



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

Leena Kuljukka
Maija Niskala
Airi Partanen
Kristiina Kuussaari
Helena Vorma

TYÖPAPERI

Päihdepalveluihin pääsy suurissa kunnissa vuosina 2011 ja 2012

TYÖPAPERI 38/2013

Leena Kuljukka, Maija Niskala, Airi Partanen, Kristiina Kuussaari, Helena Vormaa

**Päihdepalveluihin pääsy
suurissa kunnissa vuosina
2011 ja 2012**



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-302-025-2 (painettu)

ISBN 978-952-302-026-9 (verkko)

ISSN 2323-363X (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-026-9>

Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy
Tampere 2014



Lukijalle

Joustava ja helppo päihdepalveluihin pääsy on päihdeongelman hoidon onnistumisen kannalta välttämätön edellytys. Usein vuosien tai jopa vuosikymmenien aikana kehittyneestä päihdeongelmasta irrottautuminen on pitkä ja monivaiheinen muutosprosessi, jossa tarvitaan niin itsehoitoa, läheisten ja vertaisten tukea sekä ammatillista päihdehoitoa.

Ammatilliseen hoitoon hakeudutaan usein vasta sitten, kun ongelmat ovat kasautuneet useillakin elämänaalueilla ja koetaan, että omaehtoinen päihteiden käytön vähentäminen tai lopettaminen ei ole mahdollista. Hoidosta voidaan hakea esimerkiksi välitöntä helpotusta vaikeisiin vieroitusoireisiin, tukea päihteiden käytön vähentämiseen tai lopettamiseen, hoitoa päihteisiin liittyvästä riippuvuudesta irti pääsemiseen, hoitoa päihteistä aiheutuvista somaattistista sairauksista tai mielenterveysongelmista toipumiseen tai apua monin tavoin kurjistuneen elämäntilanteen kohentamiseksi. Oikea-aikaisella ammatillisella hoidolla voidaan tukea muutosmotivaatiota, vauhdittaa muutoksen käynnistymistä ja edesauttaa muutoksen etenemistä, hoitaa riippuvuutta ja muita päihdeongelmaan liittyviä mielenterveys- tai somaattisia sairauksia tai auttaa sosiaalisissa ongelmissa, ehkäistä tilanteen pahenemisen ja vähentää päihdeongelmasta aiheutuvia haittoja ja kärsimystä.

Miten hyvin päihdepalveluihin pääsee? Tähän kysymykseen ei ole toistaiseksi mahdollista saada vastauksia valtakunnallisista tilasto- ja rekisteritiedoista. Tilastoista ja rekistereistä saadaan tietoa vain jo päihdepalveluihin päässeistä ihmisistä. Päihdepalveluihin pääsystä tarvitaan siis erillisselvityksiä. Erillisselvitysten haasteena on kuitenkin se, että suomalainen päihdepalvelujärjestelmä vaihtelee paljon kuntakohtaisesti. Suurimmissa kunnissa on päihdeongelmien hoitoon erikoistuneita yksiköitä, mutta pienemmissä kunnissa päihdeongelmaisia hoidetaan usein osana perustason sosiaali- ja terveyspalveluja.

Päihdepalveluihin pääsyyn vaikuttavina tekijöinä ovat myös muutokset päihdepalveluiden tarpeessa, mihin vaikuttavat erityisesti päihteiden käytössä tapahtuneet muutokset. Lisäksi päihdeongelmien hoitoon erikoistuneiden yksiköiden käyttöön vaikuttavat yleisessä yhteiskuntapolitiikassa, sosiaali- ja terveyspolitiikassa sekä muissa sosiaali- ja terveyspalveluissa tapahtuneet muutokset. Päihdepalveluiden on arvioitu olevan suhdanneherkkiä erityisesti sen vuoksi, että monet kunnat järjestävät palvelunsa hankkimalla ne päihdeongelmien hoitoon erikoistuneilta kolmannen sektorin sekä yksityissektorin palveluntuottajilta. Ulkoistettuihin ostopalveluihin on helpompi kohdentaa leikkauksia kuin itse tuotettuihin palveluihin kuntatalouden kiristyessä.

Päihdepalveluihin pääsyä ohjataan säännöillä ja normeilla kuten muutakin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden pääsyä. Keskeisimpänä ohjausinstrumenttina on kiireettömään hoitoon pääsyä ohjaava terveydenhuoltolaki. Päihdeongelmien hoitoon erikoistuneet päihdehuollon erityispalvelut sijoittuvat kuitenkin usein sosiaalihuollon alaisuuteen, ja siksi terveydenhuoltolaissa määritellyt enimmäisajat kiireettömän hoidon osalta saattavat jäädä huomiotta. Kuitenkin kiireettömän hoidon aikarajoja tulee noudattaa myös päihdehuollossa sen sisältämän terveyden- ja sairaanhoidon osalta.

Päihdepalveluihin pääsyn seurannan haasteena ovat myös ne vaihtelevat tavat, miten yksiköt ovat järjestäneet palveluihin pääsyn ja sen seurannan. Joissakin yksiköissä palveluihin ei ole jonoa, koska yksiköihin voi hakeutua suoraan, eikä niissä näin ollen pidetä minkäänlaista kirjanpitoa hoitoon jonottamisesta. Joissakin yksiköissä kirjaaminen perustuu erilliskirjanpitoon, ja joissakin yksiköissä tietoja kerätään niiden omaan asiakastietojärjestelmään.

Raportissa kuvataan suuren kaupungin päihdepalveluihin pääsyä tarkastellutta pilottiluonteista selvitystä, jossa kerättiin tietoa päihdehoitoon pääsystä 13 suuressa kaupungissa vuosina 2011 ja 2012. Vuoden 2011 selvitys oli suppeampi näistä kahdesta, ja siinä sovellettiin sosiaali- ja terveysministeriön aiemmin tekemien selvitysten lähestymistapaa, jossa hoitoon pääsyä oli kartoitettu haastatteluilla vain kaupungin keskeisimmän palveluntuottajan osalta ajatellen sen antavan indikoivaa tietoa päihdepalveluihin pääsystä yleisemminkin. Vuonna 2012 tiedonkeruuta laajennettiin koskemaan kaikkia valituissa kaupungeissa toimivia päihdehuollon erityispalveluyksiköitä, jolloin tiedonkeruu tehtiin strukturoidulla webropol-lomakkeella ja tietoja täydennettiin kunnan päihdepalveluista vastaavan haastatteluilla.

Selvitys tehtiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Mielenterveysongelmat ja päihdepalvelut -yksikössä vuosina 2011 ja 2012. Tiedonkeruun toteuttivat kolmen kuukauden korkeakouluharjoittelujak-

sonsa osana vuonna 2011 valtiotieteiden ylioppilas Maija Niskala Turun yliopistosta ja vuonna 2012 valtiotieteiden kandidaatti Leena Kuljukka Turun yliopistosta. Selvitystyön ohjaajana toimi kehittämisspäälikkö Airi Partanen Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta. Selvityksen suunnitteluun osallistuivat lisäksi erikoistutkija Kristiina Kuussaari Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta, sekä lääkintöneuvos Helena Vorman ja neuvotteleva virkamies Kari Haavisto sosiaali- ja terveysministeriöstä. Raportin teksti kirjoitettiin kolmessa vaiheessa: Maija Niskala kirjoitti tutkimuksen taustan ja vuoden 2011 tulokset, Leena Kuljukka vuoden 2012 tulokset ja teki raportin kokonaistaiton ja Airi Partanen muokkasi tekstiä erityisesti pohdinnan ja johtopäätösten osalta Kristiina Kuussaaren ja Helena Vorman kanssa. Lämpimät kiitokset kaikille raportin valmisteluun eri vaiheissa osallistuneille.

