

Päihdenuoresta aikuiseksi: rekisteri- ja hoitotietoihin perustuva seurantatutkimus alaikäisten päihteidenkäyttäjien elämäkulusta

Sari Hakala
Pro gradu -tutkielma
Psykologia
Käyttäytymistieteiden laitos
Helmikuu 2014
Ohjaajat: Tuuli Pitkänen, Hely Kalska

TIIVISTELMÄ

Tavoitteet: Nuorten päihteidenkäyttäjien elämäntulkua ei ole laaja-alaisesti juurikaan tutkittu. Tässä tutkimuksessa tutkittiin alaikäisinä päihdehoidossa olleiden nuorten elämäntulkua rekisteritutkimuksen keinoin. Tutkimuksessa tarkasteltiin nuorten päihde- ja mielenterveysongelmia, rikollisuutta, tulotasoa ja kuolleisuutta sekä elämäntulkua kokonaisuudessaan aikuisuuteen saakka. Aikaisempien seurantatutkimusten vähäisyyden ja tutkimustulosten ristiriitaisuuden vuoksi tutkimuksessa tutkittiin nuorilla päihteidenkäyttäjillä esiintyviä mielenterveysongelmia, päihde- ja mielenterveysongelmien keskinäistä ajoitusta sekä mielenterveysongelmien yhteyttä elämäntulkuihin. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin nuorilla päihteidenkäyttäjillä esiintyvää rikollisuutta. Miehillä oletettiin aikaisempien tutkimusten perusteella esiintyvän naisia enemmän rikollisuutta, ja rikosten odotettiin kasaantuvan melko pienelle joukolle. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös nuorten päihteidenkäyttäjien myöhempää tulotasoa nuorina aikuisina. Päihteiden käytöllä ei aikaisempien tutkimustulosten perusteella odotettu olevan negatiivista yhteyttä tulotasoon tutkittavien nuoren iän vuoksi. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös nuorten kuolleisuutta ja kuolemansyitä sekä päihteiden käyttöön liittyvien kuolemansyiden yleisyyttä. Nuorten päihteidenkäyttäjien kuolleisuuden odotettiin aikaisemman tutkimuksen perusteella olevan normaaliväestöä korkeampi.

Menetelmät: Tutkimuksen aineisto on osa A-klinikkasäätiön laajempaa rekisteritutkimushanketta: Rekisteri- ja hoitotietoihin perustuva seurantatutkimus päihdehuollon avo- ja laitospotilaiden elämäntulkusta (RIPE). Tutkittavat olivat vuosina 1993–1997 alle 18-vuotiaana päihdehuollon avohoidossa olleita nuoria (N= 221). Tutkittavista miehiä oli 158 ja naisia 63. Tutkimuksen aineisto koostui kolmen A-klinikkasäätiön toimipisteen hoitotiedoista sekä sairastavuutta, rikollisuutta, verotusta ja kuolleisuutta koskevista rekisteritiedoista. Ensimmäisen avohoitojakson alkaessa tutkittavat olivat iältään 11–17-vuotiaita ja viimeisten rekisteritietojen keräämisaikaan 26–35-vuotiaita.

Tulokset ja johtopäätökset: Nuorilla päihteidenkäyttäjillä esiintyi melko paljon myöhempiä päihdeongelmia ja muita mielenterveysongelmia. Erityisesti sopeutumishäiriöt olivat tässä tutkimuksessa yleisiä. Nuorilla esiintyi myös huomattavan paljon rikollisuutta, ja lähes puolet tutkittavista oli ollut vankeudessa. Hypoteesien mukaisesti miehillä esiintyi naisia enemmän rikollisuutta, ja suurin osa rikoksista kasaantui melko pienelle joukolle. Nuorten tulotaso oli nuorina aikuisina myös huomattavasti heikompi kuin aikaisempien tutkimusten perusteella odotettiin. Lisäksi nuorten päihteidenkäyttäjien kuolleisuus vaikutti normaaliväestöä korkeammalta, ja päihteisiin liittyvät kuolemansyyt olivat heillä yleisiä. Nuorten päihteidenkäyttäjien mielenterveysongelmat olivat yhteydessä myöhempisiin päihdeongelmiin ja heikompaan tulotasoon. Kaiken kaikkiaan nuorten päihteidenkäyttäjien elämäntulkuihin näyttää tutkimuksen perusteella kasaantuvan monenlaisia ongelmia ja vaikeuksia.

Avainsanat: päihdeongelmat, nuoret, elämäntulkuihin

ESIPUHE

Pro gradun aineisto on osa A-klinikkasäätiön laajempaa rekisteritutkimushanketta: Rekisteri- ja hoitotietoihin perustuva seurantatutkimus päihdehuollon avo- ja laitospotilaiden elämäkulusta (RIPE). Tutkimushankkeen vastuututkijoita ovat FT Tuuli Pitkänen, YTM Teemu Kaskela ja YTT Jouni Tourunen A-klinikkasäätiön kehittämissyksikön tutkimusryhmästä. Hanketta on rahoittanut mm. Oikeusministeriön kriminaalipoliittinen osasto. Tutkimushankkeen perusjoukon muodostavat noin 12 000 A-klinikkasäätiön kahden pääkaupunkiseudulla sijaitsevan toimipisteen sekä Järvenpään sosiaalisairaalan asiakasta vuosilta 1990–2009. Koko tutkimushankkeessa pyritään selvittämään rekisteritutkimuksen keinoin asiakkaiden yhteiskuntaan integroitumista tuomiolauselma- ja vankeustietoja, hoitoilmoitus- ja kuolleisuustietoja sekä verotietoja hyödyntäen. Pro gradu keskittyy alaikäisinä päihdehoidossa olleisiin nuoriin, joita ei tutkimushankkeessa ole aikaisemmin tarkasteltu itsenäisesti. Koko tutkimushankkeen aineisto on kerätty A-klinikkasäätiön kolmen toimipisteen hoitotiedoista, rekisterienpitäjiltä (Oikeusrekisterikeskus, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tilastokeskus ja Verohallinto) ja rikosseuraamusalan asiakastietojärjestelmästä pääosin vuosien 2009–2011 aikana. Pro gradu sai alkunsa kesällä 2012, jolloin pro gradun aineisto eroteltiin tutkimushankkeen laajemmasta aineistosta.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan hyvin arkaluontoisia tietoja, jonka vuoksi kaikki tutkimuksen aineisto on anonymisoitu. Tämän tutkimuksen tekijä ja A-klinikkasäätiön työntekijät ovat sitoutuneet vaitiolovelvollisuuteen. Koko tutkimushankkeelle on haettu tutkimusluvut hoito- ja rekisteritietojen käyttöön rekisterienpitäjien, tietosuojavaltuutetun toimiston, Sosiaali- ja terveysministeriön sekä A-klinikkasäätiön ohjeiden mukaisesti. Lisäksi pro gradulle on haettu oma tutkimuslupa A-klinikkasäätiöltä.

Haluan lämpimästi kiittää ohjaajaani FT Tuuli Pitkästä graduntekomahdollisuudesta ja innostavasta ohjauksesta. Lämpimät kiitokset myös FT Hely Kalskalle, joka on toiminut ohjaajanani Käyttäytymistieteiden laitoksella. Erytiskiitokset YTM Teemu Kaskelalle kaikesta avusta gradunteon aikana. Haluan myös kiittää A-klinikkasäätiötä sekä kaikkia tutkimushankkeen yhteistyökumppaneita. Lopuksi haluan kiittää kaikkia läheisiäni kaikesta tuesta ja avusta.

Helsingissä helmikuussa 2014

Sari Hakala

Sisällys

1. JOHDANTO.....	1
1.1 Päihdekokeilut ja päihteiden käyttö nuoruusiässä	1
1.2 Päihdehäiriöt ja niiden esiintyvyys ja kehitys nuoruusiässä.....	3
1.3 Nuorten päihdehoidon yleisyys	6
1.4 Nuorten päihdeongelmien tausta- ja riskitekijöitä	7
1.5 Nuorten päihdeongelmat ja muut mielenterveysongelmat	8
1.6 Nuorten päihteiden käyttö ja rikollisuus	10
1.7 Nuorten päihteiden käyttö ja myöhempi tulotaso	13
1.8 Nuorten ja nuorten aikuisten kuolleisuus ja kuolemansyyt	14
1.9 Tutkimusongelmat ja hypoteesit	16
2. MENETELMÄT.....	17
2.1 Tutkittavat	17
2.2 Rekisteritiedot	18
3. TULOKSET.....	20
3.1 Päihdeongelmat.....	20
3.2 Mielenterveysongelmat.....	21
3.3 Rikollisuus	22
3.3.1 Vankeusjaksot ja vankeusjaksojen ajoitus	23
3.3.2 Vankeuteen johtaneet rikokset	24
3.4 Tulotaso	25
3.5 Kuolleisuus ja kuolemansyyt	26
3.6 Yhteenveto elämäkulusta.....	27
4. POHDINTA.....	29
LÄHTEET	34

1. JOHDANTO

Päihteiden käyttö alkaa useimmiten nuoruusiässä, joka määritelmästä riippuen ajoitetaan noin 12–22 vuoden ikään. Alle 18-vuotiaiden eli Suomen lainsäädännön mukaan alaikäisten päihteiden käyttöä voidaan pitää monella tapaa ongelmallisena. Laittomuuden lisäksi päihteiden käytöstä voi olla käyttömääristä ja käytetystä päihteestä riippuen sekä fyysistä että psyykkistä haittaa nuorten kasvulle ja kehitykselle. Päihteiden käytöllä voi olla myös negatiivisia vaikutuksia nuorten myöhempään elämäntapaan. Nuorten päihteiden käytön ja päihdeongelmien runsaasta tutkimuksesta huolimatta nuorten päihteidenkäyttäjien elämäntapaa ei ole laaja-alaisesti juurikaan tutkittu.

Tässä tutkimuksessa on tarkoituksena tutkia päihdehuollon asiakkaana olleiden alaikäisten nuorten elämäntapaa rekisteritutkimuksen keinoin. Tutkimuksessa tarkasteltavat nuoret ovat herättäneet jonkinlaista huolta päihteiden käytön vuoksi, minkä takia heidät on ohjattu päihdehuollon avohoitokontaktiin. Tutkimuksessa on tarkoituksena tarkastella nuorten hoitoa edeltänyttä ja hoidon jälkeistä sairastavuutta (päihde- ja mielenterveysongelmia), rikollisuutta, myöhempää tulotasoja, kuolleisuutta sekä elämäntapaa kokonaisuudessaan aina aikuisuuteen saakka.

1.1 Päihdekokeilut ja päihteiden käyttö nuoruusiässä

Ensimmäinen humala ajoittuu suomalaisnuorilla tavallisimmin noin 13–14 vuoden ikään (Metso, Ahlström, Huhtanen, Leppänen & Pietilä, 2009; Ahlström, Metso & Tuovinen, 2001). Osalla nuorista on jo ennen alkoholin käytön aloittamista saattanut olla imppaamiskokeiluja (liuottimet ym.). Suomessa nuorten laittomien päihteiden käyttö on vähäisempää kuin monessa muussa Euroopan maassa (esim. Hibell ym., 2000; Raitasalo, Huhtanen, Miekkala & Ahlström, 2012). Laittomien päihteiden kokeilu ja mahdollinen käyttö alkavat useimmiten kannabiksella niin Suomessa kuin kansainvälisestikin (esim. Metso ym., 2009; Costello, Erkanli, Federman & Angold, 1999). Kannabis on myös laittomista päihteistä eniten kokeiltu ja käytetty päihde (mm. Partanen & Metso, 1999; Vega ym., 2002). Kannabiskokeiluja esiintyy jonkin verran jo 15–16-vuotiailla suomalaisnuorilla (Metso ym., 2009), joskin kokeilujen ja käytön mediaani on noin 18 vuoden iässä (Partanen & Metso, 1999; Metso,

Winter & Hakkarainen, 2012). Muiden laittomien päihteiden kokeilu ja käyttö ajoittuvat useimmiten myöhemmälle iälle (esim. Metso ym., 2009; Chen & Kandel, 1995; Vega ym., 2002). Hoitoon hakeutuneilla huumeidenkäyttäjillä ensimmäisen huumeiden kokeilun on kuitenkin havaittu ajoittuvan keskimäärin noin 16 vuoden ikään (Partanen, Partanen & Partanen, 2002).

Päihteiden käytön on todettu säännöllistyvän tavallisimmin noin kolmen vuoden kuluessa käytön aloittamisesta (Wittchen ym., 2008). Alkoholin ja kannabiksen tihein käyttö ajoittuu useimmiten myöhäisnuoruuteen ja varhaisaikuisuuteen, jonka jälkeen käyttö alkaa tavallisimmin vähetä (Chen & Kandel, 1995), joskin vuosittaisen alkoholin kulutuksen on todettu pysyvän melko muuttumattomana keski-ikään asti (Pitkänen, 2006). Muilla laittomilla päihteillä käytön aloittamisen riski-ikä on pidempi, ja myös suurin käyttö ajoittuu useimmiten joitakin vuosia alkoholin ja kannabiksen tiheintä käyttöä myöhemmälle iälle (Chen & Kandel, 1995).

Miehillä päihdekokeilut ja päihteiden käyttö ovat pääsääntöisesti yleisempiä kuin naisilla (esim. Vega ym., 2002; Chen & Kandel, 1995) lääkkeiden päihdekäyttöä lukuun ottamatta (esim. Chen & Kandel, 1995). Samansuuntaisia tuloksia on myös havaittu suomalaisnuorilla (esim. Metso ym., 2009; Torikka, Kaltiala-Heino, Rimpelä, Rimpelä & Rantanen, 2001), vaikkakin 14-vuotiailla suomalaistytöillä alkoholin käytön ja riskikäytön on ajoittain todettu olevan jopa yleisempää kuin samanikäisillä pojilla (Ahlström ym., 2001).

Nuorten päihdekokeiluihin ja päihteiden käyttöön vaikuttavat myös muun muassa päihteiden saatavuus ja valtakunnalliset päihteiden käyttöön liittyvät trendit. Huumeiden käytön ja saatavuuden lisääntyessä eli niin kutsuttujen huumeaaltojen aikana huumeekokeilut ja huumeiden käyttö ovat lisääntyneet erityisesti nuorten keskuudessa (Partanen & Metso, 1999; Hakkarainen & Metso, 2003).

