kaupunkikeskustojen yleisissä tiloissa Suomi valvoo ja juo – aggressiivisin seurauksin.

On kuitenkin vaikeaa arvioida, miten anniskelupaikkojen aukioloaikojen mahdollinen rajoittaminen vaikuttaisi väkivaltarikollisuuteen: vähensikö se, siirtyisikö se nykyistä enemmän yksityisiin tiloihin vai tapahtuisiko esiintyvyydessä ajallisia siirtymiä. Väkivaltarikoksia torjuvat tilannekohtaiset rajoitukset vaikuttavat nimittäin osana alkoholi- ja hyvinvointipoliittista kokonaisuutta (ks. Holmila & Warpenius 2009). Kaiken kaikkiaan alkoholiehtoisen väkivaltarikollisuuden vähentyminen edellyttää suomalaisen humalahakuisen juomiskulttuurin muutosta.

Mitä opimme?

- ▶ Poliisin rekisteritietojen perusteella väkivaltarikollisuus kaupunkien keskustojen yleisillä paikoilla on huipussaan jatkoaikaluvan saaneiden anniskeluravintoloiden sulkemisaikaan.
- ▶ Uhrit ja tekijät ovat pääsääntöisesti nuoria miehiä. Tekijän lisäksi usein myös uhri on alkoholin vaikutuksen alainen.
- ▶ Sosiaaliset haitat, kuten humalajuomiseen liittyvä väkivalta, ovat vuorovaikutuksellisia ja aiheuttavat häiriötä ympäristölleen ja kuluttavat viranomaisresursseja.
- ▶ Alkoholiehtoisen väkivaltarikollisuuden väheneminen edellyttää humalahakuisen juomiskulttuurin muutosta.
- ▶ Juomistilanteisiin ja alkoholijuomien yöaikaiseen saatavuuteen on syytä kiinnittää huomiota väkivaltarikosten ehkäisyssä.

Lähteet

Anderson, Peter & Møller, Lars & Galea, Gauden (toim.) (2012) Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Aromaa, Kauko & Heiskanen, Markku & Niemi, Hannu & Sirén, Reino (1996) Suomalaisen turvallisuus 1993. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 139. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.

Babor, Thomas ym. (2010) Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and public policy, 2nd edition. Oxford and London: Oxford University Press.

Barton Adrian & Husk, Kerry (2012) Controlling pre-loaders: alcohol related violence in an English night time economy. *Drugs & Alcohol Today*. 12(2), 89–97.

Heiskanen, Markku & Sirén, Reino & Aromaa, Kauko (2004) Suomalaisen turvallisuus

2003. Poliisiammattikorkeakoulun tiedotteita 29. Helsinki: Poliisiammattikorkeakoulu.
- Holmila, Marja & Metso, Leena & Österberg, Esa (1997) Suomalainen ravintolassa. *Alkoholipolitiikka* 62(6), 405–414.
- Holmila, Marja & Metso, Leena & Österberg, Esa (2003) Pitkät aukioloajat lisäävät juopottelua. *Dialogi* 8, 16–19.
- Holmila, Marja & Warpenius Katariina (2009) Finland. Teoksessa Phil Hadfield (toim.) *Nightlife and crime. Social order and governance in international perspective*. Oxford: Oxford University Press, 127–137.
- Karlsson, Thomas & Österberg, Esa (2012) Alkoholit ja väkivaltarikollisuus. Teoksessa Jarmo Heinonen (toim.) *Kuin kala verkossa. Ihminen ja alkoholi*. Tallinna: Prometheus kustannus, 88–98.
- Katuväkivallan ehkäisy ja vähentäminen työryhmän raportti (2009). Helsinki: Helsingin kaupungin hallintokeskus.
- Kivivuori, Janne (2008) Rikollisuuden syyt. Jyväskylä: Gummerus.
- Lehti, Martti (2002) *Henkirikokset 1998–2000*. Tutkimus poliisin tietoon vuosina 1998–2000 tulleista henkirikoksista. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 194, Oikeus 2002:14. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos; Tilastokeskus.
- Lehti, Martti & Kivivuori, Janne (2005) Kuolemaan johtanut väkivalta. Teoksessa Rikollisuustilanne 2005. Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 220. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, 13–41.
- Lehti, Martti & Sirén Reino (2009) Väkivaltarikokset ja alkoholi. Teoksessa Rikollisuustilanne 2008. Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 247. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, 297–307.
- Lehti, Martti & Sirén, Reino & Aaltonen, Mikko & Kivivuori, Janne (2011) Pahoinpitely- ja ryöstöririkokset. Teoksessa Rikollisuustilanne 2010. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 258. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, 53–96.
- Maunu, Antti & Simonen, Jenni (2010) Miksi juodaan? Nuoret, humala ja sosiaalisuus. Teoksessa Pia Mäkelä & Heli Mustonen & Christoffer Tigerstedt (toim.) *Suomi juo*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 85–98.
- Mustonen, Heli & Metso, Leena & Mäkelä, Pia (2010) Milloin suomalaiset juovat? Teoksessa Pia Mäkelä & Heli Mustonen & Christoffer Tigerstedt (toim.) *Suomi juo*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 55–69.
- Mustonen, Heli & Österberg, Esa (2010) Missä juodaan? Alkoholinkäyttö koti- ja anniskeluympäristössä. Teoksessa Pia Mäkelä & Heli Mustonen & Christoffer Tigerstedt (toim.) *Suomi juo*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 70–84.
- Mäkelä, Klaus & Sulkunen, Pekka & Österberg, Esa (1981) Suomen väkijuomaolot 1950–1975. Teoksessa *Sosiaalipolitiikka 1981, Sosiaalipoliittisen yhdistyksen vuosikirja* no 6. Vammala: Sosiaalipoliittinen yhdistys, 37–62.
- Mäkelä, Pia & Österberg, Esa (2006) Alkoholinkulutus kasvaa - lisääntykö hyvinvointi? Teoksessa Mikko Kautto (toim.) *Suomalaisen hyvinvointi*. Helsinki: Stakes, 306–328.
- Pernanen, Kai (1991) *Alcohol in human violence*. New York: Guilford Press.
- Pernanen, Kai (1996) *Sammenhengens alkohol-vold*. Oslo: Statens Institutt for Alkoholforskning.
- Poliisin tulostietojärjestelmä.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Rossow, Ingeborg (2001) Alcohol and homicide: a cross-cultural comparison of the relationship in 14 European countries. *Addiction* 96(Supplement 1), 77–92.
- Rossow, Ingeborg & Norström, Thor (2012) The impact of small changes in bar closing hours on violence. *The Norwegian experience from 18 cities*. *Addiction* 107(3), 530–537.
- Rikollisuustilanne 2011 (2012). Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 262. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Sillanpää, Merja (2002) *Säännöstelty huvi*. Suomalainen ravintola 1900-luvulla. *Bibliotheca Historica* 72. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Sirén, Reino (2000) Pahoinpitelyrikollisuus 1950–1997. Kehityspiirteitä ja kehitystä selittäviä tekijöitä. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 169. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Sirén, Reino (2002) Trends in Assault: On the relationship between the assault rate and selected social indicators in post-war Fin-

- land. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention* 3(1), 22–49.
- Takala, Jukka-Pekka & Obstbaum, Yaira (2009) Looking at violence in the Nordic countries: statistical sources, variations, improving measurement. Copenhagen: Nordic Council of Ministers.
- Tigerstedt, Christoffer & Österberg, Esa (2007) Alkoholihaitat ovat säilyneet suomalaisina ja muuttuneet ranskalaisiksi. *Yhteiskuntapolitiikka* 72(3), 330–332.
- Törrönen, Jukka & Maunu, Antti (2005) Kevyet irtiotot ja raskas sosiaalisuus. Alkoholi nuorten aikuisten ravintolailtaa kuvaavissa kertomuksissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 70(3), 266–281.
- Valtioneuvoston asetus alkoholijuomien anniskeluajan jatkamisesta (1208/2002).
Valviran rekisteri anniskeluluvista.
- Warpenius, Katariina & Holmila, Marja & Mustonen, Heli (2010) Effects of a community intervention on alcohol service to intoxicated patrons. *Addiction* 105(6), 1032–1040.
- Österberg, Esa & Karlsson, Thomas (2011) Trends in alcohol consumption and violence in the Nordic countries 1960-2000: Exploring some puzzles. *Contemporary Drug Problems* 38(2), 311–329.

11 Rattijuoppojen aiheuttamat haitat muille tiellääikkujille

Suomalaisista lähes 60 prosenttia on huolissaan liikennetapaturmaan joutumisesta (Haikonen & Lounamaa 2010). Huoli on huomattavasti suurempi kuin esimerkiksi koti- tai vapaa-ajan tai työtapaturmaan joutumisesta, mikä sinänsä on ymmärrettävää, sillä liikennetapaturman seuraukset saattavat olla hyvinkin vakavia. Yksi keskeinen huolenaihe liikenteessä ovat rattijuopot. Rattijuoppoihin kohdistuva pelko on yleistynyt huomattavasti parin viime vuosikymmenen aikana. Vuonna 2006 autoilijoista lähes kaksi kolmasosaa (61 %) kertoi pelkäävänsä rattijuoppoja ja rattijuopot olivat yleisin pelonaihe liikenteessä kaiken ikäisillä kuljettajilla (Rajalin & Pöysti 2006).

Rattijuopumusta pidetään erittäin suurena liikenneturvallisuusriskinä muille tiellääikkujille, vaikka rattijuopon aiheuttamissa liikenneonnettomuuksissa kuolee tai loukkaantuu useimmiten rattijuoppo itse. Huolen taustalla vaikuttanee ainakin kiistaton tutkimusnäyttö siitä, että rattijuopoilla liikenneonnettomuuden vaara on selkeästi suurempi selviin kuljettajiin verrattuna (Gjerde ym. 2011; Lillsunde ym. 2012) ja että rattijuopot ovat useimmiten myös syyllisiä joutumaansa onnettomuuteen (Laapotti & Keskinen 2009). Suurentunut onnettomuusriski koskettaa luonnollisesti myös muita tiellääikkujia, jotka onnettomuustapauksissa ovat yleensä viattomia uhreja.

Julkisessa keskustelussa rattijuopumus tuomitaan jyrkästi, ja erityisen paljon mediahuomiota saavat osakseen tapaukset, joissa rattijuoppo on aiheuttanut sivullisen kuoleman. Esimerkiksi vuoden 2012 keväällä tapahtui kaksi laajaa huomiota saanutta ja runsaasti keskustelua herättänyttä onnettomuutta, joissa molemmissa 11-vuotias tyttö joutui rattijuopon yliajamaksi ja kuoli rattijuopon uhrina. Tällaiset tapaukset herättävät turvattomuutta, pelkoa ja vihaakin, ja niihin liittyvissä keskusteluissa vaaditaan toimenpiteitä rattijuopumuksen vähentämiseksi sekä tuntuvampia ja tehokkaampia sanktioita rattijuopoilta. Vaikka rattijuopot yleisesti aiheuttavat huolta ja pelkoa muissa tiellääikkujissa ja vaikka rattijuoppojen muille tienkäyttäjille aiheuttamat haitat ovat pysyvä, moraalisia latauksia ja poliittisia vaatimuksia sisältävä julkisen keskustelun aihe, rattijuoppojen muille aiheuttamista haitoista on vain vähän tutkimustietoa sekä kansallisesti että kansainvälisesti.

Tämä artikkeli pohjautuu useisiin rattijuopumusta koskeviin tutkimuksiin sekä tilastoihin. Artikkelissa kuvataan aluksi yleisesti rattijuopumusta ja siihen liittyvää lainsäädäntöä Suomessa. Rattijuoppojen muille tiellääikkujille aiheuttamia haittoja analysoidaan kahdesta näkökulmasta. Ensin tarkastellaan rattijuopumusta yleisesti

liikenneturvallisuuden uhkana ja siten potentiaalisena haittojen aiheuttajana ja keskitytään rattijuoppojen kohonneeseen onnettomuusriskiin sekä syyllisyyskysymykseen. Tämän tarkastelun kautta edetään rattijuoppojen sivullisille aiheuttamiin tosiasiallisiin haittoihin eli rattijuoppojen aiheuttamiin loukkaantumisiin ja kuolemaan johtaneisiin onnettomuuksiin. Lopun johtopäätöksissä nostetaan esille joitain ehkäiseviä toimenpiteitä rattijuopumuksesta aiheutuvien haittojen vähentämiseksi.

Rattijuopumus Suomessa

Alkoholin tai muiden ajokykyä alentavien päihteiden vaikutuksen alaisena ajaminen eli rattijuopumus on ilmiö, jolla on vaikutuksia sekä liikenneturvallisuuteen että kansanterveyteen. Rikoslain (2002/1198) mukaan kuljettaja tuomitaan rattijuopumuksesta alkoholipitoisuuden ollessa ajon aikana vähintään 0,5 promillea veressä tai 0,22 mg/l uloshengitysilmassa tai törkeästä rattijuopumuksesta alkoholipitoisuuden ollessa 1,2 promillea tai 0,53 mg/l. Rattijuopumuksesta tuomitaan myös, jos kuljettajan veressä on ajon aikana huumausaineen vaikuttavaa ainetta tai sen aineenvaihduntatuotetta yli analyttisen raja-arvon (ns. nollarajalaki huumeista liikenteessä).

Suomessa alkoholin vaikutuksen alaisena (veren alkoholipitoisuus < 0,5 ‰) ajaa keskimäärin 0,6–0,7 prosenttia liikennevirran kuljettajista eli noin joka 150. kuljettaja, ja rattijuopumuksen rajan ylittää keskimäärin 0,2 prosenttia eli noin joka 700. liikennevirran kuljettaja. Laittomia huumeita käyttää noin 0,1 prosenttia ja ajokykyyn vaikuttavia rauhoittavia tai unilääkkeitä noin 1,7 prosenttia suomalaisen liikennevirran kuljettajista. (Lillsunde ym. 2012.)

Vuonna 2010 poliisin tietoon tuli 21 130 rattijuopumustapausta (Tilastokeskus 2011). Poliisin tietoon tulleita alkoholirattijuoppoja on Suomessa huomattavasti enemmän kuin muiden päihteiden (huumeet/lääkkeet) vaikutuksen alaisena ajavia, joskin poliisin tietoon tulleiden huumerattijuoppojen määrä on lisääntynyt kahden viime vuosikymmenen aikana (Ojaniemi ym. 2009). Kiinnijääneiden alkoholirattijuoppojen keskimääräinen veren alkoholipitoisuus ylittää selvästi törkeän rattijuopumuksen rajan, sillä se on noin 1,6 promillea. Poliisin tietoon tulee rattijuopumustapauksia erityisen paljon viikonloppuöisin, ja kiinni jäädään etenkin suurten juhlahyphien, kuten vapun, juhannuksen ja uudenvuodenpäivän aikaan. (Impinen ym. 2008.) Rattijuopumukseen liittyy usein riskikäyttäytymistä, kuten kaahailua, turvavyön ja muiden turvalaitteiden käyttämättömyyttä, ajoa ilman ajo-oikeutta ja vaarallista riskinottoa. Huomattava osa rattijuopumustapauksista tulee poliisin tietoon onnettomuuksien, poikkeavan ajotavan tai liikennerikkomusten kautta (Niemi 2011).

Rattijuopot alttiimpia liikenneonnettomuuksille

Rattijuoppojen muille aiheuttamia haittoja voidaan epäsuorasti arvioida päihteiden vaikutuksen alaisena ajavien kuljettajien onnettomuusriskin kautta. Onnettomuusriski tarkoittaa sitä, kuinka paljon suurempi on rattijuopon todennäköisyys joutua liikenneonnettomuuteen selvään kuljettajaan verrattuna. Euroopan laajuisessa DRUID (Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines) -projektissa arvioitiin alkoholin, lääkeaineiden ja huumeiden aiheuttamaa liikenneonnettomuusriskiä (DRUID 2010; Lillsunde ym. 2012). Projektin tulosten perusteella kehitetty taulukko 1 osoittaa, että suurin riski liittyy kuljettajan veren korkeaan alkoholipitoisuuteen ja alkoholin ja muiden aineiden yhteisvaikutuksen alaisena ajamiseen. Korkeat alkoholipitoisuudet jo sinällään sekä alkoholin ja muiden aineiden sekakäyttö yhdessä olivat huomattavasti vaarallisempia kuin mikään muu aine yksinään. Onnettomuuskuuljettajien veren alkoholipitoisuudet olivat korkeita (keskimäärin > 1,6 ‰). Vakavan loukkaantumisen tai kuolemaan johtavan liikenneonnettomuuden vaara kasvoi eksponentiaalisesti alkoholipitoisuuden kasvaessa jokaisessa tutkimukseen osallistuneessa maassa.

Vastaavia tuloksia on saatu myös muissa eurooppalaisissa tutkimuksissa, joissa on tarkasteltu kuolemaan (Gjerde ym. 2011) tai loukkaantumiseen (Movig ym. 2004) johtaneita liikenneonnettomuuksia. Näidenkin tutkimusten mukaan vakavaan loukkaantumiseen johtaneen liikenneonnettomuuden riski oli suurin alkoholia ja huumeita tai lääkkeitä yhtäaikaaisesti käyttäneillä kuljettajilla selviin verrattuna, ja riski oli selvästi suurentunut myös kahta tai useampaa huumausainetta tai huumeita ja lääkkeitä samanaikaisesti käyttäneillä kuljettajilla. Yksittäisistä aineista ehdottomasti hai-

TAULUKKO 1. Suhteellinen riski loukkaantua vakavasti tai kuolla liikenneonnettomuudessa eri aineiden myötävaikutuksesta. Keskimääräinen arvio yhdeksän maan yhteistuloksista luottamusväliä huomioiden. Tuloksissa ovat mukana vakavasti loukkaantuneet (Tanska, Suomi, Liettua, Italia, Belgia, Hollanti) ja kuolleet (Suomi, Norja, Portugali). (Hels ym. 2011.)

Riskitaso	Suhteellinen riski	Aineryhmä
Jonkin verran kohonnut riski	1–3	Alkoholi alle 0,5 ‰ Kannabis
Kohtalaisesti kohonnut riski	2–10	Alkoholi 0,5–0,8 ‰ Bentsodiatsepiinit ja unilääkkeet (Z-) Kokaiini Bentsoyylikgoniini Lääkeopoidit Laittomat opiaatit
Suuresti kohonnut riski	5–30	Alkoholi 0,8–1,2 ‰ Lääkeaineiden ja/tai huumausaineiden sekakäyttö Amfetamiini
Erittäin suuresti kohonnut riski	20–200	Alkoholi ≥ 1,2 ‰ Alkoholin ja lääke- tai huumausaineiden sekakäyttö

tallisin oli alkoholi, ja liikenneonnettomuuden vaara suureni samalla, kun veren alkoholipitoisuus nousi.

Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan (Langel ym. 2011) Töölön tapaturma-
asemalle hoitoon tuoduista kuljettajista, jotka olivat olleet liikenneonnettomuudes-
sa, noin kolmasosalta löytyi elimistöstä ajokykyä heikentäviä psykoaktiivisia ainei-
ta. Heistä 22 prosentilla oli alkoholia veressään. Yksittäisajoneuvo-onnettomuuksien
(esim. yhden auton tieltä suistuminen) määrä oli samaa suuruusluokkaa kuin yh-
teentörmäysonnettomuuksien lukumäärä, mutta kuljettajia, joilla oli alkoholia ve-
ressä, esiintyi huomattavasti enemmän yksittäisajoneuvo-onnettomuuksissa (35 %)
kuin yhteentörmäysonnettomuuksissa (7 %). Joka kolmannessa yksittäisonnetto-
muudessa oli kyse alkoholin lisäksi myös muusta aineesta.

Rattijuopot usein syyllisiä liikenneonnettomuuteen

Alkoholin ja muiden päihteiden käytön yhteys liikenneonnettomuuksiin on siis kiis-
tatta osoitettu. Tämän lisäksi on näyttöä siitä, että rattijuopot ovat useimmiten syyll-
isiä niihin onnettomuuksiin, joissa he ovat osallisina. Sekä Suomessa että kansainvä-
lisesti tehtyjen tutkimusten mukaan psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden
(esim. alkoholi, huumeet, tietyt lääkkeet) vaikutuksen alaisena ajaneet kuljettajat oli-
vat selviä kuljettajia useammin syyllisiä onnettomuuksiin, jotka johtivat kuolemaan
(Drummer ym. 2004; Laapotti & Keskinen 2009) tai loukkaantumiseen (Kufera ym.
2006; Longo ym. 2000). Näissäkin tapauksissa kuljettaja todettiin onnettomuuden ai-
heuttajaksi sitä todennäköisemmin, mitä korkeampi veren alkoholipitoisuus oli, tai
jos alkoholin kanssa oli samanaikaisesti käytetty muita päihteitä.

Loukkaantumiseen johtaneet rattijuopumukseen liittyvät onnettomuudet

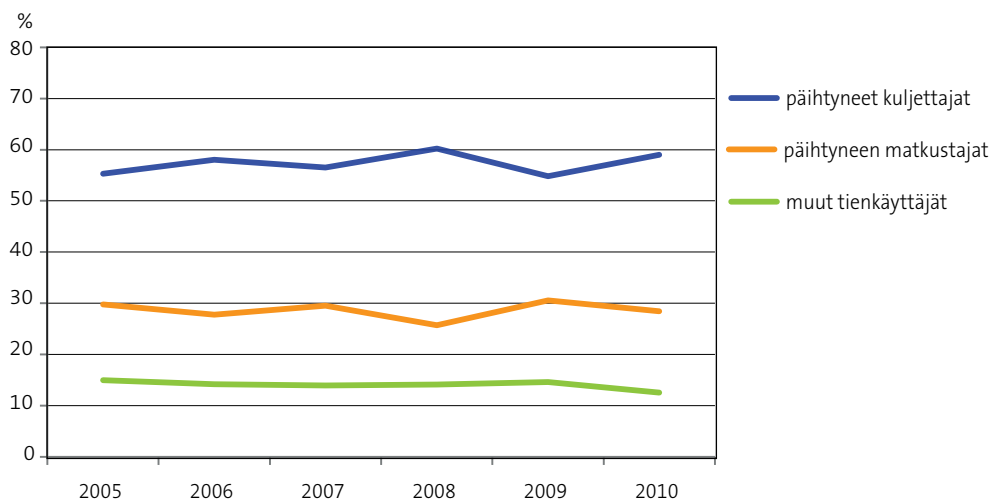
2000-luvulla poliisin tietoon on tullut kaikkiaan noin 30 000–35 000 liikenneonnet-
tomuutta vuosittain. Näistä noin 6 000 on vuosittain johtanut henkilövahinkoihin,
joissa on loukkaantunut 7 000–9 000 henkilöä. Loukkaantuneiden lukumäärä on ol-
lut laskeva, ja vähiten loukkaantuneita oli vuosina 2010–2011, jolloin heitä oli alle
8 000 vuodessa. (Tilastokeskus 2011.)

Kun tarkastellaan onnettomuuksia, joihin liittyy alkoholinkäyttöä, kuolleet ja
loukkaantuneet voidaan jakaa kahteen ryhmään. Nämä ovat päihtyneet kuljettajat
sekä sivulliset, jotka joutuvat osallisiksi päihtyneen aiheuttamaan onnettomuuteen.
Lisäksi sivulliset voidaan jakaa vielä kahteen ryhmään: päihtyneen kuljettajan kyy-
dissä oleviin matkustajiin sekä muihin tienkäyttäjiin (muut autoilijat, pyöräilijät, ja-
lankulkijat ym.). Tilastokeskuksen (2011) tietojen mukaan 2000-luvulla keskimää-
rin 1 000 ihmistä loukkaantui rattijuopumustapauksissa vuosittain, mikä on noin 12
prosenttia kaikista liikenneonnettomuuksissa loukkaantuneista. Luku sisältää kaik-

ki loukkaantuneet, niin itse rattijuopot kuin sivullisetkin. Vuonna 2010 alkoholiin liittyvissä moottoriajoneuvo-onnettomuuksissa loukkaantui noin 800 ihmistä, joista yli puolet (475 ihmistä) oli rattijuopumuksen rajan ylittäneitä kuljettajia, noin kolmasosa (229 ihmistä) päihtyneen kuljettajan matkustajia ja 13 prosenttia (109 ihmistä) muita tienkäyttäjiä (ks. kuvio 1). Loukkaantumiseen johtaneen tieliikenneonnettomuuden aiheuttaja ei silti aina ole päihtynyt moottoriajoneuvon kuljettaja, sillä vuonna 2010 alkoholionnettomuuksissa loukkaantuneissa oli lisäksi 72 päihtynyttä jalankulkijaa ja polkupyöräilijää, jotka aiheuttivat yhdeksän muun tielläliikkujan ja yhden matkustajan loukkaantumisen.

2000-luvun loppupuolella rattijuopumustapauksissa loukkaantuneiden määrä on ollut laskusuuntainen (vuonna 2005 yhteensä 1 129 ja vuonna 2010 yhteensä 805 loukkaantunutta). Vähennemistä on kuitenkin tapahtunut tasaisesti kaikissa kolmessa ryhmässä, sillä päihtyneiden kuljettajien, heidän kyydissään olleiden matkustajien sekä muiden tienkäyttäjien osuudet rattijuopumustapauksissa loukkaantuneista ovat pysyneet lähes muuttumattomina (kuvio 1). (Tilastokeskus 2011.)

Tässä artikkelissa on käytetty Tilastokeskuksen tietoja liikenneonnettomuuksissa loukkaantuneista, ja ne perustuvat poliisin tietoon tullessiin onnettomuustapauksiin. Tutkimusten mukaan kaikki onnettomuustapaukset eivät kuitenkaan välttämättä päädy näihin tilastoihin (ks. esim. Airaksinen 2008), jolloin on huomioitava, että loukkaantumisten todellinen määrä saattaa olla esitettyä suurempi. Kuolemaan johtaneissa onnettomuuksissa vastaavaa ilmiötä ei ole.



Kuvio 1. Rattijuopumustapauksissa loukkaantuneet päihtyneet kuljettajat, päihtyneen kuljettajan autossa olleet matkustajat sekä muut tienkäyttäjät (%-osuus) Suomessa vuosina 2005–2010 (Tilastokeskus 2011)

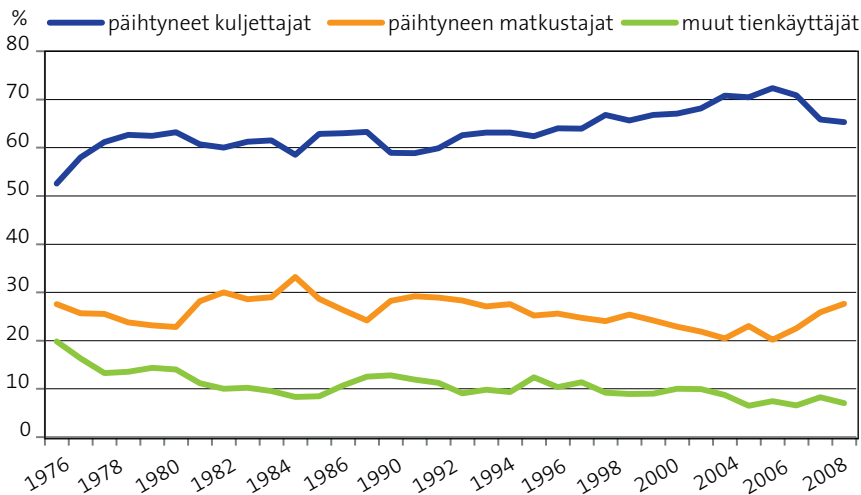
Kuolemaan johtaneet rattijuopumukseen liittyvät onnettomuudet

Kaikissa kuolemaan johtaneissa tieliikenneonnettomuuksissa on 2000-luvulla menehtynyt noin 250–450 ihmistä vuosittain. Kuten loukkaantuneiden, myös tieliikennekuolemien lukumäärä on ollut laskeva, ja vähiten kuolemia tapahtui vuosina 2009–2010, jolloin vuosittaisten tieliikennekuolemien määrä oli alle 300. (Tilastokeskus 2011.)

Sellaiset onnettomuudet, joissa yhtenä osapuolena oli rattijuoppo, vaativat runsaasti kuolonuhreja 1990-luvun alkupuolella. Vuonna 1990 määrä oli suurin, ja silloin näissä onnettomuuksissa kuoli 152 ihmistä. 2000-luvulla rattijuopumukseen liittyvissä onnettomuuksissa on kuollut alle 100 ihmistä vuosittain. Vähiten kuolemia tapahtui vuosina 2009–2010, jolloin niitä oli alle 70 vuodessa. Rattijuopot aiheuttavat noin neljäsosan kaikista tieliikenteen kuolemista. (Tilastokeskus 2011.)

Rattijuopumukseen liittyvissä onnettomuuksissa kuolee useimmiten, noin kahdessa tapauksessa kolmesta, rattijuoppo itse (ks. kuvio 2). Hieman alle kolmasosa onnettomuuksissa kuolleista on päihtyneen kuljettajan matkustajia, jolloin muiden tielläliikkujiin osuus kuolleista jää alle kymmenesosaan. Samalla tavoin kuin loukkaantumiseen johtaneissa onnettomuuksissa, myös kuolemantapauksissa ryhmien väliset osuudet ovat pysyneet melko muuttumattomina, vaikka rattijuopumukseen liittyvien liikennekuolemien absoluuttinen määrä on vähentynyt.

Turun yliopistossa tehdyn selvityksen mukaan vaarallisinta on rattijuopon kyssä, sillä jopa 92 prosenttia rattijuopumukseen liittyvien onnettomuuksien uhreista menehtyy nimenomaan rattijuopon ajoneuvossa. Vuosina 1999–2008 alkoholiin liittyvistä kuolemaan johtaneista moottoriliikenteen onnettomuuksista kaksi kol-



Kuvio 2. Rattijuopumustapauksissa kuolleet päihtyneet kuljettajat, päihtyneen kuljettajan autossa olleet matkustajat sekä muut tienkäyttäjät (%-osuus) Suomessa vuosina 1976–2009. Kyseessä on kolmen vuoden liukuva keskiarvo. (Tilastokeskus 2011.)

masosaa (68 %) oli yksittäisonnettomuuksia, ja näistä jopa 79 prosentissa päihtynyt kuljettaja kuoli. Päihtyneen kuljettajan aiheuttamissa yksittäisonnettomuuksissa mukana olleista matkustajista kuoli 38 prosenttia ja 13 prosenttia vammautui vakavasti. Loput loukkaantuivat lievästi tai säilyivät vammoitta. Yhteentörmäyssonnettomuuksien osuus oli 32 prosenttia, ja näissä onnettomuuksissa kuolleista 84 prosenttia menehtyi aiheuttajan ja 16 prosenttia vastapuolen ajoneuvossa. (Katila ym. 2011.)

Autoilijoiden lisäksi myös muut tienkäyttäjät, kuten jalankulkijat ja polkupyöräilijät, voivat aiheuttaa liikenneonnettomuuksia päihtyneenä. Vuonna 2010 juopuneille jalankulkijoille tapahtui kahdeksan ja pyöräilijöille neljä kuolemaan johtanutta onnettomuutta, minkä lisäksi juopunut pyöräilijä oli osallisena kahden sivullisen kuolemaan johtaneissa onnettomuuksissa. Mopo-onnettomuudet johtivat kahden kuljettajan kuolemaan. (Tilastokeskus 2011.)

Johtopäätöksiä

Liikenneturvallisuutta parantavia toimenpiteitä on tehty määrätietoisesti, ja henkilövahinkoihin johtaneiden onnettomuuksien määrä on saatu vähenemään lähes tuhannella vuodesta 2005. Liikenneturvallisuus on parantunut, vaikka ajatut kilometrit ovat kasvaneet voimakkaasti vuosikymmenten kuluessa. Tavoitteena on edelleen puolittaa vuoden 2010 liikennekuolemien määrä vuoteen 2020 mennessä EU:n turvallisuustavoitteiden mukaisesti (Euroopan komissio 2010).

Vaikka liikenneonnettomuuksissa loukkaantuneiden ja kuolleiden määrässä on viime vuosina tapahtunut suotuisaa kehitystä, alkoholin osuus näissä onnettomuuksissa on pysynyt lähes samana. Yleisimmin rattijuopon aiheuttamissa onnettomuuksissa kuolee tai loukkaantuu kuitenkin rattijuoppo itse, sillä suuri osa rattijuoppojen aiheuttamista onnettomuuksista on yksittäisonnettomuuksia, esimerkiksi tieltä suistumisia. Rattijuoppojen aiheuttamissa onnettomuuksissa sivullisista loukkaantuu tai kuolee yleensä päihtyneen kuljettajan kyydissä oleva matkustaja, ja muiden sivullisten (esimerkiksi jalankulkijat, pyöräilijät tai toisten ajoneuvojen kuljettajat) osuus loukkaantuneista tai kuolleista on suhteellisen vähäinen.

Tästä huolimatta rattijuopumusta pidetään erittäin suurena liikenneturvallisuusriskinä muille tielläliikkuville, ja yleinen mielipide tuomitseekin rattijuopumuksen jyrkästi. Tutkimusten näkökulmasta huoli ei ole aiheeton, sillä esimerkiksi aikaisempien rattijuopumustuomioiden ja kuolemaan johtaneiden liikenneonnettomuuksien välillä on todettu olevan yhteys (Katila ym. 2011; Males 2010). Koska rattijuopumuksen uusiminen on varsin yleistä (Impinen ym. 2009), on vain ajan kysymys, milloin toistuvasti päihtyneenä ajavalle kuljettajalle sattuu vahinko, jolla on tuhoisia seurauksia myös muille tienkäyttäjille.

Suomessa tilastoidaan rattijuopumukseen liittyvissä onnettomuuksissa loukkaantuneet ja kuolleet ihmiset, jolloin sekä rattijuoppojen että sivullisten lukumäärää seurataan, mutta tiettävästi muuten rattijuoppojen muille aiheuttamia haittoja

ei juuri ole tutkittu. Kansainvälisestikin aiheesta löytyy vain niukasti tutkittua tietoa, ja nämä harvat tutkimukset ovat keskittyneet lähinnä lapsiin. Lasten liikennekuolemia koskevien yhdysvaltalais tutkimusten mukaan (Margolis ym. 2000; Quinlan ym. 2000) alkoholia käyttänyt kuljettaja oli osallisena 20–28 prosentissa kaikista lapsen kuolemaan johtaneista liikenneonnettomuuksista, ja useimmiten lapsi oli alkoholia käyttäneen henkilön kuljettaman ajoneuvon kyydissä. Kuljettajat olivat useimmiten tarpeeksi vanhoja ollakseen kuolleen lapsen vanhempi tai huoltaja, ja lapset käyttivät harvemmin turvavyötä onnettomuuden sattuessa verrattuna selvien kuljettajien kyydissä olleisiin lapsiin. Lisäksi nämä alkoholin vaikutuksen alaiset kuljettajat olivat selviin kuljettajiin verrattuna yli kuusi kertaa yleisemmin tuomittu aikaisemmin rattijuopumuksesta tai he olivat joskus aiemmin menettäneet ajokorttinsa.

Myös Uudessa-Seelannissa on arvioitu alkoholin käytöstä johtuvien liikenneonnettomuuksien aiheuttamia haittoja muille ihmisille (Connor & Casswell 2009; Miller & Blewden 2001). Näiden tutkimusten mukaan muiden tielläliikkujiin kannettavaksi tulee lähes puolet (43–48 %) alkoholiin liittyvien liikenneonnettomuuksien vahingoista. Suurin osa (yli 70 %) viattomista uhreista oli henkilöauton matkustajia, ja erityisen suuri osa (yli 90 %) onnettomuuksissa kärsineistä alle 15-vuotiaista lapsista oli matkustajana alkoholia käyttäneen kuljettajan kyydissä.

Lapsilla ei välttämättä ole mahdollisuutta tai kykyä päättää, lähtevätkö he päihkeitä käyttäneen kuljettajan kyytiin, varsinkin jos kuljettaja on lapsen vanhempi. Muissa tapauksissa rattijuopon matkustaja kuitenkin ottaa tietoisesti riskin lähtiesään rattijuopon kyytiin. Kynnystä matkustajaksi lähtemiselle saattaa madaltaa se, että hyvin usein rattijuopon matkustaja on itsekkin päihtynyt. Rattijuopon kyydissä matkustavan riskikäyttäytymiseen viittaa myös se, että hän käyttää harvemmin turvavyötä kuin selvän kuljettajan matkustaja (Laapotti & Keskinen 2008). Alkoholiin liittyvissä onnettomuuksissa loukkaantuneista tai kuolleista sivullisista suurin osa onkin juuri rattijuopon matkustajia.

Kuten Katila ym. (2011) ovat selvityksessään todenneet, vaarallisinta on rattijuopon autossa. Tähän liittyen voidaan ehkä pohtia, onko rattijuopon kyydissä loukkaantuvan kohdalla sittenkään kyse rattijuopon aiheuttamista haitoista muille. Ei ainakaan siinä määrin kuin suojatietä ylittävän pyöräilijän kohdalla, joka jää rattijuopon yliajamaksi. Yleisesti ottaen pyöräilijä luultavasti nähtäisiin viattomaksi uhriksi, kun taas rattijuopon matkustaja on ainakin osasyllinen lähtiessään tietoisesti rattijuopon kyytiin.

Inhimillisten kärsimysten ja terveydellisten menetysten lisäksi liikenneonnettomuuksista aiheutuu erittäin suuria kustannuksia yhteiskunnalle (Sisäasiainministeriö 2008). Liikennevirasto (2011) arvioi maanteillä tapahtuneiden, henkilövahinkoon johtaneiden liikenneonnettomuuksien kustannukset vuonna 2010 noin 1,5 miljardiksi euroksi, ja näistä kuolemaan johtaneiden onnettomuuksien osuus oli 0,4 miljardia euroa. Vakuutusyhtiöt maksavat vuosittain korvauksia noin 100 000 liikenneonnettomuudesta, joista noin joka kolmas on poliisin tietoon tullut liikenneonnettomuus. Näissä luvuissa kyse on kuitenkin kaikista tapahtuneista liikenneon-

nettomuuksista. Niistä noin neljäsosa kuolemaan johtaneista ja noin kahdeksasosa loukkaantumiseen johtaneista on rattijuopon aiheuttamia.