Kehittämisspäälikkö Airi Partanen
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Tiivistelmä

Leena Kuljukka, Maija Niskala, Airi Partanen, Kristiina Kuussaari, Helena Vormo. Päihdepalveluihin pääsy suurissa kunnissa vuosina 2011 ja 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 38/2013. 86 sivua. Helsinki 2013.

Raportissa tarkastellaan päihdehuollon erityispalveluihin pääsyä 13 suuressa kunnassa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) vuosina 2011 ja 2012 tekemien pilottiluontoisten selvitysten pohjalta. Niissä hyödynnettiin aiemmin sosiaali- ja terveysministeriön (STM) tekemiä suppeita selvityksiä. Vuonna 2011 tietoja kerättiin päihdehuollon laitoshoitoon jonotuksesta ja vuonna 2012 tiedonkeruu laajennettiin koskemaan myös päihdehuollon avohoitoon pääsyä. Hoitoonpääsyä selvitettiin sekä alkoholin että huumeiden vuoksi hoitoon hakeutuneiden osalta, ja huumehoidossa erityisesti opioidiriippuvuuden lääkkeelliseen vieroitus- ja korvaushoittoon pääsyä. Vuosien 2011 ja 2012 tietojen keruussa käytettiin sekä webropol-kyselyä että haastatteluja. Vuoden 2012 tietojen keruuta tehtiin aiempaa useammista yksiköistä. Vuoden 2012 selvityksessä kerättiin tietoja myös raskaana olevien hoitopalveluihin suunnatun valtionosuuden käytöstä. Raportista löytyy lisäksi taustatietoa pilottiselityksessä olleiden kuntien päihdeongelmallisille suunnatuista palveluista.

Vuoden 2011 selvityksen mukaan 13 suuren kunnan päihdehuollon laitostenmuotoiseen katkaisuhoidon pääsi alkoholiongelmiensa vuoksi yleensä tarvitsematta jonottaa lainkaan tai jonotusaika oli korkeintaan 1–2 vuorokautta. Alkoholiongelman vuoksi laitostenmuotoiseen kuntoutukseen pääsyn kesto vaihteli muutamasta päivästä useampaan viikkoon. Huumeongelmaiset joutuivat odottamaan vieroitushoittoon tai kuntouttavaan laitoshoittoon pääsyä pidempään kuin alkoholiongelman vuoksi hoitoon hakeutuneet. Jonotusaika huumevieroitushoittoon oli yleensä muutamasta vuorokaudesta muutama viikkoon, ja kuntouttavaan laitoshoittoon pääsy muutamasta viikosta pariin kuukauteen. Jonotus opioidikorvaushoidon tarpeen arviointiin kesti joitakin kuukausia ja hoidon aloitukseen useampia kuukausia. Hoidon odotusajat näyttivät hieman lyhentyneen, kun tuloksia verrattiin aikaisempiin STM:n selvityksiin.

Vuoden 2012 selvityksessä tarkasteltiin 13 suuressa kunnassa päihdehuollon laitoshoidon lisäksi erikseen päihdehuollon avohoitoon pääsyä. Alkoholin vuoksi avohoitoon hakeutuvat näyttivät pääsevän hoidon tarpeen arviointiin yleensä alle viikon sisällä, mutta sen pohjalta sovitun hoidon aloittamisessa oli yleensä 1–4 viikon odotusaika. Alkoholin vuoksi tapahtuvaan katkaisuhoidon pääsi yleensä joko suoraan tai korkeintaan 1–2 vuorokauden sisällä ja kuntoutukseen jonotus vaihteli suorasta hoitoonpääsystä muutama viikkoon. Huumevieroitushoittoon jonotus kesti yleensä muutamasta vuorokaudesta kuukauteen, ja kuntouttavaan laitoshoittoon pääsyä joutui odottamaan yleensä muutamana viikkoa. Opioidikorvaushoidon tarpeen arviointiin pääsi yleensä 1–3 kuukauden sisällä, ja hoidon aloitusta joutui odottamaan muutamia kuukausia, mutta hoitotakuun aikaraja ylittyi vain yksittäistapauksissa.

Hoitoon pääsyn odotusajoissa tapahtuvan muutoksen arviointi tarjoaa näiden selvitysten pohjalta vain suuntaa antavaa tietoa. Tiedonkeruun tavoissa tapahtui muutoksia ja tiedonkeruu rajoittui vain joihinkin suuriin kaupunkeihin ja päihdehuollon erityispalveluihin. Haasteena on jonotuskäytäntöjen ja niiden kirjaamisen vaihtelevuus sekä jonotusta koskevien tietojen monitulkintaisuus. Eri kuntien päihdehuollon palveluiden järjestämistapa myös vaihtelee suuresti. Päihdehuollon erityispalveluihin pääsyyn vaikuttavat kunnassa tarjolla olevien muiden päihdeongelmallisille tarkoitettujen hoito-, kuntoutus- ja asumispalveluiden saatavuus, hoidon porrastus, kunnan päihdehuoltoon varaamien resursien määrä sekä muutokset päihdetilanteessa. Raportti pyrkii antamaan myös pohjaa seurantatiedonkeruun edelleen kehittämiseksi. Pitkän tähtäimen tavoitteena on se, että päihdepalveluihin pääsyä koskevan tiedon tulisi kertyä osana potilas- tai asiakastietojärjestelmiin kerättävää tietoa.

Avainsanat: päihdepalvelut, palveluihin pääsy, alkoholi, huumeaineet, opioidit

Sammandrag

Leena Kuljukka, Maija Niskala, Airi Partanen, Kristiina Kuussaari, Helena Vormo. Päihdepalveluihin pääsy suurissa kunnissa vuosina 2001 ja 2012. [Tillgången till missbrukartjänster i stora kommuner under 2011 och 2012]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Diskussionsunderlag 38/2013. 86 sidor. Helsingfors 2013.

Rapporten granskar tillgången till särskilda tjänster inom missbrukarvården i 13 stora kommuner utifrån de utredningar av pilotkaraktär som Institutet för hälsa och välfärd (THL) gjorde under 2011 och 2012. I dessa utnyttjades de begränsade utredningar som gjorts tidigare av social- och hälsovårdsministeriet (SHM). Under 2011 insamlades information om kön till institutionsbehandling inom missbrukarvården och under 2012 utvidgades informationsinsamlingen att gälla även tillgången till öppenvård inom missbrukarvården. Tillgången till behandling utreddes vad gäller såväl alkohol som droger för dem som sökt sig till behandling, särskilt tillgången till medicinsk avgiftning och substitutionsbehandling för opioidberoende personer. I samband med insamlingen av information 2011 och 2012 användes såväl en webropolenkät som intervjuer. Insamlingen av information 2012 gjordes från ännu fler enheter än tidigare. I samband med utredningen från 2012 insamlades också information om användningen av den statsandel som är avsedd för behandlingstjänster för gravida. Rapporten innehåller därtill bakgrundsinformation om tjänsterna till missbrukare i de kommuner som deltog i pilotutredningen.

