

Vaikuttavaa alkoholipolitiikkaa

Katsaus Maailman terveysjärjestö WHO:n
alkoholipoliittisiin suosituksiin





Teksti: EHYT ry

Taitto: Inari Savola / Noon Kollektiivi

© Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry, Helsinki, Suomi, 2022

Sisältö

Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry:n esipuhe	5
Maailman terveysjärjestö WHO:n esipuhe	7
Tehokkaat toimenpiteet tunnetaan,	
mutta niiden käyttöönottoa karsastetaan	7
Vaikuttava alkoholipolitiikka on yhteistyötä	8
Alkoholinkulutus ja alkoholihaitat	9
Suomalaisten alkoholinkulutus	9
Alkoholihaitat	11
<i>Puheenvuoro – Lauri Beekmann: Alkoholit ja syövä</i>	14
<i>Puheenvuoro – Tim Stockwell: Vaiettu pandemia</i>	17
Mitä alkoholipolitiikalla tarkoitetaan?	21
Alkoholipolitiikka Suomessa	21
Alkoholipolitiikan haasteet	22
Maailman terveysjärjestö WHO:n alkoholipoliittiset linjaukset	23
Global strategy to reduce the harmful use of alcohol	23
European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020	24
Making the European Region Safer: Developments in Alcohol Control Policies, 2010–2019	24
Alkoholipolitiikan best buy -menetelmät	26
Vaikuttavat alkoholipoliittiset keinot yhteiskuntatasolla	27
Alkoholijuomien verotus ja hinnoittelu	27
Alkoholijuomien saatavuuden sääntely	29
Alkoholin markkinointi ja mainonta	34
<i>Puheenvuoro – Robin Room: Valtion alkoholimonopolit kansanterveyden ja hyvinvoinnin edistämisen välineenä</i>	38
<i>Puheenvuoro – Nijole Gostautaitte Midttun: Alkoholipolitiikkaa Liettuassa</i>	42

<i>Puheenvuoro – Eric Carlin: Kohti vahvempaa alkoholipolitiikkaa – toiveikkaana, mutta varauksella</i>	46
<i>Puheenvuoro – Florence Berteletti: Alkoholit eivät ole tavallinen kulutushyödyke</i>	50
Ehkäisevä päihdetyö	53
Muita toimenpiteitä alkoholihaittojen ehkäisemiseksi	56
Liikenneturvallisuus	56
Päihdekasvatus	57
Päihdehaittojen ehkäisy työelämässä	58
Varhainen tunnistaminen ja hoitoonohjaus	59
Alkoholi ja kestävä kehitys	60
<i>Puheenvuoro – Maik Dünnbier: Alkoholipoliittiset ratkaisut keskeisessä roolissa kestävä kehityksen tavoitteiden saavuttamisessa</i>	61
Jälkisanat: Pekka Puska	66
Lähteet	68
Kansainvälisten puheenvuorojen kirjoittajat	74
Liitteet	77



Ehkäisevä päihdetyö

EHYT ry:n esipuhe

Tämä raportti tuo suomalaiseen keskusteluun tietoa kansainvälisistä vaikuttavista ja tutkimukseen perustuvista alkoholipoliittisista toimenpiteistä. Erityisesti tarkastelussa ovat Maailman terveysjärjestö WHO:n alkoholihaittojen ehkäisyä koskevat suositukset. Mukana on myös puheenvuoroja tunnetuilta kansainvälisiltä asiantuntijoilta.

Alkoholi vaikuttaa kielteisesti fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen, turvallisuuteen, sosiaalisiin suhteisiin ja järjestelmiin, toimeentuloon ja tuottavuuteen. Kaikkiaan se kasvattaa eriarvoisuutta ja aiheuttaa valtavia yhteiskunnallisia kustannuksia inhimillisen kärsimyksen lisäksi. Suomessa alkoholi on merkittävä taustasy väestöryhmien välisten terveyserojen takana.

Alkoholin aiheuttamia haittoja voidaan ehkäistä ja vähentää. Alkoholipoliittisia toimia tarvitaan yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatasoilla (liite 1). Alkoholihaittojen ehkäisy on myös osa laajempaa sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävästä kehityksestä. Tässä raportissa keskitytään erityisesti yhteiskuntatasoon, mutta lopussa on koottu myös yhteisöjen ja yksilöiden parissa tehtäviä toimia.



Vuonna 2021 julkaistiin kansallinen päihde- ja riippuvuusstrategia, jossa asetetaan tavoitteita vuoteen 2030 asti. Tavoitteissa sitoudutaan muun muassa vähentämään alkoholin kokonaiskulutusta ja alkoholikuolleisuutta ja käyttämään hyväksi tehokkaimpia alkoholipoliittisia keinoja. Yhteiskuntatasolla keskiössä ovat edelleen vaikuttaminen alkoholin saatavuuteen, hintaan ja mainontaan. Näiden politiikkatoimien vaikuttavuudesta on näyttöä, eivätkä ne sulje pois tärkeää työtä myös yhteisö- ja yksilötasoilla.

Haluamme kiittää kaikkia raportin työstämiseen osallistuneita asiantuntijoita sekä kirjoittamisesta vastannutta Niina-Maria Nissistä. Toivomme, että tästä Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry:n julkaisusta on laajasti hyötyä alkoholipoliittisten kysymysten parissa toimiville ammattilaisille ja päättäjille. Tavoitteemme on, että alkoholin käytöstä aiheutuisi mahdollisimman vähän haittoja ihmisille, heidän läheisilleen ja koko yhteiskunnalle.

Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry

Juha Mikkonen

Marja Pakarinen

Ehkäisevä päihdetyö koskettaa meitä kaikkia. Päihde- tai rahapeliongelma varjostaa monien elämää tavalla tai toisella, vaikka itsellä ei näitä ongelmia olisikaan. Ennaltaehkäisy on tehokkain tapa torjua ongelmia niin yhteiskunnan kuin yksilöiden tasolla. Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry toimii koko maassa ja koko väestön parissa terveiden elämäntapojen edistämiseksi. Alkoholiin, nikotiini- ja huumeisiin liittyvän ehkäisevän työn ohella EHYT ry ehkäisee pelaamisesta syntyviä haittoja. Päihdetyö on alati kehittyvää ja muuttuvaa. Siksi tarvitaan myös uudenlaisia keinoja ja lähestymistapoja. EHYTin rooli on tarjota uusinta tutkittua ja luotettavaa tietoa niin päihdetyön kuin päätöksenteon tueksi. Vain tällä tavalla varmistamme jatkuvuuden ja tehokkaan tavan torjua haittoja, jotka koskettavat koko yhteiskuntaa. Ehkäistään päihde- ja peliongelmia jo ennen kuin ne syntyvät.

Maailman terveysjärjestö WHO:n esipuhe

Alkoholi ei ole tavanomainen kulutushyödyke. Alkoholi on riskitekijä, jonka rooli sairauksien synnyssä, loukkaantumisissa, vammautumisissa ja kuolemantapauksissa on merkittävä. Alkoholi vastaa noin viittä prosenttia maailman tautitaakasta ja aiheuttaa noin kolme miljoonaa kuolemaa vuosittain. Alkoholi on este myös keskeiselle kehitykselle ja tarttumattomien tautien ehkäisylle.

Maailman terveysjärjestö WHO:n Euroopan toimiston alueella käytetään eniten alkoholia maailmassa, minkä vuoksi myös alkoholihaitat ovat täällä suurimmat: 40 % terveysongelmista ja ennenaikaisista kuolemista Euroopassa johtuu kolmesta vältettävissä olevasta riskitekijästä, alkoholista ja tupakasta sekä liikenneonnettomuuksista, jotka puolestaan useimmiten johtuvat alkoholista (WHO, 2012).

Alkoholi aiheuttaa haittaa myös muille kuin juojalle itselleen. Alkoholi kasvattaa väkivallan kohteeksi joutumisen riskiä julkisilla paikoilla ja heikentää yleistä liikenneturvallisuutta. Alkoholi lisää perhe- ja lähisuhdeväkivaltaa sekä lastensuojeluongelmia, kun hoivaa ja huolenpitoa laiminlyödään alkoholinkäytön seurauksena. Alkoholista aiheutuu myös huomattavia yhteiskunnallisia kustannuksia.

Tehokkaat toimenpiteet tunnetaan, mutta niiden käyttöönottoa karsastetaan

Alkoholinkäyttöön liittyviä terveys- ja sosiaalihaittoja sekä yhteiskunnallisia ongelmia voidaan vähentää tehokkaasti ottamalla käyttöön näyttöön perustuvia, vaikuttavia alkoholipoliittisia toimenpiteitä. Näillä toimenpiteillä on mahdollista sekä lisätä väestön terveyttä ja hyvinvointia että säästää terveys- ja sosiaalikuluissa. Vaikuttavilla alkoholipoliittisilla toimenpiteillä voidaan myös edistää työllisyyttä, tuottavuutta sekä taloudellista ja sosiaalista yhdenvertaisuutta.

Vaikka meillä on tutkimustietoa sekä alkoholin haitoista että vaikuttavista alkoholipoliittisista toimenpiteistä haittojen vähentämiseksi, harva maa on ottanut keinoja käyttöön. Edes alkoholin kulutuksen vähentäminen ei yllä Euroopassa kansanterveydellisten prioriteettien kärkeen. Eli työtä aiheen parissa riittää.

Vaikuttava alkoholipolitiikka on yhteistyötä

WHO Euroopan aluetoimisto tukee jäsenmaitaan kansainvälisesti tunnettujen, vaikuttavien alkoholipoliittisten toimenpiteiden käyttöönotossa kansalliset olosuhteet huomioiden. Avainasemassa alkoholinkulutuksen ja alkoholihaittojen vähentämisessä ovat jäsenmaiden hallitukset ja julkisen sektorin toimijat. Vaikuttava alkoholipolitiikka ja alkoholihaittojen ehkäisy edellyttävät kuitenkin yhteistyötä eri sidosryhmien kanssa. Tämän yhteistoiminnan keskiössä ovat kansalaisjärjestöt ja ne yksityisen sektorin toimijat, jotka edistävät kansanterveydellisiä tavoitteita, eivätkä aja omaa etuaan.

WHO Euroopan aluekomitean kumppanina Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry on sitoutunut WHO:n toimintaan alkoholihaittojen vähentämiseksi Euroopassa. Tukemalla tiedonvaihtoa näyttöön perustuvista, vaikuttavista alkoholipoliittisista toimenpiteistä EHYT ry on mukana edistämässä käytänteitä, jotka asianmukaisesti toimeenpantuna auttavat pelastamaan miljoonia ihmishenkiä.

Carina Ferreira-Borges

Ohjelmajohtaja, Alcohol and Illicit Drugs

WHO European Office for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases



Alkoholinkulutus ja alkoholihaitat

Suomalaisten alkoholinkulutus

Alkoholi aiheuttaa huomattavia kansanterveydellisiä ja taloudellisia haittoja. Alkoholinkäytöstä aiheutuviin haittoihin vaikuttaa käytetyn alkoholin kokonaismäärä ja juomatapa, eli se, kuinka usein alkoholia juodaan, kuinka paljon ja millaisissa tilanteissa.

Alkoholin kokonaiskulutus pitää sisällään tilastoidun kulutuksen ja niin kutsutun tilastoimattoman kulutuksen. Alkoholijuomien tilastoitu kulutus koostuu Suomessa tapahtuvasta anniskelukulutuksesta ja vähittäiskulutuksesta. Anniskelukulutuksella tarkoitetaan anniskeluravintoloissa tapahtuvaa alkoholijuomien myyntiä. Vähittäiskulutuksella puolestaan viitataan Alkon myymälöistä sekä alkoholijuomia myyvästä elintarvikeliikkeistä, kioskeista ja huoltoasemilta hankittuihin alkoholijuomiin.

Suomessa alkoholijuomien kulutus painottuu vähittäiskulutukseen. Tilastoitua kulutusta tarkasteltaessa eniten kulutetaan oluita (46 %), väkeviä alkoholijuomia (21 %) sekä mietoja viinejä (21 %) (THL, 2021a). Niin kutsutulla tilastoimattomalla kulutuksella tarkoitetaan sellaista alkoholinkulutusta, joka ei näy virallisissa tilastoissa, kuten matkustajatuontia tai alkoholin kotivalmistusta.

Vaikka suomalainen alkoholin kokonaiskulutus, eli tilastoitu kulutus ja arvioitu tilastoimaton kulutus jokaista 15 vuotta täyttäneeltä asukasta kohti, on eurooppalaisista keskiarvoa, on juomatavoissa eroja: suomalaisten kertakulutus on runsaampaa, eli juomatavat ovat humalahakuisempia verrattuna muihin Euroopan maihin (THL, 2013a).

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) vuonna 2018 julkaiseman juomatapatutkimuksen tulokset osoittavat alkoholin riskikäytön, eli runsaan alkoholin viikkokulutuksen tai humalajuomisen olevan edelleen yleistä Suomessa. Tutkimuksen mukaan 78 % kaikesta juodusta alkoholista kuluu riskikäyttöön. Tulosten mukaan 13 % väestöstä käyttää alkoholia siten, että heillä on suurentunut riski altistua pitkäaikaisille alkoholien aiheuttamille terveyshaitoille (taulukko 1) (THL, 2018.).

Suomalaisten alkoholinkulutus kasvoi merkittävästi vuodesta 1960 vuoteen 2007, jonka jälkeen alkoholijuomien kulutuksessa on kuitenkin nähty laskua.

Taulukko 1. Alkoholinkäytön luokat ja riskirajat (Päihdelinkki, 2015; THL, 2021c)

Luokka	Määritelmä	Alkoholinkäytön rajat
Absolutismi	Henkilö ei käytä lainkaan alkoholia	
Kohtuukäyttö	Alkoholin käyttömäärät ja käyttötapa ovat sellaisia, joissa haittojen todennäköisyys on pieni	Vähäinen riski: - Miehet: enintään 2 annosta* päivässä - Naiset: enintään 1 annos päivässä
Ongelmakäyttö	a. Riskikäytön rajat ylittyvät, mutta merkittäviä haittoja tai riippuvuutta ei ole. b. Selviä fyysisiä tai psyykkisiä haittoja ilmenee, mutta ei riippuvuutta. c. Juomatapa täyttää tietyt diagnostiset kriteerit.	Kohtalainen riski: - Miehet: jatkuvasti yli 14 annosta viikossa - Naiset: jatkuvasti yli 7 annosta viikossa Korkea riski: - Miehet: viikossa 23–24 annosta tai enemmän - Naiset: viikossa 12–16 annosta tai enemmän
*) Yksi alkoholiannos on 33 cl keskiolutta, 12 cl viiniä tai 4 cl väkeviä.		

Vuonna 2019 alkoholijuomien kokonaiskulutus oli 9,8 litraa sataprosenttista alkoholia jokaista 15 vuotta täyttänyttä asukasta kohti, kun se esimerkiksi vuonna 2007 oli 12,0 litraa (Jääskeläinen & Virtanen, 2021).

COVID-19 -pandemian (koronapandemia) myötä muun muassa ravintoloiden ja anniskeluravintoloiden aukioloaikoja rajoitettiin, ja matkustamista kehoitettiin välttämään. Koronapandemian rajoitustoimet vaikuttivat suomalaisten alkoholinkäyttöön, jonka on arvioitu vähentyneen ensimmäisenä pandemiavuonna 5,2 %. Vuonna 2020 alkoholijuomien kokonaiskulutus oli 9,2 litraa sataprosenttista alkoholia jokaista 15 vuotta täyttänyttä asukasta kohti (Jääskeläinen & Virtanen, 2021; Mäkelä ym., 2021).

Myös alkoholin hankintatavoissa nähtiin muutos koronapandemian myötä. Vuoden 2020 aikana alkoholijuomien myynti kasvoi vähittäiskaupoissa ja Alkon myymälöissä arviolta 7,3 %, kun taas alkoholin matkustajatuonti ja anniskeluravintoloiden myynti vähenivät. Arviot osoittavat myös internetin kautta ulkomailta tilattujen alkoholijuomien määrän lisääntyneen (Mäkelä ym., 2021).

Koronapandemia ja poikkeusolot ovat vaikuttaneet eri alkoholin kuluttajaryhmien ja väestöryhmien välisiin eroihin suhteessa alkoholinkulutukseen ja alkoholihaittoihin (EHYT, 2021; Mäkelä ym., 2021). Näyttö osoittaa, että koronapandemian myötä alkoholinkulutus on lisääntynyt niissä ryhmissä, joissa alkoholia on kulutettu paljon jo ennen pandemiaa. Vastaavasti kulutus on vähentynyt niiden keskuudessa, jotka ovat käyttäneet alkoholia vähän jo ennen pandemiaa (Rossow ym., 2021).

Suomalaisten alkoholinkulutuksen vähenemistä viimeisten vuosien aikana selittävät useat eri tekijät, esimerkiksi alkoholiveron korotukset vuosina 2008–2018, taloudellinen kehitys sekä juomakulttuurissa tapahtuneet muutokset (THL, 2021a).

Alkoholihaitat

Alkoholihaitat koskettavat niin yhteiskuntaa kuin yksilöitä. Alkoholinkäytöstä aiheutuviin haittoihin vaikuttavat käytetyn alkoholin kokonaismäärä sekä juomatapa, eli se, kuinka usein, kuinka paljon ja millaisissa tilanteissa alkoholia juodaan (THL, 2013a). Esimerkiksi alkoholikuolemat ja alkoholin kokonaiskulutus ovat selkeässä ja kiinteässä yhteydessä toisiinsa (kuvio 1).

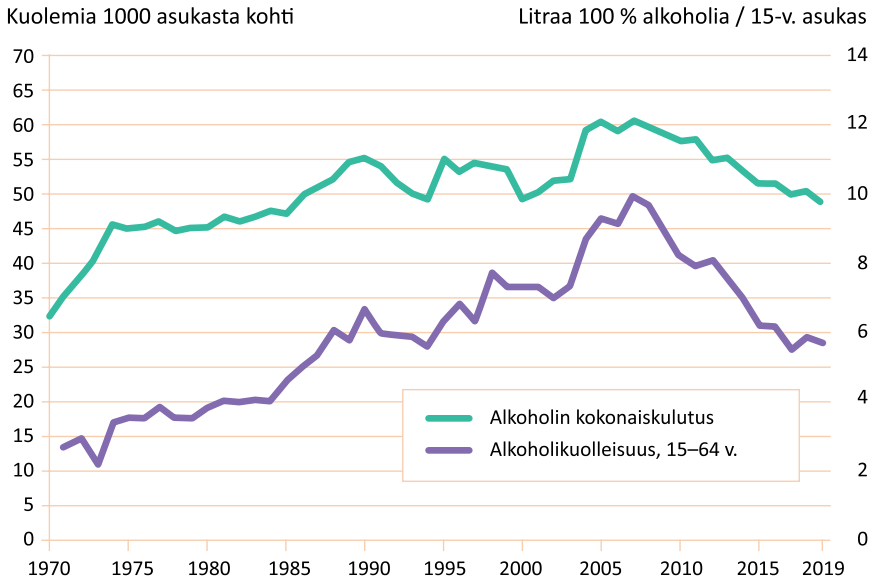
Yksilötasolla alkoholihaitat voivat liittyä kertakulutuksesta aiheutuviin akuutteihin haittoihin, kuten tapaturmiin, pahoinpitelyihin tai alkoholimyrkytyksiin. Haitat voivat liittyä myös pitkäaikaisesta alkoholinkäytöstä aiheutuviin kroonisiin haittoihin. Pitkäaikainen alkoholinkäyttö voi kehittää toleranssia, ja riippuvuutta aiheuttavana aineena säännöllinen käyttö voi johtaa alkoholiriippuvuuteen (THL, 2013a; WHO, 2018a).

Alkoholi on myös merkittävä terveyden vaarantava riskitekijä, sillä pitkäaikainen alkoholinkäyttö altistaa esimerkiksi maksasairauksille, haimatulehdukselle, mielen terveyden häiriöille, muisti- ja unihäiriöille sekä sydämen toimintahäiriöille (THL, 2013a). Alkoholi on niin ikään luokiteltu syövän riskitekijäksi, ja syöpärisiä lisää jo melko vähäinen alkoholinkäyttö (WHO, 2020c; Rungay ym., 2021). Alkoholin pitkäaikaiseen käyttöön liittyvät terveydelliset haitat aiheuttavat myös merkittävän osan alkoholikuolemista. Pitkään jatkuneen käytön lisäksi humalatiila, sen aikaiset akuutit tapaturmat ja alkoholimyrkytykset lisäävät kuoleman riskiä. (WHO, 2018a).