Alkoholista aiheutuvien liikenneonnettomuuksien ja siten myös rattijuoppojen muille aiheuttamien haittojen vähentämiseksi ja välttämiseksi ehkäisevät toimenpiteet ovat ensiarvoisen tärkeitä. Vakavat liikenneonnettomuudet liittyvät ennen kaikkea korkeisiin veren alkoholipitoisuuksiin ja humalajuomiseen. Usean aineen yhtäaikainen käyttö heikentää ajokykyä selvemmin, jolloin myös liikenneerikkomuksia ja onnettomuuksia sattuu. Päihteiden aiheuttamissa liikennetapaturmissa vammautumishuuhka kohdistuu luonnollisesti myös muihin tielläliikkujiin. Ennalta ehkäisemisen kannalta keskeistä on poimia suuren riskin kuljettajat pois liikenteestä. Yleinen asenne on tiukasti rattijuopumuksen vastainen, ja iso osa kiinnijäämisistä onkin ulkopuolisten henkilöiden poliisille ilmoittamia. Poliisin liikennevalvonnalla on tärkeä ehkäisevä vaikutus, mutta poliisin valvonta ei yllä kaikkialle, joten epäilyllistä rattijuoposta on aina syytä ilmoittaa poliisille.

Rattijuopumus on suhteellisen harvinainen ilmiö liikennevirrassa, sillä vain noin 0,2 prosenttia liikennevirran kuljettajista ylittää rattijuopumuksen rajan (Niemi 2011). Siitä huolimatta rattijuoppojen osuus kuolemaan johtaneissa liikenneonnettomuuksissa on erittäin suuri (Blencowe ym. 2011), ja riski kasvaa eksponentiaalisesti veren alkoholipitoisuuden noustessa (Hels ym. 2011). Alkolukkojen käytön lisääminen, auton menettäminen valtiolle sekä hoitoonohjauksen tehostaminen erityisesti rattijuopumuksen uusijoilla ovat toimenpiteitä, joilla ongelmaan tulisi tehokkaasti puuttua. Samoin tarvitaan muutosta sekä humalahakuiseen alkoholin käyttötapaan että asenteisiin, jotta päihtyneenä ei lähdetä ajamaan.

Eräs keskeinen kohderyhmä rattijuopumuksen ennalta ehkäisyssä on nuoret miehet, joilla sekä rattijuopumus (Impinen ym. 2008) että riskinotto (Liikenne- ja viestintäministeriö 2010) on yleistä. Nuorten liikennekulttuuri saattaa sisältää yllyttämistä, näyttämistä ja kaahailua erityisesti silloin, kun kyydissä on muita nuoria matkustajina. Nuorten keskuudessa myös liikennekuolemia on paljon (Tilastokeskus 2011). Rattijuopumusrajan laskeminen 0,5 promillesta 0,2 promilleen erityisesti nuorilla voisi olla tehokas keino nuorten aiheuttamien liikenneonnettomuuksien ehkäisyssä, sillä nuoret ovat tottumattomia sekä kuljettajina että alkoholinkäyttäjinä (Liikenne- ja viestintäministeriö 2010). Nuorten puhuttelu sekä varhainen puuttuminen ongelma- tai häiriökäyttäytymiseen yhteistyössä poliisin ja sosiaalihuollon kanssa ovat keskeisiä toimenpiteitä rattijuopumuksen ehkäisyssä, sillä nuoret ja ensikertalaiset rattijuopot ovat vastaanottavaisempia tarjotun avun suhteen (Kekki 2011). Lisäksi rattijuopumuksesta kiinnijääneet ovat useimmiten muuta väestöä heikommissa sosiaalisessa asemassa (Impinen ym. 2011; Karjalainen ym. 2011), joten muun muassa koulutukseen kannustaminen ja terveyserojen kaventaminen ovat yksi mahdollinen keino päihteiden käytön ja siten mahdollisten rattijuopumusten vähentämiseksi.

Kaikki tielläliikkujat voivat tehdä osansa ehkäistäkseen liikenneonnettomuuksia, myös rattijuoppojen aiheuttamia. Esimerkiksi pimeään aikaan jalankulkijoiden

ja pyöräilijöiden on syytä käyttää hyviä heijastimia ja valoa pyörässä. Erityisen tärkeää tämä on, jos kohdalle sattuu kuljettaja, jonka havaintokyky on pähteiden käytön vuoksi heikentynyt. Turvavälineitä on syytä käyttää: turvavyöt on kiinnitettävä ja pyöräilijöillä ja mopoilijoilla tulee olla käytössä oikein kiinnitettyt kypärät. Alkoholia tai muita pähteitä käyttäneen kuljettajan kyytiin ei tule lähteä.

Mitä opimme?

- ▶ Kaikista liikenneonnettomuuksista noin 12 % loukkaantumiseen johtaneista ja noin 26 % kuolemaan johtaneista on rattijuopon aiheuttamia.
- ▶ Rattijuopon aiheuttamissa onnettomuuksissa yli puolessa tapauksista loukkaantuu tai kuolee rattijuoppo itse, noin kolmasosassa rattijuopon matkustaja ja noin kymmenesosassa sivullinen tienkäyttäjä.
- ▶ Kansainvälisesti on tutkittu erityisesti lapsiin kohdistuvia haittoja, ja suuri osa lasten liikennekuolemista on rattijuoppojen aiheuttamia.
- ▶ Rattijuopon muille tiellääikkuille aiheuttamia haittoja voidaan vähentää rattijuopumuksen tehokkaalla ennalta ehkäisyllä.

Lähteet

- Airaksinen, Noora (2008) Pyöräilijöiden, mopoilijoiden ja moottoripyöräilijöiden liikennetapaturmat – Erikoissairaanhoidon johtaneet tapaturmat Pohjois-Kymenlaaksossa. LINTU-julkaisu 4/2008. Helsinki: Liikenne- ja viestintäministeriö.
- Blencowe, Tom & Langel, Kaarina & Engblom, Charlotta & Pehrsson, Anna & Vuori, Erkki & Lehtonen, Lasse & Lillsunde, Pirjo (2011) Country Report Finland (killed drivers). Teoksessa: Cristina Isalberti, Trudy Van der Linden, Sara-Ann Legrand, Alain Verstraete, Inger Marie Bernhoft, Tove Hels, Morten Norgaard Olesen, Sjoerd Houwing, Maura Houtenbos & Rene Mathijssen (toim.) Prevalence of alcohol and other psychoactive substances in injured and killed drivers. Deliverable 2.2.5. Ghent University. Belgium: DRUID-project, 303–316.
- Connor, Jennie & Casswell, Sally (2009) The burden of road trauma due to other people's drinking. *Accid Anal Prev* 41(5), 1099–1103.
- DRUID (2010) The European Integrated Project DRUID. <http://www.druid-project.eu/> [26.1.2012].
- Drummer, Olaf & Gerostamoulos, Jim & Batziris, Helen & Chu, Mark & Caplehorn, John & Robertson, Michael & Swann, Philip (2004) The involvement of drugs in drivers of motor vehicles killed in Australian road traffic crashes. *Accid Anal Prev* 36(2), 239–248.
- Euroopan komissio (2010) Kohti eurooppalaista tieliikenneturvallisuusaluetta: tieliikenneturvallisuuden poliittiset suunta-aviivat 2011–2020. Komission tiedonanto Euroopan parlamentille, neuvostolle, Euroopan talous- ja sosiaalikomitealle ja alueiden komitealle. Bryssel.
- Gjerde, Hallvard & Normann, Per & Christophersen, Asbjörg & Samuelsen, Sven Ove & Morland, Jörg (2011) Alcohol, psychoactive drugs and fatal road traffic accidents in Norway: A case-control study. *Accid Anal Prev* 43(3), 1197–1203.
- Haikonen, Kari & Lounamaa, Anne (toim.) (2010) Suomalaiset tapaturmien uhreina

2009. Kansallisen uhritutkimuksen tulokset. Raportti 13/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hels, Tove & Bernhoft, Inger Marie & Lyckegaard, Allan & Houwing, Sjoerd & Hagenzieker, Marjan & Legrand, Sara-Ann & Isalberti, Cristina & Van der Linden, Trudy & Verstraete, Alain (2011) Risk of injury by driving with alcohol and other drugs. Deliverable D2.3.5. Technical University of Denmark. Denmark: DRUID-project.
- Impinen, Antti & Mäkelä, Pia & Karjalainen, Karoliina & Haukka, Jari & Lintonen, Tomi & Lillsunde, Pirjo & Rahkonen, Ossi & Ostamo, Aini (2011) The association between social determinants and drunk driving: a 15-year register-based study of 81,125 suspects. *Alcohol Alcohol* 46(6), 721–728.
- Impinen, Antti & Rahkonen, Ossi & Karjalainen, Karoliina & Lintonen, Tomi & Lillsunde, Pirjo & Ostamo, Aini (2009) Substance use as a predictor of driving under the influence (DUI) rearrests. A 15-year retrospective study. *Traffic Inj Prev* 10(3), 220–226.
- Impinen, Antti & Rahkonen, Ossi & Ojaniemi, Karoliina & Lillsunde, Pirjo & Lahelma, Eero & Ostamo, Aini (2008) Rattijuoppo on yhä useammin 18-vuotias. *Suomen Lääkärilehti* 63, 2221–2226.
- Karjalainen, Karoliina & Lintonen, Tomi & Impinen, Antti & Lillsunde, Pirjo & Mäkelä, Pia & Rahkonen, Ossi & Haukka, Jari & Ostamo, Aini (2011) Socio-economic determinants of drugged driving—a register-based study. *Addiction* 106(8), 1448–1459.
- Katila, Ari & Keskinen, Esko & Laapotti, Sirkku & Peräaho, Martti (2011) Moottoriajoneuvoliikenteen kuolemaan johtaneet onnettomuudet alkoholin vaikutuksen alaisena. Helsinki: Vakuutusyhtiöiden liikenneturvallisuustoimikunta VALT Liikennevakuutuskeskus.
- Kekki, Tuula (2011) ”Poliisi on puuttunut päihitteiden käyttöön - tee sinä samoin”. Tie selväksi -hankkeen loppuraportti. Raportti 12/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kufera, Joseph & Soderstrom, Carl & Dischinger, Patricia & Ho, Shiu & Shepard, Angela (2006) Crash culpability and the role of driver blood alcohol levels. *Annual Proceedings / Association for the Advancement of Automotive Medicine* 50, 91–106.
- Laapotti, Sirkku & Keskinen, Esko (2008) Fatal drink-driving accidents of young adult and middle-aged males—a risky driving style or risky lifestyle? *Traffic Inj Prev* 9(3), 195–200.
- Laapotti, Sirkku & Keskinen, Esko (2009) Relative risk of impaired drivers who were killed in motor vehicle accidents in Finland. Deliverable D2.3.3. University of Turku, Department of psychology. Finland: DRUID-project.
- Langel, Kaarina & Blencowe, Tom & Engblom, Charlotta & Pehrsson, Anna & Kivioja, Aarne & Lehtonen, Lasse & Lillsunde, Pirjo (2011) Country Report Finland (injured drivers). Teoksessa Cristina Isalberti, Trudy Van der Linden, Sara-Ann Legrand, Alain Verstraete, Inger Marie Bernhoft, Tove Hels, Morten Norgaard Olesen, Sjoerd Houwing, Maura Houtenbos & Rene Mathijssen (toim.) Prevalence of alcohol and other psychoactive substances in injured and killed drivers. Deliverable 2.2.5. Ghent University. Belgium: DRUID-project, 236–250.
- Liikenne- ja viestintäministeriö (2010) Nuorten kuljettajien liikenneturvallisuus. Työryhmän mietintö. Julkaisuja 20/2010. Helsinki: Liikenne- ja viestintäministeriö.
- Liikennevirasto (2011) Liikenneonnettomuudet maanteillä vuonna 2010. Tilastoja 7/2011. Helsinki: Liikennevirasto.
- Lillsunde, Pirjo & Langel, Kaarina & Blencowe, Tom & Kivioja, Aarne & Karjalainen, Karoliina & Lehtonen, Lasse (2012) Psykoaktiiviset aineet ja onnettomuusriski tieliikenteessä. *Duodecim* 2012;128:1877–1886.
- Longo, Marie & Hunter, Christine & Lokan, Robert & White, Jason & White, Michael (2000) The prevalence of alcohol, cannabinoids, benzodiazepines and stimulants amongst injured drivers and their role in driver culpability: part ii: the relationship between drug prevalence and drug concentration, and driver culpability. *Accid Anal Prev* 32(5), 623–632.
- Males, Mike (2010) Traffic crash victimizations of children and teenagers by drinking drivers age 21 and older. *J Stud Alcohol Drugs* 71(3), 351–356.
- Margolis, Lewis & Foss, Robert & Tolbert, William (2000) Alcohol and motor vehicle-related deaths of children as passengers, pedestrians, and bicyclists. *JAMA* 283(17), 2245–2248.
- Miller, Ted & Blewden, Michael (2001) Costs of

- alcohol-related crashes: New Zealand estimates and suggested measures for use internationally. *Accid Anal Prev* 33(6), 783–791.
- Movig, Kris & Mathijssen, M & Nagel, P & van Egmond, T & de Gier, Johan & Leufkens, H & Egberts, Antoine (2004) Psychoactive substance use and the risk of motor vehicle accidents. *Accid Anal Prev* 36(4), 631–636.
- Niemi, Hannu (2011) Liikennerikokset. Teoksessa Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos (toim.) Rikollisuustilanne 2010. Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 258. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, 175–202.
- Ojaniemi, Karoliina & Lintonen, Tomi & Impinen, Antti & Lillsunde, Pirjo & Ostamo, Aini (2009) Trends in driving under the influence of drugs: a register-based study of DUID suspects during 1977-2007. *Accid Anal Prev* 41, 191–196.
- Quinlan, Kyran & Brewer, Robert & Sleet, David & Dellinger, Ann (2000) Characteristics of child passenger deaths and injuries involving drinking drivers. *JAMA* 283(17), 2249–2252.
- Rajalin, Sirpa & Pöysti, Leena (2006) Kuljettajien vuorovaikutus ja koetut riskit liikenteessä - Vertailututkimus vuosilta 1988 ja 2006. Tutkimusmonisteita 104/2006. Helsinki: Liikenneturva.
- Rikoslaki (2002/1198) 23 luku Liikennerikoksista. Suomen laki (online). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001> (10.1.2011).
- Sisäasiainministeriö (2008) Turvallinen elämä jokaiselle. Sisäisen turvallisuuden ohjelma. Julkaisuja 16/2008. Helsinki: Sisäasiainministeriö.
- Tilastokeskus (2011) Tieliikenneonnettomuudet 2010. Helsinki: Tilastokeskus.

Osa III

Yhteiskunta

12 Miten palvelut vastaavat päihteiden käyttäjän läheisten avuntarpeisiin?

Päihdehoitoa koskevilla keskusteluilla perheiden ja etenkin lasten auttamista on korostettu Suomessa jo pitkään. Esimerkiksi päihdehuollon keskeisen järjestäjän, A-klinikkasäätiön, toiminnassa perheet on pyritty ottamaan huomioon 1950-luvun lopulta asti (Ahonen 2005). A-klinikkasäätiön Tiimi-lehdessä kerrottiin jo vuonna 1971 ”uudenlaisen perhehoidon painottumiskauden” alkaneen (A-klinikkasäätiö, Tiimi 1/1971). Niin ikään perheterapiasta keskusteltiin paljon 1970-luvulla, ja siitä tuli keskeinen osa päihdehoidon menetelmävalikoimaa. Perheterapian käyttöönoton taustalla oli pyrkimys irtaantua päihdeongelmaisen leimaamisesta ja sosiaalisesta kontrollista siirtämällä huomio yksilöstä perhekokonaisuuteen (Selin 2011). Vaikka perheestä ja läheisistä on keskusteltu paljon päihdeongelmien yhteydessä, on epäselvää, missä määrin ja miten perhe ja läheiset otetaan huomioon hoidossa.

Lain näkökulmasta läheiset ovat samassa asemassa kuin päihteiden käyttäjä: Päihdehuollon palveluja tulee antaa paitsi päihdeongelmalliselle itselleen myös ”hänen perheensä ja muiden läheisten avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella” (Päihdehuoltolaki 1986, 7 §). Lastensuojelulaisissa puolestaan säädetään, että lasten avun ja tuen tarve on selvitettävä silloin, kun vanhempi saa mielenterveys- tai päihdepalveluita (Lastensuojelulaki 2007, 41 §).

Suomessa päihdehuolto kuuluu kunnan tehtäviin, ja päihdepalveluja tulee tarjota sekä sosiaali- ja terveydenhuollossa yleensä että erityisesti päihdehuollossa (Päihdehuoltolaki 1986, 6 §). Palveluiden tulisi vastata sisällöltään ja laajuudeltaan kunnassa esiintyvään tarpeeseen. Samantyyppisissä kunnissakin palvelut voivat olla hyvin erilaisia riippuen esimerkiksi siitä, kuuluvatko ne hallinnollisesti sosiaalitoimelle vai terveystoimelle ja tuotetaanko ne itse vai ostetaanko ne palveluntuottajilta (ks. Korteniemi & Ylimentalo 2010). Käytännössä päihdepalveluiden järjestämiseen vaikuttaa muun muassa laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta (169/2007). Laki vaatii, että palvelujen turvaamiseksi on tarvittaessa muodostettava yhteispalvelualueita, joilla on riittävä väestöpohja.

Tässä artikkelissa tarkastellaan, miten päihdehoidossa vastataan läheisten oikeuteen saada tarvitsemaansa apua ja millaisia palveluja heille on tarjolla. Aluksi perehdytään siihen, millaisia tuen ja avun tarpeita päihdeongelmaisen läheisillä on. Läheisten kokemia haittoja tarkastellaan kansainvälisen ja kotimaisen tutkimuskirjallisuuden avulla. Tämän jälkeen perehdytään läheisille tarjolla oleviin päihdepalveluihin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Neuvoa-antavat-verkkosivuilla esitellyn palvelujen perusteella. Tarkastelu kohdistuu nimenomaan niihin palvelui-

hin, jotka on selkeästi suunnattu päihdeongelmaisten läheisille. Lopuksi pohditaan läheisten avuntarpeiden ja tarjolla olevien palveluiden suhdetta sekä yleisempiä päihdeongelmaisten läheisten huomiointiin liittyviä kysymyksiä.

Päihteiden käyttäjän läheisten avuntarpeet

Päihdeongelmaisten läheisten kokemuksista ja avuntarpeista on hyvin vähän tutkimustietoa. Tutkimuskirjallisuuden perusteella voidaan kuitenkin varmasti todeta, että päihteiden ongelmakäytöllä on monenlaisia vaikutuksia perheenjäsenten ja läheisten elämään ja hyvinvointiin. Läheisen kokemat ongelmat ja haitat voidaan jakaa karkeasti fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin haittoihin (Copello ym. 2000). Orfordin ja Daltonin (2005) tutkimuksessa läheisten kokemat vaikeudet jaoteltiin huoleen juojan terveydestä, läheisyyden vähenemiseen, harkitsemattomaan käyttöön, rattijuoppouteen ja juomisen kustannuksiin. Suomalaisen tutkimuksen mukaan päihteiden käyttäjän ja hänen perheensä ongelmat ovat taloudellisia, sosiaalisia ja elämänhallinnallisia ja liittyvät siten monin tavoin kasaantuvaan sosiaaliseen huonosuaisuuteen (esim. Kestilä & Salasuo 2007; Mäkelä ym. 2009).

Kysymystä avuntarpeesta on lähestytty myös tiedustelemalla läheisten toivomuksia tuesta ja avusta. Jacqueline Wiseman (1991, 178) tutki suomalaisten ja yhdysvaltalaisen naisten kokemuksia miehensä alkoholiongelmista. Tutkimukseen osallistuneet naiset kertoivat tarvitsevansa taloudellista apua, sympatiaa sekä paikkaa, missä asua lasten kanssa miehen juodessa. Käytännössä avuntarpeeseen vaikuttaa merkittävästi ainakin se, missä suhteessa läheinen tai perheenjäsen on päihdeongelmaiseen henkilöön.

12–18-vuotiaille tehdyssä internetkyselyssä nuoret kertoivat kaipaavansa apua koko perheelle ja hoitoa päihteiden käyttäjälle. Itselleen he toivoivat keskusteluapua ja mahdollisuutta päästä pois kodin vaikeista oloista joko väliaikaisesti tai pysyvästi. Huomattavan usein lapset ja nuoret kertoivat tarvitsevansa myös perustarpeisiin liittyvää konkreettista apua eli ruokaa, vaatteita, nukkumisrauhaa ja suojaa väkivaltaalta. (Holmila ym. 2011.) Tämän suomalaiskyselyn vastaukset koskivat lähinnä alkoholiongelmisten vanhempien lasten kokemuksia. Kun kyseessä on vanhempien huumeongelma, muuttuvat lasten kokemat ongelmat ja heidän avuntarpeensa hie-man erilaisiksi. Tällöin korostuvat lasten yleisen turvallisuuden heikkeneminen, rikkollisuuden uhat ja huumeiden suoraan aiheuttamat vaarat, kuten lasten myrkytysriski (McKeganey ym. 2002).

Päihdeongelmaisten perheenjäsenten itse kertomien avuntarpeiden lisäksi tutkimuksissa on nostettu esiin se, että päihdeongelmaisten läheiset käyttävät muuta väestöä enemmän terveydenhuollon palveluita. Yhdysvaltalais tutkimuksen mukaan päihdeongelmaisten perheenjäsenillä on enemmän niin somaattisia kuin psyykkisiä terveysongelmia verrattuna jostakin kroonisesta sairaudesta kärsivän henkilön perheenjäseniin (Weisner ym. 2010). Päihdeongelmaisten perheenjäsenten terveyden-

hoitokustannukset ovat niin ikään korkeampia kuin kroonisista sairauksista kärsivien perheenjäsenten vastaavat kustannukset. Päihdeongelmaisen vaikutuspiirissä eläminen saattaa vaikuttaa pitkällekin tulevaisuuteen. Lapsuudenkodissa liiallisesta alkoholinkäytöstä kärsineet voivat kokea terveytensä muita heikommaksi vielä aikuisena. (Holmila & Raitasalo 2008, 299.)

Palveluiden paikat ja sisällöt

Läheisten avunsaantia voidaan lähestyä kysymällä, millaisia palveluita heille Suomessa tarjotaan. Tätä kysymystä tarkastellaan THL:n Neuvoa-antavat-verkkopalvelun tarjoamien, hoitoyksiköiden itse ilmoittamien tietojen pohjalta. Palvelusta haettiin tietoja hakusanoilla ”perhe”, ”läheiset”, ”läheinen” ja ”omainen”. Saatuja hakutuloksia verrattiin hoitopaikkojen www-sivuillaan antamiin toimintakuvauksiin. Osa palveluista on yksityisen ja osa julkisen sektorin tarjoamia. Yksityiset tai kolmannen sektorin toimijat saattavat myydä osan hoitopaikoistaan ostopalveluina kunnille.

Valtaosa kuntien vastuulla olevista päihdehoidon avoyksiköistä kertoo tarjoavansa lain edellyttämiä palveluita myös läheisille. Yleensä esittelyistä kuitenkin puuttuu tarkempi selostus siitä, miten nimenomaan läheisiä autetaan. Varsin usein läheiset tulevat esiin ainoastaan mainintana, että palvelu on tarkoitettu päihdeongelmaiselle *ja tämän läheisille*. Useat A-klinikat kertovat tarjoavansa perheterapiaa. Tämä ei kuitenkaan välttämättä merkitse, että läheisen kokemia ongelmia käsiteltäisiin. Käytännössä läheisen tehtäväksi voi jäädä päihdeongelmaisen ja tämän hoidon tukeminen.

Avopalveluita tarjoavista päihdekliniikoista Kokemäen perhe- ja päihdekliniikka on korostetusti perhekeskeinen. Sen malli lienee koko Suomessa ainutlaatuinen. A-klinikkasäätiön toimintakertomuksissa näkyy, että yhteis-, pari- tai perhetapaamisiksi luokiteltuja asiointikertoja on Kokemäellä moninkertaisesti verrattuna tavallisiin A-klinikoihin (A-klinikkasäätiön vuosikertomukset 2008, 2009, 2010). Käytettyjen hoitomenetelmien kannalta Kokemäellä tukeudutaan päihdehuollon perusvälineistöön eli yksilö-, pari- ja perheterapiaan.

Päihde-ensikodit

Päihde-ensikotien synnyn taustalla oli 1980-luvulla virinnyt huoli raskaana olevien naisten pähteiden käytöstä ja sen aiheuttamista mahdollisista sikiövaurioista (Leppo 2008). Yksiköt aloittivat nykymuodossaan toimintansa Päihde- ja ensikotien liiton Pidä Kiinni -hankkeen myötä 1990-luvun lopulla. Päihde-ensikoteja tai niitä vastaavia palveluja tarjoavat päihde-ensikodit Turussa, Espoossa, Kuopiossa, Helsingissä, Rovaniemellä ja Kokkolassa. Kaikissa näissä toimii sekä laitossyksikkö että avohoidon yksikkö. Jyväskylässä toimii päihde-ensikodin avoyksikkö. Lisäksi ensikotipaikkoja tarjoaa ainakin Kostamokoti Värtsilässä. Ensikotien tapaista palvelua laitos- ja avo-

muodossa tarjoaa myös syntymättömien, vastasyntyneiden ja pienten lasten päihdeongelmallisille vanhemmille tarkoitettu kunnallinen Päiväperho Tampereella.

Päihde-ensikodit ovat erityislaatuinen palvelu, koska asiakkaana ovat sekä äiti että (syntymätön) lapsi. Jos näiden kahden asiakkaan välille syntyy eturistiriita, on lapsi ensisijainen asiakas (ks. Hyytinen 2008, 104). Huomion kiinnittäminen päihdeongelmaisen äidin ja vastasyntyneen lapsen suhteeseen näkyy päihde-ensikotien toiminnan kuvauksissa siten, että isien aktiivinen huomiointi hoidossa nostetaan harvoin korostetusti esiin. Isät ovat näissä yksiköissä avopalvelujen asiakkaita (ks. esim. Oulunkylän ensikodin [www-sivut](http://www.sivut)).

Perheille tarkoitettut erityispalvelut

Perheille suunnattuja laitosmuotoisia palveluja tarjoavat Järvenpään sosiaalisairaalan perhepalvelut, Kankaanpään A-koti, Mainiemen kuntoutumiskeskus, Mikkeli-yhteisö, Polokka-perhekuntoutus, Tosipaikka, Ventuskartano, Helsingin diakonissalaitos ja Alfaklinikat. Yhteistä näille hoitopaikoille on, että ne ottavat vastaan kokonaisia perheitä, joissa vähintään toisella vanhemmalla on päihdeongelma. Hoitopaikat keskittyvät hoidossa vastuulliseen vanhemmuuteen, pääasiassa pienten lasten ja vanhempien vuorovaikutukseen, perheen olemassaolon turvaamiseen ja sen toimintaan kokonaisuutena, lasten tarpeisiin sekä parisuhteeseen. Hoitomuotoina käytetään erilaisia perhe- ja pariterapian menetelmiä, yhteisöhoitoa sekä elämänhallintaa ja arkea tukevia toimia. Mainiemen kuntoutuskeskuksen mallissa tarjotaan hoitoon tulevien perheiden lapsille omia yksilö- ja ryhmätyöskentelyn muotoja. Myös Kankaanpään A-kodin yhteydessä toimivan, perhehoidossa olevien vanhempien lapsille tarkoitetun päiväkodin toiminnassa pyritään huomioimaan lasten erityistarpeet.

Kaiken kaikkiaan läheisille tarjolla olevat avo- ja laitoshoidon palvelut näyttävät usein kietoutuvan ennen kaikkea päihdeiden käyttäjän ongelmiin ja niiden ratkaisemiseen. Myös käytetyt menetelmät perustuvat tavallisiin lähestymistapoihin, joissa korostuu ratkaisukeskeisyys ja perheen tarkastelu kokonaisuutena (ks. Selin 2011). Läheisten tarpeiden erityinen huomioiminen ei näy hoitopaikkojen tarjoamissa kuvauksissa. Tämä pätee myös silloin, kun käytetyt menetelmät ja lähestymistavat ovat selkeästi perhekeskeisiä: perheen toiminnan tukeminen ja huomioiminen suuntautuu päihdeongelman ratkaisemiseen. Vaikka esimerkiksi päihde-ensikodeissa sikiön terveys on keskeistä, onnistuu sen vaaliminen ainoastaan välillisesti, eli puuttamalla äidin päihdeongelmaan. Päihdeongelma rajataan eri yhteyksissä joukoksi ratkaitavissa olevia elämänhallinnan, päihdeiden käytön, sikiön terveyden turvaamisen ja vanhemmuuden ongelmia.

Läheisille suunnattujen palveluiden asiakasmäärästä ei ole tarjolla tietoa. Tässä tarkastellut laitosmuotoiset hoitopaikat ovat pääsääntöisesti pieniä – hoitopaikkoja perheille on vain muutamia yksikköä kohti. Esimerkiksi A-klinikkasäätiön asiakaskäynnejä kuvaavien tilastojen mukaan perheiden ja läheisten huomioiminen päihdehuollossa ei ole viime vuosina ollut kovin yleistä. Näiden tilastojen mukaan vain noin

3–6 prosenttia asiakaskäynneistä on luokiteltu ”yhteissuoritteiksi” tai ”pari/perheta- paamisiksi” (A-klinikkasäätiön vuosikertomukset 2008, 2009, 2010). Perhekeskeistä työtä A-klinikkasäätiöllä käsittelevässä raportissa (Mäkelä ym. 2006, 10) tuodaan esiin muun muassa se, että vain kolmessa säätiön yksikössä on ostopalvelusopimukseen merkitty maininta perhetyöstä.

Neuvoa-antavat-palvelusta saatujen tietojen lisäksi on syytä mainita päihdehuollon julkisia palveluita täydentävät kolmannen sektorin toimijat ja yritykset. Tunnetuin toimija lienee AA-liike, jonka yksi osa on läheisten Al-anon-toiminta. Al-anon-perheryhmissä ”alkoholismisairautta” tarkastellaan koko perheen ongelmana ja perheenjäsenet määritellään helposti läheisriippuvaisiksi. Läheisille on omaa laitosp- ja avomuotoista maksullista koulutusta ja ryhmätoimintaa. Tampereen Myllyhoitoklinikka tarjoaa maksullisia kursseja päihdeongelmaisten läheisille. Kurssiin sisältyy luennointia, pienryhmätyöskentelyä, rentoutusharjoituksia ja erilaisia tehtäviä. Irti huumeista ry:n Läheis- ja perhetyönkeskus puolestaan tarjoaa huumeongelmaisille ja heidän läheisilleen neuvontaa, psykososiaalista tukea ja perheterapiaa. Päihde- klinikka Avominnellä on oma läheishoito-ohjelmansa, kuten myös yksityisellä Minnesota-Hoito Oy:llä.

Pohdinta

Tämän katsauksen perusteella läheisten huomioiminen suomalaisissa päihdepalveluissa näyttää sirpaleiselta. Erityisiä läheisille tarkoitettuja palveluja ei ole tarjolla kovinkaan monessa kunnassa, vaan läheisiä autetaan osana päihdeongelman hoitoa. Ehkä taustaoletuksena on, että apu valuu perheenjäsenille, kunhan päihteiden käyttäjä saadaan hoitoon. Ajatus on kuitenkin ongelmallinen. Päihdeongelman hoito ja sen pysyvä ratkeaminen on usein monivaiheinen ja pitkä, jopa vuosia kestävä prosessi. Etenkin lasten kannalta ajatus vanhemman raitistumisen odottelusta on kestämätön. Vaikka päihdeongelmainen toipuisikin, se ei tarkoita, että läheisten kokema stressi ja sen mukanaan tuomat terveyshaitat poistuisivat heti. Päihdeongelma on tuonut mukanaan epäluottamusta ja jännitteitä perheenjäsenten välisiin suhteisiin, ja niistä irti pääsy ja paluu normaaliin elämään voi kestää pitkään.

Läheisille tarjottavien palveluiden sisällöstä on hyvin vaikeaa saada tietoa: tutkittua tietoa on hyvin vähän ja palveluntarjoajien kuvaukset palveluiden sisällöstä ovat erittäin niukkoja. Tarkastellut päihdehoitopaikat eivät anna internetsivuillaan tietoa esimerkiksi asiakasmääristä. Myöskään THL:n ylläpitämän tilasto- ja indikaattoripankki Sotkan päihdehuollon asiakasmääriä koskevat tiedot eivät paljasta, onko asiakkaana ollut myös joku muu kuin päihdeongelmainen.

Katsauksen perusteella voidaan kysyä, ovatko päihdeongelmainen ja perheenjäsenet yhdenvertaisia palveluiden saajina. Hoitopaikkojen esittelyjä, asiakaskuntaa ja tutkimusten aihepiirejä tarkasteltaessa voidaan päätellä, että päihdehoidossa ensisijaiseksi avun tarvitsijaksi nähdään päihdeongelmainen. Itse asiassa päihde-ensi-

kodit ovat ainoa palvelu, jossa ensisijaiseksi asiakkaaksi ilmaistaan päihdeongelmaisen perheenjäsen.

Käytännössä päihdeongelmainen voi olla eräänlainen portinvartija, jolle annetaan valta päättää, saavatko perheenjäsenet apua. Päihdeasiakkaan tullessa hoitoon häneltä kysytään halukkuutta perheenjäsenten mukaan ottamiseen. Ellei asiakas anna lupaa yhteistyöhön omaisten kanssa, voi etenkin lasten tuen saanti pysähtyä tähän, elleivät päihdehuollon työntekijät tulkitse tilanteen vaativan lastensuojelun puuttumista. (Vuori-Kemilä ym. 2010, 154.)

Jotta voitaisiin puhua perheenjäsenten auttamisesta, ei riitä, että perheenjäsenet tuodaan mukaan samaan tilaan ja heidät otetaan mukaan keskusteluihin, joissa aiheena on päihteiden käyttö. Jos näin tehdään, he saattavat joutua lähinnä syytetyn tai auttajan rooliin. Läheinen ei myöskään välttämättä aina halua osallistua hoitoon, kuten Wisemanin (1991) tutkimuksessa, jossa vaimot kokivat pyynnön osallistua yhteiseen hoitoon epämiellyttävänä yllätyksenä.

Päihdehuollon avopalveluissa keinovalikoimaan kuuluvat keskusteluapu ja palveluohjaus sekä päihdeongelmaisen lääkkeellinen hoito. Perheenjäsenten ilmaisemat avuntarpeet sisältävät paljon konkreettisen tuen tarvetta, joihin päihdehuollon keinoin on hankala vastata. Yleisellä tasolla voidaan todeta päihdeongelman liittyvän moniongelmaisuuteen. Päihdehuolto nykyisessä muodossaan tuskin kykenee yksin vastaamaan näihin tarpeisiin. Tästä syystä olisikin syytä perehtyä palveluverkostojen yhteistyöhön ja korostaa myös muiden palvelualojen kuin päihdehuollon vastuuta päihdeongelmaisten läheisten auttamisessa. Tarvitaan koulujen ja päiväkotien kykyä tunnistaa päihdeongelmaisten lapset ja tarvitaan paikkoja, joissa heidän ongelmiaan pystytään ratkomaan. Erityisesti terveydenhuollon palveluissa tarvitaan ammattitaitoa nähdä oireiden taakse ja puuttua ongelmiin, jotka johtuvat jonkun toisen häiritsevästä päihteiden käytöstä.

Päihdeongelmaisen läheisen asemaan sisältyy palvelujen näkökulmasta kaksoisrooli: yhtäältä läheinen on itse avun tarvitsija, toisaalta hänet nähdään nykyisin yhä tärkeämpänä tukena päihdeongelmaisen hoidolle. Tutkimukset ovat osoittaneet, että läheisten tuki edesauttaa päihdeongelmasta toipumista (ks. Meyers ym. 2002). Läheisten näkeminen päihdeongelman hoidon resurssina on läheisen kannalta sekä hyvä asia että mahdollinen ansa. On tietenkin myös läheisen etu, että päihteiden käyttö saadaan hallintaan, ja läheiset ovatkin useimmiten halukkaita auttamaan ja tukemaan päihdeongelman hoidossa. On kuitenkin tärkeä muistaa, että myös läheiset itse kaipaavat usein apua ongelmiin, jotka juontuvat jonkun toisen päihteiden käytöstä.

Mitä opimme?

- ▶ Päihteiden käyttäjän läheisillä on lain mukaan oikeus apuun, tukeen ja hoitoon.
- ▶ Läheiset kokevat monenlaisia psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia haittoja häiritsevän päihteiden käytön vuoksi.
- ▶ Päihdepalveluissa läheisten ja perheenjäsenten huomaaminen on vähäistä.
- ▶ Tietoa läheisille suunnattujen palveluiden sisällöstä ei ole juuri saatavilla.
- ▶ Päihdehuollon palvelut eivät pysty yksin vastaamaan perheenjäsenten moninaisiin avuntarpeisiin, vaan siihen tarvitaan laajempaa sosiaali- ja terveydenhuollon aktivoitumista.