Enligt utredningen från 2011 fick patienter med alkoholproblem i de 13 stora kommunerna tillgång till institutionsavgiftning i allmänhet utan att behöva köa alls eller så var kötiden högst 1–2 dygn. Tillgången till institutionsrehabilitering på grund av alkoholproblem varierade från några dagar till flera veckor. Personer med drogproblem tvingades vänta på avgiftning eller rehabiliterande institutionsbehandling längre än de som sökte sig till behandling på grund av alkoholproblem. Kötiden till drogavgiftning var i allmänhet från några dygn till några veckor, och tillgången till rehabiliterande institutionsbehandling från några veckor till några månader. Kötiden till utvärdering av behovet av opioidsubstitutionsbehandling var några månader, och flera månader till inledningen av behandlingen. Det såg ut som om väntetiderna till behandlingen blivit en aning kortare jämfört med SHM:s tidigare utredningar.

I utredningen från 2012 granskades förutom tillgången till institutionsbehandling inom missbrukarvården i de 13 stora kommunerna även tillgången till öppenvård inom missbrukarvården särskilt. Det såg ut som om de som sökt sig till öppenvård på grund av alkohol i allmänhet hade tillgång till utvärdering av behandlingsbehovet inom mindre än en vecka, men att väntetiden till början av den behandling som fastställts utifrån utvärderingen i allmänhet var 1–4 veckor. I allmänhet hade man genast eller högst inom 1–2 dygn tillgång till avgiftning på grund av alkohol, medan kötiden till rehabilitering varierade mellan direkt tillgång till behandling och några veckors väntetid. Kötiden till drogavgiftning varierade i allmänhet mellan några dygn och en månad, och tillgången till rehabiliterande institutionsbehandling var i allmänhet några veckor. Patienterna hade i allmänhet tillgång till utvärdering av behovet av opioidsubstitutionsbehandling inom 1–3 månader, men måste vänta på inledning av behandlingen i några månader, men tidsfristen för vårdgaranti överskreds endast i enskilda fall.

Utifrån dessa utredningar får man endast riktgivande information för att bedöma ändringen i kötiderna. Sätten att samla in information ändrades och informationsinsamlingen begränsade sig endast till vissa stora städer och särskilda tjänster inom missbrukarvården. Utmaningen ligger i variationen i köpraxis och anteckningen av dessa samt de olika sätten att tolka informationen om kötiderna. Sättet att ordna tjänster inom missbrukarvården varierar också stort i olika kommuner. Tillgången till särskilda tjänster inom missbrukarvården påverkas av tillgången till de behandlings-, rehabiliterings- och inkvarteringstjänster som är avsedda för missbrukare och som tillhandahålls av kommunen, nivåstruktureringen, beloppet på de resurser som reserverats för missbrukarvården av kommunen samt förändringar i missbrukssituationen. Ett ytterligare mål med rapporten är att ge en grund för att vidareutveckla insamlingen av uppföljningsinformation. Det långsiktiga målet är att information om tillgången till missbrukartjänster insamlas som en del av insamlingen av information till patient- och kunddatasystemen.

Nyckelord: missbrukartjänster, tillgång till tjänster, alkohol, narkotika, opioider

Abstract

Leena Kuljukka, Maija Niskala, Airi Partanen, Kristiina Kuussaari, Helena Vormo. Päihdepalveluihin pääsy suurissa kunnissa vuosina 2011 ja 2012. [Access to substance abuse services in large municipalities in 2011 and 2012]. National Institute for Health and Welfare (THL). Discussion paper 38/2013. 86 pages. Helsinki 2013.

This report discusses access to specialised services for substance abusers in 13 large municipalities, on the basis of pilot analyses carried out in 2011 and 2012 by the National Institute for Health and Welfare. These analyses made use of small studies previously produced on this subject by the Ministry of Social Affairs and Health. In 2011, data was collected on queuing times for inpatient substance abuse services. In 2012, data collection was extended to cover access to outpatient substance abuse services. This study covered both alcohol abusers and drug abusers seeking treatment, including a separate analysis of access to medication-assisted detoxification and substitution treatment for opioid addicts. Data collection in 2011 and 2012 was performed through a Webropol survey and interviews. The 2012 data collection covered a larger number of units than in the previous year and also included data on the use of central government transfers earmarked for abuse services for pregnant women. This report also provides background information on services targeted at substance abusers in the municipalities covered by the pilot analysis.

According to the 2011 study, the 13 large municipalities were normally able to offer institutional detoxification treatment for alcohol abusers, with no need to queue or a maximum queuing time of 1–2 days. However, the queuing time for institutional rehabilitation for alcohol abusers varied from a few days to several weeks. Drug abusers had to wait longer for access to institutional withdrawal or rehabilitation treatment: the queuing time for drug detoxification typically varied from a few days to a few weeks, and for institutional rehabilitation from a few weeks to a couple of months. Queuing for a need assessment for opioid substitution treatment typically took a few months, and the time lag for the actual commencement of treatment was several months. According to this study, waiting times for treatment have slightly decreased compared to the results of earlier studies by the Ministry of Social Affairs and Health.

The 2012 study separately analysed access to outpatient substance abuse services in 13 large municipalities, in addition to access to inpatient services. This study indicated that alcohol abusers seeking outpatient treatment were normally admitted for a treatment need assessment in less than a week, but had to wait 1–4 weeks for the commencement of the agreed treatment. Alcohol abusers seeking detoxification treatment were normally granted access to these services either immediately or within 1–2 days. Access to alcohol abusers' rehabilitation services varied from immediate access to a waiting time of a few weeks. The waiting time for drug detoxification treatment typically varied from a few days to one month, and in the case of institutional rehabilitation lasted a few weeks. Access to a need assessment for opioid substitution treatment was normally granted within 1–3 months. After this, the patients normally waited a few months for the commencement of the actual treatment, but the time limit of the statutory treatment guarantee was exceeded in only a few individual cases.

Based on these studies, information on changes in waiting times for access to treatment is only indicative. This is due to changes that have taken place in data collection methods, as well as the fact that data was collected from the specialised services for substance abusers available in certain large cities. The challenges involved include variations in waiting practices and the related recording, as well as the ambiguity of waiting time data. Moreover, there are major differences in how individual municipalities arrange substance abuse services. Access to specialised services for substance abusers is affected by the availability of other treatment, rehabilitation and housing services for substance abusers in the municipality in question, as well as the scaling of treatment, the resources allocated by the municipality for substance abuse services and changes in the substance abuse situation. Furthermore, this report attempts to provide a basis for the further development of follow-up data collection. The long-term objective is that information on access to substance abuse services be accumulated as part of the data collected into patient or client information systems.