Alkoholin haittavaikutukset eivät rajoitu vain alkoholia käyttävään henkilöön, vaan se aiheuttaa haittaa myös muille (kuva 1). Sekä alkoholia juovan henkilön lähiympäristö, kuten puoliso, lapset ja työkaverit että ulkopuoliset henkilöt voivat kuormittua alkoholihaitoista esimerkiksi kasvaneen tapaturma- ja perheväkivallan riskin tai vaikeutuneen perhetilanteen myötä (THL, 2013b). On arvioitu, että Suomessa 65 000–70 000 lasta elää perheessä, jossa vähintään toisella vanhemmalla on vakava

päihdeongelma (Raitasalo, 2018). Haittavaikutukset kohdistuvat myös työyhteisöihin, sosiaali- ja terveyspalveluihin sekä koko kansantalouteen (THL, 2013b).

Kuvio 1. Alkoholiuolleisuus ja alkoholin kokonaiskulutus Suomessa vuosien 1970 ja 2019 välillä (*alkoholin kokonaiskulutuksen tilastointitavan muutos vuodesta 2000 alkaen). (Suomen virallinen tilasto, 2019).



Yhteiskuntatasolla alkoholin käyttö aiheuttaa kansantaloudellisia kustannuksia, joista valtaosa kohdistuu julkiselle sektorille, eli valtion ja kuntien maksettavaksi. Alkoholin aiheuttamat haittakustannukset kohdistuvat muun muassa terveys- ja sosiaalipalveluihin, toimeentulotukeen, työkyvyttömyyseläkkeisiin, sairauspäivärahoihin sekä yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpitämiseen.

On arvioitu, että vuonna 2010 alkoholinkäyttöön liittyvät haittakustannukset olivat kokonaisuudessaan noin 1,3 miljardia euroa, josta noin miljardi kohdistui valtion ja kuntien maksettavaksi (THL, 2013a). Arvio on kuitenkin todellisuudessa suurempi, sillä se sisältää vain kustannukset, joissa syy-yhteys alkoholiin on kirjattu. Näin ollen haittakustannusarviosta jäävät pois kustannukset, jotka aiheutuvat alkoholista välil-

lisesti, kuten esimerkiksi alkoholista johtuvat syövät, sydän- ja verisuonisairaudet tai alkoholiongelmista johtuva työttömyys.

Usein alkoholin terveyshaitat ja suurempi kuolleisuus kasautuvat niille, joilla on heikompi sosioekonominen asema, tai joilla on myös muita terveyteen tai hyvinvointiin liittyviä ongelmia ja riskejä (THL, 2013a). Alkoholi onkin keskeinen terveyseroja eri tuloryhmien välillä selittävä tekijä. Esimerkiksi elinajanodote vaihtelee suuresti taloudellisesta tilanteesta riippuen: ero ylimmän ja alimman tulokymmenyksen välillä on miehillä 10,6 vuotta ja naisilla 5,6 vuotta. Myös kuolleisuudessa on merkittäviä eroja tuloryhmien välillä, mitä selittävät pääasiassa heikommassa taloudellisessa tilanteessa olevien alkoholikuolemat (Jokela ym., 2021).

Alkoholin haitat muille kuin käyttäjälle itselleen



Lähde: Alcohol and society (2015), IOGT-NTO and the Swedish Society of Medicine in cooperation with Forum Ansvar.

Kuva 1. Alkoholin haittoja muille kuin käyttäjälle itselleen.

Puheenvuoro – Lauri Beekmann:

Alkoholi ja syöpä

Olin muutama vuosi sitten puhumassa alkoholijuomien alkoholimerkinnöistä kuluttajansuojaa käsittelevässä seminaarissa. Tarkastelin puheenvuorossani alkoholin ja syövän yhteyttä. Toinen puhujista oli 90-lukulainen eurooppalainen sosiaali- ja terveysministeri, entinen kansanedustaja ja Euroopan parlamentin jäsen. Kahvitauon aikana hän tuli luokseni ja kertoi nyt kuullensa ensimmäistä kertaa alkoholin syöpäriskistä.

Korkeasti koulutettu poliitikko, joka on ollut vastuussa maansa terveysasioista, ei ollut tietoinen siitä, että alkoholi aiheuttaa syöpää!

Alkoholi on huonosti tunnettu riskitekijä

Useat kansalliset tutkimukset vahvistavat, että tietoisuus alkoholin osuudesta erilaisen syöpien synnyssä on hälyttävän alhainen. Tanskan syöpäyhdistyksen tuoreessa tutkimuksessa kävi ilmi, että vain 22 % vastaajista osasi oma-aloitteisesti yhdistää alkoholinkäytön kohonneeseen syöpärisktiin. Asiasta suoraan kysyttäessä alle puolet (45 %) tunnisti alkoholin ja syövän yhteyden. (Thomsen ym., 2020.)

”Valtaosa ihmisistä ei tiedä, että alkoholi on karsinogeeni ja aiheuttaa syöpää.”

Norjassa Sentio for Actis:n vuonna 2016 toteuttama kyselytutkimus osoitti, että 70 % kyselyyn vastanneista naisista ei ollut tietoisia alkoholin ja syövän välisestä yhteydestä. Vastaavasti Suomessa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2018 julkaiseman Näin Suomi juo -raportin mukaan vain 37 % kyselyyn vastanneista oli täysin samaa mieltä väitteen ”alkoholinkäyttö lisää syöpäriskiä” kanssa (THL, 2018).

Tutkimustulosten valossa voimme siis todeta, että valtaosa ihmisistä ei tiedä, että alkoholi on karsinogeeni ja aiheuttaa syöpää. Toisekseen, ymmärrys alkoholin ja syövän yhteyden vahvuudesta vaihtelee, vaikka se tunnistettaisiinkin.

Mitä me voimme tehdä?

Olemme kaikki varmasti tietoisia terveellisen elämän peruspilareista, mutta valintamme tai elämäntapamme valitettavan harvoin rakentuvat niiden varaan. Siksi pelkkä tietoisuuden lisääminen ei riitä, vaan meidän tulee lisätä ymmärrystä, jotta tieto omaksutaan.

Alkoholinkulutusta voidaan vähentää alkoholipoliittisilla toimenpiteillä, vaikka ihmiset eivät vähentämiseen oma-aloitteisesti sitoutuisikaan. Poliittiset keinot, kuten verojen korottaminen, saatavuutta rajoittavat toimenpiteet ja alkoholimainonnan kieltö, ovat osoittautuneet tehokkaiksi tavoiksi vähentää alkoholinkulutusta ja siitä aiheutuvia haittoja.

”Yleisen tietämyksen ollessa näin alhaisella tasolla syöpäriskistä kertovien varoitusmerkintöjen pitäisi olla itsestäänselvyys.”

Kun kulutustaso laskee, vähenevät myös alkoholihaitat, ja kuten RAND Corporationin julkaisemassa raportissa osoitetaan, alkoholihaitat lisääntyvät, mikäli kulutus kasvaa: raportin mukaan 1 % nousu alkoholinkulutuksessa henkeä kohti vuodessa lisää kuolemaan johtavia liikenneonnettomuuksia 0,85 %, liikenteessä tapahtuvia loukkaantumisia 0,61 % ja maksakirroosien ilmaantuvuutta 0,37 % (Rabinovich ym., 2009).

Alkoholiperäisten syöpien vähentämiseksi jokaisen maan tulee sitoutua vaikuttavien alkoholipoliittisten toimenpiteiden käyttöönottoon ja täytäntöönpanoon. Meidän tulee myös lisätä syöpäriskistä kertovat varoitusmerkit alkoholijuomiin: Irlanti on tällä hetkellä ainoa EU-maa, joka on hyväksynyt varoitusmerkinnät, olkoonkin, että niiden täytäntöönpanoa vielä odotetaan. Yleisen tietämyksen ollessa näin alhaisella tasolla varoitusmerkintöjen pitäisi olla itsestäänselvyys.

Tarvitsemme kohdennettuja toimia

Tiedämme, että jopa vähäinen alkoholinkäyttö lisää syöpäriskiä. Silti useimmat ihmiset tuntevat ajattelevan, että vain humalahakuinen juominen on riskialtista viis veisaten niistä riskeistä, joita jo kohtuullinen alkoholinkäyttö aiheuttaa. Siksi on äärimmäisen tärkeää, että alkoholinkäyttöön liittyvät riskit sisäistetään.

Kuten yllä korostin, verotus on yksi vaikuttava keino vähentää väestön alkoholinkulutusta, mutta sillä ei lisätä ihmisten tietoisuutta alkoholin syöpäriskistä. Toisin sanoen tarvitsemme myös kohdennettuja toimia: maiden on investoitava tiedotuskampanjoihin eri väestöryhmille, eri ikäisille, erilaisista taustoista tuleville ja eri kieliä puhuville.

”Alkoholi on syövän riskitekijä, mutta sataprosenttisesti ehkäistävissä. Ikävä kyllä tämän tietää aniharva.”

Tietoa alkoholista ja syövästä voidaan sulloa kansanterveysorganisaatioiden nettisivuille, mutta sen saavuttaakseen sitä on aktiivisesti etsittävä. Viestintä on tehokasta vain silloin, kun viesti menee perille, eli sitä välitetään mahdollisimman laajasti, ja varmistetaan, että se on ymmärretty.

Kun tarkastelemme ihmisten tietoisuutta tutkimusten valossa, on selvää, että olemme epäonnistuneet, koska viesti ei ole saavuttanut suurinta osaa meistä. Noin neljä kymmenestä vuosittaisesta syöpätapauksisesta olisi ehkäistävissä (Cancer Research UK, 2015). Kymmenen eri syöpätyypin kohdalla peräti 70 % syöpätapauksista olisi ehkäistävissä.

Yhdysvaltalaisen syöpäinstituutin syöpien ehkäisyosaston johtaja Philip E. Castle kirjoitti hiljattain, että ehkäisy on vuosisatamme lääke syöpään: “Vaikka on epätodennäköistä, että kykenisimme ehkäisemään kaikki syövät, ovat monet tämänhetkisistä ja vielä useammat tulevaisuuden syövästä ehkäistävissä.” (Castle, 2021.)

Alkoholi on syövän riskitekijä, mutta sataprosenttisesti ehkäistävissä. Ikävä kyllä tämän tietää aniharva. Ja se on ihan liian vähän.

Lauri Beekmann

Toiminnanjohtaja

Nordic Alcohol and Drug Policy Network (NordAN), Viro

Toimittaja, www.alcoholandcancer.eu

Puheenvuoro – Tim Stockwell:

Vaiettu pandemia

Me kohtaamme arjessa uhkia sekä terveydellemme että turvallisuudellemme. Yritämme selviytyä parhaamme mukaan meihin kohdistuvista vaaroista, etenkin niistä, joista olemme tietoisia. Useimmat meistä ryhtyvät järkeviin ja kohtuullisiin varotoimiin suojellakseen itseään ja ympärillä olevia ihmisiä samalla kun elävät arkeaan.

Koronapandemian aikana ihmiset ympäri maailmaa ovat sietäneet poikkeuksellisia rajoituksia osallistuakseen yhteisiin talkoiisiin, joiden avulla on pyritty hallitsemaan hengenvaarallista hengitystievirusta väestötasolla.

Meidät on tehty tietoisiksi sairastumisen riskeistä, jotka valtaosa on hyväksynyt mukisematta. Päivittäisiä tartuntalukuja sekä tilastoja sairaalahoitoon joutuneista ja koronaan kuolleista on rummutettu taukoamatta medioissa, kaikkialla.

”Maailmanlaajuisesti alkoholi aiheuttaa vuosittain hieman alle kolme miljoonaa kuolemantapausta, mikä vastaa koronaan kuolleiden määrää pandemian ensimmäisen vuoden aikana.”

Ero siinä, kuinka tiedostamme alkoholin terveys- ja turvallisuusriskit ja suhtaudumme niihin, on koronavirukseen verrattuna karu - siitä huolimatta, että alkoholihaitat ovat vähintään saman suuruiset.

Maailmanlaajuisesti alkoholi aiheuttaa vuosittain hieman alle kolme miljoonaa kuolemantapausta, mikä vastaa lähes täsmälleen koronaan kuolleiden määrää pandemian ensimmäisen vuoden aikana. Suomessa kansanterveydelliset koronatoimenpiteet ovat tosin olleet niin tehokkaita, että koronakuolemat jäivät ensimmäisenä pandemiavuonna viidennekseen alkoholikuolemien määrästä.

Neljätuhatta kuolemaa vähemmän vuodessa ilman alkoholia

Tutkimusryhmäni arvioi, että jos alkoholia ei käytettäisi, Suomessa olisi välttytty 4000 kuolemalta ja 46 000 sairaalajaksolta vuonna 2018 (Stockwell ym., 2019). Arvioidemme mukaan kuolemia ja sairaalajaksoja on mahdollista vähentää ottamalla käyttöön tiukempia hinnoittelua, saatavuutta ja markkinointia koskevia alkoholipoliittisia toimia.

Mikäli Suomessa noudatettaisiin enemmän esimerkiksi Ruotsin kaltaista alkoholipoliittikkaa, olisivat Suomen alkoholikuolemat vähentyneet vuonna 2018 noin 900:lla, sairaalajaksot noin 15 000:lla ja rikostapaukset 50 000:lla. Tällä olisi puolestaan voitu säästää yhteiskunnan varoja liki kolmesataa miljoonaa euroa.

”Puhumme hyvin kohtuullisista muutoksista alkoholin hintaan ja saatavuuteen.”

On selvää, että koronan vaikutukset voisivat olla moninkertaiset ilman kansanterveydellisiä toimenpiteitä. Miksi niiden käyttöönotto alkoholin ja sen haittojen vähentämiseksi on sitten niin kiistanalaista?

Esimerkiksi hintojen korotukset tai myyntitunteja vähentävät rajoitukset ovat pieniä toimia, kun otetaan huomioon alkoholin aiheuttamien haittojen kustannukset. Toimet eivät edes edellytä radikaaleja rajoituksia: ketään ei pyydetä jäämään kotiin, olemaan matkustamatta tai pysymään kaukana muista ihmisistä. Puhumme siis hyvin kohtuullisista muutoksista alkoholin hintaan ja saatavuuteen.

Alkoholipandemian seuraukset jäävät pimentoon

Tähän loppuvatkin yhtäläisyydet koronapandemian vastatoimien kanssa. Ensinnäkin useat tekijät estävät alkoholihaittojen laajuuden ja luonteen tarkastelun.

Kuka voisi olutta ostaessaan olettaa, että sen juomisella on suora syy-seurausuhde satoihin mahdollisesti jopa hengenvaarallisiin sairauksiin? Tai tietää, että maailmanlaajuisesti kolme neljästä vuosittaisesta syöpäkuolemasta liittyy alkoholiin? Tutkimusryhmäni arvioiden mukaan Suomessa olisi vuonna 2018 voitu välttää 556 syöpäkuolemaa, jos alkoholia ei olisi käytetty.

Alkoholijuomissa ei varoiteta niiden haittavaikutuksista, eikä esimerkiksi olutölkkissä kerrota, että tuote sisältää etanolia, jonka Maailman Terveysjärjestö WHO on luokitellut ryhmän 1 karsinogeeniksi tupakan ja asbestin ohella.

”Kuka tietää, että kolme neljästä syöpäkuolemasta liittyy alkoholiin?”

Toinen syy siihen, miksi alkoholiperäiset kuolemat jäävät usein pimentoon, on se, etteivät kuolemat johdu sataprosenttisesti alkoholista, eivätkä kuolinsyyt ole yksiselitteisiä. Kuolintodistukseen ei aina alkoholiperäisten sairauksienkaan syyksi merkitä alkoholia (esimerkkinä maksakirroosi).

Rintasyövät ovat esimerkki osittain alkoholin aiheuttamista kuolemista: rintasyöpäkuolemia olisi arvioiden mukaan noin 15 % vähemmän ilman alkoholia. Emme kuitenkaan tiedä, mitkä kuolemista olisi voitu täysin välttää. Tiedämme vain, että rintasyöpään kuolleiden määrä olisi ollut 15 % pienempi. Toisin sanoen alkoholin synnyttämän hiljaisen pandemian aiheuttamat kuolemat, vammautumiset, loukkaantumiset ja sairaudet jäävät pahasti piiloon.

Tietämättömyys ja toimenpiteiden kiistanalaisuus jarruna

Tutkimusten mukaan suurin osa alkoholinkuluttajista OECD-maissa ei ole tietoisia alkoholin syöpäriskistä. Tietämättömyys on yleistä myös poliittisten päättäjien keskuudessa, jotka ovat lisäksi varovaisia toimissaan pitääkseen äänestäjät tyytyväisinä.

”Kuka ei tukisi pieniä toimenpiteitä ymmärtäessään, että niillä voidaan pelastaa ihmishenkiä?”

Pienet toimenpiteet, kuten halvimpien alkoholijuomien hinnankorotukset tai saatavuuden rajoitukset, ovat tehokkaita ja tarpeellisia toimenpiteitä. Silti niitäkin kyseenalaistetaan usein julkisessa keskustelussa.

Miten voimme kääntää kurssia? Kuinka saamme tämän hiljaisen pandemian ja sen laajuuden parempaan tietoisuuteen, jotta tehokkaat, kansanterveyttä tukevat toimenpiteet saavat kansan tuen, ja ne voidaan todennäköisemmin ottaa käyttöön?

Alkoholijuomiin lisättävät selkeät ja huomiota herättävät viestit, jotka muistuttavat meitä alkoholin haitoista ja riskeistä, ovat yksi helppo tapa aloittaa. Tätä yritettiin pienellä Yukonin alueella Pohjois-Kanadassa. Kanadalaisten alkoholin-tuottajien oikeustoimet pakottivat kokeilun päättymään ennenaikaisesti, mutta on arvioitu, että alkoholijuomien kulutus väheni alueella tuona aikana 7 %. Tietoisuus alkoholihaitoista lisääntyi ja väestön tuki kokeilulle oli suurta.

Toinen keino on viestiä herkeämättä alkoholinkäytön haitoista perinteisten ja digitaalisten medioiden kautta. Ehkä tämän myötä alkoholipoliittiset keinot, joilla vähennetään alkoholin kohtuuhintaisuutta ja saatavuutta, saisivat taakseen väestön tuen. Kuka ei tukisi pieniä toimenpiteitä ymmärtäessään, että niillä voidaan pelastaa ihmishenkiä, ja pitää ihmiset turvassa ja terveinä?

Tim Stockwell

Professori

University of Victoria, Kanada

Mitä alkoholipolitiikalla tarkoitetaan?

Alkoholipolitiikalla tarkoitetaan toimenpiteitä, joiden avulla pyritään ehkäisemään alkoholista aiheutuvia terveydellisiä, sosiaalisia ja yhteiskunnallisia haittoja. Alkoholipoliittisia toimenpiteitä voivat olla myös poliittiset toimet, joita ei ensisijaisesti ole tarkoitettu alkoholihaittojen ehkäisyyn, kuten esimerkiksi liikenneturvallisuutta edistävät toimet (WHO, 2004; WHO, 2009).

Alkoholihaittojen ehkäisyn kannalta on tärkeää, ettei alkoholipoliittisia toimenpiteitä kohdisteta ainoastaan suurkuluttajiin, vaan koko väestöön: kun koko väestön keskkulutus vähenee, vähenee kulutus kollektiivisesti kaikissa kuluttajaryhmissä. On myös syytä huomioida, että merkittävä osa alkoholihaitoista muodostuu valtaväestön alkoholinkäytöstä, vaikka vakavat terveyshaitat ja sosiaaliset ongelmat kasautuvatkin alkoholia ongelmallisesti käyttäville ihmisille (THL, 2013a; THL, 2018).

Laadukkaan ja vaikuttavan alkoholipolitiikan perustana voidaan pitää tieteellistä näyttöä, mutta alkoholipolitiikka pohjautuu harvoin ainoastaan tieteeseen. Alkoholipolitiikan lähtökohtana voivat olla esimerkiksi kansanterveydellinen näkökulma, poliittinen tarkoituksenmukaisuus, valtion talous tai yleinen turvallisuus (Babor ym., 2010; STM, 2004). Se, millaista alkoholipolitiikkaa harjoitetaan, riippuu esimerkiksi valtioiden tavoitteista vähentää alkoholihaittoja suhteessa alkoholista saatuihin verotuloihin, tai siihen, millaiset alkoholipoliittiset toimet ovat vaikuttavia suhteessa väestön juomatapoihin ja juomakulttuuriin (WHO, 2009).

Alkoholipoliittisten toimien vaikutuksia ja vaikuttavuutta on tärkeää arvioida. Kansanterveyden kannalta olennaisia alkoholipolitiikan mittareita ovat esimerkiksi alkoholikuolemat, alkoholinkäytöstä aiheutuvat sairaudet, tapaturmat, väkivaltaiset kuolemat ja rikollisuus sekä perheväkivalta. Onnistuneen alkoholipolitiikan mittarina voidaan pitää myös alkoholin kokonaiskulutuksen laskua.