Lähteet

- Ahonen, Jukka (2005) Päihdehuoltoa rakentamassa. A-klinikkasäätiö 1955–2005. Jyväskylän: Gummerus.
- A-klinikkasäätiön toiminnan pääpiirteet 1970. Tiimi 1/1971, 9–15.
- A-klinikkasäätiön vuosikertomus 2008. Saatavissa pdf-muodossa: <http://www.a-klinikka.fi/viestinta/viestintatoiminta/vuosikertomukset> [28.1.2012]
- A-klinikkasäätiön vuosikertomus 2009. <http://www.a-klinikka.fi/viestinta/viestintatoiminta/vuosikertomukset> [28.1.2012]
- A-klinikkasäätiön vuosikertomus 2010. <http://www.a-klinikka.fi/viestinta/viestintatoiminta/vuosikertomukset> [28.1.2012]
- Copello, Alex & Orford, Jim & Velleman, Richard & Templeton, Lorna & Krishnan Mya (2000) Methods for reducing alcohol and drug related family harm in non-specialist settings. *Journal of Mental Health* 9(3), 329–343.
- Holmila, Marja & Itäpuisto, Maritta & Ilva, Minna (2011) Invisible victims or competent agents: opinions and ways of coping among children aged 12–18 years with problem drinking parents. *Drugs: education, prevention and policy* 18(3), 179–186.
- Holmila, Marja & Raitasalo, Kirsimarja (2008) Lapsuudenkodin alkoholin liikakäytön vaikutukset. Teoksessa Pasi Moisio, Sakari Karvonen, Jussi Simpura, Matti Heikkilä (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2008. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy, 294–307.
- Hyytinen, Riitta (2008) Hyvän asiakassuhteen merkitys. Teoksessa Maarit Andersson, Riitta Hyytinen, Marianne Kuorelahti (toim.) Vauvan parhaaksi. Kuntoutuminen päihteistä odotus- ja vauva-aikana. Pidä kiinni -hoitojärjestelmä. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto, 90–108.
- Kestilä, Laura & Salasuo, Mikko (2007) Nuorten aikuisten alkoholin käyttö – sosiaalisen eriarvoisuuden ilmentymä? Teoksessa Christoffer Tigerstedt (toim.) Nuoret ja alkoholi. Julkaisuja 75. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, 121–147.
- Korteniemi, Pertti & Ylinentalo, Eero (2010) Kuuden suurimman kaupungin päihdepalvelut 2009. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 7. Helsinki: Edita.
- Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta 2007. 169/9.2.2007
- Lastensuojelulaki 2007. 417/13.4.2007
- Leppo, Anna (2008) Pidä kiinni -projektin yhteiskunnalliset ulottuvuudet. Teoksessa Maarit Andersson, Riitta Hyytinen, Marianne Kuorelahti (toim.) Vauvan parhaaksi. Kuntoutuminen päihteistä odotus- ja vauva-aikana. Pidä kiinni -hoitojärjestelmä. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto, 37–68.
- McKeganey, Neil & Barnard, Marina & McIn-

- tosh, James (2002) Paying the price for their parent's addiction: Meeting the needs of the children of drug-using parents. *Drugs: education, prevention and policy* 9(3), 232–246.
- Meyers, Robert & Apodaca, Timothy & Flicker, Sharon & Slesnick, Natasha (2002) Evidence-based approach for the treatment of substance abusers by involving family members. *The Family Journal: counseling and therapy for couples and families* 10 (3), 281–288.
- Mäkelä, Pia & Kauppinen, Timo M & Huhtanen, Petri (2009) Alkoholiongelmät vai vaavat huono-osaisia – niin pääkaupunkiseudulla kuin muuallakin Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 74 (29), 185–194.
- Mäkelä, Rauno & Hannula, Marja & Kajantola, Arto & Kurki, Teijo & Levo, Hannele & Mäkelä, Harri & Ruokonen, Eija (2006) Perhekeskeinen työ A-klinikkasäätöillä. Kehittämisprosessi 2005-2006. A-klinikkasäätön monistesarja nro 54. Helsinki: A-klinikkasäätö.
- Orford, Jim & Dalton, Sue (2005) A four-year follow-up of close family members of Birmingham untreated heavy drinkers. *Addiction Research and Theory* 13(2), 155–170.
- Päihdehuoltolaki 1986. 41/17.1.1986
- Selin, Jani (2011) Huumeriippuvuuden hoito ja lääketieteen haaste. *Terapeuttinen järjely ja hallinta psykososiaalisissa huumehoidoissa 1965–2005. Sosiologia* 48(2), 117–133.
- Vuori-Kemilä, Anne & Stengård, Eija & Saarelainen, Ritva & Annala, Tuula (2010) Mielenterveys- ja päihdetyö. Helsinki: WSOY.
- Weisner, Constance & Parthasarathy, Sujaya & Moore, Charles & Mertens, Jennifer (2010) Individuals receiving addiction treatment: are medical costs of their family members reduced? *Addiction* 105(7), 1226–1234.
- Wiseman, Jacqueline (1991) *The other half. Wives of alcoholics and their social-psychological situation.* New York: Aldine De Gruyter.

13 Päihdeasiakas sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on tällä hetkellä käynnissä laaja muutos. Palveluiden tarve kasvaa väestön ikääntyessä, samalla kun halutaan rajoittaa verotaakkaa. Myös henkilöstön voimavaroja on suunnattava uudelleen. Viimeisen vuosikymmenen aikana kasvanut alkoholinkulutus ja lisääntynyt huumeiden käyttö asettavat sosiaali- ja terveydenhuollolle yhä suurempia haasteita. Lisääntynyt päihteiden käyttö näkyy palveluiden käytön kasvuna. Päihteistä aiheutuvien hoitoa vaativien sairauksien ja sosiaalisten ongelmien lisäksi henkilöstön voimavaroja kuluttaa vuorovaikutus päihittyneiden kanssa. Vahvasti päihtyneenä asiakas saattaa käyttäytyä ennakoimattomasti ja epäasiallisesti.

Tässä artikkelissa pohditaan, millä tavalla päihdeasiakkaat näkyvät monella tavoin kuormittuneessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Artikkelissa tarkastellaan erityisesti yleisessä sosiaali- ja terveydenhuollossa työtään tekeviä ammattilaisia niinä ”muina ihmisinä”, joita päihteiden käyttö voi kuormittaa. Kohtaamistilanteet tapahtuvat sekä julkisissa tiloissa että asiakkaiden tai potilaiden kotona esimerkiksi kotipalvelun käyntien yhteydessä, jolloin tilanteet voivat vaatia erityyppistä ennakointia ja myös muiden tilanteissa olevien huomiointia.

Sosiaali- ja terveystalveissa työskentelevän henkilöstön määrä on kasvanut selvästi 2000-luvulla. Vuonna 2009 alalla työskenteli 16 prosenttia kaikista työikäisistä suomalaisista. Henkilöstö on varsin naisvaltaista, ja useampi kuin joka neljäs (28 %) nainen on alalla. Suurin osa henkilöstöstä toimii julkisella sektorilla, mutta henkilöstömäärän lisääntyminen on ollut erityisen nopeaa säätiöiden, järjestöjen tai yksityisten tuottamissa palveluissa. (Sosiaali- ja terveystalvejen henkilöstö 2012, 1.)

Tässä artikkelissa tarkastellaan päihde-ehdoista asiointia sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön näkökulmasta viimeisen kymmenen vuoden aikana. Artikkelissa pyritään vastaamaan seuraaviin kysymyksiin:

1. Kuinka paljon päihteiden käyttäjiä kohdataan palvelujärjestelmässä? Missä kohtaa palvelujärjestelmää he ovat? Asioivatko he nyt eri toimipaikoissa kuin 2000-luvun alussa?
2. Kuinka paljon aikaa yleinen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö käyttää päihdeasiakkaiden palveluihin? Onko palveluihin käytetty aika muuttunut 2000-luvulla? Kuinka päihtyneitä asiakkaat ovat ja kuinka usein henkilökunta on joutunut päihtyneiden asiakkaiden väkivallan kohteeksi tai kokenut asiakkaiden päihtymyksestä johtuvaa väkivallan uhkaa?

Aineistot

Ensisijaisena aineistona käytetään 2000-luvulla tehtyjä päihdetapauslaskentoja. Päihdetapauslaskennoissa kerätään yhden vuorokauden aikana tietoja päihde-ehdoisesta asioinnista kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköistä lukuun ottamatta lasten päivähoitoa. Päihdeasioinnilla tarkoitetaan kaikkia niitä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tapahtuneita asiointeja, joissa henkilökunta arvioi, että palveluita käyttävä henkilö on päihtynyt, päihneiden ongelmakäyttäjä tai että hän käyttää palvelua päihneiden kertakäyttöön liittyvän haitan, kuten tapaturman vuoksi. Sama henkilö voi asioida saman päivän aikana useassa toimipisteessä, joten päihdetapauslaskennoista ei saada täsmällistä tietoa palveluita käyttävien henkilöiden lukumääristä. Päihdetapauslaskenta toteutetaan joka neljäs vuosi¹. Tässä artikkelissa analysoidaan vuosien 2003, 2007 ja 2011 päihdetapauslaskentojen aineistoja. (Ks. tarkemmin Kuussaari ym. 2012.)

Päihdetapauslaskentojen tiedot kerätään lomakekyselyllä ja lomakkeen täyttää hoitava työntekijä. Vuonna 2011 laskennassa oli ensimmäistä kertaa käytössä myös sähköinen lomake. Kyselylomakkeessa tiedustellaan palvelua antavaa toimintayksikköä, asiakkaan sosiodemografisia taustatietoja ja käytettyjä päihteitä. Lisäksi lomakkeessa on muutamia avo- ja laitospalveluihin liittyviä erityiskysymyksiä. Laskennassa ei kuitenkaan kerätä asiakkaan henkilötietoja. Päihdetapauslaskennan kysymysten sisällöt ovat olleet kaikissa laskennoissa pääsääntöisesti samankaltaisia.

Päihdetapauslaskennan vahvuus on siinä, että sen avulla saadaan poikkileikkaustietoa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon avo- että laitospalveluissa tapahtuvasta päihde-ehdoisesta asioinnista. Laskennassa käytössä oleva päihde-ehdoisista asioinnista on käsitteenä erilainen kuin lääketieteessä käytössä olevat päihteisiin liittyvät diagnoosit. Rekisteri- ja tilastotietoihin verrattuna laskennassa kerätään enemmän tietoa palveluiden käytöstä, käytetyistä päihteistä sekä päihneiden vuoksi asioivien sosiodemografisesta taustasta. Laskentamenetelmän tulkinnan yhtenä haasteena on kyselyn kattavuuden arviointi. Varsinaista kadon tarkastelua tai vastausprosentin laskemista ei tutkimusasetelmassa ole mahdollista tehdä. (Nuorvala ym. 2008, 659, 666–667; Nuorvala ym. 2004, 609–610.)

Päihdetapauslaskennan vertailukohtana käytetään tässä päihdepalvelujärjestelmää kuvaavia tilasto- ja rekisteritietoja. Päihdehuollon erityispalveluiden tietoja saadaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämästä hoitoilmoitusrekisteristä sekä Tilastokeskuksen kuntien ja kuntayhtymien talous- ja toimintatilastosta. Terveyskeskusten vuodeosastoilla ja sairaaloiden osastoilla tapahtuvaa hoitoa koskevat tiedot ovat hoitoilmoitusrekisteristä. Tilastotietoja julkaistaan vuosittain esimerkiksi Sotkanetissä (www.sotkanet.fi) ja Päihdetilastollisissa vuosikirjassa (2011).

¹ Laskenta toteutetaan aina lokakuun toisena tiistaina, koska suomalaisen juomisen viikkorytmissä tiistai ei profiloitu erityisen kosteaksi eikä lokakuun puoliväli ole lähellä alkoholinkulutusta lisääviä juhlapäiviä (Kaukonen 2000, 51; Haavisto ym. 1997, 5).

Rekisteri- ja tilastotiedot päihdeasiakkaista

Saatavilla olevat tilasto- ja rekisteritiedot antavat tietoa päihdeasiakkaiden määräs- tä ja joistakin sosiodemografisista perustiedoista toistaiseksi pääasiassa vain laitospalvelujen osalta. Avopalveluissa asioivista päihdeasiakkaista on saatavilla vain vähän valtakunnallista tilastotietoa. Taulukkoon 1 on kerätty vuosilta 2003–2010 eri läh- teistä saatavia tilastotietoja päihdehuollon erityispalveluiden asiakkaista sekä sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidetuista päihdeasiakkaista (Peruspal- velujen tila -raportti 2012, 127).

Päihdehuollon erityispalveluiden asiakasmäärät kasvoivat 2000-luvun alkupuolella, mutta ovat parin viime vuoden aikana vähentyneet lukuun ottamatta katkai- suhoitoa ja asumispalveluja. Asiakasmäärät näyttävät seuraavan varsin selvästi alko- holinkulutuksessa tapahtuvia muutoksia. A-klinikoilla asioivia henkilöitä oli vuonna 2010 noin kuusi prosenttia enemmän, katkaisuhoidossa noin 22 prosenttia enem- män ja asumispalveluissa 12 prosenttia enemmän kuin vuonna 2003, josta alkoi tuo- rein alkoholinkulutuksen nopean kasvun vaihe. Päihdehuollon laitospalveissa kuntoutuksessa olleiden asiakkaiden määrä oli vuonna 2010 sen sijaan 16 prosenttia alhaisempi kuin vuonna 2003. (Taulukko 1.)

Päihteisiin liittyvän päädiagnoosin vuoksi vuodeosastoilla hoidettujen potilai- den määrä oli vuonna 2010 jonkin verran alhaisempi kuin vuonna 2003. Alkoholisai-

TAULUKKO 1. Päihdehuollon erityispalveluiden asiakkaat sekä sairaaloiden ja terveyskeskusten vuode- osastoilla hoidetut potilaat vuosina 2003–2010 (n)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Avohoito								
A-klinikat	41 710	42 977	42 783	44 281	45 976	47 602	46 610	44 160
Nuorisoasemat	5 428	5 274	5 939	5 803	5 281	5 764	5 667	5 627
Matalan kynnyksen palvelut								
Huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteet	9 300	10 400	11 800	11 900	13 000	13 427	13 291	14 193
Ympäri vuorokautinen katkaisuhoido ja kuntoutus								
Katkaisuhoido	9 223	10 091	9 691	10 522	10 225	10 283	11 092	11 293
Kuntoutus	6 774	6 848	7 146	6 980	6 792	6 893	6 293	5 688
Päihdehuollon asumispalvelut								
Asumispalvelut	3 860	3 652	3 805	3 820	3 892	4 017	4 409	4 325
Sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastot								
Alkoholisairaudet	14 807	16 191	16 401	16 142	16 388	16 044	15 234	14 034
Huumesairaudet	5 100	5 159	4 810	5 098	5 039	5 295	5 632	5 149

Lähde: Peruspalvelujen tila -raportti 2012, 127; Päihdetilastollinen vuosikirja 2012, 136.

rauksiin liittyvillä sivudiagnooseilla hoidettujen potilaiden määrä oli sen sijaan edelleen kasvussa (Alkoholisairauksien hoito terveydenhuollossa 2009, 4).

Vuoden 2009 alkoholisairauksiin liittyvistä terveydenhuollon vuodeosastohoitajakoista 2/3 kirjattiin perusterveydenhuollon vuodeosastoille ja 1/3 sairaaloiden vuodeosastoille. Alkoholisairauksien hoito painottuu suhteellisesti enemmän perusterveydenhuoltoon, kun taas huumesairauksien hoito keskittyy enemmän sairaaloiden vuodeosastoille. (Peruspalvelujen tila -raportti 2012, 130.)

Päihteiden käytön takia päihdehuollon erityispalveluissa sekä terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastoilla hoidetaan vuosittain siis kymmeniätuhansia suomalaisia. Palveluita käyttävien päihdeongelmaisten määrä on viime vuosina vähentynyt alkoholin kokonaiskulutuksen kääntynyt laskuun, mutta lisäksi päihdehuollon erityispalveluissa on tapahtunut rakenteellisia muutoksia. Asioinnit ovat jopa lisääntyneet katkaisuhoidossa ja asumispalveluissa, kun taas kuntouttavassa laitoshoidossa ne ovat vähentyneet huomattavasti. Terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastoilla erityisesti alkoholisairauksiin liittyvien sivudiagnosipotilaiden määrä on kasvussa.

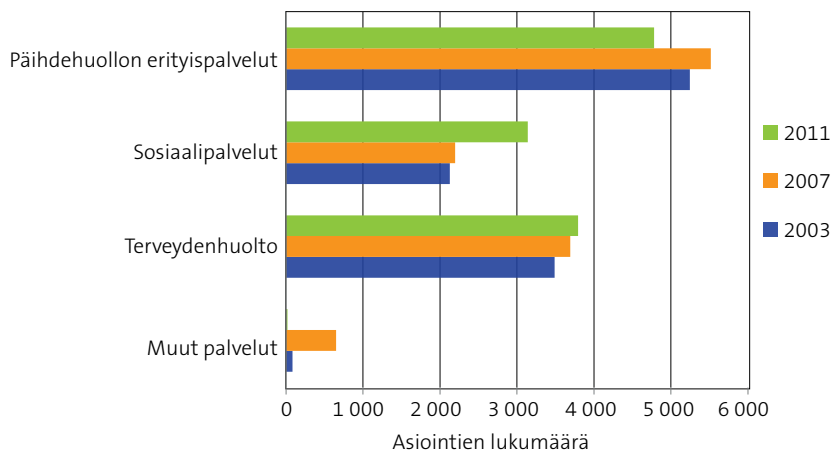
Seuraavassa tarkennetaan kuvaa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön työstä päihdeasiakkaiden parissa päihdetapauskannan avulla.

Päihde-ehtoisten asiointien määrä

Vuoden 2011 päihdetapauskannan aineistossa oli vuorokauden aikana 11 738 päihde-ehtoista asiointia. Tämä on suunnilleen saman verran kuin vuonna 2007 (12 070) ja vähän enemmän kuin vuonna 2003 (10 953). (Nuorvala ym. 2008, 659; Nuorvala ym. 2004, 610.) Naisten osuus on pysynyt samana edelliseen laskentakertaan verrattuna (28 %). Vuosien 2003–2011 asiointien kokonaismäärissä voidaan näin nähdä samantyyppistä muutosta kuin rekisteripohjaisissa tilastoissa: vuoden 2007 aikoihin kulutus ja häitöt olivat korkeimmillaan, ja vuonna 2011 taso on hieman laskenut, mutta on edelleen korkeammalla kuin vuonna 2003.

Vuonna 2007 laskentavuorokauden aikaisten päihdetapausten perusteella arvioitiin koko vuoden päihde-ehtoisten asiointien määrää. Arvion mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluissa oli tuona vuonna 1,9 miljoonaa päihde-ehdoista asiointia ja laitospalveluissa 1,6 miljoonaa asiointia. Kaiken kaikkiaan vuonna 2007 arvioitiin siis olleen 3,5 miljoonaa päihde-ehdoista asiointia. Arvioon on kuitenkin suhtauduttava varovasti ja tuloksia voidaan pitää ainoastaan suuntaa antavina². (Nuorvala ym. 2008, 660–661.) Koska päihde-ehdoisen asioinnin kokonaismäärä

² Arviossa ei ole otettu huomioon muu muassa sitä, että esimerkiksi terveydenhuollon päivystyksissä päihdeasiointi on viikonloppuisin selvästi yleisempää kuin arkipäivisin (Päihtyneiden kiinnittäminen 2011, 91–92). Todennäköistä onkin, että vuositasolla päihdeasiointien määrä on jonkin verran korkeampi kuin mitä Nuorvalan ym. (2008) arviossa on esitetty.



Kuvio 1. Päihde-ehtoisten asiointien määrä päihdehuollon erityispalveluissa, sosiaalipalveluissa, terveydenhuollossa ja muissa palveluissa vuosina 2003, 2007 ja 2011

ei ole juurikaan muuttunut vuodesta 2007, myös vuonna 2011 voidaan arvioida tapahtuneen ainakin 3,5 miljoonaa päihde-ehdoista asiointia.

Kuviosta 1 nähdään, miten päihde-ehdoiset asiointit jakautuivat päihdehuollon erityispalveluiden, sosiaali- ja terveysthuoltojen sekä muiden palveluiden³ välillä vuosina 2003, 2007 ja 2011 laskentavuorokauden aikana. Päihdehuollon erityispalveluihin⁴ kasaantui eniten päihde-ehdoisia asiointeja. Tilanne on ollut sama myös tarkastelujaksoa edeltävissä laskennoissa (Nuorvala ym. 2004, 610). Vuonna 2011 päihdehuollon erityispalveluissa asiointiin eniten A-klinikoilla (n = 1 657). A-klinikoiden päihdehuollon erityispalveluissa asiointien määrä on pysynyt lähes samalla tasolla kuin vuoden 2007 laskennassa. Kuviosta 1 nähdään kuitenkin, että päihdehuollon erityispalveluiden asiointimäärät ovat laskeneet jonkin verran edellisiin laskentoihin verrattuna. Vähennystä on lähes kaikissa päihdehuollon erityispalveluissa ja voimakkainta vähentyminen oli päiväkeskuksissa ja kuntoutuslaitoksissa. Myös päihdehuollon asumispalveluiden asiointimäärissä oli laskua. Asumispalveluiden osalta tulos on ristiriidassa olemassa olevien tilastotietojen kanssa, joiden mukaan asiakkaiden lukumäärä päihdehuollon asumispalveluissa on lisääntynyt selvästi vuodesta 2003 (ks. taulukko 1). Yksi mahdollinen selitys tälle on se, että päihdehuollon asumispalvelutilastointiin kirjataan myös laajemmalle kohderyhmälle suunnattuja palveluita. Toisaalta on mahdollista, että päihdetapauslaskenta ei ole onnistunut tavoittamaan kaikkia päihdehuollon asumispalveluita, jolloin osa asioinneista on jäänyt kirjaamatta. Sen sijaan

3 Artikkelissa Kuussaari ym. (2012) olemme sen sijaan käyttäneet jaottelua, jossa kaikki asumispalvelut on eroteltu omaksi kokonaisuudekseen.

4 Päihdehuollon erityispalveluita ovat tässä A-klinikat, nuorisoasemat, huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteet, päihdehuollon asumispalvelut, päiväkeskukset, katkaisu- ja kuntoutuslaitokset, ensisuojaajat ja selviämisasemat.

katkaisuhoidossa, kuten myös terveystarkastuksissa, asiointi vuonna 2011 hieman enemmän kuin vuonna 2007.

Päihde-ehdoisten asiointien määrä *sosiaalipalveluissa* on lisääntynyt selvästi edellisiin laskentakertoihin verrattuna. Sosiaalipalveluita ovat tässä kotipalvelu, kasvatus- ja perheneuvolatoiminta, lasten ja nuorten laitokset ja ammatillinen perhehoito, sosiaalitoimistot, vanhainkodit ja vanhusten palveluasuminen sekä kirkon diakonia- ja perhetyö. Vuoden 2011 laskennassa sosiaalipalveluissa ovat mukana myös mielenterveyskuntoutujille tarkoitettut asumispalvelut, muut asumispalvelut, muu kuin päihdehuollon päivä- ja työtoiminta sekä ensikotien toiminta⁵.

Vuoden 2011 laskennassa sosiaalitoimistoissa oli lähes 880 päihde-ehdoista asiointia. Kotipalvelujen päihde-ehdoisten asiointien määrä kasvoi vuosina 2003–2007, mutta kasvu taittui vuoden 2011 laskennassa. Vaikka päihdehuollon asumispalveluissa asiointimäärät vähentyivät, päihde-ehdoisten asiointi näkyy laskenta-aineiston muissa asumispalveluissa lisääntyneenä asiointina. Vanhainkodeissa ja vanhusten palveluasumisessa päihde-ehdoisten asiointien määrä on kasvanut huomattavasti aikaisempiin laskentakertoihin verrattuna. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa kirjattiin laskentavuorokauden aikana reilut 260 päihde-ehdoista asiointia ja muissa asumispalveluissa (esimerkiksi vammaisten asumispalvelut tai erilaiset integroidut asumispalvelut) päihde-ehdoisia asiointeja oli yli 470. Tuoreesta laskennasta tulee esiin myös muu kuin päihdehuollon käyttäjille suunnattu päivä- ja työtoiminta. Tämän tyyppisissä yksiköissä oli laskentavuorokauden aikana reilut 220 päihde-ehdoista asiointia.

Terveydenhuollon osalta päihde-ehdoisten asiointi on lisääntynyt terveyskeskusten avopalveluissa ja vuodeosastoilla. Sen sijaan kotisairaanhoidossa oli vuonna 2011 vähemmän päihde-ehdoisia asiointeja kuin edellisellä laskentavuonna. Myös yksityisillä lääkäriasemilla ja sairaaloissa sekä yleissairaaloitten poliklinikoilla ja osastoilla päihde-ehdoiset asiointit olivat harvinaisempia kuin vuoden 2007 laskennassa. Psykiatrian poliklinikoilla päihdehuollon liittyvät asiointit olivat vähentyneet, psykiatrisissa sairaaloissa taas hieman lisääntyneet. Joissakin kunnissa tarjotaan nykyään Mielen-terveys ja päihdesuunnitelman (2009) mukaisesti yhdistettyjä perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdepalveluita. Tällaisia perusterveydenhuollon yhdistettyihin palveluihin tehtyjä päihde-ehdoisia asiointeja oli laskentavuorokauden aikana lähes 200.

Muiden palveluiden osuus on vähentynyt vuodesta 2007. Tämä johtuu pitkälti siitä, että muihin palveluihin tulleita vastauksia koodattiin uudelleen mahdollisimman paljon vuonna 2011 (ks. tarkemmin alaviite 5).

⁵ Vuoden 2011 laskennassa tuli paljon vastauksia toimipaikkayksikkötyypin kohtaan ”muu, mikä”. Tästä ”muu mikä” -luokasta erotettiin omiksi luokikseen muut asumispalvelut (esim. vammaisten asumispalvelut tai monille erilaisille kohderyhmille tarkoitettut asumispalvelut), muu kuin päihdehuollon käyttäjille (esim. ikäihmisille, mielenterveyskuntoutujille tai vammaisille) tarkoitettu päivä- ja työtoiminta sekä ensikotien toiminta.

Päihdeasiakkaan kohtaamisen haasteet

Noin 40 prosenttia päihde-ehdoisesta asioinnista palvelujärjestelmässä kanavoituu siis päihdehuollon erityispalveluihin. Erityispalvelujärjestelmässä päihdeasiakkaan kohtaaminen on toiminnan ydintä, kun taas yleisissä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa päihdeasiakkaat ovat vain yksi asiakasryhmä muiden joukossa. Koska päihde-ehdoisen asioinnin haasteet ovat erilaisia riippuen siitä, ovatko kyseessä erityispalvelut vai yleiset palvelut, artikkelin loppuosan analyyseissa käsitellään ainoastaan sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä palveluita, joissa päihde-ehdoisia asiointeja oli vuoden 2011 aineistossa yhden vuorokauden aikana noin 7 000.

Päihdeasiakkaiden ja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kohtaamista tarkastellaan kolmesta eri näkökulmasta. Ensin arvioidaan, kuinka paljon työaikaa tämän asiakasryhmän kanssa kuluu. Seuraavaksi selvitetään, kuinka yleistä on, että päihdeasiakkaat ovat päihtyneitä asioidessaan. Lopuksi selvitetään, missä määrin henkilökunta joutuu väkivallan tai väkivallalla uhkailun kohteeksi päihde-ehdoisen asioinnin yhteydessä.

Päihde-ehdoisen asioinnin pituus

Päihdetapauslaskennan kyselylomakkeessa on erillinen kysymys, jossa avopalveluiden toimijoilta tiedustellaan yksittäiseen asiointikertaan käytettyä aikaa. Kysymys koskee varsinaista asiointiin käytettyä aikaa, eikä siinä ole mukana asiakkaan mahdollista odotusaikaa. Vuoden 2011 aineistossa neljännes (26 %) yleisten sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluiden päihde-ehdoisista asioinneista hoidettiin noin 15 minuutissa. 44 prosenttia asioinneista vei 30–45 minuuttia ja 30 prosenttia tunnin tai yli tunnin.

Asioinnin pituus vaihtelee huomattavasti sen mukaan, missä asioidaan. Palveluihin käytetty aika kertoo myös palvelun luonteesta, ei pelkästään päihde-ehdoisen asioinnin erityisesti vaatimasta ajasta. On palveluita, joissa asioinnin kestoa ja kulua määritellään hyvinkin tarkasti, kun taas joidenkin palveluiden ydin on asiakaslähtöinen tilanteen selvittäminen. Vuonna 2011 terveyskeskusten avopalveluiden asioinneista lähes 40 prosenttia kesti korkeintaan 15 minuuttia. Tämä kuvaa sitä, että terveyskeskuksissa toimii ajanvarausjärjestelmä ja lääkäreiden ja terveydenhoitajien vastaanottoajat ovat määrätyn pituisia. Yleissairaaloiden ja psykiatristen sairaaloiden poliklinikoilla päihde-ehdoiset asiinnit kestivät sen sijaan pidempään. Tämä kertoo siitä, että palvelujen piiriin tulevat päihdeiden käyttäjät saattavat olla hyvinkin huonossa kunnossa ja tarvita erityistä seurantaa, hoitoa, apua ja tukea.

Kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa noin neljännes käynneistä kesti enintään 15 minuuttia. Toisaalta kotisairaanhoidon käynneistä 35 prosenttia ja kotipalvelun käynneistä lähes 40 prosenttia oli yli 45 minuutin pituisia. Sosiaalitoimistoissa lyhyehköjä puolen tunnin tai tämän alle kestäviä asiointeja oli hieman enemmän (56 %)

kuin pitkiä yli 45 minuuttia kestäviä asiointeja. Kirkon diakonia- ja perhetyössä puolestaan suurin osa (72 %) asioinneista kesti puoli tuntia tai vähemmän.

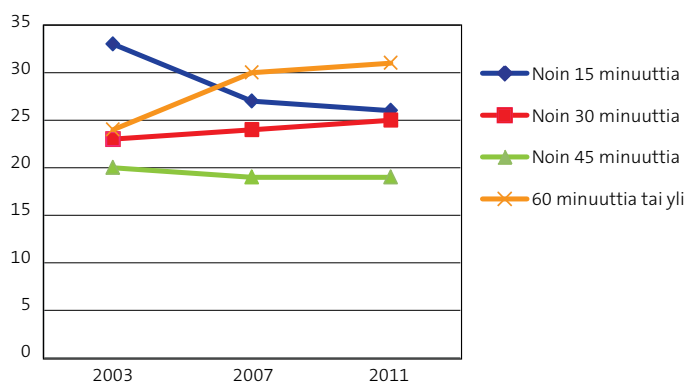
Miesten asioinnit olivat lyhyempiä kuin naisten. Reilut puolet (54 %) miesten asioinneista kesti korkeintaan puoli tuntia, kun tällaisten nopeiden asiointien osuus naisilla oli 43 prosenttia. Vähintään tunnin pituisia asiointeja oli reilulla neljäsosalla (28 %) miehistä ja reilulla kolmanneksella (36 %) naisista.

Vuonna 2010 sosiaali- ja terveysjohtajille tehdyssä kyselyssä valtaosa vastaajista (89 %) arvioi, että voimakkaasti päihtynyt asiakas sitoo terveyskeskusten henkilökunnan aikaa keskimääräistä enemmän (Päihtyneiden kiinniottaminen 2011, 44–45 ja 91–94). Vuoden 2011 päihdetapauskasvatusta vahvisti arviota. Vaikuttaa siltä, että lievässä päihtymystilassa olevat asiakkaat pyritään hoitamaan mahdollisimman nopeasti. Suurimmalla osalla (68 %) lievässä päihtymystilassa olleista asiakkaista asiointi kesti 30 minuuttia tai vähemmän. Sen sijaan yli 40 prosenttia voimakkaasti päihtyneistä henkilöistä viipyi tunnin tai enemmän. He voivat olla huonossa kunnossa päihdeongelmansa vuoksi, tai voimakas päihtymys voi vaatia erityistä seuranta- ja hoitoa ja tukea. Toisaalta täysin selvänä asioineista asiakkaista reilu 30 prosenttia viipyi vähintään tunnin.

Kuviosta 2 nähdään, miten päihde-ehdoiseen asiointiin käytetty aika on muuttunut vuosina 2003, 2007 ja 2011. Yleisissä sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluissa etenkin lyhytkestoisten asiointien osuus on vähentynyt kolmanneksesta (2003) neljännekseen (2011).

Laitoshoidon osalta kyselylomakkeessa kysytään hoidon yhtäjaksoista pituutta laskentapäivänä. Neljäsosa (25 %) yleisissä sosiaali- ja terveydenhuollon laitospalveluissa olleista päihdeasiakkaista oli vuonna 2011 ollut palvelun piirissä yli vuoden. Lyhyessä 1–3 vuorokautta kestäneessä palvelussa heistä oli ollut 13 prosenttia.

Erityisesti asumispalveluissa viivytään pitkään. Sekä vanhainkodeissa ja vanhusten palveluasumisyksiköissä että mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa rei-



Kuvio 2. Päihde-ehdoisen asiointin pituus yleisissä sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluissa vuosina 2003, 2007 ja 2011 (%)

luilla 60 prosentilla palveluasuminen oli kestänyt yli vuoden. Yleissairaaloiden osastoilla ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoitajaksot olivat selvästi lyhyempiä. Kaksi kolmesta yleissairaaloiden hoitajaksosta kesti alle viikon, samoin joka kolmas terveyskeskusten hoitajaksosta. Kun verrataan tuloksia vuosien 2003 ja 2007 aineistoihin, näyttää siltä, että yleissairaaloiden osastoilla lyhyessä, alle kolmen vuorokauden hoidossa olleiden osuus on kasvanut jonkin verran. Vuonna 2003 1–3 vuorokautta kestäneessä hoidossa oli 33 prosenttia yleissairaaloiden osastohoidossa olleista, kun osuus oli vuonna 2011 kohonnut 41 prosenttiin. Sukupuolten välillä ei ollut eroa siinä, kuinka pitkään laitospalveluissa ollaan.

Päihtymyksen aste

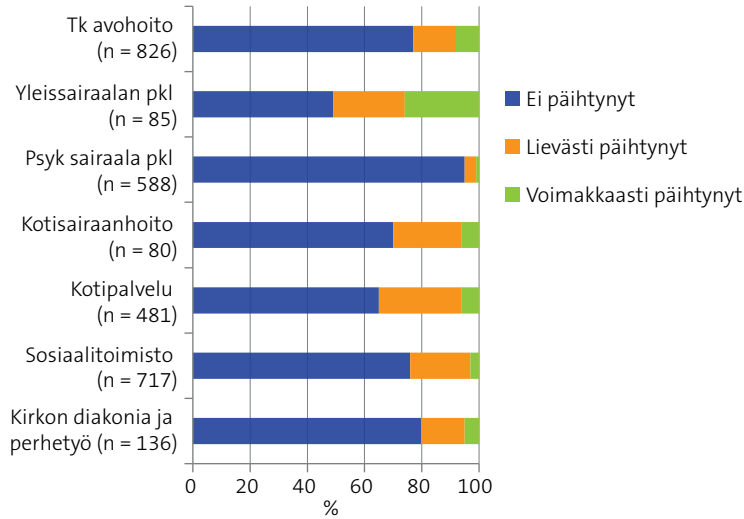
Vuoden 2011 päihdetapauslaskennassa valtaosaan (79 %) sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluiden päihdeasioinneista ei liittynyt päihtymystä⁶. Laskentavuorokauden aikana 703 asiakasta asioi kuitenkin päihtyneenä, ja tästä joukosta 168 asiakkaan päihtymystila oli arvioitu voimakkaaksi. Päihdetapauslaskennan aineiston mukaan miehet asioivat naisia useammin päihtyneenä. Miehistä lievästi päihtyneitä oli 17 prosenttia ja voimakkaasti päihtyneitä viisi prosenttia. Naisista puolestaan 12 prosenttia asioi lievästi ja neljä prosenttia voimakkaasti päihtyneenä.

Yleissairaaloiden poliklinikoilla tapahtuneista päihde-ehdoisista asioinneista 25 prosentissa tapauksista asiakas oli lievästi päihtynyt ja voimakkaasti päihtyneitä oli suurin piirtein saman verran (26 %). Myös terveyskeskusten avohoidossa sekä sosiaalitoimistoissa asioitiin melko usein päihtyneenä. Terveyskeskusten päihde-ehdoisista asioinneista kahdeksassa prosentissa asiakas oli voimakkaasti päihtynyt. (Kuvio 3.)

Myös kotipalvelussa kohdattiin usein päihtyneitä asiakkaita. Kotipalvelun päihdeasiakkaista lähes 30 prosenttia oli laskentapäivänä lievästi päihtyneitä ja kuusi prosenttia voimakkaasti päihtyneitä. Kotisairaanhoidon osalta luvut olivat samansuuntaiset.

Päihdetapauslaskentojen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä avopalveluissa asioidaan päihtyneenä hieman aikaisempaa harvemmin. Vuoden 2003 aineistossa 27 prosentissa näiden avopalvelujen päihde-ehdoisista asioinneista asiakas oli päihtynyt. Vuoden 2007 aineistossa päihtyneiden osuus oli 25 prosenttia, ja vuonna 2011 heitä oli 21 prosenttia. Kaikissa kolmessa laskennassa on asioitu päihtyneenä erityisesti yleissairaaloiden poliklinikoilla, terveyskeskusten avopalveluissa, sosiaalitoimistoissa, kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa.

⁶ Tämän kysymyksen kohdalla vastaamatta jättäneiden osuus on suuri. Vuonna 2011 kysymykseen jätettiin vastaamatta 15 prosentissa yleisiin sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluihin tehdyistä päihde-ehdoisista asioinneista. Vastaamatta jättäneiden osuudet ovat olleet suuria myös vuosina 2007 (20 %) ja 2003 (18 %). Tekstissä esitetyt prosentiosuudet on laskettu siitä joukosta, joka on vastannut kysymykseen.



