



Alkoholipolitiikalla voidaan edistää terveyttä ja hyvinvointia: tutkimustieto päätöksenteon tukena

Päälöydökset

- Kansainvälisen tutkimustiedon mukaan tehokkaimmat alkoholipolitiiset toimenpiteet ovat alkoholijuomien verotus, saatavuuden sääntely ja mainonnan rajoittaminen.
- Suomessa alkoholijuomien vähittäismyynti perustuu valtion alkoholimonopoliin sekä luvanvaraiseen myyntiin elintarvikeliikkeissä.
- Merkittävä osa väkivaltarikollisuudesta tehdään alkoholin vaikutuksen alaisena.
- Anniskeluajoja säätelemällä voidaan hillitä huimalahaittoja.
- Alkoholimainonta lisää alkoholinkäytön aloittamisen todennäköisyyttä ja käytön määrää nuorten joukossa.
- Alkoholijuomien televisiomainontaa rajoitetaan lainsäädännöllä lähes kaikissa EU-maissa ja ulkomainontaa yli puolessa.

Kirjoittajat:

Thomas Karlsson
Erikoistutkija, THL

Sinikka Kytö
Projektisuunnittelija, THL

Marjatta Montonen
Erityisasiantuntija, THL

Pia Mäkelä
Erikoistutkija, THL

Christoffer Tigerstedt
Erikoistutkija, THL

Katariina Warpenius
Tutkija, THL

Esa Österberg
Johtava asiantuntija, THL

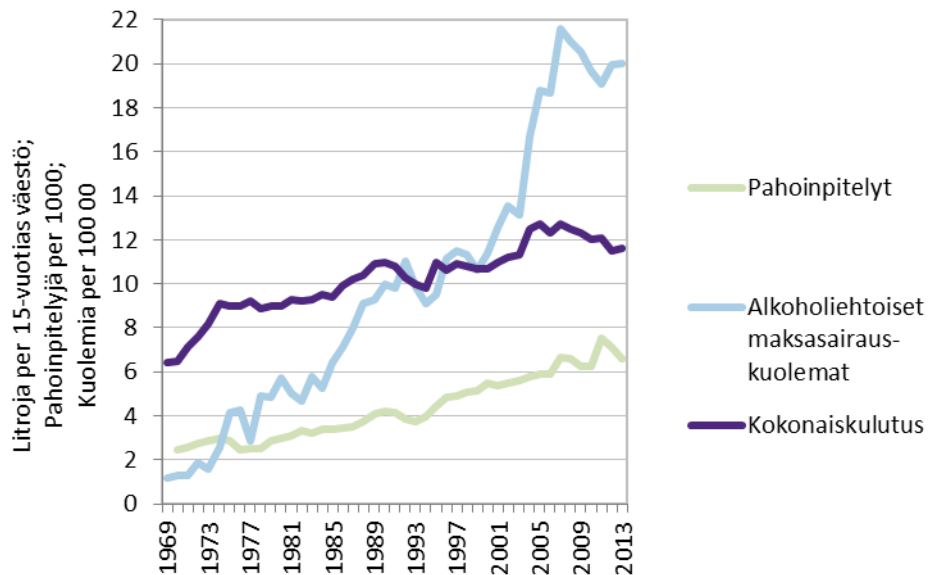
MIKSI ALKOHOLIPOLITIIKALLA ON MERKITYSTÄ?

Alkoholin kokonaiskulutus ja sen myötä alkoholinkäytöstä johtuvat haitat ovat kääntyneet laskuun vuoden 2007 jälkeen. Alkoholin kulutus on silti korkealla tasolla: vuonna 2014 yli 15-vuotiaat suomalaiset kuluttivat keskimäärin noin 11 litraa puhdasta alkoholia. Korkea kulutustaso ja siitä johtuvat haitat kuormittavat kansanterveyttä ja kansantaloutta. (Kuvio 1)

Alkoholista aiheutuu vuosittain noin miljardin euron suorat kustannukset sosiaali- ja terveydenhuoltoon sekä järjestyksenpitoon. Lisäksi on huomioitava epäsuorat kustannukset, esimerkiksi alkoholin aiheuttamat tuottavuuden ja työkyvyn menetykset työelämässä.

