

NÄKÖKULMIA

Lisääntyvätkö alkoholin terveyshaitat jatkuvasti?

Alkoholipoliittisessa keskustelussa on tapana sanoa, että alkoholin kokonaiskulutuksen ja alkoholin käyttöön liittyvien haittojen välillä vallitsee selvä joskaan ei välttämättä aivan suora riippuvuus. Tämän sanotaan koskevan erityisesti yhteen juomiskertaan liittyviä eli ns. akuutteja haittoja. Sen sijaan pitkäaikaiseen alkoholin käyttöön liittyvien terveydellisten haittojen sanotaan ilmenevän vasta useiden vuosien kuluttua. Tapana on myös väittää, että alkoholiin liittyvät terveydelliset haitat ovat jatkuvassa kasvussa.

Alkoholijuomien kulutus kasvoi Suomessa voi-

makkaasti 1960-luvun loppupuolelta vuoteen 1974 saakka ja on sen jälkeen pysytellyt samalla tasolla yhdeksän vuotta (kuvio 1). Millä tavalla alkoholin käyttöön liittyvät haitat ovat kehittyneet tänä aikana?

Kertakäytön haittoja kuvaavat meillä lähinnä päihtyneiden säilöönottoja, ilmitulleita liikennejuopumustapauksia, tieliikenneonnettomuuksia, väkivaltarikoksia sekä alkoholilainsäädäntöä vastaan tehtyjä rikoksia koskevat tilastot. Vaikka eri vuosien luvut eivät olekaan täysin vertailukelpoisia keskenään, mm. viranomaisten toimintatavoissa ilmenevien vaihtelujen vuoksi, ne antavat kuitenkin verraten hyvän yleiskuvan haittatilanteen muutoksista ja kehityssuunnista, kun niitä tarkastellaan riittävän pitkinä ajanjaksoina.

Vaikka myös monet muut tekijät vaikuttivat asi-

Taulukko 1. Alkoholin kulutuksen ja eräiden haittojen kehitys 1968—1983

vuosi	kulutus- 100 %:n alk./as.	päihtyneiden säilöönnotot	liikenne- juopumusta- paukset	alkoholitapaukset tieliikenne- onnettomuuksissa	pahoin- pitelyt
1968	2,88	149 057	6 889	2 101	— ²
1969	4,21	139 414 ¹	8 360	2 473	— ²
1970	4,30	175 160	9 289	2 765	11 172
1971	4,72	207 955	10 297	3 017	11 831
1972	5,10	208 154	11 462	3 313	12 496
1973	5,60	232 009	13 631	3 705	13 155
1974	6,45	288 227	16 558	3 621	13 656
1975	6,19	276 206	17 918	3 552	13 114
1976	6,31	232 446 ³	16 781	3 158	11 340
1977	6,38	246 946	20 156 ⁴	3 060	11 702
1978	6,22	217 524	19 931	3 004	11 749
1979	6,21	210 960	20 490	2 776	13 460
1980	6,31	207 864	20 970	2 694	13 959
1981	6,40	210 519	21 046	2 705	14 725
1982	6,35	214 946	21 419	2 963	15 719
1983	6,37	213 728 ⁵	23 056 ⁵	..	15 283 ⁵

¹ Juopumuksen rangaistavuus poistettiin 1.1.1969.

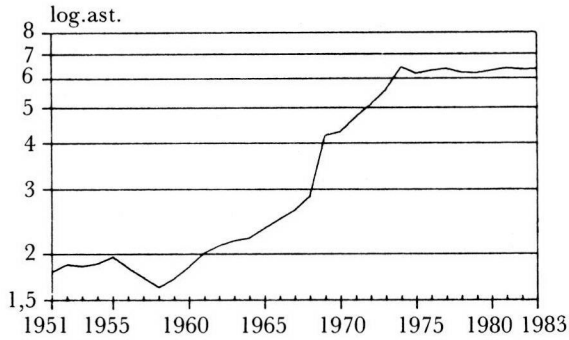
² Ei vertailukelpoisia lukuja (rikosnimikkeiden muutos 1970).

³ Poliisien lakko.

⁴ Lainsäädännön muutos 1.4.1977.