Alkoholipolitiikka Suomessa

Alkoholipoliittiset kysymykset ovat osa useaa julkisen vallan toimialaa ja olennaisia kysymyksiä sekä yhteiskunnallisella että paikallisella tasolla. Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö (STM) vastaa alkoholipolitiikan ohjauksesta ja kehittämisestä. Alkoholipolitiikan tärkeimmät toimijat ovat puolestaan valtio, kunnat ja hyvin-

vointialueet: valtio on vastuussa muun muassa alkoholilainsäädännöstä ja alkoholiverotuksesta, kunnat ja hyvinvointialueet vastaavat esimerkiksi ehkäisevästä päihdetyöstä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista.

Alkoholilain valvonta ja valvonnan ohjaus kuuluvat sosiaali- ja terveystalouden lupa- ja valvontavirastolle Valviralle, kun taas aluehallintovirastot valvovat omien alueidensa alkoholijuomien vähittäismyyntiä ja anniskelua. Suomessa Alko Oy huolehtii valtionyhtiönä sille myönnetystä, yksinoikeudeksi säädetystä alkoholijuomien vähittäismyynnistä. Alko Oy kuuluu sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalaan.

Suomen ja muiden Pohjoismaiden alkoholipolitiikka on tiukemmin säänneltyä verrattuna muihin Euroopan maihin. Toisaalta on myös muistettava, että monissa Euroopan maissa alkoholin liikakäyttöä rajoittavat erilaiset sosiaaliset normit kuin Pohjoismaissa (THL, 2013a).

Alkoholipolitiikan haasteet

Kansallisen alkoholipolitiikan haasteena on alkoholin tuotannon, myynnin ja markkinoinnin kansainvälistyminen. Kansainvälistymisen myötä tarvitaan enenevässä määrin kansainvälisiä alkoholipoliittisia toimintalinjoja ja toimia. Erityisen haastavaksi on osoittautunut kansainvälisen kaupan tavoite kohdella alkoholia tavallisena hyödykkeenä, minkä myötä erilaiset alkoholin myyntiä ja markkinointia koskevat rajoitukset pyritään poistamaan (Babor ym., 2010; Homel ym., 2010; IOGT-NTO & Swedish Society of Medicine, 2015).

Alkoholipolitiikan haasteena on myös alkoholiteollisuuden, tuottajien ja vähittäismyynnin edustajien kasvava rooli alkoholipoliittisessa päätöksenteossa. Alkoholiteollisuuden edustajien missiona on myynnin edistäminen ja alkoholipolitiikka, jonka keskiössä on yksilön oma vastuu yhteiskunnallisen sijaan. Usein tavoitteena on viestiä, että väestötasolla vaikuttavat alkoholipoliittiset keinot olisivat tehottomia (Babor ym., 2010; Homel ym., 2010).

Tämän vuoksi on tärkeää kriittisesti arvioida ja tunnistaa, miten alkoholiteollisuus pyrkii vaikuttamaan poliittiseen päätöksentekoon, ja perustuuko päätöksenteko luotettavaan tietoon (Babor ym., 2010; Homel ym., 2010; IOGT, 2015). Kansalaisten hyvinvoinnin näkökulmasta oleellista on, että alkoholihaittoihin vaikuttavia poliittisia päätöksiä tehdään kansanterveys edellä.

Maailman terveysjärjestö WHO:n alkoholipoliittiset linjaukset

Tässä luvussa esitellään lyhyesti tämän raportin kannalta keskeisimmät Maailman terveysjärjestö WHO:n raportit, jotka käsittelevät alkoholipoliittisia linjauksia ja suosituksia.

Global strategy to reduce the harmful use of alcohol

Yksi keskeisimmistä kansainvälisistä linjauksista on WHO:n yleiskokouksen vuonna 2010 hyväksymä maailmanlaajuinen strategia *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol* (WHO, 2010a). Sen tavoitteena on muun muassa:

- lisätä tietoa haitallisen alkoholinkäytön aiheuttamista terveydellisistä, sosiaalisista ja taloudellisista haitoista sekä haittojen laajuudesta
- lisätä tietoa ja ymmärrystä toimenpiteistä, joiden avulla voidaan tehokkaasti ehkäistä ja vähentää alkoholihaittoja
- sitouttaa jäsenvaltioiden hallinto toimimaan alkoholihaittojen ehkäisemiseksi, ja lisätä jäsenvaltioiden kapasiteettia ehkäistä alkoholihaittoja
- vahvistaa sidosryhmien ja muiden toimijoiden välistä yhteistyötä ja alkoholihaittojen vähentämiseen kohdistettujen resurssien allokoointia
- kehittää seuranta- ja valvontajärjestelmiä sekä niiden käyttöönottoa eri tasoilla.

WHO tehostaa vuoden 2010 strategian toimeenpanoa uudella toimintasuunnitelmalla, jonka ensimmäinen versio julkaistiin heinäkuussa 2021 (WHO, 2021c).

European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020

European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020 (WHO, 2012) on yllä kuvatun maailmanlaajuisen strategian WHO Euroopan alueelle kohdistuva toimintasuunnitelma.

Vuonna 2011 hyväksytyn toimintasuunnitelman tavoitteena on ollut vähentää haitallista alkoholinkäyttöä ja alkoholista aiheutuvia haittoja. Toimintasuunnitelmassa esitetään 10 toiminta-aluetta, jotka käyttöön ottamalla Euroopan aluetoimiston alueen jäsenmaat voivat tehokkaasti vähentää alkoholinkulutusta ja siitä aiheutuvia haittoja kansallisella tasolla. Sittemmin WHO on julkaissut raportin, jossa arvioidaan, missä määrin jäsenmaat ovat ottaneet käyttöönsä toimintasuunnitelman toiminta-alueita (WHO, 2017a).

Making the European Region Safer: Developments in Alcohol Control Policies, 2010–2019

Kolmas tämän raportin kannalta keskeinen kansainvälinen alkoholipoliittinen linjaus on vuonna 2021 ilmestynyt *Making the European Region Safer: Developments in Alcohol Control Policies, 2010–2019* -raportti (SAFER-aloite) (WHO, 2021a).

WHO lanseerasi vuonna 2018 yhdessä kansainvälisten yhteistyökumppanien kanssa SAFER-aloitteen, jonka tavoitteena on muun muassa tukea jäsenvaltioita vähentämään alkoholin käytöstä aiheutuvia haittoja vahvistamalla kansainvälisten linjausten ja tavoitteiden täytäntöönpanoa jäsenvaltioissa.

Näitä kansainvälisiä linjauksia ja tavoitteita ovat yllä mainitun maailmanlaajuisen strategian ja sitä Euroopassa jalkauttavan toimintasuunnitelman lisäksi esimerkiksi YK:n kestävä kehityksen tavoitteet (erityisesti alatavoite 3.5. päihteiden, kuten alkoholin ja huumeiden väärinkäytön ehkäisemiseksi ja hoidon tehostamiseksi) (United Nations, 2015), sekä WHO:n kansainvälinen, vuosille 2013–2020 säädetty toimintasuunnitelma tarttumattomien tautien ehkäisemiseksi (WHO, 2013).

SAFER-aloite keskittyy viiteen alkoholipoliittiseen toimenpiteeseen, jotka on tutkimustiedon perusteella arvioitu vaikuttaviksi (WHO, 2021a). Näitä toimenpiteitä ovat:

	Englanniksi	Suomeksi
S	Strengthen restrictions on alcohol availability	Alkoholin saatavuutta koskevien rajoitusten vahvistaminen
A	Advance and enforce drink-driving countermeasures	Rattijuopumuksen vastaisten toimien edistäminen ja toimeenpano
F	Facilitate access to screening, brief interventions and treatment	Seulontaan, lyhytneuvontaan (mini-interventio) ja hoitoon pääsyn helpottaminen
E	Enforce bans or comprehensive restrictions on alcohol advertising, sponsorship and promotion	Alkoholimainonnan, sponsoroinnin ja myynninedistämisen kieltäminen
R	Raise prices on alcohol through excise taxes and other pricing policies	Alkoholin hintojen nostaminen valmisteveron ja muiden hinnoittelupoliittisten keinojen avulla

Alkoholipolitiikan best buy -menetelmät

Best buy -menetelmät ovat sellaisia poliittisia toimenpiteitä, jotka ovat:

- tutkimusnäyttöön pohjautuvia
- kustannustehokkaita
- toteuttamiskelpoisia
- edullisia toteuttaa
- kulttuurisesti hyväksytyjä.

Systemaattisesti kootun kansainvälisen tutkimustiedon perusteella kolme alkoholipoliittista toimenpidettä ovat tehokkaita keinoja vähentää alkoholihaittoja (esim. WHO, 2017b). Nämä kolme niin kutsuttua alkoholipolitiikan best buy -menetelmää ovat:

1. alkoholijuomien verotus hintatasoon vaikuttavana keinona
2. alkoholijuomien saatavuuden sääntely
3. alkoholijuomien markkinoinnin rajoittaminen.



Vaikuttavat alkoholipoliittiset keinot yhteiskuntatasolla

Seuraavissa kappaleissa käydään läpi kolme vaikuttavaksi arvioitua alkoholipoliittista keinoa, eli alkoholipolitiikan best buy -menetelmää. Käsitlemme myös Maailman terveysjärjestö WHO:n suosituksia näiden kolmen alkoholipoliittisen keinon osalta. Alkoholipoliittisten keinojen toteutumista Pohjoismaissa on esitelty liitteenä 2 olevassa taulukossa.

Alkoholijuomien verotus ja hinnoittelu

Alkoholiverotuksella vaikutetaan alkoholin hintaan (Sornpaisarn ym., 2017; WHO, 2021a). Se on arvioitu yhdeksi vaikuttavimmista keinoista a) vähentää alkoholin-kulutusta ja alkoholihaittoja, b) vaikuttaa alkoholinkäytön aloittamiseen, erityisesti nuorten kohdalla ja c) tuottaa verotuloja valtiolle.

Maailman terveysjärjestö WHO (2021a) suosittelee:

- alkoholiveron korotuksia säännöllisin väliajoin hinta- ja tulotason kehityksen sekä inflaation huomioiden
- alkoholin vähimmäishinnan käyttöönottoa, mikäli mahdollista
- hintamainonnan ja alkoholialennusten kieltämistä tai rajoittamista
- hintakannustimien käyttöönottoa alkoholittomille juomille
- alkoholiteollisuuden toimijoiden tukemisen vähentämistä tai lopettamista.

Alkoholin verotuksen hyötynä voidaan pitää alhaisia toteutuksen kustannuksia ja verotuksesta saatavaa taloudellista tuottoa valtiolle. Harvoin verotuksesta saatu taloudellinen tuotto kuitenkaan riittää kattamaan alkoholihaitoista aiheutuvia yhteiskunnallisia kustannuksia (WHO, 2012; WHO, 2021a, Sornpaisarn ym., 2017).

Alkoholituotteiden verotustapoja on useita, ja niiden vaikuttavuus riippuu eri tekijöistä. Verotuksessa voidaan huomioida väestön juomatavat. Verotuksen ja hinnoittelun avulla voidaan esimerkiksi edistää matalamman alkoholipitoisuuden juomien kulutusta (Sornpaisarn ym., 2017).

Verotuksesta ja hinnoittelusta päätettäessä on tärkeää varmistaa, ettei verojen ja hintojen nousu lisää halvempien alkoholijuomien kulutusta merkittävästi. Lisäksi tulee varmistaa, ettei tilastoimaton kulutus tai alkoholin matkustajatuonti lisääny enempää kuin kulutus korotusten vuoksi laskisi (Sornpaisarn ym., 2017, WHO, 2021a).

Taloudelliset intressit voivat olla ristiriidassa kansanterveydellisten tavoitteiden kanssa. Alkoholiverotuksen haasteena voi olla kansanterveydellisen näkökulman ohittaminen, sillä hinnoittelu ja verotus tapahtuvat usein talouden hallinnollisella alalla. Tärkeää on, että kansanterveydellinen näkökulma huomioidaan osana verotus- ja hintapolitiikkaa (Sornpaisarn ym., 2017).

Yhteenveto: alkoholijuomien verotus ja hinnoittelu

- Alkoholiverotuksella vaikutetaan alkoholin hintaan, millä on vaikutus alkoholin myyntiin ja sen myötä alkoholinkäyttöön.
- Alkoholiverotuksella voidaan a) vähentää alkoholinkulutusta ja alkoholihaittoja, b) vaikuttaa alkoholinkäytön aloittamiseen erityisesti nuorten kohdalla, sekä c) tuottaa verotuloja valtiolle.
- Alkoholin verotuksessa voidaan huomioida muun muassa a) väestön juomatavat, b) verotustavat ja niiden sopivuus suhteessa verotuksen tavoitteisiin, c) yleinen hintatason kehitys ja inflaatio, e) kansanterveysnäkökulma.

Alkoholijuomien saatavuuden sääntely

Alkoholituotteiden saatavuuteen vaikuttaa esimerkiksi myyntipisteiden lukumäärä, myyntipisteiden tyyppi ja sijainti sekä myyntipisteiden aukioloajat ja muut myynnille asetetut ehdot, kuten myynnin vähimmäisikäraja. Maailman terveysjärjestö WHO (2009; 2021) suosittelee valtioita ottamaan käyttöön saatavuutta rajoittavia toimenpiteitä, joiden avulla voidaan vähentää alkoholihaittoja. WHO:n (2009; 2021a) suositusten keskiössä ovat:

- **Monopoli:** Alkoholin vähittäismyynnin monopoli, joka rajoittaa myyntipisteiden ja myyntiaikojen määrää. Mikäli monopoli ei ole käytössä, eikä sen käyttöönotto ole mahdollista, suositellaan lupajärjestelmää. Sen avulla seurataan alkoholien tuotantoa, tukkumyyntiä ja vähittäismyyntiä, mukaan lukien anniskelumyynti.
- **Myyntipaikat:** Alkoholien vähittäismyyntipaikkojen määrän, tiheyden ja sijainnin sääntely.
- **Myyntiaika:** Alkoholien myyntituntien ja myyntipäivien sääntely.
- **Ikäraajat:** Alkoholituotteiden oston ja käytön vähimmäisikärajan asettaminen.
- **Käytön rajoitus:** Alkoholinkäytön rajoittaminen julkisilla paikoilla.

Tutkimusnäyttö osoittaa, että erilaiset saatavuutta rajoittavat toimenpiteet ovat vaikuttavia ja kustannustehokkaita keinoja vähentää alkoholihaittoja sekä koko väestön tasolla että riskiryhmissä (Babor ym., 2010; STM, 2004; WHO, 2009). Vastaavasti alkoholituotteiden vapaamman saatavuuden on havaittu olevan yhteydessä lisääntyneisiin haittoihin (WHO, 2009).

Valtion vähittäismyyntimonopoli alkoholipoliittisena keinona

Tutkimustieto osoittaa, että valtion vähittäismyyntimonopolin avulla voidaan kustannustehokkaasti rajoittaa alkoholien saatavuutta, ja siten vähentää alkoholihaittoja koko väestössä (Babor ym., 2010; STM, 2004; WHO, 2021a, Mäkelä & Karlsson, 2019).

Suomen valtion vähittäismyyntimonopolin vaikutusta alkoholipoliittisena kei-

nona on arvioitu raportissa *Finnish Alcohol Policy at the Crossroads* (Stockwell ym., 2019). Raportissa verrataan kahden eri skenaarion vaikutuksia alkoholinkulutukseen sekä alkoholista aiheutuneisiin haittoihin ja kustannuksiin Suomessa vuonna 2018 (Stockwell ym., 2019).

Skenaario 1

Ensimmäisessä skenaariossa Suomi noudattaisi samanlaista alkoholimyynnin politiikkaa kuin Ruotsi. Tällöin Alko vähittäismyyntimonopolina olisi vastuussa yli 3.5-tilavuusprosenttisten alkoholijuomien myynnistä. Samanaikaisesti myymälöiden määrää ja alkoholin myyntitunteja supistettaisiin. Tässä skenaariossa suomalaisten henkeä kohti laskettu alkoholinkulutus laskisi noin 16 % (-1,65 litraa) vuoden 2018 lukuihin verrattuna. Alkoholiehtoiset kuolemat vähenisivät 21 % (-855 kuolemaa) ja sairaalajakso 32 % (-14 659 jaksoa). Työkyvyttömiä vähenisi 39 % (-1 091 henkilöä) ja rikokset arviolta 22 % (-51 741 rikosta). Alkoholista aiheutuneet taloudelliset kustannukset vähenisivät noin 24 % (-377 miljoonaa euroa) verrattuna vuoteen 2018 (Stockwell ym., 2019).

Skenaario 2

Toisessa skenaariossa Suomi luopuisi Alkon vähittäismyynnin monopolista ja vapauttaisi alkoholin myynnin kaikkiin myyntipisteisiin (Stockwell ym., 2019). Tässä skenaariossa alkoholin saatavuus kasvaisi merkittävästi vuoden 2018 vertailuun nähden. Tämän on arvioitu alentavan keskihintoja hieman ja vähimmäishintoja selvästi.

Vuoteen 2018 verrattuna henkeä kohti lasketun alkoholinkulutuksen on arvioitu kasvavan 9 % (+0,94 litraa), minkä myötä alkoholiehtoiset kuolemat lisääntyisivät 14 % (+556 kuolemaa) ja sairaalajakso 22 % (+10 035 jaksoa). Työkyvyttömiä kasvaisi liki 29 % (+802 henkilöä), rikokset 14 % (+32 586 rikosta) ja alkoholista aiheutuneet taloudelliset kustannukset 17 % (+271 miljoonaa euroa) (Stockwell ym., 2019).

Tulosten tulkinnassa on syytä huomioida, että skenaarioiden vaikutusten arviointiin liittyy rajoituksia ja epävarmuustekijöitä. Näistä huolimatta tulokset ovat linjassa aikaisempien tutkimusten kanssa, jotka osoittavat alkoholin saatavuuden ja kulutuksen välisen yhteyden: mitä vähemmän alkoholin saatavuutta rajoitetaan eri toimin, kuten hintoja alentamalla, tai lisäämällä alkoholin fyysistä saatavuutta, sitä enemmän kohtuuhintaista alkoholia on saatavilla, mikä on yhteydessä kulutuksen lisääntymiseen. Skenaariot osoittavat, että alkoholimyynnin vapauttaminen lisäisi merkittävästi sekä alkoholista aiheutuvia terveyshaittoja että taloudellisia kustannuksia (Stockwell ym., 2019).

Tutkimustulosten perusteella Stockwell tutkijoineen (2019) antaa Suomelle seuraavat alkoholipoliittiset suositukset, mikäli tavoitteena on alkoholihaittojen vähentäminen:

- Alkoholin vähittäismyynnin monopoli kannattaisi säilyttää, sillä se mahdollistaa alkoholinmyyntiin liittyvien rajoitusten ylläpitämisen (mm. myyntipaikkojen määrä).
- Alkoholin hintaa ja saatavuutta koskevia poliittisia toimenpiteitä on mahdollista lisätä esimerkiksi ottamalla käyttöön Ruotsissa käytössä olevia toimenpiteitä.
- Alkoholin vähimmäishinnan käyttöönottamista tai alkoholiverotuksen korotusta tulisi harkita.
- Alkoholituotteiden myyntipaikkojen lisäämistä ja myyntiaikojen vapauttamista ei suositella.
- Alkoholinkulutuksen sekä siitä aiheutuvien haittojen ja kustannusten seuraamista tulisi jatkaa. Seurantatietoja voidaan hyödyntää sekä päätöksenteossa että viestittäessä laajemmalle yleisölle vaikuttavista keinoista alkoholin haittojen vähentämiseksi.

Muut vähittäismyynnin monopolijärjestelmää koskevat tutkimuskatsaukset

Tutkimuskirjallisuutta monopolien vaikutuksesta alkoholinkulutukseen on arvioitu myös Mäkelän ja Karlssonin (2019) julkaisemassa katsauksessa *Miten alkoholimonopolit vaikuttavat väestön alkoholinkulutukseen?* Katsauksessa kootaan yhteen tutkimustietoa siitä, miten alkoholin vähittäismyynnimonopoli, siitä luopuminen tai sen supistaminen vaikuttavat alkoholinkulutukseen. Siinä tarkastellaan myös niitä keskeisiä reittejä, joiden kautta monopolien vaikutukset kulkevat sekä näitä mekanismeja koskevaa tutkimuskirjallisuutta.

Kirjoittajien esiinnostamien tutkimusten tulokset osoittavat, että monopolijärjestelmän purkamisen lisää alkoholin fyysistä saatavuutta. Monopolijärjestelmän purkamisen seurauksiin voi kuitenkin vaikuttaa muun muassa myönnettyjen myyntilupien määrällä ja samanaikaisella hintojen korotuksella (Mäkelä & Karlsson, 2019).

Mäkelän & Karlssonin (2019) mukaan monopolin purkaminen ja alkoholijuomien saatavuuden kasvu ovat lisänneet yksityiseen myyntiin siirrettyjen alkoholijuomien kulutusta. Tulokset osoittavat myös, että vähittäismyyntipisteiden lukumäärän kasvu sekä myyntiaikojen ja -päivien pidentäminen tyypillisesti lisäsivät alkoholinkulutusta.