1.2 Päihdehäiriöt ja niiden esiintyvyys ja kehitys nuoruusiässä

Päihdehäiriöissä on nuorilla käytössä samat diagnostiset kriteerit kuin aikuisilla. Sekä ICD-10:stä että DSM-IV:stä löytyy kaksi varsinaista päihdehäiriödiagnoosia: haitallinen käyttö (DSM-IV: väärinkäyttö) ja päihderiippuvuus. Molemmissa häiriöissä diagnostiset kriteerit ovat samat päihteestä riippumatta. Suomessa käytössä olevan ICD-10-tautiluokituksen päihdehäiriöiden diagnostiset kriteerit on esitetty taulukossa 1. ICD-10:n ja DSM-IV:n päihderiippuvuuden kriteerit ovat sisällöltään melko samanlaiset, mutta ICD-10 on DSM-IV:ää tiukempi. ICD-10:n päihderiippuvuusdiagnoosi edellyttää kolmen tai useamman kriteerin esiintymistä samanaikaisesti kuukauden ajan viimeisten 12 kuukauden aikana, kun taas DSM-IV:n päihderiippuvuusdiagnoosiin riittää kriteerien täytyminen viimeisten 12 kuukauden aikana (ks. esim. Poikolainen, 2003). Päihdehäiriöiden toisessa diagnoosissa (haitallinen käyttö tai väärinkäyttö) on sen sijaan myös sisällöllisesti huomattavia eroja ICD-10:n ja DSM-IV:n välillä, ja diagnooseja pidetäänkin keskenään vertailukelvottomina (esim. Poikolainen, 2003).

Päihdehäiriöiden esiintyvyydestä nuoruusiässä on vaikea esittää kovin tarkkoja arvioita. Tutkimuksissa nuorten päihdehäiriöiden esiintyvyydet vaihtelevat huomattavasti mm. ikäryhmien, käytettyjen diagnostisten kriteerien (DSM-IV vs. ICD-10) ja tutkimusmenetelmien perusteella tutkimuksesta toiseen. Lisäksi tutkimusten välillä on eroja siinä, tarkastellaanko tutkimuksessa elinaikaista vai ajankohtaista (usein 12 kuukauden) esiintyvyyttä sekä tarkastellaanko esiintyvyyttä kaikkien nuorten vai päihteitä käyttävien nuorten keskuudessa. Suurimmassa osassa tutkimuksista tutkittavien yläikäraja ulottuu vähintään myöhäisnuoruuteen tai varhaisaikuisuuteen (20–24 ikävuoteen), ja vain harvoissa tutkimuksissa päihdehäiriöiden esiintyvyyttä tarkastellaan pelkästään tai erikseen alaikäisillä (alle 18-vuotiailla) nuorilla. Tutkimustietoa alaikäisten päihdehäiriöiden esiintyvyydestä Suomessa ei ole tähän mennessä löytynyt.

Yhdysvaltalaisessa koululaistutkimuksessa 14–18-vuotiaiden nuorten päihdehäiriöiden elinaikaisesiintyvyys oli noin 8.3–10.8 % ja pelkkien alkoholihäiriöiden noin 4.6–6.2 %, eikä sukupuolten välillä ollut tutkimuksessa tilastollisesti merkitsevää eroa (Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley & Andrews, 1993). Toisessa yhdysvaltalaisutkimuksessa nuorten päihdehäiriöiden esiintyvyys oli puolestaan 16 ikävuoteen mennessä molemmilla sukupuolilla noin 6 % (Costello ym., 1999). Saksalaistutkimuksessa nuorten alkoholihäiriöiden

elinaikaisesiintyvyyttä tarkasteltiin erikseen ikäryhmittäin, häiriötyypeittäin ja sukupuolittain: 14–15-vuotiailla alkoholin väärinkäyttöä oli pojista noin 1.7 %:lla ja tytöistä noin 0.7 %:lla sekä alkoholiriippuvuutta esiintyi ikäryhmässä noin 0.9 %:lla pojista ja 1.4 %:lla tytöistä (Nelson & Wittchen, 1998). 16–17-vuotiailla alkoholin väärinkäyttöä oli puolestaan jo 11.3 %:lla pojista ja 6.6 %:lla tytöistä sekä 5.8 %:lla pojista ja 2.1 %:lla tytöistä oli alkoholiriippuvuus (Nelson & Wittchen, 1998).

Taulukko 1. Päihteiden haitallisen käytön ja päihderiippuvuuden diagnostiset kriteerit ICD-10:ssä. (Lähteet: Poikolainen, 2003; WHO, 1993).	
<p>Päihteiden haitallinen käyttö</p> <p>Kaikkien kohtien tulee täytyä.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Päihteiden käyttö on aiheuttanut selvän psyykkisen tai fyysisen haitan käyttäjälle tai selvästi myötävaikuttanut sen syntyyn. 2. Haitta on selvästi tunnistettavissa ja määriteltävissä. 3. Päihteiden käyttö on kestänyt vähintään kuukauden tai sitä on esiintynyt toistuvasti 12 kuukauden aikana. 4. Häiriö ei täytä minkään muun saman päihteiden käyttöön liittyvän häiriön kriteereitä (äkillistä päihtymystä lukuun ottamatta). 	<p>Riippuvuusoireyhtymä</p> <p>Kolmen tai useamman kriteerin tulee esiintyä samanaikaisesti kuukauden ajan viimeisten 12 kuukauden aikana tai toistuvasti, mikäli jaksot ovat kuukautta lyhyempiä.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Voimakas himo tai pakonomainen tarve ottaa päihdettä. 2. Vaikeudet hallita päihteiden käytön aloittamista, käytettyjä määriä tai käytön lopettamista. 3. Vieroitusoireiden esiintyminen päihteiden käytön päättyessä tai vähentyessä. Vieroitusoireet ilmenevät joko päihteelle tyypillisenä vieroitusoireyhtymänä tai saman tai vastaavanlaisen päihteiden käyttönä vieroitusoireiden lievittämiseksi tai välttämiseksi. 4. Sietokyvyn (toleranssi) kasvu: päihtymys tai aikaisempi vaikutus edellyttää aikaisempaa suurempaa annosta tai entinen annos tuottaa selvästi heikomman vaikutuksen käytön jatkuessa. 5. Käyttö muodostuu elämän keskeiseksi asiaksi. Kasvava luopuminen vaihtoehtoisista mielihyvän tai kiinnostuksen kohteista ja kasvava päihteiden käyttöön, päihteiden hankkimiseen tai käytöstä toipumiseen liittyvä ajankäyttö. 6. Päihteiden käytön jatkuminen selvistä haitoista huolimatta. Käyttäjä on tai hänen voidaan olettaa olevan tietoinen haitoista.

Varhaisessa nuoruudessa poikien ja tyttöjen välillä ei ole havaittavissa selkeitä eroja päihdehäiriöiden esiintyvyydessä (Wittchen ym., 2008; Costello ym., 1999; Lewinsohn ym., 1993). Iän myötä sekä päihteiden käyttö (Vega ym., 2002; Wittchen ym., 2008; Dawson & Archer, 1992) että päihdehäiriöt lisääntyvät miehillä selvästi naisia enemmän (mm. Wittchen ym., 2008). Wittchenin ja kumppaneiden tutkimuksessa (2008) erot sukupuolten välillä alkoholi- ja kannabisriippuvuuksissa ilmenivät noin 16 ikävuodesta lähtien. Tutkimustulosten ristiriitaisuuden vuoksi jokseenkin epäselvää on kuitenkin se, johtuvatko sukupuolten välillä havaitut erot päihdehäiriöissä miehillä yleisemmästä päihteiden käytöstä (Grant, 1996) vai ovatko sukupuolierot havaittavissa myös päihteidenkäyttäjien keskuudessa (esim. Wagner & Anthony, 2007).

Suurimmalle osalle päihteidenkäyttäjistä ei kehity päihderiippuvuutta jopa päihteiden melko säännöllisestä käytöstä huolimatta (esim. Wittchen ym., 2008; Wagner & Anthony, 2002; 2007). Päihderiippuvuuksien kehityksessä on havaittu eroja eri päihteiden ja osalla päihteistä myös sukupuolten välillä (Wagner & Anthony, 2002; 2007). Yhdysvaltalais tutkimuksessa kokaiiniriippuvuuden todettiin kehittyvän sekä naisilla että miehillä keskimäärin alkoholi- ja kannabisriippuvuutta nopeammin: 5–6 %:lla kokaiininkäyttäjistä riippuvuus kehittyi jo ensimmäisen käyttövuoden aikana, kun alkoholi- ja kannabisriippuvuuksien kohdalla vastaava osuus oli noin 1 % käyttäjistä (Wagner & Anthony, 2002). Alkoholi- ja kannabisriippuvuuksien kehityksessä on myös havaittu sukupuolieroja: miehillä suurin alkoholiriippuvuusriski ajoittuu noin viidenteen käyttövuoteen (noin 3.5 %) ja kannabisriippuvuusriski noin kolmanteen käyttövuoteen (noin 4 %), kun taas naisilla riippuvuusriskin on todettu käyttövuosista riippumatta olevan melko tasainen (vuosittain noin 1 %) (Wagner & Anthony, 2007). Alkoholiriippuvuusriskin on myös todettu kestävän huomattavasti kannabis- ja kokaiiniriippuvuusriskiä pidempään, joskin suurimman riippuvuusriskin on todettu ajoittuvan sekä alkoholilla että kannabiksella noin 17–18 ikävuoteen ja kokaiinilla noin 23–25 ikävuoteen (Wagner & Anthony, 2002).

Tässä tutkimuksessa päihdehäiriöillä tarkoitetaan diagnoosien mukaisia päihdehäiriöitä (haitallinen käyttö, väärinkäyttö tai päihderiippuvuus) ja päihdeongelmilla laaja-alaisemmin ongelmallista päihteiden käyttöä, joka ei välttämättä ole esimerkiksi vielä johtanut varsinaiseen päihdehäiriödiagnoosiin. Päihdeongelmien laaja-alaisempi tarkastelu on oleellista erityisesti alaikäisillä nuorilla, sillä nuori ikä voi johtaa varovaisempaan diagnosointiin kuin aikuisilla.

1.3 Nuorten päihdehoidon yleisyys

Alaikäisten päihdehoidon yleisyydestä on vaikea saada tarkkaa kuvaa. Suurimmassa osassa suomalaisen päihdehuollon asiakkaita tarkastelevissa tutkimuksissa nuorin ikäluokka on alle 20- tai alle 25-vuotiaat, eikä alaikäisiä ole tutkimuksissa tarkasteltu erikseen. Tutkimusten välillä on myös paljon vaihtelua siinä tarkastellaanko tutkimuksessa huumeidenkäyttäjia vai kaikkia päihteidenkäyttäjia ja onko tutkimuksessa mukana kaikki päihdehuoltoon liittyvät sosiaali- ja terveystalvet vai esimerkiksi pelkät laitoshoidot. Erityisesti erilaisista avopalveluista on valtakunnallisesti vähän tietoa saatavilla.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa yhden vuorokauden aikana tapahtuvaa päihteiden käyttöön liittyvää asiointia kartoittavassa neljän vuoden välein toteutettavassa päihdetapauskennassa alle 20-vuotiaita on vuosina 1995–2011 ollut noin 2–5 % (Kuussaari, Ronkainen, Partanen, Kaukonen & Vorma, 2012; Nuorvala, Metso, Kaukonen & Haavisto, 2004; Nuorvala, Metso, Kaukonen & Haavisto, 2000; Kaukonen & Haavisto, 1996). Nuorten osuus on hieman suurempi päihdehuollon huumeasiakkaista sekä erityisesti ensi kertaa hoitoon hakeutuvista huumeidenkäyttäjistä. Viime vuosina alle 20-vuotiaita päihdehuollon huumeasiakkaista on ollut noin 5–8 % ja ensi kertaa hoitoon hakeutuvista huumeidenkäyttäjistä noin 20–30 % (Forsell & Nurmi, 2013; Forsell, 2012; Väänänen, 2011; Väänänen & Ruuth, 2010). Alle 15-vuotiaiden osuus päihdehuollon huumeasiakkaista on viime vuosina ollut alle yhden prosentin ja ensi kertaa hoitoon hakeutuvista alle yhdestä prosentista kolmeen prosenttiin (Forsell & Nurmi, 2013; Forsell, 2012; Väänänen, 2011; Väänänen & Ruuth, 2010).

Aikaisempaa tutkimustietoa alaikäisistä päihdehoidossa olleista suomalaisnuorista on siis hyvin niukasti. Nuoria on päihdehuollon asiakkaana melko vähän ja alaikäisiä vielä hieman vähemmän.

1.4 Nuorten päihdeongelmien tausta- ja riskitekijöitä

Päihdeongelmien tausta- ja riskitekijät voidaan jakaa esimerkiksi seuraaviin kolmeen luokkaan: 1. yksilöön liittyviin tekijöihin (erityisesti lapsuuteen liittyvät), 2. perheeseen liittyviin tekijöihin ja 3. ympäristöön liittyviin tekijöihin (vaikutus erityisesti nuoruuden aikana). Yksilöön liittyviä päihdeongelmien tausta- ja riskitekijöitä ovat mm. varhaiset käytösongelmat ja -häiriöt, lapsuusiän aggressiivisuus ja heikko impulssikontrolli sekä temperamentti- ja persoonallisuudesta korkea elämishakuisuus ja alhainen vaikeuksien välttäminen (englanniksi: *harm avoidance*) (koontia tutkimuksista esim. Hawkins, Catalano & Miller, 1992; Hser, Longshore & Anglin, 2007). Perheeseen liittyviä päihdeongelmien riskitekijöitä ovat mm. vanhempien päihdeongelmat, heikot ja epä johdonmukaiset kasvatuskäytännöt sekä vähäinen lapsikeskeisyys ja perheen riitaisuus (esim. Hawkins ym., 1992; Pitkänen, 2006). Ympäristöön liittyviä päihteiden käyttöön vaikuttavia tekijöitä ovat mm. kulttuuriympäristö, asuinympäristö ja yksilön vertaiset (esim. Hawkins ym., 1992; Hser ym., 2007). Ympäristön ja kulttuurin salliva suhtautuminen päihteiden käyttöön, ongelmallinen lähiympäristö, päihteiden helppo saatavuus ja päihteitä käyttävät vertaiset lisäävät nuoren riskiä aloittaa päihteiden käyttö. Kaiken kaikkiaan päihdeongelmien kehityksessä on usein kyse tausta- ja riskitekijöiden kasautumisesta.

Myös sukupuolten välillä on havaittu eroja päihteiden käytön riskitekijöissä. Yhdysvaltalaisen kaksostutkimuksen mukaan tyttöjen päihteiden käyttöön vaikuttaa erityisesti geneettiset tekijät, kun taas poikien päihteiden käytössä ympäristötekijöillä, erityisesti vertaisilla on suurempi merkitys (Silberg, Rutter, D'Onofrio & Eaves, 2003). Samat sukupuolierot ovat nähtävissä myös päihteiden käytön jatkuvuuteen vaikuttavissa tekijöissä (Silberg ym., 2003).

Päihteiden käytön varhaisen aloitustaan on todettu olevan yhteydessä suurempaan riippuvuusriskiin (laittomat päihteet esim. Anthony & Petronis, 1995; alkoholi mm. McGue & Iacono, 2008; Pitkänen, 2006; DeWit, Adlaf, Offord & Ogborne, 2000; Grant & Dawson, 1997) ja se on yksi selkeimmistä, mutta karkeista myöhempien päihdeongelmien ennustajista. Riski riippuvuuden kehitykselle on erityisen suuri niillä, jotka ovat aloittaneet päihteiden käytön hyvin varhaisina nuoruusvuosina (Anthony & Petronis, 1995).