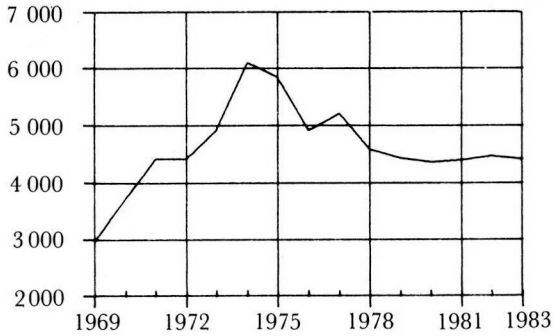
⁵ Ennakkotieto.

Kuvio 1. Alkoholijuomien kulutus nautintatarkoitukseen vuosina 1951—1983, litraa 100 %:n alkoholia asukasta kohden



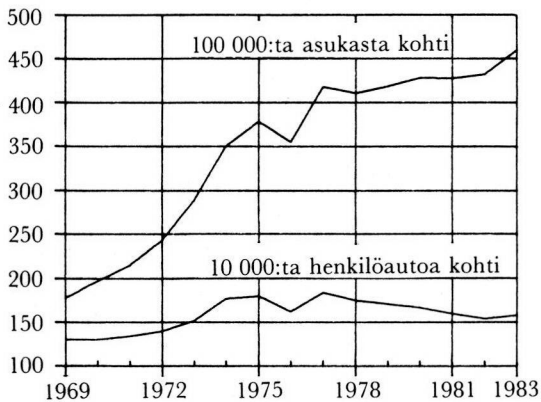
Lähde: Alkon hallintoneuvoston kertomus 1983, kuvio 4.

Kuvio 2. Päihtyneenä säilöön otetut vuosina 1969—1983, 100 000:ta asukasta kohden



Lähde: Alkon hallintoneuvoston kertomus 1983, kuvio 7.

Kuvio 3. Poliisin tietoon tulleet liikennejuopumustapaukset vuosina 1969—1983



Lähde: Alkon hallintoneuvoston kertomus 1983, kuvio 8.

aan, joka tapauksessa useimpien akuuttien haittojen määrä kasvoi samanaikaisesti alkoholin kulutuksen nousun kanssa 1960-luvun lopulta 1970-luvun puoliväliin saakka. Niinpä päihtyneiden säilöönotoissa saavutettiin tähänastinen huippu, 288 227, juuri alkoholin kulutuksen huippuvuonna 1974, samoin kuin pahoinpitelyjenkin ensimmäinen huippu 13 656; seuraavana vuonna oli liikennejuopumustapausten ensimmäinen huippuvuosi, 17 918 tapausta (taulukko 1).

Vuoden 1974 jälkeen säilöönottojen määrä alkoi voimakkaasti laskea (taulukko 1 ja kuvio 2). Liikennejuopumustapausten määrä alkoi yhden vuoden vähenemisen jälkeen uudelleen nousta, mikä johtuu mm. promillelainsäädännön voimaantulosta ja poliisin tehostuneesta toiminnasta. Laskettuna 10 000:ta henkilöautoa kohden poliisin tietoon tulleet tapaukset ovat vähentyneet vuoteen 1982, mutta ovat olleet vuodesta 1976 lähtien 100 000:ta asukasta kohden laskettuna kasvussa (kuvio 3). Pahoinpitelyjen kokonaismäärä alkoi vuosien 1975—1978 ”laskukauden” jälkeen uudelleen voimakkaasti kohota (taulukko 1).

Akuuteista haitoista siis päihtyneiden säilöönnotot ja todennäköisesti myös todellinen liikennejuopumus ovat vähentyneet alkoholin kulutuksen tasaantuttua. Sen sijaan pahoinpitelyt, joista vain osa, tosin huomattavan suuri osa, liittyy alkoholin käyttöön, ovat viime vuosinakin olleet kasvussa.