Suomessa kuolee vuosittain yli 1 000 ihmistä alkoholinkäytöstä johtuvien maksasairauksien vuoksi, mikä on noin nelinkertainen määrä liikennekuolemiin verrattuna. Maailman terveysjärjestö WHO painottaa alkoholin osuutta myös sydänsairauksien ja syöpien kaltaisten kansansairauksien riskitekijänä.

Alkoholinkäytöstä aiheutuvat haitat eivät kosketa vain pientä ongelmakäyttäjien ryhmää. Suomessa on arviolta 400 000–600 000 alkoholin riskikäyttäjää, joilla sairauksien, tapaturmien ja sosiaalisten haittojen riski on kasvanut.



Kuvio 1. Alkoholin kokonaiskulutus, maksasairauskuolemat ja pahoinpitelyt Suomessa vuosina 1969–2013. Lähde: Tilastokeskus.

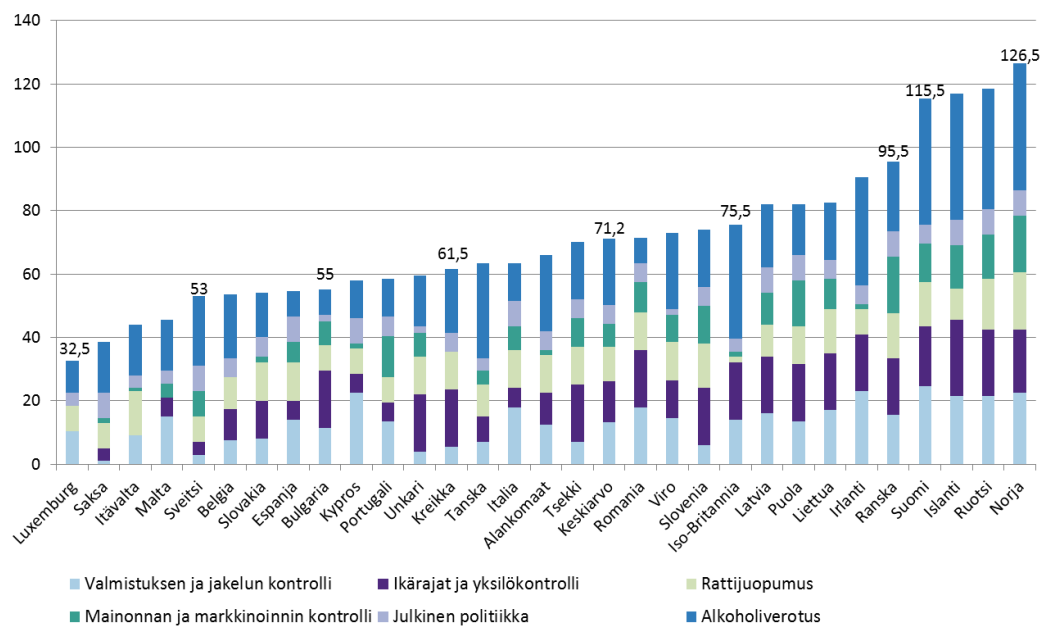
TOIMIVAT KEINOT ALKOHOLIPOLITIIKAN TUEKSI

Systemaattisesti kootun kansainvälisen tutkimustiedon mukaan tehokkaimmin haittoja vähentävät alkoholipolitiikan toimenpiteet ovat alkoholijuomien verotus, saatavuuden sääntely ja mainonnan rajoittaminen. WHO, maailman talousfoorumi WEF ja taloudellisen kehityksen ja yhteistyön järjestö OECD painottavat näiden keinojen kustannustehokkuutta: haittojen vähenemisen tuomat säästöt ylittävät toimeenpanon kustannukset.

ALKOHOLIPOLITIikka SUOMESSA JA MUUALLA EUROOPASSA

Alkoholin käytöstä aiheutuu haittoja sekä tiukan että liberaalin alkoholipolitiikan maissa, mutta hyvin toimiva alkoholipolitiikka vähentää ongelmien määrää ja haittojen kustannuksia. WHO:n 194 jäsenvaltiosta 180 käyttää erilaisia alkoholipoliittisia keinoja haittojen vähentämiseksi. Keinojen yhdistelmät vaihtelevat maittain, mutta yhteisiä tekijöitä ovat alkoholijuomien verotus, saatavuuden sääntely myyntiaikoja ja -paikkoja rajoittamalla sekä mainonnan rajoittaminen.

