

**Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3**

*Päihdepalvelujen laatusuositukset*

---

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ  
SUOMEN KUNTALIITTO

---

**Helsinki 2002**

## TIIVISTELMÄ

Päihdepalvelujen laatusuosituksset. Helsinki, 2002, 61 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita, ISSN 1236-116X; 2002:3)  
ISBN 952-00-1198-6

Alkoholin kulutus Suomessa on viime vuosina kasvanut poikkeuksellisen nopeasti, ja kasvu jatkuu käytettävissä olevien ennusteiden mukaan myös tulevina vuosina. Sen myötä lisääntyvät myös erilaiset päihdehaitat, suhteessa vieläpä nopeammin. Myös huumeiden käyttö lisääntyi Suomessa koko 1990-luvun ajan. Muut päihdehaitat, kuten rauhoittavien ja kipulääkkeiden ongelmallisesta käytöstä sekä päihteiden sekakäytöstä johtuvat sosiaali- ja terveysongelmat ovat nekin jo valittavan yleisiä.

Päihdepalvelujen ohjaus on myös paikallisella tasolla osoittautunut vaikeaksi, ja päihdehaittojen aiheuttamat kokonaiskustannukset nousevat varsin korkeiksi, jos päihdeasiakkaiden ja -potilaiden hoito siirtyy enenevästi erikoissairaanhoidon tehtäväksi, kuten 1990-luvulla on käynyt. Hyvin toimivat perustason sosiaali- ja terveyspalvelut sekä päihdehuollon erityispalvelut ovat järkevä ja tärkeä investointi sekä päihdeasiakkaiden, kunnan että koko yhteiskunnan näkökulmasta.

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton yhteinen päihdepalveluiden laatusuositus luo pohjaa laadukkaille päihdepalveluille. Suositukset on valmisteltu Stakesin asettamassa laajapohjaisessa asiantuntijatyöryhmässä, jossa on ollut edustettuina sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto, Stakes, kunnallisia ja yksityisiä palvelujen tuottajia sekä asiakastahon edustajia.

Valtakunnallinen suositus päihdepalvelujen laadun kehittämiseksi on osa valtioneuvoston hyväksymää tavoite- ja toimintaohjelmaa vuosille 2000 - 2003. Suositusten tavoitteena on tukea päihdepalveluja koskevaa suunnittelua, päätöksentekoa, järjestämistä, tuottamista ja kehittämistä. Niiden laatimisessa on lähdetty ajatuksesta, että päihdehaittojen ehkäisy tulisi huomioida kaikessa kunnan päätöksenteossa. Edelleen, palvelujärjestelmää koskevat suositukset on tarkoitettu ohjaamaan ja tukemaan kaikkien sosiaali- ja terveyspalvelujen sisällä tehtävää päihdetyötä, ei vain päihdehuollon erityispalveluja. Ne koskevat sekä valtion, kuntien että yksityisten yritysten tai järjestöjen tuottamia palveluita.

Etenkin päihdehuollon erityispalvelujen järjestäminen edellyttää jo nykyisellään ylikunnallisia rakenteita, mikä voidaan nähdä tärkeänä mahdollisuutena palvelujen laadun ja saatavuuden turvaamisessa. Varsinaisen asiakastyön yksityiskohtaisissa suosituksissa on otettu kantaa päihdetyön lähtökohtiin ja strategisen suunnittelun välttämättömyyteen, koko palvelujärjestelmän suunnitelmalliseen käyttöön, asiakkaan tahtoon, oikeuksiin ja erityistarpeisiin, toimitilojen tasoon, henkilöstön mitoitukseen, osaamiseen ja työssä jaksamiseen, varsinaiseen asiakastyön prosessiin sekä seurannan ja arvioinnin tarpeeseen.

Erikseen on kiinnitetty huomiota kasvavien erityisryhmien, kuten alaikäisten tai päihteitä käyttävien naisten ja varsinkin päihdeongelmaisten äitien ja perheiden tarpeisiin. Myös maahanmuuttajien ja muiden vähemmistöjen sekä huono-osaisimpien päihteiden käyttäjien palvelukysyntä on lisääntymässä. Suositusten ohella oppaaseen on sisällytetty

taustatietoa palvelujärjestelmästä, päihdetyön erityispiirteistä sekä esitettyjen suositusten arviointiperusteista. Suositusten toteutumista edistetään osana sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaa.

**Asiasanat:** alkoholi, hoito, huumeet, kuntoutus, laatu, päihdehuolto, päihteet, sosiaali- ja terveysterveyspalvelut, suositukset

## SAMMANFATTNING

Kvalitetsrekommendation för missbrukarvården. Helsingfors, 2002. 61 s. (Social- och hälsovårdsministeriets handböcker, ISSN 1236-116X; 2002:3)  
ISBN 952-00-1198-6

Alkoholkonsumtionen har ökat exceptionellt snabbt i Finland och enligt prognoser kommer ökningen att fortsätta under de kommande åren. På grund av den ökade alkoholkonsumtionen ökar även olika olägenheter som förorsakas av alkoholbruk, relativt sett till och med i en ännu snabbare takt. Även narkotikamissbruket ökade i Finland under hela 1990-talet. Olägenheter som förorsakas av andra rusmedel, t.ex. sociala problem och hälsoproblem till följd av missbruk av lugnande eller smärtstillande medel och blandmissbruk, är även de beklagligt vanliga.

Styrningen av missbrukarvården har även visat sig vara svår att genomföra på lokal nivå. De totala kostnaderna för att åtgärda de olägenheter som förorsakas av rusmedelsbruk kommer att stiga mycket om vården av klienter och patienter inom missbrukarvården i en allt större utsträckning flyttas över till den specialiserade sjukvården, vilket skett på 1990-talet. Väl fungerande social- och hälsovårdstjänster på basnivå samt specialtjänster inom missbrukarvården är en förnuftig och viktig investering ur såväl klienternas och kommunernas som hela samhället synvinkel.

Social- och hälsovårdsministeriets och Finlands Kommunförbunds gemensamma kvalitetsrekommendation för missbrukarvården skapar en grund för högklassiga tjänster inom missbrukarvården. Rekommendationen har beretts i en bredbasig sakkunniggrupp som tillsatts av Stakes. I arbetsgruppen har social- och hälsovårdsministeriet, Finlands Kommunförbund, Stakes, kommunala och privata serviceproducenter samt klienter varit företrädare.

Den riksomfattande rekommendationen för att förbättra kvaliteten på tjänster inom missbrukarvården är en del av mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården 2000-2003, som statsrådet godkänt. Syftet är att rekommendationen skall vara till stöd för planeringen och beslutsfattandet i anslutning till missbrukarvården och då det gäller att ordna, producera och utveckla tjänster inom missbrukarvården. Vid beredningen av rekommendationen utgick man ifrån att förebyggandet av olägenheter som förorsakas av rusmedelsbruk skall beaktas i kommunens alla beslut. Syftet är även att rekommendationen skall styra och stödja allt arbete för förebyggande av rusmedelsbruk inom social- och hälsovården, inte endast specialtjänsterna inom missbrukarvården. Rekommendationen gäller tjänster som staten, kommunerna, privata företag eller organisationer producerar.

För att ordna specialtjänster inom mentalvården behövs redan nu överkommunala strukturer, vilket kan ses som en viktig möjlighet då det gäller att säkerställa kvaliteten och tillgången på tjänster. I de detaljerade rekommendationerna för det egentliga klientarbetet har man tagit ställning till utgångspunkterna för missbrukarvården och nödvändigheten av strategisk planering, systematisk användning av hela servicesystemet, klientens vilja, rättigheter och speciella behov, standarden på lokaliteterna, dimensioneringen av personal samt personalens kunnande och ork, processen för det egentliga klientarbetet samt behovet av uppföljning och utvärdering.

Uppmärksamhet har även separat fästs vid de behov som det växande antalet specialgrupper har, t.ex. minderåriga eller kvinnliga missbrukare samt särskilt mödrar och familjer med rusmedelsproblem. Behovet av service ökar även bland invandrare och andra minoriteter samt sämre lottade missbrukare. Handboken innehåller utöver rekommendationer även bakgrundsinformation om servicesystemet. Även särdragen för missbrukarvården samt grunderna för bedömning av de föreslagna rekommendationerna beskrivs. Förverkligandet av rekommendationen främjas som en del av mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården.

**Nyckelord:** alkohol, kvalitet, missbrukarvård, narkotika, rehabilitering, rekommendationer, rusmedel, social- och hälsovårdstjänster, vård

## SUMMARY

Recommendations concerning the quality of services for substance abusers. Helsinki, 2002. 61p. (Handbooks of the Ministry of Social Affairs and Health, ISSN 1236-116X; 2002:3)

ISBN 952-00-1198-6

The consumption of alcohol in Finland has grown exceptionally fast during the last few years and will according to the available predictions continue to grow also in the coming years. With it the amount of damage caused by intoxicant abuse will also increase, in proportion even more rapidly. The use of intoxicants increased in Finland during the entire 1990s. Other substance-related damages, such as the misuse of tranquillisers and anodynes as well as social and health-related problems due to the mixed use of intoxicants are also unfortunately quite common.

The direction of services for substance abusers has proved to be difficult also at local level and the total amount of costs caused by intoxicant-related damage will rise very high if the responsibility for the care of substance abusers is increasingly laid upon specialised health care, as has been the case during the 1990s. Social welfare and health care services as well as special services for substance abusers that function successfully at a basic level are a sensible and important investment from the point of view of the clients, municipality and entire society.

The joint recommendation concerning the quality of services for substance abusers of the Ministry of Social Affairs and Health and the Association of Finnish Local and Regional Authorities forms a base for high quality services for substance abusers. The recommendations have been drawn up by the broadly based expert group appointed by the Research and Development Centre for Welfare and Health (Stakes) which included representatives of the Ministry of Social Affairs and Health, the Association of Finnish Local and Regional Authorities, Stakes, municipal and private service producers as well as client representatives.

The national recommendation on developing the quality of services for substance abusers is a part of the government-approved Target and Action Plan for 2000 - 2003. The aim of the recommendation is to support planning, decision-making, organisation, production and development with regard to services for substance abusers. In drawing up the recommendation the point of departure has been the idea that the prevention of damage caused by intoxicants should be taken into consideration in all municipal decision-making. Furthermore, the recommendations regarding the service system aim to guide and support all substance abuse work done within the social welfare and health care services, not only in special services for substance abusers. They concern services produced by the state, municipalities and private enterprises or organisations.

Already in its present form, the organisation of special services for substance abusers in particular requires social structures. This can be seen as an important possibility in securing the quality and availability of the services. In the detailed recommendations of the actual client work, a stand has been taken concerning the points of departure of the substance abuse work and the necessity of strategic planning, the systematic use of the entire service system, the wishes, rights and special needs of the client, standard of the

operational environment, dimensioning, know-how and coping of personnel, the actual process of client work as well as the need for monitoring and evaluation.

Attention has been paid separately to special growing groups, such as the needs of minors or women who are substance abusers and especially of mothers and families with substance abuse problems. The demand for services for substance abusers who are immigrants or belong to other minorities as well as those who are unfortunate in other ways is also increasing. Included in the handbook, in addition to the recommendations, is background information on the service system, the special characteristics of substance abuse work as well as the principles for the proposed evaluation of the recommendations. The implementation of the recommendations is promoted as a part of the Target and Action Plan for Social Welfare and Health Care.

**Key words:** Alcohol, intoxicants, narcotics, recommendations, rehabilitation, quality, social welfare and health care services, substance abuse work, treatment

## ESIPUHE

Päihdepalvelujen laatusuositukset on valmisteltu tukemaan kuntien päihdepalvelujen suunnittelua, järjestämistä ja kehittämistä. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton yhteinen suositus luo pohjaa laadukkaille päihdepalveluille. Päihdepalvelujen tarpeeseen vaikuttavat paikallinen päihteiden käyttö ja siitä seuraavat ongelmat. Suositukset antavat yleiset suuntaviivat, joita voidaan soveltaa paikallisesti kunkin kunnan ja kuntalaisten tarpeista lähtien. Laatusuositukset on valmisteltu Stakesin asettamassa laajapohjaisessa asiantuntijatyöryhmässä, jossa on ollut edustettuina sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto, Stakes sekä kunnallisia ja yksityisiä palvelujen tuottajia ja asiakastahon edustajia.

Kansallisen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamisprojektin työryhmämuistiossa todetaan, että: ”Suomalaisten pahin yksittäinen terveysongelma on nyt ja lähitulevaisuudessa alkoholi.”<sup>1</sup> Alkoholin kulutus kasvaa edelleen ja sen myötä lisääntyvät myös erilaiset päihdehaitat. Alkoholin aiheuttamien terveysongelmien määrä on suorassa suhteessa kokonaiskulutukseen. Matkustajien tuontiin liittyvät erityisrajoitukset poistuvat vuoden 2004 alusta ja mahdollisen verojen alentumisen myötä alkoholijuomien hinnat alenevat lähemmäksi muiden EU-maiden hintatasoa. Näiden muutosten on arvioitu lisäävän alkoholin kokonaiskulutusta 10 – 20 %. Tämän seurauksena alkoholin terveyshaitat ja niiden aiheuttama palvelujen tarve kasvavat jyrkästi. Huumeiden käyttö lisääntyi Suomessa koko 1990-luvun ajan. Huumehaitat tulevat näkyviin usein vasta muutaman vuoden viiveellä. Myös muut päihdehaitat, kuten rauhoittavien ja vastaavien lääkkeiden ongelmallinen käyttö sekä päihteiden sekakäyttö ovat yleisiä.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on käynnistetty lukuisia päihdehaittoja ehkäiseviä ohjelmia ja hankkeita. Siitä huolimatta palvelujärjestelmä on keskeisessä asemassa väestön terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn edistämisessä. Hoitojärjestelmä joutuu myös uudenlaisten ja kasvavien haasteiden eteen varsinaisen syrjäytymisen ehkäisyssä ja syrjäytymiskehityksen katkaisemisessa. On arvioitu, että vaikeista psyykkisistä ongelmista kärsivien päihdeongelmaisten määrä on kasvussa. Myös päihdeongelmaisilla naisilla, alle 18-vuotiailla nuorilla ja vangeilla on omat hoitoon ja kuntoutukseen liittyvät erityistarpeensa, joihin palvelujärjestelmän tulisi pystyä vastaamaan.

Päihdehuoltoon panostaminen on myös taloudellisesti kannattavaa. Päihdehuoltoon käytettyihin varoihin verrattuna saavutetut välittömät ja välilliset säästöt ovat moninkertaiset. Kasvava päihteiden käyttö ja siitä seuraavat ongelmat heijastuvat joka tapauksessa kuntien palvelujärjestelmään. Tähän on hyvä varautua ennakoiden ja suunnitelmallisesti. Mikäli kunnassa ei ole hyvin toimivaa päihdepalvelujärjestelmää, saattaa päihdeongelmien aiheuttama paine purkautua sellaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kautta, jotka eivät ole tähän varautuneet. Kehitystä on vaikea ohjata, ja ongelmien aiheuttamat kokonaiskustannukset kasvavat.

---

<sup>1</sup> Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. STM Työryhmämuistioita 2002:3



Seuraavassa esitetään johdanto-osan ja tehtävän asettelun jälkeen varsinaiset laatusuositukset. Loppuluvut muodostavat suosituksille keskeiset perustelut lähtien nykyisestä palvelujärjestelmästä, arvioimalla sen toimivuutta ja muutoksia, palveluihin välittyneitä ja muuttuvia päihdeongelmia sekä keskeisimpiä tulevaisuuden haasteita. Seuraavaksi käsitellään päihdepalvelujen järjestämistapoja, resurssitarpeiden arviointia sekä päihdetyön vaikuttavuutta.

Helsinki, syyskuu 2002

Markku Lehto  
kansliapäällikkö, sosiaali- ja terveysministeriö

Risto Parjanne  
toimitusjohtaja, Suomen Kuntaliitto

## SISÄLLYS

ESIPUHE.....	9
<b>I JOHDANTO .....</b>	<b>13</b>
<b>1.1 Työryhmän asettaminen ja toimeksianto.....</b>	<b>13</b>
<b>1.2 Tehtävän täsmennys.....</b>	<b>14</b>
<b>II LAADUKKAAT PÄIHDEPALVELUT.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Päihdepalvelujen laatusuositukset.....</b>	<b>15</b>
2.1.1 PÄIHDEPALVELUJEN LÄHTÖKOHDAT.....	15
2.1.2 PÄIHDESTRATEGIA.....	15
2.1.3 PALVELUJÄRJESTELMÄ.....	16
2.1.4 HENKILÖSTÖN OSAAMINEN JA TYÖSSÄ JAKSAMINEN .....	19
2.1.5 ASIAKASTYÖN TOTEUTUS .....	20
2.1.6 SEURANTA JA ARVIOINTI .....	22
<b>2.2 Laatu sosiaali- ja terveydenhuollossa .....</b>	<b>23</b>
<b>III PÄIHDEPALVELUT TÄNÄÄN.....</b>	<b>26</b>
<b>3.1 Päihdepalveluja koskeva lainsäädäntö .....</b>	<b>26</b>
<b>3.2 Päihdepalvelujärjestelmä.....</b>	<b>28</b>
3.2.1 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON YLEISET PALVELUT.....	28
3.2.2 PÄIHDEHUOLLON ERITYISPALVELUT.....	30
3.2.3 VERTAISTUKI.....	32
<b>3.3 Päihdepalvelujen asiakkaat ja käytetyt päihteet .....</b>	<b>33</b>
3.3.1 PÄIHTEISIIN LIITTYVÄT ASIOINNIT SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUISSA .....	34
3.3.2 KÄYTETYT PÄIHTEET .....	36
3.3.3 MONIPÄIHTEISYYS .....	37
<b>3.4 Päihteiden ongelmakäyttöön liittyviä tulevaisuuden haasteita .....</b>	<b>38</b>
3.4.1 YLEISET HAASTEET.....	38
3.4.2 HUUMEIDEN KÄYTTÖ.....	39
3.4.3 ERITYISRYHMÄT .....	40
<b>IV PÄIHDEPALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN.....</b>	<b>41</b>
<b>4.1 Palvelujen järjestäminen ja päihteiden kulutus .....</b>	<b>41</b>
4.1.1 KUNNALLISET PALVELUPOLITIIKAT .....	41
4.1.2 KULUTUKSEN MUUTOKSET JA PALVELUJEN TARVE.....	43
4.1.3 SEUDULLINEN YHTEISTYÖ -MALLI .....	44
4.1.4 ESIMERKKEJÄ SEUDULLISISTA MALLEISTA JA NIIDEN TOIMINNASTA .....	44
<b>4.2 Päihdepalvelujen resurssointi .....</b>	<b>46</b>
4.2.1 KUNNAN PÄIHDEKÄYTÖN ARVIOINTI.....	46
4.2.2 PALVELUYKSIKÖIDEN KESKINÄINEN TYÖNJAKO.....	46
4.2.3 PÄIHDEPALVELUJEN KYSYNNÄN MUUTOKSIA JA SIIHEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ.....	48
<b>4.3 Päihdehoidon ja -kuntoutuksen toteuttaminen .....</b>	<b>50</b>
4.3.1 PÄIHDEKÄYTÖN KÄSITTEITÄ .....	50
4.3.2 HOITO- JA KUNTOUTUSSUUNNITELMA .....	51
4.3.3 PALVELUOHJAUS .....	52
<b>4.4 Päihdekuntoutus on tuloksellista ja vaikuttavaa.....</b>	<b>52</b>

LÄHTEET .....	54
LIITE 1 Stakesin alkoholia ja huumeita sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskeva tilastotieto.....	57
LIITE 2 Kouluterveyskyselyjen perusteella tehtyjä julkaisuja.....	59
LIITE 3 Internet-osoitteita .....	60

## I JOHDANTO

### 1.1 Työryhmän asettaminen ja toimeksianto

Työryhmän toimeksianto perustuu Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman 2000 – 2003 kohtaan 53, jossa todetaan:

"Kuntien laadunhallinnan tueksi valmistellaan sosiaali- ja terveysministeriön, Stakesin, kuntien, Suomen Kuntaliiton ja palvelunkäyttäjien yhteistyönä laatusuositukset, jotka sisältävät tarvittaessa suositukset myös henkilöstön mitoituserusteista. Hallitusohjelman mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdenvertaisen toteutumisen seuraamiseksi tulee luoda toimiva kriteeri- ja laatumittaristo, jossa asiakaslähtöisyys on yksi johtava periaate."