Yhdysvaltalais tutkimuksessa nuoruuden ongelmakäyttäytymisen kuten päihteiden käytön on todettu olevan riskitekijä laajalle joukolle aikuisuuden psykopatologiaa (McGue & Iacono, 2008). Kyse ei siis näin ollen ole pelkästään nuoruuden päihteiden käytöstä vaan useimmiten

nuorten päihteiden käyttö sekä erityisesti laittomien päihteiden käyttö kytkeytyy osaksi laajempaa nuoruuden ongelmakäyttämisen vyyhtiä, joka myös ennustaa laajaa joukkoa aikuisuuden ongelmia yhtenä ilmenemismuotonaan aikuisuuden päihdehäiriöt.

1.5 Nuorten päihdeongelmat ja muut mielenterveysongelmat

Päihdeongelmaisilla nuorilla psykiatrisen komorbiditeetin eli useamman mielenterveyshäiriön samanaikaisen esiintyvyyden on todettu olevan hyvin korkealla tasolla. Arviot komorbiditeetista vaihtelevat tutkimuksesta toiseen noin 60–80 %:n välillä (mm. Armstrong & Costello, 2002; Rohde, Lewinsohn & Seeley, 1996). Lisäksi komorbiditeetin on arveltu olevan yleisempää hoitoon hakeutuvilla päihteidenkäyttäjillä. Nuorilla päihteidenkäyttäjillä yleisimmin esiintyviä psykiatrisia häiriöitä ovat käytöshäiriöt ja masennus (Armstrong & Costello, 2002; Costello ym., 1999; Kandel ym., 1999; Tarter, Kirisci & Mezzich, 1997). Käytöshäiriöiden ja masennuksen on todettu olevan näillä nuorilla myös yleisempää kuin päihdeettömällä nuorilla (Kandel ym., 1999).

Muita mielenterveyshäiriöitä on nuorilla päihteidenkäyttäjillä tutkittu vähemmän tai tutkimustulokset ovat jokseenkin ristiriitaisia. Erityisesti nuorten päihteiden käyttöä ja ahdistuneisuushäiriöitä tarkastelevien tutkimusten tuloksissa on ristiriitaisuutta. Suurimmassa osassa tutkimuksissa nuorten päihteiden käytön ja ahdistuneisuushäiriöiden välillä ei ole havaittu selkeää yhteyttä (esim. Armstrong & Costello, 2002; Costello ym., 1999). Eräässä tutkimuksessa runsaamman alkoholin käytön todettiin kuitenkin olevan tytöillä yhteydessä ahdistuneisuushäiriöihin (Rohde ym., 1996) ja toisessa tutkimuksessa ahdistuneisuushäiriöiden todettiin ennustavan erityisesti tytöillä myöhempiä päihdehäiriöitä (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler & Angold, 2003). Ahdistuneisuushäiriöt ovat koko väestössä jokseenkin yleisiä etenkin tytöillä (esim. Lewinsohn ym., 1993), minkä vuoksi ahdistuneisuushäiriöitä saattaa näin ollen esiintyä melko usein myös päihdehäiriöiden yhteydessä. Toisaalta ahdistuneisuushäiriöistä kärsivillä nuorilla on todettu kohonnut riski päihteiden haitalliseen käyttöön (Deas-Nesmith, Brady & Campbell, 1998). Ahdistuneisuushäiriöitä ja samanaikaista päihteiden käyttöä tarkasteltaessa, ahdistuneisuushäiriöt ovat kliinisessä aineistossa edeltäneet päihteiden käytön aloittamista (Deas-Nesmith ym., 1998).

Nuorten päihteidenkäyttäjien psykiatrisessa komorbiditeetissa ei ole havaittavissa kovinkaan suuria eroja sukupuolten välillä. Käytöshäiriöt ovat hieman yleisempiä päihteitä käyttävillä pojilla kuin päihteitä käyttävillä tytöillä, kun taas masennusta esiintyy tytöillä jonkin verran poikia enemmän (Armstrong & Costello, 2002; Tarter ym., 1997; Torikka ym., 2001). Kyseiset sukupuolierot ovat samansuuntaisia koko väestössä (esim. Lewinsohn ym., 1993). Tytöillä käytöshäiriöiden ja päihteiden käytön välinen yhteys on kuitenkin jonkin verran vahvempi kuin pojilla (Costello ym., 1999), mikä saattaa liittyä juuri käytöshäiriöiden yleisempään esiintyvyyteen pojilla koko väestössä. Tutkimustulokset eivät myöskään tue näkemystä, jonka mukaan tietyn päihteiden käytöllä olisi lapsilla ja nuorilla yhteyttä tiettyyn psykiatriseen häiriöön (Armstrong & Costello, 2002).

Pääsääntöisesti muiden mielenterveysongelmien on todettu alkavan ennen päihdeongelmia (Armstrong & Costello, 2002; Costello ym., 1999; Rohde ym., 1996), mutta tutkimustuloksissa on jonkin verran myös ristiriitaisuutta. Nuoruuden päihdehäiriöiden ovat myös hyvin jatkuvia ja ennustavat myöhempiä mielenterveysongelmia kuten antisosiaalista persoonallisuushäiriötä, masennusta ja muita päihdehäiriöitä varhaisaikuisuudessa (Rohde, Lewinsohn, Kahler, Seeley & Brown, 2001; Brook, Cohen & Brook, 1998). Päihdehäiriöiden lisäksi jo pelkällä nuoruuden päihteiden käytöllä on yhteyttä myöhempään mielenterveysongelmiin (Brook ym., 1998). Brookin ja kumppaneiden pitkittäistutkimuksessa (1998) kirjoittajat arvelevat, että lapsuuden psykopatologialla saattaisi olla vaikutusta myöhempään päihteiden käyttöön, mutta päihteiden käytön alettua nuoruuden mielenterveysongelmilla ei tutkimuksen mukaisesti ole itsenäistä vaikutusta varhaisaikuisuuden päihteiden käyttöön.

Kaiken kaikkiaan nuorilla päihteidenkäyttäjillä esiintyy paljon muita mielenterveysongelmia. Sukupuolten välillä ei nuorilla ole havaittu kovinkaan suuria eroja mielenterveysongelmien esiintyvyydessä. Aikaisemmissa tutkimustuloksissa on sen sijaan ristiriitaisuutta päihdeongelmien ja mielenterveysongelmien välisissä yhteyksissä ja keskinäisessä ajoituksessa. Aikaisempien vastaavanlaisten hoitoon ohjattujen nuorten päihteidenkäyttäjien seurantatutkimusten vähäisyyden sekä tutkimustulosten osittaisen ristiriitaisuuden vuoksi tässä tutkimuksessa tarkastellaan nuorten päihteidenkäyttäjien elämäntilanteeseen liittyviä muita mielenterveysongelmia, päihdeongelmien ja mielenterveysongelmien välistä ajoitusta sekä mielenterveysongelmien yhteyttä muuhun elämäntilanteeseen. Aikaisempien tutkimusten perusteella sukupuolten välillä ei tässä tutkimuksessa oleteta esiintyvän kovinkaan suuria eroja mielenterveysongelmien esiintyvyydessä.

1.6 Nuorten päihteiden käyttö ja rikollisuus

Suomessa nuorten rikosoikeudellinen vastuu alkaa 15 ikävuodesta lähtien, jota ennen ilmenevää rikollista käyttäytymistä ei virallisesti rekisteröidä. Suomalaisnuorista 15-vuotiaat syyllistyvät eniten varkauksiin (noin 1.3 % ikäluokasta) ja 18-vuotiaat eniten pahoinpitelyihin (noin 0.9 % ikäluokasta) (Kivivuori, 2002). Yleisesti ottaen omaisuusrikokset ovat rikostyypeistä yleisimpiä iästä ja sukupuolesta riippumatta (esim. Bergman & Andershed, 2009; ks. myös Silverthorn & Frick, 1999).

Päihdeongelmien ja rikollisuuden tausta- ja riskitekijät ovat pitkälti samoja. Kuten päihdeongelmien myös rikollisuuden tausta- ja riskitekijät voidaan jakaa kolmeen tasoon: yksilöön, perheeseen ja ympäristöön (erityisesti vertaiset). Yksilötasolla rikollista käyttäytymistä ennakoivat mm. lapsuus- ja nuoruusiän aggressiivisuus (esim. Brook, Whiteman, Finch & Cohen, 1996; Pulkkinen, Lyyra & Kokko, 2009) ja ylivilkkaus (esim. Sourander ym., 2006), varhaiset käytösongelmat ja -häiriöt (esim. Fergusson, Lynskey & Horwood, 1996; Sourander ym., 2006) sekä temperamenttipiirteistä erityisesti korkea elämyshakuisuus (esim. Fergusson & Horwood, 2002). Perheeseen liittyviä rikollisuuden tausta- ja riskitekijöitä ovat mm. rikkonaiset ja riitaiset perheolosuhteet, vanhempien päihdeongelmat sekä vanhempien matala koulutustaso (mm. Bergman & Andershed, 2009; Pulkkinen ym., 2009; Elonheimo ym., 2009; Sourander ym., 2006; Fergusson ym., 1996). Sen sijaan lapsuudenperheen matalan sosioekonomisen aseman vaikutusta tarkastelevien tutkimusten tulokset ovat jokseenkin ristiriitaisia. Esimerkiksi suomalaisessa pitkittäistutkimuksessa lapsuudenperheen sosioekonominen asema ei ole yhteydessä miesten rikollisuuteen (Pulkkinen ym., 2009). Ympäristöön liittyviä rikollisuuden tausta- ja riskitekijöitä ovat esimerkiksi antisosiaaliset (esim. rikoksia tekevät tai muuten ongelmallisesti käyttäytyvät) vertaiset (esim. Fergusson, Swain-Campbell & Horwood, 2002; Fergusson ym., 1996; Warr, 1993; ks. myös Elliott, Huizinga & Ageton, 1989). Vertaisilla on todettu olevan enemmän vaikutusta rikolliseen käyttäytymiseen varhaisnuoruudessa kuin myöhemmällä iällä (Fergusson ym., 2002; Fergusson ym., 1996). Lisäksi suurin vaikutus näyttäisi olevan nuorten viimeaikaisilla ystävyys-suhteilla (Warr, 1993). Kaiken kaikkiaan, aivan kuten päihdeongelmissa, myös rikollisuudessa on usein kyse tausta- ja riskitekijöiden kasaantumisesta. Erityisen haitallista antisosiaalisen käyttäytymisen kehityksessä vaikuttaisi olevan riskien monimuotoisuus, vakavuus sekä kasaantuminen eri tasoilta (koontia aiheesta esim. Campbell, Shaw & Gilliom, 2000). Sen sijaan sukupuolten välillä ei ole havaittu huomattavia eroja rikollisen

käyttäytymisen tausta- ja riskitekijöissä (esim. Bergman & Andershed, 2009; Fergusson & Horwood, 2002).

Kuten nuorten päihdeongelmat myös nuorisorikollisuus on osa nuoruusiän ongelmakäyttäytymisen vyyhtiä. Nuorten päihdeongelmia ja rikollista käyttäytymistä tarkasteltaessa kumpaakaan ei voida pitää toisen varsinaisena taustatekijänä, vaan ilmiöt ovat enemmän tai vähemmän vastavuoroisessa suhteessa toisiinsa (D'Amico, Edelen, Miles & Morral, 2008; Mason & Windle, 2002; Fergusson ym., 1996).

Lukuisissa tutkimuksissa rikollisen käyttäytymisen on pääsääntöisesti osoitettu lisääntyvän noin 17 ikävuoteen asti ja kääntyvän sen jälkeen huomattavaan laskuun (esim. Fergusson & Horwood, 2002; Hirschi & Gottfredson, 1983). Pääsääntöisesti rikokset keskittyvät sekä miehillä että naisilla melko pienelle joukolle (esim. Stattin & Magnusson, 1991). Varhaiset pidätykset sekä erilaiset viranomaismerkinnät ennustavat karkeasti myöhempää rikollisuutta (Stattin & Magnusson, 1991). Rikostyypeissä ei sen sijaan ole havaittu selkeää jatkuvuutta nuoruudesta aikuisuuteen, joskin useammanlaiset rikostyyppit nuoruudessa jatkuvat useimmiten samanlaisena rikollisuutena varhaisaikuisuudessa (Stattin & Magnusson, 1991). Lisäksi rikoksentekijöillä on havaittu taipumusta erikoistua ajan myötä tiettyihin rikoksiin riippumatta siitä, minkä ikäisinä he ovat aloittaneet rikosten tekemisen (Piquero, Paternoster, Mazerolle, Brame & Dean, 1999).

Rikollisen käyttäytymisen yleisen kehityskulun lisäksi rikoksentekijöitä on ryhmitelty rikollisen käyttäytymisen alkamisiän ja jatkuvuuden mukaan erilaisiin ryhmiin. Yksi tunnetuimmista jaotteluista lienee Moffittin (1993) esittämä teoria antisosiaalisen käyttäytymisen kahdesta luokasta: nuoruusikään rajoittuvasta (*adolescence-limited*) ja läpi elämän jatkuvasta (*life-course-persistent*) antisosiaalisesta käyttäytymisestä. Moffittin (1993) teorian mukaan suurimmalla osalla yksilöistä antisosiaalinen käyttäytyminen rajoittuu pitkälti nuoruusikään ja tällä ryhmällä antisosiaalinen käyttäytyminen on myös luonteeltaan vähemmän vakavaa, lähes normatiivista käyttäytymistä. Sen sijaan pienellä joukolla yksilöitä antisosiaalinen käyttäytyminen alkaa usein hyvin varhain lapsuudessa ja jatkuu teorian mukaan tavalla tai toisella läpi elämän (Moffitt, 1993). Tällä joukolla antisosiaalinen käyttäytyminen on myös usein luonteeltaan vakavampaa ja toistuvampaa (suuret rikosmäärät) kuin nuoruusikään rajoittuvalla ryhmällä (Moffitt, 1993). Moffittin teoria on tutkimuksissa saanut empiiristä tukea, joskin kaksiluokkainen jaottelu ei riitä kuvaamaan koko antisosiaalisen käyttäytymisen kirjoa. Myöhemmissä tutkimuksissa edellä kuvattujen kahden

luokan rinnalle on ehdotettu myös jatkuvaa (kroonista) matalan tason antisosiaalisen käyttäytymisen ryhmää (esim. Nagin, Farrington & Moffitt, 1995) sekä aikuisiällä alkavaa (*adult-onset*) antisosiaalisen käyttäytymisen ryhmää (esim. Kratzer & Hodgins, 1999). Lisäksi Moffittin jaottelun ajatellaan kuvaavan paremmin miesten kuin naisten antisosiaalista käyttäytymistä (Moffitt, 1993; Kratzer & Hodgins, 1999; Silverthorn & Frick, 1999).