Alkon monopolijärjestelmän purkamisen keskeinen seuraus olisi Mäkelän & Karlssonin (2019) mukaan alkoholin fyysisen saatavuuden huomattava lisääntyminen. Esimerkiksi vuonna 2021 Suomessa oli 365 Alkon myymälää ja yli 5900 alkoholia myyvää päivittäistavarakauppaa (Alko, 2021), eli alkoholia myyviä päivittäistavarakauppoja on yli 16 kertainen määrä Alkon myymälöihin verrattuna.

Saatavuutta kasvattaisi myyntipaikkojen määrän moninkertaistumisen lisäksi laajemman tuotevalikoiman tuominen päivittäistavarakauppoihin. Mikäli myyntiaikalainsäädäntö pysyisi ennallaan, laajenisi sekä juomavalikoima että sen tarjonta Alkon aukioloaikojen ulkopuolelle, erityisesti lauantai-iltoina ja sunnuntaisin. Alkon monopolin purkaminen alentaisi myös halvempien tuotteiden hintoja entisestään.

Tutkimustulosten valossa voidaan siis todeta, että Alkon monopolin purkaminen aiheuttaisi huomattavia haittoja kansanterveyden näkökulmasta (Mäkelä & Karlsson, 2019). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sivuilla on kuvattu syitä, joiden takia alkoholin myynti valtiollisen monopolin kautta on vähemmän haitallista kuin myynti vähittäistavarakaupoissa (THL, 2021b).

Yksi merkittävimmistä tekijöistä liittyy myynninedistämiseen. Yksityisomistukseen kuuluu aktiivinen markkinointi, jolla alkoholin myyntiä pyritään maksimoimaan. Tähän liittyy olennaisesti myös hintakilpailu. Näiden lisäksi alkoholimonopolit ovat pidättyväisempiä hankkimaan halvimpia ja esimerkiksi nuoriin vetoavia tuotteita verrattuna vapaan markkinatalouden tarjontaan. Alkoholimonopolit panostavat puolestaan laajaan valikoimaan laatutuotteita (THL, 2021b).

Toinen tärkeä näkökulma on sosiaalinen vastuu. Vastuullisuutta on helpompi vaatia ja velvoittaa valtion monopolilta kuin yksityisiltä ja yksittäisiltä myyjiltä. Alko on onnistunut paremmin lain noudattamisessa, kuten alkoholin myynnin estämisessä alaikäisille ja päihtyneille, suhteessa päivittäistavarakauppoihin. Erikoismyymälänä Alko on myös kouluttanut ja sitouttanut henkilökuntansa noudattamaan lakia, valvontaa ja myynnin vastuullisuutta.

Alkoholimonopolissa ei tavoitella voittoa, ja myynnistä saadut tuotot palautuvat valtiolle, jossa niitä käytetään muun muassa alkoholihaittojen vähentämiseen ja haittoja kokevien auttamiseen. Tuotot eivät toki yksin riitä kattamaan kaikkia alkoholista aiheutuneita haittakustannuksia. Yksityisomistuksessa tuotot menevät yksityisille toimijoille, eikä niitä käytetä haittojen vähentämiseen (THL, 2021b).

Yhteenveto: alkoholin saatavuuden rajoittaminen

- WHO suosittelee alkoholin saatavuuden rajoittamiseksi alkoholin vähittäismyynnin monopolia.
- WHO suosittelee myyntipaikkojen ja -aikojen rajoittamista sekä alkoholituotteiden oston ja käytön vähimmäisikärajan asettamista. Myös alkoholinkäytön rajoittamista julkisilla paikoilla suositellaan.
- Vähittäismyynnin monopolia koskevat katsaukset osoittavat, että
 - monopoli on tehokas keino rajoittaa alkoholin saatavuutta: alkoholia myyviä päivittäistavara-kauppoja oli vuonna 2021 yli 16-kertainen määrä Alkon myymälöihin nähden (Alko, 2021)
 - monopoli ei tavoittele voittoa, vaan myynnistä saadut tuotot palautuvat valtiolle, alkoholimyynnin yksityistämiseen liittyy puolestaan markkinaehtoinen myynninedistäminen
 - monopoleilta on helpompi vaatia sosiaalista vastuuta kuin yksityisiltä ja yksittäisiltä myyjiltä.



Alkoholin markkinointi ja mainonta

Alkoholin markkinointi ja mainonta vaikuttavat siihen, kuinka alkoholia kulutetaan. Mainoksissa alkoholin käyttöä usein normalisoidaan ja haittoja väheksytään. Tutkimuksissa on osoitettu, että alkoholimainonta lisää erityisesti nuorten riskiä alkoholinkäytön aloittamiseen ja humalahakuisen juomiseen (WHO, 2020a).

Perinteisten mainonnan kanavien, kuten television, elokuvien ja painetun median, eli esimerkiksi sanomalehtien lisäksi alkoholia markkinoidaan yhä kehittyneempien mainoskanavien ja -tekniikoiden avulla. Alkoholia markkinoidaan alkoholibrändien tuotesijoittelun ja sponsoroinnin kautta esimerkiksi urheilu- ja kulttuuritoiminnassa. Alkoholin markkinointi on arkipäiväistynyt myös digitaalisen median kanavissa, sosiaalisessa mediassa, podcasteissa sekä sosiaalisen median vaikuttajien toimesta.

Uusien ja lisääntyneiden kanavien ohella alkoholiteollisuus käyttää yhä enemmän rahaa markkinointiin. On arvioitu, että vuonna 2017 kuusi suurinta yhtiötä käytti yhteensä 17,7 miljardia Yhdysvaltain dollaria markkinointiin ja mainontaan, mikä vastaa noin 15 miljardia euroa. Kahden maailman suurimman alkoholintuottajan kohdalla tämä vastasi 15 % heidän vuosittaisesta myynnistään (WHO, 2020a).

Ongelmallista alkoholin markkinoinnista tekee se, että erityisesti lapset ja nuoret joutuvat alttiiksi mainonnalle. Koska on haasteellista rajoittaa alkoholin markkinointi vain niihin ikäryhmiin, joille alkoholin ostaminen ja käyttö on laillista, alaikäiset altistuvat mainoksille väistämättä, erityisesti digitaalisen median kanavissa. Houkutteleville alkoholimainoksille altistumisen on puolestaan havaittu lisäävän nuorten myönteistä mielikuvaa alkoholista, todennäköisyyttä aloittaa sen käyttö sekä riskiä humalahakuisen juomiseen (WHO, 2020a; WHO, 2021a).

Markkinoinnin rajoitukset ja mainonnan kiellot ovat kustannustehokkaita tapoja vähentää alkoholinkäytön aloittamisen todennäköisyyttä yksilötasolla ja riskikäyttöä koko väestön tasolla (WHO, 2021a). Markkinointia rajoittamalla voidaan vähentää myös alkoholiteollisuuden mahdollisuuksia ja pyrkimyksiä vaikuttaa mainonnan keinoin alkoholinkäytön sosiaalisiin normeihin ja normalisoimiseen (WHO, 2021a). Alkoholin mainonnan ja markkinoinnin ollessa kansainvälistä ja rajat ylittävää, tarvitaan yhä enemmän kansainvälisiä toimia näiden kieltämiseksi ja rajoittamiseksi (WHO, 2012).

Maailman terveysjärjestö WHO (2020a; 2021a) suosittelee markkinoinnin ja mainonnan rajoittamiseksi seuraavaa:

- lainsäädännölliset keinot, jossa tulee huomioida
 - mainonnan sisällön ja määrän rajoittaminen
 - erityisesti lasten ja nuorten altistuminen alkoholin markkinoinnille ja mainonnalle
 - alkoholituotteita edistävän sponsoroinnin rajoittaminen
 - rajoitukset alkoholituotteiden markkinoimiselle ja mainonnalle uusissa mainonnan kanavissa, kuten sosiaalisessa mediassa
- tehokkaan mainonnanseurantajärjestelmän käyttöönotto
- tehokkaiden puuttumiskeinojen käyttöönotto tilanteissa, joissa rikotaan markkinoinnille asetettuja rajoituksia.

WHO julkaisi vuonna 2021 raportin, jossa esitellään kohdennettuja toimenpiteitä alkoholin markkinoinnin rajoittamiseksi digitaalisen median kanavissa. Raportissa WHO ehdottaa keinoiksi esimerkiksi kansainvälistä valvontajärjestelmää, jonka avulla alkoholin markkinointia ja mainontaa voitaisiin rajoittaa ja seurata, sekä iän tarkastusta digitaalisen median kanavissa, jotta lasten ja nuorten altistumista alkoholin markkinoinnille ja mainonnalle voitaisiin ehkäistä (WHO, 2021d).

Alkoholin markkinoinnin ja mainonnan rajoitukset sosiaalisessa mediassa Suomessa

Suomi oli ensimmäinen maa maailmassa, joka rajoitti sosiaalisessa mediassa tapahtuvaa alkoholin mainontaa. Vuoden 2015 lainmuutoksen myötä sosiaalisen median käyttäjät ovat voineet jakaa omilla sosiaalisen median kanavillaan esimerkiksi tietoa, kuvia, videoita ja tuotearvioita alkoholijuomista. Alkoholibrändit eivät kuitenkaan saa käyttää tai jakaa sosiaalisen median käyttäjien tuottamaa sisältöä. Lakimuutoksen myötä myös alkoholin ulkomainonta kiellettiin, mutta radiossa ja televisiossa mietoja alkoholijuomia saa mainostaa kello 22.00 jälkeen (WHO, 2020a).

Lakimuutosta ja sosiaalisessa mediassa tapahtuvaa alkoholimainontaa on tutkittu muun muassa Kauppilan ym. vuonna 2019 julkaisemassa tutkimuksessa. Tutkimus antaa viitteitä siitä, että laissa määrättyjen rajoitusten omaksuminen on ollut hidasta, mikä voi osaltaan liittyä esimerkiksi mainonnan valvonnan vaikeuteen.

Tutkimuksessa havaittiin, että lakimuutoksista huolimatta alkoholimainontaa tehdään yhä enenevässä määrin sosiaalisen median kanavissa, missä se tavoittaa erityisesti nuoret, jotka ovat erityisen alttiita alkoholimainonnan vaikutuksille. Tulevaisuuden haasteena Kauppila ym. näkee mainonnan kansainvälistymisen, jolloin kansalliset rajoitukset ja lait eivät enää päde (Kauppila ym., 2019).

Yhteenveto: alkoholin markkinointi ja mainonta

- Alkoholin markkinointi ja mainonta ovat yhteydessä alkoholin kulutustottumuksiin, ja ne voivat lisätä erityisesti nuorten riskiä alkoholinkäytön aloittamiseen sekä humalahakuisen juomiseen.
- WHO suosittelee markkinoinnin ja mainonnan sääntelyksi lainsäädännöllisiä keinoja, jossa tulee huomioida muun muassa a) alkoholin markkinointi ja mainonta erityisesti uusissa digitaalisen ja sosiaalisen median kanavissa, b) lasten ja nuorten altistuminen niille, sekä c) alkoholituotteita edistävän sponsoinnin rajoittaminen.
- Lisäksi WHO suosittelee mainonnan seurantajärjestelmää ja puuttumiskeinoja tilanteissa, joissa markkinoinnille asetettuja rajoituksia rikotaan.



Valtion alkoholimonopolit kansanterveyden ja hyvinvoinnin edistämisen välineenä

Alkoholi on päihde, joka aiheuttaa vahinkoa sekä juojalle itselleen että muille. Joillekin alkoholin käytöstä tulee tapa: tyyppillisesti alkoholin suurkuluttajiksi laskeutuva 15 % juo noin puolet kaikesta kulutetusta alkoholista.

Alkoholi on merkittävä terveyttä ja hyvinvointia uhkaava riskitekijä. Päihdyttävän vaikutuksensa vuoksi alkoholi vaikuttaa kognitiivisiin toimintoihin, kuten tiedon käsittelyyn, ymmärtämiseen ja muistamiseen, sekä motorisiin toimintoihin ja arvostelukykyyneen, mikä altistaa riskeille liikenteessä, loukkaantumisille ja sekä perhe- että katuväkivallalle.

Alkoholilla on pitkäaikaisia haittavaikutuksia myös terveydelle, sillä sen rooli monien syöpien, sydän- ja maksasairauksien sekä useiden tartuntatautien synnissä on huomattava. Alkoholi on maailmanlaajuisesti kymmenen merkittävimmän sairauksille ja ennenaikaisille kuolemille altistavan riskitekijän joukossa.

”Alkoholia ei yleensä kohdella tavallisena päivittäistavaratuotteena, vaan sille miten, missä, kenelle ja milloin sitä on sallittua myydä, on asetettu rajoituksia.”

Monissa uskonnollisissa ja kulttuurillisissa perinteissä alkoholinkäyttö on kielletty tai siitä pidättydytään. Työväen- ja kansanliikkeet ympäri maailmaa ovat niin ikään pyrkineet rajoittamaan tai kieltämään alkoholinkäyttöä jo vuosisatojen ajan.

Mikäli alkoholin käyttö ja myynti on sallittua, ei alkoholia yleensä kohdella tavallisena päivittäistavaratuotteena, vaan sille miten, missä, kenelle ja milloin alkoholia on sallittua myydä, on asetettu rajoituksia. Myös alkoholin tuotanto, tukku- ja vähittäismyynti sekä anniskelu on yleisesti luvanvaraista toimintaa. Vaihtoehtoisesti

valtiot voivat ottaa käyttöön monopolin, jonka avulla alkoholimyyni toteutetaan joko osittain tai kokonaan.

Idea kansanterveydellisestä alkoholimonopolista syntyi Pohjoismaissa

Vaikka alkoholin ja muiden päihteiden myynninohjauksen välineenä ja valtion tulonlähteenä toimineilla monopoleilla on historiaa, vakiintui ajatus alkoholin myynnin monopolisoimisesta kansanterveys- ja hyvinvointitoimenpiteenä vasta 1800-luvun lopulla.

Idea alkoholimonopolista alkoholipoliittisena toimenpiteenä, jolla on mahdollista vähentää alkoholihaittoja, sai alkunsa Pohjoismaissa, mutta levisi nopeasti Eurooppaan ja sieltä edelleen muille mantereille. Alun perin alkoholimonopoleja toteutettiin kaupunkikohtaisesti ja ne kohdistuivat pääsääntöisesti anniskelumyyntiin. 1900-luvun puoliväliin mennessä monopolit olivat laajentuneet kansalliselle tai maakuntatasolle, ja niillä pyrittiin vaikuttamaan etupäässä alkoholin vähittäismyyntiin.

1900-luvun lopun ja 2000-luvun alun uusliberalistisella aikakaudella useiden valtioiden alkoholimonopolioiden asema heikkeni, tai ne lakkautettiin. Suomen ja Ruotsin liittyttyä osaksi Euroopan Unionia (EU) maat onnistuivat säilyttämään vähittäismyyntimonopolit, mutta EU:n sisämarkkinapolitiikka pakotti ne luopumaan monopolista tukkukaupan ja maahantuonnin osalta.

Kyseiseltä ajanjaksolta on olemassa paljon tutkimuskirjallisuutta, joka antaa näyttöä alkoholimonopolioiden positiivisista vaikutuksista sekä alkoholimyyniin että alkoholin terveys- ja hyvinvointihaittoihin. Ironista on se, että tutkimustulokset on saatu valtion monopolien kustannuksella, niitä heikentämällä ja niistä kokonaan luopumalla.

Monopolit suitsivat terveys- ja hyvinvointihaittoja tehokkaasti

Keskitymme tässä alkoholin vähittäiskauppaan, sillä suurin osa alkoholista myydään muualla kuin anniskelupaikoissa. Myynnin yksityistämistä (ja yhtä uudelleenmonopolisointia) koskevien tutkimusten perusteella voidaan sanoa, että monopoleilla on mahdollista suitsia alkoholin myyntiä ja sen myötä alkoholin haittoja.

Valtion viraston koolle kutsuma arviointikomitea totesi Yhdysvalloissa, että ”on vahvaa näyttöä siitä, että alkoholin myynnin yksityistäminen johtaa haitallisen alkoholinkulutuksen lisääntymiseen”. On myös viljalti tutkimuskirjallisuutta, joka

osoittaa alkoholimonopoliin tehoavan alkoholin terveys- ja hyvinvointihaittoihin laaja-alaisesti.

”On vahvaa näyttöä siitä, että alkoholin myynnin yksityistäminen johtaa haitallisen alkoholinkulutuksen lisääntymiseen.”

Yksityistämisen vaikutus johtuu niistä moninaisista vaikutusmekanismeista, joiden kautta alkoholimonopolit vähentävät kulutusta. Monopoleilla on ensinnäkin rajallinen määrä myyntipisteitä, eikä niitä ole sijoitettu jokaisen kadun kulmaan kilpailemaan keskenään. On olemassa laajaa tutkimusnäyttöä siitä, että myyntipisteiden tiheys on yhteydessä lisääntyneeseen alkoholinkulutukseen ja alkoholihaittoihin.

Toinen keino vähentää alkoholinkulutusta saatavuuteen puuttamalla ovat monopolien myyntitunnit, jotka ovat yleensä rajatumpia. Monopolit eivät myöskään mainosta aggressiivisesti yksityistä etua tavoitellaakseen, tai pyri myynninedistämiseen keskinäisen kilpailun nimissä. Monopolin kansanterveydellistä luonnetta tukee lisäksi myyntituotteiden valinta, esillepano ja hinnoittelu: ei ole sattumaa, että varhaisimmat tiedot alkoholille asetetun minimihinnan kansanterveydellisistä hyödyistä ovat peräisin valtion vähittäismyyntimonopoleista.

Niin ikään työpaikka valtion alkoholimonopolimyyntimälässä on usein vakaa ja palkkatasoltaan hyvä, mikä motivoi henkilökuntaa noudattamaan sääntöjä, kuten ikärajavaltontaa, ja välttämään alkoholin myymistä päihtyneille asiakkaille. Valtion monopolijärjestelmässä noudatetaan myös johtamistyyliä, jossa johtajan palkka tai uralla eteneminen ei ole sidoksissa myyntituloksiin, eli myydyn alkoholin määrään.

Monopolin kansanterveydellinen hyöty riippuu toteutuksesta

On tärkeää, että alkoholin myynnin monopolilla korvataan alkoholin jakeluketjussa niitä toimijoita, joiden intressinä on voitontavoittelu heikentämällä alkoholin saatavuutta koskevia rajoituksia tai poistamalla niitä. Siksi haluan lisätä loppuun vielä yhden huomion: sekä tapa, jolla valtion monopoli on järjestetty, että hallinnonala, johon monopoli kuuluu, voivat vaikuttaa merkittävästi siihen, missä määrin sitä toteutetaan kansanterveyden ja hyvinvoinnin edun nimissä.

Valtion motivaatio tehdä tulosta alkoholin ja muiden päihteiden monopoli-
myynnillä ei nimittäin poikennut yksityisten toimijoiden voitonjanosta ennen tulo-
myynti- ja yritysverotuksen muodostumista sen pääasialliseksi tulonlähteeksi.

***”Monopoli tuskin palvelisi kansanterveyden
etua, jos se olisi osa esimerkiksi
valtiovarainministeriötä.”***

Valtion alkoholimonopolin tulisi siis olla osa hallinnonala ja toimia mandaatilla,
jotka kansanterveyden ja hyvinvoinnin edun nimissä tavoittelevat kansanterve-
ydellistä hyötyä. Monopoli tuskin palvelisi kansanterveyden etua, jos se toimisi
terveysministeriön sijaan esimerkiksi valtiovarainministeriön alaisuudessa.

Robin Room

Centre for Alcohol Policy Research (CAPR)

School of Psychology & Public Health

La Trobe University, Australia

Puheenvuoro – Nijole Gostautaitė Midttun:

Alkoholipolitiikkaa Liettuassa

Liettua on tehnyt kuluneiden viiden vuoden aikana erittäin onnistuneita alkoholipoliittisia linjauksia. Nämä ovat olleet edullisia, tehokkaita, näyttöön perustuvia ja ne ovat saaneet taakseen väestön enemmistön kannatuksen. Vuodesta 2016 lähtien Liettuassa on toteutettu tiukempaa alkoholipolitiikkaa, joka kattaa kaikki Maailman terveysjärjestö WHO:n niin kutsutut best buy -menetelmät.

Liettuassa kiellettiin alkoholin myynti huoltoasemilla (2016), alkoholin valmisteveroa korotettiin useaan otteeseen (2014–2017, 2019–2020), alkoholimainonta kiellettiin kokonaan, alkoholin laillinen ostoikäraja nostettiin 20 vuoteen ja vähittäiskaupan aukioloaikoja lyhennettiin (2018). Toimenpiteet tuottivat tulosta: henkeä kohti laskettu alkoholinkulutus väheni lähes kolme litraa, 14:sta 11,2 litraan vuosina 2015–2018.