Kuvio 3. Päihdetapauslaskennan asiakkaiden päihtyneisyys terveystieteiden (tk) avohoidossa, yleissairaaloitten poliklinikoilla (pkl), psykiatristen sairaaloitten poliklinikoilla, kotisairaanhoidossa, kotipalvelussa, sosiaalitoimistoissa ja kirkon diakonia- tai perhetyössä vuonna 2011 (%)

Väkivallalla uhkailu tai väkivaltainen käyttäytyminen

Päihdetapauslaskennoissa kysytään, onko asiakas käyttäytynyt siinä toimintayksikössä uhkaavasti tai väkivaltaisesti laskentavuorokautena tai joskus aikaisemmin. Kysymys on sisällöllisesti ongelmallinen, koska siinä kysytään kahta eri asiaa: väkivaltaista käyttäytymistä ja uhkaavaa käyttäytymistä. Tuloksista ei näin ollen ole mahdollista erottaa, onko kyseessä ollut todellinen väkivaltatilanne vai tilanne, jossa on ollut väkivallan uhkaa (ks. tarkemmin Nuorvala ym. 2008, 664). Sekä toteutunut väkivalta että sen uhka vaativat kuitenkin ennakoitua ja erityistä varautumista.

Vuoden 2011 päihdetapauslaskennassa uhkaavaa tai väkivaltaista käyttäytymistä liittyi laskentapäivänä alle kahteen prosenttiin (n = 116) kaikissa yleisissä sosiaali- ja terveydenhuollon toimipisteissä tapahtuneista päihde-ehdoista asioinneista. Laskennan mukaan 16 prosenttia (n = 1 073) päihdeasiakkaista oli joskus aikaisemmin käyttäytynyt uhkaavasti tai väkivaltaisesti kyseisessä toimintayksikössä. Miehistä 18 prosenttia (n = 865) ja naisista 13 prosenttia (n = 262) oli käyttäytynyt uhkaavasti tai väkivaltaisesti laskentapäivänä tai joskus aikaisemmin.

Yleisissä sosiaali- ja terveydenhuollon avohoidon toimipisteissä alle prosentin (n = 29) päihde-ehdoista asioinneista oli arvioitu sisältäneen uhkaavaa tai väkivaltaista käyttäytymistä laskentapäivänä. Joka kymmenennessä (n = 396) asiointissa asiakas oli joskus aikaisemmin käyttäytynyt uhkaavasti tai väkivaltaisesti kyseisessä toimintayksikössä. Väkivalta tai sen uhka näkyivät erityisesti kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa. Kotipalvelun päihde-ehdoista asioinneista 17 prosenttia (n = 119) oli sisältänyt tällaista käyttäytymistä laskentapäivänä tai joskus aikaisemmin ja koti-

sairaanhoidossa vastaava osuus oli 19 prosenttia (n = 20). Kotisairaanhoidon osalta tulos on ainoastaan viitteellinen vähäisen tapausmäärän takia.

Laitoshoidossa olleista päihdetapauslaskennan asiakkaista kolme prosenttia (n = 87) oli laskentapäivänä käyttäytynyt uhkaavasti tai väkivaltaisesti. Joskus aikaisemmin näin oli käyttäytynyt 23 prosenttia (n = 677). Erityisen paljon uhkaavaa tai väkivaltaista käyttäytymistä oli ollut asumispalveluissa. Vanhainkodeissa ja vanhusten palveluasumisyksiköissä sitä oli havaittu laskentapäivänä tai joskus aikaisemmin 34 prosentissa (n = 57) päihde-ehdoista asioinneista. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden päihde-ehdoista asioinneista 34 prosentissa (n = 64) ja muiden asumispalveluiden päihde-ehdoista asioinneista 33 prosentissa (n = 148) oli esiintynyt väkivaltaa tai sen uhkaa laskentapäivänä tai joskus aikaisemmin.

Yhteys päihtymyksen ja väkivaltaisen käyttäytymisen välillä on varsin selvä. Yhdeksän prosenttia palvelujärjestelmässä selvänä asioineista oli käyttäytynyt väkivaltaisesti tai uhkaavasti laskentapäivänä tai joskus aikaisemmin. Lievästi päihtyneistä vastaava osuus oli 17 prosenttia (n = 92). Voimakkaassa päihtymystilassa olevista oli väkivaltaisesti tai uhkaavasti käyttäytynyt 16 prosenttia (n = 28).

Väkivaltaisessa käyttäytymisessä tai väkivallan uhan kokemisessa ei ole tapahtunut juurikaan muutoksia vuosien 2003, 2007 ja 2011 päihdetapauslaskennoissa.

Johtopäätökset

Vuoden 2011 päihdetapauslaskennassa kertyi laskentavuorokauden aikana reilut 11 700 päihde-ehdoista asiointia. Näistä asioinneista yleisiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin tehtiin lähes 7 000 asiointia. Ilmiö on laaja. Monissa työyhteisöissä työskentely päihdeasiakkaiden kanssa onkin varsin arkipäiväistä ja tämän asiakasryhmän huomioiminen on tärkeää työkäytäntöjä kehitettäessä.

Päihde-ehdoisen asioinnin rakenteessa on viitteitä jonkinlaisesta muutoksesta. Vaikka eniten asioitiin yhä päihdehuollon erityispalveluissa, näiden asiointien määrä oli vähentynyt jonkin verran aikaisempiin laskentakertoihin verrattuna. Samansuuntaisia havaintoja saadaan tilastotiedoista. Päihdetapauslaskennassa asiointimäärät olivat laskeneet lähes kaikissa päihdehuollon erityispalveluissa. Ainoastaan katkaisuhoitossa ja terveysneuvontapisteissä päihde-ehdoisten asiointien määrä oli lisääntynyt edelliseen laskentakertaan verrattuna.

Saattaa olla, että aikaisemmin päihdehuollon erityispalveluihin sijoittunut päihde-ehdoisten asiointi on vuoden 2011 aineistossa kanavoitunut yleisiin sosiaalipalveluihin ja siellä erityisesti asumispalveluihin. Kaiken kaikkiaan aineistossa oli 885 päihde-ehdoista asiointia asumispalveluissa, jotka eivät olleet nimenomaan päihdeasiakkaille suunnattuja palveluja. Asumispalveluiden lisäksi myös muu kuin päihdeiden käyttäjille suunnattu päivä- ja työtoiminta nousi esiin aineistosta. Tähän luokkaan kertyi reilut 200 tapausta, joten se selittää myös osaltaan päihde-ehdoisten asiointien lisääntymistä sosiaalipalveluissa.

Terveydenhuollossa päihde-ehtoisten asiointien kokonaismäärä oli vuoden 2011 laskennassa hieman korkeampi kuin edellisenä laskentavuonna. Asiointi väheni kotisairaanhoidossa, yksityisessä terveydenhuollossa ja yleissairaaloissa. Terveyskeskuksissa ja psykiatrisissa sairaaloissa päihde-ehtoisten asiointien määrä näyttää kuitenkin lisääntyneen. Lisääntynyt päihde-ehtoinen asiointi etenkin terveyskeskuksissa on linjassa vuonna 2009 julkaistun Mieli-ohjelman kanssa, jossa yhtenä ehdotuksena on mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittäminen erityisesti peruspalveluissa, kuten terveyskeskuksissa.

Tässä artikkelissa perehdyttiin tarkemmin päihde-ehtoiseen asiointiin yleisissä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa ja selvitettiin erityisesti asiointin kestoa, asiakkaiden päihtyneisyyttä sekä väkivallan uhkaa. Suurin osa yleisiin sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluihin tehdystä päihtheisiin liittyvistä asioinneista kesti 30–45 minuuttia. Naiset viipyivät palveluissa hieman miehiä pidempään. Päihtymystilalla oli merkitystä, sillä voimakkaasti päihtyneet viipyivät palveluissa kauemmin.

Päihtheisiin liittyvät asioinnit tapahtuvat tavallisena arkipäivänä pääsääntöisesti päihtheettömänä. Laskentavuorokauden aikana noin 700 henkilöä asioi päihtyneenä, ja tästä joukosta 168 henkilön päihtymystila arvioitiin voimakkaaksi. Päihtyneenä asiointi oli vähentynyt hieman vuoden 2003 ja 2007 laskentoihin verrattuna. Toisinaan asiointiin liittyi uhkaavaa tai väkivaltaista käyttäytymistä. Laskentapäivänä esiintynyt väkivalta tai sen uhka päihde-ehtoisissa asioinneissa oli kuitenkin harvinaista.

Tässä artikkelissa analysoitu aineisto vahvistaa, että asiakkaan päihtymys saattaa lisätä uhkaavien ja väkivaltaisten tilanteiden todennäköisyyttä sosiaali- ja terveydenhuollon työpaikoilla. Näihin tilanteisiin onkin syytä varautua ennakkoon. On muistettava, että päihdetapauslaskennan aineisto kertoo päihde-ehtoisesta asiointista tavallisena arkipäivänä. Tilanne saattaa joissakin toimipaikoissa, esimerkiksi terveydenhuollon päivystyksissä, olla varsin erilainen perjantai- ja lauantai-iltaisain. Päihtheiden käyttö kasaantuu väestötasolla viikonloppuihin (Mustonen ym. 2010, 58–60), ja tämä näkyy myös lisääntyvänä palveluiden tarpeena.

Päihdeasiakkaita kohdataan kaikkialla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Nämä asiakkaat vievät henkilökunnalta aikaa ja edellyttävät erinäisiä tiedollisia, taidollisia ja sosiaalisia resursseja. On tarpeen, että päihdeasiat otetaan kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön koulutusohjelmissa mukaan opetussuunnitelmaan. Päihdehuollon erityispalveluiden merkitys palvelujärjestelmässä korostuu tilanteissa, joissa peruspalveluiden henkilöstön osaaminen ei enää ole riittävää. Tällöin osaamisen ydintä on palvelujärjestelmän tunteminen, jotta asiakas voidaan ohjata sen palvelun piiriin, josta hän saa parhaan mahdollisen avun. On myös mahdollista kehittää erilaisia perus- ja erityispalvelujen yhteistyön malleja. Yksi hyvä esimerkki tästä ovat terveyskeskusympäristössä toimivat päihdehuollon erityispalvelujen työntekijät. Päihdetyön vieminen terveysasemalle vaatii myös työn uudelleen organisoimista. Tämä voi näkyä siinä, että päihde-ehtoisen asiointin kesto on pidentynyt terveysasemilla.

Päihdetapauskenttien aineistot osoittavat kuitenkin myös sen, että suurin osa tästä asiakasryhmästä asioi palvelujärjestelmässä ilman, että asiointiin liittyy uhkavia tekijöitä tai päihtymystä. Useimmiten kyseessä on siis aivan tavallinen asiakas, jonka elämään päihde- ja terveydenhuollon palveluissa on syytä miettiä sitä, minkälaisia mahdollisuuksia päihdeasiakkaan kohtaaminen voi pitää sisällään. Kohtaaminen voi olla varhaista puuttamista, fyysisen vamman parantamista, keskustelua, vaikean elämäntilanteen ja siihen liittyvien ongelmien selvittelyä tai hoitojärjestelmässä eteenpäin ohjausta. Asiakkaan kannalta tärkeintä lienee se, että hän saa tarvitsemaansa hoitoa, apua ja tukea ja että hänelle syntyy kokemus inhimillisestä ja muutokseen motivoivasta kohtamisesta.

Mitä opimme?

- ▶ Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä (lukuun ottamatta lasten päivähoito) tehtiin syksyllä 2011 vuorokauden aikana reilut 11 700 päihde-ehdoista asiointia.
- ▶ Päihde-ehdotin asiointi on edelliseen laskentakertaan verrattuna vähentynyt jonkin verran päihdehuollon erityispalveluissa mutta lisääntynyt sosiaalipalveluissa ja terveydenhuollossa.
- ▶ Päihde-ehdotin asiointi vie työntekijöiltä aikaa ja vaatii myös tiedollisia, taidollisia ja sosiaalisia resursseja. Asioinnit antavat myös mahdollisuuden rakentavaan keskusteluun, varhaiseen puuttumiseen sekä eteenpäin hoitoon ohjaamiseen.
- ▶ Laskentavuorokauden aikana sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä avopalveluissa noin 700 henkilöä asioi päihtyneenä ja näistä 168 henkilön päihtymystila arvioitiin voimakkaaksi.
- ▶ Päihtymyksen ja väkivaltaisen käyttäytymisen välinen yhteys on ilmeinen. Jo lievinkin päihtymys lisää väkivaltaisen käyttäytymisen riskiä.

Lähteet

- Alkoholisairauksien hoito terveydenhuollossa (2009) Tilastoraportti 1/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205084964> [13.1.2011]
- Haavisto, Kari & Ahtola, Raija & Kaivonurmi, Maija & Kaukonen, Olavi & Metso, Leena & Simpura, Jussi (1997) Survey of intoxicant-related cases in health and social services in Finland 1995. Helsinki: Stakes.
- Kaukonen, Olavi (2000) Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. Tutkimuksia 107. Helsinki: Stakes.
- Kuussaari, Kristiina & Ronkainen, Jenni-Emilia & Partanen, Airi & Kaukonen, Olavi & Vormaa, Helena (2012) Kuntoutukselta katkaisuun. Päihdetapauskenttä palvelujärjestelmän kuvaajana. Yhteiskuntapolitiikka 77 (2012) 640–655.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (2009).

- Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielen- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Selvityksiä 3, Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Mustonen, Heli & Metso, Leena & Mäkelä, Pia (2010) Milloin suomalaiset juovat? Teoksessa Pia Mäkelä, Heli Mustonen, Christoffer Tigerstedt (toim.) Suomi juo. Suomalaisien alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Nuorvala, Yrjö & Huhtanen, Petri & Ahtola, Raija & Metso, Leena (2008) Huonosaisuus mutkistuu – kuudes päihdetapaustilasto 2007. Yhteiskuntapolitiikka 73(6), 659–670.
- Nuorvala, Yrjö & Metso, Leena & Kaukonen, Olavi & Haavisto, Kari (2004) Muuttuva päihdeasiakkuus. Päihdetapaustilastot 1987–2003. Yhteiskuntapolitiikka 69(6), 607–618.
- Peruspalvelujen tila -raportti 2012. Kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunta. Valtiovarainministeriön julkaisu 12/2012.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2011. SVT Sosiaaliturva (2011). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085274>
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2012. SVT Sosiaaliturva (2012). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-805-6> [22.3.2013]
- Päihtyneiden kiinniottaminen 2011 = Päihtyneiden kiinniottamista, kuljettamista, kohtelua ja hoitoa selvittäneen työryhmän loppuraportti (2011) Sisäasiainministeriön julkaisu 5/2011. [http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/AC6EE449F4CEB1C7C22578500027CEC5/\\$file/052011.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/AC6EE449F4CEB1C7C22578500027CEC5/$file/052011.pdf).
- Sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstö 2009. Tilastoraportti 6/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085362>

14 Alkoholinkulutus ja sairauspoissaolot

Sairauspoissaolot vähentävät merkittävästi todellista työaika ja sitä kautta kansantalouden käytettävissä olevaa työpanosta. Väestön ikääntymisen aiheuttaman niukenevan työvoiman tarjonnan vuoksi olemassa olevaa työpanosta pitäisi käyttää mahdollisimman tehokkaasti. Tämän vuoksi ei ole yllättävää, että kasvava määrä tutkimuksia tarkastelee sairauspoissaoloihin vaikuttavia taustatekijöitä. Taloustieteellisessä tutkimuksessa on kiinnitetty erityistä huomiota siihen, millaisia kannustinvaikutuksia sairausvakuutusjärjestelmällä on. Koska sairauspoissaoloja on perinteisesti ollut hyvin paljon Ruotsissa, tällaista tutkimusta on tehty paljon ruotsalaisten aineistojen perusteella (Socialstyrelsen 2007).

Aiheeseen liittyvässä tutkimuksessa on kiinnitetty huomiota myös siihen, että terveystyökyvytyksellä on itsenäinen muista tekijöistä riippumaton vaikutus sairauspoissaolojen esiintymiseen. Runsaasti alkoholia käyttävien ihmisten on havaittu olevan huomattavasti useammin poissa työpaikalta (Persson & Magnusson 1989). Alkoholin kohtuukäytön vaikutuksista sairauspoissaoloihin on sitä vastoin olemassa paljon vähemmän luotettavaa tietoa. Tutkimuskirjallisuudessa on esitetty ristiriitaisia tuloksia siitä, miten alkoholin kohtuukäyttö on yhteydessä esimerkiksi työllisyyteen ja palkkoihin. Osassa empiirisistä tutkimuksista on päädytty siihen, että kohtuullisella alkoholinkäytöllä on itse asiassa tilastollisesti merkitsevä positiivinen yhteys henkilön ansiotasoon (French & Zarkin 1995; MacDonald & Shields 2001). Toisaalta osassa tutkimuksia on suhtauduttu epäillen tämäntyyppisen yhteyden olemassaoloon. Yhtenä syynä tähän on se, että osa niistä henkilöistä, jotka eivät käytä lainkaan alkoholia, on entisiä alkoholisteja (Johansson ym. 2006). Tämä saattaa osaltaan selittää sitä, että kohtuukäyttäjien ansiotaso on korkeampi kuin sellaisten henkilöiden, jotka eivät käytä lainkaan alkoholia. Osalla niistä, jotka eivät käytä alkoholia ollenkaan, voi olla myös vakavia terveysongelmia, jotka selittävät heidän alhaisemman ansiotasonsa.

Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että henkeä kohden mitattu alkoholinkulutus oli voimakkaassa yhteydessä sairauspoissaoloihin ajanjaksolla 1935–2002 (Norström 2006). Alkoholin merkitys on Ruotsissa tilastollisesti ja taloudellisesti suuri, vaikka samalla vakioitaisiinkin muita vaikuttavia tekijöitä, kuten työttömyysastetta. Myöhemmin vastaava havainto on saatu myös norjalaisella aineistolla (Norström & Moan 2010).

Aikasarjoihin perustuva näyttö on kuitenkin harvoin lopullista, koska on mahdollista, että jokin kolmas tekijä, jota ei ole kyetty huomiomaan estimoitavissa mallissa, kuten ihmisten mieltymyksissä tapahtuneet muutokset, vaikuttaa sekä henkeä

kohden laskettuun alkoholinkulutukseen että sairauspoissaoloihin. Tämän vuoksi aikasarjatutkimuksista saadut yhteydet voivat olla näennäisiä, eikä niiden perusteella ole välttämättä järkevää muuttaa alkoholipolitiikkaa. Aikasarjatutkimuksia onkin syytä täydentää yksilötason tarkasteluihin perustuvilla tutkimuksilla. Tällöin näennäisyhteyksien vaara on vähäisempi kuin aikasarjatutkimuksissa.

Tämän artikkelin tavoitteena on tarkastella alkoholinkulutuksen yhteyttä sairauspoissaoloihin suomalaisen yksilötason aineiston avulla, ja artikkelissa tehdyt johdopäätökset perustuvat Edvard Johanssonin ym. julkaisuun (Johansson ym. 2009). Aiemmista aikasarjatutkimuksista poiketen yksilötason aineistolla on mahdollista vakioida aiemmin havaitsemattomia terveyskäyttäytymiseen liittyviä tekijöitä vuosien ja alueiden osalta. Tarkastelun lähestymistapa on sama kuin niissä tutkimuksissa, joissa on analysoitu kokonaistaloudellisen tilanteen vaikutusta terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen (Ruhm 2000).

Suomea koskeva tarkastelu on kiinnostava, koska alkoholinkulutuksen terveyshaitat ovat mittavia (Herttua ym. 2007). Alkoholiverotuksen kevennyttyä vuonna 2004 miesten alkoholikuolleisuus kasvoi 16 prosenttia ja naisten 31 prosenttia vuosina 2004–2005 (Herttua ym. 2008). Tämän johdosta alkoholi aiheutti enemmän kuolemia 15–64-vuotiaiden suomalaisten keskuudessa vuonna 2005 kuin sydän- ja verisuonitaudit tai syöpä (Tilastokeskus 2006). Sairauspoissaolot ovat myös yleistyneet voimakkaasti Suomessa 1990-luvun alun laman päättymisen jälkeen. Yhteiskunnan näkökulmasta sairauspoissaolot voivat olla tärkeä alkoholinkulutuksen aiheuttama epäsuora kustannus. Kysymys on tärkeä myös poliittisen päätöksenteon kannalta, koska verotuksella voidaan vaikuttaa merkittävästi alkoholinkulutukseen. Verotus onkin keskeinen alkoholin hintaan vaikuttava tekijä kaikkialla Pohjoismaissa.

Aineisto

Artikkelin aineistona käytettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) keräämää Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -kyselyä eli aikuisväestön terveyskyselyä (AVTK) (Helakorpi ym. 2005), jota ryhdyttiin keräämään vuonna 1978. Keruu on toistettu vuosittain. AVTK:n satunnaistettu lähtöotos käsittää 5 000 henkeä 15–64-vuotiaista pysyvästi maassa asuvista Suomen kansalaista. Aineisto, joka on kerätty postikyselynä, antaa edustavan kuvan Suomen väestöstä, koska keskimääräinen vastausprosentti on 73. Tarkastelussa käytetyt kysymykset ovat pysyneet samoina koko ajan.

Kyselyssä on kerätty sairauspoissaoloja koskevaa tietoa vuodesta 1993 lähtien. Sairauspoissaolot ovat siis itseraportoituja, mutta ei ole mitään erityistä syytä otaksua, että kyselyyn osallistuneet raportoisivat järjestelmällisesti virheellisiä tietoja, sillä vastaajien henkilöllisyys ei paljastu kenellekään, ei edes työnantajille. AVTK-aineisto sisältää tietoja myös lyhyistä sairauspoissaoloista, jotka eivät sisälly Kelan rekistereihin. Näiden tietojen puuttuminen Kelan rekistereistä johtuu siitä, että lyhyet, enin-

tään 10 päivän sairauspoissaolot eivät oikeuta Kelan maksamaan sairauspäivärahaan. Tällaisen tiedon saaminen on tutkimuksen kannalta olennaista, koska suurin osa sairauspoissaoloista on lyhyitä, eli ne kestävät enimmillään ainoastaan muutaman päivän. Kelan rekisteriaineistojen käyttö merkitsisi toisin sanoen sitä, että huomattava osa kaikista sairauspoissaoloista jäisi kokonaan tarkastelun ulkopuolelle. Lisäksi AVTK-aineistoon sisältyy yksityiskohtaisia tietoja henkilöiden taustatekijöistä, muun muassa koulutuksesta. Näitä tietoja voidaan käyttää kontrollimuuttujina. Tarkastelussa on mukana ainoastaan työllisiä henkilöitä, koska tutkimuksessa tarkastellaan poissaoloja työstä.

Jotta malleissa voitaisiin vakioida alueiden taloudellinen tilanne, AVTK-aineisto yhdistetään Tilastokeskuksen aluetietokantaan. Aluejako perustuu maakuntiin, joita Suomessa on yhteensä 18 kappaletta. AVTK-aineisto kattaa tässä tarkastelussa 13 vuotta (1993–2005), joten malleissa on mukana 234 havaintoa. Malleissa käytetään yhtenä tilastollisena selittäjänä alueellista työttömyysastetta, koska muista Pohjoismaista peräisin olevien tulosten perusteella työttömyysastetta voidaan pitää keskeisenä sairauspoissaoloihin vaikuttavana tekijänä. Lisätarkasteluissa käytetään yhtenä selittäjänä myös käytettävissä olevia tuloja NUTS3-alueilla.

Edvard Johanssonin ym. (2009) tutkimuksessa käytetyt muuttujat on kuvattu taulukossa 1. Naisten sairauspoissaolot ovat tunnuslukujen valossa miehiä selvästi suurempia, mikä vastaa aiemman tutkimuskirjallisuuden yhtä keskeistä perushavaintoa. Niin miesten kuin naistenkin sairauspoissaolot ovat lisääntyneet voimakkaasti vuosina 1993–2005 (taulukko 2).

TAULUKKO 1. Muuttujien määritelmät ja tunnusluvut

Muuttuja	Määritelmä	Keskiarvo (keskihajonta)	
		Naiset	Miehet
Selitettävä			
Sairauspoissaolot	Sairauspoissaolopäivien lkm. 1 vuoden aikana	9,05 (20,7)	7,94 (21,1)
Selittävät			
Alkoholinkulutus	Alkoholiannosten lkm. viikkoa kohden (1 yksikkö = 4 senttilitran annos alkoholia)	3,54 (4,9)	8,81 (10,7)
Alueellinen työttömyysaste	Sukupuolikohtainen alueellinen työttömyysaste (Lähde: Tilastokeskuksen työvoimatutkimus)	14,77 (5,0)	15,96 (5,6)
<i>Yksilötason kontrollimuuttujat</i>			
Ikä	Ikä vuosina	38,70 (12,5)	39,08 (12,4)
Siviilisääty	Henkilö on naimisissa = 1, muuten 0	0,64	0,63
Koulutustausta	Kouluvuodet (sisältäen kaikki tasot)	13,06 (3,5)	12,60 (3,6)

Taulukko 2. Sairauspoissaolopäivien keskilukumäärä

	Naiset	Miehet
1993	6,79	7,61
1994	8,84	6,70
1995	8,58	7,24
1996	7,90	8,44
1997	9,86	7,47
1998	7,53	7,56
1999	9,44	8,20
2000	8,42	8,98
2001	10,61	8,41
2002	9,63	7,53
2003	10,78	7,17
2004	8,14	7,73
2005	10,24	10,01

Empiirinen lähestymistapa

Edvard Johanssonin ym. (2009) tutkimuksessa estimoitii yksilötason malleja, jotka ovat seuraavaa muotoa:

$$Y_{ijt} = \alpha_j + \delta D_{ijt} + \eta M_{jt} + \beta X_{ijt} + \lambda_t + \varepsilon_{ijt}$$

jossa Y_{ijt} on selitettävä muuttuja (eli sairauspoissaolopäivien lukumäärä vuodessa) henkilölle i alueella j ja vuonna t . D_{ijt} on alkoholiannosten lukumäärä viikkoa kohden (1 yksikkö = 4 senttilitran annos alkoholia). Kiinnostuksen kohteena on muuttujan D_{ijt} saama kerroinestimaatti. Muuttuja M_{jt} kuvastaa kyseisen alueen ja tutkimusvuoden taloudellista tilannetta, jota osoittaa tässä alueellinen työttömyysaste. X_{ijt} puolestaan kuvaa vakioivia muuttujia eli ikää ja sen neliötä, siviilisäätystä sekä koulutustasoa. Muuttujat α_j ja λ_t edustavat alueeseen ja tutkimusvuoteen liittyviä havaitsemattomia tekijöitä, joihin luetaan muun muassa terveyskäyttäytyminen (vrt. Ruhm 2000). ε_{ijt} on taas yhtälön virhetermi.¹

Tutkimuksessa tarkastellaan miehiä ja naisia yhdessä mutta myös erikseen, koska he työskentelevät erilaisissa ammateissa. Jälkimmäiset mallit mahdollistavat sen, että täsmälleen samoilla selittävillä muuttujilla voi olla erilainen yhteys miesten ja naisten sairauspoissaoloihin.

¹ Tarkastelussa oletetaan, että yhtälön virhetermi noudattaa Poisson-jakaumaa siksi, että yhtälön tilastollisesti selitettävä muuttuja (toisin sanoen sairauspoissaolopäivien lukumäärä vuodessa) on jakaumaltaan oikealle vino kokonaisluku. Poisson-regressiossa mallinnetaan sairauspoissaolopäivien logaritmia selittävien muuttujien funktiona.

Tulokset

Kaikissa niissä malleissa, joissa miehiä ja naisia tarkastellaan yhdessä, kulutettujen alkoholiannosten lukumäärällä on hyvin selvä positiivinen yhteys sairauspoissaolopäiviin (taulukko 3). Yhteys on voimakkaampi naisilla kuin miehillä. Tarkasteltaessa muuttujien välistä yhteyttä erikseen sellaisilla ihmisillä, joilla on enintään 10 vuotta muodollista koulutusta, havaitaan, että kummallakin sukupuolella todettu yhteys on voimakkaampi kuin koko aineistosta laskettu mutta että matalasti koulutetuilla naisilla alkoholinkulutus ei ole lainkaan yhteydessä sairauspoissaoloihin. Tämän perusteella voidaan todeta, että alkoholinkulutuksen ja sairauspoissaolojen välinen yhteys on erityisen voimakas heikosti koulutetuilla miehillä.

Korkean työttömyyden alueilla sairauspoissaolot ovat yleisempiä kuin matalan työttömyyden alueilla niin molemmilla sukupuolilla yhteensä kuin naisilla erikseen. Tämä tulos ei ole sopusoinnussa muista Pohjoismaista saatujen havaintojen kanssa, joiden perusteella poissaolot ovat tavallisempia matalan työttömyyden alueilla (Askildsen ym. 2005). Tulosta voidaan tilastollisesti selittää sillä, että alueelliset työttömyysasteet ovat varsin pysyviä ajallisesti ja nämä erot on huomioitu erikseen malleissa.

Vakioivia muuttujia eli ikää, siviilisäätystä ja koulutusta koskevat tulokset eivät ole yllättäviä. Naisia kuvaava osoitin saa positiivisen ja tilastollisesti merkitsevän kertoimen eli naiset ovat miehiä useammin poissa töistä. Tulos on siis täsmälleen sama kuin aiemmin taulukossa 1 esitetty tulos. Naimisissa olevat ovat lisäksi harvemmin poissa töistä sairauden tähden. Tulokset osoittavat myös sen, että korkeasti koulutetut henkilöt ovat matalasti koulutettuja harvemmin poissa töistä. Yhtenä syynä tähän on se, että korkeasti koulutettujen henkilöiden työpanosta on vaikeata korvata heidän ollessaan poissa työpaikalta, toisin sanoen heidän tilalleen on vaikeata löytää sopivaa sijaista. Tällöin korkeasti koulutetut henkilöt voivat olla herkemmin myös sairaina töissä.

Perustulosten lisäksi tarkasteltiin lisämalleja. Näissä malleissa oli vaihtoehtoisena muuttujana alue- ja tutkimusvuosikohtaiset käytettävissä olevat tulot, jotka kuvasivat alueen taloudellista tilannetta. Malleissa kokeiltiin myös aluekohtaisia aikatrendejä. Tulokset pysyivät samoina kaikissa näissä malleissa verrattuna niihin tuloksiin, jotka on raportoitu taulukossa 3.

Taulukko 3. Estimointitulokset sairauspoissaoloihin vaikuttavista tekijöistä

	Koko aineisto			Matalasti koulutetut (enintään 10 vuotta muodollista koulutusta)		
	Molemmat sukupuolet	Naiset	Miehet	Molemmat sukupuolet	Naiset	Miehet
Alkoholinkulutus	0,042 (3,75)***	0,076 (2,55)**	0,036 (2,68)**	0,084 (3,13)**	0,066 (0,59)	0,093 (2,95)**
Alueellinen työttömyysaste	0,136 (1,78)*	0,361 (2,15)**	0,004 (0,02)	0,469 (2,14)**	1,444 (2,38)**	-0,087 (-0,17)
Nainen	1,696 (6,17)***	-	-	1,988 (3,31)**	-	-
Ikä	0,042 (1,08)	0,107 (1,48)	-0,075 (-0,81)	0,028 (0,36)	0,451 (2,68)**	-0,336 (-1,97)**
län neliö	0,000 (0,44)	0,000 (0,47)	0,001 (1,24)	0,001 (1,24)	-0,004 (-1,85)*	0,006 (2,87)**
Naimisissa	-1,168 (-3,87)***	-1,943 (-4,36)***	-0,057 (-0,13)	-1,573 (-1,20)	-3,649 (-3,01)**	0,631 (0,30)
Koulutusvuodet	-0,511 (-17,47)***	-0,420 (-9,55)***	-0,619 (-16,74)***	-0,177 (-0,48)	0,549 (1,54)	-0,709 (-1,29)
Alueosoittimet	X	X	X	X	X	X
Vuosiosoittimet	X	X	X	X	X	X
n	30 062	16 187	13 875	5 466	2 691	2 755

Taulukossa on raportoitu marginaalivaikutukset Poisson-regressioista. Suluissa robustit t-arvot (klusteroitu alueittain). Tilastollinen merkitsevyys: * merkitsevä 10 prosentin tasolla; ** merkitsevä 5 prosentin tasolla; *** merkitsevä 1 prosentin tasolla. Molempien sukupuolten työttömyysastetta on käytetty sarakkeissa 1 ja 4. Sukupuolikohtaista työttömyysastetta on käytetty sarakkeissa 2–3 ja 5–6.

Johtopäätöksiä

Tässä artikkelissa on tarkasteltu suomalaisen aineiston perusteella sitä, millainen on alkoholinkulutuksen yhteys sairauspoissaoloihin. Edvard Johanssonin ym. (2009) tutkimuksessa käytettiin hyväksi yksilötason AVTK-aineistoa vuosilta 1993–2005. Toistetun poikkileikkausaineiston avulla on mahdollista vakioida alueisiin ja tutkimusvuosiin liittyviä aiemmin havaitsemattomia tekijöitä. Tällaiset tekijät voivat liittyä esimerkiksi terveystyöttömyyteen ja siinä tapahtuneisiin muutoksiin. Aiemmissä tutkimuksissa on sitä vastoin käytetty pääsääntöisesti karkeita aikasarja-aineistoja. Tällöin ilmeisenä vaarana on näennäiskorrelaatio tarkasteltavien muuttujien välillä.

Aineistot osoittavat, että alkoholinkulutus kasvattaa selkeästi sairauspoissaoloja. Tarkastelun avulla voitiin siten vankistaa aiemmista aikasarjatutkimuksista saatuja päätelmiä siitä, että alkoholi on merkittävä tekijä selitettäessä töistä poissaoloja. Al-

koholinkulutuksen ja sairauspoissaolojen välinen yhteys näyttää tulosten perusteella olevan erityisen vahva matalasti koulutetuilla miehillä. Yhtenä selityksenä tälle havainnolle on se, että matalasti koulutetut miehet työskentelevät usein fyysisesti raskaissa töissä, jotka sopivat erityisen huonosti yhteen alkoholinkäytön kanssa.

Analyyysin johtopäätökset ovat ilmeisen tärkeitä pohdittaessa alkoholipolitiikkaa. Havainnot korostavat sitä, että alkoholiverotuksen tasoa mietittäessä on syytä pohtia myös alkoholinkulutuksen vaikutuksia sairauspoissaoloihin ja samalla kansantalouteen. Väestön ikääntyminen ja käytettävissä olevan työvoiman tarjonnan tuntuva supistuminen korostaa entisestään näkökulman tärkeyttä.

Edvard Johanssonin ym. (2009) tutkimuksen yhtenä heikkoutena on se, että siinä ei ollut mahdollista tarkastella syy- ja seuraussuhteita, koska käytössä oli toistettu poikkileikkausaineisto. Syy- ja seuraussuhteiden tutkiminen vaatisi pitkittäisaineiston keräämistä ja/tai toisenlaiset tutkimusmenetelmät. Tutkimuksessa ei voitu myöskään tarkastella yksittäisten sairauspoissaolojaksojen pituutta, koska AVTK-aineistossa ei ole tietoa niistä. Jaksojen pituuden selvittäminen olisi tärkeätä, koska alkoholinkulutuksella voi olla hyvinkin erilainen vaikutus lyhyisiin ja pitkiin poissaoloihin töistä.

Mitä opimme?

- ▶ Aiemmin on havaittu, että alkoholinkulutuksella on yhteys sairauspoissaolojen määrään koko talouden tasolla.
- ▶ Artikkelissa tarkastellaan alkoholinkulutuksen ja sairauspoissaolojen välistä yhteyttä yksilötason aineiston avulla.
- ▶ Tulokset osoittavat, että alkoholinkulutus liittyy läheisesti sairauspoissaolojen määrään Suomessa.
- ▶ Alkoholinkulutus on yhteydessä erityisesti heikosti koulutettujen miesten poissaoloihin töistä.

Lähteet

- Askildsen, Jan Erik & Bratberg, Espen & Nilsen, Øivind Anti (2005) Unemployment, labour force composition and sickness absence: A panel data study. *Health Economics* 14(11), 1087–1101.
- French, Michael T & Zarkin, Gary A (1995) Is moderate alcohol use related to wages? Evidence from four worksites. *Journal of Health Economics* 14(3), 319–344.
- Helakorpi, Satu & Patja, Kristiina & Prättälä, Ritva & Uutela, Antti (2005) Suomalaisen aikuisväestön terveystiläytyminen ja terveys. Kansanterveyslaitoksen julkaisu, Sarja B18. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Herttua, Kimmo & Mäkelä, Pia & Martikainen, Pekka (2007) Differential trends in alcohol-related mortality: A register-based follow-up study in Finland in 1987–2003. *Alcohol & Alcoholism* 42(5), 456–464.
- Herttua, Kimmo & Mäkelä, Pia & Martikainen, Pekka (2008) Changes in alcohol-related mortality and its socioeconomic differences after a large reduction in alco-

- hol prices: A natural experiment based on register data. *American Journal of Epidemiology* 168(10), 1110–1118.
- Johansson, Edvard & Alho, Hannu & Kiiskinen, Urpo & Poikolainen, Kari (2006) Abstaining from alcohol and labour market underperformance – Have we forgotten the “dry” alcoholics? *Alcohol & Alcoholism* 41(5), 574–579.
- Johansson, Edvard & Böckerman, Petri & Uute-la, Antti (2009) Alcohol consumption and sickness absence: Evidence from micro-data. *European Journal of Public Health* 9(1), 19–22.
- MacDonald, Ziggy & Shields, Michael A (2001) The impact of alcohol consumption on occupational attainment in England. *Economica* 68(271), 427–453.
- Norström, Thor (2006) Per capita alcohol consumption and sickness absence. *Addiction* 110(10), 1421–1427.
- Norström, Thor & Moan, Inger Synnøve (2010) Per capita alcohol consumption and sickness absence in Norway. *European Journal of Public Health* 19(4), 383–388.
- Persson, Jesper & Magnusson, Per-Henrik (1989) Sickness absenteeism and mortality in patients with excessive drinking in somatic out-patient care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 7(4), 211–217.
- Ruhm, Christopher (2000) Are recessions good for your health? *Quarterly Journal of Economics* 115(2), 617–650.
- Socialstyrelsen (2007) *Folkhälsa. Lägesrapporter 2006*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Tilastokeskus (2006) *Kuolemansyyt 2005*. Helsinki: Tilastokeskus.