Vanhustenhuollon, mielenterveystyön, kouluterveydenhuollon, vammaisten asumispalvelujen ja apuvälinepalvelujen lisäksi päihdetyö valittiin TATOssa yhdeksi alueeksi, jolle tullaan luomaan omat laatusuositukset. Laatusuositusta laadittaessa tuli erityisesti ottaa huomioon kuntien ja palvelujen käyttäjien näkökulma.

Edellisen pohjalta Stakes asetti 23.5.2001 asiantuntijaryhmän, jonka tehtäväksi annettiin valmistella päihdehuollon palvelujen laatusuositukset. Työryhmän tuli saada laatusuositukset valmiiksi 30.6.2002 mennessä.

Asiantuntijaryhmän jäseninä olivat:

Tutkimusprofessori Jussi Simpura, Stakes (puheenjohtaja 30.9.2001 saakka)

Tutkimusprofessori Marja Holmila, Stakes (puheenjohtaja 1.10.2001 lähtien)

Tutkija Yrjö Nuorvala, Stakes (varapuheenjohtaja)

Suunnittelija Anneli Pienimäki, Stakes (sihteeri)

Toiminnanjohtaja Raimo Hilonen, A-kiltojen liitto ry

Ylilääkäri Ulla Idänpään-Heikkilä, Stakes

Ylitarkastaja Olavi Kaukonen, STM

Vastaava sosiaaliterapeutti Juha Leistola, Vantaan päihdehuollon yhteispalvelut

Hallintoylilääkäri Matti Liukko, Suomen Kuntaliitto

Päihdehuollon johtaja Reijo Malila, Päihdekuntoutuksen keskusliitto ry

Johtava ylilääkäri Rauno Mäkelä, A-klinikkasäätiö

Toiminnanjohtaja Jukka Mäki, Kriminaalihuollon tukisäätiö

Toiminnanjohtaja Jorma Niemelä, Sininauhaliitto

Toimistopäällikkö Roger Nordman, Päihdehuollon valtakunnallinen yhteistyöryhmä

Erikoissuunnittelija Airi Partanen, Stakes

Päihdeasiamies Marjo Tervo, A-Kiltojen Liitto ry

Työryhmä kokoontui 11 kertaa ja sen lisäksi järjestettiin useita tapaamisia pienemmissä ryhmissä. Tapaamisten välillä työryhmän jäsenet kommentoivat laadittuja tekstejä myös kirjallisesti. Työryhmä pyysi myös usealta taholta, kuten lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastoilta sekä palvelujen tuottajilta ja niiden järjestämisestä vastaavilta tahoilta, lausunnot laatusuositusluonnoksesta.

## 1.2 Tehtävän täsmennys

Työryhmä rajasi laatusuositukset koskemaan ainoastaan päihdepalveluita.

*Päihdepalvelut* määriteltiin seuraavasti:

"Päihdepalveluilla tarkoitetaan niitä sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä ja erityisiä palveluita, joissa päihteiden ongelmakäyttäjä ja hänen läheisensä saavat tukea, apua, hoitoa tai kuntoutusta."

Laatusuositukset on valmisteltu sosiaali- ja terveydenhuollon sekä yleisten (esim. sosiaalitoimistot, mielenterveystoimistot, terveyskeskukset ja sairaalat) että erityisten (esim. A-klinikat, kuntoutuslaitokset) päihdepalvelujen asiakastyölle. Suositukset koskevat sekä valtion, kuntien että yksityisten yritysten tai järjestöjen tuottamia palveluita. Niihin voi sisältyä varsinaisen hoidon lisäksi myös asiakaskohtaista ehkäisevää työtä eli ns. sekundaaripreventiota. Sen sijaan muu ehkäisevä päihdetyö jää tarkastelun ulkopuolelle. Ehkäisevällä päihdetyöllä on yhtymäkohtia päihdepalveluihin, mutta sillä on lisäksi erityispiirteitä, jotka vaativat omat laatusuosituksensa.

Vaikka tämä suositus keskittyy sosiaali- ja terveystalouteen, ehkäisevää päihdetyötä toteutetaan hyvinkin laajasti ja monipuolisesti sekä valtakunnallisesti, alueellisesti että paikallisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman kautta rahoitettavissa hankkeissa pääpaino on juuri ehkäisevässä työssä, samoin Stakesin ehkäisevän päihdetyön yksikön ja Terveystalouden edistämisen keskuksen työohjelmissä. Näihin ohjelmiin ja hankkeisiin liittyy säännön mukaan myös seuranta ja arviointi.

## II LAADUKKAAT PÄIHDEPALVELUT

### 2.1 Päihdepalvelujen laatusuositukset

Päihdepalvelujen laatusuositukset on valmisteltu tukemaan kuntien päihdepalvelujen suunnittelua, järjestämistä ja kehittämistä. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton yhteinen suositus luo pohjaa laadukkaille päihdepalveluille. Suositukset antavat yleiset suuntaviivat, joita voidaan soveltaa paikallisesti kunkin kunnan ja kuntalaisten tarpeista lähtien.

Tässä luvussa esitellään tiivistetysti päihdepalvelujen laatua ohjaavat periaatteet ja suositukset lähtien yleisemmistä palvelujen tuottamisen periaatteista ja pitkäjännitteisen työn tarpeista edeten kohti konkreettisempia laadukkaan päihdepalvelun toteutumisen edellytyksiä. Osa suosituksista pohjautuu sisällölliseen, sosiaalioikeudelliseen ja eettiseen punnintaan, kun taas osalle löytyy laskennallisempia perusteluja, joita on sisällytetty myöhempiin lukuihin.

#### 2.1.1 Päihdepalvelujen lähtökohdat

- Kuntalaisilla on oikeus tarpeenmukaiseen ja tasokkaaseen, oikeaan aikaan toteutettuun päihdehoitoon ja -kuntoutukseen asuinpaikasta riippumatta.
- Päihteiden käyttöön ja siihen liittyviin ongelmiin vastataan kaikilla palvelujen tasoilla mahdollisimman varhain ja tarjotaan aktiivisesti tietoa, tukea ja apua. Näin menetellään erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä palveluissa, kuten sosiaalitoimistossa, työ-, opiskelija-, koulu- ja muussa perusterveydenhuollossa sekä äitiysneuvoloissa.
- Palvelut järjestetään siten, että asiakkaan perus- ja ihmisoikeudet ja oikeusturva toteutuvat.
- Päihdehoidon ja -palveluiden lähtökohtana on asiakkaan ja hänen läheistensä avun, tuen ja hoidon tarve.
- Periaatteina ovat itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, omatoimisuuden tukeminen ja luottamuksellisuus.
- Asiakkaan osallistuminen hoitoaan koskevaan suunnitteluun, päätöksentekoon ja sisältöön turvataan.
- Päihdekuntoutuksessa otetaan huomioon asiakkaan fyysinen ja psyykinen terveydentila sekä sosiaalinen tilanne ja tuen tarve.
- Päihdepalveluyksiköt kehittävät päihdepalveluja yhteistyössä asiakkaiden ja heitä edustavien järjestöjen ja vertaistukiryhmien kanssa.

### 2.1.2 Päihdestrategia

Jokaisella kunnalla on päihdestrategia osana kunnan terveys- ja hyvinvointistrategiaa. Strategiassa määritellään, miten kunnassa ehkäistään päihdehaittojen syntymistä ja miten päihdepalvelut on järjestetty sekä selvitetään sosiaali- ja terveydenhuollon työnjako päihdepalveluissa. Päihdestrategia voidaan laatia yhteistyössä muiden kuntien kanssa.

Päihdepalvelujen osalta strategiassa tulee olla määriteltyinä ainakin seuraavat seikat<sup>2</sup>:

- ◆ Mitä lainsäädäntö ja valtakunnalliset päihdeohjelmat edellyttävät päihdepalveluilta?
- ◆ Miten kunnan päihdetilannetta ja päihdepalvelujen tarpeita arvioidaan, ja millä tavoin niiden kehittymistä seurataan?
- ◆ Mitkä ovat kunnan päihdepalvelujen tavoitteet?
- ◆ Millainen on kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon eri palveluiden yhteistyö, vastuut ja työnjako päihdepalveluissa?
- ◆ Millä tavoin päihdepalvelujen saatavuus on kunnassa järjestetty, millaisia palveluita kuntalaisilla on saatavilla ja miten kuntalaiset voivat hakeutua niihin?
- ◆ Millä tavoin hoidon ja kuntoutuksen rahoituskäytännöt on järjestetty?
- ◆ Miten kuntalaisilta ja päihdepalvelujen asiakkailta sekä heidän läheisiltään saadaan palautetta heidän käyttämistään palveluista?
- ◆ Millä tavoin kuntalaisille tiedotetaan päihdepalveluista?
- ◆ Miten palvelujen toteutumista ja laatua seurataan ja arvioidaan?

### 2.1.3 Palvelujärjestelmä

- Kunta järjestää asukkailleen heidän tarvettaan vastaavia monipuolisia päihdepalveluja varhaisvaiheen toteutamisesta ja akuuteista päiivystyspalveluista alkaen pitkäaikaiskuntoutukseen.
- Palveluja on saatavilla suomeksi ja ruotsiksi sekä tarvittaessa myös muilla kielillä. Asiakkaan äidinkieleen, muuhun kulttuuritaustaan ja edellytyksiin käyttää palveluja tulee kiinnittää erityistä huomiota

---

<sup>2</sup> Ohjeita päihdestrategian laatimiseen löytyy: [www.stakes.fi/neuvoa-antavat](http://www.stakes.fi/neuvoa-antavat)

- Päihdehuollon erityispalveluja järjestetään seudullisesti silloin, kun se kuntakoosta tai muista syistä johtuen on tarkoituksenmukaista. Tällöin suositellaan, että kunnat sopivat kustannusten jaosta väestöpohjaisesti.
- Päihdepalvelujen resurssoinnissa otetaan huomioon päihteiden käytössä tapahtuneet laadulliset ja määrälliset muutokset.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset palvelut (mukaan lukien sairaalat sekä työ-, opiskelija- ja kouluterveydenhuolto) vastaavat omalta osaltaan päihdeongelman varhaisesta toteamisesta ja hoidosta.
- Kunta järjestää päivystyspalveluja, joihin voi hakeutua myös virka-ajan ulkopuolella ja viikonloppuisin ja saada kiireellisissä tapauksissa välitöntä hoitoa.
- Kriisitilanteissa hoitoon pääsee ilman ajanvarausta myös päihdehuollon erityispalveluissa tai muissa psykososiaalisissa palveluissa.
- Kunta järjestää toimivat katkaisu- ja vieroitushoitopalvelut. Katkaisu- tai vieroitushoitoa tarvitseva asiakas pääsee hoitoon välittömästi.
- Kunta järjestää päihdepalveluja, joihin voi hakeutua myös päihtyneenä.
- Kunnassa taataan palvelut päihteiden käytön vuoksi poliisisäilöön otetuille.
- Päihdehuollon avomuotoisiin erityispalveluihin on mahdollista hakeutua myös nimettömänä.
- Erityisesti avomuotoiset palvelut toteutetaan mahdollisimman lähellä asiakkaan asuinpaikkaa.
- Kunnassa on selkeästi sovittu päihdepalveluiden työnjako. Erityisesti mielenterveysongelmista kärsivien päihdeongelmaisten pääasiallinen hoitovastuu on määritelty.
- Päihdeongelmaisten läheisillä on mahdollisuus asioida myös yksinään päihdehuollon erityispalveluissa.

### ***Toimitilat ja palveluasuminen***

- Kunta järjestää tarpeenmukaisen asunnottomien ja puutteellisesti asuvien päihdeongelmaisten ensihuollon ja asumisen.
- Toimitilat ovat päihdepalvelujen antamiseen soveltuvia. Hoitoon tuleville ja hoidossa oleville turvataan riittävä yksityisyyden suoja. Katkaisuhoidon ja päihtyneiden tarkkailua varten on oltava asianmukaiset tilat. Perhekuntoutuksen antaminen edellyttää myös siihen soveltuvia tiloja.
- Toimitiloissa huomioidaan työsuojeluun ja -turvallisuuteen liittyvät tekijät.



- Laitos-, ryhmä- tai asuntolamuotoisessa palveluasumisessa tavoitteena on yhden hengen huone, jonka vähimmäispinta-ala on 15 m<sup>2</sup>. Kahden asukkaan huoneen vähimmäispinta-ala on 20 m<sup>2</sup>. Lyhytaikaisessa laitoshoidossa, kuten katkaisuhoidossa huonetila voi olla pienempi. Palveluasumisessa noudatetaan aina yleisiä asuinhuoneelle asetettuja vaatimuksia.
- Hoitolaitosta suunniteltaessa ja rakennettaessa huomioidaan erityisesti asiakkaan oikeus yksityisyyden suojaan.
- Tukiasumisessa noudatetaan pääsääntöisesti asunnon hallinnan osalta lakia asuinhuoneiston vuokraamisesta. Kuntoutus- ja muista tukipalveluista laaditaan erillinen sopimus.
- Päivystävissä palveluissa, kuten ensisuojoissa kiinnitetään erityistä huomiota asiakkaiden terveyteen sekä palveluiden tarpeeseen ja järjestetään heille mahdollisuudet joustavaan sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöön. Tilojen käytössä on kiinnitettävä erityistä huomiota myös terveysseikkoihin (ilmanvaihto, materiaalit, tila ja sen käyttö).
- Kaikissa toimitilakysymyksissä on huomioitava myös vammaisten henkilöiden tarpeet, erityisesti esteettömyys.
- Tilojen palo- ja asumisturvallisuuteen kiinnitetään erityistä huomiota kaikissa palveluissa.
- Kunta varaa toimitilat asiakasjärjestöjen ja vertaistukiryhmien toiminnalle.

### ***Päihdehuollon erityispalveluiden henkilöstömitoitus***

Henkilöstömitoituksissa on kyse suosituksista, jotka kunnat voivat ottaa huomioon omien voimavarojensa ja tarpeittensa mukaan. Työryhmän henkilöstömitoituksen arvioinnin lähtökohdina ovat olleet a) laskelmat päihteiden kulutuksen ja palvelukysynnän välisestä suhteesta; b) seurantatiedot palvelujärjestelmän työnjaon (palvelurakenteen) muutoksista (keskeisenä tavoitteena kääntää kehitys nykyistä enemmän kohti avohoitopainotteista päihdetyötä); c) vertailu muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen osalta esitettyihin laskennallisiin tarpeisiin (esimerkiksi perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen, mielenterveyshuollon ja ikäihmisten hoidon erilaisissa palveluyksiköissä) ja näiden lukujen suhteuttaminen päihdehaittojen yleisyyteen; d) työryhmän jäsenten omat tiedot ja arviot, joita on tehty sekä koko ryhmän kesken että erillisessä pienryhmässä.

- Polikliinisen päihdetyön henkilöstömitoituksen tavoitteena on 3 henkilötyövuotta 10 000 asukasta kohti. Suurimmissa kunnissa tarve voi olla tätäkin suurempi. Henkilöstötarve on sidoksissa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden toimivuuteen.
- Ympäri vuorokautisessa katkaisu- ja vieroitushoidossa henkilöstön mitoitus edellyttää 0,8 sosiaali- tai terveydenhuollon koulutuksen saanutta työntekijää asiakasta kohti. Joidenkin asiakasryhmien, kuten alaikäisten, huumeiden käyttäjien ja sekäkäyttäjien,

psykkisistä ongelmista kärsivien tai päihtyneiden hoidossa ammattikoulutetun henkilöstön tarve saattaa olla 1,5 työntekijää asiakasta kohti.

- Kuntoutuslaitoksen henkilöstömitoitus edellyttää 0,5 sosiaali- tai terveydenhuollon koulutuksen saanutta työntekijää kuntoutettavaa asiakasta kohti.
- Laitosmuotoisessa (huoltosuhteisessa) palveluasumisessa kohtuullisena henkilöstön mitoituksena voidaan pitää 0,3 sosiaali- tai terveydenhuollon koulutuksen saanutta työntekijää asiakasta kohti.
- Muuta kuin varsinaiseen asiakastyöhön osallistuvaa henkilöstöä (hallinto, siivous, ruokahuolto jne.) on oltava tarvittava määrä.
- Polikliinisisissa palveluissa sekä akuutissa laitoshoidossa (katkaisu- ja vieroitushoito sekä päivystys- ja päihtyneiden palveluissa) työvuorot ja henkilöstömitoitus järjestetään siten, että toimintayksikössä on aina vähintään kaksi työntekijää. Samoin muissa yksiköissä, joissa toiminta ja turvallisuus sitä edellyttävät.

#### 2.1.4 Henkilöstön osaaminen ja työssä jaksaminen

- Sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä palveluissa ja päihdehuollon erityispalveluissa varmistetaan, että yksiköissä työskentelevällä henkilöstöllä on perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen kautta muodostunut riittävä ammattitaito päihdeongelman varhaiseen toteamiseen, hoidon tarpeen arviointiin sekä päihdeasiakkaiden korkeatasoiseen ammatilliseen hoitoon ja kuntoutukseen.
- Työntekijöiden työssä jaksamisesta huolehditaan. Työntekijöille järjestetään mahdollisuus säännölliseen työnohjaukseen ja tarvittaessa konsultaatioon.
- Henkilöstön kelpoisuusehdoissa noudatetaan sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusehdoista annettua asetusta<sup>3</sup> sekä terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevaa lakia.<sup>4</sup>
- Työntekijöillä on valmiudet ottaa puheeksi asiakkaan päihteen käyttö. He tuntevat erilaisia hoito- ja interventiovaihtoehtoja ja kykenevät ohjaamaan kutakin asiakasta tämän tarpeiden mukaisesti.
- Jokaisen toimintayksikön oppimishjelmassa on huomioitu päihdehoidon ja -kuntoutuksen koulutustarpeet. Kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa asiakastyötä tekeville työntekijöille (kuten lääkäreille, sairaanhoitajille ja sosiaalityöntekijöille) järjestetään päihdetyön täydennyskoulutusta vähintään kaksi työpäivää viiden vuoden jaksolla. Päihdehuollon erityispalveluissa täydennyskoulutusta järjestetään vähintään viisi työpäivää vuodessa.

<sup>3</sup> Asetus sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuudesta (804/1992)

<sup>4</sup> Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994)

- Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa on vähintään yksi päihdetyöhön erikoistunut työntekijä, jonka tehtävänä on asiakastyön lisäksi kouluttaa muita oman yksikönsä työntekijöitä ja tehdä yhteistyötä muiden päihdetyötä tekevien ja eri viranomaistahojen kanssa. Henkilön tulee olla tehtävään koulutettu ja sitoutunut. Tehtävien on oltava selkeästi määriteltyjä ja työntekijälle on taattava tarvittavat resurssit tehtävän hoitamiseen.
- Päihdetyöntekijöille taataan turvalliset työskentelyolosuhteet riittävän henkilöstömitoituksen, tarvittavan tilasuunnittelun ja teknisten järjestelyjen avulla.

### 2.1.5 Asiakastyön toteutus

- Päihdepalveluja toteutetaan asiakaslähtöisesti, asiakkaan omia ja hänen läheistensä voimavaroja vahvistaen ja tukien.
- Vuorovaikutus asiakkaan kanssa perustuu kunnioittavaan, empaattiseen ja asiakasta motivoivaan lähestymistapaan.
- Asiakassuhde perustuu luottamuksellisuuteen. Luottamuksellisia tietoja on mahdollista luovuttaa vain asiakkaan nimenomaisella suostumuksella myös sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaskohtaisessa yhteistyössä.<sup>5</sup>
- Yksikössä oleva henkilötietolain mukainen rekisteriseloste on oltava jokaisen asiakkaan saatavilla.<sup>6</sup>
- Päihdetestin (alkoholi- ja huumetestit) tulos on luottamuksellinen tieto. Testauksia tulee tehdä ainoastaan henkilön itsensä suostumuksella ja vain hoidon tukena, eikä testauksesta saa aiheutua asiakkaalle kohtuutonta haittaa. Positiivinen testitulos varmennetaan tarvittaessa.
- Päihdehoidossa ja -kuntoutuksessa käytetään laajaan käytännön kokemukseen tai tieteelliseen näyttöön perustuvia hoitomenetelmiä, jotka täyttävät myös eettiset kriteerit.
- Päihdeongelman hoito toteutetaan moniammatillisesti ja verkostotyön mahdollisuudet hyödyntäen.
- Asiakkaan ilmaiset eksistentiaaliset ja uskonnolliset tarpeet otetaan huomioon palveluiden kokonaisuudessa.
- Naisten hoitoon ja kuntoutukseen liittyvät erityistarpeet huomioidaan.