Alkoholin käyttöön liittyvistä terveydellisistä haitoista ei ole ollut käytettävissä jatkuvia tilastoja, tai ne valmistuvat jopa kolmen vuoden viipeellä. Niinpä Alkon hallintoneuvoston kertomuksessakin on tähän saakka jouduttu tyytymään vain kulloinkin käytettävissä olleiden erillistutkimusten antamien tietojen lainaamiseen. Kahtena viime vuonna kertomukseen on kuitenkin otettu tilasto alkoholin käyttöön liittyvien sairauksien hoitokerroista lääkintöhallituksen sairaalastapoisto-rekisterin mukaan, vaikka tuoreimmat tiedot ovat olleetkin saatavissa kertomusvuoteen nähden kaksi vuotta vanhoina. Vuoden 1983 hallintoneuvoston kertomukseen laadittu taulukko (taulukko 2) sisältää tiedot vuosilta 1969, 1975, 1979, 1980 ja tuoreimmalta saatavissa olleelta vuodelta 1981. Tilastoitaviksi sairauksiksi on otettu viisi alkoholin käyttöön liittyvää sairautta: alkoholismi, alkoholipsykoosi, alkoholimyrkytys, maksakirroosi ja haiman sairaudet. Tiedot koskevat kaikkia Suomen sairaaloissa hoidettuja ja sairaalasta hoidon jälkeen poistettuja näistä sairauksista kärsineitä potilaita.

Kuten taulukosta 2 havaitaan, alkoholismiin liittyviä hoitokertoja vuonna 1969 oli 7 610, mutta vuonna 1975 peräti 13 128 eli 72,5 prosenttia enemmän. Vuoteen 1981 määrä laski 9 114:ään eli 30,6

Taulukko 2. Hoitokertojen lukumäärä lääkintöhallituksen sairaalastapoisto-rekisterin mukaan vuosina 1969, 1975 ja 1979—1981

päädiagnoosi	1969	1975	1979	1980	1981
alkoholismi					
lukumäärä	7610	13128	10337	9264	9114
– 100 000:ta asukasta kohden	161,9	277,7	217,2	194,2	190,4
– naisten osuus, %	5,8	8,0	10,5	11,1	10,7
alkoholipsykoosi					
lukumäärä	815	1743	1452	1520	1553
– 100 000:ta asukasta kohden	17,3	36,9	30,5	31,9	32,4
– naisten osuus, %	8,6	9,3	11,8	13,2	13,2
alkoholimyrrytys					
lukumäärä	722	894	700	634	663
– 100 000:ta asukasta kohden	15,4	18,9	14,7	13,3	13,8
– naisten osuus, %	12,7	19,8	21,9	22,6	20,8
maksakirroosi					
lukumäärä	998	1128	1145	1240	1322
– 100 000:ta asukasta kohden	21,2	23,9	24,1	26,0	27,6
– naisten osuus, %	36,8	32,3	39,0	36,7	38,0
haiman sairaudet					
lukumäärä	1669	2913	2952	2955	2965
– 100 000:ta asukasta kohden	35,5	61,6	62,0	61,9	61,9
– naisten osuus, %	43,0	34,5	31,0	31,0	28,9

Lähde: Alkon hallintoneuvoston kertomus 1983, taulukko 13.

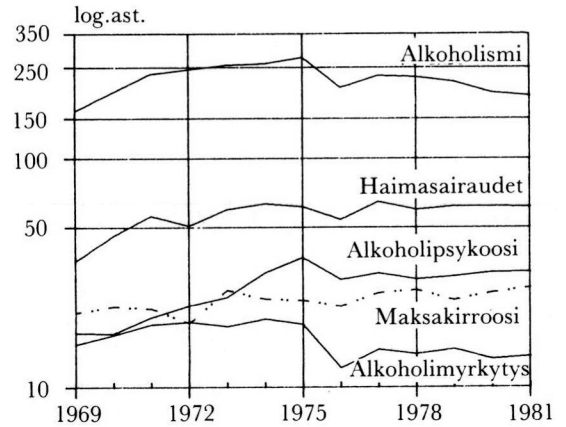
prosenttia.

Alkoholipsykoosiin liittyneiden hoitokertojen määrä kasvoi puolestaan 113,9 prosenttia vuodesta 1969 vuoteen 1975, minkä jälkeen se pienentyi vuoteen 1981 mennessä 10,9 prosenttia.

Myös alkoholimyrrytysten hoitotapaukset kasvoivat vuodesta 1969 vuoteen 1975 saakka 23,8 prosenttia ja haiman sairauksien hoitokerrat 74,5 prosenttia. Ensiksi mainittujen määrä on sittemmin huomattavasti laskenut ja jälkimmäisten pysynyt samalla tasolla.