Keywords: substance abuse services, access to services, alcohol, drugs, opioids

Sisällys

Lukijalle.....	3
Tiivistelmä.....	5
Sammandrag.....	6
Abstract.....	7
1 Johdanto.....	10
2 Päihteiden käyttö ja päihdepalvelut.....	11
2.1 Päihteiden käyttö ja siihen liittyvät haitat.....	11
2.2 Päihdepalvelut ja niiden järjestäminen.....	13
2.3 Päihdepalveluita ohjaavat lait ja asetukset.....	15
3 Tutkimuksen taustaa.....	17
3.1 Hoitotakuu.....	17
3.2 Sosiaali- ja terveysministeriön selvitykset päihdepalveluihin pääsystä vuosina 2005–2008.....	18
4 Tutkimuskysymykset.....	21
5 Aineistot.....	22
5.1 Tutkimuskunnat.....	22
5.2 Vuoden 2011 aineisto.....	22
5.3 Vuoden 2012 aineisto.....	23
6 Tulokset.....	26
6.1 Päihdeongelmaisten palvelut kaupunkikohtaisesti 2012.....	26
6.1.1 Helsinki.....	26
6.1.2 Espoo.....	30
6.1.3 Tampere.....	33
6.1.4 Vantaa.....	36
6.1.5 Turku.....	39
6.1.6 Oulu.....	42
6.1.7 Jyväskylä.....	44
6.1.8 Lahti.....	46
6.1.9 Kuopio.....	48
6.1.10 Kouvola.....	50
6.1.11 Pori.....	52
6.1.12 Seinäjoki.....	54
6.1.13 Salo.....	56
6.2 Päihdepalveluihin pääsy vuonna 2011.....	58
6.2.1 Päihdepalveluihin pääsy kaupunkikohtaisesti syksyllä 2011.....	58
6.2.2 Päihdepalveluihin pääsyn muutokset kaupunkikohtaisesti vuosina 2005–2011.....	61
6.2.3 Päihdepalvelujen asiakaskunnassa havaittuja muutoksia vuosina 2005–2011.....	64
6.3 Päihdepalveluihin pääsy vuonna 2012.....	65
6.3.1 Avomuotoiseen hoitoon pääsy.....	65
6.3.2 Laitosmuotoiseen hoitoon pääsy.....	67
6.3.3 Opioidikorvaushoitoon pääsy.....	69
6.3.4 Raskaana olevien päihteitä käyttävien naisten hoito.....	71
7 Pohdinta.....	73
7.1 Aineiston rajoitukset.....	73
7.2 Päihdehoidon ja -kuntoutuksen järjestämistavat muutoksessa.....	74
7.3 Päihdepalveluiden painopisteet muutoksessa.....	76
7.4 Päihdepalveluihin pääsy.....	77
8 Johtopäätökset.....	80
Liite 1.....	82
Lähteet0.....	84

1 Johdanto

Joustava ja helppo päihdepalveluihin pääsy on päihdeongelman hoidon onnistumisen yksi välttämätön edellytys. Päihdeongelma on usein kehittynyt vuosien tai vuosikymmenien aikana ja myös siitä irrottautuminen on pitkä ja monivaiheinen muutosprosessi. Oikea-aikaisella ammatillisella hoidolla on mahdollista tukea muutosmotivaatiota, muutoksen käynnistymistä ja sen etenemistä.

Päihdehuoltolaissa painotetaan helposti saavutettavia, oma-aloitteista hoitoonhakeutumista tukevia monipuolisia päihdepalveluja, jotka järjestetään ensisijaisesti avohuollon palveluina. Päihdepalveluja tulee järjestää kunnissa ilmenevän tarpeen mukaan sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yleisinä palveluina että päihdeongelmien hoitoon erikoistuneina palveluina. Vaikeasta päihdeongelmasta kärsivä voi tarvita avohoidon lisäksi myös laitosmuotoisia katkaisu- ja kuntoutuspalveluja päihdeongelmasta selviytyäkseen.

Viime vuosina sekä päihdehuollon kuntouttavien palveluiden että avomuotoisten päihdepalveluiden käyttö on supistunut. Päihdehuollon käytössä tapahtuneet muutokset vaikuttavat keskeisesti päihdepalveluiden tarpeeseen. Päihdepalvelut ovat kuitenkin myös suhdanneherkkiä, mikä on näkynyt sekä 1990-luvun että 2000-luvun laman aikana, kun kunnat ovat vähentäneet resursseja erityisesti paljon sitovien, pitkäaikaisempien päihdekuntoutuspalvelujen käyttöä. Päihdepalveluiden käytön muutosten takana voivat myös olla muutokset päihdepalveluiden järjestämisessä, mikä vaikuttaa hoitoon hakeutumistapoihin ja hakeutumiskeinoihin.

Päihdepalveluiden käyttöä koskevien tilastotietojen lisäksi tarvitaan seurantatietoa päihdepalveluihin pääsystä, siihen liittyvistä viiveistä tai esteistä. Toistaiseksi päihdepalveluja koskevista tilasto- tai rekisteritiedonkeruista ei ole mahdollista saada tietoa hoitoon hakeutumiseen liittyvistä odotusajoista, joten erillisselvityksiä päihdepalveluihin pääsystä tarvitaan ainakin toistaiseksi, koska ne ovat ainoa tapa saada tietoa siitä, miten päihdeasiakkaat eri puolilla Suomea pääsevät palveluihin ja kuinka pitkiä jonotusaikoja palveluihin pääsyssä mahdollisesti on.

Tässä raportissa kuvataan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella (THL) tehtyä pilottiluonteista selvitystä, jossa syksyllä 2011 ja 2012 pyrittiin arvioimaan päihdepalveluihin pääsyä 13 suuressa kunnassa. Samantyyppisiä, mutta päihdehuollon laitoshoidon pääsyyn keskittyviä selvityksiä oli tehty Sosiaali- ja terveysministeriössä (STM) vuosina 2005, 2006, 2007 ja 2008. Syksyn 2011 selvityksessä päihdepalveluihin pääsyä kartoitettiin kuntien 1–2 keskeisimmän päihdepalveluiden tuottajan tarjoaman laitoshoidon palvelu- ja koottiin paikkakuntaakohtaisia tietoja päihdepalveluiden järjestämisessä tapahtuneista keskeisimmistä muutoksista, jotka osaltaan voivat vaikuttaa palveluihin hakeutumiseen. Syksyn 2012 selvityksessä laajennettiin koskemaan kaikkia selvityspaikkakunnilla sijaitsevia päihdehuollon erityispalveluyksiköitä ja tätä varten kehitettiin strukturoitu tiedonkeruulomake. Raportti antaa suuntaa-antavaa tietoa päihdepalveluihin pääsystä ja siihen vaikuttavista tekijöistä eri kunnissa. Raportissa on myös tehty joitakin kuntakohtaisia vertailuja päihdepalveluihin pääsyssä tapahtuneista muutoksista aiempina vuosina kerättyjen tietojen pohjalta, mutta selvitysten erilaiset toteutustavat lisäävät tulosten tulkinnan haasteellisuutta.

Selvitys kuvaa myös päihdepalveluihin pääsyn luotettavan ja vertailukelpoisen seurannan vaikeutta. Selvityksestä saatua kokemusta ja tietoa on jatkossa mahdollisuus käyttää sosiaali- ja terveydenhuollon tilasto- ja rekisteritiedonkeruun kehittämisessä.

2 Päihteiden käyttö ja päihdepalvelut

2.1 Päihteiden käyttö ja siihen liittyvät haitat

Päihdepalveluiden tarve heijastaa päihteiden kulutuksessa tapahtuneita muutoksia. Alkoholi on edelleen suomalaisten pääasiallisesti käyttämä päihde. Vuoden 2008 juomatapatutkimuksessa raittiiden osuus oli 12 prosenttia 15–69-vuotiaasta väestöstä (Mäkelä ym., 2010). Vuonna 2012 alkoholia kulutettiin Suomessa 9,6 litraa (100 %:ksi alkoholiksi laskettuna) asukasta kohden (Päihdetilastollinen vuosikirja, 2013). Alkoholin kokonaiskulutus on taittunut vuoden 2007 jälkeen, mutta on yhä huomattavasti korkeammalla tasolla kuin ennen vuoden 2004 alkoholiveronalennusta ja tuontirajoitusten poistamista. Mietojen alkoholijuomien suosio on viimeisten vuosikymmenten aikana kasvanut ja väkevien alkoholijuomien kulutus on vähentynyt 1970- ja 1980-lukujen huippuvuosista. (Varis & Virtanen, 2012.)