”Miehet saivat 2,4 elinvuotta lisää vuosien 2015 ja 2019 välillä. Myös talous kukoisti.”

Alkoholipoliittisten toimenpiteiden seurauksena Liettuassa on tapahtunut paljon hyvää: alkoholikuolemat ovat vähentyneet merkittävästi, samoin kuin itsemurhat, liikenneonnettomuudet, hukkumiset, tulipalot, väkivaltarikokset, työtapaturmat ja muut sosiaaliset ongelmat.

Suurin voitto kaikista on kuitenkin ollut liettualaisten elinajanodotteen pidentyminen, erityisesti miesten, jotka saivat 2,4 elinvuotta lisää vuosien 2015 ja 2019 välillä. Myös talous kukoisti, sillä vaikka alkoholin myynti laski valmisteverotulot kasvoivat.

Hetken aikaa Liettua oli pohjoismaisen alkoholipolitiikan voimannäyte

Yhteiskunta omaksui muutokset ilman sen suurempaa vastustusta, ja väestötutkimuksissa havaittiin positiivisia muutoksia liettualaisten elämänlaadussa, mikä johtui vähentyneestä alkoholinkulutuksesta ja lisääntyneestä tuesta tiukemmalle

alkoholipolitiikalle. Kannatusta saivat erityisesti alkoholin vähimmäisikärajan nosto ja mainontakielto.

Kansanterveyden puolestapuhujat olivat tyytyväisiä muutoksiin ja vakuuttuneita siitä, että Liettua on onnistunut alkoholipolitiikassaan, ja että yhä useammat maat seuraisivat esimerkkiä. Olimmehan elävä todiste siitä, että pohjoismaisen alkoholipolitiikan kansanterveydelliset hyödyt ovat kiistattomia, ja näytimme sen myös tieteellisesti toteen. Sitten voittokultumme katkesi. Vuonna 2019 alkoholinkulutuksen lasku lakkasi ja vakiintui 11,1 litraan henkeä kohti ampaistakseen koronapandemian myötä uudestaan kasvuun.

Kulutuksen noustua 11,4 litraan ensimmäisenä koronavuonna myös alkoholihaittoja kuvaavat indikaattorit osoittavat haittojen lisääntyneen. Mitä Liettuassa tapahtui?

”Alkoholikuolleisuus kasvoi vuonna 2020 lähes 12 % edelliseen vuoteen verrattuna.”

Useat tekijät voivat selittää vuoden 2020 alkoholinkulutuksen kasvua Liettuassa. Koronapandemia on haitannut huomattavasti rajat ylittävää alkoholikauppaa matkustusrajoitusten vuoksi. Näin ollen alkoholi, joka muuten olisi ostettu Puolasta tai Latviasta, hankittiin ja kulutettiin paikallisesti Liettuassa.

0,3 litran kasvu vastaa hyvin arvioita liettualaisten tilastoimattomasta alkoholinkulutuksesta, ja niin kauan kuin luvut täsmäävät rajat ylittävän alkoholikaupan kanssa, ei muutoksen tulisi näkyä kansanterveysindikaattoreissa. Alkoholikuolleisuus kasvoi vuonna 2020 kuitenkin lähes 12 % edelliseen vuoteen verrattuna.

Kansanterveydellinen takapakki oli monen asian summa

Pandemiavuotta on arvioitava varoen, mutta indikaattorit viittaavat liettualaisten alkoholinkulutuksen lisääntyneen. Tätä muutosta voidaan selittää useammalla tekijällä. Maahanmuutto oli vuosina 2019–2020 epätyypillistä, ja paluumuutto Liettuahan lisääntyi. Ylivoimainen enemmistö maahan muuttaneista oli miehiä, joiden alkoholinkulutus on huomattavasti suurempaa kuin naisten.

Muita selittäviä tekijöitä ovat alkoholin kohtuuhintaisuus ja markkinoiden paine kuluneiden parin vuoden aikana. Alkoholista on tullut entistä kohtuuhintaisempaa

valtion korotettua vähimmäispalkkoja sekä pandemia-ajan taloudellisten tukitoimien ja väestön tulojen kasvun myötä. Alkoholijuomien hinnannousu on puolestaan pysähtynyt.

Tälläkin hetkellä Liettuassa on käynnissä kampanja, joka kiertää alkoholin markkinointikieltoja mainostamalla alkoholittomia oluita ja viinejä. Markkinatutkimusyritys Kantar TNS:n mukaan alkoholittomien juomien mainonta kasvoi 38-kertaiseksi vuonna 2018 edelliseen verrattuna. Tämä merkitsi tuotteiden myynnin merkittävää kasvua ja hidasti alkoholinkäytön vähentämistä.

Alkoholin markkinoinnissa hyödynnetään sosiaalisia medioita ja kuluttajien luomaa sisältöä, mutta alkoholi on vahvasti läsnä myös perinteisen median kanavissa, kuten televisiossa, uutisportaaleissa ja katumainoksissa, joissa kuluttajia pommitetaan alkoholittomien tuotteiden mainoksilla. Pandemia on samaan aikaan heikentänyt päihderiippuvaisten hoidon ja avun, kuten esimerkiksi AA-ryhmien sekä neuvonta- ja tukipalvelujen saatavuutta mahdollisesti lisäten alkoholihaittoja.

Alkoholipoliittiset toimet edistävät kansanterveyttä vain niin kauan kuin niitä edistetään

Yllä esitetty muistuttaa, että alkoholipoliittisten toimenpiteiden ylläpitoa on jatkettava herkeämättä. Etenkin niin kauan kuin 'virtahepo olohuoneessa', eli kansainvälinen alkoholiteollisuus, janoaa voittoa. Liettuassa alkoholiteollisuuden vaikutusvalta on edelleen merkittävä, ja se näkyy kyseenalaisten tutkimusten rahoittamisena, medianäkyvyyden ostamisena ja poliitikkojen lahjomisena.

Uuden parlamentin jäsenet käynnistivät syksyllä 2020 kampanjan tavoitteenaan kumota nykyisiä alkoholipoliittisia linjauksia "toimimattomina". Parlamentin jäsenet keskittyvät oston vähimmäisikärajan alentamiseen 18 vuoteen sekä markkinoinnin ja myynnin vapauttamiseen, minkä myötä alkoholimyynni olisi sallittua myös sunnuntaisin. Voi tosin olla, ettei kampanjaa edes tarvita, sillä alkoholipoliittiset keinot edistävät kansanterveyttä vain täysimääräisesti toteutettuna, ja tällä hetkellä toteutus ontuu.

Nykyinen hallitus on ilmoittanut suunnitelmistaan tehdä lisäkorotuksia valmis-teveroon. Veronkorotuksissa tulisi huomioida väestön tulotason kehitys, sillä vain silloin sillä on vaikutusta. Jos siis poliitikot ja alkoholiteollisuus päättävät olla tekemättä mitään, tekevät liian vähän tai vain puolivillaisesti, lisääntyvät alkoholihaitat, etenkin haavoittuvassa asemassa olevien kohdalla.

Poliittisen tahdon hiipuminen nolaa yhteiskunnalliset ponnistelut

Toki Liettualla on myös syytä olla ylpeä monista myönteisistä kehityskuluista alkoholipoliitiikan saralla. Liettua ei esimerkiksi ole enää se pahamaineinen maa globaalien alkoholinkulutustilastojen ykkösenä, ja liettualaiset nuoret juovat vähemmän suhteessa eurooppalaisiin verrokkeihin.

Kansanterveyden puolestapuhujat ovat oppineet paljon, ja tieteellinen näyttö alkoholipoliittisten toimien kansanterveydellisistä hyödyistä on lisääntynyt. Liettualaiset kansalaisjärjestöt ovat valppaita, toiveikkaita ja jatkavat työtään puolustaakseen ja vahvistaakseen näyttöön perustuvaa alkoholipoliitikkaa.

”On olemassa vaara, että politiikka valitsee liike-elämän edun väestön terveyden ja julkisen talouden sijaan.”

Tästä huolimatta olemme Liettuassa oppineet, että kaikki tieteelliset todisteet, toiveikkuus tai kansalaisjärjestöjen ja yhteiskunnan ponnistelut ovat yhtä tyhjän kanssa, jos poliittinen tahto kuihtuu ja hiipuu. On olemassa vaara, että nykyinen, läpinäkymätön politiikka valitsee liike-elämän taloudellisen edun väestön terveyden ja julkisen talouden sijaan. Eikä tämä ole yksin Liettuan haaste.

Vaikka useat Euroopan maat ovat sitoutuneet kansainvälisiin toimintalinjoihin, kuten Euroopan syöpäsuunnitelmaan, on alkoholinkulutus ja sen aiheuttama haitta täällä maailman suurinta. Alkoholinkulutuksen lasku vanhoissa EU-maissa on pysähtynyt, eivätkä tehokkaimmat verotuskeinot ole saavuttaneet suosiota.

Samaan aikaan EU:n aktiiviset alkoholipoliittiset toimenpiteet ovat vähentyneet, ja EU on hiljattain jopa leikannut kansanterveyden saralla toimivien kansalaisjärjestöjen rahoitusta. Liettuan esimerkki kuvastaa sitä tosiasiaa, että ilman kansainvälistä tukea jopa mailla, joissa alkoholinkulutus ja haitat ovat suurimpia, on vaikeuksia ylläpitää alkoholipoliittisia toimenpiteitä ja niiden positiivisia vaikutuksia.

Nijole Gostautaite Midttun

Johtaja

Mental Health Initiative

Lithuanian University of Health Sciences, Liettua

Puheenvuoro – Eric Carlin:

Kohti vahvempaa alkoholipolitiikkaa – toiveikkaana, mutta varauksella

Kuluneiden koronapandemiakuukausien aikana moni meistä terveydenhuollon edustajista on mielessään haaveillut tulevaisuuden vahvemmassa Euroopasta, jossa oikeus terveyteen on etusijalla kaikille ja kaikkialla. Tässä kirjoituksessa esitän henkilökohtaisia näkemyksiä siitä, mitkä ovat suurimmat haasteet tämän vision saavuttamiseksi, erityisesti alkoholin suhteen. Lopussa jaan optimistisiä näkemyksiäni tulevaisuudesta.

***”Joka kymmenes kuolema johtuu
alkoholista, mikä tarkoittaa lähes
miljoonaa alkoholiperäistä kuolemaa
vuosittain.”***

Ensinnäkin, ongelmamme alkoholin suhteen ovat valtavat. Maailmanlaajuisesti WHO Euroopan alueella kulutetaan eniten alkoholia asukasta kohti. Joka kymmenes kuolema johtuu alkoholista, mikä tarkoittaa yhteensä lähes miljoonaa alkoholiperäistä kuolemaa vuosittain (WHO, 2020b).

Merkittävä osa näistä kuolemista tapahtuu hyvin nuorena iässä: neljännes kaikista parikymmppisten kuolemista ja lähes kolmannes kaikista kolmekymmppisten kuolemista johtuu alkoholista (WHO, 2020b). Vaikka kulutustottumukset vaihtelevat suuresti maiden välillä, vuonna 2017 yli 15-vuotiaiden keskkulutus oli 9,8 litraa puhdasta alkoholia asukasta kohti (WHO, 2020b). Vuosina 2010–2016 alkoholinkulutus väheni yhteensä vain 1,5 % kasvaen samanaikaisesti osassa maita (WHO, 2019).

Yksilöhaittojen lisäksi alkoholi jarruttaa yhteiskunnallista kehitystä

Alkoholinkulutus vaikuttaa suoraan äidin ja lapsen terveyteen, tartuntatauteihin (ml. HIV, hepatiitti ja tuberkuloosi), tarttumattomiin tauteihin (ml. 7 eri syöpää, aivohalvaus, sydän- ja maksasairaudet, aivovauriot, hermostovauriot) sekä mielen-terveysongelmiin ja liikenteessä loukkaantumisiin.

Vaikka haittojen riski on yhteydessä juotuun alkoholin määrään, ei vähäinäkään alkoholinkäyttö ole riskitöntä. Tutkimukset myös osoittavat johdonmukaisesti, että alkoholihaitat kohdistuvat koronapandemian tavoin epätasa-arvoisesti: jos olet heikommassa sosioekonomisessa asemassa, tai kuulut marginalisoituun ryhmään, olet suuremmassa vaarassa sairastua tai kuolla alkoholin vuoksi (WHO, 2021a).

”Alkoholin sisällyttäminen kestävän kehityksen tavoitteisiin osoittaa tarpeen vähentää alkoholinkulutusta maailmanlaajuisesti.”

Yksilöhaittojen ohella alkoholi jarruttaa toimivaa ja oikeudenmukaista yhteiskunnallista kehitystä vaikuttaen vahingollisesti jopa 14:n YK:n kestävän kehityksen tavoitteen saavuttamiseen 17:sta. Alkoholista aiheutuu myös merkittäviä taloudellisia, sosiaalisia ja ympäristöllisiä haittoja.

Alkoholin sisällyttäminen YK:n kestävän kehityksen tavoitteisiin, sekä sille omistettu oma alatavoite (tavoite 3.5, joka keskittyy päihteiden, kuten huumeiden ja alkoholin väärinkäytön ehkäisemiseen ja päihdehoidon tehostamiseen), osoittavat myös tarpeen vähentää alkoholinkulutusta ja siitä aiheutuvia haittoja maailmanlaajuisesti (WHO, 2021b). Vuonna 2015 YK:n jäsenvaltiot asettivat kunnianhimoisen tavoitteen vähentää haitallista alkoholinkulutusta 10 prosentilla vuoteen 2025 mennessä jäsenvaltioiden kansallinen konteksti huomioiden.

Best buy -menetelmät vähentävät tehokkaasti alkoholista aiheutuvia haittoja

Kansanterveystoimijat kohtaavat voimakasta vastustusta vaikutusvaltaisilta taloustoimijoiden verkostoilta, jotka asettavat taloudelliset näkökulmat terveyden edelle. Monet alkoholiteollisuuden edustajat vastustavat sääntelyn lisäämistä siirtämällä vastuun yksilöille. He vetoavat siihen, että alkoholihaitat vähenevät, jos ihmiset päättävät juoda vastuullisesti, mitä voidaan pitää moraalisesti vääränä.

Meillä on kuitenkin runsaasti tutkimuksellista näyttöä vuosien varrelta siitä, että alkoholipolitiikan best buy -menetelmistä on hyötyä WHO Euroopan alueen väestön terveydelle ja kehitykselle. Best buy -menetelmät ehkäisevät ja vähentävät alkoholista aiheutuvia haittoja vaikuttamalla sen saatavuuteen ja hintaan sekä mainontaan ja markkinointiin (WHO, 2021a). Näiden toimien tarkoituksena on muuttaa ympäristöämme siten, ettei alkoholi ole enää läsnä kaikkialla - ja tässä on huomioitava myös digitaalinen ympäristö.

Poliittiset toimet Liettuassa, Skotlannissa ja Venäjällä ovat todisteita siitä, että best buy -menetelmät ovat tehokkaita. Liettuassa näiden menetelmien käyttöönotto johti alkoholista aiheutuvien kuolemien vähenemiseen 20 % vuosina 2010–2016. Venäjällä alkoholinkulutus henkeä kohti laski 15 vuodessa huimat 43 %. (WHO, 2021a.)

”Alkoholin tehokkaassa sääntelyssä ei ole tilaa itsetyytyväisyydelle.”

Kotimaassani Skotlannissa pääsin osana pan-eurooppalaista yhteishanketta edistämään alkoholin vähimmäishinnan käyttöönottoa (Minimum Unit Price, MUP). Voitimme siis kansainvälisten alkoholintuottajien jatkuvan vastustuksen, mukaan lukien oikeudelliset taistelut kansallisella ja EU:n tasolla.

Ensimmäisenä MUP:n käyttöönottovuonna 2018 alkoholin myynti laski alimmillään 25 vuoteen, ja alkoholin aiheuttamat kuolemat vähenivät 10 % (National Records of Scotland, 2021a). Valitettavasti koronapandemian myötä alkoholikuolemat kääntyivät jälleen 16 %:n kasvuun vuonna 2020 (National Records of Scotland 2021b).

Tästä voimme oppia muun muassa sen, että alkoholin tehokkaassa sääntelyssä ei ole tilaa itsetyytyväisyydelle. Lisäksi on tärkeää, että hallitukset turvaavat alkoholin ongelmakäyttäjien hoitopaasyn ihmishenkien pelastamiseksi, vaikka julkiseen

talouteen ja palveluihin kohdistuisi samanaikaisesti muita koronapandemian kaltaisia, henkeä uhkaavia paineita.

Kokemusasiantuntijoilta oppiminen alkoholipolitiikan rinnalle

Alkoholin aiheuttamia haittoja ja kuolemia voidaan vähentää. Kuten olen korostanut, tehokas sääntely on tärkeää alkoholin aiheuttamien haittojen ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi. Kokemukseni päihdetyötä tekevien yhteisöjen, kuten Britannian AA-ryhmän kanssa, lisää optimismiani tulevaisuutta kohtaan.

Cochranen vastikään julkaisema katsaus (Kelly ym., 2020) antaa todisteita siitä, että AA-ryhmien kaltaiset ohjelmat pelastavat ihmishenkiä tarjoamalla tukea alkoholinkäytön lopettamiseen ja ongelmista toipumiseen. Samaan aikaan ne vähentävät huomattavasti terveydenhuollon kustannuksia.

Uskon, että tulevaisuutta kansainvälisellä, kansallisella ja paikallisella tasolla suunniteltaessa on tärkeää, että opimme ihmisiltä, jotka ovat kärsineet alkoholin ongelmakäytöstä - käyttäjät, toipuneet käyttäjät sekä heidän perheenjäsenensä ja ystävänsä mukaan luettuna. Tämän myötä voimme rakentaa vahvempaa WHO Eurooppaa, joka on vapaa alkoholin haitoista.

Eric Carlin, PhD

Asiantuntija

Public Health, Alcohol Policies

WHO European Office for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases

Puheenvuoro – Florence Berteletti:

Alkoholi ei ole tavallinen kulutushyödyke

Olen Florence Berteletti, Eurocaren uusi toiminnanjohtaja. Eurocare on 52 kansalaisjärjestön ja kansanterveysjärjestön liitto, johon osallistuu toimijoita 21 Euroopan maasta. Lisäksi Eurocarella on jäsenorganisaatioita, jotka edistävät erilaisten poliitisten toimien avulla alkoholihaittojen ehkäisemistä ja vähentämistä eri puolilla Eurooppaa. Eurocare ei vastaanota rahoitusta alkoholiteollisuuden edustajilta, sillä me uskomme, että riippumattomuus on olennaista vaikuttavan politiikan edistämiseksi.

Minulla on 20 vuoden kokemus kansainvälisestä politiikasta ja vaikuttamistyöstä erityisesti asiantuntijana tupakoinnin vähentämisen ja tarttumattomien tautien ehkäisyn parissa. Siitä huolimatta harva tietää, että urani kansanterveyden saralla alkoi Eurocaren viestintävastaavana vuosina 2002–2005.

Politiikan kehitys ei pysy alkoholin aiheuttamien ongelmien perässä

Eurocare:lla on ollut suuri vaikutus uraani, ja olen noista vuosista lähtien seurannut suurella ammatillisella mielenkiinnolla alkoholipolitiikkaa ja sen kehittymistä niin Euroopassa kuin kansainvälisesti. Olen aina kokenut, että alkoholin haittoihin ei kiinnitetä tarpeeksi huomiota, etenkin tupakan torjuntaan verrattuna, eikä alkoholipolitiikan kehitys pysy alkoholin aiheuttamien ongelmien perässä.

”Eurooppalaiset kuluttavat alkoholia eniten maailmassa, eivätkä ole tietoisia alkoholin riskeistä.”

Euroopassa tilanne on erityisen synkkä. Eurooppalaiset kuluttavat alkoholia eniten maailmassa, eivätkä ole tietoisia alkoholin riskeistä. Tilannetta pahentaa tehokkaiksi todettujen, pakollisten varoitusmerkintöjen puute. Tämän lisäksi alkoholiteollisuus

käyttää valtavia lobbausresurssejaan varmistaakseen, että EU:n sisämarkkinat puoltavat alkoholituotteiden myyntiä ja markkinointia EU-maiden sisällä, niiden välillä sekä muissa matalan ja keskitulotason maissa ympäri maailmaa.

Varoitusmerkinnät alkoholijuomiin vuoteen 2023 mennessä

Negatiivisesta kehityksestä huolimatta olen iloinen voidessani palata töihin alkoholipolitiikan pariin Euroopassa, etenkin nyt, kun Europe's Beating Cancer Plan -syöväntorjuntasuunnitelma antaa vihdoin mahdollisuuden puuttua alkoholihaittoihin.