15 Alkoholin liikakäytön heijastuminen työkyvyttömyyseläkkeisiin

Viime vuosikymmeninä suomalaisten odotettavissa oleva elinikä on noussut, toimintakykyiset vuodet ovat lisääntyneet ja ikääntyneiden osallistuminen työelämään on kasvanut. Silti työkyvyttömyys on merkittävä syy ennenaikaiseen työelämän jättämiseen. Sairauden johtaessa työkyvyttömyyteen haetaan yleensä ensin sairauspäivärahaa. Jos sairaus pitkittyy, ihminen voi hakea työkyvyttömyyseläkettä, jota voi saada työansioihin perustuvana työeläkkeenä ja Kelan eläkkeenä. Työkyvyttömyyseläke myönnetään joko pysyvänä tai määräaikaisena kuntoutustukena. Kummassakin tapauksessa tavoitteena on huolehtia työntekijän toimeentulosta.

Alkoholisairausten kirjaaminen työkyvyttömyyseläkkeen perusteeksi on monitahoinen ja harkinnanvarainen prosessi. Tässä prosessissa ovat mukana hoitava lääkäri, vakuutusyhtiön asiantuntijalääkäri, erilaisten muiden lausuntojen antajat ja potilas itse. Heidän vuorovaikutuksensa tuloksena syntyy lopullinen peruste eläkkeen myöntämiselle tai myöntämättä jättämiselle.

Työkyvyttömyyseläkkeiden myöntäminen aiheuttaa merkittäviä kustannuksia yhteiskunnalle. Alkoholin liikakäyttö on yksi osatekijä, joka johtaa työkyvyn alenemiseen tai peräti työkyvyttömyyteen. Alkoholin suurkulutuksen vähentäminen edistäisi olennaisella tavalla työssä pysymistä ja mahdollistaisi työurien pidentämistä sekä kustannusten pienentämistä. Nämä tavoitteet ovat saavutettavissa, koska suuri osa työikäisistä alkoholin suurkuluttajista ja alkoholisteista on työelämässä.

Tässä artikkelissa tarkastellaan ensin alkoholisairauksien perusteella myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden henkilömääriä, niiden jakautumista sukupuolen mukaan sekä eläkkeiden aiheuttamia kustannuksia. Sen jälkeen kuvataan, miten nämä asiat ovat kehittyneet viimeisen kymmenen vuoden aikana. Lähtökohtana ovat Eläketurvakeskuksen ja Kansaneläkelaitoksen (Kela) eläkerekisterit. Tämän jälkeen perehdytään alkoholiperusteisen työkyvyttömyyseläkkeen myöntämisen yleiseen käytäntöön, joka vaikuttaa myönnettyjen eläkkeiden määrään ja ratkaisee eläkkeen perusteena olevan diagnoosin valinnan. Tässä yhteydessä pohditaan myös seikkoja, jotka vaikuttavat siihen, kirjautuvatko alkoholiperustaiset sairaudet työkyvyttömyyseläkettä oikeuttaviksi diagnooseiksi vai eivät. Artikkelin lopuksi tarkastellaan alkoholiperustaisten työkyvyttömyyseläkkeiden määrää kuvaavien tilastojen luotettavuutta.

Katsaus alkoholiperäisiin työkyvyttömyyseläkkeisiin

Eläkkeiden henkilömäärät

Vuonna 2011 työkyvyttömyyseläkettä maksettiin 260 000 suomalaiselle. Työkyvyttömyyseläkkeensaajista 98 000 henkilöä sai pelkkää työeläkettä ja 58 000 henkilöä pelkkää Kelan eläkettä. Sekä työeläkettä että Kelan eläkettä sai 105 000 henkilöä. Vuoden 2011 lopussa 45 prosentilla kaikista työkyvyttömyyseläkkeensaajista oli taustalla mielenterveyden sairaus ja 24 prosentilla tuki- ja liikuntaelinsairaus.

Vuonna 2011 kaikkiaan 25 400 henkilöä siirtyi työkyvyttömyyseläkkeelle. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien osuus näistä uusista työkyvyttömyyseläkkeistä oli kolmannes, mikä oli myös mielenterveyden sairauksien osuus. Vuonna 2011 siirryttiin toistaiseksi myönnetylle työkyvyttömyyseläkkeelle keskimäärin 54,7-vuotiaana ja määräaikaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle eli kuntoutustuelle 45,2-vuotiaana.

Työkyvyttömyyseläkemenot olivat vuonna 2011 yhteensä 3,1 miljardia euroa. Työeläkejärjestelmän osuus tästä oli yli 2,3 miljardia euroa. Työeläkemenosta 35 prosenttia johtui mielenterveyden sairauksista, 31 prosenttia tuki- ja liikuntaelinten sairauksista sekä vajaa 10 prosenttia verenkiertoelinten sairauksista.

Alkoholiperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on viime vuosina kasvanut. Viisivuotiskautena 2006–2010 keskimäärin lähes 12 000 suomalaista sai vuosittain Kelan työkyvyttömyyseläkettä, joissa alkoholisairaus esiintyi ensimmäisenä, toisena tai kolmantena diagnoosina (taulukko 1). Edellisenä viisivuotiskautena 2001–2005 vastaava keskiarvo oli runsaat 9 000 ja sitä edellisenä kautena 1996–2000 noin 8 700 (Päihdetilastollinen vuosikirja 2001, 2006 ja 2011). Kasvu oli voimakasta varsinkin vuosien 2003 ja 2009 välillä (+ 35 %). Nousujohtaisen trendin taustalla voi hyvinkin olla suomalaisten lisääntynyt alkoholinkäyttö vuosina 1996–2010 ja eritoten vuoden 2004 veronalennuksen jälkeisinä vuosina. Kyselytutkimuksen perusteella tiedetään, että runsaasti eli vähintään kolme alkoholiannosta päivässä kuluttaneiden riski joutua enneaikaisesti eläkkeelle on noin kaksin- tai kolminkertainen verrattuna sitä vähemmän alkoholia käyttäneisiin (Harkonmäki ym. 2008).

Vuoden 2009 jälkeen alkoholiperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden määrä osoittaa ensimmäistä kertaa moneen vuoteen hienoista laskua. Tämä saattaa kuvastaa sitä, että suomalaisten alkoholinkulutuksen kasvu pysähtyi vuosien 2007–2008 paikkeilla, jonka jälkeen kulutus on hieman pienentynyt.

Vuoden 2003 jälkeen myös Kelan kaikkien työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on lisääntynyt, muttei läheskään yhtä paljon kuin alkoholiperäisten työkyvyttömyyseläkkeiden määrä. Näin ollen alkoholiperäisten eläkkeiden osuus kaikista voimassa olevista työkyvyttömyyseläkkeistä on noussut ollen vuonna 2011 runsaat 7 prosenttia. 1990-luvun loppupuolella osuus vaihteli kolmen ja neljän prosentin välillä.

Ylivoimaisesti yleisin alkoholidiagnoosi eläkkeiden myöntämisen perusteena oli ”alkoholin aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymishäiriöt” (F10). Näiden sairauksien osuus oli noin 90–95 prosenttia kaikista eläkkeeseen oikeuttavista

Taulukko 1. Kelan alkoholisairauksien perusteella myöntämät, vuoden lopussa voimassa olevat työkyvyttömyyseläkkeet vuosina 2003–2011

Vuosi	Alkoholin aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymishäiriöt	Alkoholi-myrkytys	Krooniset maksasairaudet ja maksakirroosi	Haiman sairaudet	Muut alkoholisairaudet	
ICD–10	F10	T51	K70	K86	Z50, Z71, Z72	Yhteensä
ICD–9	303, 291	980	571	577		
Eläkkeet, joissa esiintyy alkoholisairaus (1., 2. tai 3. diagnoosi)						
2003	8 698	16	316	157	3	9 190
2004	9 347	17	310	171	4	9 849
2005	9 973	21	327	187	5	10 513
2006	10 521	24	335	191	6	11 077
2007	10 906	24	358	194	5	11 487
2008	11 548	26	385	208	5	12 172
2009	11 777	24	395	213	4	12 413
2010	11 645	24	388	297	5	12 359
2011	11 396	23	384	201	4	12 008
Näistä alkoholisairaus pääsairautena						
2003	3 004	10	185	97	–	3 296
2004	3 109	10	167	102	–	3 388
2005	3 157	14	178	105	–	3 454
2006	3 049	16	182	99	1	3 346
2007	3 048	16	202	98	1	3 364
2008	3 072	17	212	105	1	3 406
2009	2 989	16	210	109	–	3 324
2010	2 805	15	207	108	–	3 135
2011	2 635	14	205	103	–	2 957

Lähde: Kansaneläkelaitos

ta alkoholiperustaisista sairauksista. Toiseksi yleisin diagnoosi oli ”krooniset maksasairaudet ja maksakirroosi” (K70).

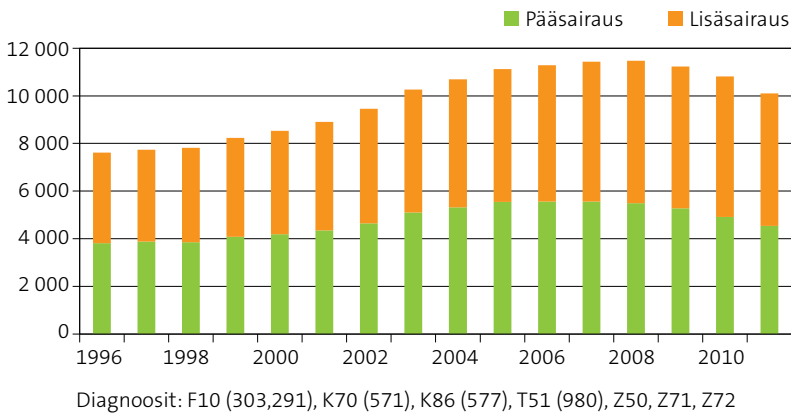
Vaikka Kelan eläkkeet, joissa esiintyy alkoholisairaus, ovat lisääntyneet tuntuvasti, alkoholisairaus on aivan viime vuosina kirjattu pääsairauksiksi hieman harvemmin. Vuonna 2011 pääsairaus esiintyi lähes 3 000:lla Kelan eläkkeen saajalla, kun vastaava luku vuonna 2003 oli noin 3 300. Vähennystä oli siis 10 prosenttia.

Eläketurvakeskuksen tiedot alkoholiperäisten työeläkkeiden määrästä noudattavat pitkälle samanlaista trendiä kuin Kelasta saatujen eläkkeiden määrät. Alkoholisairauksien perusteella myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden määrä nousi vuoteen 2008 asti, jonka jälkeen tapausten määrä on alkanut laskea. Alkoholisairaus on viime vuosina yhä harvemmin kirjattu työkyvyttömyyseläkkeissä pääsairauksiksi. Vuonna 2008 näitä tapauksia oli noin 5 300 ja vuonna 2011 noin 4 600. Lisäsairautena alko-

holisairauksien määrä kasvoi huomattavasti vuoteen 2004 ja on sen jälkeen pysynyt kutakuinkin samalla tasolla. (Kuvio 1.)

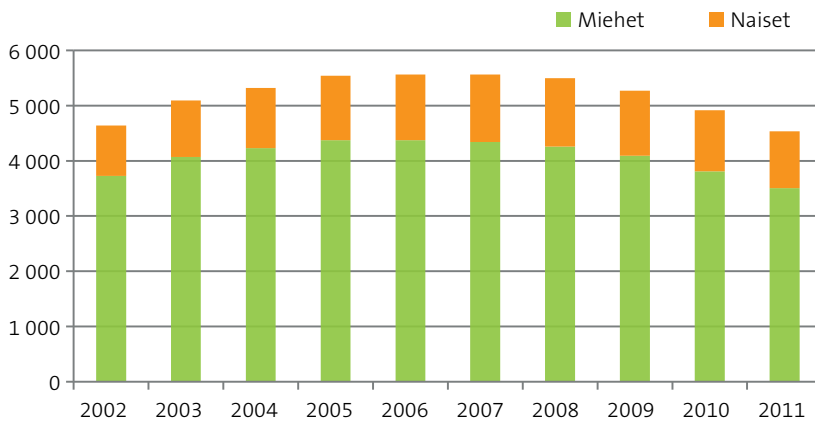
Eläkkeiden sukupuolijakauma

Miehet juovat noin 70 prosenttia ja naiset noin 30 prosenttia suomalaisten kuluttamasta alkoholista. Tämä suhde vaikuttaa myös siihen, kuinka alkoholiperäiset työkyvyttömyyseläkkeet jakautuvat miesten ja naisten kesken. Kymmenen viimeisen vuoden aikana yli kolme neljäsosaa työeläkejärjestelmään kuuluvista voimassa olevista alkoholiperäisistä (1. diagnoosi) työkyvyttömyyseläkkeistä on koskenut miehiä. (Kuvio 2.)



Kuvio 1. Työeläkejärjestelmästä alkoholisairauksien perusteella työkyvyttömyyseläkettä saaneet vuosien 1996–2011 lopussa

Lähde Eläketurvakeskus



Kuvio 2. Työeläkejärjestelmästä alkoholisairauksien (1. diagnoosi) perusteella työkyvyttömyyseläkettä saaneet vuosien 2002–2011 lopussa sukupuolen mukaan

Lähde Eläketurvakeskus

TAULUKKO 2. Työeläkejärjestelmästä vuonna 2011 alkoholisairauksien (1. diagnoosi) perusteella työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet iän ja sukupuolen mukaan

Ikä	Miehet lkm	Naiset lkm	Kaikki	%
<45	22	6	28	10
45–49	30	10	40	14
50–54	60	19	79	28
55–59	72	21	93	32
60–62	39	7	46	16
Kaikki	223	63	286	100

Lähde: Eläketurvakeskus

Sama suhdeluku, 75/25, ei koske vain voimassa olevia vaan myös uusia alkoholiperäisiä työkyvyttömyyseläkkeitä. Vuonna 2011 hieman alle 300 työeläkkeeseen oikeutettua ihmistä, joilla oli alkoholiin liittyvä sairaus ensimmäisenä diagnoosina, siirtyi työkyvyttömyyseläkkeelle. Näistä henkilöstä runsas kolme neljännestä oli miehiä (taulukko 2). Taulukko osoittaa myös henkilöiden ikäjakauman: runsaat puolet (52 %) näistä uusista eläkeläisistä oli korkeintaan 54-vuotiaita.

Eläkkeiden kustannukset

Ensimmäisen, toisen tai kolmannen diagnoosin perusteella myönnettyjen alkoholiperäisten työkyvyttömyyseläkkeiden kustannukset olivat vuonna 2011 noin 135 miljoonaa euroa. Kolmannes näistä kustannuksista, 45 miljoonaa euroa, koski työkyvyttömyyseläkkeitä, jotka oli myönnetty alkoholisairauden ollessa päädiagnoosi.

Eläkkeiden käsittelyprosessi työeläkelaitoksissa ja sen puutteita

Työkyvyttömyyseläkettä haettaessa hoitava lääkäri merkitsee eläkkeen ratkaisun kannalta merkittävät diagnoosit lausuntoonsa eli niin sanottuun B-lomakkeeseen. Eläkelaitoksen asiantuntijalääkäri puolestaan tekee eri asiakirjojen – esimerkiksi hoitavan lääkärin lausunnon, sairaaloiden käyntiselosteiden ja eri erikoisalojen antamien lausuntojen – nojalla kokonaisarvion eläkkeen hakijan sairauksista. Kokonaisarvion yhteydessä asiantuntijalääkäri valitsee itse työkyvyttömyyden kannalta merkityksellisimmät diagnoosit eli pääsairauden ja, mikäli hakijalla on useampia sairauksia tai vammoja, myös muut diagnoosit. Työeläkelaitokset lähettävät työkyvyttömyyseläkepäätöksiin liittyvät tiedot, myös diagnoositiedot (vähintään päädiagnoosi), Eläketurvakeskuksen rekisteriin. Eläketurvakeskuksen työkyvyttömyyseläkettä koskevissa vuositilastoissa luokittelu tehdään päädiagnoosin mukaan.

Hakemusprosessiin liittyy monta epävarmuustekijää. Yksi on se, että B-lausun-

non kirjoittava hoitava lääkäri ei välttämättä ole tietoinen potilaansa alkoholiongelmasta eikä potilas itse tuo tätä ongelmaa esiin. Alkoholisairaus saattaa myös jäädä pimentoon, koska lääkäri katsoo, ettei alkoholinkäyttö vaikuta potilaan työkykyyn, tai hän arvioi, että muut syyt ovat tärkeämpiä työkyvyttömyyden toteamiseksi (Kaarne & Aalto 2009).

Toisen epävarmuustekijän muodostavat diagnoosikäytännöt. Sairausdiagnoosit ja niitä vastaavat koodit perustuvat kansainvälisen tautiluokituksen 10. laitokseen (ICD-10), joka otettiin Suomessa käyttöön vuonna 1996. Ennen tätä vuotta myönnetyt työkyvyttömyyseläkkeet perustuvat ICD-9-luokitukseen. Etuusjärjestelmiin kirjataan pääosin vain koodit kolmen merkin tarkkuudella (esim. ”K70”, ks. taulukko yllä). Tällöin neljää merkkiä edellyttävä luokka ”alkoholin aiheuttama hermoston rappeutuminen” (G31.2) jää kokonaan tilastoimatta, koska sairauskoodi G31 sisältää myös alkoholinkäytöstä riippumattomia tauteja. Myös ”haiman sairauksista” (K86) vain osa (K86.00, K86.01 ja K86.08) liittyy alkoholiin. Lisäksi ”kroonisten maksasairauksien ja maksakirroosin” koodi (K70) sisältää jossain määrin muita kuin alkoholin aiheuttamia sairauksia.

Kaiken kaikkiaan tietojärjestelmien ominaisuuksien ja diagnoosien kirjaamistapojen takia kaikki alkoholin liikkakäyttöön liittyvä sairastavuus ei näy tilastoissa ja joissakin tapauksissa raportoidaan myös ei-alkoholiperäisiä sairauksia.

Kolmas hankaloittava tekijä on se, että ongelmallinen alkoholinkäyttö on monimutkaisella tavalla yhteydessä myös muihin kuin alkoholiperäisiin sairauksiin. Tiedämme, että alkoholijuomien haitallinen käyttö lisää riskiä sairastua moniin erilaisiin tauteihin, mutta alkoholin tarkka selitysosuus on vaikeasti määriteltävissä eikä se käy ilmi työeläkejärjestelmän sairausluokitteluista ja tilastoinnista. Alkoholin liikkakäyttö on yhteydessä masennukseen ja muuhun psyykkiseen sairastavuuteen, kottaa verenpainetta, lisää sydänlihassairauksien ja sydämen rytmihäiriöiden vaaraa sekä useiden syöpäsairauksien riskiä. Eläkehakemuksissa näkyvä, toimintakykyä heikentävä ylipaino on myös usein yhteydessä alkoholin sisältämiin liikkakaloreihin: kaksi tuopillista olutta päivässä voi tuottaa 1,5–2 kiloa lisäpainoa kuukaudessa. Alkoholi lisää myös unihäiriötä ja pahentaa uniapneaa. Lopuksi alkoholin liikkakäyttö lisää riskiä sairastua epilepsiaan, aivovammoihin, aivoverenvuotoon, dementiaan ja on yhteydessä pikkuaivojen vaurioihin ja ääreishermovaurioihin.

Alkoholinkäytön monimutkaiset yhteydet mitä erilaisimpiin sairauksiin johtavat todennäköisesti siihen, että monet työkyvyn heikkenemisen alkoholiperäiset syyt jäävät eläkehakuprosessissa huomaamatta.

Maarit Gockelin (2008) analysoiman pienen otoksen (n = 103) mukaan alkoholiongelma ei tule aina esille työkyvyttömyyseläkettä haettaessa. Suurelta osalta alkoholisairaus puuttui otoksen diagnooseista, vaikka alkoholinkäyttö tuli sairauskertomuksissa selvästi ilmi.

Pohdinta

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että alkoholidiagnoosilla varustettujen työkyvyttömyyseläkkeiden tilastoitu määrä sisältää sekä yliarvioita että eritoten aliarvioita eläkkeen saajien alkoholinkäytön aiheuttamasta sairastavuudesta. Tilastotietojen luotettavuuden parantamiseksi eläkkeen hakijan alkoholiongelma tulisi kirjata lausuntoon ja merkitä yhdeksi diagnooseista. Muuten ongelma jää toteamatta ja hoitokeinot käyttämättä. Alkoholien suurkuluttajia ja alkoholisteja on paljon, ja heistä suuri osa on työelämässä. Työkyvyttömyys kehittyy yleensä vähitellen vuosien kuluessa vajaakuntoisuuden lisääntyessä ajan myötä. Tätä vajaakuntoisuuden kustannusta ei ole arvioitu. Alkoholisairaudet ovat johtaneet ja johtavat myös suuren työntekijäjoukon poistumiseen työelämästä, mikä aiheuttaa merkittävää taloudellista menetystä niin yksittäisille työntekijöille kuin yhteiskunnallekin.

Mitä opimme?

- ▶ Vuosina 2006–2010 keskimäärin lähes 12 000 suomalaista sai vuosittain Kelan työkyvyttömyyseläkettä, jonka perusteluissa esiintyi alkoholisairaus. Vastaava luku vuosina 1996–2000 oli noin 8 700.
- ▶ Alkoholiperäisten työkyvyttömyyseläkkeiden osuus kaikista voimassa olevista Kelan myöntämistä työkyvyttömyyseläkkeistä on kasvanut ja oli vuonna 2011 runsaat 7 prosenttia.
- ▶ Alkoholiperäisten työkyvyttömyyseläkkeiden kustannukset olivat vuonna 2011 noin 135 miljoonaa euroa.
- ▶ Yli kolme neljäsosaa sekä voimassa olevista että uusista työkyvyttömyyseläkkeistä, joissa alkoholisairaus on päädiagnoosi, myönnetään miehille.
- ▶ On todennäköistä, että monet työkyvyn heikkenemiseen liittyvät alkoholiperäiset syyt jäävät eläkehakuprosessissa huomaamatta.

Lähteet

- Gockel, Maarit (2008) Hyssyttely ei auta alkoholista. Helsingin Sanomien vieraskynä, 14.10.2008.
- Halme, Jukka & Seppä, Kaija & Alho, Hannu, ym. (2008) Hazardous drinking: Prevalence and associations in the Finnish general population. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 32(9), 1615–1622.
- Harkonmäki, Karoliina & Koskenvuo, Markku & Forma, Pauli (2008) Tähdön asia? Näkökulmia työssä jatkamiseen ja terveyteen. Raportti 3/2008. Helsinki: Kuntien eläkevakuutus.
- Hiltunen Maija & Nyman, Heidi & Kiviniemi, Marja (2012) Katsaus eläketurvaan vuonna 2011. Tilastoraportteja 4. Helsinki: Eläketurvakeskus.
- Kaarne, Tiina & Aalto, Mauri (2009) Alkoholit ja työelämä. *Duodecim* 125(8), 905–911.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2001 (2001). Alkoholit ja huumeet. Helsinki: Stakes, SVT.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2006 (2006). Alkoholit ja huumeet. Helsinki: Stakes, SVT.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2011 (2012). Alkoholit ja huumeet. Helsinki: THL, SVT (verkkojulkaisu). <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085274>

16 Alkoholin aiheuttamat haittakustannukset Suomessa vuonna 2010

Tässä artikkelissa tarkastellaan alkoholinkäyttöön liittyvien haittojen julkiselle ja osin myös yksityiselle sektorille aiheuttamia välittömiä kustannuksia. Nämä kustannukset ovat klassinen esimerkki alkoholinkulutuksen niin kutsutuille kolmansille osapuolille aiheuttamista haitoista. Haittakustannusten arvioimisen perusmateriaalina on käytetty *Päihdetilastollisessa vuosikirjassa* julkaistun ”Haittakustannukset pääryhmittäin”-taulukon taustalla olevia alkoholinkäytön kustannuksia selvittäneitä laskelmia. Haittakustannuksia on julkaistu *Päihdetilastollisessa vuosikirjassa* vuodesta 1998 alkaen. Haittakustannuslaskennan menetelmiä on päivitetty vuonna 2012 (Jääskeläinen 2012a). Tässä esiteltävät vuoden 2010 alkoholihaittakustannukset on laskettu päivitetyn laskentakehikon mukaan.

Päihdetilastollisen vuosikirjan haittakustannustaulukon luvut koskevat pääosin muille kuin alkoholinkäyttäjille itselleen aiheutuneita välittömiä menoja. Alkoholin haittoihin liittyvät kustannukset kuormittavat yhteiskuntaa varsin laaja-alaisesti ja useilla eri toiminta-aloilla, kuten sosiaaliturvan ja terveydenhuollon aloilla. Tämä vaikeuttaa kustannusten laskemista, sillä ne jakautuvat moneen suuntaan. Kustannusten laskentaa mutkistaa vielä se, että kulut lankeavat eri tahojen maksettaviksi riippuen siitä, minkälaisista kustannuksista on kyse. Pohjoismaisissa hyvinvointivaltioissa alkoholihaittojen ehkäisy, hoito ja korjaaminen aiheuttavat menoja ennen muuta julkiselle sektorille.

Kustannukset on jaoteltu

- sosiaaliturvajärjestelmän kustannuksiksi
- terveydenhuollon kustannuksiksi
- yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon kustannuksiksi
- rikosten ja onnettomuuksien aiheuttamista vahingoista koituviksi kustannuksiksi.

Tässä artikkelissa tarkastellaan alkoholihaittoista aiheutuneita menoja myös maksajien mukaan, jolloin kustannukset on jaettu valtion ja kuntien sekä muiden tahojen menoiksi.

Tarkastelu aloitetaan lyhyellä kuvauksella siitä, miten alkoholiin liittyvien haittojen kustannuksia on laskettu ja miten laskentatavat ovat kehittyneet. Suomessa suoritettavat laskelmat asetetaan samalla kansainväliseen yhteyteen. Seuraavaksi käydään läpi alkoholihaittojen välittömät kustannukset toiminta-alan ja maksavan ta-

hon mukaan Suomessa vuonna 2010. Kustannusten esittelyn jälkeen pohditaan, miten tulisi suhtautua niin kutsuttuihin välillisiin kustannuksiin kuten sairauksista ja kuolemista aiheutuviin tuotannon menetyksiin sekä ennenaikaisen kuoleman takia menetetyin elämän arvoon. Artikkelin lopuksi pohditaan, miten tässä esitetyjä kustannuksia koskevia lukuja tulisi ja voisi käyttää poliittisessa päätöksenteossa.

Alkoholihaittojen kustannusten laskeminen

Poliitikot ja tutkijat ovat jo kauan keskustelleet siitä, miten alkoholihaittojen kustannukset tulisi laskea ja miten laskelmien tuloksia voitaisiin hyödyntää poliittisessa päätöksenteossa (Horverak 2010). Varsin kattavia rahamääräisiä laskelmia alkoholin käytön haitoista ja hyödyistä löytyy jo 1900-luvun ensimmäisiltä vuosikymmeniltä (ks. esim. Dahlgren 1924). Laaja asiaa koskeva keskustelu käytiin Ruotsissa *Tirfing*-lehden palstoilla 1920- ja 1930-lukujen vaihteessa (Österberg 1983). Tähän keskusteluun ottivat osaa muiden mukana myöhemmin Nobelin palkinnon saaneet taloustieteilijät Gunnar Myrdal ja Bertil Ohlin (Myrdal 1930; Ohlin 1930; ks. myös Ohlin 1939). Myrdalin kanta suoritettuihin laskelmiin oli varsin tyyli: senaikaisen Ruotsin vertailu kuvitteelliseen alkoholista vapaaseen Ruotsiin oli vailla mieltä, ellei voitu osoittaa, miten Ruotsi vapautettaisiin alkoholinkäytöstä (Myrdal 1930).

Keskustelu alkoholinkäytön ja alkoholin väärinkäytön kustannuksista nousi pinnalle 1970-luvun loppupuolella, kun laskelmia julkaistiin monisatasivuisina kirjoina niin Yhdysvalloissa kuin Euroopassa (Berry & Boland 1977; Leu & Lutz 1977). Pian tämän jälkeen keskustelu ajankohtaistui uudelleen myös Pohjoismaissa (Köpnisky 1979; Mäkelä & Österberg 1979; Kosonen ym. 1980; Johnson 1983; Johnson 1991).

Kansainvälisesti seuraava aiheeseen liittyvä merkittävä tapahtuma oli Banffissa, Kanadassa vuonna 1994 järjestetty symposiumi, jonka tavoitteena oli saada aikaan yleisesti hyväksytty menetelmä alkoholin ja muiden päihteiden aiheuttamien kustannusten laskemiseksi (Single ym. 1996a). Vuonna 2003 oli päästy jo niin pitkälle, että WHO julkaisi toisen laitoksen ohjeista päihteiden väärinkäytön kustannusten laskemiseksi (Single ym. 2003; katso myös Single ym. 2001).

WHO:n julkaisemia ohjeita on sovellettu ennen muuta Australiassa, Kanadassa ja Yhdysvalloissa, mutta niiden pohjalta on tehty tutkimuksia myös Ruotsissa ja Uudessa Seelannissa (Collins & Lapsey 1996; Single ym. 1996b; Harwood ym. 1999; Collins & Lapsey 2002; Rehm ym. 2006; Johansson ym. 2006; Devlin ym. 1997). Perinteen käynnistäneet tai siihen myöhemmin liittyneet tutkijat ovat viime aikoina siirtäneet painopistettä alkoholin väärinkäytön yhteiskunnallisten kustannusten laskemisesta alkoholin väärinkäytön vältettävissä olevien kustannusten selvittämiseen (Collins ym. 2006; Collins & Lapsey 2008; Rehm ym. 2008).

Vuonna 2010 WHO:n Euroopan aluetoimisto julkaisi raportin, johon oli koottu hyviä käytäntöjä alkoholin väärinkäytöstä aiheutuvien ja vältettävissä olevien kustannusten arvioimiseksi (Møller & Matic 2010). Viimeaikaisista asiaan liittyvistä jul-

kaisuista mainittakoon myös raportti *Alcohol in Europe*, jossa tarkasteltiin alkoholin väärinkäytön haittakustannuksia koskevia tutkimuksia ja niissä raportoituja alkoholin väärinkäytön välittömien ja välillisten kustannusten määriä sekä EU:n jäsenmaissa että eräissä muissa kehittyneissä maissa (Anderson & Baumberg 2006). Alkoholioliittisten toimien kustannuksia ja hyötyjä on tarkasteltu myös EU:n osittain rahoittamissa Building Capacity -hankkeessa sekä SMART-projektissa (Chisholm ym. 2009; Anderson & Baumberg 2010).

Suomessa alkoholinkäytön kustannusten laskenta perustuu ratkaisuihin, jotka tehtiin Alkon johtajiston vuonna 1978 perustamassa alkoholitalousprojektissa (Kasurinen 1980). Näitä laskelmia julkaistiin 1990-luvun alussa sekä Veikko Kasurisen väitöskirjassa että Jukka Salomaan artikkeleissa (Kasurinen 1991; Salomaa 1993; ks. myös Salomaa 1995 & 1996; Hein & Salomaa 1998; Österberg ym. 1998; Hein & Salomaa 1999; Gutjahr & Gmel 2001; Mellin ym. 2006; Jääskeläinen 2012a). Vaikka Suomessa on seurattu kansanvälistä keskustelua alkoholinkäytön kustannusten laskemisesta, kansainväliset suositukset eivät ole juurikaan vaikuttaneet suomalaisen laskentamalliin.

Suomalaisessa alkoholinkäytön kustannusten laskentaperinteessä kustannukset on jaettu välittömiin ja välillisiin. Välittömällä alkoholihaitoista aiheutuneilla kustannuksilla on tarkoitettu tarkastelujakson aikana aiheutuneita todellisia kustannuksia, kuten esimerkiksi alkoholisairauksien hoidosta aiheutuneita menoja. Suomessa alkoholiehtoisten kustannusten laskenta on perustunut alkoholihaittojen määrittelyyn sekä niiden määrien ja raha-arvon selvittämiseen. Alkoholinkäytön aiheuttamiin välillisiin kustannuksiin on luettu menetetyn työpanoksen arvo ja ennenaikaisen kuoleman johdosta menetetyn elämän arvo (Salomaa 1993).

Alkoholinkäytön aiheuttamat haittakustannukset Suomessa vuonna 2010

Alkoholin aiheuttamien haittojen kustannuksista eniten tietoa on saatavissa julkiselle sektorille aiheutuneista menoista. Näitä ovat sosiaaliturvajärjestelmän, terveydenhuollon ja yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon aiheuttamat menot. Kustannuksia kertyy myös alkoholivalvonnasta ja ehkäisevästä päihdetyöstä. Julkisen vallan ohella alkoholin haittakustannuksia aiheutuu myös yksityiselle sektorille ja kotitalouksille sekä alkoholiongelmiaisten hoitomenoina että alkoholin käyttäjien muille ihmisille aiheuttamina menetyksinä. Nämä ovat lähinnä rikoksiin ja onnettomuuksiin liittyvistä vahingoista koituneita yksityisiä menoja ja vakuutusyhtiöiden maksamia korvauksia.

Sosiaaliturvajärjestelmän kustannukset

Sosiaaliturvajärjestelmälle aiheutuneisiin haittakustannuksiin lasketaan lastensuojelun, päihdehuollon, toimeentulotuen, kotipalvelun, työkyvyttömyyseläkkeiden, sairauspäivärahojen ja perhe-eläkkeiden menoja. Useimpien edellä mainittujen kustannusten alkoholiehtoisuudesta ei saada tarkkaa tietoa (ks. esim. luku 15). Tällöin alkoholiehtoisten menojen osuus kustannuserän kokonaismenoista arvioidaan tilastojen ja erillistutkimusten avulla.

Vuonna 2010 sosiaaliturvajärjestelmälle aiheutui arviolta 472 miljoonan euron kustannukset alkoholinkäyttöön liittyvistä haitoista. Tästä sosiaalipalveluille ja toimeentulotukijärjestelmälle aiheutuneet kustannukset olivat 245 miljoonaa euroa sekä eläke- ja sairauspäivärahojen järjestelmille aiheutuneet kustannukset 227 miljoonaa euroa¹ (taulukko 1).

Sosiaalipalvelujen ja toimeentulotuen alkoholihaittakustannuksista suurimman osan maksoivat kunnat (58 %) ja valtio (38 %)². Eläke- ja sairauspäivärahojen alkoholihaittakustannukset lankesivat kuntien (67 %) ja valtion (11 %) ohella myös työnantajien (21 %) maksettaviksi (kuviot 1).

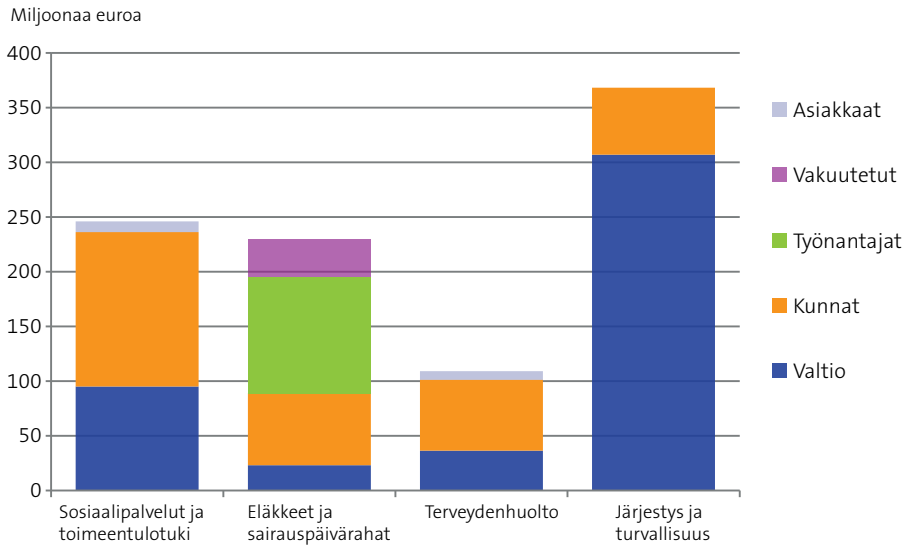
Alkoholihaittojen kustannukset on laskettu samalla laskentamallilla vuosien 2006–2010 osalta. Tänä ajanjaksona asukasta kohti laskettu alkoholin kokonaiskulutus lisääntyi vuoden 2006 10,3 litrasta 10,5 litraan vuonna 2007 ja väheni sen jälkeen 10,0 litraan vuonna 2010 (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011). Näiden vuosien vä-

TAULUKKO 1. Alkoholihaittojen kustannukset pääryhmittäin vuonna 2010, miljoonaa euroa

	Alkoholihaittojen kustannukset, miljoonaa euroa
Päämaksajana julkinen sektori	
Sosiaalipalvelut ja toimeentulotuki	245
Eläkkeet ja sairauspäivärahat	227
Terveystieteidenhuolto	109
Yleinen järjestys ja turvallisuus	368
Muut kustannukset (alkoholivalvonta ja päihdetyö)	12
Päämaksajana yksityinen sektori ja kotitaloudet	
Rikosten vahingot	73
Vakuutuskorvaukset	270
Alkoholihaittakustannukset yhteensä	1 304

¹ Alkuperäisissä laskelmissa haittakustannuksille on useimpien kustannuserien kohdalla laskettu ala- ja yläraja (ks. Jääskeläinen 2012). Selkeyden vuoksi tässä esitetään näiden lukujen keskiarvot.

² Maksajien erittely perustuu THL:n Sosiaalimenot ja rahoitus 2010 -tilastoraporttiin (Tilastoraportti 4/2012. SVT. THL).



Kuvio 1. Alkoholihaittakustannukset maksajan mukaan vuonna 2010, miljoonaa euroa

lillä sosiaalipalvelujen ja toimeentulotuen alkoholihaittakustannukset ovat kasvaneet reaalisesti eli inflaatio huomioon ottaen 21 prosenttia. Tämä johtuu pääasiassa päihdehuollon ja lastensuojelun toimintamenojen kasvusta. Samanaikaisesti eläkkeiden ja sairauspäivärahojen alkoholiin liittyvien haittojen kustannukset ovat vähentyneet reaalisesti noin 3 prosenttia (Jääskeläinen 2012b).