Euroopan maiden alkoholipolitiikkaa voi vertailla mittarilla, joka summaa millaisella painolla tärkeimpiä alkoholipolitiikan keinoja eri maissa käytetään (kuviot 2). Tiukinta alkoholipolitiikka on Norjassa. Suomi sijoittuu mittarilla neljänneksi, Ranska viidenneksi. Suomea tiukempaa alkoholipolitiikka on myös Ruotsissa ja Islannissa. Hollannin alkoholipolitiikka on Euroopan mittakaavassa kohtuullisen tiukkaa ja Espanjan ja Saksan politiikka on liberaalia.



Kuvio 2. Alkoholipolitiikan laajuus ja tiukkuus 30 Euroopan maassa vuonna 2012. Lähde: Karlsson 2014.

VEROTUKSELLA VAIKUTETAAN ALKOHOLIN KOKONAISKULUTUKSEEN

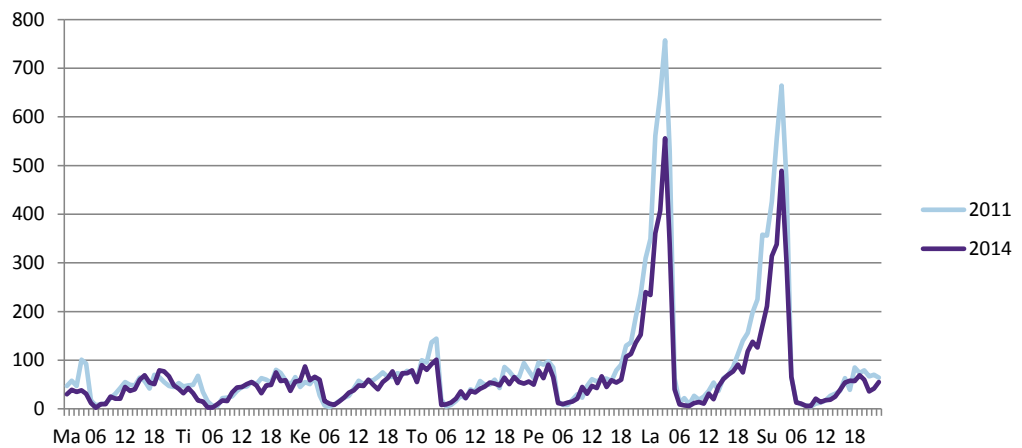
Suomessa alkoholijuomien verotusta laskettiin vuonna 2004 keskimäärin 33 prosenttia vastauksena alkoholin matkustajatuonnin vapautumiseen muista EU-maista ja Viron EU-jäsenyyteen. Vuoden 2004 veronalennus rinnastuu vaikutuksiltaan vuosien 1969 ja 1995 alkoholipoliittisiin väljennyksiin: kaikissa kolmessa tapauksessa seurauksena oli kokonaiskulutuksen kasvu ja alkoholihaittojen lisääntyminen.

Poliittisten päättäjien suhtautuminen alkoholin verotukseen muuttui viime vuosikymmenen loppupuolella, kun asenneilmasto alkoi kiristyä alkoholin kulutuksen ja haittojen kasvun myötä. Vuodesta 2008 alkoholin kokonaiskulutus ja alkoholihaitat ovat vähentyneet, mikä selittyy pitkälti viidellä alkoholiveron korotuksella ja hitaalla tai negatiivisella tulokehityksellä.

ANNISKELUAIKOJEN RAJOITTAMINEN HILLITSEE HUMALAHAITTOJA

Suomessa merkittävä osa väkivaltarikollisuudesta tehdään alkoholin vaikutuksen alaisena. Väkivaltarikokset yleisillä paikoilla keskittyvät viikonloppuihin ja erityisesti myöhäisillan ja aamuyön tunteihin anniskelupaikkojen sulkemisaikaan (kuvio 3). Viime vuosina yleisten paikkojen väkivaltarikosten määrä on kääntynyt selvään laskuun. Kun vuonna 2011 kirjattiin reilusti yli 15 000 väkivaltarikosta yleisillä paikoilla (pois lukien ravitsemusliikkeet), oli määrä vuonna 2014 vähentynyt noin neljänneksellä.