1990-luvun lopulla huumeiden kokeilu ja käyttö lisääntyivät Suomessa voimakkaasti. 2000-luvulle tultaessa kehitys vähitellen tasaantui ja vuoden 2006 huumeekyselyn perusteella huumeekokeilut nuorten keskuudessa olivat vähentyneet. Viimeaikaisten kouluterveystutkimusten mukaan koululaisten asenteet kannabiksen käyttöä kohtaan ovat kuitenkin lieventyneet ja käyttö on lähtenyt uudelleen nousuun. Vuoden 2010 huumeekyselyssä 17 prosenttia suomalaisista ilmoitti kokeilleensa tai käyttäneensä joskus elämänsä aikana jotain laitonta huumetta. Viimeksi kuluneen vuoden aikana tapahtuneesta käytöstä raportoi 4,5 prosenttia ja viimeksi kuluneen kuukauden aikaisesta käytöstä 1,5 prosenttia vastaajista. Huumeiden käytön kulttuurin muutoksesta kertoo se, että kasvavalla osalla väestöä on jonkinlaisia omakohtaisia kokemuksia huumeista ja aikaisempaa suurempi joukko myös tuntee henkilökohtaisesti jonkun huumeiden käyttäjän tai kokeilijan. Cannabis on suosituin huumausaine ja nuorista aikuisista sitä on joskus kokeillut runsas kolmannes. Muiden laittomien huumeiden käyttö on Suomessa suhteellisen vähäistä. Sen sijaan eri päihteiden sekakäyttö on tyypillistä suomalaiselle päihdekulttuurille. Laittomien huumausaineiden, lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäytöllä onkin huomattava vaikutus päihdehaittoihin ja merkittävä rooli huumeisiin liittyvissä kuolemissa. (Hakkarainen ym., 2011.)

Lisääntyneestä päihteiden käytöstä aiheutuu monenlaisia haittoja. Päihderiippuvuus ja muut päihdeongelmat, päihdesairaudet, päihdekuolemat, lastensuojelun tarve ja päihteiden käyttöön liittyvä rikollisuus johtavat kansanterveyden heikkenemiseen, sosiaali- ja terveyspalveluiden ja oikeuslaitoksen kuormittumiseen sekä kustannusten kasvuun.

Vuonna 2012 alkoholisairauksien vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastolla hoidettiin lähes 12 900 potilasta¹ ja huumesairauksien vuoksi runsas vajaa 2 700 potilasta. Kaikkiaan alkoholiin liittyviä hoitovuorokausia erikoissairaanhoidon sekä terveyskeskusten vuodeosastohoidossa oli lähes 162 000, joista runsas 49 800 hoitovuorokautta liittyi elimellisten aivo-oireyhtymien ja käyttäytymisen häiriöiden hoitoon, vajaa 32 100 riippuvuuden hoitoon, noin 27 000 päihtymystilan hoitoon, vajaa 26 600 maksasairauksien hoitoon, noin 11 500 haimasairauksien hoitoon ja runsas 700 hoitovuorokautta myrkytystilojen hoitoon. Huumesairauksien vuoksi vuonna 2012 erikoissairaanhoidon tai terveyskeskusten vuodeosastolla hoidossa oli lähes 2 700 potilasta. Kaikkiaan noin 34 000 huumesairauksiin liittyvästä hoitovuorokaudesta noin 19 700 hoitovuorokautta liittyi huumeriippuvuuden hoitoon, runsas 6 300 elimellisten aivo-oireyhtymien ja käyttäytymisen häiriöiden hoitoon, vajaa 2 700 päihtymystilan hoitoon ja runsas 2 100 hoitovuorokautta myrkytystilojen hoitoon. (Päihdetilastollinen vuosikirja, 2013). Alkoholin kulutuksen kasvu on lisännyt erityisesti keski-ikäisten ja eläke-ikäisten potilaiden päihde-ehdoista sairaala- tai terveyskeskusten vuodeosastohoidon käyttöä. Valtaosa alkoholin aiheuttamasta terveydenhuollon vuodeosastohoidosta kasautuu miehille, vaikkakin naisten osuus on kasvamassa. Alle 25-vuotiailla miesten ja naisten väli-

¹ Vuositason tarkastelussa jokainen henkilö on laskettu vain kerran.

nen ero terveydenhuollon vuodeosastohoidon käytössä on pieni (miespotilaita 1,4-kertaisesti verrattuna naispotilaisiin), mutta 65 vuotta täyttäneillä ero on yli 5-kertainen. Miespotilaista 25–44-vuotiaat miehet ovat vähentyneet terveydenhuollon vuodeosastoilla. (Kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunta, 2012.)

Päihdesairauksien vuoksi erikoissairaanhoidon avohoidossa hoidettiin alkoholin vuoksi vuonna 2012 runsas 17 600 potilasta ja huumesairauksien vuoksi lähes 9 700 potilasta². Alkoholisairauksiin liittyviä käyntejä oli noin 34 800, joista suurimpana yksittäisenä diagnoosiryhmänä oli päihtymystilaan liittyvät käynnit, joita oli runsas kolmannes. Huumesairauksiin liittyviä käyntejä oli lähes 79 300, joista valtaosa (83%) liittyi riippuvuuden – ja erityisesti opioidiriippuvuuden – hoitoon. (Päihdetilastollinen vuosikirja, 2013.)

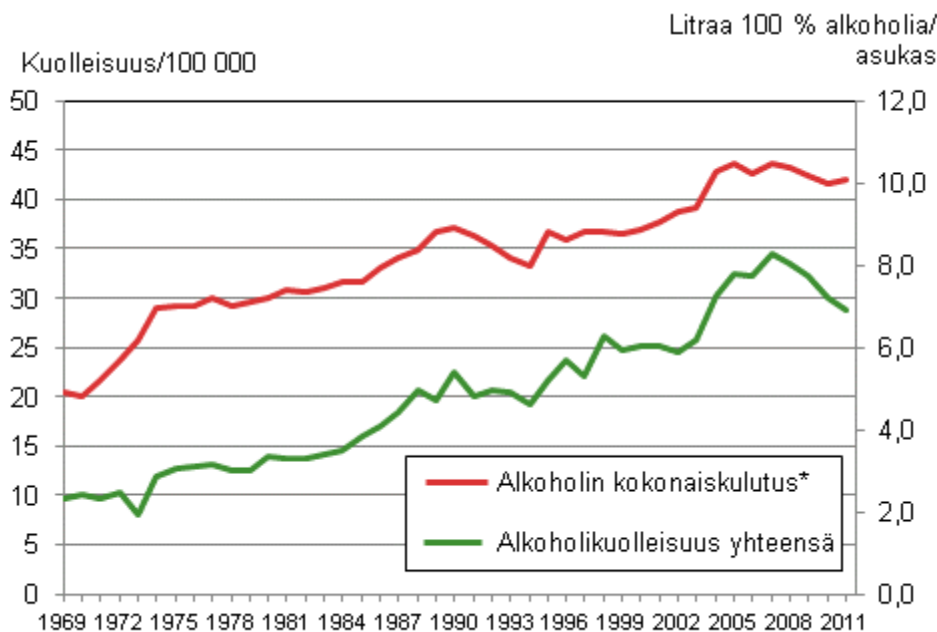
Päihdehuollon erityispalveluiden aikuisille tarkoitettussa avohoidossa (”A-klinikat”) asioi vuonna 2012 yhteensä lähes 42 800 eri henkilöä, ja nuorille tarkoitetuilla nuorisoasemilla lähes 5 700 nuorta, lyhytaikaisessa laitospuolisessa päihdehuollon katkaisuhoidossa vajaa 11 900 henkilöä ja päihdehuollon kuntoutuslaitoksissa vajaa 5 400 henkilöä. Anonyymin asiointin mahdollistavissa huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteissä asioi vuonna 2011 arviolta noin 11 400 eri henkilöä. Päihdehuollon asumispalveluissa oli vajaa 4 200 eri henkilöä ja lyhytaikaisen yöpymisen mahdollistavissa ensisuojeityyppisissä palveluissa asioi runsas 2 200 eri henkilöä.³ (Päihdetilastollinen vuosikirja, 2013.)