Terveydenhuollon kustannukset

Terveydenhuollolle alkoholista aiheutuneisiin haittakustannuksiin lasketaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhoidon avo- ja vuodeosastohoidon menoja. Somaattisen erikoissairaanhoidon laskennalliset kustannukset saadaan suoraan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen pitämästä Sairaaloiden toiminta ja tuottavuus-tietokannasta. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon sekä perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon kustannukset lasketaan alkoholiehtoisten hoitopäivien ja käyntien määrän perusteella siten, että kustannusten rahallisena arvona käytetään hoitopäivän ja -käynnin keskimääräistä yksikkökustannusta (Hujanen ym. 2008). Perusterveydenhuollon avohoidon alkoholihaittakustannukset lasketaan arvioimalla ensin päihdetapauslaskennan avulla alkoholiehtoisten käyntien osuus kaikista avohoidon käynneistä. Tämän jälkeen avohoidon alkoholiehtoisten käyntien rahamääräiset kustannukset lasketaan käyttämällä hyväksi perusterveydenhuollon keskimääräisiä yksikkökustannuksia (Hujanen ym. 2008).

Vuonna 2010 terveydenhuollolle aiheutui alkoholinkäyttöön liittyvien haitto-

jen hoitamisesta arviolta 109 miljoonan euron kustannukset (taulukko 1). Kunnat (60 %) ja valtio (34 %) maksoivat suurimman osan näistä kustannuksista (kuvio 1).

Vuonna 2010 terveydenhuollon alkoholihaittoihin liittyvät kustannukset olivat reaalisesti noin prosentin verran suuremmat kuin vuonna 2006. Alkoholiehtoisten hoitokasojen määrä oli korkeimmillaan vuosina 2007 ja 2008, jolloin myös haittakustannukset olivat korkeimmillaan. Tämän jälkeen terveydenhuollon haittakustannukset ovat vähentyneet, joskaan ne eivät ole vielä alittaneet vuoden 2006 haittakustannusten tasoa (Jääskeläinen 2012b).

Yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpitoon liittyvät kustannukset

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

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

Vuosina 2006–2010 yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon haittakustannukset ovat vähentyneet reaalisesti 16 prosenttia. Tämä johtuu sekä alkoholiehtoisten rikosten vähenemisestä että pelastustoimen ja tullin toimintamenojen vähenemisestä (Jääskeläinen 2012b).

Muita julkiselle sektorille aiheutuneita kustannuksia

Suomalaisessa alkoholikustannusten laskentaperinteessä alkoholihaittojen aiheuttamina kustannuksina on pidetty myös alkoholihallinnosta ja -valvonnasta sekä ehkäisevästä päihdetyöstä aiheutuvia menoja. Ne ovat toki luonteeltaan erilaisia kuin alkoholin juomisesta seuraavista haitoista aiheutuneet menot.

Alkoholihallinnolla ja -valvonnalla tarkoitetaan tässä Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) ja aluehallintovirastojen suorittamaa alkoholijuomien myynnin valvontaa. Vuonna 2010 alkoholihallinnon ja -valvonnan yhteenlasketut kustannukset olivat noin 5 miljoonaa euroa.

Ehkäisevän päihdetyön kustannuksiin lasketaan Raha-automaattiyhdistyksen alkoholityöhön kohdistamia avustuksia. Vuonna 2010 avustuksia maksettiin lähes 7

miljoonaa euroa. Ehkäisevää päihdetyötä voidaan myös tehdä muun muassa kunnissa budjettivaroin, mutta näiden kustannusten tilastoimiseen ei ole keinoja, minkä vuoksi niitä ei ole voitu ottaa mukaan haitoista aiheutuviin kustannuksiin.

Rikosvahinkojen ja onnettomuuksien kustannukset

Alkoholinkäyttöön liittyvät omaisuus-, väkivalta- ja rattijuopumusrikokset aiheuttavat kustannuksia muun muassa julkiselle terveydenhuollolle, vakuutusyhtiöille ja yksityisille kansalaisille. Rikosten yhteydessä omaisuudelle ja terveydelle aiheutuneiden vahinkojen alkoholiehtoisista kustannuksista ei ole saatavilla tarkkoja tietoja, vaan ne arvioidaan erillistutkimusten perusteella (Hinkkanen 2010).

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

Vakuutusyhtiöille aiheutuu alkoholista johtuvia kustannuksia vakuutuskorvausten muodossa. Alkoholiehtoisien vakuutuskorvausten määrä arvioidaan eri tilastojen ja erillistutkimusten perusteella (Jääskeläinen 2012a). Vuonna 2010 vakuutusyhtiöt maksoivat korvauksia kaiken kaikkiaan 2,4 miljardia euroa. Tästä noin 11 prosenttia eli noin 270 miljoonaa euroa oli alkoholinkäyttöön liittyvien tapaturmien ja onnettomuuksien korvauksia. Näissä laskelmissa ei ole huomioitu asiakkaiden maksamia omavastuuosuuksia.

Yhteenvedo alkoholien aiheuttamien haittojen kustannuksista

Kaiken kaikkiaan alkoholinkäyttöön liittyvien haittakustannusten määrä kohosi vuonna 2010 noin 1,3 miljardiin euroon (taulukko 1). Näistä noin miljardi euroa tuli julkisen sektorin eli valtion ja kuntien maksettavaksi.

Yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpito kattoi julkisen sektorin alkoholihaittoihin liittyvistä kustannuksista lähes 40 prosenttia. Sekä sosiaalipalvelujen ja toimeentulotuen että eläkkeiden ja sairauspäivärahojen osuus nousi noin neljännekseen. Laajasti ottaen sosiaaliturvan piiriin tuli siten noin puolet kaikista alkoholihaittojen julkiselle sektorille aiheuttamista menoista. Terveydenhuollon haittakustannukset olivat noin 10 prosenttia julkisen sektorin alkoholiehtoisista kustannuksista. Terveydenhuollon haittakustannusten jääminen suhteellisen pieneksi saattaa selittyä sillä, että terveydenhuollon rekistereissä esiintyy alkoholiin liittyvien sairauksien aliraportoimista. Toisena selityksenä on työnjako alkoholihaittojen hoidossa. Suomessa po-

liisi hoitaa julkisesti juovuksissa olevat ja sammuneet, jolloin tästä aiheutuvat kustannukset kirjautuvat järjestyksen ja turvallisuuden ylläpitoon. Jos puistoon sammunut juopunut vietäisiin terveyskeskukseen tai selviämisasemalle, tästä aiheutuneet menot kirjautuisivat joko terveydenhuoltoon tai sosiaalipalveluihin.

Vuonna 2010 julkiselle sektorille langenneet alkoholihaittakustannukset olivat reaalisesti noin kaksi prosenttia pienemmät kuin vuonna 2006. Haittakustannukset kuitenkin kasvoivat reaalisesti vuoteen 2009 saakka. Vuonna 2010 ne vähenivät. Eniten ovat vähentyneet yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon alkoholihaittakustannukset. Myös muiden sektoreiden alkoholihaittakustannukset vähenivät, lukuun ottamatta sosiaalipalvelujen ja toimeentulotuen haittakustannuksia, jotka ovat tarkasteluajanjakson aikana lisääntyneet reaalisesti.

Alkoholihaittojen kustannusten määrään ja niissä tapahtuviin muutoksiin vaikuttavat alkoholihaitaksi määritellyn ilmiön yleistymisen tai vähentymisen ja kustannuserien alkoholiehtoisuuden lisääntymisen tai vähenemisen ohella myös muutokset alkoholihaitoiksi määriteltujen ilmiöiden yksikkökustannuksissa. Silloin kun kustannuserien alkoholiehtoisuus on selvitetty erillistutkimusten avulla ja kun tietoja ei ole mahdollista päivittää vuosittain, muutokset haittakustannusten määrässä perustuvat tietyn toiminnon kokonaismenojen vähentymiseen tai lisääntymiseen. Jos esimerkiksi lastensuojelun toimintamenot kasvavat, kasvavat myös niiden alkoholihaittakustannukset, sillä laskennassa on oletuksena, että tietty erillistutkimusten tietoihin perustuva osuus lastensuojelun menoista on alkoholiehtoisia. Myöskään monien haittailmiöiden erillistutkimuksiin perustuvia yksikkökustannuksia ei kyettä päivittämään vuosittain.

Eri vuosien alkoholihaittakustannusten vertailuun tulee siis suhtautua varauksella. Lisäksi eri kustannuserien haittakustannukset pystytään laskemaan hyvinkin erilaisilla tarkkuuksilla riippuen saatavilla olevista tietojen yksityiskohtaisuudesta ja tarkkuudesta. Tämä vaikuttaa kustannuserien keskinäiseen vertailukelpoisuuteen. Esimerkiksi erikoissairaanhoidosta saadaan diagnoosi- ja hoitajaksokohtaisesti lasketut kustannukset, kun taas lastensuojelun haittakustannukset lasketaan arvioimalla erillistutkimusten perusteella alkoholiehtoinen osuus lastensuojelun toimintamenoista. Tämän vuoksi alkoholihaitoista tehdyn kustannuslaskennan antamia summia tulee pitää enemmänkin suuntaa-antavina arvioina alkoholin julkiselle vallalle, valtiolle ja kunnille aiheuttamasta taloudellisesta kuormituksesta kuin tarkkana kustannustietona.³

³ Alkoholihaittojen kustannusten laskemisessa käytettyihin menetelmiin ja tietoihin liittyvät rajoitukset on kuvattu tarkemmin teoksessa Jääskeläinen (2012a).

Alkoholin aiheuttamat välilliset kustannukset

Alkoholinkäytön aiheuttamiin välillisiin kustannuksiin sisältyvä työpanoksen menetyksen arvo oli vuonna 2009 noin 0,6 miljardia euroa (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011). Välillisten kustannusten osalta voidaan kysyä, missä määrin menetetyssä työpanoksessa on kyse muille aiheutuneista kustannuksista, sillä ainakin menetetyt palkat kuluisivat suurimmaksi osaksi palkansaajan omaan kulutukseen. Sen sijaan valtion tai kuntien menettämät verotulot tai työnantajien menettämät voitot voidaan toki tulkita muille kuin alkoholin käyttäjille aiheutuneiksi menetyksiksi.

Toisaalta henkilön kuolema ei johda yhteiskunnan näkökulmasta vain haitallisiin vaikutuksiin. Sikäli kun kuolema vapauttaa valtion tai eläkkeitä maksavat laitokset niiden maksuvelvoitteista, voidaan näin säästyneet varat nähdä niille koituvina hyötyinä. Tässä ei ole kyse moraalisesta tai eettisestä kannanotosta vaan pelkästään taloudenpitoa koskevan laskennan logiikasta.

Menetetyt elämän arvo oli vuodelta 2009 vähintään 2,6 ja enintään 5,3 miljardia euroa (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011). Menetetyt elämän rahallisen arvon vaihtoehtoisena on käytetty sataprosenttisesti invalidisoituneen henkilön laitoshoidon kustannuksia (Salomaa 1993). Laskelmaa ei siis tehdä vainajan, yhteiskunnan tai muiden menettämien todellisten eurojen vaan rahamääräiseksi muunnetun menetetyt elämän arvon perusteella.

Menetetyt elämän arvon laskeminen on ongelmallista siksi, että laskelmat voidaan perustaa moniin erilaisiin menetelmiin, jotka johtavat suuresti poikkeaviin lopputuloksiin. Edellä on jo viitattu siihen, että ennenaikaisen kuoleman vuoksi menetetyt tuotannon arvona voidaan pitää tuotannon bruttoarvoa tai laskea se nettoperiaatteella ottamalla huomioon vain muiden yhteiskunnan jäsenten kohtama menetys. Kokonaan toinen tapa ennenaikaisen kuoleman arvoa laskettaessa on perustaa laskelma siihen, paljonko ihmiset ovat valmiita maksamaan kuoleman riskin vähenemisestä. Tätä voidaan selvittää haastattelu- ja kyselytutkimusten avulla tai tarkastelemalla aiemmin tehtyihin valintoihin liittyviä arvoja, kuten esimerkiksi tuomioistuinten määrittelemiä korvauksia tai sitä, paljonko julkinen valta on investoinut ihmiselämän pelastamiseen tai minkä arvoiseksi ihmiselämä arvioidaan vakuutusyhtiöiden yhteydessä.

Tässä artikkelissa ei esitetä arviota alkoholihaittojen välillisten ja välittömien kustannusten yhteissummasta, koska välillisissä kustannuksissa ei ole kyse todellista menoista ja koska välillisten haittakustannusten arviointi on varsin epävakaa pohjalla. Lisäksi välillisten alkoholihaittakustannusten määrä ylittää useimmissa laskelmissa selvästi välittömien alkoholihaittakustannusten määrän (Anderson & Baumberg 2006). Näin ollen kiistanalaisin osa alkoholihaittojen kokonaiskustannuksista vaikuttaa merkittävästi käsityksiin haittakustannusten määrästä.

Alkoholihaittamenoja koskevien lukujen hyödyntäminen

Tässä esitettyjen laskelmien mukaan julkiselle sektorille aiheutui vuonna 2010 alkoholinkäytön haitallisista vaikutuksista välittömiä menoja noin miljardi euroa. Alkoholihaittojen kustannukset vähenivät vuonna 2010 ensimmäistä kertaa viiteen vuoteen. Vaikka suoraviivaisten johtopäätösten tekeminen on hankalaa haittojen kustannuslaskennan moniulotteisuuden takia, haittakustannusten väheneminen voi osin olla yhteydessä alkoholin kokonaiskulutuksen vähenemiseen vuodesta 2008 vuoteen 2010. Samaan aikaan myös monet alkoholinkäyttöön liittyvät haitat, kuten alkoholiehtoiset rikokset ja terveydenhuollossa hoidettujen alkoholisairauksien määrä, ovat vähentyneet (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011). Muutokset kustannuksissa ovat kuitenkin pieniä ja kehittyvät eri suuntiin menoja aiheuttavista toiminta-alueista riippuen, joten alkoholinkulutuksen ja alkoholihaittojen kustannusten välisen suoran yhteyden arvioinnissa on syytä olla varovainen.

Mitä alkoholihaittojen kustannusten tasosta ja kehityksestä voidaan oppia? Ensimmäinen näkökulma koskee alkoholinkulutuksen sääntelyn ja alkoholikustannusten suhdetta. Alkoholin käytön vähentymisen mahdollisesti aiheuttamat säästöt näkyvät kustannuslaskelmissa viiveellä, koska kaikki laskentavuoteen kohdistuneet menot eivät aiheudu kyseisenä vuonna kulutetusta alkoholista. Esimerkiksi osa vuonna 2010 maksuun tulleista haitoista oli peräisin ennen vuotta 2010 toteutuneesta alkoholinkulutuksesta, kuten alkoholin aiheuttama työkyvyttömyys tai pitkään jatkunut laitoshoido.

Kaiken kaikkiaan arviota alkoholinkulutuksen muutoksen hyödyistä ja haitoista ei tulisi tehdä yleisellä tasolla vaan se olisi tehtävä erikseen kunkin vaihtoehdoisen toimenpiteen osalta (Österberg 2010). Lyhyellä aikavälillä tuskin tapahtuisi vaikkapa kymmenen prosentin vähenemistä alkoholin kokonaiskulutuksessa ilman valtiovallan toimia. Tällaiset toimet johtaisivat myös moniin muihin muutoksiin alkoholihaittojen ja -kustannusten vähenemisen lisäksi. On selvää, että alkoholihaittojen vähenemisen edellyttämä kokonaiskulutuksen väheneminen vaikuttaisi ainakin alkoholijuomien myyntiin ja valmistukseen, ja muut vaikutukset olisivat kovin erilaiset riippuen siitä, mitä keinoja alkoholinkulutuksen vähentämiseksi käytettäisiin. Kymmenen prosentin lasku alkoholin kokonaiskulutuksessa olisi saavutettavissa esimerkiksi alkoholiverojen huomattavalla korottamisella tai kieltämällä yli 3,5 prosenttia alkoholia sisältävän oluen, siiderien ja long drink -juomien myynti päivittäistavara-kaupoissa.

Alkoholihaittojen aiheuttamien kustannusten merkitys alkoholipoliittisten toimenpiteiden vaikutuksien arvioinnissa voidaan kuitenkin kyseenalaistaa. Alkoholihaittojen julkiselle sektorille aiheuttamat kustannukset kertovat toki alkoholioloista ja niiden muutoksista samassa mielessä kuin alkoholisairauksiin kuolleiden määrä ja sen muutos. Alkoholikustannusten suuruus tai pienuus euroissa mitattuna samoin kuin alkoholisairauksiin kuolleiden määrä tai näiden kuolemien vuoksi menetetyt elinvuodet eivät nekään vielä kerro, pitäisikö jotakin tehdä, ja jos pitäisi, niin mitä.

Ne kertovat ainoastaan sen, mikä tilanne on nyt ja mihin suuntaan mahdollisesti ollaan menossa. Päätös vaikuttamisen suunnasta on poliittinen, kun taas keinojen valinnassa voidaan turvautua myös asiantuntijoihin.

Toinen tapa lähestyä laskelmaa julkisen vallan alkoholimenoista on kysymys kustannusten oikeudenmukaisesta jakautumisesta maksajien kesken. Olennaista on muistaa, että julkisten menojen suuruus ja kohdentaminen ovat poliittisia päätöksiä. Alkoholinkäytöstä aiheutuvien julkisten menojen vähentäminen kävisi helpoiten päättämällä, että valtio tai kunnat eivät osallistu tiettyjen toimintojen, kuten esimerkiksi alkoholistien hoitomenojen kattamiseen. Valtion ja kuntien kustannusten vähentäminen ei kuitenkaan poistaisi alkoholismia ja alkoholin haitallisia seurauksia yhteiskunnasta. Alkoholistit joko jäisivät ilman hoitoa tai sitten alkoholistien hoidon maksaja vaihtuisi.

Tämän artikkelin lähtökohta oli, että valtion ja kuntien maksamia alkoholihaittoihin liittyviä kustannuksia voidaan pitää lähinnä veronmaksajien maksamina. Täytyy kuitenkin muistaa, että myös alkoholinkäyttäjät ovat veronmaksajia ja Suomessa veroja kerätään myös alkoholijuomiin erityisesti kohdistetuilla valmisteveroilla. Vuonna 2010 alkoholijuomien valmisteveroja kerättiin Suomessa yhteensä 1,3 miljardia euroa (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011). Tämä ei tietenkään kerro, että alkoholinkäytön hyödyt ovat suuremmat kuin sen aiheuttamat haitat. Hyvinvointieettisestä näkökulmasta pelkät kustannus- ja tulolaskelmat eivät ole kestävä perusta yhteiskuntapoliittisessa päätöksenteossa.

Mitä opimme?

- ▶ Alkoholinkäyttöön liittyvien haittojen kustannukset olivat vuonna 2010 noin 1,3 miljardia euroa, josta julkisen sektorin maksettavaksi lankesi noin miljardi euroa. Vertailun vuoksi mainittakoon, että valtion budjettiesityksen loppusumma vuodelle 2010 oli 50 miljardia euroa.
- ▶ Sosiaaliturvan piiriin kuuluvat haittakustannukset muodostivat noin puolet julkisen sektorin alkoholihaittakustannuksista, yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpito kattoi lähes 40 prosenttia ja terveydenhuolto noin 10 prosenttia.
- ▶ Alkoholiin liittyvien haittojen kustannuserien ja eri vuosien väliseen vertailuun tulee suhtautua varauksella. Haittakustannuksia tulee pitää suuntaa-antavina arvioina alkoholinkäytön julkiselle sektorille aiheuttamasta taloudellisesta kuormituksesta.
- ▶ Alkoholihaittoihin liittyvät kustannuslaskelmat kertovat alkoholioloista ja niiden muutoksesta, mutta eivät sellaisenaan sovi alkoholipoliittisten toimenpiteiden vaikutusten arviointiin.
- ▶ Suomalaisessa alkoholihaittojen kustannusten laskennan perinteessä on keskitetty alkoholihaittoista aiheutuvien euromääräisten menojen laskeamiseen. Kansainvälisessä perinteessä alkoholin aiheuttaman kuolleisuuden ja sairastavuuden aiheuttamien taloudellisten menetysten laskemisella on suomalaista perinnettä selvästi suurempi painoarvo.

Lähteet

- Anderson, Peter & Baumberg, Ben (2006) Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies.
- Anderson, Peter & Baumberg, Ben (2010) Cost benefit analyses of alcohol policy – A Primer. Final report prepared for the project Standardizing Measurement of Alcohol-Related Troubles – SMART. Warsaw: Institute of Psychiatry and Neurology.
- Berry, Robert Jr. & Boland, James (1977) The economic cost of alcohol abuse. New York: Free press.
- Chisholm, Dan & Rehm, Jürgen & Frick, Ulrich & Anderson, Peter (2009) Alcohol policy cost-effectiveness briefing notes for 22 European Countries. Available at: <http://www.ias.org.uk/buildingcapacity/resources/briefing-notes/cp-allcountries.pdf>.
- Collins, David & Lapsley, Helen (1996) The social costs of drug abuse in Australia in 1988 and 1992. Canberra: Commonwealth Department of Human Services and Health.
- Collins, David & Lapsley, Helen (2002) Counting the cost: Estimates of the social costs of drug abuse in Australia in 1998–9. Canberra: Commonwealth Department of Health and Ageing.
- Collins, David & Lapsley, Helen (2008) The avoidable costs of alcohol abuse in Australia and the potential benefits of effective policies to reduce the social costs of alcohol. Canberra: Commonwealth Department of Health and Ageing.
- Collins, David & Lapsley, Helen & Brochu, Serge & Easton, Brian & Pérez-Gómez, Augusto & Rehm, Jürgen & Single, Eric (2006) International guidelines for the estimation of the avoidable costs of substance abuse. Ottawa: Health Canada.
- Dahlgren, Thorild (1924) Alkoholens nationalekonomiska och statsfinansiella verkningar. Teoksessa *Handbok i alkoholfrågan*. Stockholm.
- Devlin, Nancy & Schuffham, Paul & Bunt, Lorna (1997) The social costs of alcohol abuse in New Zealand. *Addiction* 92(11), 1491–1505.
- Gutjahr, Elisabeth & Gmel, Gerhard (2001) The social cost of alcohol consumption. Teoksessa Harald Klingemann & Gerhard Gmel (eds.) *Mapping the social consequences of alcohol consumption*. Great Britain: Kluwer Academic Publishers.
- Harwood, Henrick & Fountain, Douglas & Livermore, Gina (1999) The economic costs of alcohol and drug abuse in the United States – 1992. Washington: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institute on Drug Abuse.
- Hein, Ritva & Salomaa Jukka (1998) Päihtymisen käytön haittakustannukset vuosina 1994–1995. *Alkoholi ja huumeet*. Helsinki: Stakes.
- Hein, Ritva & Salomaa Jukka (1999) What are the costs of substance abuse? Alcohol and drugs. *Alcologia* 11(3), 135–143.
- Hinkkanen, Ville (2010) Rikollisuuden kustannukset. Teoksessa *Rikollisuustilanne 2009 – Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa*. Helsinki: Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 250/2010.
- Hujanen, Timo & Kapiainen, Satu & Tuominen, Ulla & Pekurinen, Markku (2008) *Terveystieteiden yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2006*. Työpapereita 3/2008. Helsinki: Stakes.
- Horverak, Øyvind (2010) Alcohol and economics. Research, politics or industry? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 27(4), 305–326.
- Johansson, Pia & Jarl, Johan & Eriksson, Antonina & Gerdtham, Ulf-G & Hemström, Örjan & Hradilova Selin, Klara & Lenke, Leif & Ramstedt, Mats & Room, Robin (2006) The social costs of alcohol in Sweden 2002. Research report 36. Stockholm: SoRAD.
- Johnson, Anders (1983) *50 miljarder kostar supen*. Stockholm: Sober förlag.
- Johnson, Anders (1991) *100 miljarder kostar supen*. Stockholm: Sober förlag.
- Jääskeläinen, Marke (2012a) *Päihdehaittakustannuslaskennan menetelmät*. Esimerkinä vuoden 2010 päihdehaittakustannuslaskenta. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 5/2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (verkkojulkaisu). <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-742-4>
- Jääskeläinen, Marke (2012b) *Päihdehaittakustannukset 2010*. Tilastoraportti 11/2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (verkkojulkaisu). <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2012121110281>
- Kasurinen, Veikko (1980) Alkoholin käyttöön liittyvät haittakustannukset vuonna 1978. *Alkoholipolitiikka*, 45(5), 187–94.

- Kasurinen, Veikko (1991) Yrityksen yhteiskunnallisen laskentatoimen mittaamiskokeilu. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Kosonen, Pekka & Partanen, Juha & Österberg, Esa (1980) Alkoholikustannusten laskennan logiikka ja ongelmat. *Alkoholipoliittika* 45(5), 115–126.
- Köpniewsky, Sten (1979) Thoughts on the social cost of alcohol consumption: its objectives and methodological improvement. *Toxicomanies* 12, 285–291.
- Leu, Robert & Lutz P (1977) Economic aspects of alcohol consumption in Switzerland. Zürich: Schulthess.
- Mellin, Nina & Vihmo, Jouni & Österberg, Esa (2006) Alkoholihaittojen yhteiskunnalliset kustannukset Suomessa vuonna 2003. Raportteja 10/2006. Helsinki: Stakes.
- Myrdal, Gunnar (1930) Alkoholens vinst- och förlustkonto. *Tirfing*, 24(4), 106–109.
- Mäkelä, Klaus & Österberg, Esa (1979) Notes on analysing economic costs of alcohol use. *The Drinking and Drug Practices Surveyor*, no. 14.
- Møller, Lars & Srdan, Matic (2010) Best practice in estimating the costs of alcohol - Recommendations for future studies. WHO.
- Ohlin, Bertil (1930) Nationalekonomiska synpunkter på alkoholfrågan. *Tirfing* 24(4), 97–105.
- Ohlin, Bertil (1939) Nationalekonomiska synpunkter på alkoholfrågan. Stockholm: Blå boken, 16:e årg.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2011. Alkoholi ja huumeet. Helsinki: THL, SVT. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085274>
- Rehm, Jürgen & Baliunas, Dolly & Brochu, Serge & Fischer, Benedikt & Gnam, William & Patra, Jayadeep & Popova, Svetlana & Sarnocinska-Hart, Anna & Taylor, B (2006) The costs of substance abuse in Canada 2002. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA).
- Rehm, Jürgen & Gnam, William & Popova, Svetlana & Patra, Jayadeep & Sarnocinska-Hart, Anna (2008) Avoidable cost of alcohol abuse in Canada 2002. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.
- Salomaa, Jukka (1993) Alkoholin käytön haittakustannukset ja verotaso Suomessa. Tutkimuseloste, Alko no 22.
- Salomaa, Jukka (1995) The costs of detrimental effects of alcohol abuse have grown faster than alcohol consumption in Finland. *Addiction* 90(4), 525–537.
- Salomaa, Jukka (1996) Huumausaineiden aiheuttamat haittakustannukset Suomessa vuonna 1994. Helsinki: Stakes.
- Single, Eric & Collins, David & Easton, Brian & Harwood, Henrick & Lapsley, Helen & Kopp, Pierre & Wilson, Ernesto (2001) International guidelines for estimating the costs of substance abuse, Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Single, Eric & Collins, David & Easton, Brian & Harwood, Henrick & Lapsley, Helen & Kopp, Pierre & Wilson, Ernesto (2003) International guidelines for estimating the costs of substance abuse, Second edition. Switzerland: World Health Organization.
- Single, Eric & Collins, David & Easton, Brian & Harwood, Henrick & Lapsley, Helen & Maynard, Alan (1996a) International guidelines on estimating the costs of substance abuse. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Single, Eric & Robson, Lynda & Rehm, Jürgen & Xie, Xiaodi (1996b) The costs of substance abuse in Canada. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Österberg, Esa (1983) Calculating the costs of alcohol: The Scandinavian experience. Teoksessa Marcus Grant & Martin Plant & Alan Williams (eds.) *Economics and alcohol*. New York: Gardner Press.
- Österberg, Esa (2010) What to do to and with cost calculations? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 27(4)347–352.
- Österberg, Esa & Kajalo, Sami & Leppänen, Kallervo & Niilola, Kari & Rauhanen, Timo & Salomaa, Jukka & Voipio, Iikko B. (1998) Alkoholijuomien hintatason alenemisen yhteiskunnalliset vaikutukset. Arviot Suomen alkoholioloista vuonna 2004 kolmen erilaisen alkoholiveron alentamisvaihtoehdon mukaan. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja No. 8. Helsinki: Oy Edita Ab.

17 Suomen investoinnit huumehaittojen torjuntaan ja hoitoon vuonna 2010

Kansainvälisten huumesopimuksien mukaisesti huumausaineet ovat Suomessa kiellettyjä. Kiellosta säädetään rikoslain 50. luvussa. Lain mukaan lähes kaikki huumausaineisiin liittyvä toiminta on rangaistavaa. Huumausaineiden käyttö on kuulunut rangaistusten piiriin vuodesta 1966 lähtien. Vaikka huumausaineiden kieltoa on valvottu tiukasti ja vähäsiinkin rikkomuksiin on puututtu ankarasti, se ei ole estänyt huumeiden käytön leviämistä (Kinnunen 2008; Kainulainen 2009). Vuoden 2010 väestökyselyn mukaan jotain laitonta huumausainetta oli joskus elämässään kokeillut 17 prosenttia suomalaisista ja viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitäkin oli viisi prosenttia väestöstä (Metso ym. 2012). Huumausaineiden ongelmakäyttäjää arvioitiin vuonna 2005 olevan 14 500–19 100 (Partanen ym. 2007). Huumausaineiden käytön lisääntyminen johti 1990-luvulla huumausainepolitiikan uudelleen arviointiin ja huumeongelmien torjunnassa alkoi painottua ennaltaehkäisy, hoito ja haittojen vähentäminen (Hakkarainen ym. 2007).

Huumevalvonta vaatii rahaa ja henkilötyövoimaa esimerkiksi poliisin, oikeuslaitoksen ja vankilalaitoksen budjetteihin. Kustannuksia syntyy myös hoidosta ja muista terveystalouksista, sosiaalihuollon toimenpiteistä ja monenkirjavasta ehkäisevästä työstä. Tässä artikkelissa luodaan katsaus julkisiin huumeiden aiheuttamien haittojen kustannuksiin Suomessa. Pohjana käytetään vuoden 2010 lukuja, jotka kuvaavat rikosvalvonnan, sosiaalihuollon ja terveydenhuollon huumemenoja. Kysymys on siis yhteiskunnalle ja veronmaksajille koituvasta taloudellisesta rasitteesta. Tätä voisi kutsua veronmaksajan ja budjetinvarojen näkökulmaksi.

Yhteiskunnan panostusta huumehaittojen ehkäisyyn ja hoitoon ei kuitenkaan pidä nähdä ainoastaan kustannuskysymyksenä. Pikemminkin se voidaan määritellä niin sanotuksi sosiaalisesti investoinniksi, jolla pyritään edistämään kansalaisten integroitumista ja hyvinvointia (Sipilä 2011). Sosiaali- ja terveysministeriön strategiaohjelmassa ”Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020” sosiaali- ja terveyspoliittisilla investoinneilla tavoitellaan yhteiskuntaa, joka

1. kohtelee kaikkia jäseniään yhdenvertaisesti
2. vahvistaa osallisuutta ja yhteisöllisyyttä
3. tukee terveyttä ja toimintakykyä
4. antaa tarvittavan turvan ja palvelut (STM 2011, 4).

Huumeiden käyttäjät, vaikka ovatkin lainrikkokijia, lukeutuvat yhteiskunnan jäseniin ja siten tämän ohjelman piiriin.

Puhe huumeiden käytön kustannuksista yhteiskunnalle on ongelmallista myös siksi, että laskennassa on mahdotonta erotella huumeiden käytön aiheuttamien haittojen vaikutusta ja yhteiskunnan huumeepoliittisten valintojen aiheuttamia kustannuksia toisistaan (Babor ym. 2010, 59). Esimerkiksi suuri osa lainvalvonnan kustannuksista palautuu viime kädessä siihen, että huumeet on poliittisessa päätöksenteossa määritelty laittomiksi ja yhteiskunnan on tästä johtuen ylläpidettävä jonkinlaista rikosoikeudellista valmiutta puuttua laittomaan toimintaan. Tämän valmiuden taso eli nämä kustannukset riippuvat ennen kaikkea siitä, millaisia valintoja viranomaiset, kuten poliisi ja oikeuslaitos tekevät. Vaikka äkkiseltään voisi ajatella, että hoitoalalla kustannusten ja huumeiden käytön aiheuttamien haittojen suhde olisi selkeämpi ja suoraviivaisempi, niin ongelmia on sielläkin. Kaikki hoitoa haluavat huumeiden käyttäjät eivät esimerkiksi pääse asianmukaiseen hoitoon. Näin ollen hoitojärjestelmän kustannuksissakin on viime kädessä kysymys siitä, kuinka paljon kunnat ja valtio ovat valmiita siihen investoimaan. Päihdepalveluista käytävässä keskustelussa muun muassa kuntien maksuhaluttomuus on jatkuvan kritiikin kohde. Kuntapuolelta saatetaan puolestaan jo alkuvuodesta todeta, että kuluvan vuoden määrärahat on jo käytetty loppuun.

Julkiset investoinnit huumehaittojen torjuntaan ja hoitoon

Investoinnit huumeiden käytön haittojen torjuntaan ja hoitoon rasittavat julkista sektoria monella tavalla. Tässä artikkelissa tarkastellaan julkisen sektorin eli valtion ja kuntien huumehaittakustannusten jakautumista: miten paljon huumeiden käyttöä aiheutuneiden haittojen lievittämiseen, hoitoon ja torjuntaan kulutettiin julkisen sektorin ja siten veronmaksajien varoja vuonna 2010? Tässä käsitellään vain yleisen turvallisuuden ja järjestyksen ylläpidolle, sosiaaliturvajärjestelmälle sekä terveydenhuollolle aiheutuneita haittakustannuksia. Ehkäisevään päihdetyöhön kohdistetut panostukset jäävät siten tarkastelun ulkopuolelle. Samoin ulkopuolelle jäävät sellaiset julkisen sektorin kustannukset, joita ei tilastoilla tai erillistutkimuksilla tavoiteta, esimerkiksi lastensuojelun avohoidon kulut ja osa huumeisiin liittyvien tapaturmien ja vammojen terveydenhuoltokuluista. Tarkastelun ulkopuolelle jäävät myös kokonaan yksityishenkilöille, vakuutusyhtiöille tai työnantajille aiheutuneet haittakustannukset, esimerkiksi huumeiden käyttöön liittyvistä omaisuusrikoksista aiheutuneet vahingot ja niiden kustannukset tai työnantajille aiheutuneiden sairauspoissaolojen kustannukset.

Haittakustannusten laskennassa käytetyt menetelmät ovat valtion ja kuntasektorin budjettien analysointi, erilaisten tilastojen ja rekisterien käyttö sekä ministeriöiden ja eri viranomaisten toimintakertomuksien läpikäyminen. Laskelmien tekoon on tarvittu myös erillistutkimuksia ja asiantuntijalausuntoja. Päihdehaittakustannusten

laskennan tietolähteet ja menetelmät sekä niiden rajoitukset on kuvattu tarkemmin raportissa Päihdehaittakustannuslaskennan menetelmät (Jääskeläinen 2012).

Yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon huume-ehtoiset kustannukset

Julkisen sektorin huume-kustannuksista suurin osa kohdistuu yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpitoon. Näihin luetaan poliisille, pelastustoimelle ja vankiloille sekä oikeuslaitokselle huumetorjunnasta ja huumeongelmien käsittelystä koituneet menot. Huume-ehtoinen osuus arvioidaan erillistutkimuksien avulla, sillä perustilastoista ei saada eriteltyjä tietoja huumemenoista. Kustannusten rahallisen arvon perustana käytetään kunkin laitoksen vuoden 2010 kokonaismenoja. Taulukossa 1 on esitetty yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidolle vuonna 2010 huumehaitoista aiheutuneet kustannukset ja kunkin erän kokonaismenot.

Poliisin kokonaismenot vuonna 2010 olivat 664 miljoonaa euroa. Poliisin menoihin sisältyy muustakin kuin rikollisuuskontrollista aiheutuvia menoja, sillä muun muassa lupahallinnosta aiheutuu menoja. Haittakustannuslaskelmissa otetaan huomioon vain rikostorjunnasta aiheutuvat menot, jotka ovat noin 92 prosenttia poliisin kokonaismenoista (Jääskeläinen 2012). Poliisin huume-ehtoiset kustannukset arvioidaan Tilastokeskuksen Poliisin tietoon tullut rikollisuus -tilaston avulla, ja siitä saadaan tiedot rikokseen syylliseksi epäiltyjen päihtyneisyydestä (vrt. Mellin ym. 2006, 36). Tällöin oletetaan, että epäily rikokseen syyllistymisestä aiheuttaa poliisille työtä ja siten myös kustannuksia. Merkitystä ei ole sillä, todetaanko henkilö myöhemmin syylliseksi vai ei, koska poliisi joutuu rikosta epäillessään suorittamaan esitutkinnan. Vuonna 2010 syylliseksi epäillyistä muiden päihteiden kuin alkoholin vaikutuksen alaisena oli noin seitsemän prosenttia epäillyistä. Huumeiden vaikutuksen alaisten osuutta käytetään poliisille aiheutuneiden haittakustannusten huume-ehtoisuutena. Näin laskien poliisin huume-ehtoiset haittakustannukset olivat noin 44 miljoonaa euroa vuonna 2010.