Väkivaltarikosten esiintymispiikki selittyy juomatavoilla ja anniskelulupakäytännöllä. Alkoholinkäyttö kasautuu viikonloppujen iltatunteihin, ja myöhään aamuyöhön jatkuva humalajuominen on yleistynyt viime vuosikymmeninä eritoten anniskelupaikoissa. Samalla jatkoaikalupia on myönnetty yhä useammalle ravintolalle. Kun vuonna 1994 kello neljään auki olevia ravintoloita oli vain 170, niin vuonna 2014 jatkoaikalupia oli 1035. Pohjoismaisten tutkimusten mukaan öisen väkivallan kokonaismäärä kasvaa, kun anniskeluaikoja pidennetään. Joidenkin tutkimusten perusteella anniskeluaikojen rajoittamalla voidaan vastaavasti hillitä humalahaittoja.



Kuvio 3. Poliisiin tietoon tulleet väkivaltarikokset yleisillä paikoilla viikonpäivän ja kellonajan mukaan vuosina 2011 ja 2014 (pl. ravitsemusliikkeet). Lähde: Polstat.

VÄHITTÄISMYYNTIMONOPOLI PALVELEE SAATAVUUDEN SÄÄNTELYÄ

Alkoholin saatavuuden sääntelyn suuria peruslinjoja ovat alkoholijuomien myynnin monopolisointi ja luvanvaraisuus. Suomessa on tällä hetkellä 350 monopolimyyntialaa, joista voi ostaa väkeviä alkoholijuomia, viinejä ja vahvaa olutta. Lisäksi keskiolutta ja korkeintaan 4,7 tilavuusprosenttisia käymisteitse valmistettuja alkoholijuomia on mahdollista ostaa yli 5 000 vähittäismyyntipisteestä.

Monopolijärjestelmä vaikuttaa alkoholin saatavuuteen rajoittamalla myyntipaikkojen määrää ja supistamalla myyntiaikoja. Alkoholimonopolin ei tarvitse pyrkiä lisäämään alkoholijuomien myyntiä tulojen hankkimiseksi esimerkiksi alennuskampanjoiden avulla. Kokemukset Ruotsista ovat osoittaneet, että vähittäismyyntiaikojen merkittävä pidennys saattaa jo lyhyelläkin aikavälillä lisätä alkoholin kulutusta.

Suomen nykyinen alkoholimonopoli on EU:n säännösten mukainen. Jotta monopolin toiminta täyttää EU:n vaatimukset jatkossakin, Suomessa ei voida esimerkiksi sallia yksinomaan suomalaisten pienpanimoiden vahvojen oluiden myyntiä päivittäistavarakaupoissa. EU kieltää kotimaisten tuotteiden suosimisen ulkomaisten kustannuksella. Alkoholin vähittäismyynnissä monopolijärjestelmiä on käytössä muun muassa Ruotsissa, Norjassa, Kanadassa ja Yhdysvalloissa.

KIRJALLISUUTTA

Anderson, P. et al. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: A systematic review of longitudinal studies. *Alcohol & Alcoholism* 44 (3): 229–243, 2009.

Babor, T. et al. (2010) *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and public policy.* Oxford: Oxford Medical Publications, Oxford University Press.

Karlsson, T. ym. (2015) WHO:n kansanterveystavoitteet edellyttävät pitkäjänteistä työtä alkoholi-haittojen vähentämiseksi. THL - Tutkimuksesta tiiviisti 7/2015.

Karlsson, T. (2014) *Nordic Alcohol Policy in Europe. The Adaptation of Finland's Sweden's and Norway's Alcohol Policies to a New Policy Framework, 1994–2013.* Research 137. THL 2014.

Karlsson, T. ym. (toim.) (2013) *Alkoholi Suomessa. Kulutus, haitat ja politiikkatoimet.* THL Raportti 13/2013.

Mäkelä, P. ym. (toim.) (2010) *Suomi juo. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.*

Sassi, F. (ed.) (2015) *Tackling harmful alcohol use: Economics and public health policy.* OECD Publishing.

Rikollisuustilanne 2014 – Rikollisuuskehitys tilastojen ja tutkimusten valossa (2015) *Katsauksia 4/2015.* Helsinki: Helsingin yliopisto, Kriminologian ja oikeuspolitiikan instituutti.