Miehillä on ylipäätään todettu esiintyvän enemmän rikollista käyttäytymistä kuin naisilla (Bergman & Andershed, 2009; Fergusson & Horwood, 2002; Kratzer & Hodgins, 1999). Erityisesti väkivaltarikokset ovat miehillä tyypillisempiä kuin naisilla (esim. Fergusson ym., 1996). Lisäksi antisosiaalisen käyttäytymisen alkamisessa vaikuttaisi olevan jonkinlaisia sukupuolieroja. Tyttöillä antisosiaalinen käyttäytyminen vaikuttaisi, yhtäläisistä lapsuusiän tausta- ja riskitekijöistä huolimatta, puhkeavan myöhemmin kuin pojilla (koontia aiheesta Silverthorn & Frick, 1999). Tytöille melko tyypillinen ryhmä vaikuttaakin olevan nuoruusiässä alkava antisosiaalisen käyttäytymisen ryhmä, joka näyttäisi vastaavan niin taustaltaan kuin aikuisiän seurauksiltaan pitkälti pojilla esiintyvää varhain alkavaa ja usein läpi elämän jatkuvaa antisosiaalisen käyttäytymisen ryhmää (Silverthorn & Frick, 1999). Sen sijaan yhtä selkeää nuoruusikään rajoittuvaa antisosiaalisen käyttäytymisen ryhmää ei vaikuttaisi esiintyvän tytöillä (Silverthorn & Frick, 1999). Yhtäläisistä tausta- ja riskitekijöistä huolimatta sukupuolten välillä on siis havaittavissa jonkinlaisia eroja antisosiaalisessa käyttäytymisessä ja sen kehityskuluissa. Poikien ja miesten antisosiaalisessa käyttäytymisessä vaikuttaisi olevan enemmän heterogeenisyyttä sekä enemmän alkamisajankohdaltaan ja jatkuvuudeltaan erilaisia kehityskulkuja.

Nuoruusiän päihteiden käytöllä on todettu olevan yhteyttä niin nuoruusiän kuin varhaisaikuisuuden rikollisuuteen (Brook ym., 1996). Alkoholin väärinkäytön on nuorilla havaittu olevan yhteydessä sekä omaisuus- että väkivaltarikosten korkeaan tasoon (Fergusson ym., 1996). Tutkimuksessa havaittu yhteys selittyy pitkälti päihteiden käytön ja rikollisuuden yhteisillä tausta- ja riskitekijöillä, mutta siitä huolimatta alkoholia väärinkäyttävillä nuorilla on tutkimuksen mukaan kohonnut riski väkivaltarikoksiin. Vakavaa, riippuvuustasoista päihteiden käyttöä tarkasteltaessa huumeiden käytöllä on todettu olevan vahva yhteys omaisuusrikoksiin (Anglin & Speckart, 1988). Omaisuusrikokset alkavat useimmiten ennen huumeiden käytön aloittamista, mutta huumeriippuvuuden kehitys kasvattaa huomattavasti tehtyjen rikosten määrää ja suurimmat rikosmäärät ajoittuvatkin päivittäisen huumeiden käytön aloitukseen (Anglin & Speckart, 1988). Havaittuun kehityskulkuun ja omaisuusrikosten yleisyyteen vaikuttaa muun muassa huumeiden korkea hinta. Korkeimmat

huumeiden käytön tasot ovat myös yhteydessä vakavampiin omaisuusrikoksiin kuten ryöstöihin (Anglin & Speckart, 1988).

Kaiken kaikkiaan rikollisuuden tutkiminen on haasteellista mm. rekisterien vajavuuden vuoksi. Joidenkin arvioiden mukaan jopa 90 % rikollisesta käyttäytymisestä jää viranomaisten tietoisuuden ja rekisterien ulkopuolelle. Tutkimuksissa itseraportoidun rikollisen käyttäytymisen ja rekisteröityjen rikosten välillä onkin havaittu huomattavia eroja (esim. Nagin ym., 1995).

Aikaisempien vastaavanlaisten hoidossa olleiden nuorten päihteidenkäyttäjien seurantatutkimusten vähäisyyden vuoksi (vrt. Molero, Larsson, Larm, Eklund & Tengström, 2011) tässä tutkimuksessa on tarkoituksena tarkastella nuorten päihteidenkäyttäjien elämäntilanteeseen kytkeytyvää rikollisuutta. Aikaisempien rikollisuutta tarkastelevien tutkimusten perusteella miehillä oletetaan tässä tutkimuksessa esiintyvän naisia enemmän rikollisuutta. Lisäksi rikosten oletetaan aikaisempien rikollisuutta tarkastelevien tutkimusten perusteella kasaantuvan melko pienelle joukolle tutkittavia.

1.7 Nuorten päihteiden käyttö ja myöhempi tulotaso

Nuorten päihteiden käyttöä tarkasteltaessa löytyy huomattavasti enemmän tutkimuksia, joissa on tutkittu lapsuudenperheen sosioekonomisen aseman tai tulotason yhteyttä nuorten päihteiden käyttöön kuin tutkimuksia, joissa tarkasteltaisiin nuorten päihteiden käytön yhteyttä nuorten omaan myöhempään sosioekonomiseen asemaan tai tulotasoon. Lisäksi monissa aikuisten päihteiden käyttöä sekä sosioekonomista asemaa, tulotasoa tai työllisyyttä tarkastelevissa tutkimuksissa on usein ongelmana päihteiden käyttömäärien tai käytön ongelmallisuuden vähäinen tarkastelu sekä tutkittavien rajautuminen pelkkiin miehiin.

Nuoruuden alkoholin käyttö on sekä miehillä että naisilla varhaisaikuisuudessa yhteydessä parempaan sosioekonomiseen asemaan, kun taas laittomien päihteiden käyttö on yhteydessä heikompaan sosioekonomiseen asemaan (Broman, 2009). Varhaisen huumeiden käytön, niin sanottujen ”kovien” huumeiden käytön ja toistuvan päihteiden käytön on havaittu olevan yhteydessä matalampaan työllisyyteen (Huang, Evans, Hara, Weiss & Hser, 2011). Negatiivinen yhteys päihteiden käytön ja työllisyyden välillä on miehillä naisia selvempää (Huang ym., 2011).

Aikuisiän päihteiden käytön ja tulotason välinen yhteys riippuu iästä (Kandel, Chen & Gill, 1995). Varhaisaikuisuudessa ja nuorina aikuisina (alle 30-vuotiaana) päihteiden käyttö on jopa positiivisesti yhteydessä tuloihin (esim. Gill & Michaels, 1992), mutta iän myötä yhteys muuttuu negatiiviseksi (esim. Kandel ym., 1995). Kandelin ja kumppaneiden tutkimuksessa (1995) yli 30-vuotiailla sekä edelleen jatkuva että aikaisempi huumeiden käyttö on negatiivisesti yhteydessä tuloihin ja tulojen kehitykseen. Lisäksi selvästi ongelmallinen päihteiden käyttö on jo nuoremmalla iällä (alle 30-vuotiaana) negatiivisesti yhteydessä sekä tuloihin (Buchmueller & Zuvekas, 1998) että työllisyyteen (mm. French, Roebuck & Alexandre, 2001; Terza, 2002).

Aikaisempien tutkimusten vähäisyyden vuoksi tässä tutkimuksessa on tarkoituksena tarkastella nuorten päihteidenkäyttäjien tulotasoa nuorina aikuisina. Tutkittavien melko nuoresta iästä johtuen päihteiden käytön ei oleteta vielä heijastuvan kovinkaan negatiivisesti tulotasoon.

1.8 Nuorten ja nuorten aikuisten kuolleisuus ja kuolemansyyt

Nuorten ja nuorten aikuisten (15–34-vuotiaiden) kuolleisuus on Suomessa melko alhaista (Tilastokeskus, 1995; 1999; 2005). Esimerkiksi vuonna 2011 koko maassa kuoli 829 15–34-vuotiaasta (620 miestä ja 209 naista) (Tilastokeskus, 2012a). Naisten kuolleisuus on tässä ikäryhmässä vuosittain ollut noin kolmannes miesten kuolleisuudesta (Tilastokeskus, 1995; 1999; 2005; 2012a). Miehillä yleisimmät kuolinsyyt ovat tässä iässä itsemurhat ja tapaturmat (erityisesti liikennetapaturmat), kun taas naisilla yleisin kuolinsyy on taudit (Tilastokeskus, 1995; 1999; 2005).

Päihteisiin liittyvät peruskuolemansyyt eivät vielä tässä ikäryhmässä ole kovin yleisiä. Esimerkiksi vuonna 2011 alkoholiperäisiin tauteihin ja tapaturmaisiin alkoholimyrkytyksiin kuoli koko maassa yhteensä 43 15–34-vuotiaasta (37 miestä ja 6 naista) eli noin 5 % kaikista tässä iässä kyseisenä vuonna kuolleista (Tilastokeskus, 2012a). Päihteet ovat tästä huolimatta tässä ikäryhmässä melko merkittävässä roolissa myötävaikuttavana kuolemansyynä. Vuonna 2011 esimerkiksi päihtyneenä tapaturmiin ja väkivaltaan kuoli 150 15–34-vuotiaasta (126 miestä ja 24 naista) (Tilastokeskus, 2012b).

Psykoottiset häiriöt, persoonallisuushäiriöt ja rikollisuus ovat nuorilla ja nuorilla aikuisilla sekä erityisesti miehillä yhteydessä kohonneeseen kuolleisuusriskiin (Räsänen, Tiihonen, Isohanni, Moring & Koiranen, 1998). Toisessa kotimaisessa tutkimuksessa nuorena vankilaan tuomituilla miehillä on todettu puolestaan olevan seitsenkertainen kuolleisuus normaaliväestöön verrattuna (Sailas ym., 2005). Kyseisessä tutkimuksessa erityisesti sairaalahoitoon johtaneet psykiatriset häiriöt ja päihdeongelmat ovat yhteydessä kohonneeseen kuolleisuusriskiin.

Tässä tutkimuksessa on tarkoituksena tutkia nuorten päihteidenkäyttäjien kuolleisuutta, kuolemansyitä sekä päihteiden käytön yhteyttä tutkittavien kuolemansyihin. Aikaisempien kotimaisten tutkimusten perusteella tutkittavien kuolleisuuden odotetaan olevan normaaliväestöä korkeampaa.

1.9 Tutkimusongelmat ja hypoteesit

1. Minkälaisia mielenterveysongelmia nuorilla päihteidenkäyttäjillä esiintyy?
2. Miten mielenterveysongelmat ajoittuvat verrattuna ensimmäiseen päihteisiin liittyvään avohoitojaksoon?
3. Kuinka suurella osalla nuorista päihteidenkäyttäjistä esiintyy rikollisuutta ja minkälaista rikollisuutta heillä esiintyy?
4. Minkälainen tulotaso päihteitä käyttävillä nuorilla on nuorina aikuisina?
5. Esiintyykö nuorilla päihteidenkäyttäjillä nuorina ja nuorina aikuisina tavanomaista enemmän päihteisiin liittyviä kuolemansyitä?
6. Onko nuorten päihteidenkäyttäjien mielenterveysongelmilla yhteyttä myöhempään päihdeongelmiin, rikollisuuteen, tulotasoon tai kuolleisuuteen?

H1: Miehillä esiintyy naisia enemmän rikollisuutta.

H2: Rikokset kasaantuvat pienelle joukolle.

H3: Päihteiden käytöllä ei ole negatiivista yhteyttä tulotasoon.

H4: Nuorten päihteidenkäyttäjien kuolleisuus on normaaliväestöä korkeampi.

2. MENETELMÄT

2.1 Tutkittavat

Tutkittavat olivat vuosina 1993–1997 eräällä pääkaupunkiseudun A-poliklinikalla alle 18-vuotiaana avohoidossa olleita nuoria (N= 221). Tutkittavista miehiä oli 158 (71.5 %) ja naisia 63 (28.5 %). Tutkittavat olivat syntyneet vuosina 1975–1984. Ensimmäisen avohoitojakson alkaessa tutkittavat olivat iältään 11–17-vuotiaita (keski-ikä 15.78 v.) (taulukko 2) ja viimeisten rekisteritietojen keräämisaikaan 26–35-vuotiaita (keski-ikä 30.92 v.).

Taulukko 2. Tutkittavien ikä ensimmäisen avohoitojakson alkaessa (ikä pyöristetty alaspäin).

Ikä (v.)	Miehet (n)	Naiset (n)	Yhteensä (N)	Prosenttiosuus kaikista (%)
11	1	0	1	0.5
12	4	3	7	3.2
13	14	4	18	8.1
14	32	13	45	20.4
15	29	17	46	20.8
16	33	12	45	20.4
17	45	14	59	26.7
Yhteensä	158	63	221	100

*Sukupuolten välillä ei ollut eroa iässä ($t(219)=0.64, p > .05$).

Tutkimusaineisto rajoittui vuosiin 1993–1997, koska kyseisenä ajanjaksona alaikäisiä asiakkaita oli ollut huomattavasti enemmän kuin ennen vuotta 1993 tai vuoden 1997 jälkeen. Lisäksi kyseisenä ajanjaksona A-klinikkasäätiö oli mukana nuorten päihdeongelmien hoidon kehittämiseen ja nuorten muuhun ongelmakäyttäytymisen puuttumiseen tähtäävässä Myllypuroprojektissa (ks. Hemmilä, Annala & Holopainen, 1999).

Hoitotiedot koostuivat pääasiassa asiakasrekisteriin kirjattujen alaikäisten asiakkaiden hoitojaksotiedoista (ajoitus, kesto) ja mahdollisista päihteiden käyttöä koskevista tiedoista (esim. mahdollinen pääasiallisesti käytetty päihde). Lisäksi aineistosta löytyi myös

tutkittavien mahdolliset myöhemmät hoitajakset A-klinikkasäätiön kolmessa toimipisteessä aina syyskuuhun 2009 saakka (koko tutkimushankkeen hoitotiedot haettiin 14.9.2009).

Ensimmäisen avohoitojakson pituus vaihteli tutkittavilla yhdestä päivästä pidempiin jaksoihin. Tutkittavista 84:llä eli 38 %:lla oli hoitotiedoissa vain yhden päivän pituinen avohoitojakso (50 miestä ja 34 naista). Keskimäärin tutkittavilla oli alaikäisinä noin 14 käyntikertaa käyntikertojen vaihdellessa yhdestä lähes 400:n käyntiin. Myös päihteiden käyttöön liittyvät tiedot ja mahdolliset päihdediagnoositiedot vaihtelivat huomattavasti tutkittavien välillä. Tutkittavista 81:ltä löytyi jokin tieto käytetystä päihteestä tai riippuvuusdiagnoosista (37 %, 62 miestä ja 19 naista): tutkittavista viidellä oli alkoholiriippuvuus (3 miestä ja 2 naista), 14:llä huumeriippuvuus (12 miestä ja 2 naista), 62:lla useampaan päihteeseen liittyvää riippuvuutta tai useamman päihteen käyttöä (47 miestä ja 16 naista). Sen sijaan 140 tutkittavalta puuttuivat tiedot mahdollisesta diagnoosista ja käytetystä päihteestä (63 %, 96 miestä ja 44 naista). Tietojen puuttuminen saattoi osaltaan johtua hoitohenkilökunnan varovaisuudesta tutkittavien diagnosoinnissa ja tietojen kirjaamisessa tutkittavien nuoren iän vuoksi.