Poliisin lisäksi myös tullille aiheutuu kustannuksia rikostorjunnasta. Tullin kokonaismenot vuonna 2010 olivat 150 miljoonaa euroa, joista arviolta 40 prosenttia eli 60 miljoonaa euroa kului rikostorjuntaan. Tullin tietoon tulleista tullirikoksista noin 18 prosenttia oli humerikoksia. Tätä osuutta käytetään tullille aiheutuneiden haittakustannusten huume-ehtoisuutena. Tullin huume-ehtoiset haittakustannukset olivat näin ollen noin 11 miljoonaa euroa.

Pelastustoimen kokonaiskustannukset eli valtion ja kuntien kustannukset yhteensä olivat vuonna 2010 noin 427 miljoonaa euroa. Huumeiden käyttöön liittyvien pelastustehtävien osuus kaikista pelastustehtävistä arvioidaan erillistutkimusten avulla. Haittakustannuslaskelmassa oletetaan, että huume-ehtoisia haittakustannuksia aiheuttavia pelastustehtäviä ovat tulipalot, sairaankuljetukset, ensivastetehtävät ja liikenneonnettomuudet (vrt. Mellin ym. 2006, 36–37). Erillistutkimusten (Kokki ym. 2008, 61; Rahikainen 1998) perusteella huumeiden käyttöön liittyvien tehtävien

osuus on noin viisi prosenttia, ja tätä käytetään pelastustoimen kustannusten huume-ehtoisuutena. Vuonna 2010 pelastustoimelle aiheutuneet huume-ehtoiset haittakustannukset voidaan arvioida noin 22 miljoonan euron suuruisiksi.

Vankeinhoidon kokonaiskustannukset olivat 216 miljoonaa euroa vuonna 2010. Vankeinhoidon kustannusten huume-ehtoinen osuus arvioidaan yhdistämällä kaksi eri tilastoa: Rikosseuraamuslaitoksen tilasto vankeusrangaistustaan suorittavien päärikoksesta ja Tilastokeskuksen Poliisin tietoon tullut rikollisuus -tilaston tiedot rikokseen syylliseksi epäiltyjen päihtyneisyydestä rikoksenteon aikana. Tällöin oletuksena on, ettei rikosta olisi tehty ilman päihteen vaikutusta. Rikosseuraamuslaitoksen tilastosta saadaan vankiloissa olevien vankien määrä päärikoksen mukaan. Jokaisen päärikoksen kohdalla lasketaan Poliisin tietoon tullut rikollisuus -tilaston perusteella huumeiden vaikutuksen alaisena rikoksenteon aikana olleiden määrät, lukuun ottamatta huumerikoksia, jotka otetaan kokonaisuudessaan mukaan huume-ehtoisen osuuden laskentaan. Lopuksi lasketaan huumeiden vaikutuksen alaisena rikoksen tehneiden ja huumerikoksen tehneiden yhteenlaskettu osuus kaikista vangeista. Näin laskien vankeinhoidon kustannusten huume-ehtoisuudeksi arvioidaan 21 prosenttia. Siten vankeinhoidon huume-ehtoisten kustannusten arvioidaan olleen noin 45 miljoonaa euroa vuonna 2010.

Oikeuslaitoksen kokonaismenot olivat 342 miljoonaa euroa vuonna 2010. Oikeuslaitoksen huume-ehtoiset kustannukset lasketaan arvioimalla ensin rikostapausten osuus kunkin oikeusasteen työmäärästä ja sen jälkeen arvioimalla huume-ehtoisten tapausten osuus rikostapauksista. Rikostapausten osuus eri oikeusasteiden työmäärästä vaihtelee noin 40 prosentista 80 prosenttiin. Syyttäjän työmäärästä kaikki tapaukset ovat rikostapauksia. Rikostapausten huume-ehtoisuus arvioidaan Poliisin tietoon tullut rikollisuus -tilaston avulla. Sen mukaan vuonna 2010 kaikista rikokseen syylliseksi epäillyistä noin seitsemän prosenttia oli muun päihteen kuin alkoholin vaikutuksen alaisena rikoksen aikana. Tätä osuutta käytetään oikeuslaitoksen kohtaamien rikostapausten kustannusten huume-ehtoisuutena. Näin laskien oikeuslaitoksen huume-ehtoiset kustannukset olivat noin 11 miljoonaa euroa.

Kaiken kaikkiaan vuonna 2010 huumeiden käyttöön liittyvien haittojen torjunta aiheutti yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidolle noin 134 miljoonan euron kustannukset. Pelkästään lainvalvonnan haittakustannukset olivat tästä noin 110 miljoonaa euroa. Laskelma todennäköisesti aliarvioi huumeiden käyttöön liittyvien haittakustannusten todellista määrää, sillä muun muassa poliisin huume-ehtoiset haittakustannukset on laskettu rikoksen teon aikana päihtyneenä olleiden määrän mukaan. Päihtyneisyyden arviointi perustuu poliisin kentällä tekemään arvioon, jolloin osa huumeetapauksista voi jäädä tilastoimatta. Lisäksi huumeiden käyttöön liittyviä rikoksia tehtäneiden myös selvin päin, kuten omaisuusrikoksia huumeiden käytön rahoittamiseksi, mutta laskelmassa ei ole keinoa näiden rikosten huomioimiseen (ks. myös Jääskeläinen 2012).

Taulukko 1. Järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon kokonaismenot ja huume-ehtoiset kustannukset vuonna 2010, miljoonaa euroa

	Kokonaismenot, milj. euroa	Huume-ehtoiset kustannukset (keskiarvo), milj. euroa
Poliisi	664,4	44,0
Tulli	149,6	10,8
Pelastustoimi	426,9	22,2
Vankeinhoito	215,7	45,3
Oikeuslaitos	341,7	11,2
Kustannukset yhteensä		133,5

Sosiaaliturvajärjestelmän huume-ehtoiset kustannukset

Sosiaaliturvajärjestelmän haittakustannuksiin lasketaan lastensuojelun laitos- ja perhehoidon, päihdehuollon, kotipalvelun, toimeentulotuen sekä työkyvyttömyyseläkkeiden ja sairauspäivärahojen kustannuksia.

Useimpien edellä mainittujen kustannusten huume-ehtoisuudesta ei saada tarkkaa tietoa, vaan se arvioidaan erillistutkimusten perusteella. Tällöin kustannuserän kokonaismenoista lasketaan huume-ehtoinen osuus tutkimuksen antamien tietojen avulla. Taulukossa 2 on esitetty vuoden 2010 sosiaaliturvajärjestelmälle aiheutuneet huume-ehtoiset kustannukset ja kunkin erän kokonaismenot.

Lastensuojelun laitoshoidon, ammatillisen perhehoidon ja sijaisperhehoidon kustannusten huume-ehtoisuus arvioidaan erillistutkimusten perusteella. Johanna Hiitolan (2008) Pirkanmaan seudulla vuonna 2006 huostaan otettuja lapsia koskevan tutkimuksen mukaan huostaanottoon johtaneena pääasiallisena syynä oli vanhempien tai lapsen päihteiden käyttö kaikkiaan noin 24 prosentissa kaikista huostaanotoista. Päihdetapauksista noin viidennes (21 %) liittyi vanhempien tai lapsen huumeiden käyttöön (mt.). Myös Tarja Heino (2007) on omassa tutkimuksessaan päätenyt lähes samanlaisiin lukuihin.

Sen sijaan Annina Myllärniemen (2006) pääkaupunkiseutua koskevan tutkimuksen mukaan huostaanoton tarpeen aiheuttaneena tekijänä oli vanhemman tai huoltajan tai lapsen oma päihteiden käyttö yhteensä 35 prosentissa tapauksista vuonna 2004. Myllärniemen (2006) tutkimuksen suurempi luku Heinon (2007) ja Hiitolan (2008) tutkimuksiin verrattuna voi johtua siitä, että pääkaupunkiseudulla päihkeitä väärinkäyttäviä vanhempia on enemmän kuin muualla maassa. Koska Hiitolan ja Heinon tutkimukset saattavat edustaa paremmin koko maan tilannetta, käytetään haittakustannuslaskennassa lastensuojelun kustannusten päihde-ehtoisuutena 24 prosenttia ja huumeiden osuuden arvioidaan olevan 21 prosenttia kaikista päihdetapauksista. Vuonna 2010 lastensuojelun kokonaiskustannukset olivat noin 610 miljoonaa euroa, ja tästä huume-ehtoiset kustannukset olivat edellä kuvatulla tavalla las- kien noin 31 miljoonaa euroa.

Päihdehuollon kokonaismenot olivat 160 miljoonaa euroa vuonna 2010. Päihdehuollon huume-ehtoiset haittakustannukset arvioidaan päihdetapauslaskennan perusteella¹, sillä tilastoista ei saa eriteltyä tietoa siitä, miten päihdehuollon kustannukset jakautuvat alkoholi- ja huumeongelmaisten hoidon kesken. Vuotta 2007 koskevan päihdetapauslaskennan perusteella päihdehuollon palveluissa oli huume-ehtoisia käyntejä 10–21 prosenttia kaikista käynneistä (Petri Huhtanen/THL, henkilökohtainen tiedonanto 16.1.2009). Tätä osuutta käytetään arvioitaessa huumeiden käyttäjien hoidon osuutta päihdehuollon menoista. Päihdehuollon huume-ehtoiset kustannukset olivat vuonna 2010 näin laskien 16–33 miljoonaa euroa eli keskimäärin 24 miljoonaa euroa.

Kotipalvelun kokonaismenot olivat noin 610 miljoonaa euroa vuonna 2010. Kotipalvelun huume-ehtoisista kustannuksista ei ole tilastotietoja, joten päihde-ehtoisuus arvioidaan muiden tietojen perusteella. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) suorittamasta kotihoidon laskennasta saadaan tieto kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden päihdeongelmasta. Kotihoidon laskenta tarkoittaa THL:n tiedonkeruuta kotihoidon palvelujen piirissä olevista asiakkaista ja heidän saamistaan palveluista kunkin vuoden marraskuun viimeisen päivän tilanteen mukaan. Kotihoidon laskennan mukaan päihdeongelma oli kotipalvelujen piiriin kuulumisen syynä 1,1 prosentilla asiakkaista (Kotihoidon laskenta 2011). Tätä voidaan pitää kotipalvelun päihde-ehtoisuutena. Tästä arvioidaan huume-ehtoinen osuus päihdetapauslaskennan perusteella. Vuoden 2007 päihdetapauslaskennan mukaan kotipalvelun piirissä olleista, päihteitä käyttäneistä asiakkaista 4–6 prosenttia oli käyttänyt huumeita. Näin laskien kotipalvelun huume-ehtoisten kustannusten arvioidaan olleen noin 270 000–400 000 euroa eli keskimäärin 330 000 euroa vuonna 2010.

Toimeentulotuen kokonaismenot olivat noin 600 miljoonaa euroa vuonna 2010. Erillistutkimusten mukaan (Kaakinen ym. 2007; Koivisto 2007; Toimeentulotuki 2004) noin kolmella prosentilla toimeentulotuen hakijoista on päihdeongelma tuen tarpeen taustatekijänä. Päihdetapauslaskennan avulla voidaan arvioida huumeita käyttäneiden osuus kaikista toimeentuloturvaa hakeneista sosiaalitoimistojen päihdeasiakkaista. Vuoden 2007 päihdetapauslaskennan mukaan tämä oli 11–19 prosenttia, ja näitä osuuksia käytetään toimeentulotuen huume-ehtoisuutena. Toimeentulotuen huume-ehtoisten kustannusten arvioidaan olleen 2,0–3,4 miljoonaa euroa eli keskimäärin 3 miljoonaa euroa vuonna 2010.

Huume-ehtoisten työkyvyttömyyseläkkeiden kustannukset saadaan Kelan ja Eläketurvakeskuksen rekistereistä. Työkyvyttömyyseläkkeiden tiedot tilastoidaan ICD-10-tautiluokitusjärjestelmän avulla. Niiden työkyvyttömyyseläkkeiden kustannukset, joissa huumeiden käyttöön liittyvä sairaus oli päädiagnoosina², olivat 2,9 mil-

1 THL:n joka neljäs vuosi toteuttamassa päihdetapauslaskennassa kirjataan kaikki päihde-ehtoiset asiointit sosiaali- ja terveystieteiden palveluissa (lukuun ottamatta lasten päivähoitoa) yhden vuorokauden aikana.

2 ICD-10-tautiluokituksen diagnoosit: F11–F16, F18–F19, F55, R78, T39, T40, T42, T43, T50, T52. ICD-9-diagnoosit: 292, 304, 305, 969, 970, 982.

joonaa euroa vuonna 2010. Lisäksi huumesairaus voi olla työkyvyttömyyseläkkeissä sivudiagnoosina. Näiden kustannukset olivat 17 miljoonaa euroa. Keskimäärin huume-ehtoisten työkyvyttömyyseläkkeiden kustannukset olivat noin 10 miljoonaa euroa.

Huumeiden käyttöön liittyvän sairauden perusteella myönnettyjen sairauspäivärahojen kustannukset saadaan Kelasta, jossa ne tilastoidaan ICD-10-tautiluokitusjärjestelmän mukaan. Vuonna 2010 huumesairauden perusteella korvattiin 11 900 sairauspäivää, joiden kustannukset olivat yhteensä 343 000 euroa. Tämän lisäksi maksettiin sairauspäivärahoja myös vammojen ja myrkytysten vuoksi, mutta näiden huume-ehtoisuudesta ei saada tarkkaa tietoa, vaan se arvioidaan päihdetapauskannan perusteella. Tässä oletetaan, että sairauspäivärahaan oikeuttanut vamma tai myrkytys on vaatinut lääkärin hoitoa (vrt. Hein & Salomaa 1998), jolloin vammojen ja myrkytystapausten huume-ehtoisuus voidaan arvioida päihdetapauskannasta saatavien poliklinikkakäyntien perusteella. Huume-ehtoisten vammojen ja myrkytysten vuoksi maksettujen sairauspäivärahojen kustannuksiksi arvioidaan keskimäärin 660 000 euroa.

Kaiken kaikkiaan vuonna 2010 sosiaaliturvajärjestelmälle koitui keskimäärin 70 miljoonan euron kustannukset huumeiden käytön aiheuttamien haittojen lievittämisestä, hoitamisesta tai torjumisesta. Tämä luku on todennäköisesti aliarvio huumeiden käyttöön liittyvien kustannusten todellisesta määrästä, sillä laskelmaan ei sisälly muun muassa lastensuojelun avohoidon kustannuksia, perhe-eläkkeiden kustannuksia eikä sairauspoissaolojen kustannuksia. Lisäksi laskelmissa mukana olevissa kustannuserissä voi olla puutteita muun muassa tietojen kattavuuden osalta. Voidaan esimerkiksi olettaa, että työkyvyttömyyseläkkeiden myöntämisen perusteeksi voidaan kirjata jokin muu syy kuin huumesairaus, vaikka huumesairaus olisi syynä työkyvyttömyyden syntymisessä.

Taulukko 2. Sosiaaliturvajärjestelmän huume-ehtoiset kustannukset vuonna 2010, miljoonaa euroa

	Kokonaismenot, milj. euroa	Huume-ehtoiset kustannukset (keskiarvo), milj. euroa
Lastensuojelun laitos- ja perhehoito	618,7	31,3
Päihdehuolto	159,9	24,3
Kotipalvelut	608,6	0,3
Toimeentulotuki	600,8	2,7
Työkyvyttömyyseläkkeet	3 147,2	9,9
Sairauspäivärahat	826,1	1,0
Kustannukset yhteensä		69,5

Terveysthuollon huume-ehtoiset kustannukset

Terveysthuollon huume-ehtoisiin kustannuksiin lasketaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon ja avohoidon kustannuksia.

Tiedot kaikista vuodeosastojen hoitajaksoista ja erikoissairaanhoidon poliklinikakäynneistä kirjataan THL:n ylläpitämään hoitoilmoitusjärjestelmään. Hoitajakset ja -käynnit kirjataan ICD-10-tautiluokitusjärjestelmän mukaan, jolloin niistä voidaan erotella ne, joihin on kirjattu huumeiden käyttöön liittyvä sairaus joko pää- tai sivudiagnoosiksi³. Silloin kun huumesairaus on sivudiagnoosina, ei yleensä voida tietää, mikä osuus huumeiden käytöllä on ollut sairauden ja siten kustannusten syntymiseen. Tässä otetaan sivudiagnoosien kustannukset mukaan laskelmaan kokonaisuudessaan, jolloin ne päädiagnoosien mukaisten kustannusten kanssa yhteenlaskettuina muodostavat kustannusten ylärajan. Alarajana toimii vain päädiagnoosin mukaan lasketut kustannukset. Selkeyden vuoksi tässä esitetään ala- ja ylärajan arvoista laskettu keskiarvo.

Somaattisen erikoissairaanhoidon laskennalliset kustannukset saadaan THL:n ylläpitämästä Sairaaloiden toiminta ja tuottavuus -tietokannasta, josta ne ovat saatavissa hoitajakso- ja käyntikohtaisesti. Tiedot poimitaan niistä hoitajaksoista ja poliklinikakäynneistä, joihin on kirjattu huumesairausdiagnoosi. Vuonna 2010 somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidossa kirjattiin 4 100 hoitajaksoa, joissa huumesairaus oli päädiagnoosina. Näiden laskennalliset kustannukset olivat 8 miljoonaa euroa. Lisäksi huumesairaus oli sivudiagnoosina 740 hoitajaksoissa, joiden laskennalliset kustannukset olivat noin 3 miljoonaa euroa. Keskimäärin huume-ehtoiset kustannukset olivat siten noin 9 miljoonaa euroa.

Somaattisen erikoissairaanhoidon avohoidossa kirjattiin yli 9 000 käyntiä, joissa huumesairaus oli päädiagnoosina. Näiden laskennalliset kustannukset olivat noin 3 miljoonaa euroa. Lisäksi huumesairaus oli sivudiagnoosina noin 860 käynnissä, joiden kustannukset olivat 230 000 euroa. Keskimäärin huume-ehtoiset kustannukset olivat 3 miljoonaa euroa.

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon huume-ehtoiset kustannukset lasketaan huumesairausdiagnoosilla kirjattujen hoitopäivien (vuodeosastohoito) ja poliklinikakäyntien (avohoito) perusteella. Yksikkökustannuksena käytetään Timo Hujasen ym. (2008, 48–49) laskemia keskimääräisiä hintoja⁴ psykiatrian alan erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitopäivälle ja avohoitokäynnille. Vuonna 2010 huumesairaus oli päädiagnoosina noin 20 000 hoitopäivässä. Hoitopäivän keskimääräinen hinta oli 307 euroa, joten laskennalliset kustannukset olivat noin 6 miljoonaa euroa. Lisäksi huumesairaus oli sivudiagnoosina noin 33 000 hoitopäivässä, joiden kustannuk-

3 ICD-10-tautiluokitusjärjestelmän diagnoosit: F11–16, F18–19, T40, T43.6, T50.7, T42.3–4, T42.6–7, T39, T43.0–5, T43.8–9, T52, T36, F55, R78.1–5, Z50.3, Z71.5, Z72.2, O35.5, P04.4, P96.1, X40–X44.

4 Timo Hujasen ym. (2008) raportin yksikkökustannukset koskevat vuotta 2006, joten ne deflatoitiin vuoden 2010 hintoihin käyttämällä Tilastokeskuksen julkisten menojen terveystoimen hintaindeksiä.

set olivat noin 10 miljoonaa euroa. Keskimäärin huume-ehtoiset kustannukset olivat noin 11 miljoonaa euroa.

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidossa huumesairaus oli noin 46 000 käynnin päädiagnoosina ja 4 700 käynnin sivudiagnoosina. Käynnin keskimääräinen hinta oli 147 euroa vuonna 2010. Avohoidon huume-ehtoiset kustannukset olivat keskimäärin 7 miljoonaa euroa.

Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon huume-ehtoiset kustannukset lasketaan huumesairausdiagnoosilla kirjattujen hoitopäivien määrän perusteella. Yksikkökustannuksena käytetään Hujasen ym. (2008, 41) laskemaa keskimääräistä hintaa perusterveydenhuollon vuodeosastohoitopäivälle, joka oli 160 euroa vuonna 2010. Huumesairaus oli päädiagnoosina noin 4 900 hoitopäivässä ja sivudiagnoosina 30 000 hoitopäivässä vuonna 2010. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon huume-ehtoiset kustannukset olivat yhteensä keskimäärin 3 miljoonaa euroa.

Perusterveydenhuollon avohoidon lääkäri- tai muiden käyntien huume-ehtoisuudesta ei ole vielä saatavilla tarkkoja diagnoosikohtaisia tietoja, vaan tiedetään ainoastaan kaikkien käyntien kokonaismäärät. Sen vuoksi käyntien huume-ehtoisuus arvioidaan viimeisimmän päihdetapauslaskennan perusteella (vrt. Hein & Salomaa 1998, 5). Vuoden 2007 päihdetapauslaskennan mukaan 9–15 prosenttia terveyskeskusten lääkärin avovastaanotoilla yhden vuorokauden aikana asioineista päihdetapauksista oli käyttänyt huumeita. Vuositasolle laskettuna kaikista avohoidon lääkärikäynneistä huumeetapausten osuus oli noin 0,25 prosenttia. Mielenterveysyksikkökäyntien ja kotisairaanhoidon käyntien huume-ehtoiset kustannukset lasketaan edellä kuvattuun tapaan vuoden 2007 päihdetapauslaskennan tietoja soveltaen. Vuositasolle laskettuna huume-ehtoisia mielenterveysyksikkökäyntejä oli 2,3 prosenttia ja huume-ehtoisia kotisairaanhoidon käyntejä noin 0,09 prosenttia. Kustannusten laskennassa käytetään Hujasen ym. (2008, 37, 39) suosittelemia avohoidon lääkärikäynnin, mielenterveysyksiköiden ja kotisairaanhoidon yksikkökustannuksia. Perusterveydenhuollon avohoidon huume-ehtoiset kustannukset olivat keskimäärin 4 miljoonaa euroa vuonna 2010.

Terveyspalveluille aiheutui huumeiden käyttöön liittyvien sairauksien hoitamisesta kaiken kaikkiaan keskimäärin 38 miljoonan euron kustannukset vuonna 2010. Tämä arvio todennäköisesti aliarvioi huumeiden käyttöön liittyvien sairauksien hoidon todellisia kustannuksia, sillä muun muassa huumeiden käyttöön liittyvien vammojen tai väkivallan uhrien hoitoilmoitukseen ei todennäköisesti aina kirjata päihteiden käyttöön viittaavia diagnooseja (ks. myös Jääskeläinen 2012).

Tämän katsauksen perusteella julkinen sektori kulutti vuonna 2010 huumeiden käyttöön liittyvien haittojen hoitamiseen, lievittämiseen ja torjuntaan yhteensä vähintään 240 miljoonaa euroa. Vaikka kaikkia huumehaittakustannuksia ei pystytä haittakustannuslaskelmilla tavoittamaan, voidaan tätä lukua pitää suuntaa-antavana vähimmäisarviona huume-ehtoisten haittakustannusten määrästä.

Merkillepantavaa haittakustannusten jakautumisessa eri toimialojen välillä on lainvalvonnan korostuminen. Yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon

TAULUKKO 3. Huumeiden käyttöön liittyvät hoitajaksot ja käynnit sekä niiden kustannukset terveydenhuollon vuodeosastoilla ja erikoissairaanhoidon avohoidossa vuonna 2010, miljoonaa euroa

	Huumesairaus päädiagnoosina, hoitajaksosten tai käyntien määrä	Huumesairaus sivudiagnoosina, hoitajaksosten tai käyntien määrä	Huume-ehdoiset kustannukset (keskiarvo), milj. euroa
Vuodeosastohoito (hoitajaksot)			
somaattinen erikoissairaanhoido	4 100	737	9,4
psykiatrinen erikoissairaanhoido	1 784	1 483	11,3
perusterveydenhuolto	383	470	3,2
Avohoito (käynnit)			
somaattinen erikoissairaanhoido	9 109	864	2,9
psykiatrinen erikoissairaanhoido	46 266	4 697	7,1
perusterveydenhuolto	*tietoja ei saada käyntikohtaisesti*		4,1
Huume-ehdoiset kustannukset yhteensä			38,0

huume-ehdoiset kustannukset muodostivat yli puolet (noin 55 %) julkisen sektorin huume-ehdoisista kustannuksista. Huumehoitoa tarjoavan päihdehuollon osuus kustannuksista oli noin 10 prosenttia. Vaikka tähän laskettaisiin mukaan myös terveydenhuollon kulut, niin päihdehoidon ja päihteiden käyttäjien terveydenhoidon kustannukset olisivat yhteensäkin vain noin neljänneksen julkisen sektorin huume-ehdoisista kustannuksista. Voidaan siis todeta, että huumeiden ja huumehaittojen torjunnan investointipolitiikka on Suomessa vahvasti kontrollipainotteista. Onko tämä jakosuhde oikea vai tulisiko huumehaittojen ehkäisyssä panostaa nykyistä enemmän huumeidenkäyttäjien hoitoon ja terveystalouteihin sekä sosiaalisen syrjäytymisen ehkäisyyn sosiaaliturvan kautta? Yhden näkökulman tähän tarjoaa kansalaismielipide.

Kansalaisten halukkuus lisäinvestointeihin

Pohjoismaisen tutkimusprojektin yhteydessä pyrittiin vuonna 2008 arvioimaan huumeiden käyttäjän tuttavien, ystävien ja perheenjäsenten kokemien huumehaittojen rahallista arvoa niin kutsutun maksuhalukkuuden (”willingness to pay”) avulla (Melberg ym. 2011). Suomen tutkimusaineisto, jota tässä artikkelissa käytetään, kerättiin internetkyselyllä Helsingistä. Aineisto käsittää 832 vastaajaa, jotka olivat iältään 18–66-vuotiaita (kyselystä tarkemmin tämän kirjan luvussa 9, sivut 100–109). Omaehtoista halukkuutta sijoittaa rahaa huumeongelmien torjuntaan voidaan soveltaa myös ilmaisemaan jonkinlaista ajatusta siitä, miten yhteiskunnassa tulisi investoida huumehaittojen vähentämiseen.

Vastaajille esitettiin seuraava kysymys: ”Oletetaan, että kullekin veronmaksajalle tehdyllä 100 euron vuotuisella lisäyksellä veroihin voitaisiin rahoittaa 800 huumeriippuvaisen hoito. Olisitko Te valmis tukemaan tällaista veron lisäystä?” Ehdotus

sai verrattain laajan kannatuksen, sillä liki 40 prosenttia vastaajista ilmoitti olevansa valmis kysytyyn kaltaiseen veron korotukseen. Runsas viidesosa vastaajista ilmoitti, että jos veroja korotetaan, niin rahat tulisi kohdentaa johonkin muuhun tarkoitukseen kuin huumeongelmaisten auttamiseen. Sitä, tarkoitettiin tällä esimerkiksi ehkäisevää työtä, poliisitoimintaa tai jotain muuta, ei kyselyssä täsmennetty. Joka seitsemäs vastaaja oli periaatteessa kaikkia veronkorotuksia vastaan. Neljäsosa vastaajista ei osannut määrittää kantaansa kysymykseen.

Toiseksi vastaajilta tiedusteltiin seuraavaa: ”Kuvitelkaa, että tietäisitte jonkun hyvän ystävänne olevan huumeriippuvainen. Olisitko halukas laittamaan 500 euroa omista rahoistanne hänen hoitoonsa?” Tässäkin kysymyksessä suurimman suosion saavutti myönteinen suhtautuminen (42 %). Neljäsosa vastusti ajatusta ja kolmasosa ei osannut määrittää kantaansa.

Vastaajia pyydettiin myös kertomaan, kuinka suuren summan rahaa he olisivat valmiit maksamaan hoidosta, jos kyseessä oli ystävä, oma veli tai sisar, oma lapsi taikka puoliso tai seurustelukumppani. Rahasummat vaihtelivat nolasta eurosta aina sataantuhanteen, mikä tekee yksityiskohtaisen analyysin vaikeaksi. Jos yksinkertaisesti käytetään mediaania, niin voidaan todeta, että puolet vastaajista oli valmis antamaan oman lapsensa hoitoon vähintään 4 000 euroa, puolisonsa tai seurustelukumppaninsa hoitoon 1 000 euroa, sisaren tai veljen hoitoon 700 euroa ja ystävänsä hoitoon 200 euroa. Järjestys tuntuu luontevalta ja kertoo siitä, että vaikka kysymykseen ei ollut helppo antaa tarkkaa vastausta, ihmiset ovat aidosti pyrkineet arvioimaan eri tilanteita.

Kaiken kaikkiaan nämä erilaiset maksuhalukkuutta koskevat kysymykset kertovat siitä, että monet ihmiset ilmoittivat olevansa halukkaita maksamaan huumeongelmaisten hoidosta ja että tämä halukkuus kasvaa, mitä läheisemmästä henkilöstä on kysymys. Maksuhalukkuutta mittaavia kysymyksiä voidaan arvostella epävarmuudesta tulosten merkitsevyydessä: myönteisten vastausten antaminen lomakkeella on paljon helpompaa kuin maksaminen todellisuudessa. Tämän artikkelin viitekehityksessä ero ei ehkä kuitenkaan ole oleellinen. Kyselyn mukaan huomattava osa helsinkiläisistä suhtautuu huumehoidon mahdollisuuksiin positiivisesti ja näyttää olevan valmis tukemaan nykyistä suurempia yhteiskunnallisia investointeja sen kehittämiseen.

Lopuksi

Sosiaalisten investointien näkökulmasta yhteiskunnan huumeongelmien torjuntaan ja hoitoon käyttämät rahamäärät eivät näyttäyty niinkään huumeiden aiheuttamina haittakustannuksina vaan kansalaisten integrointiin ja heidän hyvinvointinsa edistämiseen tähtävinä panostuksina. Ajan mittaan tästä on yhteiskunnalle monia etuja (ks. Sipilä 2011). Tämä on hyvin linjassa sen kanssa, että sosiaali- ja terveysministeriössä kansalaisten yhdenvertaisuus, osallisuus, terveys, toimintakyky sekä tuki ja tur-

va on asetettu sosiaalisesti kestävä Suomen tavoitteeksi. Vaikka huumeiden käytön haitoista epäilemättä koituu yhteiskunnalle monenlaisia kustannuksia, niin kysymys on ensisijaisesti investoinneista ja niitä koskevista valinnoista.

Vuonna 2010 sosiaaliturvajärjestelmän huume-ehdoiset kulut olivat noin 70 miljoonaa euroa, terveydenhuollon kulut 38 miljoonaa euroa sekä lainvalvonnan ja turvallisuuden ylläpitämisen kulut 133 miljoonaa euroa. Yhteensä näillä toimialoilla käytettiin huumeongelmien torjuntaan ja hoitoon siis vähintään 240 miljoonaa euroa. Lainvalvonnan osuus tästä potista oli noin 55 prosenttia ja huumehoitoa tarjoavan päihdehuollon osuus noin 10 prosenttia.

Veronmaksajan ja budjetinartijan näkökulmasta 240 miljoonaa euroa on varmasti iso summa ja toiveeksi asettuu se, miten sitä voitaisiin jatkossa pienentää. Sosiaalisten investointien näkökulmasta puolestaan voidaan kysyä, ovatko valinnat oikeita ja onko panostus riittävä toteuttamaan yllä mainittuja kansalaisten integrointiin ja hyvinvointiin tähtääviä päämääriä.

Tässä artikkelissa ei ole tarkoitus vastata sen paremmin kulujen vähentämistä kuin panostusten riittävyttä koskeviin kysymyksiin, vaan tässä on haluttu tuoda keskusteluun yksi lisänäkökulma, jota huumeetutkimuksissa ei ole juuri aiemmin käsitelty – nimittäin kansalaisten halukkuus osallistua huumeiden käyttäjien hoidon rahoittamiseen. Vastauksissa ilmaistu valmius veronkorotuksiin huumeiden käyttäjien hoidon laajentamiseksi ja halukkuus antaa rahaa omaisten tai ystävien hoitoon voitaneen tulkita siten, että suuri osa helsinkiläisistä kannattaa nykyistä suurempia yhteiskunnallisia investointeja huumeiden käyttäjien hoitoon. Onnistunut hoito helpottaisi oleellisesti sekä käyttäjän lähipiirin kokemaa huolta ja kärsimystä että myös yhteiskunnan kohtaamia huumehaittoja ja niiden aiheuttamaa taloudellista rasitusta.

Mitä opimme?

- ▶ Yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpitoon kohdistuneet huume-ehdoiset menot vuonna 2010 olivat arviolta 133 miljoonaa euroa. Sosiaaliturvajärjestelmän vastaavat kustannukset olivat 70 miljoonaa euroa ja terveydenhuollon menot 38 miljoonaa euroa. Menojen yhteissumma oli siis noin 240 miljoonaa euroa.
- ▶ Päihdehuoltoon tässä kokonaisuudessa investoitiin vuonna 2010 yhteensä noin 24 miljoonaa euroa, mikä on noin 10 prosenttia kokonaiskustannuksista.
- ▶ Suuri osa helsinkiläisistä kannatti nykyistä suurempia yhteiskunnallisia investointeja huumeiden käyttäjien hoitoon.

Lähteet

- Babor, Thomas F & Caulkins, Jonathan P & Edwards, Griffith & Fischer, Benedikt & Foxcroft, David R & Humphreys, Keith & Obot, Isidore S & Rehm, Jürgen & Reuter, Peter & Room, Robin & Rossow, Ingeborg & Strang, John (2010) *Drug Policy and the Public Good*. Oxford : Oxford University Press.
- Hakkarainen, Pekka & Tigerstedt, Christoffer & Tammi, Tuukka (2007) Dual-track drug policy: Normalization of the drug problem in Finland. *Drugs: education, prevention and policy* 14(6), 543–558.
- Hein, Ritva & Salomaa, Jukka (1998) Päihteen käytön haittakustannukset vuosina 1994–1995. Alkoholi ja huumeet. Tilastoraportti 4/1998. Helsinki: Stakes.
- Heino, Tarja (2007) Keitä ovat uudet lastensuojelun asiakkaat? Tutkimus lapsista ja perheistä tilastolukujen takana. Työpapereita 30/2007. Helsinki: Stakes.
- Hiitola, Johanna (2008) Selvitys vuonna 2006 huostaanotetuista ja sijaishuoltoon sijoitetuista lapsista. Lastensuojelun sijaishuollon kehittäminen Tampereella, Tampereen seutukunnassa ja Etelä-Pirkanmaalla -hanke. Työpapereita 21/2008. Helsinki: Stakes.
- Hujanen, Timo & Kapiainen, Satu & Tuominen, Ulla & Pekurinen, Markku (2008) Terveydenhuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2006. Työpapereita 3/2008. Helsinki: Stakes.
- Jääskeläinen, Marke (2012) Päihdehaittakustannuslaskennan menetelmät. Esimerkkinä vuoden 2010 päihdehaittakustannuslaskenta. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 5/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-742-4> (verkkojulkaisu)
- Kaakinen, Juha & Nieminen, Jarmo & Pitkänen, Sari (2007) Tutkimus Vantaan nuorten toimeentulotukiasiakkaiden toimeentulouden tarpeen taustoista. Sosiaalikehitys Oy.
- Kainulainen, Heini (2009) Huumeiden käyttäjien rikosoikeudellinen kontrolli. Tutkimuksia 245. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Kinnunen, Aarne (2008) Kriminaalipolitiikan paradoksi. Tutkimuksia huumausainerikollisuudesta ja sen kontrollista Suomessa. Tutkimuksia 233. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Koivisto, Taru (2007) Minimituloilla marginaalissa. Selvitys nuorten aikuisten toimeentulotukitarpeiden syistä ja aktivoinnista Hollolassa 2005. Lahden ammattikorkeakoulu, sosiaalialan koulutusohjelman opinnäytetyö.
- Kokki, Esa & Jäntti, Jarkko & Rasmus, Taneli & Tervo, Vesa-Pekka (2008) Pelastuslaitosten tutkimat palokuolemat 2007. Pelastusopiston julkaisu. B-Sarja: Tutkimusraportit 1/2008.
- Kotihoidon laskenta (2011) Kotihoidon laskenta 30.11.2010. Tilastoraportti 22/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, SVT.
- Melberg, Hans Olav & Hakkarainen, Pekka & Houborg, Esben & Jääskeläinen, Marke & Skretting, Astrid & Ramstedt, Mats & Rosenqvist, Pia (2011) Measuring the harm of illicit drug use for friends and family. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 28(2), 7–23.
- Mellin, Nina & Vihmo, Jouni & Österberg, Esa (2006) Alkoholihaittojen yhteiskunnalliset kustannukset Suomessa vuonna 2003. Raportteja 10/2006. Helsinki: Stakes.
- Metso, Leena & Winter, Torsten & Hakkarainen, Pekka (2012) Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet – Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2010. Raportteja 17/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085397>
- Myllärniemi, Annina (2006) Huostaanottojen kriteerit pääkaupunkiseudun kunnissa. Selvitys pääkaupunkiseudun lastensuojelun sijoituksista. SOCCA ja Heikki Waris -instituutin julkaisusarja 7/2006. Helsinki: SOCCA.
- Partanen, Päivi & Hakkarainen, Pekka & Hankilanoja, Arto & Kuussaari, Kristiina & Rönkä, Sanna & Salminen, Mika & Sepälä Timo & Virtanen, Ari (2007) Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2005. Yhteiskuntapoliittikka 72(5), 553–561.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2007. Alkoholi ja huumeet. Helsinki: Stakes, STV.
- Rahikainen, Jussi (1998) Palokuolemat Suomessa vuosina 1988–1997. Poliisiammattikorkeakoulun tutkimuksia 4/1998.

Sipilä, Jorma (2011) Hyvinvointivaltio sosiaalisena investointina: älä anna köyhälle ka-
laa vaan koulutus! Yhteiskuntapolitiikka
76(4), 359–372.

STM (2011) Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020.

Sosiaali- ja terveystieteiden strategia.
Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
Toimeentulotuki (2004) Toimeentulotuki 2003.
Tilastotiedote 31/2004. Helsinki: Stakes.