Suomalaiselle huumausaineiden ongelmankäytölle on tyypillistä alkoholin vahva asema oheispäihteenä, buprenorfiinin pistoskäyttö ja samanaikaiset mielenterveysongelmat (Forsell & Virtanen, 2010). Päihdehoitoon hakeutuneita huumeidenkäyttäjiä koskevan huumehoiton tiedonkeuun mukaan (Forsell, 2012) opioideja käyttävien ryhmä on ollut 2000-luvulla kasvussa samaan aikaan kun esimerkiksi amfetamiinin ja kannabiksen käyttäjien osuus on laskenut. Vuonna 2011 valtaosa päihdehuollon huumeasiakkaista oli hoidossa ensisijaisesti opioidien ongelmakäytön vuoksi. Yleisimpänä ongelmapäihteenä oli opioidiryhmään kuuluva buprenorfiini. Muiden huumeiden osalta ensisijaisesti stimulanttien vuoksi hoitoon hakeutuneiden osuus on supistunut eniten. Myös ensisijaisesti kannabiksen tai alkoholin ja huumeiden sekakäytön vuoksi hoitoon hakeutuneiden osuus on pienentynyt. Eri päihteenä sekakäyttö oli tyypillistä huumeasiakkaille. Jopa 57 prosenttia hoitoon hakeutuneista mainitsi käyttäneensä ainakin kolmea ongelmapäihdettä. Vuonna 2010 hoitoon hakeutuneista 12 prosenttia oli uusia asiakkaita. Suurin osa asiakkaista oli joskus elämänsä aikana käyttänyt jotakin päihdettä pistämällä ja valtaosalla joskus pistäneistä asiakkaista oli ollut myös pistosvälineiden yhteiskäyttöä. Hoitoon hakeutuneista asiakkaista 52 prosenttia opioidien käyttäjistä ja 39 prosenttia stimulanttien käyttäjistä oli käyttänyt huumeita pistämällä viimeisen kuukauden aikana. Hiv-positiivisia oli kaksi prosenttia ja hepatiitti C-positiivisia 73 prosenttia. Opioidiriippuvuuden lääkkeellisessä korvaushoidossa olleita arvioitiin olleen vuoden 2011 marraskuun lopussa vajaa 2 400 eri henkilöä (Partanen ym. 2014).

Vuonna 2011 Suomessa kuoli alkoholiperäisiin syihin (alkoholiperäiset sairaudet ja tapaturmaiset alkoholimyrkytykset) lähes 1900 henkilöä, heistä suurin osa oli työikäisiä (kuvio 1). Alkoholisyihin kuolleiden määrä on vähentynyt vuodesta 2009. Kuitenkin työikäisen väestön alkoholiperäiset kuolemat ovat edelleen yleisimpiä kuolemansyitä. Viime vuosikymmeninä nousseella alkoholikulutuksella on ollut merkittävä vaikutus alkoholiperäisiin kuolemansyihin. Alkoholiperäisiin syihin kuolleista 80 prosenttia oli miehiä ja heillä kuolleisuus seuraa selvästi alkoholin kokonaiskulutuksessa tapahtuneita muutoksia. Työikäisten naisten yleisimpiä kuolemansyitä olivat syövät, kasvaimet, verenkiertoelinten sairaudet, tapaturmat ja alkoholiperäiset syyt. On myös hyvä muistaa, että alkoholi myötävaikuttaa usein tapaturmakuolemiin. Vuonna 2011 tapahtuneista tapaturmakuolemista joka viides (19 %) oli tapahtunut päihtyneenä. (Suomen virallinen tilasto, 2012.)

² Vuositason tarkastelussa jokainen henkilö on laskettu vain kerran.

³ Vuositason tarkastelussa jokainen henkilö on laskettu vain kerran.



Kuvio 1. Ikävakioitu kuolleisuus alkoholiperäisiin tauteihin ja tapaturmaiseen alkoholimyrkytyksen sekä alkoholin kokonaiskulutus 1969-2011 (Suomen virallinen tilasto 2012).

2.2 Päihdepalvelut ja niiden järjestäminen

Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan kunnan tulee järjestää sisällöltään ja laajuudeltaan asukkaidensa ja heidän läheistensä tarpeita vastaavat päihdepalvelut. Ensisijainen vastuu päihdeongelmaisten hoitamisessa on sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluilla. Tarvittaessa asiakas tulee ohjata päihdehuollon erityis- palveluihin, joita ovat esimerkiksi avomuotoiset A-klinikat ja päihdehuollon katkaisu- ja kuntoutuslaitokset. Päihdepalvelut tulisi järjestää ensisijaisesti avohuollon toimenpitein ja päihdeongelmaisia tulisi tukea myös asuntoon, työhön ja toimeentuloon liittyvissä ongelmissa. Viime vuosina päihdehoidon ja -kuntoutuksen rinnalla on kehitetty myös pitkäaikaisasunnottomille päihdeongelmaisille tarkoitettuja asumispalveluja osana pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelmaa (Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentäminen 2012–2015).

Kunta on siis ensisijaisesti vastuussa päihdepalveluiden järjestämisestä. Päihdehuoltolaissa ei kuitenkaan oteta kantaa siihen, millä tavalla kunnan tulisi palvelut järjestää. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että kuntien järjestämät päihdepalvelut saattavat olla keskenään hyvin erilaisia.

Kun *kunta tuottaa omat päihdepalvelunsa*, sillä on mahdollisuus kehittää niitä osana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarjontaa. Tässä järjestämisvaihtoehdossa kunnalla on suurin vaikutusvalta päihdepalveluihin. Ongelmia voi kuitenkin tuottaa kunnan väestöpohjan riittämättömyys, jolloin monipuolisten päihdepalvelujen tarjoaminen on hankalaa. (Kekki & Partanen, 2008.) Esimerkiksi Vantaa on jo pitkään itse tuottanut pääosan kuntalaisilleen tarjolla olevat päihdehuollon erityispalvelunsa.

Kunta voi myös hankkia päihdepalvelut *ostamalla ne valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muilta julkisilta, kolmannen sektorin tai yksityissektorin palveluntuottajilta*. Jotkin kunnat ovat tehneet kumppanuussopimuksen päihdepalvelun tarjoajan kanssa. Tällöin kunnalla on mahdollisuus osallistua vahvasti palvelun laadun ja vaikuttavuuden kehittämiseen. Hämeenlinna, Kouvola ja Salon alueet ovat tehneet kumppanuussopimuksen A-klinikkasäätiön kanssa. Kunnan tulee kuitenkin aina huolehtia, että ostetut palvelut ovat vaaditun tasoisia. (Päihdepalvelujen järjestämistapoja, 2012.) Seuraavassa kuvataan lyhyesti päihdepalveluja tuottavien sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymien, päihdehuollon kuntayhtymien,

päihdepalvelusäitiöiden ja muiden kolmannen sektorin päihdepalveluiden tuottajia sekä yksityissektorin päihdepalveluiden tuottajia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymissä sosiaali- ja terveyspalvelut koordinoidaan useamman kunnan yhteistyönä. Tällöin esimerkiksi kuntayhtymän alaisuudessa on peruspalvelukeskus, joka tuottaa kunnille perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluita, kuten päihdepalveluja. Suomessa oli vuonna 2012 yhteensä 34 sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymää. Esimerkiksi Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä PHSOTEY, Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä ja Etelä-Karjalan terveyspiiri Eksote tuottivat myös päihdepalveluja. (Sosiaali- ja terveyden huollon kuntayhtymät, 2012.)