---

<sup>5</sup> Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) sekä Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1996). Sosiaalihuollon osalta tarkemmin teoksessa Sosiaalihuollon asiakkaan asema ja oikeudet. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001: 11 sekä yleisemmin Parkkari ym. (2001). Julkisuus ja salassapito moniammatillisessa työssä. Stakes (nähtävissä myös internetissä: [www.stakes.fi/neuvoaantavat](http://www.stakes.fi/neuvoaantavat)).

<sup>6</sup> Henkilötietolaki (523/1999). Lisätietoja löytyy internet-sivuilta: [www.tietosuoja.fi](http://www.tietosuoja.fi)

- Kaikissa palveluissa huomioidaan vammaisten henkilöiden erityistarpeet.
- Asiakkaan läheisten tarvitsema tuen tarve otetaan huomioon.
- Asiakkaille, joilla on perhe tai muita lähiomaisia, järjestetään tarvittaessa perheta- paamisia.
- Päihdeperheen lasten hoidon ja tuen tarve kartoitetaan poikkeuksetta.
- Palvelujen toimintaperiaatteissa ja käytännöissä huomioidaan myös perheettömien ja vailla sosiaalisia suhteita olevien asiakkaiden sosiaalisen tuen tarve.
- Asiakkailta kerätään palautetta siitä, millaisena he ovat saamansa palvelun kokeneet.

### ***Asiakkaan palvelun tarpeen arviointi ja ohjaus***

- Asiakasta pyritään auttamaan ensisijaisesti siinä sosiaali- tai terveydenhuollon toimintayksikössä, mihin hän hakeutuu. Häntä autetaan myös tarvittavissa palveluun liittyvien maksujen järjestelyssä. Ensikontaktipaikka vastaa asiakkaan hoidosta siihen asti, kun hän mahdollisesti siirtyy jatkohoitopaikkaan.
- Asiakkaalle annetaan tietoa eri hoito- ja kuntoutusvaihtoehdoista sekä tarjotaan monipuolisia palveluvaihtoehtoja.
- Myös päihtyneenä hoitoon hakeutuneen asiakkaan palvelujen tarve selvitetään ja siihen vastataan.

### ***Hoito- ja kuntoutussuunnitelma sekä hoidon toteutus***

- Hoidossa noudatetaan asiakkaan hoidon tarpeen arvion pohjalta laadittua, tarpeen mukaan päivitettyä kirjallista kuntoutussuunnitelmaa, jonka laadintaan asiakas on itse osallistunut.
- Palvelupäätökset tehdään aina kirjallisina, kun laki tai asiakkaan oikeusturva sitä edellyttää.
- Asiakkaalle annetaan selkeä kuva hoidon sisällöstä ja kulusta. Hoitoon liittyvien sopimusten ehtojen on oltava eettisesti hyväksyttäviä.

### ***Hoidon ja kuntoutuksen jatkuvuus***

- Asiakkaan kanssa laadittua hoitosuunnitelmaa arvioidaan ja tarkistetaan tarvittaessa hoitojakson kuluessa ja sen päättyessä sekä sovitaan tarkoituksenmukaisista jatko- hoito- ja tukitoimista.

- Pitempiaikaista hoitoa tai kuntoutusta tarvitsevalle päihdeasiakkaalle nimetään sosiaali- tai terveydenhuollon palveluissa vastuuhenkilö, joka ottaa kokonaisvastuun asiakkaan hoidosta ja kuntoutuksesta. Tässä voidaan soveltaa palveluohjauksen periaatteita. Vastuutahon tulee olla selkeästi määritelty ja asiakkaan itsensä hyväksymä.
- Hoitopaikan vaihtuessa hoitovastuun siirtymisestä sovitaan selkeästi kaikkien osapuolten kesken ja se kirjataan tarvittaessa myös hoitosuunnitelmaan tai läheteeseen.
- Asiakkaan sosiaalisten tukiverkostojen kartoittaminen ja vahvistaminen on olennaisen tärkeää hoitotulosten pysyvyyden kannalta.
- Asiakkaille tarjotaan tarvittaessa mahdollisuus verkostopalaveriin, johon voidaan kutsua jatkohoitopaikan ja muiden hoitoon liittyvien tahojen edustajat, omaisia sekä asiakkaan muuta tukiverkostoa.
- Asiakkaan hoitoa jatketaan hoitosuunnitelmaa tarkistaen mahdollisesta päihteiden käytöstä huolimatta.
- Asiakkaiden hoidon jälkeisestä elämäntilanteesta, palvelutarpeista ja niiden toteutumisesta tehdään seuranta.

### *2.1.6 Seuranta ja arviointi*

Kunta laatii määrävuosina päihdepalvelujen tilinpäätöksen osana kunnan terveys- ja hyvinvointitilinpäätöstä tai vastaavaa asiakirjaa. Päihdepalvelujen osalta sen sisältö koostuu esimerkiksi seuraavanlaisista tiedoista ja indikaattoreista, joiden on hyvä olla mahdollisimman konkreettisia ja käytännöllisiä

- ◆ Kunnan päihdestrategia: miten päihteiden käyttö on kehittynyt, miten päihdehaittoja ehkäistään, millaisia palveluita on käytettävissä?
- ◆ Kunnan käyttämien päihdepalveluiden kuvaukset ja niiden arvio omasta toiminnastaan.
- ◆ Päihdepalvelujen kustannukset suhteessa toteutuneisiin palveluihin. Alueellinen ja valtakunnallinen vertailu.
- ◆ Päihdepalveluista tiedottaminen, määrä ja laatu.
- ◆ Kuvaus päihdepalvelujen toimintakäytännöistä ja työnjaosta (hoidon tarpeen arviointi ja erilaiset palveluketjut).
- ◆ Henkilöstön määrä ja koulutustaso.
- ◆ Henkilöstölle järjestetty täydennyskoulutus ja työnohjaus.
- ◆ Palvelusuunnitelmien laatu ja kattavuus.

- ◆ Jonotusajat eri palveluihin.
- ◆ Asiakastyytyväisyyskyselyjen tulokset.
- ◆ Valitusten, asiakas- tai potilaslain mukaisten muistutusten, kanteluiden sekä sosiaali- ja terveysministeriön perusturvalautakunnan käsittelemien tapausten määrät ja ratkaisut.
- ◆ Mahdolliset päihdetapauslaskentojen tulokset, muut tilastotiedot päihdepalvelujen asiakkaista, tieto asiakasvirroista.
- ◆ Muut mahdolliset päihdehaittoihin tai –palveluihin liittyvien selvitysten ja tutkimusten tulokset

## 2.2 Laatu sosiaali- ja terveydenhuollossa

Sosiaali- ja terveydenhuollossa laadun voi määritellä kyvyksi tunnistaa, määrittää ja täyttää asiakkaiden palvelujen tarve ammattitaitoisesti ja eettisesti kestäväällä tavalla, edullisin kustannuksin sekä lakien, asetusten ja määräysten mukaan. Laatuun kuuluu myös kyky kohdentaa voimavarat ensisijaisesti eniten tarvitseville.

Laatua voidaan arvioida kolmesta eri näkökulmasta:

- asiakkaan kokemana,
- ammatillisesta ja
- johtamisen (palvelujärjestelmän) näkökulmista.

*Asiakas* on aina keskeinen palvelujen laadun arvioija. Asiakkaan kokema laatu kertoo, tuottaako palvelu asiakkaalle sitä, mitä hän tuntee tarvitsevansa. Asiakkaat painottavat laatua arvioidessaan sekä palvelujen saatavuutta, sujuvuutta, saamaansa kohtelua että ammatillista laatua. *Ammatillinen laatu* kertoo, täyttääkö palvelu asiakkaan tai potilaan tarpeet ja onko tulos hyvä ammatillaisen näkökulman mukaan. *Johtamisen laatu* taas kertoo, toteutetaanko palvelu sujuvasti ilman hukkakäyttöä ja virheitä, taloudellisesti sekä lakeja ja määräyksiä noudattaen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ketjussa osallistujat painottavat laadussa eri asioita ja ovat vastuussa eri ulottuvuuksista toimintojen suunnittelussa ja laadunhallinnassa. Vaikka laatu on vaikea määritellä, on tärkeää sopia, mitä kyseisessä toiminnassa ja organisaatiossa tarkoitetaan sillä laadulla, jota tavoitellaan. Tämä yhteinen käsitys ilmaistetaan laatupolitiikassa ja se tulee välittää sekä väestölle, asiakkaille että palvelujen parissa työskenteleville. Laatusuositukset ja -kriteerit ovat apuna laadun sisällön konkretisoinnissa ja täsmentämisessä ja ne ovat palvelujen laadun arvioinnin apuvälineitä sekä toimivat myös suunnittelun apuna.

Toiminnan välittömien tulosten seuranta, asiakkaiden hoidon tuloksellisuuden ja pitkäaikaisemman vaikuttavuuden seuranta ja seurannan tulosten käyttäminen toimintojen kehittämisen pohjana on oleellista. Siksi laatusuosituksiin on tärkeä sopia myös seurannan ja arvioinnin pohjaksi laatua kuvaavat indikaattorit.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan kehittämiseksi annettu valtakunnallinen suositus<sup>7</sup> korostaa

- asiakkaan osallistumista laadunhallintaan,
- johdon tehtävää laadun luotsaajana,
- henkilöstöä hyvän laadun edellytyksenä,
- laadunhallinnan ulottamista myös ehkäisevään toimintaan,
- laatutyön perustumista prosessien hallintaan,
- tiedon merkitystä pyrittäessä parempaan laatuun ja
- laatutyön tekemistä järjestelmälliseksi.

Päihdepalvelujen laatua tulisi tarkastella sekä teknisesti (esimerkiksi tilakysymyksinä) että prosessuaalisesti (esimerkiksi toimintakäytäntöinä). Tämän lisäksi niitä on tarkasteltava sisällöllisesti yleisinä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluina ja erityisesti päih-teiden käyttäjille tarkoitettujen palvelujen erityisehtojen ja sisällöllisten vaatimusten näkökulmasta. Palvelun olisi oltava laadukasta sekä palveluja käyttävän asiakkaan, niistä järjestämisvastuussa olevan kunnan että koko yhteiskunnan näkökulmasta. Laadun kriteerit tulisi määritellä siten, että niitä on mahdollista tavalla tai toisella mitata. Seuraavassa on käytetty Wildingin (1994) esittämiä palvelujen laadun kriteerejä sovitettuna suomalaisen palvelujärjestelmän ja yhteiskunnan rakenteisiin ja tarpeisiin.<sup>8</sup> Keskeisin palvelujen asiakas on kuntalainen – mikäli laadun kriteerit eivät toteudu henkilöasiakkaan tasolla, niitä ei voida mitata myöskään yhteisön tai yhteiskunnan tasolla.

---

<sup>7</sup> Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. STM, Stakes, Suomen Kuntaliitto 1999.

<sup>8</sup> Kaukonen 1998

<b>ASIAKAS</b>	<b>LAADUN KRITEREJÄ</b>
<b>Kuntalainen</b>	Saavutettavuus, hyväksyttävyyys, avoimuus ja vaikuttavuus
<b>Kunta</b>	<p><b>Edellisten lisäksi</b></p> <p>Yhteensopivuus muiden kunnan tai sen kustantamien palveluiden sekä muiden sosiaali- ja terveystieteiden toimien kanssa</p> <p>Koko palvelujärjestelmän riittävyys</p> <p>Oikea kohdentuminen ja tasa-arvo</p> <p>Kustannuskehityksen ennustettavuus</p> <p>Työntekijöiden työkyvystä huolehtiminen</p> <p>Yleinen viihtyvyys</p>
<b>Yhteiskunta</b>	<p><b>Edellisten lisäksi</b></p> <p>Yleiset sosiaali- ja terveystieteelliset tavoitteet</p> <p>Poliittinen hyväksyttävyyys</p> <p>Sosiaalisen turvallisuuden ylläpito</p>

Palvelun saavutettavuus on keskeinen ehto muiden kriteerien täyttymiselle. Palveluiden saavutettavuus ei tarkoita vain fyysistä vaan myös psykologista esteettömyyttä. Konkreettisia esteitä ovat jonotusajat ja hoitopäätösten käsittelyajat, hankalat aukioloajat sekä palvelumaksut. Hyväksyttävyyteen kuuluu se, että palveluiden toimintaperiaatteet ovat sopuinnassa yleisten lakien ja muiden säädösten kanssa, esimerkiksi eri asiakasryhmien tasa-arvoinen kohtelu. Avoimuutta on organisaation tavoitteiden ja toimintaprosessien julkisuus ja läpinäkyvyys erityisesti asiakkaan näkökulmasta. Vaikuttavuudella tarkoitetaan toiminnan tavoitteiden mukaisten tulosten saavuttamista. Tavoitteet voivat olla sekä yksilö- että yhteisötasoisia.



## III PÄIHDEPALVELUT TÄNÄÄN

### 3.1 Päihdepalveluja koskeva lainsäädäntö

Perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Perustuslaissa säädetään myös ihmisten yhdenvertaisuudesta ja kielletään ihmisarvoa loukkaava kohtelu.<sup>9</sup> Palvelujen riittävyyttä arvioidessa voidaan lähtökohdana pitää sellaista palvelujen tasoa, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä.<sup>10</sup>

Päihdepalvelujen järjestämisvelvollisuus on kunnilla. Päihdehuoltolain<sup>11</sup> mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Palveluja tulee antaa päihteiden ongelmakäyttäjälle, hänen perheelleen ja muille läheisille. Palveluja on annettava asiakkaan avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella. Toiminnassa on otettava huomioon ensisijaisesti päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä etu. Palvelujen piiriin on voitava hakeutua oma-aloitteisesti ja asiakkaan itsenäistä suoriutumista tulee tukea mahdollisimman paljon.

Päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä ja siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä. Päihdehoitoa toteutetaan sekä terveyden- ja sosiaalihuollon yleisissä palveluissa että erityisissä päihdepalveluissa. Palveluiden toteuttamiseen, päihdeongelman varhaiseen esille ottamiseen ja päihteiden käyttäjien ongelmien hoitoon osallistuvat kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnoissa työskentelevät.

Palveluja annettaessa asiakasta on autettava ratkaisemaan myös toimeentuloon, asumiseen ja työhön liittyviä ongelmia. Päihdehuollon toteuttaminen edellyttää eri viranomaisten ja yhteisöjen tiivistä yhteistyötä. Sosiaalipalvelujen osalta yleiset säännökset järjestämisvelvollisuudesta sisältyvät sosiaalihuoltolakiin<sup>12</sup>, terveyspalvelujen osalta kansanterveyslakiin<sup>13</sup> ja erikoissairaanhoidolakiin.<sup>14</sup> Päihdehuollon palveluista säädetään päihdehuoltolaissa.

Sosiaalihuollon asiakaslaissa<sup>15</sup> ja potilaslaissa<sup>16</sup> säädetään asiakkaan ja potilaan oikeudesta saada laadultaan hyvää sosiaalihuoltoa, terveyden- ja sairaanhoitoa sekä siihen liittyvää hyvää kohtelua. Mahdollisesta päihdeongelmastaan huolimatta henkilöllä on oikeus normaaleihin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin.

Oikeuskirjallisuudessa on katsottu, että päihdehuoltolain perusteella henkilöillä, joilla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia, sekä heidän perheillään ja läheisillään on subjektiivinen oikeus saada päihdepalveluita. Kuntalaisella ei kuitenkaan ole katsottu olevan oikeutta saada juuri tiettyä haluamaansa palvelua, kuten hoitoa haluamassaan lai

<sup>9</sup> Suomen perustuslaki (731/1999)

<sup>10</sup> HE (309/1993) EK:lle perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta

<sup>11</sup> Päihdehuoltolaki (41/1986)

<sup>12</sup> Sosiaalihuoltolaki (710/1982)

<sup>13</sup> Kansanterveyslaki (66/1972)

<sup>14</sup> Erikoissairaanhoidolaki (1062/1989)

<sup>15</sup> Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000)

<sup>16</sup> Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)

toksessa. Eräiden lääninoikeuksien (nyk. hallinto-oikeuksien) ratkaisujen on kuitenkin katsottu laajentaneen subjektiivisen oikeuden ulottuvuutta siten, että mikäli hakija kykenee osoittamaan, että hänen haluamansa hoitovaihtoehto on hänen tarpeeseensa parhaiten soveltuva, hänelle on annettava palvelu hänen hakemuksensa mukaisesti.<sup>17</sup>

Jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon.<sup>18</sup> Taloudellisista etuuksista toimeentulotuki on subjektiivinen ja viimesijainen oikeus. Sosiaalisten riskien varalta taataan lailla jokaiselle oikeus perustoimeentulon turvaan työttömyyden, sairauden ja työkyvyttömyyden perusteella.<sup>19</sup> Täten myös päihdekuntoutujalla on oikeus saada sairausvakuutuslaissa<sup>20</sup> ja kuntoutusrahalaissa<sup>21</sup> säädetyt etuudet. Kuntoutusraha on ensisijainen sairauspäivärahan nähdessä. Kuntoutusrahaa voi saada perhe- ja yksilökuntoutukseen. Yksilökuntoutus edellyttää työpaikan hoitoonohjausta tai työterveyslääkärin lausuntoa. Työtön päihdekuntoutuja voi saada kuntoutusrahaa, jos kuntoutuspäätös on tehty kansanterveyslain perusteella. Sairauspäivärahan saamisen ehtona on lääkärintodistuksella tai -lausunnolla todettu sairaus ja työkyvyttömyys omaan tai vastaavaan työhön.

Päihdehuoltolaki antaa mahdollisuuden myös tahdosta riippumattomiin toimenpiteisiin väkivaltaisuuden ja terveysvaaran perusteella. Tällaisia tapauksia on vuosittain ollut äärimmäisen vähän. Lisäksi käsitykset tahdonvastaisen hoidon tarpeesta, sen oikeutuksesta ja tehokkuudesta ovat hyvin erilaisia. Tahdosta riippumatonta hoitoa ja siihen liittyviä epäkohtia käsitellään Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistiossa ”Perusteltuja rajoituksia vai huonoa kohtelua – selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon pakotteista”.<sup>22</sup>

---

<sup>17</sup> Tuori 2000, 269-271

<sup>18</sup> Suomen perustuslaki (731/1999) 19 § 1 mom.

<sup>19</sup> Suomen perustuslaki (731/1999) 19 § 2 mom.

<sup>20</sup> Sairausvakuutuslaki (364/1963)

<sup>21</sup> Kuntoutusrahalaiki (611/1991)

<sup>22</sup> Sosiaali- ja terveysministeriö, työryhmämuistioita 2001:33

## 3.2 Päihdepalvelujärjestelmä

Palvelujärjestelmää voidaan kuvata seuraavalla kaaviolla:

### KUNNAN PÄIHDESTRATEGIA

- Sisältää ehkäisevän päihdetyön
- Määrittelee kuinka päihdepalvelut kunnassa järjestetään
- Antaa kuntalaisille tietoa mm. siitä, mistä päihdeiden käyttäjä voi hakea apua

### SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON YLEISET PALVELUT AVOHOITO

- Terveyskeskukset
- Sosiaalitoimistot
- Mielen terveystoimistot
- Työterveyshuolto
- Oppilaspalvelu

### PÄIHDEHUOLLON ERITYISPALVELUIDEN AVOHOITO

- A-klinikat
- Nuorisoasemat ja päihdepysäkit
- Terveysneuvontapisteet (voidaan sijoittaa myös yleisiin palveluihin)
- Päiväkeskukset

### SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON YLEISET PALVELUT - LAITOSHOITO (ympäri vuorokautinen hoito)

- Sairaaloiden vuodeosastot
- Psykiatrisen sairaalahoidon
- Asumispalvelut

### PÄIHDEHUOLLON ERITYISPALVELUIDEN LAITOSHOITO (ympäri vuorokautinen hoito)

- Kuntoutuslaitokset
- Katkaisuhoidon asemat
- Asumispalvelut

### 3.2.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset palvelut

Väestön terveydenhuollon peruspalvelut annetaan kuntien terveyskeskuksissa. Perusterveydenhuolto toteutetaan jo suurimmassa osassa terveyskeskuksia väestövastuuperiaatteella yksiköissä, joihin kuuluu esimerkiksi yksi terveyskeskuslääkäri ja sosiaalityöntekijä (tai sosionomi AMK), 1 – 2 terveydenhoitajaa ja kotipalveluhenkilöstöä 6 – 10 henkeä riippuen vanhusten määrästä. Väestövastuussa toimitaan 1 500 – 2 000 asukkaan väestöpohjalla.

Kunnat vastaavat myös asukkaidensa erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Kukin kunta kuuluu sairaanhoitopiiriin, joka järjestää ja tuottaa erikoissairaanhoidon palvelut alueensa väestölle. Joissakin keskussairaaloissa on myös päihdepsykiatria erikoistuneita yksiköitä.