Maksakirroosin hoitotapausten määrä kasvoi ensin 1970-luvun alkupuolella ja uudelleen vuosikymmenen loppupuolella ja on pysynyt sen jälkeen suunnilleen ennallaan.

Kuvio 4. Hoitokertojen lukumäärä lääkintöhallituksen sairaalastapoisto-rekisterin mukaan vuosina 1969—1981, 100 000:ta asukasta kohden



Lähde: Alkon hallintoneuvoston kertomus 1983, kuvio 10.

Yleisesti voidaan siis sanoa, että näiden tilastojen mukaan useimpien alkoholisairauksien hoitokertojen määrät kasvoivat samanaikaisesti alkoholin kulutuksen nousun kanssa 1970-luvun puolivälin paikkeille saakka, minkä jälkeen ne ovat alentuneet tai pysyneet suunnilleen ennallaan. Kehitys 100 000:ta asukasta kohden ilmenee myös kuviosta 4.

Näiden tietojen valossa tarkastellen alkoholin käyttöön liittyvät terveydelliset haitat ovat toki suuret. Mutta ne eivät näytä kasvaneen 70-luvun puolivälin jälkeen alkoholin kulutuksen kasvun tasaannuttua. Toisin sanoen, eikä pidäkään paikkaansa alussa lainaamani yleinen hokema: ”alkoholin terveydelliset haitat ilmenevät vasta vuosien kuluttua”? Entä johdetaanko kansaa harhaan esittämällä julkisuudessa jatkuvasti, että ”terveydelliset alkoholihaitat kasvavat vuosi vuodelta”? (Aivan samoinhan on toistettu, että alkoholin kulutus on lisääntynyt koko ajan, vaikka kasvussa on ollut peräti yhdeksän vuoden paussi!) Kuka selvittäisi, mikä on totuus?

Kirjallisuus

Ahlström-Laakso, Salme & Österberg, Esa: Alkoholihaitat alkoholikontrollipolitiikan näkökulmasta: viralliset haittaosoittimet alkoholihaittojen kehityksen kuvaajina. Alkoholipoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimusseloste 116. Helsinki 1978

Oy Alko Ab:n hallintoneuvoston kertomukset alkoholi-
olojen kehityksestä vuosina 1969—1983. Helsinki
1970—1984

Haaranen, Asko: Muutoksia Alkon hallintoneuvoston
kertomuksessa. Alkoholipolitiikka 48(1983): 4, 232—236.
Asko Haaranen

Addiktioit ja niiden hoito

Kymmenen viime vuoden aikana addiktioita (voimaperäistä himoa, riippuvuutta) koskevassa yhteiskunnallisessa ajattelussa on tapahtunut eräitä olennaisia muutoksia. Kysymyksiä, joita ennen tarkasteltiin aine- ja yksilökohtaisesti ulkoa tulevan hoidon tai kontrollin ongelmina, on nyttemmin alettu tarkastella yleisemmästä kansanterveydellisestä ja ennalta ehkäisevästä näkökulmasta. Samalla on alettu uudella tavalla arvostaa ja hyödyntää yksilön kykyä itse puuttua ongelmakäyttöön. Tämä luottamus ihmisten kykyyn tunnistaa ja voittaa riippuvuutensa heille tarjottavien tietojen, taitojen ja sosiaalisen tuen avulla oli myös se taustaideologia, jonka varaan rakentui North Berwickissä Skotlannissa elokuussa 1984 järjestetty addiktiivisten käyttäytymismuotojen hoitoa koskeva konferenssi, johon osallistui noin 200 terapeuttia ja tutkijaa 19 maasta.