Suomessa oli vuonna 2012 kolme *päihdehuollon kuntayhtymää*. Kaikissa päihdehuollon kuntayhtymissä on monipuolisia laitosmuotoisia palveluja tuottava yksikkö. Avomuotoisia päihdepalveluja on päihdepalvelujen kuntayhtymissä eri painoituksin. Kunnilla on mahdollisuus osallistua päihdepalvelujen kuntayhtymien päätöksentekoon, mutta sen varjopuolena on hallinto-organisaation raskaus. (Kekki & Partanen 2008.) Päihdehuollon kuntayhtymiä ovat: Hämeen päihdehuollon kuntayhtymä (laitosyksikkö Mainiemen kuntoutumiskeskus), Itä-Suomen päihdehuollon kuntayhtymä (laitosyksikkö Tuustaipaleen kuntoutumiskeskus) ja Uudenmaan päihdehuollon kuntayhtymä (laitosyksikkö Ridasjärven päihdehoitokeskus). Päihdehuollon kuntayhtymiin kuuluu kolmannes Suomen kunnista (Päihdepalvelujen järjestämistapoja, 2012).

Päihdepalvelusäitiöiden perustajina ovat kunnat, sairaanhoitopiirit sekä paikalliset ja valtakunnalliset järjestöt. Säitiö tuottaa alueellisesti sosiaalihuollon erityispalvelutyyppejä päihdehuollon avo- ja laitosmuotoisia palveluita. Erityispalveluita tuotetaan erityisryhmille, jotka ovat yhteiskunnassa heikossa asemassa ja syrjäytymisvaarassa. Säitiöiden vahvuutena on hallinnon keveys. Monien toimijoiden yhteentoimivalla on mahdollisuus hyödyntää alueen erityisosaaminen ja kehittää koko aluetta. (Kekki & Partanen, 2008.) Suomessa oli vuonna 2012 kaksi päihdepalvelusäitiötä: Jyväskylän seudun Sovatek-säitiö ja Kuopion seudun päihdepalvelusäitiö (Päihdepalvelujen järjestämistapoja, 2012).

Suurin yksittäinen voitto tavoittelematon *päihdepalveluita tuottava kolmannen sektorin toimija* on vuonna 1955 perustettu A-klinikkasäitiö. A-klinikkasäitiö tarjoaa muun muassa avomuotoisten A-klinikoiden ja nuorisoasemien palveluja, laitosmuotoisten selviämisen-, katkaisu- ja kuntoutusyksiköiden palveluja sekä asumispalveluja. Vuonna 2011 A-klinikkasäitiön avopalveluita käytti 21 800 eri asiakasta, joilla oli yhteensä yli 250 000 asiointikertaa. Laitosmuotoisissa selviämisen-, katkaisu- ja kuntoutuspalveluissa asioi noin 5 500 eri asiakasta ja asumispalveluissa vajaa 250 eri asiakasta. A-klinikkasäitiö on alueellistamassa aiemmin erillisinä toimipisteinä toteutettua toimintaansa, ja perustanut laajempia palvelualueita. Valtakunnallisesti toimivana yksikkönä on Järvenpään sosiaalisairaala. (A-klinikkasäitiö, 2012.) Muita kolmannella sektorilla toimivia päihdepalvelujen tuottajia ovat Sininauhaliitto ja sen jäsenjärjestöt (kristillinen päihdetyö, katso tarkemmin www.sininauhaliito.fi), Kalliolan settlementti (katso tarkemmin www.kalliola.fi) sekä erilaiset Myllyhoitoa[®] tarjoavat palveluntuottajat (katso tarkemmin www.myllyhoito.fi).

Yksityisiä päihdepalvelujen tuottajia ovat esimerkiksi joillakin paikkakunnilla toimivat terveydenhuollon yksityiset yksiköt, kuten ContrAI Clinics, tai monilla paikkakunnilla toimivat pienet päihdeongelman asumispalveluja tuottavat yksiköt. Viime vuosina myös jotkut isot kotimaiset ja kansainväliset yksityiset terveydenhuoltopalveluiden tuottajat ovat alkaneet tuottaa päihdepalveluja osana laajempaa terveydenhuollon palveluiden tuotantoa.

Kunnilla on myös mahdollisuus järjestää päihdepalvelut *yhdistettyinä mielenterveys- ja päihdetyön palveluina*. Tällainen mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatio näyttäisi olevan lisääntymässä kunnissa. Integraatiota puoltaa ainakin kaksi asiaa. Asiakkailta on yhä useammin samanaikaisesti mielenterveys- ja päihdeongelma. Lisäksi yhtenäinen palvelujärjestelmä helpottaa asiakkaan pääsyä palvelujen piiriin. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, 2009; Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, 2012.) Esimerkiksi Espoossa ja Imatralla oli vuonna 2012 yhdistetyt mielenterveys- ja päihdetyön palvelut (Stenius ym., 2012).

Kuntien päihdepalvelut koostuvat yleisesti useista erilaisista päihdepalvelujen tuottamistavoista. Kunta ehkä hoitaa päihdehuollon avopalvelut itse, ostaa opioidikorvaushoidon palvelut kolmannen sektorin toimijalta ja hankkii päihdehuollon laitoshoitopaikat päihdepalvelujen kuntayhtymän kautta. Suomen päihdepalveluille on tyypillistä ei-julkisten toimijoiden vahva asema, sillä yli puolet päihdepalvelujen erityispalveluista hoitaa ei-julkisen taho (Kekki & Partanen 2008). Vuonna 2009 katkaisuhoidoasemien hoitopäi-

vistä 52 prosenttia tuotettiin kuntien tai kuntayhtymien palveluissa, päihdehuollon kuntoutuslaitoksien hoitopäivissä vastaava luku on vain 37 prosenttia (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2012). Kunnilla on vastuu omasta päihdehuollosta, mutta usein hoitoa ei tuota kunnan oma palveluyksikkö. Tällöinkin kunnalla on edelleen palvelujen valvomisen vastuu.

2.3 Päihdepalveluita ohjaavat lait ja asetukset

Suomessa päihdehuoltolaki (41/1986) ohjaa päihdepalveluiden järjestämistä. Päihdehuoltolaissa määritellään kunnan päihdepalveluiden järjestämisvelvoite, kuvataan hoidon keskeisiä periaatteita sekä määritellään tahdosta riippumattoman päihdehoidon edellytykset ja toteuttamistavat.