Perusterveydenhuollon palvelut tai yhdistetyt sosiaali- ja terveyspalvelut vastaavat useimmissa kunnissa päihdeongelmaan liittyvistä päivystysluontoisista palveluista ja ensiavusta. Terveysasemien, mielenterveystoimistojen, kotisairaanhoidon, äitiys- ja lastenneuvoloiden, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon sekä työterveyshuollon rooli on keskeinen varhaisvaiheen päihdeongelmien tunnistamisessa, avun tarjoamisessa ja hoitamisessa. Perusterveydenhuolto tarjoaa monin paikoin muun muassa päihteiden käyttökierteen katkaisu- ja vieroitushoitoa sekä vastaavat päihdesairauksien, -vammojen ja -myrkytysten hoidosta. Siten perusterveydenhuollossa tulee olla valmiudet hoidon tarpeen sekä oikean hoitopaikan arviointiin. Vaikeimmat päihteiden käyttöön liittyvät psyykkiset ja somaattiset ongelmat hoidetaan erikoissairaanhoidossa. Vuoden 1999 päihdetapauslaskennan<sup>23</sup> mukaan noin kolmannes päihde-ehtoisista asioinneista toteutui terveydenhuollon palveluissa. Suomalaisten tutkimusten mukaan joka viides miespotilas ja miltei joka kymmenes naispotilas on alkoholin suurkuluttaja.<sup>24</sup>

Sosiaalipalveluilla tarkoitetaan erityisesti niitä kunnan järjestämisvastuulle kuuluvia toimintoja, joista säädetään sosiaalihuoltolain 17 §:ssä. Yleisiin sosiaalipalveluihin kuuluvat muun muassa sosiaalityö, lastensuojelu, lasten päivähoito, kasvatusta ja perheneuvonta, vanhusten huolto, kotipalvelut, asumispalvelut sekä ensi- ja turvakodit. Sosiaalityö on sosiaalityön koulutuksen saaneen työntekijän antamaa ohjausta, neuvontaa ja sosiaalisten ongelmien selvittämistä. Palvelua annetaan joko yksilölle, perheelle tai yhteisölle. Kunnallisen sosiaalityön vastuulla on toisaalta kunnan sosiaalihuollon kokonaisuus, toisaalta kaikkein vaikeimmissa tilanteissa olevien yksilöiden ja perheiden auttaminen. Näin sosiaalityöntekijät ovat keskeisessä asemassa kunnan asukkaiden sosiaalisten ongelmien yleisyyden ja ilmenemismuotojen ymmärtämisessä. Sosiaalityössä asiakkaita voidaan tarpeen mukaan ohjata myös muiden palvelujen piiriin.

Sosiaalityö pyrkii yksilöiden ja perheiden ongelmien poistamiseen ja ihmisten ahdingon lievittämisen ohella vaikuttamaan ongelmien taustatekijöihin. Yhä enemmän kiinnitetään huomiota asiakkaan koko elämäntilanteeseen ja hänen vaikutusmahdollisuuksiinsa. Suomessa oli 2 800 asiakastyötä tekevää sosiaalityöntekijää vuonna 1998<sup>25</sup>.

Vuoden 1999 päihdetapauslaskennan mukaan joka kymmenes päihde-ehtoinen asiointi sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtui sosiaalitoimistoissa ja viisi prosenttia käytti

<sup>23</sup> Nuorvala ym. 2000

<sup>24</sup> Seppä & Mäkelä 1993; Sillanaukee ym. 1994

<sup>25</sup> Marjamäki ym. 1998

kotipalveluja. Näillä onkin keskeinen asema päihdeongelmaisten tavoittamisessa ja auttamisessa. Sosiaalitoimistojen työhön kuuluvat muun muassa asiakkaan neuvonta ja ohjaus eri päihdehuollon palveluihin, kotipalvelu, maksusitoumusten järjestäminen sekä auttaminen toimeentuloon ja asumiseen liittyvissä ongelmissa. Sosiaalitoimistojen rooli myös pitempiaikaisessa hoidossa ja asiakkaan kuntoutuksessa on tärkeä erityisesti kunnissa, joissa ei ole joustavasti tarjolla erikoistuneempia päihdepalveluja.

### 3.2.2 Päihdehuollon erityispalvelut

Päihdehuollon erityispalvelut ovat usein sosiaalitoimen yksiköitä. Rinnalle on syntynyt joitakin terveydenhuollon erityispalveluja, jotka ovat ensisijaisesti erikoistuneet huumausaineiden käyttäjien hoitoon. Päihdehuollon erityispalvelut voidaan jakaa avohoittoon, välimuotoisiin palveluihin, kuten ensisuojiin ja asumispalveluihin sekä laitostuntoutukseen.

#### *Avohoitoyksiköt*

A-klinikat ja vastaavat avohoitoyksiköt tarjoavat apua päihdeongelmiin ja niihin liittyviin sosiaalisiin, somaattisiin ja mielenterveydellisiin vaikeuksiin. A-klinikat ovat polikliinisiä yksiköitä ja niiden palvelut ovat asiakkaille maksuttomia. Työ koostuu pääosin yksilö-, perhe- ja ryhmäterapeuttisista keskusteluista ja lääkinnällisestä hoidosta. A-klinikoilla toteutetaan myös polikliinistä katkaisuhoidoa. Vuonna 2000 Suomessa oli 75 A-klinikkaa. Vuosittain A-klinikoilla käy noin 40 000 asiakasta ja käyntikertoja kertyy noin 350 000.<sup>26</sup> A-klinikkaverkosto on kaupunkikuntia ajatellen melko kattava.

Monipalveluyksiköt. Muutamissa kunnissa A-klinikka, mielenterveystoimisto ja/tai perheneuvola on yhdistetty yhdeksi palveluyksiköksi. Tavoitteena on ollut, että syntyvässä kokonaisuudessa kaikkien osa-alueiden osaaminen säilyisi ja samalla kehittyisi.

Nuorisoasema on ensisijaisesti nuoria ja heidän läheisiään päihde- ja muissa nuoruuteen liittyvissä vaikeuksissa palveleva avohoitoyksikkö. Toimintamuodot ovat pitkälti samat kuin A-klinikoilla. Nuorisoasemat toimivat usein hallinnollisesti A-klinikoihin kytkettyinä. Vuonna 2000 nuorisoasemia oli kaikkiaan 12. Asiakkaita oli tällöin noin 4 500 ja käyntikertoja noin 33 000.

Nuorten päihde- ja huumepestä on pyritty madaltamaan nuorten hoitoonhakeutumiskynnystä esimerkiksi aukioloaikoja laajentamalla tai tarjoamalla mahdollisuutta hakeutua hoitoon nimettömästi. Nuorten päihde- ja huumepestä saa apua akuutteihin päihde- ja huumeongelmiin ja ohjausta muihin hoitopaikkoihin. Osa tarjoaa mahdollisuutta myös pitkäjänteisempään hoitoon.

Huumeiden käyttäjille tarkoitetuissa terveysneuvontapisteissä on mahdollisuus vaihtaa puhtaita injektiovälineitä sekä saada terveysneuvontaa, hepatiittirokotuksia ja muita huumeiden käytön haittojen vähentämiseen tähtäviä palveluja. Päihde- tai muuta hoitoa

<sup>26</sup> Päihdetilastollinen vuosikirja 2001

haluavat asiakkaat ohjataan muuhun hoitoon. Terveysneuvontapisteet voivat toimia hallinnollisesti sosiaali- ja terveydenhuollon yleispalvelujen tai päihdehuollon erityispalvelujen piirissä. Vuonna 2000 kaikkiaan 13 paikkakunnalla olleissa terveysneuvontapisteissä asioi noin 4 800 asiakasta ja asiointeja kertyi noin 32 000.<sup>27</sup> Vuoden 2002 alussa terveysneuvontapisteitä oli jo yhdeksällätoista paikkakunnalla.

Päiväkeskukset tarjoavat ruokailu- ja peseytymismahdollisuuden, toisinaan työ- ja askartelutoimintaa ja harrasteita sekä ennen kaikkea sosiaalisen yhteisön. Päiväkeskukset toimivat joko erillisinä tai muiden palveluiden yhteydessä. Arvion mukaan päiväkeskuspalveluja käyttää vuosittain 5 000 – 10 000 henkilöä.<sup>28</sup>

Edellä mainittujen päihdehuollon erityispalvelujen lisäksi joillakin suuremmilla paikkakunnilla voi olla muita matalan kynnyksen palveluja, kuten esimerkiksi asunnottomien päihdeongelmaisten yökahvilatoimintaa.

### ***Ensisuojat ja asumispalvelut***

Ensisuojat ovat väliaikaisia majoituspaikkoja. Ensisuojasta saa yösijan myös päihtyneenä. Ne tarjoavat yöpymismahdollisuuden lisäksi vaihtelevasti myös muita palveluja. Ensisuojien määrä on vähentynyt 1980-luvun lopulta alkaen. Niiden käyttäjiä ovat olleet kaikista syrjäytyneimmät päihdeongelmaiset. Ensisuojissa yövyttiin vuonna 2000 noin 71 000 kertaa.<sup>29</sup>

Palveluasuminen on huoltosuhteeseen perustuvaa ympärivuorokautista palvelua päihdeongelmaisille, jotka tarvitsevat tilapäisesti tai pysyvästi päivittäistä tukea ja apua. Asumispalvelut vaihtelevat suuresti luonteeltaan. Eroja on muun muassa asumisajoissa ja henkilöstörakenteessa. Asumisen lisäksi toimintayksiköissä on vaihtelevasti myös muita palveluja, kuten mahdollisuus erilaisiin hoitoihin ja kuntoutukseen sekä perustarpeiden tyydyttämiseen, esimerkiksi ruokailuun. Hoitokodit ovat kuntouttavia asumispalveluja aktiivi-ikäisille, ja niiden tavoitteena on kuntouttaa asiakas itsenäiseen asumiseen, mahdollisesti myös työhön. Hoitokoteja on sekä kuntoutusyksiköissä että erillisinä. Hoitokotien lisäksi asumispalveluja tarjoavat huoltokodit, jotka on tarkoitettu pitempiaikaista, jopa pysyvää asumista varten iäkkäille päihteiden käyttäjille. Asumispalveluyksiköissä oli vuonna 2000 noin 504 500 asumisvuorokautta. Asumispalvelujen paikkaluku on noin 1 500 ja asiakkaita on vuosittain noin 5 000.<sup>30</sup>

Tukiasunnoissa asuvien selviytymistä pyritään edistämään erilaisilla tukitoimilla. Tarkkaa tietoa tällaisten asuntojen määrästä ei ole, mutta on arvioitu, että 1990-luvun puolivälissä niitä olisi ollut 6 500 – 7 000, joista noin puolet oli järjestöjen ylläpitämiä. Asunnot ovat joko yksittäisiä asuntoja, asuntoryyppeitä samassa portaassa tai erityisesti itsenäiseen, tuettuun asumiseen tarkoitettuja rivi- tai kerrostaloja. Niissä saattaa olla yhteisiä päiväkeskus- ja harrastetiloja sekä tukiperheiden asuntoja.

<sup>27</sup> Stakes 2001, julkaisematon tieto

<sup>28</sup> Kaukonen 2000

<sup>29</sup> Päihdetilastollinen vuosikirja 2001

<sup>30</sup> Kaukonen 2000

## ***Laitoskuntoutus***

Katkaisuhoitoasemilla pyritään pysäyttämään päihteiden käyttökierre ja luomaan edellytykset fyysiselle, psyykkiselle ja sosiaaliselle kuntoutukselle. Katkaisuhoitoasema voi toimia osana kuntoutusyksikköä. Katkaisuhoitoasemat ovat usein 10 – 20-paikkaisia laitoksia. Niitä on Suomessa noin parikymmentä. Katkaisuhoito toteutetaan ympärivuorokautisesti ja valvotusti. Katkaisuhoitoa toteutetaan myös terveyskeskusten vuodeosastoilla ja psykiatrisissa sairaaloissa.

Kuntoutuslaitokset tarjoavat sekä katkaisuhoitoa että pitempiaikaista kuntoutusta. Keskeisiä työmuotoja ovat yksilö- ja ryhmäkeskustelut, terveyden kohentaminen, toiminnallinen kuntoutus sekä laitoshoidon jälkeisen jatkohoidon suunnittelu. Myös perheenjäsenet voivat tarvittaessa tai halutessaan osallistua hoitoon. Hoitajaksojen kesto vaihtelee viikosta muutamaa kuukauteen. Huumeongelmien hoidossa hoitajakset ovat yleensä pidempiä ja voivat kestää useita kuukausia. Vuonna 2000 laitospalveluja tarjoavia yksiköitä oli 47, lukuun sisältyvät myös katkaisuhoitoasemat. Asiakkaita kertyi silloin noin 11 000 ja hoitovuorokausia noin 278 000.<sup>31</sup>

## ***Opioidiriippuvaisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoito***

Opioidiriippuvaisten lääkkeellisen vieroitus-, korvaus- ja ylläpito-hoidon tarpeen arviointi suoritetaan ja hoito aloitetaan keskussairaalassa tai sosiaalisairaalassa.<sup>32</sup> Sairaanhoidopiiri voi antaa tehtävän myös keskussairaalan sijasta vastaavantasoiselle sairaalalle. Tämän lisäksi kyseisen hoidon tarpeen voi arvioida ja hoidon aloittaa kuntayhtymän toimintayksikkö, terveyskeskus, päihdehuollon yksikkö tai vankeinhoitolaitoksen terveydenhuollon yksikkö, jolla on hoidosta vastaava, erikseen nimetty lääkäri ja muu toiminnan edellyttämä, hoidon aloittamiseen perehtynyt henkilökunta, asianmukaiset tilat sekä muut edellytykset hoidon aloittamiseen itsenäisesti.

Hoidon jatkaminen tapahtuu yhteistyössä hoidon aloittaneen yksikön kanssa edellä mainituissa hoitoyksiköissä. Korvaus- ja ylläpitohoito tulee hoidon pitkäkestoisuuden vuoksi pyrkiä siirtämään mahdollisimman lähelle potilaan asuinpaikkaa. Hoidon tulee perustua hoitosuunnitelmaan, jossa lääkehoidon lisäksi määritellään myös muu lääketieteellinen sekä psykososiaalinen hoito ja sen seuranta.

### ***3.2.3 Vertaistuki***

Palvelujärjestelmän rinnalla toimii myös joitakin itsenäisiä vapaaehtoisuuteen perustuvia vertaistukiryhmiä ja asiakasjärjestöjä.

AA (Nimettömät Alkoholistit) toimii Suomessa 270 paikkakunnalla ja ryhmiä on tällä hetkellä 680. Kysymyksessä ovat vertaisryhmät, joihin pääsyvaatimuksena on halu lo

<sup>31</sup> Päihdetilastollinen vuosikirja 2001

<sup>32</sup> Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitus-, korvaus- ja ylläpito-hoidoista eräillä lääkkeillä (289/2002)

pettaa alkoholin käyttö. AA-ryhmät ovat omavaraisia, itsenäisiä ja niissä toimitaan nimettöminä. Vuonna 2001 raittiuden vuosipäivänsä ilmoitti 4 550 jäsentä, mutta jäsenmäärä on suurempi ja kävijämäärä tätäkin suurempi. AA-toiminta tähtää pysyvään raittiuteen ja mielekkääseen elämään.

NA (Narcotics Anonymous) eli Nimettömät Narkomaanit on entisistä päihteiden käyttäjistä koostuva vertaisryhmä, jonka jäseniä yhdistää halu pysyä irti huumeista. NA:ssa noudatetaan niin sanottua 12 askeleen ohjelmaa. Itsehoitoryhmiin osallistuminen on ilmaista. NA:lla ei ole liittymisehtoja tai -maksuja. Toiminta perustuu vapaaehtoisuuteen.

Al-Anon/Alateen. Al-Anonin tarkoitus on auttaa alkoholistien perheitä ja ystäviä toipumaan vaurioista, joita perheenjäsenen tai ystävän alkoholiongelma on aiheuttanut. Alateen on alkoholistiperheiden teini-ikäisille nuorille tarkoitettu toipumisohjelma. Toipumisohjelma on muokattu AA:n (Nimettömien Alkoholistien) toipumisohjelmasta. Se perustuu 12 askeleeseen. Ainoa jäsenyysvaatimus on läheisen tai ystävän alkoholiongelma. Toiminta perustuu nimettömyyteen. Jäseniä ei rekisteröidä mitenkään eikä jäsenmaksuja ole.

A-kiltoja on Suomessa tällä hetkellä yhteensä 84. Vuonna 2001 päiväkeskustoimintaa oli 30 A-killassa, tukiasuntoja 11 A-killassa ja käyntejä eri toiminnoissa noin 200 000. Jäseniä vuonna 2000 A-killoissa oli 2 176. Toimintaan osallistuminen ei edellytä välttämättä jäsenyyttä, joten osallistujien määrä saattaa olla suurempi. Muita A-killan toimintamuotoja ovat keskusteluryhmät, liikuntaryhmät ja erillinen naistentoiminta sekä muita vapaa-aikaan liittyviä toimintoja. Toiminta on päihteetöntä arkielämän tukea, jossa vertaistuellla on keskeinen merkitys.

Muu ryhmätoiminta. Lisäksi muun muassa Sininauhaliitolla ja sen jäsenyhteisöllä Kriisipalvelulla on toiminnassa viitisenkymmentä Compassi- ja muuta ryhmää eri puolilla Suomea.

### 3.3 Päihdepalvelujen asiakkaat ja käytetyt päihteet

Alkoholin riskikäyttäjiä oli Suomessa vuoden 2000 Juomatapatutkimuksen<sup>33</sup> mukaan 5 – 6 % naisista ja 23 – 24 % miehistä. Heillä oli niin sanottuja AUDIT<sup>34</sup>-pisteitä 11 tai enemmän. Kaikista naisista vähintään 16 AUDIT-pistettä sai 2 % ja miehistä 8 %. Alkoholin suurkuluttaja on henkilö, joka juo säännöllisesti niin suuria alkoholimääriä, että näiden on epidemiologisissa tutkimuksissa todettu lisäävän sekä sairastavuutta että kuolleisuutta.<sup>35</sup> Keskipokoiselle miehelle tällainen viikkokulutuksen riskiraja on noin 280 g absoluuttista alkoholia (25 pulloa keskioletta) ja naiselle noin 190 g (16 pulloa keskioletta). Riskikäyttöä on myös runsas kertajuominen. Miehillä kertajuomisen riskiraja on yli 80 g absoluuttista alkoholia (7 pulloa keskioletta) ja naisilla yli 60 g (5 pulloa keskioletta).

<sup>33</sup> Vuoden 2000 Juomatapatutkimukseen osallistui 1932 15 – 69-vuotiasta suomalaista. Mustonen ym. 2000

<sup>34</sup> Audit-mittari on kehitetty erityisesti varhaisvaiheen alkoholin riskikulutuksen havaitsemiseen. Se voi saada arvoja nolasta neljäkymmeneen. Täysin raittiilla summapistemääräksi on asetettu nolla.

<sup>35</sup> Sillanaukea ym. 1992



Riskikäyttäjien enemmistö hyötyy todennäköisesti eniten yleisten terveys- ja sosiaalipalvelujen piirissä annetusta neuvonnasta (mini-interventio) sekä yleisestä valistuksesta. Erityisten päihdepalvelujen piiriin heistä kuuluu alkoholia eniten käyttävä osa, jonka suuruudesta on vaikea antaa täsmällistä lukua. Alkoholin kokonaiskulutus on noussut vuodesta 1985 vuoteen 2001 1,6 litraa henkeä kohti. Alkoholia kulutettiin vuonna 2001 9,2 litraa (100 % alkoholi) asukasta kohti.<sup>36</sup> Kokonaiskulutuksen kasvu tarkoittaa todennäköisesti myös suurikäyttäjien määrän kasvua.

Samana juomatapatutkimuksen yhteydessä tehdyn huumeiden käyttöä koskeneen kyselyn mukaan huumeita oli käyttänyt elinaikanaan 9,8 % vastaajista ja viimeisen vuoden aikana 2,3 %. Säännölliseksi käytöksi laskettiin viimeisen kuukauden aikana tapahtunut käyttö, jota oli 0,7 prosentilla. Valtaosa eli yli 90 % heistä oli käyttänyt kannabista. Vuonna 1998 luvut olivat suunnilleen saman suuruiset. Vuodesta 1992 huumekokemusten yleisyys on karkeasti ottaen kaksinkertaistunut.<sup>37</sup> Säännöllisiä huumeiden käyttäjiä Suomessa arvioidaan olevan noin 30 000<sup>38</sup>, joista noin puolet (11 000 – 14 000) on amfetamiinin tai opiaattien ongelmakäyttäjiä.<sup>39</sup> Hoitopalvelujen tarve on tietenkin ilmeisin amfetamiinin ja opiaattien käyttäjillä, vaikka myös osa muista säännöllisistä käyttäjistä todennäköisesti kuuluu potentiaaliseen asiakaskuntaan.