2.2 Rekisteritiedot

Päihdehoitotietojen lisäksi tutkimuksen aineisto koostui tutkittavien sairastavuus-, rikos-, verotus- ja kuolleisuustiedoista. Viimeaikaisilla päihde- ja mielenterveysongelmilla sekä viimeaikaisella rikollisuudella tarkoitetaan 1.1.2004 jälkeen ajoittuvia rekisteri- tai hoitotietomerkintöjä rekisteritietojen keräämisajankohtien vuoksi.

Tutkittavien sairaalapalveluiden käyttöön ja sairastavuuteen liittyvät tiedot, eli kaikki tutkittavien sairaalahoitajakset, haettiin Terveyden ja Hyvinvoinnin laitoksen (THL) ylläpitämästä Terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteristä (HILMO) vuosilta 1990–2009. Vuoteen 1993 käytössä on ollut tiedoiltaan suppeampi Poistoilmoitusrekisteri. Rekisteristä pyydettiin tiedot tutkittavien hoitajaksojen alkamispäivämääristä, hoitajakson pituuksista sekä päädiagnooseista ja kahdesta sivudiagnoosista. Diagnoosit on kirjattu vuosina 1990–1995 käyttäen ICD-9-tautiluokitusta ja vuodesta 1996 alkaen myös ICD-10-tautiluokituksella. Tutkittavista suurin osa (noin 88 %, n= 195) löytyi HILMO:sta. Sairastavuustietojen

tarkastelu rajoittui tässä tutkimuksessa **päihde- ja mielenterveysongelmiin**. Diagnooseja tarkasteltiin ja ryhmiteltiin ICD-10-tautiluokitusta mukailleen.

Tutkittavien viimeaikaisesta **rikollisuudesta** kerättiin tietoja Oikeusrekisterikeskuksen ylläpitämistä tuomiolauselma- (ajalta 1.11.2004–16.11.2010), rangaistusmääräys- (ajalta 1.1.2006–19.11.2010) ja rikosrekistereistä (17.11.2010). Tuomiolauselmarekisteri sisältää tiedot käräjäoikeuden tuomioon johtaneista rikoksista. Rangaistusmääräysrekisteri sisältää puolestaan tiedot syyttäjän, ilman oikeuden päätöstä, vahvistamista sakoista (vähäinen rike). Rikosrekisteri on puolestaan kansallinen keskusrekisteri, johon on kirjattu tiedot lähinnä vankeuteen tai yhdyskuntapalveluun johtaneista rikoksista. Viimeaikaista rikollisuutta koskevien rekisteritietojen lisäksi tutkittavien rikostietoja pyrittiin täydentämään rikosseuraamusalan asiakastietojärjestelmästä (VATI) saaduilla tiedoilla. VATI:sta haettiin tutkittavien vankeusjaksoja ja yhdyskuntapalvelua koskevat tiedot (mm. ajoitus ja vankeuteen johtanut rikos) 1.1.1990–1.1.2011 välisenä aikana.

Tutkittavien verotiedot vuosilta 2004–2008 haettiin Verohallinnosta. Tiedot sisälsivät tutkittavien verotettavat ansio- ja pääomatulot. Vuosien 2004–2008 verotietoja löytyi 208 tutkittavalta (148 miestä ja 60 naista) ja ne puuttuivat kokonaan kahdelta tutkittavalta. Tutkittavien **tulotason** tarkasteluun käytettiin yhteenlaskettuja ansio- ja pääomatuloja kunkin tutkittavan parhaalta verotusvuodelta.

Tiedot **kuolleista**, kuolinpäivistä ja **kuolinsyistä** 27.10.2010 mennessä hankittiin Tilastokeskuksesta. Kaikista tutkittavista 11 oli kuollut ennen vuotta 2004 tai viimeistään alkuvuodesta 2004, minkä vuoksi heidän viimeaikaista rikollisuutta, viimeaikaisia päihde- ja mielenterveysongelmia sekä verotietoja ei ollut mahdollista tarkastella. Vuoden 2004 jälkeen kuolleiden tutkittavien (n= 6) rekisteritietoja tarkasteltiin niiden vuosien osalta kuin oli mahdollista.

3. TULOKSET

3.1 Päihdeongelmat

Tutkittavista 77:llä (35 %, 59 miestä ja 18 naista) oli HILMO-tiedoissa yksi tai useampi päihteisiin liittyvä pää- tai sivudiagnoosi. Heistä 43:lla päihdediagnoosit ajoittuivat ennen vuotta 2004 ja yhtä tutkittavaa lukuun ottamatta ensimmäisen avohoitojakson jälkeen. Tutkittavista 18:sta oli HILMO-tiedoissa vain viimeaikainen päihdediagnoosi (1.1.2004 jälkeen) ja 16 tutkittavalla oli sekä aikaisempia että viimeaikaisia päihdediagnoseja.

Taulukossa 3 on pyritty luokittelemaan tutkittavien pääasiallisesti käyttämiä päihteitä päihdediagnoosien perusteella. Kuten taulukosta 3 on mahdollista havaita, suurin osa päihdediagnoosin saaneista tutkittavista oli joko sekakäyttäjiä tai he käyttivät pääasiallisesti opioideja. Luokittelu on kuitenkin jokseenkin keinotekoista, sillä esimerkiksi monella opioidiriippuvuusdiagnoosin saaneella tutkittavalla oli sivudiagnoosina myös sedatiiviriippuvuus.

Taulukko 3. Tutkittavien pääasiallisesti käyttämät päihteet päihdediagnoosien perusteella.

Päihde	Miehet (n)	Naiset (n)	Yhteensä (N)
Alkoholi	4	2	6
Kannabinoidit	2	1	3
Opioidit	16	2	18
Sedatiivit	0	1	1
Stimulantit	2	4	6
Useampi päihde (sekakäyttö)	35	8	43
Yhteensä	59	18	77

Tutkittavista 53 oli ollut päihdehoidossa tutkimuksessa tarkastelluissa toimipisteissä tai saanut sairaalapalveluiden yhteydessä päihteisiin liittyvän pää- tai sivudiagnoosin 1.1.2004 jälkeen (25 % elossa olleista tutkittavista, 41 miestä ja 12 naista). Heistä 33 (26 miestä ja 7 naista) oli ollut 1.1.2004 jälkeen päihdehoidossa. Suurimmalla osalla näistä tutkittavista päihdehoidot olivat avohoitojaksoja, mutta viidellä tutkittavalla oli myös viimeaikainen laitoshoidonjakso.

3.2 Mielenterveysongelmat

Tutkittavista 81:llä (37 %, 59 miestä ja 22 naista) oli HILMO-tiedoissa yksi tai useampi mielenterveyteen liittyvä pää- tai sivudiagnoosi (muu kuin suoraan päihteisiin liittyvä). Sukupuolten välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa mielenterveysdiagnoosien esiintyvyydessä ($X^2(1) = 0.11, p > .05$).

Tutkittavilla esiintyneitä mielenterveysdiagnooseja on taulukossa 4 pyritty luokittelemaan ICD-10-tautiluokituksen mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden ryhmiä mukailten (WHO, 1993; THL, 2011). Kuten taulukosta 4 on mahdollista havaita, yleisimpiä ryhmiä olivat ahdistuneisuus-, sopeutumis- ja stressiin liittyvät häiriöt (näistä erityisesti sopeutumishäiriöt), mielialahäiriöt ja persoonallisuushäiriöt. Hieman alle puolella mielenterveysdiagnoosin saaneista tutkittavista oli yhden diagnoosiryhmän diagnooseja (n= 38, 28 miestä ja 10 naista). Kolmasosalla näistä tutkittavista oli kahden diagnoosiryhmän diagnooseja (n= 27, 20 miestä ja 7 naista) ja lopulla noin 20 %:lla tutkittavista oli 3–5 diagnoosiryhmän diagnooseja (n= 16, 11 miestä ja 5 naista).

Taulukko 4. Mielenterveysdiagnoosiryhmien esiintyvyys sukupuolittain. Suluissa ICD-10-tautiluokituksen mahdollinen vastaava ryhmä (WHO, 1993; THL, 2011). Samalla tutkittavalla voi olla useamman diagnoosiryhmän diagnooseja.

Diagnoosiryhmä	Miehet (n)	Naiset (n)	Yhteensä (N)
Psykoosit (Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriö)	16	6	22
Mielialahäiriöt	20	8	28
Ahdistuneisuus-, sopeutumis- ja stressiin liittyvät häiriöt (Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt)	33	11	44
Persoonallisuushäiriöt	18	9	27
Lapsuus- ja nuoruusiän käytös- ja tunnehäiriöt	18	5	23
Muut käyttäytymisen häiriöt (Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät)	2	0	2
Psyykkisen kehityksen häiriöt	1	0	1
Vähintään yksi mielenterveysdiagnoosi	59	22	81

Suurin osa mielenterveysdiagnoosin saaneista tutkittavista oli saanut ensimmäisen mielenterveysdiagnoosinsa ensimmäisen avohoitojakson jälkeen tai sen aikana (65 %, 53 tutkittavaa). Tutkittavista 27:llä (19 miestä ja 8 naista) oli jokin viimeaikainen mielenterveysdiagnoosi (ks. taulukko 5) ja heistä 20:llä oli myös viimeaikainen päihdediagnoosi tai päihdehoitojakso. Taulukossa 5 on kuvattu tutkittavien mielenterveysdiagnoosien ajoitusta ja jatkuvuutta.

Taulukko 5. Tutkittavien mielenterveysdiagnoosien ajoitus.

Mielenterveysdiagnoosien ajoitus	Miehet (n)	Naiset (n)	Yhteensä (N)
Vain ennen 1. avohoitojaksoa (vain alaikäisenä)	13	1	14
1. avohoitojakson alettua - ennen 1.1.2004	27	13	40
Vain viimeaikaisia (vain aikuisuudessa 1.1.2004 jälkeen)	7	5	12
Aikaisempia ja viimeaikaisia	12	3	15
Yhteensä	59	22	81

3.3 Rikollisuus

Tutkittavista 155:llä (125 miestä ja 30 naista) eli noin 70 prosentilla oli merkintä ainakin yhdessä rikoksiin liittyvässä rekisterissä ja/tai rikosseuraamusalan asiakastietojärjestelmässä (VATI). Taulukossa 6 on kuvattu rikoksiin liittyviin eri rekistereihin merkittyjen tutkittavien määriä. Kuten taulukosta 6 on mahdollista havaita, eri rekisterit ovat keskenään melko päällekkäisiä, ja suurimmalla osalla tutkittavista oli merkintä useammassa rekisterissä.

Taulukko 6. Tutkittavien määrät rikoksiin liittyvissä rekistereissä.

Rekisteri	Miehet (n)	Naiset (n)	Yhteensä (N)	Vain kyseisessä rekisterissä (n)
VATI (1990–2011)	83	17	100	8
Tuomiolauselmarekisteri (2004–2010)	97	22	119	22
Rangaistusmääräysrekisteri (2006–2010)	98	23	121	18
Rikosrekisteri (17.11.2010)	74	15	89	0
Vähintään yhdessä rekisterissä	125	30	155	

Kuolleista tutkittavista kuudella oli merkintä rikosseuraamusalan asiakastietojärjestelmässä ja heistä kahdella myös tuomiolauselma- ja rangaistusmääräysrekisterissä. Muiden kuolleiden tutkittavien (n= 11) rikollisuuden tarkastelu oli jokseenkin haasteellista. Vaikka kyseisillä tutkittavilla ei ollut merkintöjä missään rikoksiin liittyvissä rekistereissä, eikä rikosseuraamusalan asiakastietojärjestelmässä, ei heidän rikoksettomuudestaan voitu tehdä varmoja päätelmiä. Ensinnäkin heistä seitsemän oli kuollut ennen vuotta 2004 tai viimeistään alkuvuodesta 2004, jolloin heidän viimeaikaista rikollisuuttaan ei ollut mahdollista tarkastella. Toiseksi esimerkiksi rikosrekisterimerkinnät poistetaan henkilön kuoltua ja keskeneräiset oikeusasiat jätetään tuomitsematta, jolloin rekisterimerkintöjen puuttuminen ei välttämättä tarkoita rikoksettomuutta. Näin ollen rikollisuutta tarkasteltiin pääosin rekisteritietojen keräämisaikaan elossa olleilta tutkittavilta. Lisäksi rikollisuuden tarkastelu rajoittui tässä tutkimuksessa vain rekistereihin kirjautuneeseen rikollisuuteen.

Elossa olleista tutkittavista 55:llä ei ollut merkintöjä missään rikoksiin liittyvissä rekistereissä (koko aineistosta 25 %, 25 miestä ja 30 naista). Sukupuolittain jakaumat olivat hyvin erilaiset ($X^2(1)= 21.33$, $p <.01$): naisista vähän alle puolella (48 %) ei ollut merkintöjä rikoksiin liittyvissä rekistereissä, kun taas miehillä vastaava osuus oli noin 16 prosenttia.

3.3.1 Vankeusjaksot ja vankeusjaksojen ajoitus

Tutkittavista 100 eli 45 % oli ollut jonkinlaisessa vankeudessa (vankeus-, sakko-, tutkinta- tai nuorisovankeudessa) tai yhdyskuntapalveluksessa (83 miestä ja 17 naista). Puolella tutkittavista, joilla oli vankeusjakso, oli alle viisi jaksoa (n= 50, 36 miestä ja 14 naista) ja heistä 23 tutkittavalla oli yksi vankeusjakso (15 miestä ja 8 naista). Tutkittavista 38:lla oli 5–10 vankeusjaksoa (36 miestä ja 2 naista) ja 12 tutkittavalla yli 10 vankeusjaksoa (11 miestä ja 1 nainen). Suurimmalla osalla näistä miehistä (75 %, 62 miestä) oli useanlaisia vankeusrangaistustyyppisiä, kun taas naisilla jakauma oli hajanaisempi. Pelkästään sakkovankeudessa oli ollut 16 tutkittavaa (10 miestä ja 6 naista) ja lisäksi kaksi naista oli ollut vain tutkintavankeudessa.

Ensimmäisen vankeusjakson alkaessa tutkittavat (n= 100) olivat olleet iältään 15–31-vuotiaita (ka 21.4 v., mo 19 v.). Tutkittavista 12 olivat olleet alle 18-vuotiaita ensimmäisen vankeusjakson aikana. Keskimäärin ensimmäisen avohoitojakson ja ensimmäisen

vankeusjakson välillä oli noin 6 vuotta (md 5 v.). Ennen ensimmäistä avohoitojaksoa vankeudessa oli ollut kolme tutkittavaa ja kolmella tutkittavalla ensimmäinen vankeusjakso oli alkanut samana vuonna kuin ensimmäinen avohoitojakso.