Tämä EU-aloite pitää sisällään suunnitelman ottaa käyttöön pakolliset ainesosa- ja ravintoarvomerkinnät alkoholijuomiin vuoteen 2022 mennessä ja terveysvaroitusmerkinnät vuoteen 2023 mennessä. Lisäksi tavoitteena on kehittää valmiuksia eri EU-lainsäädännön aloilla alkoholin verotuksen ja nuoriin kohdistuvan markkinoinnin osalta. Suunnitelma tukee jäsenmaita myös näyttöön perustuvien lyhytinterventioiden täytäntöönpanossa sekä perusterveydenhuollossa, työpaikoilla että sosiaalipalveluissa.

”EU:n on luovuttava dogmaattisesta uskostaan itsesätelyn voimaan ja alkoholiteollisuuden vapaaehtoiseen toimenpiteisiin.”

On sanomattakin selvää, että alkoholiteollisuus on jo vastannut syöväntorjuntasuunnitelmaan lukuisilla itse- ja yhteissäätelyä koskevilla toimenpiteillä. Eurocare:lla on tässä ainutlaatuinen ja kriittisen tärkeä rooli paitsi toimia vastapainona alkoholiteollisuuden lobbausyrityksille, myös vaatia EU:ta luopumaan dogmaattisesta uskostaan itsesätelyn voimaan ja alkoholiteollisuuden vapaaehtoiseen toimenpiteisiin. Ne eivät ole toimineet tähänkään mennessä, eivätkä pohjaudu tieteelliseen näyttöön.

Kuinka tämä kaikki tapahtuu? Tulemme tuomaan vahvasti esille alkoholiteollisuuden intressien ja kansanterveyden välillä vallitsevan perustavanlaatuisen eturistiriidan.

Teemme tiivistä yhteistyötä jäsenvaltioiden asiantuntijoiden ja päättäjien, Maailman terveysjärjestö WHO:n, kansanterveysjärjestöjen ja muiden organisa-

tioiden kanssa puolustaaksemme WHO:n SAFER-aloitteen täytäntöönpanoa, jossa esitellään tehokkaimmat ja vaikuttavimmat alkoholipoliittiset toimet.

”Alkoholiteollisuuden intressien ja kansanterveyden välillä vallitsee perustavanlaatuisen eturistiriita.”

Loppuun haluan sanoa, että toivon henkilökohtaisesti eurooppalaisen syöväntorjuntasuunnitelman käynnistävän uuden suunnan Euroopan alkoholipoliitiikassa.

Olen iloinen voidessani olla osa tätä matkaa, ja uskon, että Eurocare voi yhdessä jäsentensä kanssa lisätä tietoisuutta alkoholihaitoista EU-päätäjien keskuudessa, sillä alkoholi ei ole tavallinen kulutushyödyke, eikä sitä tule kohdella sellaisena.

Voimme yhdessä edistää poliittisten toimien kehittämistä ja toteuttamista uuden alkoholipoliittisen suunnan saavuttamiseksi ja alkoholinkäytön vähentämiseksi Euroopassa.

Florence Berteletti

Toiminnanjohtaja

European Alcohol Policy Alliance (Eurocare), Belgia

Ehkäisevä päihdetyö

Ehkäisevällä päihdetyöllä tarkoitetaan toimia ja tapoja, joilla edistetään terveyttä, turvallisuutta ja hyvinvointia vähentämällä päihdehaittoja. Ehkäisevä päihdetyö kattaa päihteiden, kuten alkoholin, nikotiinin ja huumausaineiden lisäksi päihderiippuvuuden tapaisen rahapelaamisen.

Ehkäisevää päihdetyötä tarvitaan kaikissa elämänvaiheissa. Ehkäisevän päihdetyön tavoitteena on ehkäistä lasten ja nuorten päihteidenkäyttöä sekä lykätä käytön aloittamista. Lisäksi tavoitteena on ehkäistä aikuisten riskikäyttöä ja päihteistä aiheutuvia haittoja.

Ehkäisevää päihdetyötä toteutetaan muun muassa vaikuttamalla:

- päihteitä ja niiden käyttäjiä koskeviin tietoihin, asenteisiin ja oikeuksiin
- päihdehaitoilta suojaaviin tekijöihin sekä niille altistaviin riskitekijöihin
- päihteiden käyttötapoihin, saatavuuteen ja tarjontaan
- päihteidenkäytön haittoihin.

Ehkäisevän päihdetyön toimet ovat kustannustehokas tapa vähentää päihteidenkäytöstä aiheutuvia haittoja, edistää hyvinvointia ja osallisuutta sekä tuoda merkittäviä taloudellisia säästöjä yhteiskunnalle pitkällä tähtäimellä.

YK:n huumeiden ja rikollisuuden torjunnasta vastaavan toimiston (UNODC) ja Maailman terveysjärjestö WHO:n (2018a) julkaisema *International Standards on Drug Use Prevention* –raportti kokoaa yhteen tietoa poliittisista toimenpiteistä ja interventioista, jotka on tutkimustiedon perusteella arvioitu tehokkaiksi tavoiksi tehdä vaikuttavaa ehkäisevää päihdetyötä. Vaikuttavassa ehkäisevässä päihdetyössä huomioidaan myös kohderyhmän erityispiirteet, kuten ikä, kehitystaso sekä päihdeiden käytön riskitaso.

Vaikuttavan ja monitahoisen ehkäisevän päihdetyön toteuttamiseksi tarvitaan UNODC & WHO:n (2018a) mukaan:

- Poliittisia linjauksia ja lainsäädännölliset raamit.
- Tutkimusnäyttöä siitä, että ehkäisevän päihdetyön keinot perustuvat vaikuttaviin menetelmiin. Myös päätöksenteossa tarvitaan arvioita siitä, että käytössä olevat keinot ovat vaikuttavia ja tavoittavat halutun kohderyhmän.
- Toimia eri tasoilla. Toimia tarvitaan kansallisella tasolla, jossa valmistellaan valtakunnallinen toimintasuunnitelma ja lainsäädäntö, sekä paikallisella tasolla, jossa haitat usein esiintyvät.
- Toimia eri ammattilaisten keskuudessa, sillä eri ammattilaiset tavoittavat eri kohderyhmien edustajia. Ehkäisevä päihdetyö voidaan sisällyttää osaksi eri toimialojen perustyötä, kuten terveydenhuoltoa ja kotihoitoa, koulujen nuorisotyötä sekä työyhteisöjä.
- Poliittisten päättäjien ja ehkäisevää päihdetyötä harjoittavien ammattilaisten koulutusta.
- Resursseja ehkäisevän päihdetyön toteuttamiseksi. Ehkäisevän päihdetyön tulisi olla kestävää ja pitkäjänteistä.

Lisäksi WHO (2012) suosittelee, että valtioilla on käytössä alueellisen tason ehkäisevän päihdetyön toimintasuunnitelma.

Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö (STM) johtaa ehkäisevää päihdetyötä kansallisella tasolla. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) ohjaa ja kehittää ehkäisevää päihdetyötä yhteistyössä muiden viranomaisten kanssa. Aluehallintovirastot ohjaavat toimialueensa ehkäisevää päihdetyötä sekä suunnittelevat ja kehittävät sitä yhteistyössä muiden viranomaisten ja yhteisöjen kanssa. Lisäksi aluehallintovirastot tukevat toimialueensa kuntia ehkäisevän päihdetyön toteuttamisessa ja kehittämisessä.

Suomessa laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä (523/2015) ohjaa päihdehaittojen ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi tehtävää työtä. Lain tavoitteena on edistää terveyden ja hyvinvoinnin tasa-arvoa varmistamalla ehkäisevän työn toimintaedellytykset koko maassa. Laki tukee erityisesti kunnissa ja alueilla tehtävän

työn kehittämistä ja tehostamista. Nykyisen ehkäisevän päihdetyön lain (523/2015) mukaan kuntien keskeisiä tehtäviä ovat:

- päihdeolojen seuranta ja niistä tiedottaminen
- tiedon tarjoaminen väestölle ja yksityisille henkilöille
- osaamisen vahvistaminen
- kunnan eri hallinnonaloilla tehtävän ehkäisevän päihdetyön yhteensovittaminen muiden keskeisten toimijoiden kanssa
- asukkaiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien edistäminen päihteiden aiheuttamien haittojen vähentämiseksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen yhteydessä laki ehkäisevästä päihdetyöstä uudistetaan koskemaan kuntien lisäksi hyvinvointialueita. Hallituksen esityksen mukaan (HE56/2021) kuntien ehkäisevän päihdetyön vastuut ja tehtävät säilyvät ennallaan. Samalla, kun vastuu sosiaali- ja terveyspalveluista siirtyy hyvinvointialueille, myös vastuu näissä palveluissa tehtävästä ehkäisevästä päihdetyöstä siirtyy. Hyvinvointialueet tukevat jatkossa myös kuntien tekemää ehkäisevää päihdetyötä. Aluehallintovirastot tukevat puolestaan sekä kuntien että hyvinvointialueiden ehkäisevää päihdetyötä. Uudistetun lain on tarkoitus tulla voimaan 1.1.2023.

Lisäksi ehkäisevää päihdetyötä ohjaa valtakunnallinen, vuosille 2015–2025 asetettu ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma (Markkula ym., 2021) sekä sosiaali- ja terveysministeriön (STM) Päihde- ja riippuvuusstrategia - Yhteiset suuntaviivat vuoteen 2030. Strategian tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteidenkäytöstä ja rahapelaamisesta aiheutuvia riskejä, haittoja ja ongelmia kaikissa ikäryhmissä. Lisäksi strategia tukee YK:n Kestävän kehityksen globaalin toimintaohjelman (Agenda2030) toimeenpanoa (STM, 2021).

Muita toimenpiteitä alkoholihaittojen ehkäisemiseksi

Valtioilla on käytössä tässä raportissa esiteltyjen alkoholipoliittisten best buy -menetelmien lisäksi myös muita yhteiskunta-, yhteisö- ja yksilötason toimenpiteitä, joilla voidaan vähentää alkoholinkäyttöä ja siitä aiheutuvia haittoja. Olennaista on, että myös näillä alueilla tehdään töitä kokonaisvaltaisen alkoholipolitiikan eteen.

Liikenneturvallisuus

Alkoholi vaikuttaa merkittävästi ajokykyyn ja lisää onnettomuusriskiä liikenteessä. Alkoholien ohella huumausaineet muodostavat huomattavan liikenneturvallisuusrisikin. Huumausaineiden vaikutukset ajokykyyn riippuvat käytetystä aineesta, mutta ne voivat esimerkiksi lamaannuttaa tai kiihdyttää keskushermostoa tai aiheuttaa aistiharhoja (WHO, 2016).

Maailman terveysjärjestö WHO (2021a) toteaa SAFER-aloitteessaan, että valtioilla tulisi olla käytössä tehokkaita alkoholipoliittisia toimia sekä liikenneturvallisuuden ja liikenneraittiuuden tukemiseksi että rattijuopumusten ja niiden aiheutuvien haittojen ehkäisemiseksi. Yhtenä tehokkaana ja vaikuttavana liikenneturvallisuutta tukevana toimena pidetään alkoholien promillerajan alentamista, joka tulisi toteuttaa yhdessä kuljettajien satunnaisten puhallutusten ja ajokunnon tarkastusten kanssa (Babor ym., 2010; STM, 2004; WHO, 2012; WHO, 2021a).

Huumausaineiden osalta WHO (2016) suosittelee nollatoleranssia, joka esimerkiksi Suomessa on käytössä. WHO (2016) suosittelee kuljettajan huumausainetestausta esimerkiksi sylkinäytteestä. Testitulosten perusteella henkilö voidaan ohjata tarkempiin kokeisiin, joissa selvitetään, onko henkilö syyllistynyt ajamaan alkoholin ja/tai muiden huumausaineiden vaikutuksen alaisena. WHO (2021a) ehdottaa, että valittujen toimien rikkomisesta tulisi rangaista lainsäädännössä esimerkiksi sakottamalla tai ajokiellolla.

Liikenneraittiuutta tukevien toimenpiteiden täytäntöönpano voi vaatia muun muassa poliisien resurssia, jotka tulisi turvata vaikuttavuuden saavuttamiseksi. Lisäksi täytäntöönpano voi vaatia esimerkiksi koko väestöä koskevia kampanjoita

tiedottamaan liikennehaittiutta koskevista säädöksistä ja niiden rikkomisesta seuraavista rangaistuksista (WHO, 2021a).

Päihdekasvatus

Päihdekasvatuksella tarkoitetaan päihteiden käyttöön liittyvää kasvatustyötä, jota toteutetaan varhaiskasvatuksessa, kouluissa, oppilaitoksissa, nuorisotyössä sekä esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalveluissa. Päihdekasvatuksen tavoitteena on väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Lisäksi päihdekasvatuksella:

- tuetaan päihdehaitatonta elämää ja hyvinvointia
- autetaan luomaan realistisia odotuksia päihteidenkäytön seurauksista ja yleisyydestä
- lisätään päihdetietoisuutta eri kohderyhmissä.

WHO:n (2012) mukaan päihdekasvatuksen tulisi alkaa jo lapsuudessa osana vanhemmuuden tukemista ja jatkoa opetuksessa osana terveyskasvatusta. Vaikka päihdekasvatuksen pitkän ajan vaikuttavuuden näyttö on arvioitu heikoksi (Babor ym., 2010; STM, 2004; WHO, 2009), on sillä tärkeä rooli tarjota tietoa päihteistä ja päihdehaitoista sekä vaikuttaa asenteisiin päihteitä kohtaan (WHO, 2009; WHO, 2012). Päihdekasvatuksella voidaan myös myöhäistää päihteidenkäytön aloitusikää.

Päihdekasvatusta tulisi WHO:n (2009; 2012) mukaan toteuttaa tehokkaaksi osoitetuin opetusmenetelmin, esimerkiksi seuraavat seikat huomioiden:

- Koulutuksessa ja sen sisällössä otetaan huomioon kohderyhmän ikävaihe ja hyödynnetään sille sopivia menetelmiä.
- Kulttuurisensitiivisessä päihdekasvatuksessa otetaan huomioon kohderyhmä ja ryhmän erityispiirteet.
- Koulutus on vuorovaikutteista: menetelmät, joissa kehitetään interaktiivisesti nuorten taitoja sekä kykyä jäsentää ja käyttää annettua tietoa, ovat tehokkaampia kuin tiedon jakaminen kohderyhmälle.
- Keskustelun sävyn tulee olla neutraali ja tuomitsematon. Pelottelun on havaittu olevan jopa haitallista.
- Elämäntaitojen ja tunnetaitojen harjoittelu voidaan ottaa osaksi päihdekasvatusta.
- Päihdekasvatusta toteuttavat henkilöt tulee kouluttaa tehtävään.

Päihdehaittojen ehkäisy työelämässä

Alkoholin suurkulutus tai riippuvuus aiheuttavat terveyshaittoja ja vaikuttavat siten yksilön työkykyyn ja -hyvinvointiin. Alkoholin suurkulutus aiheuttaa sairauspoissaoloja, työkyvyn alentumista ja työn laadun heikkenemistä lisäten taloudellisia haittoja. Päihtyneenä tai krapulassa työskentely voi muodostaa myös työturvallisuusriskin. Lisäksi alkoholi voi aiheuttaa työyhteisöissä sosiaalisia haittoja, kuten yllättäviä poissaoloja, tekemättömien töiden paikkaamista, nopeita vuoronvaihtoja tai työilmapiirin heikkenemistä (WHO, 2012).

Työyhteisöissä alkoholihaittoja voidaan vähentää edistämällä päihteettömiä työyhteisöjä, tukemalla johtamista, mikä hyödyttää työntekijöiden hyvinvointia ja työssä viihtymistä, sekä tarjoamalla interventioita. Interventioissa, eli niin kutsutuissa sosiaalisissa väliintuloissa voidaan keskittyä esimerkiksi psykologisten taitojen vahvistamiseen ja alkoholinkäytön puheeksi ottamiseen (WHO, 2012).

Työyhteisöissä tehtävän päihdehaittojen ehkäisyn vaikuttavuutta on arvioitu vähän (WHO, 2009). Miettisen & Rantapuskan (2018) raportissa Numerot puhuvat

– Kuinka tehokkaasti alkoholin aiheuttamia taloudellisia tappioita työpaikoilla voisi vähentää? arvioidaan työelämän alkoholi-interventioiden taloudellisia vaikutuksia työnantajan näkökulmasta. Raportin arvioiden mukaan alkoholi aiheuttaa suomalaisissa työyhteisöissä vähintään 500 miljoonan euron vuosittaiset kustannukset. Menetykset on kuitenkin paikattavissa, sillä työyhteisöt voisivat odottaa 1–2 euron hyötyä jokaista työpaikkainterventioon sijoitettua euroa kohti. Myös raportissa esitetty pääoman tuottoastelaskelma tukee näitä oletuksia (EHYT, Miettinen & Rantapuska, 2018).

Vaikka tutkimuksia vaikuttavuudesta tarvitaan lisää, voidaan työpaikoilla tehtävää päihdehaittojen ehkäisyä pitää tärkeänä niin taloudellisesta kuin työntekijöiden ja työyhteisöjen hyvinvoinnin näkökulmasta (WHO, 2012).

Varhainen tunnistaminen ja hoitoonohjaus

Terveyspalveluilla ja terveydenhuollon henkilökunnalla on keskeinen rooli alkoholihaittojen vähentämisessä yksilötasolla. Kansainvälinen tutkimusnäyttö tukee varhaisen tunnistamisen vaikuttavuutta yksilön alkoholinkäytön vähentämiseksi, erityisesti perusterveydenhuollossa tehtynä. Varhainen tunnistaminen ja hoitoonohjaus voivat vähentää yksilön alkoholinkäytön lisäksi myös alkoholihaittoja, jotka kohdistuvat muihin kuin juojaan itseensä, kuten esimerkiksi tämän perheenjäseniin. Varhaista tunnistamista tulisi hyödyntää erityisesti alkoholin riskikäyttäjien ja raskaana olevien kohdalla. Varhainen tunnistaminen ja hoitoonohjaus tulisi myös integroida osaksi muiden samanaikaisten terveysongelmien hoitoa (WHO, 2021a).

Varhainen tunnistaminen ja hoitoonohjaus edellyttävät terveydenhuollon henkilökunnalta osaamista käyttää toimiviksi havaittuja menetelmiä alkoholinkäytön tunnistamiseksi. Tällaisia ovat esimerkiksi AUDIT-kyselyt ja motivoivat haastattelut, joilla alkoholia ongelmallisesti käyttävää voidaan motivoida vähentämään käyttöä. Niin ikään palveluita, joihin alkoholiongelmaisen henkilön voi ohjata, tulisi olla tarjolla ja helposti saatavilla esimerkiksi yksilön taloudellisesta tilanteesta riippumatta.

Terveydenhuollon henkilökunnan tulee olla tietoinen saatavilla olevista palveluista, joihin päihteitä käyttävä henkilö voidaan saumattomasti ohjata. Haasteina alkoholia ongelmallisesti käyttävien hoidossa ovat hoidon kattavuuden puutteellisuus, hoitomahdollisuuksien rajallisuus ja hoidon heikko vaikuttavuus sekä sen korkeat kustannukset (Babor ym., 2010; STM; 2004). Julkisten ja yksityisten terveyspalveluiden ohella myös kansalaisjärjestöillä on keskeinen rooli palvelujen tarjoajina erityisesti heikommassa asemassa oleville (WHO, 2021a).

Alkoholi ja kestävä kehitys

Alkoholilla on huomattavia terveydellisiä, yhteiskunnallisia ja taloudellisia vaikutuksia. Niiden lisäksi alkoholi hidastaa kestäväen kehityksen tavoitteiden saavuttamista. Kestävällä kehityksellä tarkoitetaan sekä paikallista että maailmanlaajuisista yhteiskunnallista muutosta, jonka tavoitteena on turvata nykyisille ja tuleville sukupolville edellytykset hyvään elämään mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tämä edellyttää, että kestäväen kehityksen kolme ulottuvuutta - sosiaalinen, ekologinen ja taloudellinen kestävyys - huomioidaan päätöksenteossa ja toiminnassa tasavertaisesti (Movendi International & EHYT ry, 2020).

YK on laatinut Kestäväen kehityksen globaalin toimintaohjelman (Agenda2030, englanniksi 2030 Agenda for Sustainable Development), joka sisältää 17 kestäväen kehityksen tavoitetta ja 169 alatavoitetta. Tavoitteissa määritellään maailmanlaajuisesti merkittävimmät tavat edistää sosiaalista, taloudellista ja ekologista kestävyttä vuoteen 2030 mennessä. Suomi on yhdessä muiden maailman valtioiden tavoin sitoutunut tavoitteiden edistämiseen (Movendi International & EHYT ry, 2020).