### 3.3.1 Päihteisiin liittyvät asiointit sosiaali- ja terveyspalveluissa

Päihteisiin liittyvä asiointi sosiaali- ja terveyspalveluissa kasvoi 1990-luvulla. Vuonna 1999 tehdyssä päihdetapauslaskennassa<sup>40</sup> päihde-ehtoiset asiointikerrat lisääntyivät vuodesta 1995 14 prosenttia. Stakes suoritti 12.10.1999 päihdetapauslaskennan, jossa kerättiin tietoa kaikista sosiaali- ja terveydenhuollossa todetuista päihde-ehtoisista asioinneista kyseisenä vuorokautena.<sup>41</sup> Tällaisia asiointeja kertyi kaikkiaan 11 535. Näistä 44 prosenttia toteutui päihdehuollon erityispalveluissa ja 56 prosenttia yleisissä palveluissa. Avohoidon osuus oli 55 prosenttia ja ympärivuorokautisen 45 prosenttia. Asioinneista 66 prosenttia toteutui sosiaalihuollossa ja 34 prosenttia terveydenhuollossa.

Seuraavassa taulukossa on esitetty kymmenen palveluyksikkötyyppiä, joissa päihde-ehtoisia asiointeja todettiin eniten.

<sup>36</sup> STTV:n tiedote 13.2.2002

<sup>37</sup> Hakkarainen & Metso 2001

<sup>38</sup> Hakkarainen ym. 2000

<sup>39</sup> Partanen ym. 2001

<sup>40</sup> Nuorvala ym. 2000

<sup>41</sup> Nuorvala ym. 2000

**Taulukko 1. Päihdeasioinnit palveluyksikkötyypeittäin vuoden 1999 päihdetapauskennassa**

<b>Toimiyksikkö</b>	<b>Osuus päihde-ehdoista asioinneista Prosentteina</b>
Asumispalvelu	16
A-klinikka	11
Sosiaalitoimisto	10
Psykiatrisen sairaalan osasto	10
Päiväkeskus	8
Terveyskeskus, avohoito	6
Kuntoutuslaitos	5
Kotipalvelu	5
Terveyskeskus, osasto	4
Mielenterveystoimisto	4
Muut	21

Eniten päihde-ehdoisia asiointeja oli asumispalveluissa. A-klinikoiden, sosiaalitoimistojen ja psykiatrisen sairaalan osastojen osuudet asioinneissa olivat suunnilleen yhtä suuria. Päihdetapauskennasta kuitenkin kohdistui selkeästi päihdeongelmaan apua hakeviin tai päihtyneisiin. Se ei anna täysin todellista kuvaa tapausten määrästä, koska varsinkin terveydenhuollossa päihdeongelmaa ei useinkaan tunnisteta ennen kuin se on aivan ilmeinen.<sup>42</sup>

Päihdeasiakkaat olivat yleisesti ottaen sosiaalisesti huono-osaisia. Työssäolo oli harvinaista, vain noin joka kymmenes oli työssä käyvä. Työttömänä oli noin kaksi viidestä, sosiaalitoimistojen ja kuntoutuspalveluiden asiakkaista oli työttöminä jopa kaksi kolmesta. Eläkeläisiä oli noin 40 prosenttia ja heistä yli puolet alle 56-vuotiaita. Vailla omaa asuntoa oli yhdeksän prosenttia. Asuntoloissa asui yhdeksän prosenttia ja tukiasunnoissa seitsemän prosenttia. Asiakkaiden keski-ikä oli 46 vuotta. Nuorimpien, alle 20-vuotiaiden ikäryhmä oli verrattain pieni; 4 prosenttia. Perhesuhteiltaan yksinäisiä oli neljä viidestä.

Naisten osuus päihdeasiakkaista on kasvanut tasaisesti 1970-luvulta lähtien, vuonna 1999 heidän osuutensa oli lähes neljännes. Suurin osa naisista asoi psykiatrisissa palveluissa ja polikliinisessa päihdehuollossa. Asumispalveluissa, katkaisuhoidoasemilla ja päiväkeskuksissa useampi kuin neljä viidestä oli miehiä ja ensisuolessa olleista peräti 94 prosenttia.

Huumeiden käytön vuoksi päihdehuollon erityispalveluihin hakeutuneet asiakkaat ovat selvästi nuorempia kuin alkoholin vuoksi hoitoon hakeutuneet päihdeasiakkaat. Päihdehuollon huumeasiakkaita koskevan huumehoitotiedonkeruun mukaan vuonna 2001 miesten ikäkeskiarvo oli 27 vuotta ja naisten 25 vuotta.<sup>43</sup> Eniten eli 32 % oli 20 – 24-vuotiaita ja alle 20-vuotiaita 22 %. Päihdehuollon huume-asiakkaiden koulutustaso oli

<sup>42</sup> Aira 2000

<sup>43</sup> Partanen 2002

matala, valtaosa oli suorittanut vain peruskoulun. Lähes kaksi kolmesta huumeasiakkaasta oli työttömiä ja opiskelijoita oli joka viides. Asunnottomana oli joka kymmenes.

Huumeiden käyttöön liittyvien mielenterveysongelmien ja huumeasiakkaiden sosiaalisen huono-osaisuuden lisäksi huumeiden käyttöön liittyy monia somaattisia ongelmia. Eräänä merkittävänä kansanterveydellisenä ongelmana ovat pistämällä tapahtuvaan huumeiden käyttöön liittyvät, veriteitse leviävät vakavat virusinfektiot, erityisesti hepatiitti-C- ja HIV-infektiot. Viime vuosina on todettu vuosittain 1 600 – 1 700 uutta hepatiitti-C-tartuntaa, joista valtaosa on saatu pistämällä tapahtuvan huumeiden käytön välityksellä. Vuonna 2001 todetuista 127 uudesta HIV-tartunnasta 37 prosenttia liittyi huumeiden käyttöön. Pistäminen on yleinen opiaattien ja stimulanttien käyttötapa. Vuoden 2001 huumehoitotiedonkeruun mukaan hoitoon hakeutumista edeltäneen kuukauden aikana 76 prosentilla opiaattien vuoksi hoitoon hakeutuneista ja 56 prosentilla stimulanttien vuoksi hoitoon hakeutuneista oli ollut pistämällä tapahtunutta käyttöä. Pistämällä huumeita joskus käyttäneistä hieman yli puolet oli C-hepatiittipositivisia ja HIV-positivisia oli kolme prosenttia.

### 3.3.2 Käytetyt päihteet

Päihteistä alkoholi on edelleen hallitsevassa asemassa päihde-ehdoissa asioinneissa sosiaali- ja terveydenhuollossa: yhdeksän kymmenestä asiakkaasta oli vuonna 1999 käyttänyt alkoholia. PKV- (pääasiallisesti keskushermostoon vaikuttavien), kuten rauhoittavien, uni- ja joidenkin kipulääkkeiden käyttö on kasvanut nopeasti. Vuosina 1995 ja 1999 näitä lääkkeitä oli käyttänyt lähes neljännes asiakkaista, kun niitä vuonna 1987 oli käyttänyt 9 %.<sup>44</sup> Huumeista kannabiksen samoin kuin amfetamiinin käyttöä esiintyi noin joka kymmenennellä vuonna 1999. Opiaattien käyttöä oli noin viidellä prosentilla. Laittomia päihteitä käytti kaikkiaan vuonna 1999 15 % ja muita huumausaineita kuin kannabista 11 % asiakkaista. Huumeiden käyttö oli lisääntynyt vuodesta 1995 neljä prosenttiyksikköä. Korvikkeita oli käyttänyt lähes joka kymmenes ja liuottimia kolme prosenttia.<sup>45</sup>

Pelkästään alkoholia käyttäneiden osuus on laskenut, vuonna 1999 heitä oli kolme viidestä. Vähintään kahden päihteen käyttö oli yleistä ja sitä ilmeni kolmasosalla asiakkaista. Sekäkäyttäjistä kaksi viidestä oli käyttänyt ainakin kolmea eri päihdettä. Huumausaineiden ja lääkkeiden käyttäjien kohtaaminen on yleistynyt sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastyössä. Kuntoutuspalveluissa huumeiden käyttäjiä oli jo kolmasosa, A-klinikoilla ja mielenterveyspalveluissa heitä oli viidennes päihdeasiakkaista. Vuodesta 1987 monipäihteisyys oli yleistynyt ja lääkkeiden ja huumausaineiden käyttö oli selvästi lisääntynyt. Ainoastaan huumeita käyttäneiden osuus oli edelleen pieni. Huumeiden käyttäjiä tavataan erityisesti suurten kaupunkien päihdehuollon erityispalveluissa ja mielenterveyspalveluissa.

Päihdehuollon huumeasiakkaita koskevan huumehoitotiedonkeruun<sup>46</sup> mukaan vuonna 2001 huumeiden käytön vuoksi päihdehoitoon hakeutuneiden ensisijaisena hoitoon hakeutumiseen johtaneena päihteenä olivat opiaatit (28 %) hieman useammin kuin stimu-

<sup>44</sup> Nuorvala & Vertio 1989

<sup>45</sup> Nuorvala ym. 2000

<sup>46</sup> Partanen 2002

lantit (26 %) ja joka viides oli hakeutunut hoitoon ensisijaisesti kannabiksen (19 %) käytön vuoksi. Aivan ensimmäistä kertaa päihdehoitoon hakeutuneiden huumeasiakkaiden ensisijaisena hoitoon hakeutumiseen johtaneena päihteenä vuonna 2001 oli kuitenkin kannabis (33 %). Sekakäyttö oli yleistä. Joka toinen päihdehuollon palveluihin hakeutunut huumeasiakas oli maininnut vähintään kolme ongelmallista päihdettä. Kun kolmen ensimmäisen ongelmapäihteen käyttöä tarkastellaan yhdessä, yli puolet päihdehuollon huumeasiakkaista oli käyttänyt kannabista (62 %) tai stimulantteja (55 %), ja yli kolmasosalla oli ongelmallista opiaattien (40 %) tai alkoholin (41 %) käyttöä.

Huumehoitotiedonkeruun vuosien 1998 – 2000 tulosten mukaan opiaattien käytön osuus on viime vuosien aikana kasvanut sekä ensisijaisena päihdehoitoon hakeutumiseen johtaneena päihteenä että kolmen ensimmäisen päihteen joukossa. Opiaattiryhmään kuuluvan buprenorfiinin käytön vuoksi hoitoon hakeutuneiden osuus on kasvanut viime vuosina niin, että vuonna 2001 buprenorfiini (12 %) oli lähes yhtä yleinen kuin heroini (13 %) ensisijaisena päihdehoitoon hakeutumiseen johtaneena aineena huumeiden käyttäjillä. Muut opiaattiryhmään kuuluvat aineet (kuten kodeiini, morfiini ja dekstropropoksifeeni) oli kirjattu ensisijaiseksi hoitoon hakeutumiseen johtaneeksi päihteksi kolmella prosentilla huumeasiakkaista tai –potilaista vuonna 2001.

### 3.3.3 *Monipäihtisyys*

Monipäihtisyydellä tai sekakäytöllä tarkoitetaan kahden tai useamman eri päihteen samanaikaisesti tai perättäistä käyttöä. Useamman eri päihteen käytöllä voi olla erilaisia tavoitteita. Ensinnäkin käyttämällä eri päihkeitä samanaikaisesti voidaan pyrkiä päihtymyksen voimakkuuden tehostamiseen tai keston pidentämiseen. Toiseksi eri päihkeitä saatetaan käyttää keskenään vaihtoehtoisesti samantapaisten vaikutusten aikaansaamiseksi. Useampaa päihdettä voidaan käyttää myös itselääkintänä yhden aineen aiheuttamiin vieroitusoireisiin tai muihin epämiellyttäviin tuntemuksiin. Lisäksi monipäihtisyys voi olla luonteeltaan kaoottista, niin että käytetään mitä tahansa saatavilla olevaa päihdettä myös täysin sattumanvaraisesti keskenään sekoittaen päihtymistarkoituksessa. Alkoholin käyttö yhdessä lääkkeiden tai muiden päihdyttävien aineiden kanssa on hyvin yleistä.

Päihdehuollon huumeasiakkailta on nähtävissä joitakin tyypillisiä päihteen sekakäytön profiileja. Yli puolella päihdehuollon huumeasiakkaista on mainittu vähintään kolme hoitoon hakeutumiseen liittyvää ongelmapäihdettä. Opiaattien käytön vuoksi päihdehoitoon hakeutuneilla on erityisesti stimulanttien ja kannabiksen käyttöä ja jonkun verran lääkkeiden tai rinnakkaisten opiaattien käyttöä, mutta hyvin vähän alkoholin käyttöä. Stimulanttien tai kannabiksen käytön vuoksi päihdehoitoon hakeutuneet käyttävät näitä aineita ristikkäin. Stimulanttien käytön vuoksi hoitoon hakeutuneilla on kuitenkin kannabiksen käytön vuoksi hoitoon hakeutuneita enemmän opiaattien käyttöä. Molemmilla esiintyy kuitenkin myös jonkun verran alkoholin käyttöä. Lääkkeiden käytön vuoksi hoitoon hakeutuneilla mitkään aineryhmät eivät nouse toissijaisina päihteinä erityisen huomattavaksi, vaan heillä on jonkun verran sekä stimulanttien, kannabiksen että alkoholin käyttöä ja vähän opiaattien käyttöä.<sup>47</sup>

---

<sup>47</sup> Partanen 2002

**Taulukko 2. Ensijaisen päihteen kanssa käytetyt 2. ja 3. oheispähteet päihdehuollon huumeasiakkailta vuonna 2001 (%)**

			Toisen ja kolmannen päihteen oheiskäyttö 1. päihteen kanssa (%)				
			Opiaa- tit	Stimu- lantit	Kanna- bis	Lääk- keet	Alko- holi
1. päihde	N	%					
<b>Opiaatit</b>	1 457	28	24	37	39	29	7
<b>Stimulantit</b>	1 336	26	23	12	48	19	24
<b>Kannabis</b>	1 028	20	11	36	3	13	25
<b>Alkoholi</b>	1 004	19	7	35	41	25	0
<b>Lääkkeet</b>	288	5	15	22	24	12	22

### 3.4 Päihteiden ongelmakäyttöön liittyviä tulevaisuuden haasteita

Päihteiden käyttöön liittyy monia haasteita, mahdollisia muutoksia ja kehityssuuntia, joihin kunnan päihdestrategiassa olisi hyvä varautua. Tässä on nostettu esiin myös tiettyjä päihteiden ongelmakäyttäjien erityisryhmiä. On kuitenkin syytä huomioida, että **suurin osa päihdeongelmallisista on ensisijaisesti alkoholia käyttäviä keski-ikäisiä, huono-osaisia miehiä.** Erityisryhmiin liittyvät kysymykset koskettavat lähinnä suurempia kaupunkeja. Esitetyt haasteet perustuvat suositukset laatineen asiantuntijaryhmän näkemyksiin.

#### 3.4.1 Yleiset haasteet

- **Päihdepalvelujen kysyntä peruspalveluissa kasvaa**, koska ne ovat kaikkien kuntalaisten saatavilla eikä erityispalvelujärjestelmää voi laajentaa loputtomasti, vaikka ongelmat lisääntyisivät ja vaikeutuisivat. Tämä asettaa entistä suurempia vaatimuksia peruspalveluille. Työterveyshuollon merkitys nousee yhä keskeisemmäksi työikäisen väestö työkyvyn ylläpitämisessä ja syrjäytymisen ehkäisyssä.
- **Alkoholiongelmaisten hoidon tarve kasvaa.** Alkoholi tulee edelleen pysymään ensisijaisena päihteenä ja sen kulutus lisääntyy, mikä heijastuu erilaisina haittoina. Suurin osa päihteiden ongelmakäyttäjistä käyttää alkoholia, ja lisääntyvä käyttö heijastuu aikaisempaa selvemmin terveyshaittoina ja sairauksina sekä sosiaalisina ongelmina.
- **Päihteiden sekakäyttö** todennäköisesti lisääntyy edelleen, jolloin päihdeongelman hoitokin vaikeutuu ja tulee monimuotoisemmaksi.
- **Somaattiset sairaudet**, kuten infektioaudit ja myrkytykset sekä pitkäaikaiseen päihteiden käyttöön liittyvät sairaudet, tulevat todennäköisesti lisääntymään päihteiden käyttäjien keskuudessa, mihin terveydenhuollon on varauduttava.

- Aineriippuvuuksien yhteydessä esiintyy toisinaan **riippuvuutta uhkapeleistä**. Palvelujärjestelmän ja henkilöstön ammatillisen osaamisen kehittämisessä on huomioitava myös nämä haasteet.
- Tarvitaan enenevässä määrin **moniammatillista ja pitkäjänteistä verkostotyötä**. Päihteiden ongelmakäyttäjät ovat usein myös sosiaalisesti syrjäytyneitä ja huonokosaisia, ja heidän sosiaalinen tukiverkostonsa on heikko. Hoidolta ja kuntoutukselta edellytetään kokonaisvaltaista ja pitkäjänteistä otetta ja konkreettista auttamista.
- **Koulutustarve kasvaa**. Päihdeongelmien monimuotoisuus ja hoitomenetelmien kehittyminen edellyttävät jatkuvaa **perus-, jatko- ja täydennyskoulutusta** päihdeongelmien hoitamiseksi erityisesti yleisissä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa.
- **Päihdepalvelujen turvaamiseksi tarvitaan seudullista yhteistyötä**. Laskennallisen kuntakohtaisen valtiosuusjärjestelmän keinoin on kyetty huonosti turvaamaan päihdeongelmaisten tarpeenmukaisten palvelujen järjestäminen kunnissa.
- **Hoidosta päättäminen ammatillisin perustein**. Päihdehuollon palveluista päättäminen ei tapahdu yhtä joustavasti kuin terveydenhuollossa. Asiakkaan joustava ja nopea pääsy päihdehuollon ympärivuorokautiseen hoitoon voi viivästyä tai jopa estyä kokonaan, jos hän joutuu asioimaan useissa eri yksiköissä hoitomaksukysymysten ratkaisemiseksi.
- **Työntekijöiden riittävydestä ja jaksamisesta huolehtiminen** on hyvin olennaista. Ongelmien lisääntyessä ja vaikeutuessa työntekijöitä tarvitaan entistä enemmän ja heidän työssään jaksamiseensa on kiinnitettävä erityistä huomiota. Tämä vaatii muun muassa usein toistuvaa jatko- ja täydennyskoulutusta sekä säännöllistä työnohjausta.

### 3.4.2 Huumeiden käyttö

- **Huumeiden ongelmakäyttäjien määrä** ja siitä aiheutuvat **haitat** todennäköisesti kasvavat.
- **Huumeiden pistämällä tapahtuvan käytön yleisyys** asettaa suuria haasteita palvelujärjestelmälle veriteitse leviävien infektioiden rajoittamiseksi.
- **Opioidiriippuvaisten määrän kasvu** edellyttää opioidiriippuvaisille tarkoitettujen lääkkeellisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoitojen sekä lääkkeettömien hoitovaihtoehtojen lisäämistä. Molempiin on sisällytettävä myös psykososiaalista kuntoutusta.
- **Amfetamiinin käyttäjien tarpeita vastaavia hoitomuotoja tulee kehittää**, sillä aineen käyttö on yleisempää Suomessa moniin muihin maihin verrattuna.
- **Uusia työmuotoja**, kuten kenttätöitä ja vertaistukeen perustuvia työmuotoja tulee kehittää myös niiden huumeiden käyttäjien tavoittamiseksi, jotka eivät vielä ole haakuneet palvelujärjestelmän piiriin.