3.3.2 Vankeuteen johtaneet rikokset

Rikosseuraamusalan asiakastietojärjestelmässä (VATI) oli yhteensä 3 330 rikosta 82:lla vankeusvankina olleella tutkittavalla (73 miestä ja 9 naista). Keskimäärin vankeudessa olleet tutkittavat olivat tehneet noin 40.61 rikosta (kh 50.12, md 20.50 rikosta). Taulukossa 7 on kuvattu rikosten jakautumista sukupuolittain. Sukupuolten välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa tehtyjen rikosten kokonaismäärässä (Mann-Whitneyn U-testi, $p > .05$).

Taulukko 7. Vankeudessa olleiden tutkittavien VATI:iin merkittyjen rikosten määrät sukupuolittain.

Rikosten määrä	Miehet (n)	Naiset (n)	Yhteensä (N)
Alle 5 rikosta	14	3	17
5–10 rikosta	8	4	12
Yli 10–20 rikosta	12	0	12
Yli 20–50 rikosta	16	1	17
Yli 50–100 rikosta	15	0	15
Yli 100 rikosta	8	1	9
Yhteensä	73	9	82

Taulukossa 8 on esitetty vankeudessa olleiden tutkittavien rikokset rikostyypeittäin seitsemänluokkaisella rikosluokittelulla. Suurimmalla osalla vankeudessa olleista tutkittavista (89 %, $n = 73$) oli omaisuusrikoksia ja myös määrällisesti omaisuusrikoksia oli sekä miehillä että naisilla kaikkein eniten (ks. taulukko 8). Omaisuusrikosten jälkeen yleisimpiä rikostyyppisiä olivat huumausainerikokset (66 %, $n = 54$) ja liikenne rikokset (59 %, $n = 48$). Määrällisesti liikenne rikoksia oli huumausainerikoksia enemmän (ks. taulukko 8). Huumausainerikokset eivät kuitenkaan ole määrällisesti vertailukelpoisia muiden rikostyyppien kanssa, sillä huumausainerikoksia käsitellään tiettyinä ajanjaksona tehtynä rikoskokonaisuutena, eikä tiettyyn ajanjaksoon ja rikoskokonaisuuteen liittyviä yksittäisiä rikostapahtumia esimerkiksi käyttörikosta tuomita tai rekisteröidä erikseen.

Melko yleisiä rikostyypppejä oli tutkittavilla myös rattijuopumukset (57 %, n= 47) sekä erityisesti miehillä väkivaltarikokset (50 %, n= 41). Näiden lisäksi melko suurella osalla vankeudessa olleista tutkittavista oli myös rikoksia oikeudenkäyntiä ja viranomaisia vastaan (48 %, n= 39), ampuma-aserikoksia (40 %, n= 33) sekä muita rikoksia (38 %, n= 31).

Taulukko 8. Tutkittavien rikokset rikostyypeittäin ja sukupuolittain.

Rikostyyppi	Miehet (n)	Naiset (n)	Yhteensä (N)	Prosenttiosuus kaikista rikoksista (%)
Omaisuusrikokset	1505	125	1630	48.9
Liikenne rikokset	583	52	635	19.1
Rattijuopumukset	219	18	237	7.1
Huumausainerikokset	360	37	397	11.9
Väkivalta- ja henkirikokset	136	2	138	4.1
Ampuma-aserikokset	83	9	92	2.8
Rikokset oikeudenkäyntiä ja viranomaisia vastaan	115	12	127	3.8
Muut rikokset	73	1	74	2.2
Yhteensä	3074	256	3330	100

Suurin osa tutkittavien tekemistä rikoksista keskittyi melko pienelle joukolle. Naistutkittavilla kaksi eniten rikoksia tehneistä naisista oli vastuussa 90 %:sta naisten tekemistä rikoksista. Viisi eniten rikoksia tehnyttä miestä oli puolestaan vastuussa noin 30 %:sta kaikista tutkittavien tekemistä rikoksista.

3.4 Tulotaso

Tutkittavien vuotuinen tulotaso vaihteli 0 eurosta yli 100 000 euroon (ka 13 192.79 €, kh 13 154.76 ja md 8 819.00 €). Sukupuolten välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa tulotasossa (Mannin-Whitneyn U-testi, $p > .05$). Verotietojen mukaan tulottomia oli hieman yli 10 % tutkittavista (n= 22, 18 miestä ja 4 naista). Hieman yli 40 % tutkittavista oli tienannut alle 10 000 euroa (n= 90, 62 miestä ja 29 naista). 10 000–20 000 euroa tienanneita oli hieman alle 20 % (n= 40, 22 miestä ja 18 naista). 20 001–30 000 euron tulotaso oli samoin

noin 20 % tutkittavista (n= 41, 33 miestä ja 8 naista). Tutkittavista 15 (7 %, 14 miestä ja 1 nainen) oli puolestaan tienannut yli 30 000 euroa.

Pientuloisia tutkittavista oli vuoden 2008 pientuloisuusrajan 13 758 € per kulutusyksikkö (Tilastokeskus, 2010) mukaan 107. Kun mukaan laskettiin vielä tulottomat tutkittavat, vuoden 2008 köyhyysrajan alapuolella oli tutkittavista 129 (90 miestä ja 39 naista) eli 62 %.

3.5 Kuolleisuus ja kuolemansyyt

Tutkittavista 17 (7.7 %, 13 miestä ja 4 naista) oli kuollut 27.10.2010 mennessä (vuosien 1994–2009 aikana). Tutkittavat olivat kuollessaan iältään 18–33-vuotiaita. Suurin osa heistä oli kuollut alle 25-vuotiaana (keskimääräinen kuolinikä 23 v.).

Tutkittavien peruskuolemansyyt on esitetty taulukossa 9. Tilastokeskuksen käyttämiä ICD-10:neen pohjautuvia kuolemansyyluokkia on taulukossa yhdistelty tutkittavien vähäisen määrän vuoksi. Tutkittavista suurin osa kuoli päihteisiin liittyviin kuolemansyihin. Päihteisiin liittyvien peruskuolemansyiden (8 tutkittavaa) lisäksi neljästä muusta kuolemantapauksesta (molemmista tapaturmista ja kahdesta itsemurhasta) löytyi päihteiden käyttöön liittyvä ensimmäinen myötävaikuttava kuolemansyy. Seitsemällä kuolleella tutkittavalla oli lisäksi HILMO-tiedoissa yksi tai useampi mielenterveysdiagnoosi.

Taulukko 9. Tutkittavien peruskuolemansyyt sukupuolittain.

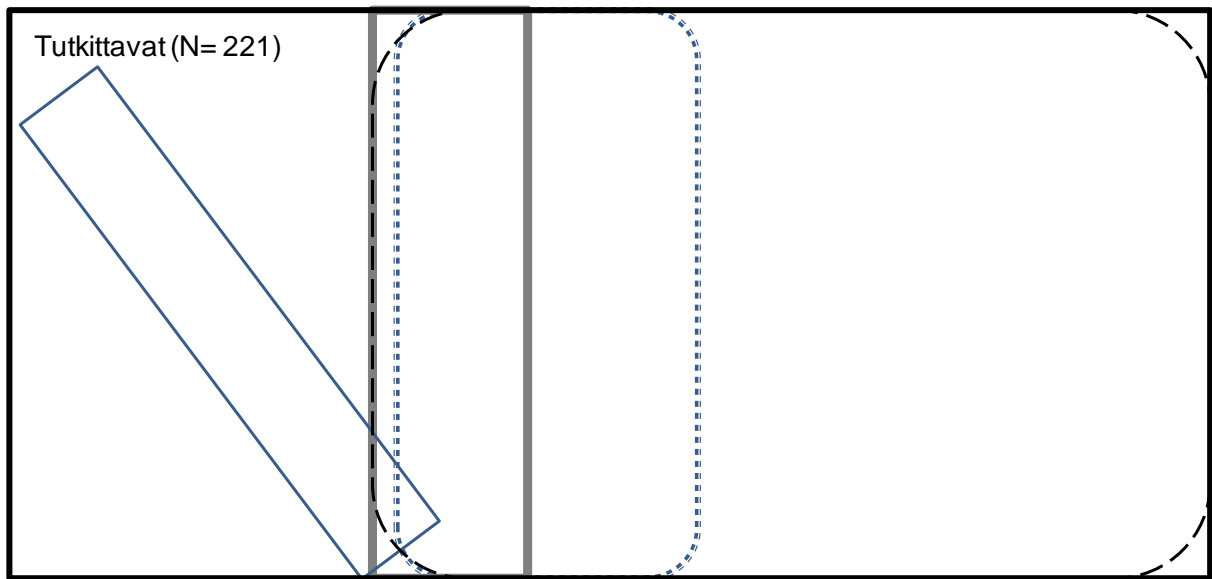
Kuolemansyy	Miehet (n)	Naiset (n)	Yhteensä (N)	Prosenttiosuus kaikista kuolleista (%)
Itsemurhat	2	3	5	29.4
Päihteisiin liittyvät tapaturmaiset myrkytykset, taudit ja sairaudet	8	0	8	47
Muut tapaturmat	2	0	2	11.8
Muut myrkytykset ja sairaudet	1	1	2	11.8
Kuolleet yhteensä	13	4	17	100


3.6 Yhteenveto elämäkulusta


Kun tutkittavien elämäkulkua tarkasteltiin kokonaisuudessaan, tutkittavien elämäkulussa oli havaittavissa monenlaisia vaikeuksia ja haasteita (ks. kuva 1). Ensinnäkin kahdeksan prosenttia tutkittavista oli kuollut. Toiseksi tutkittavista 70 %:lla oli merkintä rikoksiin liittyneissä rekistereissä ja lähes kaikilla heistä oli myös viimeaikaista rikollisuutta. Tutkittavista 45 % oli myös ollut jonkinlaisessa vankeudessa. Lisäksi 37 %:lla tutkittavista oli sairaalapalveluiden yhteydessä diagnosoitu mielenterveyshäiriö ja 62 %:lla tutkittavista tulotaso oli alle vuoden 2008 köyhyysrajan.

Tietojen keräämisaikaan elossa olleista tutkittavista 25 %:lla oli viimeaikaista päihdeongelmia, 13 %:lla oli viimeaikaista mielenterveysongelmia ja 10 %:lla oli sekä viimeaikaista päihdeettä mielenterveysongelmia. Kaiken kaikkiaan tutkittavilla havaitut viimeaikaiset ongelmat olivat hyvin päällekkäisiä (ks. kuva 1).


Kun tutkittavien niin sanotun hyvän elämäkulun tai selviytymisen kriteereiksi asetettiin aineistonkeruun päättymisen aikaan elossa oleminen sekä viimeaikaisen rikollisuuden, mielenterveys- ja päihdeongelmien puuttuminen, tutkittavista jäljelle jäi 57 (28 miestä ja 29 naista) (ks. kuva 1). Heistä tulottomia oli kaksi ja lisäksi yhdeltä tutkittavalta puuttui kaikkien tarkasteltujen vuosien verotiedot. Tutkittavista 17:llä tulotaso oli puolestaan alle vuoden 2008 köyhyysrajan. Tulotason tarkastelun jälkeen niin sanotusti ”hyvin selvinneitä” tutkittavia oli 37 (17 %, 20 miestä ja 17 naista). Heistä seitsemällä on kuitenkin aikaisempia mielenterveysdiagnooseja ja lisäksi yhdellä tutkittavalla oli aikaisempi vankeusjakso. Näin ollen niin sanotusti ”hyvin selvinneitä” tutkittavia oli rekisteritietojen perusteella jokseenkin vaikea löytää.



 = Kuolleet (n= 17)

 = Viimeaikaista rikollisuutta (n= 147)

 = Viimeaikaisia mielenterveysongelmia (n= 27)

 = Viimeaikaisia päihdeongelmia (n= 53)

Kuva 1. Tutkittavien elämäntietä ja siihen liittyvät vaikeudet. Kuvioiden pinta-ala kuvaa tutkittavien määrää (n).

Tutkittavien elämäntietä tarkasteltaessa mielenterveysongelmien havaittiin myös olevan yhteydessä viimeaikaisiin päihdeongelmiin ($X^2(1)= 24.40, p <.01$) ja heikompaan tulotasoon (Mann-Whitneyn U-testi, $p <.01$). Mielenterveysongelmilla ei sen sijaan ollut yhteyttä rikollisuuteen ($X^2(1)= 4.81, p >.03$), eikä kuolleisuuteen ($X^2(1)= 0.16, p >.05$).

4. POHDINTA

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin alaikäisinä päihdehoidossa olleiden nuorten elämäntilannetta rekisteri- ja hoitotietojen perusteella. Tutkimuksessa tutkittiin nuorten päihde- ja mielenterveysongelmia, rikollisuutta, tulotasoja, kuolleisuutta sekä elämäntilannetta kokonaisuudessaan aikuisuuteen saakka. Tutkimus oli aikaisempia tutkimuksia laajalaisempi ja tarkasteli elämäntilannetta aikaisempia tutkimuksia useammasta näkökulmasta. Tutkimuksen aineisto oli laaja-alaisuudessaan kansainvälisestäkin verrattain ainutlaatuinen.

Päihdeongelmat olivat nuorilla päihdeidenkäyttäjillä melko jatkuvia. Sekakäyttö oli hyvin yleistä niin alaikäisinä kuin nuorina aikuisina. Sekakäytön lisäksi myös opioidien käyttö ja opioidiriippuvuus olivat yleisiä myöhempiä päihdeongelmia tarkasteltaessa. Pääsääntöisesti opioideja käyttävien osuus onkin 2000-luvulla lisääntynyt huomattavasti hoitoon hakeutuvista huumeidenkäyttäjistä (esim. Väänänen, 2011), joten tutkimuksen tulokset ovat jokseenkin samansuuntaisia valtakunnallisen tilanteen kanssa.

Nuorilla päihdeidenkäyttäjillä esiintyi aikaisempien tutkimusten mukaisesti melko paljon myös muita mielenterveysongelmia. Kuten aikaisemmissa tutkimuksissa sukupuolten välillä ei ollut eroa mielenterveysongelmien esiintyvyydessä. Yleisimmin esiintyneitä mielenterveyshäiriöitä olivat ahdistuneisuus-, sopeutumishäiriö- ja stressiin liittyvät häiriöt (näistä erityisesti sopeutumishäiriöt), mielialahäiriöt ja persoonallisuushäiriöt.