Alkoholi on huomattava este kestäväälle kehitykselle ja vahingoittaa jokaista kestäväen kehityksen ulottuvuutta. On näyttöä myös siitä, että alkoholi haittaa usean Agenda2030-ohjelman tavoitteen ja alatavoitteen saavuttamista: alkoholi vaarantaa inhimillisen pääoman, heikentää taloudellista tuottavuutta, vaikuttaa negatiivisesti sosiaalisiin rakenteisiin ja kuormittaa terveydenhuoltojärjestelmiä. Lisäksi alkoholintuotanto pahentaa vesipulaa (Movendi International & EHYT ry, 2020).



Puheenvuoro – Maik Dünnbier:

Alkoholipoliittiset ratkaisut keskeisessä roolissa kestävän kehityksen tavoitteiden saavuttamisessa

Vuonna 2015 kaikki YK:n eli Yhdistyneiden kansakuntien jäsenvaltiot hyväksyivät niin kutsutun Agenda2030:n, Kestävän kehityksen globaalin toimintaohjelman (2030 Agenda for Sustainable Development) (United Nations, 2015). Kyseessä oli historiallinen yksimielisyyden hetki ja yhteinen sitoutuminen paremman maailman rakentamiseksi kaikille, tarjoaahan Agenda2030 yhteisen suunnitelman rauhan ja vaurauden edistämiseksi sekä ihmisille että maapallolle.

Globaalin toimintaohjelman ytimessä on 17 kestävän kehityksen tavoitetta ja 169 konkreettista alatavoitetta, joiden saavuttamiseksi vuoteen 2030 mennessä kaikkien maiden hallitusten tulee pyrkiä (United Nations, 2015).

Kestävän kehityksen tavoitteet ovat kehoitus kiireellisiin toimiin kaikissa kehittyneissä ja kehittyvissä maissa. Tavoitteissa korostuu köyhyyden ja huono-osaisuuden vähentäminen, jonka tulee kulkea käsi kädessä terveyttä ja koulutusta edistävien, eriarvoisuutta vähentävien ja taloudelliseen itsenäisyyteen kannustavien strategioiden kanssa - samalla kun torjumme ilmastonmuutosta ja suojelemme meriä ja metsiä.

Alkoholi ja sen aiheuttamat haitat leikkaavat läpi kestävän kehityksen ulottuuksien, sosiaalisten, taloudellisten ja ekologisten, mikä tekee alkoholista vakavan esteen kestävän kehityksen tavoitteiden toteutumiselle.

Alkoholi on merkittävä este kestävälle kehitykselle

Alkoholiteollisuuden tuotteet ja käytännöt aiheuttavat ja ylläpitävät terveydellisiä, sosiaalisia ja taloudellisia ongelmia. Haitat ulottuvat kaikille yhteiskunnan osa-alueille: ne vaarantavat inhimillisen potentiaalin, heikentävät talouden tuottavuutta, tuhoavat sosiaalista rakennetta, rasittavat terveydenhuoltojärjestelmiä ja jopa vahingoittavat luonnon monimuotoisuutta, vesi- ja ruokaturvaa sekä edistävät ilmastonmuutosta.

Alkoholiteollisuuden muodostamat esteet kestäväälle kehitykselle on tunnistettu kansainvälisesti, ja kestävä kehityksen tavoitteet sisältävät erityisen päämäärän tähän liittyen. Alkoholit mainitaan nimenomaisesti tavoitteessa 3 Terveyttä ja hyvinvointia ja sen alatavoitteessa 3.5., joka keskittyy päihteiden, kuten huumeiden ja alkoholin väärinkäytön ehkäisemiseen ja päihdehoidon tehostamiseen.

Alkoholi on monialainen riskitekijä Agenda2030:n eri osa-alueilla ja vaikuttaa haitallisesti yli 82 %:iin tavoitteista sekä yli kolmannekseen niiden alatavoitteista. Alla lueteltujen 14 tavoitteen saavuttaminen 17:sta on vaarassa estyä alkoholin vuoksi (Movendi International, 2020a):

Tavoite 1. Köyhyyden poistaminen sen kaikissa muodoissa kaikkialta

Tavoite 2. Poistaa nälkä, saavuttaa ruokaturva, parantaa ravitsemusta ja edistää kestävä maataloutta

Tavoite 3. Taata terveellinen elämä ja hyvinvointi kaiken ikäisille

Tavoite 4. Taata kaikille avoin, tasa-arvoinen ja laadukas koulutus sekä elinikäiset oppimismahdollisuudet

Tavoite 5. Saavuttaa sukupuolten välinen tasa-arvo sekä vahvistaa naisten ja tyttöjen oikeuksia ja mahdollisuuksia

Tavoite 6. Varmistaa veden saanti ja kestävä käyttö sekä sanitaatio kaikille

Tavoite 8. Edistää kaikkia koskevaa kestävää talouskasvua, täyttää ja tuottavaa työllisyyttä sekä säällisiä työpaikkoja

Tavoite 10. Vähentää eriarvoisuutta maiden sisällä ja niiden välillä

Tavoite 11. Taata turvalliset ja kestävät kaupungit sekä asuinyhdyskunnat

Tavoite 12. Varmistaa kulutus- ja tuotantotapojen kestävyys

Tavoite 13. Toimia kiireellisesti ilmastonmuutosta ja sen vaikutuksia vastaan

Tavoite 15. Suojella maaekosysteemejä, palauttaa niitä ennalleen ja edistää niiden kestävä käyttöä edistää metsien kestävä käyttöä taistella aavikoitumista vastaan, pysäyttää maaperän köyhtyminen ja luonnon monimuotoisuuden häviäminen

Tavoite 16. Edistää rauhanomaisia yhteiskuntia ja taata kaikille pääsy oikeuspalveluiden pariin, rakentaa tehokkaita ja vastuullisia instituutioita kaikilla tasoilla

Tavoite 17. Tukea vahvemmin kestävä kehityksen toimeenpanoa ja globaalia kumppanuutta.

Alkoholi vaikuttaa kolmeen keskeiseen kestäväan kehityksen ulottuvuuteen

Sosiaalinen kestävyys: Alkoholiteollisuuden tuotteet ja käytännöt estävät sukupuolten tasa-arvon saavuttamista (tavoite 5) muun muassa lisäämällä naisiin kohdistuvan väkivallan riskiä ja altistamalla naisia alkoholin haittavaikutuksille. Tämän lisäksi alkoholimainonta ylläpitää naiseuden esineellistämisen ja seksuaalisoinnin kulttuuria (Movendi International, 2020a). Esimerkiksi Maailman terveysjärjestö WHO pitää alkoholia naisiin kohdistuvan väkivallan merkittävimpänä riskitekijänä. Noin 65 % lähisuhdeväkivaltaa kokeneista naisista Intiassa, Vietnämässä, Ugandassa, Zimbabwessa ja Etelä-Afrikassa ilmoitti väkivaltaan syyllistyneen olleen alkoholin vaikutuksen alaisena (WHO, 2006).

Ympäristön kestävyys: Alkoholin tuotanto kuluttaa merkittävästi vettä (tavoite 6). Vesipulan ja kuivuuden lisääntyessä maailmanlaajuisesti heikentää viinin ja oluen tuotanto vesiturvaa entisestään. Ennusteet osoittavat, että vuoteen 2025 mennessä arviolta 1,8 miljardia ihmistä asuu alueilla, missä veden niukkuus aiheuttaa kärsimystä, ja kaksi kolmasosaa maailman väestöstä alueilla, joissa makean veden puute on huomattava (Movendi International, 2020a). Viinintuotanto pahentaa vesipulaa ja lisää kuivuutta: yhden viinilitran tuottamiseksi tarvitaan 870 litraa vettä. Myös oluen vesijalanjälki on huomattava - yhtä olutlitraa kohti tarvitaan 298 litraa vettä (Hoekstra & Water Footprint Network, 2017).

Taloudellinen kestävyys: Alkoholi aiheuttaa valtavia taloudellisia vahinkoja maiden ja yhteisöjen menettäessä tuottavuutta ja talouskasvua haitallisen alkoholinkäytön vuoksi (tavoite 8) (Movendi International, 2020a). Tuoreen raportin mukaan bruttokansantuote tulee OECD-maissa laskemaan keskimäärin 1,6 % vuodessa seuraavat 30 vuotta alkoholin ja sen haittavaikutusten takia (Movendi International, 2021).

Nämä esimerkit ovat vain jäävuoren huippu. Tiedämme, että alkoholi vahingoittaa suhteellisesti eniten nuoria ihmisiä, sillä se on 25–49-vuotiailla merkittävin tautitaakan aiheuttaja, minkä seurauksena menetetään valtavasti inhimillistä potentiaalia (Movendi International, 2020b; GBD 2019 Risk Factors for Collaborators, 2020).

Analyysi alkoholin vaikutuksista kestäväan kehityksen tavoitteisiin osoittaa, että alkoholin aiheuttamien vaikutusten kirjo on laaja. Alkoholiteollisuuden tuotteet ja käytännöt vaikuttavat kielteisesti talouteen, sosiaalisiin rakenteisiin ja tasa-arvoon sekä terveydenhuoltojärjestelmään ja ympäristöön. Tämä tarkoittaa myös sitä, että alkoholipoliittiset ratkaisut ovat keskeisessä roolissa sekä kansanterveydellisten että muiden kestäväan kehityksen tavoitteiden ja ulottuvuuksien saavuttamisessa.

Alkoholipolitiikasta vauhtia kestävän kehityksen tavoitteiden saavuttamiseksi

YK:n kehitysohjelman UNDP:n terveysalan ja kehityksen asiantuntija Dudley Tartlon tiivisti hyvin Maailman terveysjärjestö WHO:n alkoholipolitiikan foorumissa (FADAB 3) tänä vuonna, miksi UNDP työskentelee alkoholipoliittisten ratkaisujen kanssa:

”On hyvin vähän toimia, jotka voivat nopeuttaa kehitystä niin paljon kuin alkoholipolitiikka voi nopeuttaa kehitystä.”

Tartlonin sanoma on tehokas ja summaa hyvin olemassa olevan tiedon alkoholipoliittisten toimenpiteiden vaikuttavuudesta. Alkoholipolitiikan kolme niin kutsuttua best buy -menetelmää (alkoholin valmisteverot, mainonnan kieltäminen ja saatavuuden rajoittaminen), ovat kustannustehokkaita, vaikuttavia ja näyttöön perustuvia alkoholipoliittisia keinoja alkoholista johtuvien haittojen vähentämiseksi. Näillä keinoilla on myös mahdollista vauhdittaa kestävän kehityksen tavoitteiden saavuttamista.

Esimerkiksi Bloomberg Philanthropies -tutkimus osoitti, että näiden kolmen best buy -menetelmän käyttöönotto tuottaisi 9 dollaria jokaista sijoitettua dollaria kohti (Movendi International, 2018). Alkoholien taloudelliset haitat huomioiden tämä on valtava voitto kestävän kehityksen edistämiseksi. Toinen esimerkki tuli WHO:lta jo vuonna 2010, kun heidän analyysinsä osoitti alkoholiverotuksen mahdollisuudet (WHO, 2010b):

”Alkoholiveron korotuksella 40 %:iin vähittäishinnasta voitaisiin saada [suuria] vaikutuksia. Arviot 12 kehittyvästä maasta osoittavat, että [alkoholin] kulutustaso laskisi yli 10 % samaan aikaan kun verotulot yli kolminkertaistuisivat tasolle, joka vastaisi 38 prosenttia näiden maiden terveysmenoista.”

Alkoholiverotuksesta hyötyy sekä kansanterveys että kestävä kehitys

Alkoholiverotuksen käyttöönotto tuo merkittäviä etuja usean kestävän kehityksen tavoitteen saavuttamiseksi. On vahvaa näyttöä siitä, että myös alkoholiverojen korot-

taminen toisi ratkaisuja kestävän kehityksen saavuttamiseksi 1) vähentämällä alkoholin sairaustaakkaa, joka estää terveyden ja kehityksen tavoitteiden saavuttamista, 2) edistämällä terveyttä ja hyvinvointia, sekä 3) auttamalla keräämään kotimaisia resursseja tarvittaviin investointeihin, palveluihin ja kampanjoihin.

Menestyksekkäs kaava ja tärkeä osa ratkaisua kestävän kehityksen tavoitteiden ja alkoholipolitiikan saavuttamiseksi on: vähemmän vahinkoa ja kustannuksia yhdistettynä lisääntyneisiin resursseihin. Alkoholipoliittisista toimenpiteistä, joiden avulla kestävän kehityksen tavoitteet voidaan saavuttaa, hyötyvät sekä kaikki kestävän kehityksen osa-alueet että etenkin heikommassa asemassa olevat ihmiset ja yhteisöt.

Maik Dünnbier

Strategia- ja vaikuttamistyön johtaja

Movendi International, Ruotsi

Jälkisanat: Pekka Puska

Edessäsi oleva Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry:n kokoama raportti on erittäin hyödyllinen, kun ajatellaan, kuinka suuri vaikutus alkoholilla on suomalaisten kansanterveydelle, terveyseroihin, sote-palvelujärjestelmälle sekä laajemmin koko yhteiskuntaan. Raportti tuo esille tärkeää tietoa alkoholipolitiikasta, sen kansainväliseen näyttöön ja suosituksiin perustuvista keinoista sekä tilanteesta Suomessa.

Tärkeä tutkimuksista, kuten myös tästä raportista esiin nouseva sanoma on se, että alkoholisairauksien ja -ongelmien määrä on läheisesti riippuvainen alkoholin kokonaiskulutuksesta koko väestössä, eikä vain alkoholia ongelmallisesti käyttävistä. Alkoholiiin liitännäisten haittojen määrää säätelee kokonaiskulutus: mitä enemmän maassa käytetään alkoholia, sitä enemmän siellä on alkoholihaittoja.

Alkoholin käyttöön kuten muihinkin terveydelle haitallisiin elintapoihin vai-
kutetaan yhtäältä laaja-alhaisella terveyden edistämisellä, kuten valistuksella ja neuvonnalla, ja toisaalta poliittisilla päätöksillä. Perustuslain mukaan julkisen vallan tulee edistää väestön terveyttä. Tämä antaa samalla kertaa sekä oikeutuksen että velvoitteen kansanterveyttä edistävään alkoholipolitiikkaan.

Raportti kuvaa hyvin niitä politiikkatoimia, jotka varsinkin laajan kansainvälisen tutkimusnäytön perusteella ovat kaikista vaikuttavimpia. Näitä kaikkia toki jo toteutetaan Suomessa, mutta niitä tehostamalla voitaisiin alkoholiongelmia ja -haittoja olennaisesti vähentää.

Alkoholipolitiikka sekä alkoholivalistus ja terveyden edistäminen ovat alkoholihaittojen vähentämiseen tähtäviä erilaisia toimintalinjoja. Tämä raportti keskittyi ensi sijassa alkoholipolitiikkaan. On tärkeää huomioida, että valistus ja politiikka eivät ole toisistaan irrallisia, päinvastoin ne tukevat toisiaan. Molempia tarvitaan. Tämä koskee erityisesti alkoholipolitiikan suurta haastetta: suositusten toteuttamista.

Viime vuosina on saatu yhä enemmän ja yhä parempia suosituksia vaikuttavista alkoholipoliittisista toimista. Ongelmana ei siis enää ole se, mitä pitäisi tehdä, vaan kuinka nämä suositukset saataisiin poliittisiksi päätöksiksi. Tässä on ongelmana se, että poliittinen päätöksenteko on monien ristikkäisten argumenttien ja paineiden keskellä. Kansanterveydelliset argumentit ja -faktat ovat vain osa tätä kokonaisuutta.

Poliittisen päätöksenteon keskeisenä voimana on väestön paine ja sen ilmeneminen julkisuudessa. Kovat faktat päätösten terveyshyödyistä eivät useinkaan riitä.

Vaikeat, mutta tärkeät ja vaikuttavat poliittiset päätökset vaativat laajaa väestön tukea eli niin sanotusti väestön mobilisointia.

Alkoholiin keskittyvillä terveyden edistämisen ja terveystieteiden toimilla voidaan lisätä kansalaisten tietoisuutta ja edistää muutospyrkimyksiä. Näin saadaan asiaa yhä enemmän julkiselle agendalle, mikä puolestaan tukee poliittista päätöksentekoa. Toivon, että terveysalan toimijat tulevat omassa työssään hyötymään tästä kattavasta raportista.

Pekka Puska

Lääketieteen tohtori, professori

EHYT ry:n valtuuston puheenjohtaja

Puska on toiminut Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen pääjohtajana sekä Maailman terveysjärjestö WHO:n terveyden edistämisen osaston johtajana Genevessä.



Lähteet

- Alko (2021). *Information on the Nordic alcohol market 2021*. Helsinki: Alko Oy.
- Babor, T.F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. Grube, J.W., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Livingston, M., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I. (2010): *Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy* (2. painos.) Oxford Scholarship.
- Cancer Research UK (2015). Statistics on preventable cancers. Cancer Research UK. Saatavilla: <<https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/risk/preventable-cancers#heading-Zero>>.
- Castle, P.E. (9.8.2021). Applying a pandemic-like response to cancer prevention. STAT. Saatavilla: <<https://www.statnews.com/2021/08/09/applying-a-pandemic-like-response-to-cancer-prevention/>>. [Viitattu syyskuussa 2021].
- EHYT ry, Miettinen, A. & Rantapuska, E. (2018). Numerot puhuvat. *Kuinka tehokkaasti alkoholin aiheuttamia taloudellisia tappioita työpaikoilla voisi vähentää?* Helsinki: Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry.
- GBD 2019 Risk Factors Collaborators (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258): 1223-1249.
- HE 56/2021 vp (27.11.2021). Hallituksen esitys eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen lainsäädäntöön sekä eräisiin muihin lakeihin tehtävistä muutoksista hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevasta lainsäädännöstä johtuen. Saatavilla: <https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Sivut/HE_56+2021.aspx>. [Viitattu joulukuussa 2021].
- Hoekstra, A. & Water Footprint Network (2017). Product gallery Water footprint. Saatavilla: <<https://waterfootprint.org/en/resources/interactive-tools/product-gallery/>>. [Viitattu elokuussa 2021].
- Homel, R., Livingston, M., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I. (2010). Alcohol: No Ordinary Commodity – a summary of the second edition. *Addiction*, 105: 769-779.
- IOGT-NTO & Swedish Society of Medicine (2015). Alcohol and society. Theme 2015/2016: second-hand effects of alcohol consumption. Saatavilla: <https://movendi.ngo/wp-content/uploads/2015/03/Alcohol_and_society2015_en.pdf>.

- EHYT ry (6.5.2021). Kysely: Suomalaisten alkoholinkäyttö vähentynyt korona-ai- kana – juomista lisänneet muita yksinäisempiä ja ahdistuneempia. EHYT ry. Saatavilla: <<https://ehyt.fi/uutishuone/tiedotteet/kysely-suomalaisten-alko- holinkaytto-vahentynyt-korona-aikana-juomista-lisanneet-muita-yksinaisem- pia-ja-ahdistuneempia/>>. [Viitattu syyskuussa 2021].
- Kauppila, E., Lindeman, M., Svensson, J., Hellman, M. & Katainen, A. (2019). *Alcohol marketing on social media sites in Finland and Sweden. A comparative audit study of brand's presence and content, and the impact of a legislative change*. Helsinki: University of Helsinki Centre for Research on Addiction, Control and Governance (CEACG).
- Kelly, J.F., Humphreys, K. & Ferris, M.(2020) Alcoholic Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(3).
- Jokela, S., Kilpeläinen, K., Parikka, S., Sares-Jäske, L., Koskela, T., Lumme, S., Martelin, T., Koponen, P., Koskinen, S., & Rotko, T. (toim). *Terveysten eriarvoi- suus Suomessa. Ehdotus seurantajärjestelmän kehittämiseen. Raportti 5/2021*. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Jääskeläinen, M. & Virtanen, S. (2021). *Alkoholijuomien kulutus 2020 Alkoholien kokonaiskulutus väheni 5,2 prosenttia*. Tilastoraportti 07/2021. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä, 523/2015. Saatavilla: <[https://www. finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150523](https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150523)>.
- Markkula, J., Rapeli, S., Kempainen, J. & Kotovirta, E. (2021). *Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma – Väliarviointi ja tehostettavat toimet vuoteen 2025*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2021: 13. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Movendi International (2018). *Alcohol Policy Best Buys Top Investments For Health, Economy*. Saatavilla: <<https://movendi.ngo/news/2018/05/27/ alcohol-policy-best-buys-top-investments-for-development-health-economy/>>.
- Movendi International & EHYT ry (2020). *Alkoholi ja kestävä kehitys. Näin alkoholi vaikuttaa kestäväen kehityksen tavoitteisiin*. Tukholma: Movendi International, Helsinki: Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry.
- Movendi International (2020a). *Alcohol obstacle to development. How Alcohol Affects the Sustainable Development Goals*. Tukholma: Movendi International.
- Movendi International (2020b). *Landmark Study Shows Failure in Tackling Preventable Disease*. Saatavilla: <<https://movendi.ngo/news/2020/10/19/ landmark-study-shows-failure-in-tackling-preventable-disease/>>.