### 3.4.3 Erityisryhmät

- **Alle 18-vuotiaat** päihteiden ongelmakäyttäjät muodostavat oman erityisryhmänsä ja tarvitsevat palveluja. Heille soveltuvia hoitopaikkoja on toistaiseksi ollut aivan liian vähän.
- **Naisten** päihteiden ongelmakäyttö tulee todennäköisesti edelleen kasvamaan, jolloin heitä hakeutuu myös palvelujen piiriin entistä enemmän. Naisille soveltuvien laitosten ja asumispalvelujen tarve kasvaa.
- **Päihdeongelmaiset pienten lasten äidit** tarvitsevat päihdeongelman hoidon lisäksi tukea äitiyteen ja erityisesti varhaiseen vuorovaikutukseen vauvan kanssa. Heidän olisi hyvä päästä jo raskausaikana sellaiseen hoitoon, jossa kaikki nämä erityisalueet huomioidaan. Myös isät ovat usein tuen tarpeessa.
- **Maahanmuuttajia ja etnisten vähemmistöjen edustajia** hakeutuu myös päihdepalveluiden piiriin entistä enemmän. Palvelujärjestelmältä edellytetään palveluja, joissa huomioidaan etniset ja kulttuuriset erityistarpeet.
- **Päihdeongelmaiset, joilla on vakavia mielenterveydellisiä ongelmia**, ovat nykyisessä palvelujärjestelmässä helposti väliinputoajia päihde- ja mielenterveyspalvelujen välillä. Tarvitaan heille soveltuva hoitojärjestelmä.
- **Vankien ja kriminaalihuollon asiakkaiden** päihde- ja erityisesti huumeongelmat ovat lisääntyneet voimakkaasti. Tämä edellyttää hoitomahdollisuuksien ja -vaihtoehtojen lisäämistä ennen vankeutta, sen aikana ja vapautumisen jälkeen, missä kunnalla on keskeinen asema. Tässä tarvitaan kuntien, poliisin ja koko rikosseuraamusjärjestelmän välistä kiinteää yhteistyötä.
- **Päihdeongelmista kärsivät vammaiset** henkilöt tarvitsevat palveluja, joissa heidän erityistarpeensa huomioidaan.
- Väestön ikääntyminen ja alkoholin sekä muiden päihteiden, kuten rauhoittavien lääkkeiden käytön kasvu saattavat lisätä **vanhuksille** tarjottavien päihdepalvelujen tarvetta.
- **Vanhemmat huumeiden käyttäjät**, joiden käyttöhistoria on pitkä ja kuntoutumisen mahdollisuudet ovat vähentyneet, tarvitsevat erityistä tukea inhimillisen elämän taakamiseksi.
- **Asunnottomien päihdeasiakkaiden** asumisen ja palvelujen järjestäminen on tulevaisuudessakin ajankohtainen haaste.
- **Heikossa työmarkkina-asemassa olevien päihdeongelmaisten** oppimis-, koulutus- ja työllistymismahdollisuuksien sekä **työkyvyttömiä** eläkkeelle pääsyn mahdollistaminen on keskeinen osa sosiaalisen syrjäytymisen vastaista työtä.

## IV PÄIHDEPALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN

### 4.1 Palvelujen järjestäminen ja päihteiden kulutus

Päihdepalveluita tulee olla kuntalaisille tarjolla riittävästi. Sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköillä on oltava selkeä työnjaon organisointi päihdeasioissa. Kuntalaisilla on oltava myös tietoa, mistä päihdepalveluja on saatavilla. Kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät:

- 1) tuottamalla ne itse,
- 2) yhteistyössä muun kunnan tai muiden kuntien kanssa sopimuksen pohjalta,
- 3) olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä tai
- 4) hankkimalla palveluja toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta tai yksityiseltä palvelujen tuottajalta.<sup>48</sup>

Kuntien on edullista pyrkiä seudulliseen yhteistyöhön palveluiden järjestämisessä. Lähtökohdana on, että jokaisessa kunnassa on vähintään perusterveyden- ja sosiaali- huollon palvelut päihdeongelmaisten käytettävissä. Ensikontakti päihdeasiakkaaseen syntyy useimmiten juuri peruspalveluissa. Näissä palveluissa tulisikin olla riittävä ammattitaito päihdeongelmaisten hoidontarpeen arvioinnille ja hoitoonohjaukselle. Erityis- palveluiden järjestämisessä edellä mainittua seudullista yhteistyötä laajempikin järjestämis pohja on usein suositeltavaa.

#### 4.1.1 Kunnalliset palvelupolitiikat

Kunnalliset päihdepalvelupolitiikat vaihtelevat hyvin paljon. Seuraavassa kuviossa on esitetty vuoden 1995 päihdetapauslaskennan lukujen valossa kuntaryhmittäistä toteutuneiden palvelujen kirjoa.<sup>49</sup> Ryhmät on muodostettu kuntien toteutuneen palvelukysynnän mukaan.

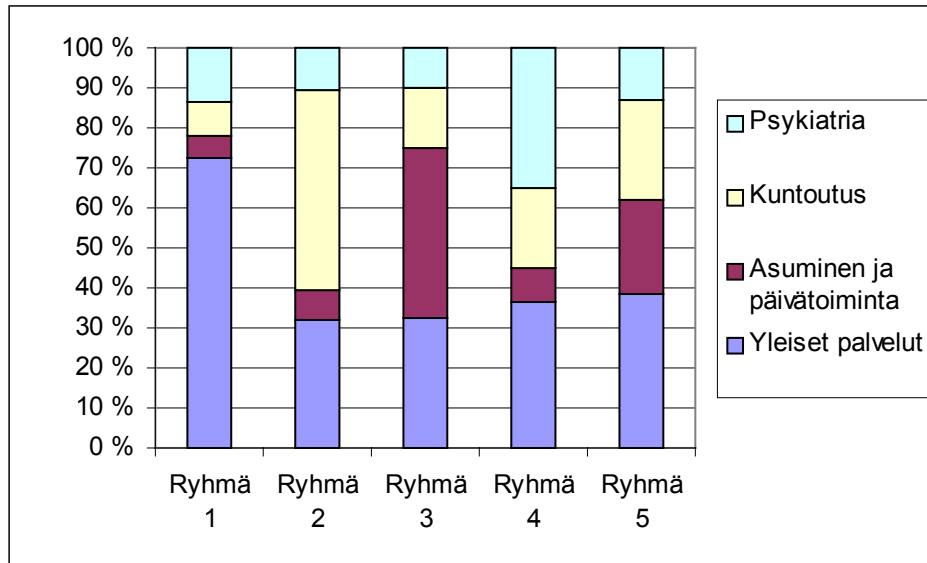
---

<sup>48</sup> Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (733/1992)

<sup>49</sup> Kaukonen 2000



**Kuvio 1. Kunnallisten palvelupolitiikkojen eroja 1995, n = 94 kuntaa**



Ryhmä 1: Sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä palveluja painottanut kuntaryhmä (20 kuntaa)

Ryhmä 2: Päihdehuollon erityispalveluja painottanut kuntaryhmä (15 kuntaa)

Ryhmä 3: Päihdeasiakkaiden asuttamista ja päivätoimintoja painottanut kuntaryhmä (21 kuntaa)

Ryhmä 4: Psykiatrisia palveluja painottanut kuntaryhmä (11 kuntaa)

Ryhmä 5: Ei erityispainotusta (27 kuntaa)

Ryhmittely perustuu vain yhden vuorokauden poikkileikkausaineistoon. Samansuuntaisia tuloksia on kuitenkin saatu myös koko vuoden palvelutiedot kattavien aineistojen analyysistä. Aineiston kuntien yhteenlaskettu väkiluku oli 3,5 miljoonaa. Analyysistä vähäisten tapausten vuoksi pudotetut kunnat (365 kuntaa) edustivat pieniä kuntia, jotka sijoittuisivat ensimmäiseen eli yleisiä palveluja painottavaan ryhmään. Yhdenkään kunnan palvelujärjestelmä ei toimisi ilman sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä palveluja. Palvelurakenteen tuleekin seuralla paikallisia tarpeita, toisaalta vaarana saattaa olla etteivät kaikki asiakkaat saa tarvitsemiaan palveluja.

Sekä valtakunnallisesti että kunnittain tarkastellen palveluilla on kuitenkin myös keskinäistä korvaavuutta: mitä enemmän käytetään päihdehuollon erityispalveluja, sitä vähemmän päihde-ehtoista työkuormaa ohjautuu sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiin palveluihin. Psykiatristen palvelujen keskimääräistä runsaampi käyttö puolestaan vähentää myös päihdehuollon kuntoutuspalvelujen käyttöä, samoin päiväkeskusten ja asumispalvelujen keskimääräistä suurempi käyttö. Vuoden 1999 päihdetapauskaskennan tulosten mukaan päihdepalveluja on käytetty suhteessa väkilukuun ja alkoholin kokonaiskulutukseen lähes vakioisesti (keskimäärin noin 3 asiointia tai hoitovuorokautta vuorokaudessa / kulutettu alkoholilitra / 10 000 asukasta).

Koska ei ole olemassa selkeää näyttöä erilaisten palvelukombinaatioiden keskinäisestä paremmuudesta, on vaikea sanoa, mikä olisi oikea tai paras tapa tuottaa palveluja. Pal

velujen tarjonta ja saatavuus vaihtelevat joka tapauksessa kunnittain ja maan eri osissa hyvin paljon. Yhtenäiseen palvelurakenteeseen ei ilmeisesti voida päästä myöskään kuntatasolla, koska alle 20 000 asukkaan väestöpohjalla ei juuri ole edes mahdollista järjestää erityispalveluja paikallisesti. Erityispalvelujen saatavuus on monin paikoin kuntarajat ylittävä kysymys.

#### 4.1.2 Kulutuksen muutokset ja palvelujen tarve

Kunnallisella palvelupolitiikalla on suuri merkitys sekä asiakkaille että palvelujärjestelmän hallittavuudelle ja kokonaiskustannuksille, koska palveluille päihteiden käytöstä aiheutuva kokonaiskuorma riippuu pääosin päihteiden kulutuksen tasosta, toistaiseksi edelleen juuri alkoholin kokonaiskulutuksesta. Kulutus on vähäisintä Länsi-Suomessa ja suurinta pääkaupunkiseudulla. Alueelliset kulutustiedot ovat kuitenkin epätarkkoja, eikä tilastoimatonta alkoholin käyttöä voida varsinkaan alueittain arvioida kovin tarkasti. Esimerkiksi Itä-Suomessa toteutunut päihde-ehtoinen asiointi sosiaali- ja terveystalouksissa on yhtä suurta kuin pääkaupunkiseudulla. Pohjois-Suomi on myös vaikeasti vertailtava alue, koska siellä palvelut ovat harvassa ja lisäksi pohjoisen alkoholin kulutus-tilastoihin vaikuttaa oleellisesti turismi ja muualta hankittu alkoholi.

Huumausaineiden osalta alueellista tarkastelua vaikeuttaa se, että 1990-luvulla tapahtuneesta kasvusta huolimatta huumausaineiden käyttö rajoittuu edelleen melko pieneen väestönosaan. Alueellisia vertailuja voidaan tehdä vain kannabiskokeiluista, koska muihin huumeisiin liittyviä tapauksia on niin vähän muun muassa koululais- ja väestökyselyissä. Huumausaineiden kokeilu ja käyttö näyttävät keskittyvän Etelä-Suomeen ja suuriin kaupunkeihin.<sup>50</sup> Huumeiden ongelmakäytön osalta alueellista arviota on tehty opiattien ja amfetamiinin käyttäjien määristä. Vuonna 1999 tehdyssä opiattien ja amfetamiinin ongelmakäyttäjien määrästä tehdyssä tilastollisessa arviossa Suur-Helsingin alueella arvioitiin heidän yleisyydekseen 0,71 – 0,94 % 15 – 55-vuotiaasta väestöstä, koko maan osalta vastaava luku oli 0,38 – 0,48 %.

Palvelujärjestelmässä havaitut huumeiden käytön haitat ovat kaksinkertaistuneet vuosina 1995 – 99 ja aiheuttavat erityisesti pääkaupunkiseudulla ja muualla Etelä-Suomessa merkittävää palvelutarpeen lisäystä. Alkoholihaitat olivat kuitenkin edelleen omaa luokkaansa. Kokonaisuutena alkoholin kulutus kasvoi 0,5 litraa vuosina 1994 – 1999. Samalla aikavälillä voitiin todeta voimakkaasti lisääntyntä palvelukysyntää. Kun alkoholin kulutus kasvoi vuosina 1995 – 99 noin 4 %, alkoholiin liittyvä palvelukysyntä lisääntyi yli 14 %, siis suhteellisesti laskien yli kolminkertaisesti. Tämän mukaan voidaan laskea, että kun alkoholin kulutus oli vuonna 2001 ennätysmäisessä noin 5 prosenttiyksikön kasvussa, se on pelkästään tuona vuonna lisännyt palvelutarpeita vähintään 15 prosenttiyksiköllä.

Laskelmat ovat tietenkin summittaisia, koska palvelujen kysyntään ja kohdentumiseen vaikuttavat muutkin seikat kuin kokonaiskulutus. 1990-luvun alun laman aikana palvelukysyntä kasvoi alenevasta alkoholikulutuksesta huolimatta, koska palveluissa ja niiden saatavuudessa tapahtui muutoksia. Alkoholin kokonaiskulutus on kuitenkin osoittautunut hyväksi selittäjäksi erilaisia alkoholihaittoja ja niiden vaihtelua arvioitaessa

---

<sup>50</sup> Ahlström ym. 2000

sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Laittomien huumeiden käyttöä ja haittojen yhteyttä ei ole mahdollista tilastoida samalla tavoin.

#### 4.1.3 Seudullinen yhteistyö -malli

Kansalaisten mahdollisuudet saada oikea-aikaisesti varsinkin päihdehuollon erityispalveluja ovat kaventuneet. Tämä johtuu osittain siitä, että palvelut eivät ole kohtuullisesti saavutettavissa erityisesti pienissä kunnissa tai siitä, että palvelujen kapasiteetti ei ole venynyt kasvavien asiakasvirtojen mittoihin suuremmissa kunnissa. Palvelujen merkittävin kasvualue onkin ollut erikoissairaanhoido, mikä heijastuu myös päihdehaittojen hoidosta aiheutuneisiin kokonaiskustannuksiin. Kehitys näyttäisi olevan käännettävissä ainoastaan lisäämällä panostusta edullisempiin ja kustannustehokkaampiin päihdetyön muotoihin, ennen muuta avopalveluihin, joiden osuus työnjaossa on koko ajan kaventunut palvelukysynnän kasvaessa ja ongelmien vaikeutuessa.

Valtaosassa maata voitaisiin siirtyä **seudulliseen palvelujärjestelmään, jossa kustannukset jaetaan kuntien väkilukuun suhteuttaen**, eikä kunnan käyttämien palvelujen mukaan, kuten nykyisin useimmiten tapahtuu. Malli edellyttäisi sopimusta tarvittavasta palveluvalikosta ja jonkinlaista rakennetta sen hallinnointiin ja suunnitteluun. Mallilla saavutettaisiin ainakin seuraavia etuja ja hyötyjä.

- Alueellisesti olisi mahdollista määritellä/sopia kohtuullinen palvelujen taso sitomalla palvelujen määrä ja laatu päihteiden kulutuksen muutoksiin (järjestelmää ei voisi perustelematta leikata, mutta myös sen kasvattamiselle tulisi olla järkevät perustelut).
- Olisi mahdollista päästä astetta alempiin kustannuksiin kuin nykyjärjestelmässä, kun seudullista palvelukokonaisuutta olisi mahdollista arvioida ja käyttää kokonaisuutena (järjestelmän läpinäkyvyys).
- Kustannussäästöjä syntyisi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, kun asiakastyön voimavarat voitaisiin keskittää kokonaan hoitoon ja kuntoutukseen sen sijaan, että nykyjärjestelmässä osa asiakastyöstä kuluu maksusitoumuskäytäntöihin.
- Seudullisen palvelukokonaisuuden kehittäminen olisi taloudellisesti mahdollista.
- Kaikille asiakkaille voitaisiin taata tarpeenmukainen hoito (alueellinen tasa-arvo).
- Valtakunnallisia palveluja olisi mahdollista käyttää edelleen tarpeen mukaan.
- Eri tahot voivat verkostoitua keskenään, jolloin heidän osaamisensa yhdistyy ja sitä voidaan hyödyntää paremmin.

#### 4.1.4 *Esimerkkejä seudullisista malleista ja niiden toiminnasta*

Kuntalain<sup>51</sup> mukaan kunnat voivat sopimuksen nojalla hoitaa tehtäviään yhdessä. Kunnat voivat sopia, että tehtävä annetaan toisen kunnan hoidettavaksi yhden tai useamman kunnan puolesta tai että tehtävän hoitaa kuntayhtymä. Seuraavassa esimerkkejä joistakin tällaisista käytännössä toimivista yhteistyömalleista päihdehoidossa.

##### ***Pixnekliniikin vuosimaksuun perustuva malli***

Ruotsinkielinen päihdehoitoyksikkö Pixnekliniikki toimii vuosimaksuperiaatteella. Kunta voi maksaa Pixnekliniikin vuosimaksun, joka on vuodesta 1994 ollut 10 mk / ruotsinkielinen asukas / vuosi. Nykyisin vuosimaksu on 2 €. Vuosimaksun maksaneen kunnan asukas voi hoitoon halutessaan soittaa suoraan klinikalle ja varata ajan kuukauden kestäväälle hoitajaksolle. Hoitajakson aikana asiakas johdatetaan jatkohoitoon avohoitoon.

Vuosimaksujärjestelmä on toiminut toivotulla tavalla. Esimerkiksi vuosina 2000 – 2001 siihen osallistui noin 35 ruotsinkielistä tai kaksikielistä kuntaa. Joukossa on hyvin pieniäkin kuntia, joista ei joka vuosi ole tullut yhtäkään asiakasta hoitoon. Kuntien yhteenlaskettu ruotsinkielisten asukkaiden kokonaismäärä on noin 145 000, joka on hiukan yli puolet maamme ruotsinkielisestä väestöstä. Näistä kunnista tuli kuitenkin noin 80 % Pixnekliniikin asiakkaista ja hoitovuorokausista. 10 – 14-paikkainen hoitoyksikkö on toiminut viime vuosina täydellä kapasiteetilla, noin 140 asiakasta vuodessa. Hoitoon on selvästi helpompaa hakeutua vuosimaksun maksaneista kunnista. Jonottamisen negatiivinen merkitys on näkynyt siinä, että jos Pixnekliniikki on ollut täynnä ja asiakas on joutunut odottamaan hoitoon pääsyä esimerkiksi kaksi viikkoa, niin sovitusta hoitopaikasta pois jäävien osuus kasvaa selvästi.

##### ***A-klinikkatoiminta läntisellä Uudellamaalla***

Karjaan kaupunki ylläpitää yhdessä Tammisaaren ja Hangon kaupunkien sekä Inkaan ja Pohjan kuntien kanssa A-klinikkatoimintaa. Toiminta käsittää päihdehuoltolain mukaiset avohuollon erityispalvelut. A-klinikalla on vastaanotto jokaisessa sopimuskunnassa. Kukin kunta vastaa toimitilojen järjestämisestä alueellaan. Kalusteiden hankintakustannukset jaetaan jäsenkuntien kesken asukasluvun mukaan. Klinikkan muut toimintakustannukset jaetaan sopimuskuntien kesken järjestettyjen vastaanottopäivien perusteella. Klinikkan hallintoa varten on asetettu kuntalain 77 §:n tarkoittama yhteislautakunta.

A-klinikka tuottaa palveluja sopimuskuntien asukkaille, joille asiointi on maksutonta. Palveluja annetaan mahdollisuuksien mukaan myös muille kunnille, mikäli nämä sitoutuvat osallistumaan klinikkan käyttökustannuksiin lautakunnan päättämällä tavalla. Koska päihteiden kulutuksessa ei alueen kuntien kesken ole olennaisia eroja, laskentaperustainen kustannusten jako ei ole muuttanut keskinäisiä kustannusvastuita. Sen sijaan se on keventänyt hallinto- ja laskutusbyrokratiaa.

---

<sup>51</sup> Kuntalaki (365/1995)

## 4.2 Päihdepalvelujen resurssointi

Jukka Salomaan<sup>52</sup> tutkimuksen mukaan päihdehuoltoon panostaminen on taloudellisesti kannattavaa kuntien kannalta. Päihdehuoltoon käytetyt varat vähentävät osaltaan sairastuvuutta ja kuolleisuutta, jolloin sairaalahoidossa syntyy välitöntä säästöä. Siitä seuraa myös päihteiden käytön aiheuttamien välillisten kustannusten, kuten tuotannonmenetysten, järjestyksen ylläpidon ja vankeuspäivien sekä sijoitettujen lasten määrän vähennemistä. Huumeongelmaisten määrän laskiessa vähenevät myös omaisuusrikokset. Päihdehuoltoon käytettyihin varoihin verrattuna saavutetut välittömät ja välilliset säästöt ovat Salomaan mukaan moninkertaiset.