Warpenius, K. ym. (toim.) (2013) *Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle.* Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

WHO. *European status report on alcohol and health 2014.* WHO.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
PL 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki
Puhelin: 029 524 6000

ISBN 978-952-302-627-8
ISBN 978-952-302-628-5
ISSN 2323-5179

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-628-5>

www.thl.fi/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet

ALKOHOLIMAINONNAN RAJOITUKSET OVAT OSA TERVEYTTÄ EDISTÄVÄÄ ALKOHOLIPOLITIIKKAA

Tutkimukset ovat osoittaneet, että alkoholimainonta lisää alkoholinkäytön aloittamisen todennäköisyyttä ja käytön määrää nuorten joukossa. Aivojen toiminnallinen kuvantaminen on osoittanut, että runsas alkoholinkäyttö teini-ikässä muuttaa aivojen toimintatapaa siten, että alkoholimainosten näkeminen aktivoi myönteisiin tunteisiin, palkkioihin ja haluun liittyviä aivoalueita. Mainonta vaikuttaa myös aikuisiin. Esimerkiksi yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa alkoholimainosten esittäminen 61 000:lle satunnaisesti valitulle aikuiselle internetin käyttäjälle lisäsi heidän aikeitaan ostaa alkoholijuomia.

OECD:n arvion mukaan alkoholimainonnan rajoittaminen vähentää alkoholin riskikäyttöä ja haittoja. Arvio pohjautui malliin, jossa rajoitettiin alkoholimainontaa perinteisissä ja uusissa viestimissä, myyntipaikoissa ja sponsoritoiminnassa. Elinkeinojen itsesääntelyjärjestelmissä pyritään tyyppillisesti hienosäätämään alkoholimainosten sisältöä, mutta alkoholinkäyttöön tällä ei ole vaikutusta.

WHO kannustaa jäsenvaltioita rajoittamaan alkoholimainontaa erityisesti nuorten suojelemiseksi. WHO:n kokoaman tiedon mukaan alkoholijuomien televisiomainontaa rajoitetaan lainsäädännöllä lähes kaikissa EU-maissa ja ulkomainontaa yli puolessa. Suomessa alkoholilaki rajoittaa sekä mainonnan sisältöä että levityskanavia. Suomessa ja Ranskassa on pyritty hillitsemään alkoholimainontaa myös sosiaalisessa mediassa.

YHTEENVETO

Alkoholin kokonaiskulutus on Suomessa yhä korkealla tasolla, vaikka käänne positiiviseen suuntaan on tapahtunut. Erilaisten alkoholinkäytöstä johtuvien haittojen aiheuttama kuormitus sekä kansanterveydelle että kansantaloudelle on edelleen suuri, joten työtä haittojen ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi tarvitaan. WHO:n suositusten mukaisesti Suomessa on osana kansantautien ehkäisyn ja hoidon toimintaohjelmaa tavoitteena vähentää alkoholin kokonaiskulutus noin kymmeneen litraan vuoteen 2025 mennessä.

Tutkimustiedon pohjalta keskeisiä alkoholihaittojen vähentämisen keinoja ovat alkoholin verotus, saatavuuden sääntely ja mainonnan rajoitukset. Jos alkoholilain kokonaisuudistus johtaa toimivien keinojen heikentämiseen tai hylkäämiseen, on seurauksena todennäköisesti kulutuksen ja haittojen kasvu.

Alkoholin riskikäyttäjien määrä on suorassa suhteessa koko väestön alkoholinkulutukseen ja siinä tapahtuviin muutoksiin. Kokonaiskulutukseen vaikuttavat toimet ovat tämän vuoksi tehokkain tapa vähentää haitallista käyttöä ja haittoja. Alkoholin saatavuuden ja mainonnan rajoitukset vaikuttavat alkoholin näkyvyyteen arjen ympäristöissä, parantavat riskitiedotuksen ja oppilaitosten alkoholikasvatuksen vaikutusmahdollisuuksia ja muokkaavat osaltaan alkoholikulutturia haitattomampaan suuntaan.

Alkoholihaittojen huomiotta jättäminen kärjistää kestävyysvajetta: samalla kun haittakustannukset lisääntyvät, vähenee kustannuksia maksavien määrä. Tutkimustietoon perustuvalla alkoholipolitiikalla tuetaan työvoiman terveyttä ja toimintakykyä sekä edistetään yksilöiden ja yhteiskunnan hyvinvointia.

Tämän julkaisun viite: Karlsson T, Kytö S, Montonen M, Mäkelä P, Tigerstedt T, Warpenius K, Österberg E. Tutkimuksesta tiiviisti 3/2016, helmikuu 2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.