Johtopäätöksiä

Johtopäätöksiä

Tämä artikkelikokoelma perustuu havaintoon, jonka mukaan alkoholiin ja muihin päihteisiin liittyvät haittavaikutukset ovat perustavanlaatuisella tavalla vuorovaikutuksellisia. Tämä usein varjoon jäänyt tosiasia vaikuttaa niin haittojen syntyyn ja pysyvyyteen kuin niiden vaikutuksiin ja hallintaan. Varsinkin alkoholin osalta käytön vuorovaikutuksellinen luonne näkyy yhteiskunnan monilla aloilla. Tämän kirjan artikkeleiden aiheet ovat hyvä todiste siitä, että tutkimusnäkökulma, joka keskittyy muille kuin päihteiden käyttäjälle itselleen aiheutuviin haittavaikutuksiin, on sovellettavissa mitä erilaisimpiin asyayhteyksiin.

Samalla artikkelit osoittavat, että haittojen vuorovaikutuksellisuuden tarkastelu paljastaa koko joukon tutkimuksellisesti kiinnostavia kysymyksiä. Tähän lukuun on koottu kirjan teon aikana nousseita ja artikkeleiden herättämiä ajatuksia. Niiden tarkoituksena on korostaa, että muille ihmisille ja yhteiskunnalle koituvien haittojen tutkimus yhtäältä avaa uusia näköaloja tutkijoille, päätöksentekijöille ja kentän työntekijöille ja toisaalta herättää monia käsitteellisesti, menetelmällisesti ja eettisesti haastavia kysymyksiä.

Uhrit ja syyvät

Useista kirjan artikkeleista käy ilmi, että itselle ja toiselle koituvien haittojen keskinäissidos on vahva. Näin on varsinkin välittömässä vuorovaikutuksessa koettujen alkoholihaittojen kohdalla. Oma juominen ja muiden juominen voivat osoittautua käytännössä hankalasti eroteltaviksi ja toisiinsa kytkeytyviksi ilmiöiksi. Se, miten yksilö kuluttaa alkoholia, on konkreettisissa juomistilanteissa ja kokonaisten juomiskulttuurien tasolla sidoksissa muiden ihmisten käyttäytymiseen. Tosiasia onkin, että häiritsevästi juovan, humalassa ajavan tai väkivaltaisesti käyttäytyvän henkilön seurue koostuu usein muista runsaasti juovista ihmisistä.

Jyrkkä erottelu juojan ja haitoista kärsijän välillä voi olla petollinen myös sikäli, että ihmisten arviot omasta alkoholinkäytöstään ja sen aiheuttamista haitoista ovat yleensä myönteisempiä kuin arviot muiden juomisesta ja niistä koituvista haitoista. Ihmisten oma alkoholinkäyttö heijastuu myös siihen, missä määrin he suvaitsevat haittoja ja häiriötä ja miten vakavaksi he mieltävät tietyn haittakokemuksen. Niinpä esimerkiksi kyselytutkimuksessa voi olla vaikea päätellä, miten vastaajat arvioivat muiden juomisesta aiheutuvia häiriöitä elämässään: mikä on paljon tai vähän häiriötä, huolta ja haittaa?

Vaikka itselle ja muille koituvien haittojen välillä on ilmeinen keskinäissidos, on

haitoista kärsijöiden asemissa eroja: he voivat olla joko viattomia uhreja (sikiöt ja lapset), sivustaseuraaaja tai itsekin osallisia alkoholi- ja päihdehaittojen muodostumiseen. Tämä asettaa myös yksityisyyden ja kuluttajavapauden teemat uuteen valoon. Yhteiskunnassa yksilön valinnanvapaus ja riskinotto eivät saa vaarantaa muiden oikeuksia ja aiheuttaa heille haittoja, joihin he eivät voi vaikuttaa tai joihin altistumisessa heillä ei ole todellista valinnanvaraa. Viattomien suojelun näkökulma korostuu erityisesti alaikäisten kokemissa haitoissa, sillä heillä ei ole aikuisen kansalaisen täysvaltaisia oikeuksia ja mahdollisuuksia vaikuttaa omaan kasvuympäristöönsä. Lapset ja nuoret ovat viime kädessä lähipiirinsä ja yhteiskunnan vastuulla.

Syyt ja seuraukset

Päihteiden käytön haittavaikutukset muille ihmisille ja yhteiskunnalle kattavat laajan joukon erityyppisiä haittailmiöitä, -kokemuksia ja -kustannuksia. Kun tutkitaan alkoholin ja muiden päihteiden aiheuttamia haittoja muille kuin käyttäjälle itselleen, ollaan tekemisissä sosiaalisten suhteiden, vuorovaikutuksen ja tilannekohtaisten haittojen kanssa. Haittavaikutukset eivät siis ole suoria (aineen käyttö → haitat käyttäjälle) vaan sosiaalisen kanssakäymisen välittämiä ja yhteiskunnan instituutioita kuormittavia. Tämä asettaa erityisiä haasteita tutkimusasetelmille ja havaittujen haittojen päihde-ehdoisuuden osoittamiselle.

Tutkimusaineistojen näkökulmasta on tärkeää muistaa erottelu vakavuudeltaan eriasteisten haittakokemusten ja -ilmiöiden välillä. Erittäin vakavat päihdehaitat ilmenevät ennen kaikkea rekisteriaineistojen tarkasteluissa. Väestökyselyt puolestaan kykenevät kartoittamaan lähinnä vähemmän vaarallisia häiriökokemuksia, kuten häiriöitä kaduilla. Tämäkään jaottelu ei ole yksioikoinen, sillä esimerkiksi uhritutkimuksissa selvitetään myös hyvin vakavia haittoja.

Eräs tämänkin kirjan artikkeleissa näkyvä piirre on käytettyjen rekisteritietojen aukkoisuus. Terveystieteiden ja viranomaisten ylläpitämät rekisterit kertovat omaa kieltään kovan juomisen tai päihteiden käytön vakavista vaikutuksista lähipiirille, mutta ammattilaiset eivät välttämättä kirjaa alkoholin ja päihteiden osuutta järjestelmällisesti – välttääkseen asiakkaiden leimaamista tai jostain muusta syystä. Niinpä haittojen esiintyvyys ja koituneet kustannukset ovat rekisteriaineistoissa mitä ilmeisimmin aliraportoituja.

Empiirisissä aineistoissa havaittujen haittojen yhteys nimenomaan päihteiden käyttöön on usein pulmallista. Rekisteriaineistoissa muut tekijät saattavat selittää haittavaikutuksen syntyä, vaikka alkoholi tai muut päihdeolimet olisivat myötävaikuttamassa tilanteeseen. Useiden taustamuuttujien asetelmassa on vaikeaa erotella, oliko juuri päihdeillä ratkaiseva osuus. Kyselyaineistoissa puolestaan vastaajien tavat tulkita sosiaalisia tilanteita, syy-seuraussuhteiden havainnointi ja haittojen kokemisen herkkyys vaikuttavat vastauksiin.

Haittavaikutusten alkoholi- ja päihde-ehdoisuuden osoittaminen on keskeinen

haaste: miten määritellä haittojen kausaalisuus tai alkoholin ja päihteiden osuus haittoihin, kun vaikutussuhteet ovat sosiaalisesti välittyneitä? Tutkimuksessa on aina tarpeellista pohtia, onko alkoholiin liittyvien haittakokemuksien taustalla joitain vielä painavampia syitä tai pulmallisia käyttäytymismalleja, jotka saattavat selittää haitta-vaikutukset.

Monissa tämän kirjan artikkeleissa on päädytty korostamaan tilannekohtaisen humalajuomisen, riskikulutuksen tai päihdeongelmista vakavasti kärsivien osuutta lähipiirille ja yhteiskunnalle koituvien haittojen synnyssä. Tutkimuksen kannalta tärkeitä kysymyksiä ovat, miten osoittaa ja tehdä ymmärrettäväksi erityyppisten juomatapojen ja käyttötilanteiden yhteys muiden kokemuksiin ja muille koituviin haittoihin. Ilmeisesti jotkin päihteiden käyttötavat ovat haitallisempia muille ihmisille kuin toiset. Tämän kysymyksen avaamiseen kaivattaisiin myös laadullista tutkimusotetta.

Kustannuslaskelmat ovat vakiintunut tapa mitata alkoholin ja muiden päihteiden käytön kuormitusta yhteiskunnalle. Tämän kirjan artikkeleissa yhteiskunnalle päihteistä aiheutuvat kustannukset on nähty myös kollektiivisena investointina, johon kukin veronmaksaja osallistuu. Kustannuksista keskusteltaessa tuodaan usein esille, että laskelmissa ja tutkimusasetelmissa olisi huomioitava myös taloudelliset ja sosiaaliset hyödyt eli se, mitä alkoholi yhteiskunnalle euroina tuottaa ja ihmisille myönteisinä kokemuksina antaa. Ongelmana tässä on, että alkoholikulutuksen haitallisia ja hyödyllisiä seurausvaikutuksia on usein vaikea vertailla, varsinkin jos hyödyn saajat ovat eri tahoja kuin haittojen kokijat.

Säätely ja hoito

Alkoholi- tai päihdehaitat eivät ole ainoastaan yksilökuluttajan elämäntapariski vaan yhteinen riski, kuten tämänkin kirjan artikkelit havainnollistavat. Myös yhteisön viihtyvyys, yleinen järjestys ja päihteistä koituvat kustannukset tekevät päihdehaitoista kaikkia koskettavan asian, jota sosiaalinen yhteisö ja yhteiskunta säätelevät.

Päihteiden käytön ja haittojen säätelyn sosiaalisuus määrittyy usein sukupuolittuneella tavalla. Suomalaisessa kulttuurissa raittiit naiset on perinteisesti nähty kontrolloimassa miestensä juomista ja hoitamassa perhepiirin arjen jatkuvuutta. Järjestäytyneestä naisten toiminnasta on puhuttu jopa yhteiskunnallisena äitiytenä, oman kodin ja yksityisen rajan ylittävänä hoito- ja hoivavastuuna.

Nykyään sukupuolijärjestelmän stereotyyppinen kahtiajako on osittain hälvennyt, ja niin päihteiden käyttö kuin hoivavastuukin ovat osa sekä miesten että naisten elämää. Tämä asettaa sosiaalisen kontrollin dynamiikan uuteen valoon. Puuttuminen toisen päihteiden käyttöön on tilannekohtaista vuorovaikutusta, joka ei välttämättä ole sidoksissa sukupuoleen tai ikään, joskin miehet edelleen käyttävät lähes kolme kertaa enemmän alkoholia kuin naiset.

Päihteiden käytön ja haittojen sosiaalisen säätelyn ydin on myös pyrkimys turvata yhteisön jatkuvuus. Modernin hyvinvointivaltion rakentamisen myötä hoiva-

ja huolivastuut ovat Suomessa sosiaalisten instituutioiden, vakuutusjärjestelmien ja kansalaisyhteisöjen välittämiä. Pohjoismaisessa keskustelussa on jo pian sadan vuoden ajan korostettu valtiollisten politiikkojen ja kunnallisten palveluiden painoarvoa haittojen hallinnassa. Lähiyhteisön ja kansalaisyhteiskunnan merkitystä ei ehkä ole kokonaan unohdettu, mutta niiden merkitys on ainakin ammattitoimijoilla jäänyt vähemmälle huomiolle.

Useissa tämän kirjan luvuissa pohditaan sitä, millaista tukea ja hoitoa päihteiden käyttäjien lähipiiri tarvitsee. Päihteiden käyttäjän läheisillä on hyvinvointieettisestä näkökulmasta oikeus hoitoon ja tukeen. Tämä voi kuitenkin johtaa hoito- ja palvelujärjestelmien kuormitusta ruokkivaan kehään, mikäli haittoja vain korjataan eikä niitä ehkäistä. Jo nykyisellään lienee niin, että läheisten ja uhrien tarpeet ovat lisäämässä hoidon ja tuen kysyntää. Kirjan artikkeleissa tuodaan esille myös lähiyhteisön kokemuksia haittoja ja ehdotetaan toimenpiteitä niiden vähentämiseksi. Kysymykseksi kuitenkin jää, voidaanko lähiyhteisöjen varaan rakentaa myös haittoja puskuroivaa ehkäisevää toimintaa nykyistä enemmän.

Mielipiteet ja toimet

Viranomaisten ja tutkijoiden keskuudessa on herännyt uusi kiinnostus siihen, miten haittatutkimuksen tulokset voisivat vahvistaa poliittista tahtoa puuttua alkoholinkäyttöön ja -tarjontaan. Usein esitetty perustelu on, että alkoholituotteita tulisi niiden aiheuttamien negatiivisten vaikutusten vuoksi käsitellä yhteiskunnallisessa keskustelussa ja sääntelyssä yhtä tiukkaan sävyyn kuin tupakkatuotteita. On jopa puhuttu passiivisesta juomisesta. Muiden ihmisten kokemat alkoholin haittavaikutukset leviävät ja ”tarttuvat” sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, vaikka suoraa fysiologista altistumista aineelle ja tähän sidottua elimellistä haittaa ei syntyisikään.

Yhteiskunnalliset ja sosiaaliset kokemukset haittavaikutuksista voivat vaikuttaa hyvinkin suoraan päihdepoliittiseen mielipideilmastoon. Haittoja kokeneet kannattavat rajoittavaa politiikkaa vahvemmin kuin ne, jotka eivät ole olleet kosketuksessa päihdehaittojen kanssa, ja toisaalta runsaasti alkoholia kuluttavat suhtautuvat penseästi rajoituksiin. Alkoholinkäyttötapojen muutosten ja haittojen suvaitsemisen välillä on näin ollen jatkuva kulttuurinen jännite. Havahtuminen alkoholin ja päihteiden käytön haittavaikutuksiin voi jo itsessään – kansalaisten keskinäisessä vuoropuhelussa – rajoittaa päihteiden käytön kielteisiä lieveilmiöitä.

On kuitenkin hätköityä olettaa, että yhteiskuntapoliittinen keskustelu muiden kokemista haitoista automaattisesti vahvistaisi kaikkiin kansalaisyhteisöihin kohdentuvien, hyvinvointiin tähtäävien toimenpiteiden kannatusta. Haittakokemusten tarkempi valottaminen voi herättää moraalista närkästystä päihteiden käyttötapoja ja niiden kielteisiä lieveilmiöitä kohtaan, mikä saattaa vaikuttaa asenteiden kiristymiseen. Suuttumus voi puolestaan purkautua päihteiden käyttäjiä syyllistäväksi leimaamiseksi, mikä voi johtaa yksilöiviin kuritoimenpiteisiin käyttäjiä kohtaan. Tämä taas

murentaisi perinteistä hyvinvointiajattelua, joka pyrkii kansalaisten tasapuoliseen kohteluun. Yhteiskunnallisten arvojen koventuessa uhkana on, että koko väestön hyvinvointia edistävät toimet korvataan alkoholin ja päihteiden käyttäjiä syrjivillä ja marginalisoivilla toimilla.

Eurot ja arvot

Alkoholin ja päihteiden aiheuttamia haittoja ja kustannuksia tavataan kuvata ja laskea, koska näin voidaan perustella haittojen hallintaa ja rajoittavia yhteiskuntapolitiittisia toimenpiteitä. Pelkän taloudellisen puntaroinnin varaan poliittisia johtopäätöksiä ei kuitenkaan voida perustaa, sillä kysymys on myös arvoista ja niistä käytävästä yhteisestä keskustelusta. Mikään vaikkapa kustannuslaskelman euromäärissä tai päihdeäitien huostaan otettujen lasten kohtaloissa ei kerro, missä kulkee hyväksyttävyyden raja. Keskeinen kysymys on, missä määrin ja millaisia haittoja suomalainen yhteiskunta on valmis ja halukas sietämään, eikä tähän kysymykseen ole yksiselitteistä vastausta. Haittojen suvaitseminen on kulttuurisesti ja historiallisesti suhteellinen ilmiö, jota määritellään poliittisissa prosesseissa ja julkisessa keskustelussa.

Alkoholin ja muiden päihteiden käytöllä on siis sosiaalisia ja taloudellisia haittavaikutuksia, jotka kohdentuvat juojan itsensä lisäksi ympäristöön ja yhteiskuntaan. Kuvaamalla näitä haittoja eri toimijoiden näkökulmista tutkimus voi edistää yhteiskunnallista keskustelua. Toivomme, että haitat muille -näkökulma tuo tähän keskusteluun tärkeän lisän – juojan tai muiden päihteiden käyttäjien itsensä kokemia haittoja ja oikeuksia unohtamatta tai vähöksymättä.

Abstracts in English

Katariina Warpenius & Christoffer Tigerstedt

2 Conceptualizing harms to other people and society within alcohol research

Alcohol's harm to people other than the drinker is a neglected perspective in the research literature. Several concepts recently presented within different disciplines have put the focus on how harms from drinking are inherently interactional. Among such concepts one could mention "externalities", "second-hand effects", "third party damages", "collateral damages" and "passive drinking". In addition, the concept of "harms to others" has gained the status of a keyword in scientific databases in the last few years. This introductory text puts these concepts into context and claims that conceptually the situation is still in flux.

In drawing attention to the interactional nature of alcohol-related harm, the harms-to-others perspective brings something new to three established approaches in alcohol research. The "individual harms approach" has concentrated on risks to or pathologies of the individual drinker, while little or no interest has been given to harms to people in the immediate surroundings or the cost to public services. The "public health approach" has likewise not focused on interactions between the drinker and his or her environment, but has rather emphasized correlations between the health status of a particular population and the aggregate amount of alcoholic beverages consumed by that population. The "community approach" to alcohol harms, in turn, is primarily concerned with the social dynamics operating in different agencies and bodies within a local community.

The harms-to-others perspective challenges the narrow scope embedded in the "individual harms approach", it puts the finger on shortcomings within the "public health approach", and it provides a critical complement to the "community approach".

Janne Takala & Mira Roine

3 How young people experience adult alcohol use

This article describes the experiences of young Finns regarding their parent's alcohol use. These young people were either living in their childhood home or had moved away only recently. They participated in a survey directed at 12–18-year-olds conducted by the Finnish A-Clinic Foundation in the summer of 2011.

According to the survey, 82 per cent of young people accept moderate use, including festive drinking, whereas getting drunk at home was generally considered

bad. Altogether 26 per cent reported on some degree of harm that was related to adult alcohol use in the home. Family quarrels, feelings of shame, and anxiety derived from parental drinking were the most common harms experienced by young people.

The survey also addressed the coping and need for support of young people who had experienced harm from alcohol use at home. Young people reported that their anxiety was relieved by talking to friends and family members, through hobbies and increasingly via online social networks. One in four young people experiencing harm had not wanted to share their feelings with any adult. The situation was most difficult for those young people who did not have an adult at home with whom they could discuss this problematic subject.

Young people experiencing problems at home hoped for better acute services, discussion among other youth initiated by adults, non-stigmatizing internet and phone services, as well as places to go when the situation at home was at its worse. Adults who come into contact with young people either through work or hobbies should be supported with concrete measures to improve their preparedness to help youth who experience harm from alcohol use in their home.

Marja Holmila, Kirsimarja Raitasalo, Ilona Autti-Rämö & Irma-Leena Notkola

4 Children of substance abusing mothers

A parent's substance abuse can mean deficits in the child's formative environment. Risks to the child's health can be caused by the family's chaotic lifestyle, a neglected household, or the parent's inadequate response to the child's physical and emotional needs. This study examines the prevalence of serious substance abuse problems among mothers of small children, how the prevalence has changed during the period 1991–2009, and whether children of substance abusing mothers get hospitalized because of injury or somatic illness more often than other children and how often they are placed in out-of-home care.

The article presents results from a prospective population-based cohort study based on Finnish data registers. The data consists of all children born in Finland in 1991, 1997 and 2002, and their biological mothers.

The percentage of mothers with substance abuse problems was higher in 2002 (1.9 %) and also in 1997 (1.5 %) than in the first cohort of 1991 (1.0 %). Children with a substance abusing mother had more injuries, illnesses, disorders of psychological development and behavioural and emotional disorders than other children, and they were placed in out-of-home care considerably more often than other children.

The relationship between mother's substance abuse and negative health outcomes for the child suggest that the negative factors in the immediate environment have an effect on the health and safety of a child. More attention should be paid to mother's substance abuse and to the development of preventive and follow-up measures concerning their families.

5 Family Group Conference - an alternative method for how to encounter alcohol-related harms in child protection

Substance abuse is often at the background of child protection interventions, but it is not the only reason that leads to child protection measures. A child protection intervention is the last resort. The child becomes a child protection client only when his/her health and development are in danger and the child cannot be helped or secured by any other means – i.e., when help, support, care or rehabilitation is not available or it is not sufficiently provided either by the (extended) family or by the universal or specialised professional services outside the child protection activities.

The more the situation requires intervention without consent, the more often there is substance use, and accordingly, also family violence involved.

Every third child who became a client of open-care child protection services and every second child placed in care had a parent with a substance abuse problem. The number of teenagers placed out of the home has been increasing. Often the acute need for placing a teenager out of home results from his/her own substance abuse. The later a teenager is placed out of home into an institution, the weaker the effect of placement.

There is still much to improve in the cooperation of adult rehabilitation services and child care. Assessing the situation/wellbeing of the child in the home should be a routine procedure in adult care services. There is a great need to improve the availability, attractiveness and variety of family rehabilitation services for substance abusers and their family members. The challenge is to reveal concealed substance use and take it up in open discussion between all who suffer as a result of it.

Along with developing the methods and accessibility of professional help, it is important to notice the client's and his/her private network's resources and their ability to act. Family Group Conference and other dialogical methods have also been used successfully as an intervention in cases where substance abuse causes harms to others.

Anni Vilkkö, Harriet Finne-Soveri, Britta Sohlman, Anja Noro & Sari Jokinen

6 At-risk alcohol use among older persons living at home and family members' care responsibilities

If the alcohol use of an older person who is already receiving home-help services is excessive or out of control, it will interfere with the delivery of care and nursing and impair family members' commitment to their care responsibilities. The study examines links between the alcohol use of older persons living at home and the assistance provided and the care responsibilities adopted by a family member or other informal caregiver.

The data were derived from the home care records of the Resident Assessment Instrument (RAI) system, which is used to assess the client's need for health and social services as well as the quality of the services delivered. The data recorded in the system are based on client assessments and include information about service needs, housing, and at-risk alcohol use as well as about the family member's or other informal caregiver's care input.

Older persons whose alcohol use is at risk levels are typically younger than the average home care client. Their cognitive level is not more or less than the control group average, but they have a higher risk of falls, for example, and they often have some psychiatric illness. At-risk alcohol users have a higher than average divorce rate, and they are more often men than women. They may talk rudely, resist care offered, or make trade-offs in purchasing essential needs because of limited funds.

Individual differences between older persons with at-risk drinking habits are, however, great. Therefore, it is important to intensify co-operation between home care services, substance abuse services and family members and to make their interrelations more flexible. Increasing attention must be paid to improving alcohol and drug interventions and to developing methods that address the specific needs of people aged over 65 years. Especially the support services available for informal caregivers must be reinforced.

Minna Piispa

7 Domestic violence and alcohol: is it the victim's or the offender's problem?

Studies into domestic violence often examine how alcohol use, with binge drinking in particular, affects the incidence of violence. This article examines how the offender's alcohol use is associated with the incidence of violence and with consequences for the victim as well as for the victim's tendency to seek help. The overview is based on secondary data sources and relies on reports and studies compiled from surveys and existing statistical material (such as statistics on homicides and other crimes reported to the police). The focus is on women's experiences of domestic violence, since typically the victim of long-term domestic violence is a woman.

There has been lively debate about the links between alcohol and domestic violence. Different schools of thought have disagreed, for example, about whether alcohol is the cause or consequence of violence. Moreover, studies conducted from the victim's point of view have been criticised for focusing too much on the offender and for avoiding the subject of the victim's alcohol use. This article aims to discuss whose problem alcohol really is and who should receive treatment when alcohol is associated with domestic violence.

The staff in substance abuse services need training in domestic violence identification and intervention. Substance abuse services also need a systematic method to

evaluate the prevalence of domestic violence as well as effective means to intervene in domestic violence.

Christoffer Tigerstedt & Petri Huhtanen

8 Harms caused by intoxicated people in public places

In Finland and elsewhere studies on alcohol's harms to people in the drinker's immediate surroundings are rare. This article clarifies to what extent Finns experience such harms and who in particular are affected by them. In this study only harms experienced in public places were analysed. The data consisted of two questions included in the Finnish Drinking Habits Survey (2008): had the respondent during the 12 last months (1) been afraid of intoxicated people in the street or other public places, (2) been harassed or bothered by intoxicated people in such places?

Women in general and young women in particular suffered by far the most from intoxicated peoples' unpleasant behaviour in public places. Men and women living in the countryside and smaller population centres reported considerable less experiences of having been afraid compared to those living in cities. Likewise, those who had not consumed alcohol in bars in the recent past had less negative experiences from others' drinking. Women with a strong sense of self-mastery reported fewer experiences of having been afraid or the object of harassment. However, despite living in the countryside, abstaining in bars and having a strong sense of self-mastery, the prevalence of being afraid of or harassed by intoxicated people in public places was high especially among young women.

In terms of considering and reporting about fears, clear differences can be seen between men and women, with men tending to tone down feelings of fear.

Pekka Hakkarainen & Marke Jääskeläinen

9 Harms to other people from drug use

The article examines the concern and human suffering that drug users cause family members, friends or other acquaintances. The data consists of an internet survey (n=832) directed at inhabitants of Helsinki in 2008. The respondents were asked about their experiences of drug users they knew personally. The themes ranged from fear of violence, involving the police, using other professional help, the drug user's general impact on one's life, and willingness to contribute money to helping drug users.

A considerable portion of Helsinki inhabitants have at some time in their life felt concerned about the drug use of a person they have known, while one in ten had had these feelings during the last year. Some of these people had at some moment turned to external people for help. Fifteen per cent of those who personally knew drug users assessed that the drug use had caused substantial harm to them in their life. Those

who did not personally know any drug users considered harms to family and other people to be even more drastic.

Katariina Warpenius, Elina Kotovirta, Thomas Karlsson & Esa Österberg

10 Culminating at night – violent crime in public places after closing time

Given the liberalisations in alcohol regulation in recent decades, the availability of alcoholic beverages in bars and night clubs has increased drastically. Alongside the extension of opening hours in licensed premises, heavy drinking in the early hours of the morning has become frequent. The article scrutinises the temporal occurrence of assaults in public places during the night in Finnish city centres.

Using data drawn from police registries, it was found that night-time violence in public places is related particularly to the closing time of licensed premises and to intoxication-oriented drinking. When looking in more detail at the Helsinki City centre, the victims and the offenders are most often young men. In addition to the offender, the victim is often under the influence of alcohol.

Karoliina Karjalainen, Antti Impinen & Pirjo Lillsunde

11 Harms caused by drunk drivers to other road users

The increased risk of traffic accidents derived from drunk drivers causes considerable insecurity among other road traffic users. In spite of this, harms to other drivers, pedestrians etc. caused by drunk drivers have barely been studied.

Drunk drivers cause some 12 per cent of all traffic accidents resulting in injuries and some 26 per cent of all fatal traffic accidents. However, according to Finnish statistics, drunk drivers are most harmful to themselves: they get injured or die in 60 per cent of all drunk driving accidents, while in 30 per cent of cases, the victim is a passenger of the drunk driver, and in 10 per cent some other road user.

Despite the relatively low number of other road users harmed by drunk drivers, driving under the influence of alcohol is a significant threat in road traffic, to be tackled by different preventive measures. Changes in attitudes towards drinking, increased use of alcohol ignition interlocks, more severe punishments against drunk drivers, and referral to healthcare services might be actions to prevent drunk driving and, thereby, the harms falling on those other than the driver.

12 How well do services respond to the needs of significant others of substance abusers?

The Finnish Substance Abuse Treatment Act stipulates that substance abusers and their close relatives and family members have equal rights to receive help, support and treatment. Close relatives and friends of a substance abuser experience various physical, psychological and social harms from the abuse. Many family members hope for both social support and practical help. The need for help is indirectly highlighted by the fact that members of families including a substance abuser are using health care services more often than the general population.

This article analyses how services provided by substance treatment units to significant others of the substance abuser are described on the internet. The descriptions are short and they do not specify the extent of treatment services given to relatives. Outpatient services for substance abusers do not emphasize services for close relatives. Several inpatient treatment units offer services for the whole family, but the extent of use seems small. There are specific nursing homes for pregnant women with substance abuse problems. In these homes both the pregnant woman and the (unborn) child are regarded as clients.

The harms experienced by significant others are manifold, and the help provided by the substance abuse treatment system is not sufficient. Thus, assisting significant others should also be the responsibility of additional actors within social and health services. Health services in particular need greater expertise in identifying client problems that originate from someone else's substance abuse problems.

Kristiina Kuussaari, Airi Partanen & Kerstin Stenius

13 Substance abusers in social and health services

This article examines those alcohol- and drug-related visits to social and health services during which the customer was either under the influence of alcohol or drugs as evaluated by the staff, was a substance abuser, or was seeking services for a harm related to one-time substance use, such as an injury. The material consists of the Survey of Substance Abuse Cases from the years 2003, 2007 and 2011. Using these data we examine the number of substance abusers encountered by staff in outpatient social and health services, what type of services are used and whether the service use has changed since the beginning of the millennium. Our other research question addresses the time used for substance-related visits to outpatient social and health services, the degree of intoxication of the customers and possible threatening or violent situations.

In the 2011 Survey of Substance Abuse Cases slightly over 11 700 alcohol- and drug-related visits to social and health services were documented during the 24-hour

count. This figure has remained more or less the same since the year 2000. Some 7000 of these visits were made to general outpatient social and health services. Visits to specialised services for substance abusers have diminished slightly whereas visits to general outpatient social and health services have increased slightly.

A considerable amount of time was spent in alcohol- and drug-related visits to general outpatient social and health services. Customers were mostly sober during visits. Visits when under the influence of alcohol or drugs have decreased somewhat compared to the case counts of 2003 and 2007. Threatening or violent behaviour was quite rare on the day of the survey.

Petri Böckerman & Antti Uutela

14 Alcohol consumption and sickness absences

A major increase in sickness absences has occurred in Finland since the recession of the early 1990s. Sickness absences can be an important indirect cost of alcohol consumption to society.

This article examines the relationship between alcohol consumption and sickness absence by using individual-level microdata over the period 1993–2005 from the annual survey Health Behaviour and Health among the Finnish Adult Population. Earlier studies have used aggregate time-series data, which are prone to spurious correlations.

The results show that alcohol consumption is clearly associated with the increase in sickness absences. The positive relationship between alcohol consumption and sickness absence is particularly pronounced for low-educated males. This may be explained by the fact that low-educated males often perform physically straining work that combines particularly poorly with alcohol consumption.

Maarit Gockel, Reeta Pösö & Heidi Nyman

15 How excessive alcohol consumption is reflected in disability pensions

This article examines first the number of disability pensions granted for alcohol-related diseases, their distribution according to sex, and the costs of these pensions. This is followed by an analysis of trends in the pensions over the past 10 years. The data is derived from the pension registers of the Finnish Centre for Pensions and the Social Insurance Institution of Finland.

In the period 2006–2010 some 12 000 Finns on average received annually a disability pension granted by the Social Insurance Institution on the basis of an alcohol-related disease. In the period 1996–2000 the corresponding number was approximately 8 700. The share of alcohol-related disability pensions of all disability

pensions granted by the Social Insurance Institution has been growing and in 2011 it was over seven per cent. In 2011, the cost of alcohol-related disability pensions was about EUR 135 million. More than three out of four of current or new disability pensions with an alcohol-related disease as the main cause of disability are granted to men. It is probable that many alcohol-related causes of impaired capacity to work are not recognized in the pension application process.

Marke Jääskeläinen ja Esa Österberg

16 Costs from alcohol-related harms in Finland in 2010

This article starts with a short review of how the costs of alcohol-related harms have been estimated in the international and national research literature. The review covers international recommendations for such estimations, launched in recent decades, as well as the national principles that have guided the estimations of alcohol-related costs in Finland.

The article provides a detailed analysis of how the costs of alcohol-related harms were estimated in Finland in 2010. Special attention is paid to the direct, *de facto* costs, expressed in EUR, stemming from alcohol consumption. These costs are divided according to different social sectors, such as health care, social services (incl. pensions and sickness benefits), law and order, and criminal liability. Next the article clarifies the agencies (government, municipalities, insurance companies, citizens) covering the costs of alcohol-related damages. In 2010 the costs amounted to some EUR 1.3 billion, with EUR 1 billion being covered by the public sector. Half of the costs belonged to social services, almost 40 per cent to law and order, and ca. 10 per cent to health care.

Finally, the article discusses how the monetary calculations of alcohol-related harms can be used in policy-making. It is emphasized that, as such, the magnitude of the costs is not a sufficient base for decisions. Rather these decisions are political by nature, aiming at an ethically and politically justified distribution of the calculated costs.

Marke Jääskeläinen & Pekka Hakkarainen

17 How much money did Finland spend on drug prevention and treatment in 2010?

This article looks at drug-related costs not only as a financial loss but also as a public investment. The use of drugs results in costs for law enforcement, social security and health care. These costs are paid by the public sector, i.e. taxpayers. Treatment of people suffering from drug addiction causes costs, but treatment may also be regarded as an investment in reducing and preventing other harms.

The drug-related costs to law and order, social services and health care amounted in 2010 to at least EUR 240 million. Law enforcement and crime prevention made up 55 per cent of this public cost, whereas drug treatment represented ca. 10 per cent of the costs.

In addition, the authors approach the cost issue from a citizen's view, using results from an Internet survey (n=832) aimed at inhabitants of Helsinki in 2008. Respondents were asked whether they are ready to pay for the treatment of drug users. The results show that a considerable portion of the respondents were willing to increase public expenditures in order to develop drug treatment.

Katariina Warpenius, Marja Holmila & Christoffer Tigerstedt

Conclusions

Focusing on the harms that alcohol and drugs have on those other than the substance abuser improves our understanding of the social dynamics of such harm, but it also yields further questions and possible conclusions concerning concepts, methodology, politics and ethics.

First, the harms-to-others perspective is based on a distinction between the "harming me" and the "harmed others". However, this dichotomy is misleading, since those harmed are not necessarily strictly innocent victims, but may be partly in charge of the social interaction resulting in harm.

Second, other factors than alcohol may be important in generating alcohol- and drug-related harm. Also, individuals' inclination to define harms as stemming from drinking or drug use, as well as their tolerance towards that harm may vary.

Third, the fact that alcohol- and drug-related harm is socially mediated should be taken seriously when preventing and regulating that harm. For example, what is the relation between universal control measures and preventive measures based on the specific conditions of local communities?

Fourth, what is the role of the harms-to-others perspective in mobilizing a political will to curb alcohol- and drug-related harms? Is there a risk that population-based measures, covering the whole population, are replaced by measures singling out and marginalising individual alcohol and drug users?

Finally, economic calculations of costs related to alcohol and drug use do not form an adequate basis for political decisions. Such decisions are always value-loaded, involving the question: to what extent is Finnish society willing to tolerate various kinds of alcohol- and drug-related harms?

Kirjoittajat

Ilona Autti-Rämö

LKT, lastenneurologian dosentti, tutkimusprofessori, Terveystutkimuksen päällikkö, Kansaneläkelaitos

Petri Böckerman

FT, erikoistutkija, Palkansaajien tutkimuslaitos

Harriet Finne-Soveri

LT, geriatrian dosentti, Helsingin yliopisto; yksikön päällikkö, THL

Maarit Gockel

LT, ylilääkäri, LähiTapiola Eläkeyhtiö

Pekka Hakkarainen

VTT, sosiologian dosentti, Turun yliopisto; osastojohtaja, THL

Tarja Heino

VTT, sosiaalityön, erityisesti lastensuojelun dosentti, Tampereen yliopisto; erikoistutkija, THL

Marja Holmila

VTT, tutkimusprofessori, THL

Petri Huhtanen

KTM, tutkija, THL

Antti Impinen

FT, erikoistutkija, THL

Maritta Itäpuisto

YTT, projektitutkija, Jyväskylän yliopisto

Sari Jokinen

FM, tutkija, THL

Marke Jääskeläinen

VTM, tutkija, Alkoholitutkimussäätiö; vieraileva tutkija, THL

Karoliina Karjalainen

TtT, erikoistutkija, THL; tutkijatohtori, terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto

Thomas Karlsson

VTM, tutkija, THL

Elina Kotovirta

VTT, erikoissuunnittelija, THL

Kristiina Kuusisaari

VTT, erikoistutkija, THL

Pirjo Lillsunde

FT, dosentti, tutkimuspäällikkö, THL

Anja Noro

THT, dosentti, tutkimuspäällikkö, THL

Irma-Leena Notkola

VTT, dosentti, päällikkö, Rekisteritutkimuksen tukikeskus ReTKi

Heidi Nyman

Tilastosuunnittelija, Eläketurvakeskus

Airi Partanen

THM, kehittämisspäällikkö, THL

Minna Piispa

VTT, dosentti, kehittämisspäällikkö, THL

Reetta Pösö

VTM, suunnittelija, Kansaneläkelaitos

Kirsimarja Raitasalo

YTT, erikoistutkija, THL

Mira Roine

YTM, kehitysjohtaja, A-klinikkasäätiö, Hämeen palvelualue

Jani Selin

YTT, tutkijatohtori, Jyväskylän yliopisto

Britta Sohlman

FT, kehittämisspäällikkö, THL

Kerstin Stenius

FT, tutkimuspäällikkö, THL

Janne Takala

VTM, projektikoordinaattori, A-klinikkasäätiö

Christoffer Tigerstedt

VTT, sosiologian dosentti, Åbo Akademi; yksikön päällikkö, THL

Antti Uutela

VTT, tutkimusprofessori, THL; kansanterveystieteen professori (20 %), Tampereen yliopisto

Anni Vilkkö

VTT, sosiaalipolitiikan dosentti, Helsingin yliopisto; erikoistutkija, THL

Katariina Warpenius

VTM, tutkija, THL

Esa Österberg

VTM, erikoistutkija, THL