### 4.2.1 Kunnan päihdetilanteen arviointi

Stakes ja STTV (Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus) keräävät alkoholin kulutusta koskevia tietoja. Viimeisimmät tiedot löytyvät kunnittain Stakesin tilastoreportista 2/2001 Alkoholi ja huumeet alueittain 1999. Tilannetta voi seurata myös poliisin suorittamien päihtyneiden säilöönnoton tilastoilla.<sup>53</sup> Huumeiden käytön laajuuden arvioinnissa voidaan käyttää esimerkiksi huumeiden kokeilukäyttöä selvittäviä kyselyjä, sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja koskevia tilastoja sekä rikostilastoja. Kouluterveyskyselyistä<sup>54</sup> on mahdollista saada seurantatietoa nuorten huumeiden käytön kokeiluista. Kouluterveyskyselyn perustulokset raportoidaan kouluittain niille kunnille, jotka osallistuvat kyselyn kustannuksiin. Huumerikoksia koskevia tilastotietoja kunnittain on saatavissa Tilastokeskuksen julkaisusta.<sup>55</sup>

Paikallisen päihdetilanteen kartoittamisessa on tärkeää tilastojen lisäksi käyttää myös moniammatillisia ja monialaisia (esim. terveys- ja sosiaaliviranomaiset, nuoriso-, koulu- ja vapaa-ajantoimi, poliisi, päihdetyötä tekevät järjestöt, viihde- ja ravintola-ala) yhteistyöryhmiä, joissa voidaan kartoittaa eri tahojen tekemiä havaintoja ja huomioita päihteiden käytössä tapahtuneista viimeaikaisista muutoksista. Näin saadaan esille tilastojen ulottumattomissa olevaa ajankohtaista tietoa paikallisesti.

### 4.2.2 Palveluyksiköiden keskinäinen työnjako

Kuntien on hyvä kartoittaa, missä kunnan alueella asuvia päihdeongelmaisia nykyisin hoidetaan. Suuremmissa kunnissa voidaan toteuttaa päihdetapauskaskenta<sup>56</sup>, jossa esimerkiksi yhden viikon aikana lasketaan kaikki päihde-ehtoiset asiat kunnan kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä, ja samalla selvitetään asiakkaiden ominaisuuksia, käytettyjä päihteitä sekä annettuja palveluja. Tällä voidaan kartoittaa kunnan perustilanne ja toistuvana sillä voidaan seurata päihdepalveluiden käytön kehittymistä.

<sup>52</sup> Salomaa 2000

<sup>53</sup> Tilastokeskus. Katso: [www.tilastokeskus.fi](http://www.tilastokeskus.fi)

<sup>54</sup> Katso: [www.stakes.fi/kouluterveys](http://www.stakes.fi/kouluterveys)

<sup>55</sup> SVT-sarja Poliisin tietoon tullut rikollisuus

<sup>56</sup> Lomaketta saa Stakesin Alkoholi- ja huumeutkimusryhmästä / Raija Ahtola, puh. (09) 3967 2013

Laskentalomakkeeseen voidaan ottaa mukaan myös uusia osioita, joiden tuottama tieto on kunnalle tärkeää.

Kuntien tulisi kerätä tietoa myös päihdepalvelujen asiakkaiden kokonaistilanteesta sekä palveluiden vaikuttavuudesta. Päihdehoidossa asioivia asiakkaita koskevaa seurantatietoa saadaan useista eri lähteistä: sairaaloiden ja sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekistereistä (HILMO, Stakes), päihdehuollon erityispalveluja ja niiden asiakkaita koskevasta tilastoinnista (A-klinikkasäätiö) sekä huumehoitotiedonkeruusta (Stakes).

Huumehoitoasiakkaita koskevaa huumehoitotiedonkeruuta voidaan käyttää huumehoitoasiakkaita koskevan valtakunnallisen seurannan lisäksi yksikkökohtaiseen asiakaskunnassa tapahtuvien muutosten seurantaan.<sup>57</sup> Huumehoidon alueellinen arviointi edellyttää kuitenkin huumehoidon tiedonkeruun kattavuuden lisäämistä. Laajempi päihdehoidon arviointi edellyttää kuntien päihdehoidon tiedonkeruujärjestelmien kehittämistä sisällöllisesti yhdenmukaisemmaksi ja kattavammaksi.

Päihdepalvelujen tuottamiseen varattavia määrärahoja suunniteltaessa tulisi ottaa huomioon erityyppisten palvelumuotojen vaatima henkilöstömitoitus.

Hoitoyksiköissä henkilökunnan määriin vaikuttavat muun muassa seuraavat tekijät:

- yksikön paikkaluku tai koko
- yksikön toimintaperiaatteet ympärivuorokautisuus, aukioloajat, päivystysvalmiudet sekä käytetyt hoitomuodot ja -menetelmät
- asiakkaiden ikä, monipäihteisyys tai muiden sosiaalisten tai terveydellisten ongelmien laajuus ja vakavuusaste
- yksikön sijainti ja ympäristötekijät
- yksikön liittyminen muihin palveluihin, mahdollisuus käyttää muiden yksiköiden henkilöstöä tarvittaessa

Runsaasti ammatillisia henkilöstöresursseja edellyttävää toimintaa ovat muun muassa akuutti, lyhytaikainen laitoskatkaisuhoido, joka vaatii moniammatillista, ympärivuorokautista henkilökuntaa. Samoin mielenterveysongelmaisten päihderiippuvaisten potilaiden ja lastensuojeluun liittyvä hoito, jossa tarvitaan myös moniammatillista työotetta. Verkostotyö päihdeongelmaisen ja hänen läheistensä kanssa voi sitoa lyhytaikaisesti paljon resursseja, vaikka se voi pitkällä tähtäimellä vähentää päihdeongelmaisen palveluiden käyttöä. Ammatillisia henkilöstöresursseja vähemmän vaativia hoitomuotoja ovat esimerkiksi pitkäaikainen yhteisöhoito, joka perustuu edellisiä enemmän yhteisön jäsenten osallistumiseen yhteisön toimintaan. Se kuitenkin edellyttää, että asiakkaalla on kykyjä ja valmiuksia sitoutua yhteisön toimintaan. Avohoidossa hoitohenkilökunnan määrään voivat vaikuttaa esimerkiksi valitut hoitomuodot ja työmenetelmät, kuten parityöskentely verkosto-, perhe- ja pariterapiassa, joka vaatii enemmän voimavaroja kuin yksilötyöskentely.

---

<sup>57</sup> Partanen 2001

#### 4.2.3 Päihdepalvelujen kysynnän muutoksia ja siihen vaikuttavia tekijöitä

Seuraavana esitellään päihdetyön määrällisiä muutoksia erikokoisissa kunnissa ja väestöpohjissa sekä niiden vaikutuksia henkilöstömitoituksiin. Taulukoiden tiedot perustuvat päihdetapauslaskentojen 1995 ja 1999 aineistoihin.<sup>58</sup>

**Taulukko 3. Väestön ja päihde-ehtoisten asiointien (n = 11 535) jakautuminen erikokoisiin kuntiin vuoden 1999 päihdetapauslaskennassa**

Kuntaryhmä asukasluvun mukaan	Kuntia kussakin ryhmässä	Osuus väestöstä (%)	Osuus päihde-ehdoisista asiakkuuksista (%)
<b>Alle 10 000</b>	342	27	19
<b>10 000 &gt; 20 000</b>	62	16	13
<b>20 000 &gt; 50 000</b>	34	19	19
<b>50 000 tai enemmän</b>	14	37	49
<b>Koko maa</b>	452	100	100

Neljääntoista suurimpaan kaupunkikuntaan kasautui suuri osa väestöstä ja noin puolet kaikesta sosiaali- ja terveystalouteen kohdentuneesta päihdepalvelujen kysynnästä. Mitä suurempi kunta, sitä enemmän niissä oli päihdeasiointia. Suorat jakaumat eivät kuitenkaan kerro koko totuutta, kuten käy ilmi seuraavasta väkilukuun suhteutetusta taulukkotiedosta. Taulukossa 4 on tarkasteltu myös alkoholia harvinaisempien päihde-asiakkaiden asunnottomuuden vaihtelua eri kokoisissa kunnissa myös suhteessa väkilukuun.

**Taulukko 4. Päihde-ehdoisia asiointeja yhteensä sekä huumeiden käyttäjien, korvikkeiden käyttäjien ja asunnottomien asiakkaiden asiointeja 10 000 asukasta kohti yhden vuorokauden aikana 1999**

Kuntaryhmä asukasluvun mukaan	Päihde-ehdoisia asiointeja 10 000 asukasta kohti			
	Yhteensä	Huumeita käyttäneitä	Korvikkeineita käyttäneitä	Asunnottomia
<b>Alle 10 000</b>	15,8	1,0	1,2	0,6
<b>10 000 &gt; 20 000</b>	17,2	1,7	1,0	1,2
<b>20 000 &gt; 50 000</b>	21,9	3,1	1,5	1,6
<b>50 000 tai enemmän</b>	29,9	5,9	2,7	3,6
<b>Koko maa</b>	22,4	3,4	1,8	2,0

Väestöön suhteutettuna erot päihde-ehtoisten asiointien määrissä kuntien välillä kaventuvat, mutta eivät häviä kokonaan. Sen sijaan huumeet ja korvikkeet ovat aiheuttaneet

<sup>58</sup> Kaukonen ym. 2000

enemmän päihde-ehtoista asiointia juuri suurimmissa kunnissa, joissa se on noin kuuksinkertaista verrattuna pienimpiin kuntiin. Samoin asunnottomuuden merkitys on ollut yli 50 000 asukkaan kunnissa kolme kertaa yleisempää kuin muissa kaupungistuneissa kunnissa ja kuusi kertaa yleisempää kuin alle 10 000 asukkaan kunnissa.

Seuraavassa taulukossa 5 on tarkasteltu 1990-luvun loppupuolella tapahtunutta palvelukysynnän muutosta sekä erityisesti päihde-ehtoisen työnjaon muutoksia sosiaali- ja terveyspalvelujen kesken.

**Taulukko 5. Päihde-ehtoisia asiointeja sosiaali- ja terveydenhuollon erilaisissa palveluissa 10 000 asukasta kohti yhden vuorokauden aikana vuosien 1995 ja 1999 laskennoissa**

Kuntaryhmät asukasluvun mukaan	Päihde-ehtoisia asiointeja / 10 000 asukasta kohti											
	Yhteensä		Sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä palveluissa		A-klinikoilla ja nuorisoasemilla		Katkaisuhoitoasemilla ja kuntoutuslaitoksissa		Asumispalvelut, päiväkeskukset, ensisuojaajat		Psykiatriassa	
	Vuosi		Vuosi		Vuosi		Vuosi		Vuosi		Vuosi	
	1995	1999	1995	1999	1995	1999	1995	1999	1995	1999	1995	1999
Alle 10 000	12,6	15,8	8,0	9,3	1,0	1,1	0,8	0,7	0,8	2,0	2,0	2,7
10 000 >	13,9	17,2	6,7	8,0	1,9	2,3	0,8	0,7	2,1	3,0	2,3	3,2
20 000												
20 000 >	19,0	21,9	7,4	8,6	3,4	3,5	1,6	1,8	4,2	4,6	2,4	3,4
50 000												
50 000 tai enemmän	28,3	29,9	9,8	9,0	3,1	3,4	3,4	2,8	8,7	10,0	3,3	4,7
Koko maa	19,8	22,4	8,3	8,8	2,4	2,6	1,9	1,7	4,6	5,6	2,6	3,6

Vuodesta 1995 vuoteen 1999 päihdepalvelujen kysyntä oli kasvanut ja samalla kuntaryhmien väliset erot kaventuneet. Kokonaisuudessaan kasvu on ollut sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän kannalta merkittävää: koko maan mitassa se on merkinnyt yhden arkivuorokauden aikana arviolta runsaan 1 300 hoitokontaktin tai hoitovuorokauden lisäystä neljässä vuodessa. Laskelma on suuntaa antava, koska asiointi ei ole lisääntynyt erilaisissa palveluissa tasaisesti. Kasvu on ollut suhteellisesti suurinta pienten kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä palveluissa sekä koko maan mitassa psykiatrian piirissä. Toinen kasvualue ovat olleet päiväkeskukset ja asumispalvelut.

- Sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä palveluissa tapahtunut lisäys on kohdentunut ennen muuta sosiaalipalvelujen ja sosiaalitoimistotyön alueelle; perusterveydenhuollon osuus ei ole vuoden 1995 jälkeen oleellisesti kasvanut.
- Polikliinisissa (A-klinikat ja vastaavat) ja laitospuoleisissa päihdehuollon erityispalveluissa ei ole tapahtunut oleellista määrällistä muutosta. Laadullisesti asiakas-kunta on huumeiden käytön lisääntyessä kuitenkin muuttunut; kuntouttavan päihdehuollon asiakkaista lähes joka neljäs oli myös huumeiden käyttäjä.



- Todella merkittävää lisääntymistä on tapahtunut kaikissa kuntaryhmissä yhtäältä päiväkeskusten, ensisuojaisten ja asumispalvelujen käytössä ja toisaalta psykiatristen palvelujen puolella. Psykiatriassa hoito on ollut ennen muuta sairaalahoitoa. Mielenterveystoimistojen ja poliklinikoiden päihdeasiakkuudet ovat lisääntyneet varsin maltillisesti. Myös mielisairaaloiissa lähes joka neljäs päihdepotilas oli huumeiden käyttäjä, mutta valtaosa kasvusta on johtunut alkoholihaittojen hoidosta.

### 4.3 Päihdehoidon ja -kuntoutuksen toteuttaminen

#### 4.3.1 Päihdetyön käsitteitä

Päihdetyö voidaan jakaa terveyttä edistävään ja ennalta ehkäisevään päihdetyöhön, varhaisvaiheen päihdehaittojen ehkäisyyn sekä hoitavaan ja kuntouttavaan päihdetyöhön. *Mini-interventiolla* tarkoitetaan terveydenhuollossa tapahtuvaa, varhaiseen alkoholin suurkulutukseen kohdistettua neuvontaa.<sup>59</sup> Tehokkaaseen mini-interventioon kuuluvat seuraavat vaiheet: alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen, tiedottaminen sen aiheuttamista haitoista, motivointi juomatapojen muuttamiseksi, henkilökohtaisten tavoitteiden asettaminen, ohjeiden antaminen tavoitteen saavuttamiseksi ja alkoholin käytön seuranta jatkokäyntien avulla.

Mini-interventio on mahdollista toteuttaa normaalin vastaanottokäynnin puitteissa. Käyntejä on yleensä yhdestä neljään. Koska mini-interventio on sekundaaripreventiivistä toimintaa, se soveltuu parhaiten sellaisiin toimipisteisiin, joihin potilaan on helppo hakeutua. Käytännössä tämä tarkoittaa perusterveydenhuoltoa ja työterveyspalveluita, mutta myös erikoissairaanhoidon palveluita.

Lukuisten tutkimusten mukaan<sup>60</sup> mini-interventio on helppo, tehokas ja halpa hoitomuoto. Alkoholin suurkulutus on eräs suurimmista yksittäisistä väestön terveysriskeistä. Siksi mini-intervention laaja-alainen toteuttaminen merkitsee myös koko väestön terveydentilan ja elämänlaadun kohenemistä. Mini-intervention saaneiden suurkuluttajien todennäköisyys olla kohtuukäyttäjä 6 – 12 kk intervention jälkeen on kaksinkertainen verrattuna ilman interventiota jääneisiin suurkuluttajiin.<sup>61</sup>

*Hoito* voi vaihdella lyhytaikaisesta avohoidosta pitkäaikaiseen avo- tai laitoshoidon toteuttamiseen. Hoitoon hakeutuvien asiakkaiden päihteiden käyttöön liittyvät tavoitteet voivat vaihdella täysraittiuteen pyrkimisestä päihteiden käytön lisääntymisen pysähtymiseen tai päihteiden käytön haittojen vähenemiseen.

*Kuntoutus* on käsitteenä laaja-alaisempi kuin hoito. Kuntoutus sisältää hoidon lisäksi myös muun, kuten yhteisöllisen ja sosiaalisen tuen sekä asiakkaan sosiaalis-taloudellisen ympäristön, kuten asumisen, työn, koulutuksen ja toimeentulon huomioimisen. Täl-

<sup>59</sup> Tarkempaa tietoa mini-interventiosta esim. Inkinen Maria: Mini-interventio – kysymällä ja motiivilla muutokseen. Stakes, Ehkäisevä päihdetyö 1/1999. Kuokkanen Martti: Mini-interventio työterveyspalveluissa. Toimintamalleja 2/1997. Stakes, Sosiaali- ja terveysministeriö. Internet-sivulta: [www.fimnet.fi/klyhdistys/vuoksi99/miniinte.html](http://www.fimnet.fi/klyhdistys/vuoksi99/miniinte.html)

<sup>60</sup> Sillanaukea ym. 1994

<sup>61</sup> Wilk ym. 1997

löin puhutaan ns. kokonaiskuntoutuksesta. Kuntoutuksella ja hoidolla on eri vaiheissa ja erilaisissa tilanteissa erityyppisiä tavoitteita.

Aktiiviväestön näkökulmasta työelämän päihdehaittoja on torjuttu keskeisten työmarkkinajärjestöjen tekemän sopimuksen nojalla jo vuodesta 1972 alkaen. Tuossa sopimusmallissa korostui hoidon merkitys, sittemmin on mm. Työterveyslaitoksen toimenpitein käynnistetty ja tuettu laajempia, kuntoutusta korostavia työelämän päihdeohjelmia. Työterveyspalveluiden ja ehkäisevän työn näkökulmasta yksilöllisen arvioinnin ja tuen – juuri mini-interventiotoiminnan merkitys – on korostunut.

Hoidon ja kuntoutuksen tavoitteet päihdehoidossa voidaan jakaa viiteen tasoon:

- 1) lievitetään asiakkaan päihteiden käytöstä aiheutuneita haittoja,
- 2) estetään erilaisin tukitoimin asiakkaan tilan ja/tai elinolojen heikentyminen,
- 3) erilaisten tukitoimien avulla asiakkaan tila ja/tai elinolot pysyvät ennallaan,
- 4) asiakkaan tilaa ja/tai elämäntilannetta pystytään osittain korjaamaan ja
- 5) asiakkaan psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen tilanne kohenee oleellisesti.

Päihdeongelmasta toipuminen on usein prosessinomaista, mikä tarkoittaa sitä, että muutokset päihteiden käytössä ja elämäntilanteessa vakiintuvat vasta pidemmän ajan kuluessa. Päihdeongelmainen henkilö saattaa hakeutua hoitoon useita kertoja. Joidenkin kohdalla päihdeongelma saattaa myös olla niin pitkälle edennyt, että täydellinen toipuminen ei enää ole mahdollista. Siitä huolimatta erilaisten tukitoimien avulla on mahdollista torjua erilaisia haittoja, lisätä sekä yksilön että yhteisön hyvinvointia ja ehkäistä terveystalvokustannusten kasvua.

#### 4.3.2 Hoito- ja kuntoutussuunnitelma

Terveystalvokustannuksissa päihteiden käytön vuoksi asioivan potilaan tai sosiaalihoitokustannuksissa asioivan asiakkaan päihdehoidon tulee perustua hänen tilanteensa arviointiin ja sen pohjalta hänen kanssaan yhdessä tehtyyn hoitosuunnitelmaan. Sekä sosiaalihoitokustannuksissa<sup>62</sup>, potilaslaissa<sup>63</sup> että päihdehoitoasetuksessa<sup>64</sup> painotetaan kirjallisen hoitosuunnitelman tekemistä. Terveystalvokustannuksissa ammattihenkilön tulee kirjata potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarvittavat tiedot. Sosiaalihoitokustannuksissa asiakaslain mukaan sosiaalihoitoa toteutettaessa on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelma on laadittava, ellei siihen ole ilmeistä estettä, yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa.

Kirjallisen suunnitelman merkitystä on korostettu myös hallituksen esityksessä<sup>65</sup>, jossa todetaan muun muassa näin: ”Tärkeä tavoite on saada asiakas ja työntekijä sitoutumaan yhteiseen prosessiin. Suunnitelmalla edistettäisiin sitä, että asiakkaan toivomukset ja mielipide häntä itseään koskevassa asiassa entistä paremmin otettaisiin huomioon. Suunnitelmassa voidaan yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa sopia siitä, mihin toi

<sup>62</sup> Laki sosiaalihoitokustannuksissa asiakkaan asemasta ja oikeudesta (812/2000)

<sup>63</sup> Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (786/1992)

<sup>64</sup> Päihdehoitoasetus (653/1986)

<sup>65</sup> HE (137/1999) EK:lle laiksi sosiaalihoitokustannuksissa asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä sosiaalihoitokustannuksissa muuttamisesta ja eräksi niihin liittyviksi laeiksi

minnan aikana pyritään ja kuinka tavoitteen saavuttamiseksi edetään. Suunnitelmaa voitaisiin toiminnan edistyessä muuttaa joustavasti asiakkaan tarpeiden tai olosuhteiden muutoin muuttuessa.”

Kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvalla on asiakkaan itsensä, kunnan ja työvoimatoimiston yhteistyönä laadittava niin sanottu aktivointisuunnitelma. Suunnitelman laatimisen yhteydessä tulee selvittää mahdollisesti tarvittavat sosiaali-, terveystyö-, kuntoutus- ja koulutuspalvelut.<sup>66</sup>

### 4.3.3 *Palveluohjaus*

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluohjauksella pyritään asiakaslähtöisempään ja asiakkaan etua korostavaan työskentelytapaan. Palveluohjauksen avulla voidaan paremmin arvioida asiakkaan kokonaistilannetta sekä kustannusten kehitystä. Palveluohjaus on sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamalli, jossa asiakas ja palveluohjaaja yhdessä etsivät ratkaisuja asiakkaan elämänhallinnan ongelmiin. Palvelujen käyttäjät ovat aktiivisesti mukana määrittämässä heitä koskevia palvelu- ja tukimuotoja.

Palveluohjaaja on asiakkaan yhdyshenkilö ja asiakkaan vastuullinen asianhoitaja. Hän voi olla sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö tai muutoin soveltuva henkilö. Palveluohjaajan tehtävänä on lisätä asiakkaan toiminta- ja osallistumismahdollisuuksia, aktivoida asiakkaan omia tukiverkkoja sekä auttaa asiakkaan jaksamista arkipäivässä. Palveluohjaaja auttaa asiakasta saamaan oikeat tuki- ja palvelumuodot oikeaan aikaan niin, että palvelut nivELYTYVÄT mahdollisimman hyvin asiakkaan arkeen ja auttavat siinä selviytymistä.

## 4.4 **Päihdekuntoutus on tuloksellista ja vaikuttavaa**

Päihdekuntoutuksen vaikuttavuutta<sup>67</sup> on tutkittu sekä väestötasolla aikasarja-analyysillä että asiakastasolla satunnaistetuilla asetelmilla vertailemalla erityyppisiä hoitomuotoja sekä seurantaluonteisesti. Vaikuttavuuden kriteereinä on eri tutkimuksissa pidetty osin erilaisia asioita. Kriteereinä ovat olleet muutokset päihteiden käytössä, asiakkaan tai hänen läheisensä sosiaalisessa selviytymisessä ja hyvinvoinnissa, terveydentilassa, hoidossa pysymisessä ja elämäntavassa. Väestötasolla päihdepalvelujen tehostettu tarjonta on selvästi alentanut terveydenhuollon kustannuksia, lisännyt hyvinvointia ja vähentänyt hoidon tarvetta.

Alkoholin riskikäyttäjiin suunnatuilla perusterveydenhuollon palveluilla on pystytty vaikuttamaan alkoholin kulutukseen, asiakkaiden terveydentilaan ja sosiaalisiin ongelmiin. Alkoholiriippuvaisten hoito on tuloksellista riippumatta siitä, toteutetaanko se avo- tai laitospäihdehoitoympäristössä, päihdehuollon erityispalveluna tai esimerkiksi sairaal-osastolla. Erilaisten hoito- ja terapiamenetelmien välillä ei satunnaistetuissa kokeissa näytä olleen oleellisia tuloksellisuuseroja etenkin pitkällä aikavälillä.

<sup>66</sup> Laki kuntouttavasta työtoiminnasta (189/2001)

<sup>67</sup> Kaukonen 2002

Kokonaan raittiiden osuus vuoden kuluttua hoidon päättymisestä ylittää harvoin 15 % riippumatta käytetystä hoito-ohjelmasta, mikäli asiakkaita ei pyritä valikoimaan. Juomista onnistuu kuitenkin selvästi vähentämään kaksinkertainen määrä – eräiden tutkimusten mukaan jopa 70 – 80 % – ja erilaisissa sosiaalisissa ja terveydellisissä haitoissa tapahtuu merkittävää vähenemistä valtaosalla hoitoon päässeistä asiakkaista. Myös vas-taisen kuntoutuksen tarve vähenee selvästi.

Ei-satunnaistetut vertailututkimukset huumeiden käyttäjien hoidoista viittaavat samoin siihen, että hoitoon päässeet hyötyvät selvästi kuntoutuksesta hoitomuodoista riippu-matta. Tulosten tulkintaa vaikeuttaa kuitenkin usein hoidon keskeyttäneiden suuri osuus. Seurantoihin perustuneet tutkimustulokset esimerkiksi amfetamiinin käyttäjien hoidosta osoittavat, että hoidossa pysyneet kyllä hyötyvät kuntoutuksesta, mutta hoitoon valikoitumista ja kadon osuutta on vaikea kontrolloida. Sekä alkoholin että huumeiden käyttäjien hoidossa pysymiseen ja myös asiakkaiden hoidon jälkeiseen selviytymiseen näyttävät vaikuttavan erityisesti hoitosuhteen laadulliset ominaisuudet, ei niinkään hoi-don viitekehys. Opiaattien (esimerkiksi heroiinin) käyttäjien hoidossa pysymistä lisää selvästi korvauslääkityksen käyttö. Psykososiaaliset ohjelmat lisäävät puolestaan sel-västi korvaushoito-ohjelmien vaikuttavuutta, asiakkaiden hyvinvointia ja sosiaalista sel-viytymistä.

Satunnaistettua hoitotutkimusta on meillä kaiken kaikkiaan tehty vähän. Monitahaisen suomalaisen palvelujärjestelmän vaikuttavuudesta päihdeongelmaan ei myöskään ole tehty kansallisia tutkimuksia, eikä moniammatillisen psykososiaalisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta. Päihdekuntoutus on kuitenkin kehittynyt ja laajentunut juuri tähän suuntaan.

Kuntoutuksen vaikuttavuutta järjestelmän kustannuksiin ja asiakkaiden selviytymiseen on syytä tarkastella tilastollisesti, ei arkihavaintoihin pohjautuen. Kuntoutuksella on sekä kustannuksia säästäviä että pitkäaikaisvaikutuksia. Eri hoitajaksojen tai -interven-tioiden vaikutukset voivat myös kumuloitua. Vaikuttavuustutkimusten tulokset viittaa-vat siihen, että terveysvaikutuksia ja yhteiskunnallisia kustannussäästöjä syntyy silloin-kin, kun yksittäisen asiakkaan päihdekäyttäytyminen ei esimerkiksi laituskuntoutusjak-sosta huolimatta välittömästi muutu.

Psykoterapiatutkimuksessa on havaittu asiakkaan ja hoitajan välisen työskentelysuhteen olevan yksi keskeinen tekijä hoidon tuloksellisuudessa. Päihdeongelmien hoidossa sillä on todettu olevan vaikutusta myös hoidon jatkuvuuteen. Työntekijän vuorovaikutusel-liset ominaisuudet, kuten empatia, aitous, asiakkaan kunnioittaminen, konkreettisuus sekä terapiasuhteen vuorovaikutuksen laatu olivat Pekka Saarnion<sup>68</sup> avopäihdehoidossa toteutetun tutkimuksen mukaan olennaisesti hoidon jatkuvuuteen vaikuttavia tekijöitä. Mitä paremmiksi työntekijän vuorovaikutukselliset ominaisuudet arvioitiin, sitä korke-ampi oli asiakkaan antama vuorovaikutusarvio heidän suhteestaan ja sitä vähemmän asiakkailla oli hoidon keskeyttämisiiä.

Päihdehoitotyössä edellä mainittujen seikkojen lisäksi työntekijältä vaaditaan vielä muun muassa sitä, että hän kykenee asettamaan asiakkaalle rajoja ja samanaikaisesti huomioimaan tämän henkilökohtaiset tarpeet. Työntekijän on lisäksi kyettävä työsken-telemaan asiakkaan kanssa riippumatta siitä, mikä asiakkaan fyysinen ja/tai henkinen

---

<sup>68</sup> Saarnio 2001

kunto on (onko asiakas esim. päihtyneenä tms.) Tämä tekee päihdehoitotyöstä erityisen vaativaa. Asiakkaiden ohella hoitotyössä on huomioitava myös heidän perheenjäsentensä ja läheistensä tarpeet. Työntekijältä vaaditaan siis valmiuksia hyvin laaja-alaiseen, mutta silti konkreettiseen ja kohdentuvaan työskentelyyn.

## **Lähteet**

Aira M.: Alkoholihaittojen sekundaaripreventio terveystieteiden tutkimuskeskuksessa – lääkärin näkökulma. Kuopion yliopiston julkaisu D. Lääketiede 226. Kuopio 2000.

Ahlström S., Metso L. & Tuovinen E. L.: Nuorten päihteiden käytössä vähäisiä eroja suuralueiden välillä. Dialogi 3:2000.

Alkoholijuomien kulutus vuonna 2001 ennakkotieto. Tiedote Stakes/STTV 13.2.2002.

Hakkarainen P., Kekki T., Mustalampi S., Muuri A., Nuorvala Y., Partanen A., Virtanen A. & Virtanen P.: Huumehoitoon nykyiset tarpeet ja edellytykset. Stakes, Aiheita 31/2000. Helsinki.

Hakkarainen P. & Metso L.: Onko huumeiden käytön yleistymisen taittumassa. Vuoden 2000 huumeetutkimuksen tulokset. Yhteiskuntapolitiikka 2001, 66:3, 277-283.

Huumeiden ongelmakäyttöä kehittäneen työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:8. Helsinki.

Inkinen Maria: Mini-interventio – kysymällä ja motivoimalla muutokseen. Stakes, Ehkäisevä päihdetyö 1/1999.

Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:3. Helsinki.

Kaukonen O.: Laatumittareista päihdepolitiikan arviointiin. Sosiaaliturva 1998, 9:17-19.

Kaukonen O.: Päihdekuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa Aalto A.- M. ym.: Kannattaako kuntoutus? Stakes 2002, raportteja 267:125-139.

Kaukonen O.: Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. Tutkimuksia 107/2000. Stakes, Helsinki.

Kaukonen O., Metso L. & Halmeaho M.: Päihdepalvelut. Teoksessa Uusitalo H., Parpo A. & Hakkarainen A. (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000:121-131.

Kuokkanen Martti: Mini-interventio työterveyshuollossa. Toimintamalleja 2/1997. Stakes, Sosiaali- ja terveysministeriö.

Marjamäki, P., Mäntysaari, M., Ristimäki, T.: Sosiaalityöntekijät Suomessa 1998 - tehtävät, koulutus, määrä ja riittävyys. STM. Monisteita 1998:21.

Mustonen H., Mäkelä P., Metso L. & Simpura J.: Muutokset suomalaisten juomataivoissa: toiveet ja todellisuus. *Yhteiskuntapolitiikka* 2001, 66:3, 265-276.

Nuorvala Y., Metso L., Kaukonen O. & Haavisto K.: Päihde-ehtoinen asiointi sosiaali- ja terveydenhuollossa: vuosien 1995 ja 1999 päihdetapauskaskeutusten vertailu. *Yhteiskuntapolitiikka* 2000, 65:3, 246-254.

Nuorvala Y. & Vertio H.: Eikö kunnallinen päihdehuolto tavoita nuoria ja ”hyväosaisia”? *Sosiaalinen aikakauskirja* 1989:2, 51-55.

Parkkari J. K., Soikkeli M. & Siira M.: Julkisuus ja salassapito moniammatillisessa työssä. *Stakes*, 2001.

Partanen A.: Päihdehuollon huumeasiakkaat vuonna 2001 -tiedonantajapalaute. Julkaistu internetsivuilla [www.stakes.fi/tilastot/tiedonantajapalaute](http://www.stakes.fi/tilastot/tiedonantajapalaute). 2002.

Partanen P., Hakkarainen P., Holmström P., Kinnunen A., Lammi R., Leinikki P., Partanen A., Seppälä T., Simpura J. & Virtanen A.: Amfetamiinien ja opiaattien käytön yleisyys Suomessa 1999. *Suomen Lääkärilehti* 43/2001.

Perusteltuja rajoituksia vai huonoa kohtelua – selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon pakotteista. *Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita* 2001:33. Helsinki.

Päihdetilastollinen vuosikirja, *Stakes SVT, Sosiaaliturva* 2001:2.

Saarnio P.: Mitkä tekijät vaikuttavat terapiasuhteen keskeyttämiseen avopäihdehoidossa? *Yhteiskuntapolitiikka* 2001, 66:3, 224-232.

Salomaa J.: Päihdehaittojen seutukunnittaiset erot ja niitä selittävät tekijät. *Stakes, Tilastoraportti* 6/2000.

Salomaa J.: Päihdehuolto ja päihdehuollon kustannukset. *Stakes, Alkoholi ja huumeet* 1999 tilastoraportti 9/2000.

Seppä K. Mini-interventio – alkoholiongelman varhaisvaiheen hoito. Julkaistu internet-sivulla: [www.fimnet.fi/klyhdistys/vuoski99/miniinte.html](http://www.fimnet.fi/klyhdistys/vuoski99/miniinte.html).

Seppä K., Mäkelä R.: Heavy drinking in hospital patients. *Addiction* 1993:88, 1377-1382.

Sillanaukee P., Kiiänmaa K., Roine R. & Seppä K.: Alkoholin suurkulutuksen kriteerit. *Suomen Lääkärilehti* 1992:92, 2919-2921.

Sillanaukee P., Kukkonen A.- P., Mattila P., Laine P. & Seppä K.: Alkoholin suurkuluttajien prevalenssi ja tunnistaminen kaupunkiterveysasemalla – kokemuksia Lahti-projektista. *Alkoholipolitiikka* 1994:59, 412-421.

Sosiaalihuollon asiakkaan asema ja oikeudet. *Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita* 2001: 11.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. STM, Stakes, Suomen Kuntaliitto 1999.

Sosiaali- ja terveystalvelujen lainsäädäntö käytännössä. Narikka J. (toim.). Tietosano-  
ma, Helsinki 2001.

Tuori K.: Sosiaalioikeus, Werner Söderström Lakitieto Oy 2000, Helsinki.

Wilding P.: Maintaining Quality in Human Services. *Social Policy & Administration*,  
1994, vol. 28:1, 57-72.

Wilk A., Jensen N. M. & Havighurst T. C.: Meta-analysis of randomized control trials  
addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal  
Medicine*, 1997:12, 274-283.

**Stakesin alkoholia ja huumeita sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskeva tilastotieto:**

Alkoholi ja huumeet 2000

*Ritva Hein ja Ari Virtanen (toim.)*

Stakes Tilastoraportti 4/2001

Alkoholi ja huumeet alueittain 2000

*Ritva Hein, Ari Virtanen ja Lennart Wahlfors*

Stakes Tilastoraportti 4/2002

Elpyvä Suomi ja alkoholijuomien kulutus

*Jukka Salomaa ja Ritva Hein*

Stakes Tilastoraportti 5/1999

Hintaindeksit alkoholijuomien hintojen kehityksen mittarina

*Reijo Sund*

Stakes Tilastoraportti 2/1999

Huumausaineiden aiheuttamat haittakustannukset Suomessa vuonna 1994

*Jukka Salomaa*

Stakes Aiheita-sarja 35/1996

Huumausainetilanne Suomessa 2000

*Ari Virtanen*

Stakes Tilastoraportti 1/2001

Pohjoismainen alkoholitilasto 1992 – 1996

*Ritva Hein*

Stakes Tilastoraportti 5/1998

Pompidou-lomakkeen käyttö päihdehuollossa

Tiedonkeruupilotin loppuraportti

*Hanna Sellergren*

Stakes Aiheita-sarja 5/1997

Päihdehaittojen seutukunnittaiset erot ja niitä selittävät tekijät

*Jukka Salomaa, Leena Warsell ja Ritva Hein*

Stakes Tilastoraportti 6/2001

Päihteiden käytön haittakustannukset vuosina 1994 – 1995

Alkoholi ja huumeet

*Ritva Hein ja Jukka Salomaa*

Stakes Tilastoraportti 4/1998



Päihdetilastollinen vuosikirja 2001

*Alkoholi ja huumeet*

Sosiaaliturva 2001:2

Selvitys amfetamiinin ja opiaattien käyttäjien määrästä pääkaupunkiseudulla ja koko maassa vuonna 1997

*Päivi Partanen, Aarne Kinnunen, Pauli Leinikki, Olli Nylander, Timo Seppälä, Jussi Simpura, Ari Virtanen ja Jouni Välkki*

Stakes Aiheita-sarja 19/1999

Selvitys päihdehuollon huumeasiakkaista 1998

Pompidou-huumehoidontiedonkeruu

*Airi Partanen*

Stakes Tilastoraportti 29/1999

Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2001

Sosiaaliturva 2001:4

Sosiaali- ja terveystoimenot 1999

Sosiaaliturva 2001:3

Taskumatti 2001

Tilastotietoa alkoholista ja huumeista

Internet: <http://stakes.fi/tilre/acrobat/taskumatti01-suomi.pdf>

Taskutieto 2002

Tilastotietoa sosiaali- ja terveydenhuollosta

Internet: <http://stakes.fi/tilre/acrobat/taskutieto99.pdf>

Vuosiraportti 2001 Euroopan unionin huumeongelmasta. Julkaistaan EMCDDA:n internetsivuilla: <http://www.emcdda.fi>

**Kouluterveyskyselyjen perusteella tehtyjä julkaisuja:**

Luopa P., Rimpelä M. & Jokela J.: Huumeet ja koululaiset. Tuloksia Kouluterveyskyselystä 1996 – 2000. Stakes Aiheita-monistesarja 25/2000.

Nummelin R., Luopa P., Rimpelä M. & Jokela J. Kouluterveyskysely Helsingissä vuosina 1995 – 2000. Katsaus kyselyyn ja sen tuloksiin. Helsingin opetusviraston julkaisusarja A7:2001.

Nummelin R., Rimpelä M., Luopa P., Stubbe J. & Jokela J. Seksuaalikasvatus helsinkiläisten yläasteiden haasteena. Helsingin kaupungin opetusviraston julkaisusarja A9:2000.

Rimpelä M., Jokela J., Luopa P., Liinamo A., Huhtala H., Kosunen E., Rimpelä A. & Siivola M.: Kouluterveys 1996 -tutkimus. Kouluviihtyvyys, terveys ja tottumukset. Perustulokset yläasteilta ja kaupunkien väliset erot. Stakes Aiheita-monistesarja 40/1996.

**Stakesin julkaisujen hankkiminen:**

Julkaisut toimitetaan postitse.

Puhelintilaukset numerosta (09) 3967 2190 tai puhelinvastaaja numero (09) 3967 2308, telefax (09) 3967 2450, sähköposti: [orders@stakes.fi](mailto:orders@stakes.fi)

[www.stakes.fi/julkaisut](http://www.stakes.fi/julkaisut)

**Internet-osoitteita:**

**<http://www.stm.fi/suomi/hankkeet/hanke01fr.htm>**, tietoa kansallisesta alkoholiohjelmasta ja sen toteuttamisesta

**<http://www.stakes.fi/neuvoa-antavat>**, portaali sisältää muun muassa seuraavanlaisia tietoja:

- keskustelufoorumi
- strategiat, hankkeet ja hoitopaikat
- työvälineet, menetelmät ja arvioinnit
- tapahtuma- ja koulutustietoja
- lainsäädäntö
- rahoitus (terveyden edistämisen määrärahaan liittyvät ohjeet ja lomakkeet)
- tutkimukset, tilastot ja julkaisut (linkkejä tilastoraportteihin ja julkaisuihin)
- rekisteröinti- ja palautelomakkeet
- linkit ja tekninen apu

**<http://www.stakes.fi/kouluterveys/nettinuori>**

**<http://www.stakes.fi/kouluterveys/tarkemmin.htm>**

- linkkejä taulukoihin ja verkkojulkaisuihin

**<http://www.a-klinikka.fi>**

**<http://www.health.fi>** (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kotisivu)

**<http://www.tietosuoja.fi>**

**SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN OPPAITA  
SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS HANDBÖCKER  
HANDBOOKS OF THE MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH  
ISSN 1236-116X**

- 2002: 1 Handbok om arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte.  
ISBN 952-00-1121-8
- 2 Utkomststöd. Handbok för tillämpning av lagen om utkomststöd.  
ISBN 952-00-1138-2
- 3 Päihdepalvelujen laatusuosituksset.  
ISBN 952-00-1198-6
- 4 Kvalitetsrekommendation för missbrukarvården.  
ISBN 952-00-1199-4