Sopeutumishäiriöillä tarkoitetaan pääsääntöisesti lyhytkestoisia merkittävien elämänmuutosten tai kuormittavien elämäntapahtumien myötä esiintyviä muun mielenterveydenhäiriön oireita ilman, että kyseisen häiriön diagnostiset kriteerit täyttyvät (WHO, 1993; THL, 2012). Tavallisimmin sopeutumishäiriöt ilmenevät ahdistus-, masennus- tai käytösoireina. Sopeutumishäiriöiden yleisyys oli jokseenkin yllättävää, sillä monissa aikaisemmissa nuorten päihdeongelmia ja muita mielenterveysongelmia tarkastelevissa tutkimuksissa sopeutumishäiriöiden yleisyyttä ei ole erikseen tarkasteltu tai tuotu esiin. Sopeutumishäiriöitä on ylipäätään tutkittu vähän ja arviot sopeutumishäiriöiden yleisyydestä ovat jokseenkin ristiriitaisia (ks. koontia aiheesta Casey, 2001). Sopeutumishäiriöiden yleisyys tässä tutkimuksessa saattoi osaltaan johtua nuorten ja nuorten aikuisten varovaisesta diagnosoinnista. Sopeutumishäiriöitä saatetaan pitää jossain määrin vähemmän leimaavina diagnooseina. Sopeutumishäiriöiden yleisyys nousee esiin myös kotimaisessa nuorten miesten rikollisuuden ja psykiatristen häiriöiden välistä yhteyttä tarkastelevassa tutkimuksessa

(Elonheimo ym., 2007). Tutkimuksessa omaisuusrikokset ovat yhteydessä moniin psykiatrisiin häiriöihin sopeutumishäiriöt mukaan lukien.

Mielenterveysongelmat myös ajoittuivat pääosin ensimmäisen päihdehoitokontaktin jälkeen, mikä poikkeaa jossain määrin aikaisemmista tutkimustuloksista, joissa mielenterveysongelmien on pääosin todettu edeltäneen päihdeongelmia (Armstrong & Costello, 2002; Costello ym., 1999; Rohde ym., 1996). Mielenterveysongelmien tarkastelu rajoittui kuitenkin vain sairaalapalveluiden yhteydessä annettuihin mielenterveysdiagnooseihin, jolloin ainakin osalla tutkittavista mielenterveysongelmat olivat voineet alkaa huomattavasti aikaisemmin. Tutkimustulokset eivät todennäköisesti myöskään kuvaa tutkittavien kaikkia mielenterveysongelmia, sillä aineistosta puuttuivat muun muassa tiedot mielenterveyden avohoitopalveluista. Toisaalta sairaalapalveluihin liittyvät mielenterveysdiagnoosit kertovat mielenterveysongelmien vakavuudesta, sillä mielenterveysongelmat ovat johtaneet diagnoosiin, joka on lisäksi annettu jonkinlaisen sairaalahoidon yhteydessä. Näin ollen tutkimuksessa esiintyi verrattain paljon erilaisia mielenterveysongelmia.

Nuorilla päihteidenkäyttäjillä esiintyi huomattavan paljon myös rikollisuutta. Vain hyvin pieni joukko tutkittavista ei löytynyt mistään rikoksiin liittyneistä rekistereistä. Hypoteesien mukaisesti miehillä esiintyi naisia enemmän rikollisuutta ja suurin osa rikoksista myös kasaantui melko pienelle joukolle. Aikaisempien tutkimusten (esim. Bergman & Andershed, 2009; Silverthorn & Frick, 1999) mukaisesti omaisuusrikoksia esiintyi kaikkein eniten. Lähes puolet tutkittavista oli ollut jonkinlaisessa vankeudessa, mikä kertoo esiintyneen rikollisuuden vakavuudesta. Lisäksi vain hieman alle neljäsosalla vankeudessa olleista tutkittavista oli vain yksi vankeusjakso. Tutkimustulosten perusteella nuorten päihteidenkäyttäjien elämäntilanteeseen näyttää kasaantuvan ongelmakäyttäytymistä ja rikollisuus on heillä hyvin yleistä. Tutkimuksessa olisi ollut mielenkiintoista tarkastella rikollisen käyttäytymisen jatkuvuutta tai mahdollista päättymistä iän myötä, mutta tutkittavien melko nuoren iän ja rekisteritietojen rajallisen keräämisajankohdan vuoksi, sitä ei tässä tutkimuksessa tehty. Kiinnostavaa olisi myös tutkia pääasiallisesti käytetyn päihteen ja rikollisuuden välistä yhteyttä.

Nuorten päihteidenkäyttäjien tulotasossa oli nuorina aikuisina huomattavaa vaihtelua, ja tulotaso oli heikompi kuin aikaisempien tutkimusten perusteella odotettiin. Odotettua matalampi tulotaso saattoi osaltaan johtua tutkittavien varhain alkaneen päihteiden käytön

ongelmallisuudesta ja päihdeongelmien vakavuudesta, sillä monissa aikaisemmissa tutkimuksissa päihteiden käytön ongelmallisuutta ja päihdeongelmien vakavuutta ei ole juurikaan tarkasteltu. Toisaalta heikko tulotaso saattoi osaltaan johtua tutkittavien nuoresta iästä ja siitä, ettei tässä tutkimuksessa ollut mahdollista erotella esimerkiksi päätoimisesti opiskelevia. Suomalaisista opiskelijoista noin kolmasosan on todettu elävän köyhyysrajan alapuolella (Tilastokeskus, 2013). Tulevissa tutkimuksissa olisikin mielenkiintoista tutkia tarkemmin tulotasoon vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksissa olisi tärkeää huomioida tutkittavien kokonaisvaltainen elämäntilanne.

Nuorilla päihteidenkäyttäjillä vaikutti hypoteesin mukaisesti olevan normaaliväestöä korkeampi kuolleisuus. Tutkimuksessa esiintyi myös huomattavan paljon päihteisiin liittyviä kuolemansyitä. Päihteisiin liittyvät kuolemansyyt vaikuttivat yleisemmiltä kuin samanikäisillä normaaliväestössä (vrt. esim. Tilastokeskus, 2012a). Suuremmassa aineistossa olisi mielenkiintoista tutkia mielenterveysongelmien yhteyttä nuorten päihteidenkäyttäjien kuolleisuuteen ja kuolemansyihin.

Nuorten päihteidenkäyttäjien mielenterveysongelmat olivat yhteydessä heikompaan tulotasoon ja viimeaikaisiin päihdeongelmiin. Havaitut yhteydet eivät kuitenkaan kerro ilmiöiden välisistä mahdollisista kausaalisuhteista. Mielenterveysongelmat eivät sen sijaan olleet yhteydessä rikollisuuteen tai kuolleisuuteen. Mielenterveysongelmilla on aikaisemmissa rikollisuutta tarkastelevissa tutkimuksissa (esim. Elonheimo ym., 2007) havaittu olevan yhteyttä rikollisuuteen, mutta aikaisempien tutkimusten tutkittavat ja käytetyt aineistot poikkeavat tästä tutkimuksesta. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin nimenomaan päihdeongelmien yhteydessä esiintyviä mielenterveysongelmia ja toisaalta mielenterveysongelmat rajoittuivat sairaalapalveluiden yhteydessä diagnosoituihin mielenterveyshäiriöihin. Aikaisempien vastaavanlaisten laaja-alaisesti elämäntilannetta tarkastelevien tutkimusten puuttuessa havaittua yhteyttä ja siihen vaikuttavia tekijöitä olisi tärkeää tutkia lisää. Tulevissa tutkimuksissa olisi mielenkiintoista tarkastella mielenterveysongelmien ajoituksen ja erilaisten diagnoosiryhmien vaikutusta tässä tutkimuksessa havaittuihin yhteyksiin.

Mielenkiintoista tutkimuksessa on tutkittavien nuoruuden ja ensimmäisen päihdehoitokontaktin ajoittuminen 1990-luvun alussa alkaneeseen niin kutsuttuun Suomen toiseen huumeaaltoon (Partanen & Metso, 1999; Hakkarainen & Metso, 2003). Huumekokeiluiden ja huumeiden käytön on toisen huumeaallon aikana havaittu lisääntyneen

huomattavasti erityisesti tutkittavien ikäisten, 1970- ja 1980-luvulla syntyneiden, nuorten keskuudessa (Hakkarainen & Metso, 2003; Nuorvala ym., 2004). Näin ollen tutkimus kuvaa osittain Suomen toisen huumeaallon aikaan kasvaneiden nuorten elämäntulkua. Tutkimuksessa tarkastellut nuoret olivat kuitenkin alaikäisenä päihdehoidossa olleita, mikä on jokseenkin harvinaista. Varhainen päihdehoitokontakti kertoi todennäköisesti ainakin osalla tutkittavista varhain alkaneen päihteiden käytön ja päihdeongelmien vakavuudesta.

Kaiken kaikkiaan nuorten päihteidenkäyttäjien elämäntulkussa oli havaittavissa monenlaisia haasteita ja vaikeuksia. Niin sanottuja ”hyvin selvinneitä” oli rekisteritietojen perusteella vaikea löytää. Toisaalta tutkimuksessa käytetyt rekisteritiedot kertovat pitkälti erilaisista negatiivisista seurauksista ja ongelmista. Rekisteritiedot eivät sen sijaan kerro yksilöiden vahvuuksista ja voimavaroista mahdollisista ongelmista huolimatta. Toisaalta rekisterimerkintöjen puuttuminenkaan ei välttämättä kerro ”selviytymisestä” vaan se voi myös merkki yhteiskunnan ulkopuolelle jäämisestä ja äärimmäisestä syrjäytymisestä. Suurin osa tutkimuksessa tarkastelluista nuorista ja nuorista aikuisista vaikutti poikkeavan monella tapaa normaaliväestöstä ja omanikäisistään. Melko suuri osa tutkittavista vaikutti tutkimuksessa havaittujen moninaisten ongelmien perusteella ainakin osittain syrjäytyneen yhteiskunnasta tai olevan huomattavassa riskissä syrjäytyä.

Nuorten päihteidenkäyttäjien elämäntulun tarkastelu rajoittui tässä tutkimuksessa hoito- ja rekisteritietoihin. Tutkimuksessa oli käytettävissä rajallinen määrä erilaisia rekisteri- ja hoitotietolähteitä, jonka vuoksi osa tutkittavien elämäntulkun ja tutkimuksessa tarkastelluiden elämäntulun osa-alueisiin liittyvä tieto on todennäköisesti jäänyt tutkimuksen ulkopuolelle. Esimerkiksi päihdeongelmien tarkastelu rajoittui kolmen A-klinikkasäätön toimipisteen hoitotietoihin ja sairaalapalveluiden rekisteritietoihin. Rekisteritietojen rajallisuudesta ja vajavuuksista huolimatta rekisteritutkimus mahdollisti aihepiirin laaja-alaisen tarkastelemisen ja sen avulla tutkimuksessa oli mahdollista tutkia myös sellaisia tutkittavia, joiden tavoittaminen voisi muuten olla hyvin vaikeaa.

Tutkimuksen otoskoko ja elämäntulun laaja-alainen tarkastelu rajoitti tutkimustulosten analysointia huomattavasti. Päihde- ja mielenterveysongelmia tarkasteltaessa aineisto jakautui niin pieniin osajoukkoihin, ettei tulosten syvällisempi analysointi tutkimuksen otoskolla ollut mahdollista. Tutkimus myös kuvaa nimenomaan hoitoon ohjattujen alaikäisten päihteidenkäyttäjien elämäntulkua, jota ei aikaisemmin ole vastaavalla tavalla tiedettävästi tutkittu. Tulosten syvällisempää analysointia rajoitti myös tutkittavien taustatietojen vähyys ja

hajanaisuus. Esimerkiksi tutkittavien lapsuudesta ja perheolosuhteista ei ollut tietoa saatavilla. Tulevissa tutkimuksissa olisikin mielenkiintoista tutkia erilaisten taustatekijöiden vaikutusta nuorten päihteidenkäyttäjien elämäntapaan ja tässä tutkimuksessa havaittuihin yhteyksiin.

Myös tutkittavien päihteiden käytöstä ja päihdeongelmien vakavuudesta oli ensimmäisen avohoitojakson aikaan hyvin hajanaisesti tietoa. Lisäksi tutkittavien ensimmäisen avohoitojakson pituus vaihteli huomattavasti tutkittavasta toiseen, mikä saattoi osaltaan johtua tutkittavien todennäköisesti vaihtelevan tasoisesta päihteiden käytöstä ja päihdeongelmista. Vuosina 1993–1997 meneillään olleen Myllypuroprojektin vuoksi nuoria päihteidenkäyttäjiä saattoi ohjautua päihdehoitokontaktiin myös käytön varhaisemmassa vaiheessa, jolloin varsinaisia päihdeongelmia ei ollut kehittynyt. Näin ollen osalla tutkimuksessa mukana olleista nuorista päihteiden käyttöön liittyvät ongelmat ovat saattaneet olla myös vähäisiä tai niin sanottuja vääriä hälytyksiä. Tutkimuksessa havaitut ongelmat olivat kuitenkin niin yleisiä, että niin sanottuja vääriä hälytykset lienevät olleen harvinaisia.

Lopuksi

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin alaikäisenä päihdehoitoon ohjattuja nuoria päihteidenkäyttäjiä. Hoitokontaktista huolimatta heidän elämäntapaan oli havaittavissa monenlaisia ongelmia ja vaikeuksia. Nuorilla päihteidenkäyttäjillä esiintyi melko paljon myöhempiä päihdeongelmia, muita mielenterveysongelmia sekä erityisesti rikollisuutta. Myös tulotaso oli nuorilla päihteidenkäyttäjillä nuorina aikuisina pääsääntöisesti matala. Lisäksi nuorten päihteidenkäyttäjien kuolleisuus vaikutti normaaliväestöä korkeammalta ja päihdeisiin liittyvät kuolemansyyt olivat heillä yleisiä. Heidän elämäntapaan tarkastellessa herääkin kysymys siitä, miten nuoria päihteidenkäyttäjiä tulisi jatkossa hoitaa tai millaisia palveluita heillä tulisi tarjota, jotta välttyttäisiin vastaavanlaisilta vaikeuksilta ja ongelmilta ja nuorten päihteidenkäyttäjien elämäntapaan saataisiin käännettyä aikaisempaa positiivisempaan suuntaan.

LÄHTEET

Anglin, M. D. & Speckart, G. (1988). Narcotics use and crime: a multisample, multimethod analysis. *Criminology*, 26 (2), 197–233.

Armstrong, T. D. & Costello, E. J. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (6), 1224–1239.

Anthony, J. C. & Petronis, K. R. (1995). Early-onset drug use and risk of later drug problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 40, 9–15.

Bergman, L. R. & Andershed, A.-K. (2009). Predictors and outcomes of persistent or age-limited registered criminal behavior: a 30-year longitudinal study of a Swedish urban population. *Aggressive Behavior*, 35, 164–178.

Broman, C. L. (2009). The longitudinal impact of adolescent drug use on socioeconomic outcomes in young adulthood. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 18, 131–143.

Brook, J. S., Cohen, P. & Brook, D. W. (1998). Longitudinal study of co-occurring psychiatric disorders and substance use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (3), 322–330.

Brook, J. S., Whiteman, M., Finch, S. J. & Cohen, P. (1996). Young adult drug use and delinquency: childhood antecedents and adolescence mediators. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (12), 1584–1592.

Buchmueller, T. C. & Zuvekas, S. H. (1998). Drug use, drug abuse, and labour market outcomes. *Health Economics*, 7, 229–245.

Campbell, S. B., Shaw, D. S. & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12, 467–488.