Konferenssin teemana oli *addiktiokäyttäytyminen*. Addiktiota voi syntyä monenlaisiin asioihin: tupakkaan, alkoholiin, heroiniin, uhkapeliin, melkein mihin tahansa. Vaikka näiden riippuvuuksien elimelliset, psyykkiset ja yhteisölliset seuraukset voivat olla varsin erilaisia, niiden kehityksessä ja hoidossa on paljon yhteistä. Konferenssin tavoitteena oli siten nivoa yhteen eri aloilta kertynyttä tietoa ja jäsentää erilliset tutkimukset yhtenäiseen, koko muutosprosessin kattavaan viitekehykseen. Tässä pyrkimyksessä ei ole ihmettelemistä, koska tähän mennessä on erilaisia oman ”tavaramerkkinsä” omaavia terapiamuotoja kehitetty erään arvion mukaan jo noin 170! Tämä johtunee siitä, että tutkimuksen ja uusien hoitosysteemien rahoituksesta käydään kovaa kilpailua, mikä näyttää ”luonnonvoimaisesti” tuottavan yhä uusia ”terapiatuotteita”. Niiden välisten teoreettisten yhtymäkohtien jäsentäminen on kuitenkin hitaampi prosessi, jossa ollaan vielä monessa suhteessa alkutekijöissä. North Berwickin konferenssin henki oli kuitenkin se, että näitä yhteyksiä samoin kuin kytkentöjä omaehtoiseen muutosprosessiin halutaan todella löytää ja joiltakin osin siinä ollaan myös onnistuttu.

Muutoksen vaihemalli

Konferenssin lähtöluvut esitti USA:n James O. Prochaska alustaessaan yhdessä Carlo DiClementen kanssa kehittämästään muutoksen vaihemallista. Mallin lähtökohtana on toiminut laaja tupakoinnin omin avuin lopettaneisiin kohdistunut tutkimus, jota on tarkennettu myös muilla aineistoilla. Malli koostuu sarjasta vaiheita, joiden kautta yksilö kulkee muutosprosessin aikana. 1) *Pohdiskelua edeltävässä* (precontemplative) *vaiheessa* yksilö ei vielä tunnista muuttamisen tarvetta. 2) *Pohdiskeluvaiheessa* ongelma tulee ajankohtaiseksi. Yksilö on tällöin altis käyttämään menetelmiä, jotka lisäävät hänen tietoisuuttaan ongelman luonteesta ja vakavuudesta. 3) *Aktiivisen toiminnan vaiheessa* (action stage) yksilö ryhtyy toimenpiteisiin saadakseen muutoksen aikaan. Tässä ja myös edellisessä vaiheessa hän arvioi itseään uudelleen suhteessa ongelmaan. Hän vakuuttaa itselleen, että muutos on mahdollinen, ja välttää niitä tekijöitä, jotka johtavat ongelmakäyttäytymiseen. Tässä vaiheessa tarvitaan tavallista enemmän toisten ihmisten tukea, joko ammattiapua tai muita myötämielisiä, jotka ovat valmiita kuuntelemaan ja auttamaan. Lopulta yksilö etenee 4) *ylläpitovaiheeseen*, jossa perustehtävänä on läpikäydyn muutoksen turvaaminen. Tässä vaiheessa turvaudutaan eniten vaihtoehtoihin toimintoihin ja yritetään edelleen välttää houkuttelevia johtavia ärsykeitä. Prochaska ja DiClemente korostavat, että ylläpitovaihe edellyttää yhä aktiivista suhdetta asiaan eikä vain tapahtuneen muutoksen passiivista säilyttämistä. On esimerkiksi arvioitu, että tupakan houkuttelevuuden häviämiseen kuluu keskimäärin neljä vuotta. Jos ylläpito ei onnistu, henkilö retkahtaa ja kehä alkaa jälleen pohdiskeluvaiheesta (ks. esim. Prochaska & DiClemente 1983).

Alustuksessaan Prochaska kertoi alun perin oletetun, että päätöksenteko muodostaisi oman vaiheen ennen toimintaan siirtymistä. Itsenäistä päätöksentekovaihetta ei voitu kuitenkaan erottaa, vaan päätöstä ilmaisevia lausumia esiintyi sekä pohdiskelussa että toimintavaiheessa. Tulokset viittasivat siihen, että päätös ei realisoitu, ellei jotain toimintaa ole jo tapahtunut.

Prochaska ja DiClemente korostavat, että kussakin vaiheessa on käytettävä siihen sopivaa väliintulomenetelmää. Esimerkiksi pohdiskelua edeltävässä vaiheessa oleva torjuu muutosehdotukset, koska hän ei näe niiden mieltä. Ensin hänet on saatava ylipäänsä ajattelemaan omaa tilaansa, terveyttään, työkykyään, ihmissuhteitaan tai muita ongelmasta hälyttäviä seikkoja. Vasta sen jälkeen muutosehdotuksilla voi olla mahdollisuus mennä perille. Väliintulomenetelmiä on siten käytettävä joustavasti kun-