- Movendi International (2021). *New OECD Report Summary: Governments Should Step Up Efforts to Prevent, Reduce Alcohol Harm*. Saatavilla: <<https://movendi.ngo/news/2021/05/24/new-oecd-report-summary-governments-should-step-up-efforts-to-prevent-reduce-alcohol-harm/>>.
- Mäkelä, P. & Karlsson, T. (2019). Miten alkoholimonopolit vaikuttavat väestön alkoholinkulutukseen? Katsaus tutkimuskirjallisuuteen. *Yhteiskuntapolitiikka*, 84:(5-6), 618-628.
- Mäkelä, P., Warpenius, K., Keski-Kuha, T., Raitasalo, K., Jääskeläinen, M., Karlsson, T. & Ståhl, T. (2021). *Koronaepidemiaan vaikutukset suomalaisten alkoholinkulutukseen vuonna 2020*. Tutkimuksesta tiiviisti 14/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- National Records of Scotland (2021a). *Alcohol-specific deaths 2019*. Main points. Saatavilla: <<https://www.nrscotland.gov.uk/files//statistics/alcohol-deaths/2019/alcohol-specific-deaths-19-main-points.pdf>>.
- National Records of Scotland (2021b). *Alcohol-specific deaths 2020*. Saatavilla: <<https://www.nrscotland.gov.uk/files//statistics/alcohol-deaths/2020/alcohol-specific-deaths-20-report.pdf>>.
- Päihdelinkki (8.12.2015). Juomisen riskirajat. Saatavilla: <<https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/juomisen-riskirajat>>. [Viitattu joulukuussa 2021].
- Rabinovich, L., Brutscher, P.-B., de Vries, H., Tiessen, J., Clift, J. & Reding, A. (2009). *The affordability of alcoholic beverages in The European Union. Understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms*. Santa Monica, California: RAND Corporation.
- Raisalo, K. (2018). Hyväksyvätkö suomalaiset alkoholinkäytön lasten läsnä ollessa?. Teoksessa Mäkelä, P., Härkönen, J., Lintonen, T., Tigerstedt, C. & Warpenius, K. (toim.): *Näin Suomi juo. Suomalaisten muuttuvat alkoholinkäytötavat*, 125-133. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Rossow, I., Bartak, M., Bloomfield, K. ym. (2021). Changes in Alcohol Consumption during the COVID-19 Pandemic Are Dependent on Initial Consumption Level: Findings from Eight European Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19): 10547.
- Rumgay, H., Shield, K., Charvat, H., Ferrari, P., Sornpaisarn, B., Obot, I., Islami, F., Lemmens, V.E.P.P., Rehm, J. & Soerjomataram, I. (2011). Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study. *The Lancet Oncology*, 22: 1071-1080.

- Sornpaisarn, B., Shield, K. D., Österberg, E. & Rehm, J. (toim.) (2017). *Resource tool on alcohol taxation and pricing policies*. Geneva: World Health Organization.
- Statistics Denmark (18.6.2021). Alcohol per capita consumption (aged 15 years and older) within a calendar year in litres of pure alcohol. Saatavilla: <<https://www.dst.dk/en/Statistik/Sdg/03-sundhed-og-trivsel/delmaal-05/indikator-2>>. [Viitattu joulukuussa 2021].
- STM (2004). *Alkoholipolitiikan kuluttajaopas. Yhteenvedo kirjasta Alcohol: No ordinary commodity*. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2004: 6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2021). *Päihde- ja riippuvuusstrategia. Yhteiset suuntaviivat vuoteen 2030*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Stockwell, T., Sherk, A., Sorge, J., Norström, T., Angus, C., Chikritzhs, T., Churchill, S., Holmes, J., Meier, P., Naimi, T., Ramstedt, M. & Simpura, J. (2019). *Finnish alcohol policy at the crossroads: The health, safety and economic consequences of alternative systems to manage the retail sale of alcohol. A report prepared for the Finnish alcohol monopoly, Alko*. Canada: Canadian Institute for Substance Use Research, University of Victoria.
- Suomen virallinen tilasto (SVT) (16.12.2019). Kuolemansyyt 2018, 4. Alkoholien aiheuttamat kuolemat lisääntyivät vuonna 2018. Helsinki: Tilastokeskus. Saatavilla: <http://www.stat.fi/til/ksyyt/2018/ksyyt_2018_2019-12-16_kat_004_fi.html>. [Viitattu joulukuussa 2021].
- THL (2013a). *Alkoholi Suomessa. Kulutus, haitat ja politiikkatoimet*. Karlsson, T., Kotovirta, E., Tigerstedt, C. & Warpenius, K. (toim). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- THL (2013b). *Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle*. Warpenius, K., Holmila, M. & Tigerstedt, C. (toim). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- THL (2018). *Näin Suomi juo – Suomalaisien muuttuvat alkoholinkäyttötavat*. Mäkelä, P., Härkönen, J., Lintonen, T., Tigerstedt, C. & Warpenius, K. (toim). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- THL (2021a). *Alkoholijuomien kulutus 2020. Alkoholien kokonaiskulutus väheni 5.2 prosenttia*. Tilastoraportti 07/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- THL (18.2.2021b). Vähittäismyyntimonopoli. Saatavilla: <<https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/alkoholi/usein-kysytyt-kysymykset/politiikka/vahittaismyyntimonopoli>>. [Viitattu kesäkuussa 2021].

- THL (11.10.2021c). Alkoholi ja puheeksiotto. Saatavilla: <<https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdetyo/alkoholinkayton-puheeksiotto-ja-mini-interventio/alkoholi>>. [Viitattu joulukuussa 2021].
- Thomsen, K.L., Christensen, A.S.P. & Meyer, M.K.H. (2020). Awareness of alcohol as a risk factor for cancer: A population-based cross-sectional study among 3000 Danish men and women. *Preventive medicine reports*, 2(19): 101156.
- United Nations (2015). *Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. United Nations..
- UNODC & WHO (2018). *International Standards on Drug Use Prevention* (2. painos). Vienna: United Nations.
- WHO (2004). *Global status report: Alcohol policy*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2006). *Intimate partner violence and alcohol Fact Sheet*. Saatavilla: <https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/ft_intimate.pdf>.
- WHO (2009). *Handbook for action to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2010a). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2010b). *The world health report: health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2012). *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2016). *Drug use and road safety. A Policy brief*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2017a). *Policy in Action. A tool for measuring alcohol policy implementation*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2017b). *'Best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. Updated (2017) appendix 3 of the global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020*. World Health Organization.
- WHO (2018a). *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2018b). *Alcohol consumption, harm and policy response fact sheets for 30 European countries*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

- WHO (2019). *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2020a). *Alcohol marketing in the WHO European Region. Update report on the evidence and recommended policy actions*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2020b). *Final report on implementation of the European Action Plan to Reduce the Harmful Use of Alcohol 2012–2020*. EUR/RC70/8(A). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2020c). *Alcohol and cancer in the WHO European Region. An appeal for better prevention*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2021a). *Making the WHO European region SAFER. Developments in alcohol control policies, 2010-2019*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2021b). *Factsheet: Alcohol consumption and sustainable development*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2021c). *Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol*. First draft. Saatavilla: <<https://www.who.int/publications/m/item/global-action-plan-on-alcohol-1st-draft>>.
- WHO (2021d). *Digital marketing of alcohol: challenges and policy options for better health in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Österberg, E. (2005). Alkoholien kulutuksen kasvu Suomessa vuonna 2004. *Yhteiskuntapolitiikka*, 70(3), 283-294.

Kansainvälisten puheenvuorojen kirjoittajat

Englanninkieliset esittelyt

Lauri Beekmann

Lauri Beekmann is the executive director of the Nordic Alcohol and Drug Policy Network (NordAN). For years he was a board member and a vice-president of the European Alcohol Policy Alliance (Eurocare). He is working from his home country Estonia, where he also leads the Estonian Temperance Union, the oldest organisation in Estonia working with alcohol issues since 1922. He has worked with alcohol policy since 2003.

Tim Stockwell

Tim Stockwell is a Scientist at the Canadian Institute for Substance Use Research (CISUR) and a Professor in the Psychology Department at the University of Victoria in British Columbia, Canada. He served as founding director of CISUR between 2004 and 2020 having previously served as director of Australia's National Drug Research Institute in Perth, Western Australia. Before that he worked as a clinical psychologist in alcohol and drug treatment services in the UK. He has published about 500 journal articles, book chapters and research monographs mostly on topics concerning alcohol and other substance use, specifically regarding policy interventions and epidemiology. Particular interests in recent years include the public health and safety impacts of minimum unit pricing for alcohol, alcohol harm reduction programs for homeless people with alcohol use disorders and critical analyses of the idea that alcohol in moderation provides health benefits. Stockwell is also a fellow of the Royal Society of Canada and a past recipient of the international Jellinek Memorial Award, both in recognition of his research on alcohol policy and epidemiology. He lives in Victoria with his wife Paula and has two daughters, Caitlin and Matilda.

Robin Room

Robin Room is a sociologist who has previously directed alcohol and drug research centres in the United States, Canada, Sweden and Australia. His main research interests are social, cultural and epidemiological studies of alcohol, drugs and gam-

bling behaviour and problems, social responses to the problems, and the effects of policy changes. A member since 1979 of the WHO Expert Advisory Panel on Drug Dependence and Alcohol Problems, Room has received the main international prize in alcohol research, the Jellinek Memorial Award (1983), and in Australia the Prime Minister's Award for Excellence and Outstanding Contribution in Drug and Alcohol Endeavours (2012).

Nijole Gostautaite Midttun

Nijole Gostautaite Midttun is the president of the Lithuanian Tobacco and Alcohol Control Coalition and director of the non-profit "Mental Health Initiative". She has a background in medicine, psychiatry and health psychology and she has worked in a variety of mental health services in Lithuania and Norway. For over a decade Gostautaite Midttun has been actively involved in mental health advocacy, with a strong focus on alcohol and tobacco control policy. She is a board member in European Centre for Monitoring Alcohol Marketing (EUCAM), Nordic alcohol and drug policy network (Nordan) and European Alcohol Policy Alliance (Eurocare). She has 15 years of experience in educating health and social work professionals. Some of the recent projects involve WHO Quality rights implementation in residential psychosocial institutions, development of the brief smoking cessation intervention for schools, contributing to the development of the National substance control program, implementing a training program for addiction counsellor services in Lithuania, and developing university mental health and counselling programs. Her research interests are in the field of mental health, alcohol control, subjective health, and quality of life.

Eric Carlin

Eric Carlin works as a Public Health Expert (Alcohol Policies) with the World Health Organization Regional Office for Europe, combining this with teaching "Sociology of Health and Illness", part of the Masters in Public Health programme at the University of Edinburgh. Following a career which included holding two Chief Executive positions with drug charities and a membership of the Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD), Carlin undertook a PhD in Youth Studies (completed 2017) at Birkbeck, University of London, exploring youth transitions in contexts of disadvantage. From 2012-21, he was Director of Scottish Health Action on Alcohol Problems (SHAAP). Carlin also holds a Masters in Public Service Management and an MA Hons in History and he is an Honorary Research Fellow of Glasgow Caledonian University.

Florence Berteletti

Florence Berteletti is the Secretary General at European Alcohol Policy Alliance (Eurocare). Florence has over 20 years of international policy and advocacy experience in diverse fields including fiscal policies for health, tobacco control, alcohol-related harm and culture policy. Florence Berteletti was appointed Secretary General of Eurocare in August 2021. Prior to that, Berteletti worked for the World Heart Federation (WHF) where she was responsible for leading WHF's global policy and advocacy since 2018. Before WHF, Berteletti was Director of the Smoke Free Partnership (SFP), an alliance of 52 civil society organisations dedicated to the implementation of the WH Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Under Florence leadership, SFP received the WHO World No Tobacco Day award in 2011 and the prestigious Luther L. Terry Award in 2015.

Maik Dünnbier

Maik Dünnbier is Director of Strategy and Advocacy at Movendi International. In April 2011, Maik Dünnbier took up work as Political and Communications Officers at Movendi International. Since January 2015 he has been the Director of Strategy and Advocacy. Between 2010 and 2012, Maik Dünnbier served as Political Officer in Active – sobriety, friendship and peace, a European youth umbrella organization. Between 2006 and 2010, Dünnbier has been working as a volunteer on European, national and local level with advocacy and youth work, organizing training courses, seminars, campaigns and advocacy programs to foster participation of European youth in their communities and political processes. Between 2006 and 2007, Maik Dünnbier served as EVS volunteer in the office of Active – sobriety, friendship and peace, in Örebro, Sweden. Between 2004 and 2005, Dünnbier did his civil service at a primary school in Peitz, Germany, taking care of children with special needs both during and after the school day. He commenced university studies of Political Science and Philosophy in Dresden, Germany in 2005 and is today pursuing academic degrees at Stockholm University in Political science, Global Development, Philosophy and History of Ideas. Maik Dünnbier leads Movendi International's advocacy work on the global and regional level, including relations with the UN system. His responsibility is to develop a strategic approach to advancing comprehensive alcohol policy solutions to support countries in achieving the Sustainable Development Goals. In this work, he collaborates closely with the members of Movendi International to build capacity for effective advocacy.

KOHTI YHTEISÖJEN YHTEISKUNTA

Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry:n strategia

STRATEGISET LINJAUKSET:

Tuemme yksilöiden ja yhteisöjen hyvinvointia

Päihde- ja pelihaittojen ehkäiseminen ja vähentäminen

Kansalaistoiminnan vahvistaminen ja uudistaminen

Yhteiskunnallinen vaikuttaminen

VISIO
Elämäniloa ja hyvinvointia ilman päihde- ja pelihaittoja.

Muokkaamme elinympäristöjä ja yhteiskunnan rakenteita

Kehitämme päihde- ja pelihaittoja ehkäisevää kansalaistoimintaa

Toimimme yhteisvastaun ja hyvinvoinnin puolestapuhujana

Edistämme ehkäisevän päihdetyön osaamista ja vaikuttavia työtapoja

Teemme näkyväksi päihdehaittojen ehkäisyn osana sosiaalisesti kestävää kehitystä

Vahvistamme aktiivista suhdetta jäsenyhdistyksiin

VUOROVALIKUTTEISTA KUMPPANUUTTA

TOIMINTAA KOLMELLA TASOLLA

YKSILÖ

YHTEISÖ

YHTEISKUNTA

TOIMINTA-AJATUS

Ehkäisemme ja vähennämme päihde- ja pelihaittoja tukemalla yhteisöjen ja yksilöiden hyvinvointia.

ARVOT

YHDENVERTAISUUS

YHTEISVASTUU

ASIAINTUNTIJUUS

Liite 2. Alkoholipoliittiset toimenpiteet Pohjoismaissa

	Suomi	Ruotsi	Norja	Islanti	Tanska*
Alkoholin kulutus (litraa 100 % alkoholia 15 vuotta täyttäneitä asukasta kohti)					
Alkoholin kokonaiskulutus vuonna 2020	9,2	8,5	6,8 (vuodelta 2018)	7,4	9,7
Alkoholin tilastoitu kulutus vuonna 2020	8,2	7,5	7,2	6,5	9,1 (vuodelta 2017)

* Tanskan osalta kokonaiskulutuksen arviot on laskettu litraa 100% alkoholia 18 vuotta täyttäneitä asukasta kohti. Tanskassa alkoholin kokonaiskulutus on Pohjoismaiden korkeinta. Maassa ei ole alkoholimonopolia, eikä se ole tästä syystä muussa vertailussa mukana.

	Suomi	Ruotsi	Norja	Islanti
Tilastoidun alkoholinkulutuksen jakautuminen juomatyypeittäin (litraa 100% alkoholia 15 vuotta täyttäneitä asukasta kohti)	Vuonna 2020	Vuonna 2019	Vuonna 2020	Vuonna 2020
Oluet	3,8	2,6	3,1	5,0
Viinit (ml. siiderit ja lonkerot (ja limuviinat Norjan osalta))	2,7	3,4	2,9	1,2
Väkevät alkoholijuomat	1,7	1	1,2	0,4

	Suomi	Ruotsi	Norja	Islanti
Alkoholin saatavuus				
Alkoholin vähittäismyynnin monopoli (alkoholimonopoli)	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä
Alkoholimonopolin vastuulla olevien alkoholijuomien alkoholipitoisuus	>5,5	>2,25	>4,75	Kaikki alkoholijuomat
Alkoholimonopolioiden myymälöiden lukumäärä (vuonna 2021)				
Alkoholimonopolioiden myymälöiden lukumäärä yhteensä	365	448	338	51
Alkoholimonopolioiden myymälöiden lukumäärä 100 000 asukasta kohden	6,6	4,3	6,3	14
Alkoholimonopolin myymälöiden keskimääräiset aukioloajat (vuonna 2021)				
Maanantai-perjantai	9-21	10-19	10-18	11-18
Lauantai	9-18	10-15	10-16	11-18
Sunnuntai	Suljettu	Suljettu	Suljettu	Suljettu
Alkoholimonopolin keskimääräiset myyntitunnit viikossa	69	50	46	42
Alkoholimyynnin lupajärjestelmä muille alkoholia myyville päivittäistavara-kaupoille	Kyllä	Kyllä	Kyllä (lisenssejä ei myönnetä kioskeille tai huoltoasemille)	Ei (alkoholimonopoliilla on yksinoikeus alkoholimyyntiin)
Päivittäistavara-kaupoissa myytävän alkoholin enimmäisprosentti	5,5	3,5 ('folköl')	4,75	-

	Suomi	Ruotsi	Norja	Islanti
Alkoholia myyvien päivittäistavarakauppojen lukumäärä ja vähittäismyyntiaika	Vuonna 2021	Vuonna 2018	Vuonna 2020	Alkoholimonopolilla on yksinoikeus alkoholinmyyntiin
Alkoholia myyvien päivittäistavarakauppojen lukumäärä	5970	6200	4500	-
Alkoholia myyvien päivittäistavarakauppojen lukumäärä 100 000 asukasta kohde (vuonna 2021)	108	59	80	-
Alkoholin myyntiajat alkoholia myyvissä päivittäistavarakaupoissa	Myynti sallittu maanantaista sunnuntaihin klo 9-21	Ei rajoituksia	Myynti sallittu arkisin klo 20 asti, lauantaisin klo 18 asti (ei myyntiä sunnuntaisin)	-

Oston vähimmäisikäraja				
Oston vähimmäisikäraja alkoholimonopolissa				
Miedot alkoholijuomat (Suomi: enintään 22 % alkoholia sisältävät juomat; Ruotsi: ikäraja 20 vuotta kaikille yli 3.5 % alkoholia sisältäville juomille; Norja: alle 22 % alkoholia sisältävät juomat; Islanti: ikäraja 20 vuotta kaikille alkoholijuomille)	18	20	18	20
Väkevät alkoholijuomat (Suomi: yli 22 % alkoholia sisältävät juomat; Ruotsi: ikäraja 20 vuotta kaikille yli 3.5 % alkoholia sisältäville juomille; Norja: yli 22 % alkoholia sisältävät juomat)	20	20	20	20

	Suomi	Ruotsi	Norja	Islanti
Oston vähimmäisikäraja päivittäistavara-kaupossa myytävillä miedoilla alkoholijuomilla	18	18	18	Ei myyntiä (alkoholimonopolilla on yksinoikeus alkoholinmyyntiin)
Oston vähimmäisikäraja anniskeluravintoloissa (sis. kaikki alkoholijuomat)	18	18	18/20*	20

* Norjassa ikäraja anniskeluravintoloissa alle 22 % alkoholia sisältäville juomille on 18 vuotta ja yli 22 % alkoholia sisältäville juomille 20 vuotta

Alkoholin mainonta ja markkinointi				
Alkoholijuomien mainonta, epäsuora mainonta ja muu myynninedistämistoiminta*				
Miedot alkoholijuomat (Suomi: enintään 22 % alkoholia sisältävät juomat; Ruotsi: enintään 15 % alkoholia sisältävät juomat; Norja: alle 2.5% alkoholia sisältävät juomat)	Pääsääntöisesti sallittu	Pääsääntöisesti sallittua	Sallittu	Kielletty
Väkevät alkoholijuomat (Suomi: yli 22 % alkoholia sisältävät juomat; Ruotsi: yli 15 % alkoholia sisältävät juomat; Norja: yli 2.5% alkoholia sisältävät juomat)	Kielletty	Kielletty	Kielletty	Kielletty

* Mainonnan rajoituksissa voidaan määritellä tilanteet, joissa mainonta on poikkeuksellisesti sallittua

Alkoholijuomien paljousalennukset (sis. kaikki alkoholijuomat)	Kielletty	Kielletty	Kielletty	Kielletty
---	-----------	-----------	-----------	-----------

Muut toimet				
Liikenneturvallisuus				
Alkoholin promilleraja liikenteessä	0,05g/l	0,02g/l	0,02g/l	0,02g/l
Satunnaiset puhallutukset	Käytössä	Käytössä	Käytössä	Käytössä