Casey, P. (2001). Adult adjustment disorder: a review of its current diagnostic status. *Journal of Psychiatric Practice*, 7, 32–40.

Chen, K. & Kandel, D. B. (1995). The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. *American Journal of Public Health*, 85 (1), 41–47.

- Costello, E. J., Erkanli, A., Federman, E. & Angold, A. (1999). Development of psychiatric comorbidity with substance abuse in adolescents: effects of timing and sex. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28 (3), 298–311.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837–844.
- D’Amico, E. J., Edelen, M. O., Miles, J. N. V. & Morral, A. R. (2008). The longitudinal association between substance use and delinquency among high-risk youth. *Drug and Alcohol Dependence*, 93, 85–92.
- Dawson, D. A. & Archer, L. (1992). Gender differences in alcohol consumption: effects of measurement. *British Journal of Addiction*, 87, 119–123.
- Deas-Nesmith, D., Brady, K. T. & Campbell, S. (1998). Comorbid substance use and anxiety disorders in adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20 (2), 139–148.
- DeWit, D. J., Adlaf, E. M., Offord, D. R. & Ogborne, A. C. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 745–750.
- Elliott, D. S., Huizinga, D. & Ageton, S. S. (1989). *Explaining delinquency and drug use*. 2. painos. Newbury Park: Sage.
- Elonheimo, H., Niemelä, S., Parkkola, K., Multimäki, P., Helenius, H., Nuutila, A.-M. & Sourander, A. (2007). Police-registered offenses and psychiatric disorders among young males. The Finnish “From a boy to a man” birth cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 477–484.
- Elonheimo, H., Sourander, A., Niemelä, S., Nuutila, A.-M., Helenius, H., Sillanmäki, L., Ristkari, T. & Parkkola, K. (2009). Psychosocial correlates of police-registered youth crime. A Finnish population-based study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63 (4), 292–300.
- Fergusson, D. M. & Horwood, L. J. (2002). Male and female offending trajectories. *Development and Psychopathology*, 14, 159–177.

- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T. & Horwood, L. J. (1996). Alcohol misuse and juvenile offending in adolescence. *Addiction*, 91 (4), 483–494.
- Fergusson, D. M., Swain-Campbell, N. R. & Horwood, L. J. (2002). Deviant peer affiliations, crime and substance use: a fixed effects regression analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30 (4), 419–430.
- Forsell, M. (2012). Päihdehuollon huumeasiakkaat 2011. Tilastoraportti, 19. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). Haettu 8.12.2013 osoitteesta: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201301291676>.
- Forsell, M. & Nurmi, T. (2013). Päihdehuollon huumeasiakkaat 2012. Tilastoraportti, 21. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). Haettu 8.12.2013 osoitteesta: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201308264422>.
- French, M. T., Roebuck, M. C. & Alexandre, P. K. (2001). Illicit drug use, employment, and labor force participation. *Southern Economic Journal*, 68 (2), 349–368.
- Gill, A. M. & Michaels, R. J. (1992). Does drug use lower wages? *Industrial and Labor Relations Review*, 45 (3), 419–434.
- Grant, B. F. (1996). Prevalence and correlates of drug use and DSM-IV drug dependence in the United States: results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse*, 8 (2), 195–210.
- Grant, B. F. & Dawson, D. A. (1997). Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse*, 9, 103–110.
- Hakkarainen, P. & Metso, L. (2003). Huumeiden käytön uusi sukupolvi. *Yhteiskuntapolitiikka*, 68 (3), 244–256.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 64–105.
- Hemmilä, I., Annala, T. & Holopainen, A. (1999). Myllypuroprojekti – verkostonäkökulma nuorten päihdeongelmiin. Kettutien A-poliklinikan osuus. A-klinikkasäätiön monistesarja, 13.

- Hibell, B., Andersson, B., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnasson, T., Kokkevi, A. & Morgan, M. (2000). The 1999 ESPAD report: alcohol and other drug use among students in 30 European countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).
- Hirschi, T. & Gottfredson, M. (1983). Age and the explanation of crime. *American Journal of Sociology*, 89 (3), 552–584.
- Hser, Y.-I., Longshore, D. & Anglin, M. D. (2007). The life course perspective on drug use. A conceptual framework for understanding drug use trajectories. *Evaluation Review*, 31 (6), 515–547.
- Huang, D. Y. C., Evans, E., Hara, M., Weiss, R. E. & Hser, Y.-I. (2011). Employment trajectories: exploring gender differences and impacts of drug use. *Journal of Vocational Behavior*, 79, 277–289.
- Kandel, D., Chen, K. & Gill, A. (1995). The impact of drug use on earnings: a life-span perspective. *Social Forces*, 74 (1), 243–270.
- Kandel, D. B., Johnson, J. G., Bird, H. R., Weissman, M. M., Goodman, S. H., Lahey, B. B., Regier, D. A. & Schwab-Stone, M. E. (1999). Psychiatric comorbidity among adolescents with substance use disorders: findings from the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (6), 693–699.
- Kaukonen, O. & Haavisto, K. (1996). Päihdetapauslaskenta vuonna 1995. *Alkoholipolitiikka*, 61 (2), 130–138.
- Kivivuori, J. (2002). Piilorikollisuuden tutkimus. Teoksessa: J. Kivivuori (toim.), Nuoret rikosten tekijöinä ja uhreina (ss. 1–13). Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja, 188. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Kratzer, L. & Hodgins, S. (1999). A typology of offenders: a test of Moffitt's theory among males and females from childhood to age 30. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 9, 57–73.
- Kuussaari, K., Rokainen, J.-E., Partanen, A., Kaukonen, O. & Vormaa, H. (2012). Kuntoutuksesta katkaisuun. Päihdetapauslaskenta palvelujärjestelmän kuvaajana. *Yhteiskuntapolitiikka*, 77 (6), 640–655.

- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R. & Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology: I. prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102 (1), 133–144.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P. & Seeley, J. R. (1996). Alcohol consumption in high school adolescents: frequency of use and dimensional structure of associated problems. *Addiction*, 91 (3), 375–390.
- Mason, W. A. & Windle, M. (2002). Reciprocal relations between adolescent substance use and delinquency: a longitudinal latent variable analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111 (1), 63–76.
- McGue, M. & Iacono, W. G. (2008). The adolescent origins of substance use disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17 (S1), S30–S38.
- Metso, L., Ahlström, S., Huhtanen, P., Leppänen, M. & Pietilä, E. (2009). Nuorten päihteiden käyttö Suomessa 1995–2007. ESPAD-tutkimusten tulokset. Raportti 6/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Metso, L., Winter, T. & Hakkarainen, P. (2012). Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet – Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2010. Raportti 17/2012. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100 (4), 674–701.
- Molero, Y., Larsson, A., Larm, P., Eklund, J. & Tengström, A. (2011). Violent, nonviolent, and substance-related offending over the life course in a cohort of males and females treated for substance misuse as youths. *Aggressive Behavior*, 37, 338–348.
- Nagin, D. S., Farrington, D. P. & Moffitt, T. E. (1995). Life-course trajectories of different types of offenders. *Criminology*, 33 (1), 111–138.
- Nelson, C. B. & Wittchen, H.-U. (1998). DSM-IV alcohol disorders in a general population sample of adolescents and young adults. *Addiction*, 93 (7), 1065–1077.
- Nuorvala, Y., Metso, L., Kaukonen, O. & Haavisto, K. (2000). Päihde-ehdotin asiointi sosiaali- ja terveydenhuollossa: vuosien 1995 ja 1999 päihdetapauskenttien vertailu. *Yhteiskuntapolitiikka*, 65 (3), 246–254.

- Nuorvala, Y., Metso, L., Kaukonen, O. & Haavisto, K. (2004). Muuttuva päihdeasiakkuus. Päihdetapauskannat 1987–2003. *Yhteiskuntapolitiikka*, 69 (6), 608–618.
- Partanen, J. & Metso, L. (1999). Suomen toinen huumeaalto. *Yhteiskuntapolitiikka*, 64 (2), 143–149.
- Partanen, A., Partanen, J. & Partanen, P. (2002). Ensi kertaa huumehoitoon hakeutuneet vuosina 1998 ja 2000. *Yhteiskuntapolitiikka*, 67 (5), 463–469.
- Piquero, A., Paternoster, R., Mazerolle, P., Brame, R. & Dean, C. W. (1999). Onset age and offense specialization. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 36 (3), 275–299.
- Pitkänen, T. (2006). Alcohol drinking behavior and its developmental antecedents. *Jyväskylä Studies in education, psychology and social research* 293. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Poikolainen, K. (2003). Päihderiippuvuuden ja haitallisen käytön diagnostiikka. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä (toim.) *Päihdelääketiede* (2. uudistettu painos, ss. 76–82). Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim.
- Pulkkinen, L., Lyyra, A.-L. & Kokko, K. (2009). Life success of males on nonoffender, adolescence-limited, persistent, and adult-onset antisocial pathways: follow-up from age 8 to 42. *Aggressive Behavior*, 35, 117–135.
- Raitasalo, K., Huhtanen, P., Miekka, M. & Ahlström, S. (2012). Nuorten päihteiden käyttö Suomessa 1995–2011. ESPAD-tutkimusten tulokset. Raportti 59/2012. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Rimpelä, A., Rimpelä, M., Vikat, A., Ahlström, S., Huhtala, H. & Lintonen, T. (1997). Nuorten terveystapatutkimus: Tupakointi ja päihteet 1977–1997. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (STAKES).
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Kahler, C. W., Seeley, J. R. & Brown, R. A. (2001). Natural course of alcohol use disorders from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (1), 83–90.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M. & Seeley, J. R. (1996). Psychiatric comorbidity with problematic alcohol use in high school students. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (1), 101–109.

Räsänen, P., Tiihonen, J., Isohanni, M., Moring, J. & Koiranen, M. (1998). Juvenile mortality, mental disturbances and criminality: a prospective study of the Northern Finland 1966 birth cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 5–9.

Sailas, E. S., Feodoroff, B., Lindberg, N. C., Virkkunen, M. E., Sund, R. & Wahlbeck, K. (2005). The mortality of young offenders sentenced to prison and its association with psychiatric disorders: a register study. *European Journal of Public Health*, 16 (2), 193–197.

Silberg, J., Rutter, M., D’Onofrio, B. & Eaves, L. (2003). Genetic and environmental risk factors in adolescent substance use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 (5), 664–676.

Silverthorn, P. & Frick, P. J. (1999). Developmental pathways to antisocial behavior: the delayed-onset pathway in girls. *Development and Psychopathology*, 11, 101–126.

Sourander, A., Elonheimo, H., Niemelä, S., Nuutila, A.-M., Helenius, H., Sillanmäki, L., Piha, J., Tamminen, T., Kumpulainen, K., Moilanen, I. & Almqvist, F. (2006). Childhood predictors of male criminality: a prospective population-based follow-up study from age 8 to late adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (5), 578–586.

Stattin, H. & Magnusson, D. (1991). Stability and change in criminal behaviour up to age 30. *The British Journal of Criminology*, 31 (4), 327–346.

Tarter, R. E., Kirisci, L. & Mezzich, A. (1997). Multivariate typology of adolescents with alcohol use disorder. *The American Journal on Addictions*, 6 (2), 150–158.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2012). *Psykiatrian luokituskäsikirja. Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit*. 2. painos. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2011). *Tautiluokitus ICD-10. Suomalainen 3. uudistettu painos Maailman terveysjärjestön (WHO) luokituksesta ICD-10*. Mikkeli: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Terza, J. V. (2002). Alcohol abuse and employment: a second look. *Journal of Applied Econometrics*, 17, 393–404.

Tilastokeskus (1995). *Kuolemansyyt 1993. SVT Terveys 1995: 1*. Helsinki: Tilastokeskus.

- Tilastokeskus (1999). Kuolemansyyt 1997. SVT Terveys 1999: 3. Helsinki: Tilastokeskus.
- Tilastokeskus (2005). Kuolemansyyt 2004. SVT Terveys 2005: 1. Helsinki: Tilastokeskus.
- Tilastokeskus (2012a). Kuolleet sukupuolen, iän ja peruskuolemansyynt mukaan 1969–2011. StatFin-tilastotietokanta. Haettu 12.8.2013 osoitteesta:
http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/ter/ksyyt/ksyyt_fi.asp.
- Tilastokeskus (2010). 1. Pientuloisuuden kehitys Suomessa 1987–2008. Tuloerot (kansainvälinen vertailu) 2008. Tulonjakotilasto [verkkojulkaisu]. Haettu 21.8.2013 osoitteesta: http://www.stat.fi/til/tjt/2008/01/tjt_2008_01_2010-01-26_kat_001_fi.html.
- Tilastokeskus (2013). Pienituloisuus 2011. 6 Pienituloisuus sosioekonomisen aseman mukaan. Tulonjakotilasto [verkkojulkaisu]. Haettu 9.11.2013 osoitteesta:
http://tilastokeskus.fi/til/tjt/2011/02/tjt_2011_02_2013-03-20_kat_006_fi.html.
- Tilastokeskus (2012b). Tapaturmiin tai väkivaltaan kuolleet, päihtyneet erikseen 1998–2011. StatFin-tilastotietokanta. Haettu 12.8.2013 osoitteesta:
http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/ter/ksyyt/ksyyt_fi.asp.
- Torikka, A., Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, A., Rimpelä, M. & Rantanen, P. (2001). Depression, drinking, and substance use among 14- to 16-year-old Finnish adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55 (5), 351–357.
- Vega, W. A., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L., Bijl, R., Borges, G., Caraveo-Anduaga, J. J., DeWit, D. J., Heeringa, S. G., Kessler, R. C., Kolody, B., Merikangas, K. R., Molnar, B. E., Walters, E. E., Warner, L. A. & Wittchen, H.-U. (2002). Prevalence and age of onset for drug use in seven international sites: results from the international consortium of psychiatric epidemiology. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 285–297.
- Väänänen, T. (2011). Päihdehuollon huumeasiakkaat 2010. Tilastoraportti, 24. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Haettu 8.12.2013 osoitteesta:
<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085271>.
- Väänänen, T. & Ruuth, P. (2010). Päihdehuollon huumeasiakkaat 2009. Tilastoraportti, 21. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Haettu 8.12.2013 osoitteesta:
<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085270>.

Wagner, F. A. & Anthony, J. C. (2002). From first drug use to drug dependence: developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol. *Neuropsychopharmacology*, 26 (4), 479–488.

Wagner, F. A. & Anthony, J. C. (2007). Male-female differences in the risk of progression from first use to dependence upon cannabis, cocaine, and alcohol. *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 191–198.

Warr, M. (1993). Age, peers and delinquency. *Criminology*, 31 (1), 17–40.

World Health Organization (WHO) (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization (WHO).

Wittchen, H.-U., Behrendt, S., Höfler, M., Perkonigg, A., Lieb, R., Bühringer, G. & Beesdo, K. (2008). What are the high risk periods for incident substance use and transitions to abuse and dependence? Implications for early intervention and prevention. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17 (S1), S16–S29.