Lääkevalmisteiden käyttämisestä opioidiriippuvaisten vieroituksessa ja korvaushoidossa on säädetty asetuksella (33/2008). Hoidon tavoitteena on joko kuntouttaminen ja päihitteettömyys, tai haittojen vähentäminen ja potilaan elämänlaadun parantaminen. Lisäksi korvaushoidolla pyritään ehkäisemään tartuntatautiin leviämistä ja muita terveyshaittoja. Korvaushoito lääkevalmisteilla (metadoni, buprenorfiini ja naloksonin yhdistelmävalmiste tai buprenorfiini) voidaan aloittaa sellaiselle opioidiriippuvaiselle potilaalle, joka ei ole vieroittunut opioideista. Hoidon tarpeesta tehdään arvio ja selvitetään hoidon tavoitteet. Hoito aloitetaan yksikössä, jossa on hoidon antamiseen perehtynyt hoidosta vastaava lääkäri ja toiminnan edellyttämä muu henkilökunta sekä muut edellytykset hoidon antamiseen. Hoitoa voidaan jatkaa yhteistyössä hoidon aloittaneen yksikön kanssa sellaisessa yksikössä, jolla on siihen edellytykset. Vaikka opioidikorvaushoidossa käytettäviä lääkkeitä ei saa määrätä asetuksessa tarkoitettuun vieroitukseen tai korvaushoitoon lääkemääräyksellä apteekista toimitettavaksi, voidaan buprenorfiinia ja naloksonia sisältävää yhdistelmävalmistetta kuitenkin määrätä asetuksessa tarkoitetuista toimintayksiköistä lääkemääräyksellä apteekista toimitettavaksi apteekkisopimuksen (ks. apteekkisopimuksesta tarkemmin Valvira, 2005) perusteella. Korvaushoito tulee hoidon pitkäkestoisuuden vuoksi pyrkiä toteuttamaan mahdollisimman lähellä potilaan asuinpaikkaa. Asetuksessa todetaan myös, että korvaushoitoa antavien toimintayksiköiden tulee seurata omaan yksikköönsä hoitopäätöksen kesto.

Uusi terveydenhuoltolaki (1326/2010) tuli voimaan 1.5.2011. Lain tavoitteena on lisätä kansalaisten valinnanvapautta hoitopaikan ja hoitohenkilöstön suhteen, sekä osallistaa terveydenhuollon asiakkaita oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. Lain keskiössä on perusterveydenhuollon vahvistaminen, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, asiakaskeskeisyys, terveystieteiden tehokas tuottaminen ja yhdenvertainen saatavuus. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä halutaan tiivistää ja palvelujen saavutettavuutta lisätä. Asiakkaiden aseman, palvelujen ja hoidon parantaminen aiheuttaa kuntien ja sairaanhoitopiirien toimintaan muutoksia. Palvelut on järjestettävä siten, että ne vastaavat sisällöltään ja laajuudeltaan kunnan tai sairaanhoitopiirin asukkaiden tarpeita. Saumatonta sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä on tarkoitus tehostaa varsinkin vanhenevan väestön, mielenterveyden ja päihdehuollon sekä syrjäytymisvaarassa olevien lasten ja nuorten kohdalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2011.)

Terveydenhuoltolain 28§:ssä säädetään kunnan velvollisuuksista päihdetyön järjestämiseksi. Lain mukaiseen päihdetyöhön kuuluu terveydenhuollon palveluihin sisältyvä ohjaus ja neuvonta päihitteettömyydestä ja päihiteidenkäytön haitoista, sekä päihiteiden aiheuttamien sairauksien tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalvelut. Terveydenhuollossa tehtävä päihdetyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden muun kunnassa tehtävän päihdetyön ja mielenterveyden kanssa.

Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamista pohtineen työryhmän toimikausi oli 1.5.2009–30.6.2012 (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2012a). Työryhmän tehtävä oli selvittää sosiaalihuoltoa koskevien lakien kokonaisrakenne, soveltamisala ja sisällön uudistamistarve. Lakiuudistus on osa sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistusta. Loppuraportissaan (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2012b) työryhmä esitti ehdotuksen uudeksi sosiaalihuoltolaiksi. Sosiaalihuollon lainsäädännön kehittämistä ohjaavina sosiaalihuollon periaatteina esitettiin muun muassa yksilön osallisuuden, omatoimisuuden ja vaikuttamismahdollisuuksien tukemista ja sosiaalisen näkökulman huomioonottamista kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa.

Sosiaalihuolto pyritään näkemään yhteiskunnan positiivisena muutosvoimana. Työryhmän keskeisiä ehdotuksia olivat:

- Kunnilla säilyy yleisten sosiaalipalveluiden järjestämisvastuu. Palveluiden ja tukitoimien määrittelyiden tulee olla läpinäkyviä.
- Yksilöiden ja perheiden tuen tarpeet tulee määrittellä.
- Yleisten sosiaalipalveluiden tulee olla asiakaslähtöisiä ja vastata kokonaisvaltaisesti asiakkaan tarpeisiin
- Asiakkaalla tulisi olla mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujen kehittämiseen.
- Sosiaalihuollon painopiste siirretään korjaavasta ehkäisevään hoitoon.
- Sosiaalihuollon toimintaa ohjaavan yhteiskuntatieteellisen tutkimustiedon, prosessitutkimuksen, ja kehittämistoiminnan vahvistaminen.

Työryhmän esittämässä uudessa sosiaalihuoltolaissa ei määritelty päihdepalveluja, vaan niiden ajateltiin sisältyvän erityisesti toimintakyvyn ylläpitämiseen. Lakiehdotukseen sisältyi lisäksi viittaus päihdehuoltolakiin.

Sosiaalihuollon lainsäädännön kokonaisuudistus jakautuu kolmeen osaan. Ensimmäisessä vaiheessa valmisteltu uusi sosiaalihuoltolakiesitys on lähetetty lausuntokierrokselle ja sosiaalihuoltolain valmistelua jatketaan sen jälkeen virkamiestyönä. Suunnitelmien mukaan esitys vietäisiin eduskuntaan 2014 ja lakimuutokset tulisivat voimaan vuoden 2015 aikana. Toisessa vaiheessa tehdään työryhmän linjausten mukaan erityislainsäädännön uudistus, jonka tarkistamisessa kokonaisvaltaisimmat uudistukset kohdistuisivat perhehoito-, vammais- ja päihdehuoltoa koskevaan lainsäädäntöön. Kolmannessa vaiheessa arvioidaan ja mahdollisesti toteutetaan rajapintalainsäädännön muutokset, joihin työryhmä on antanut raportissaan ehdotukset. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2012b.)

3 Tutkimuksen taustaa

3.1 Hoitotakuu

Hoitotakuu on yksi viime vuosien merkittävimmistä uudistuksista terveydenhuollossa. Sen kehittämisen taustalla ovat hoitoon pääsyssä havaitut suuret alueelliset erot. Vuonna 2005 voimaantulella hoitotakuulla pyritäänkin takaamaan asiakkaille yhdenvertainen hoitopaikka asuinpaikasta riippumatta. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004.)

Kaikki kiireellistä hoitoa tarvitsevat saavat Suomessa apua välittömästi terveyskeskusten ja sairaaloiden päivystysvastaanotoilla. Kiireellistä hoitoa vaativia tilanteita ovat esimerkiksi äkilliset sairastumiset tai onnettomuudet. Kiireetöntä hoitoa tarjotaan kunnan asukkaille perusterveydenhuollossa ja erikoissairanhoidossa, ja hoitoon pääsulle on asetettu määräajat. Hoitotakuun toteutumista valvovat aluehallintovirastot ja Valvira Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen keräämään tietoon perustuen. Hoitotakuuajkojen laiminlyönneille on yhtenäiset puuttumiskriteerit, joiden mukaisesti tehdään selvityspyyntö hoidon viiveistä ja syistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2013.)

Terveydenhuoltolaissa (2010/1326) määritellään kiireettömän hoidon määräajat. Arkisin terveyskeskukseen tai muuhun perusterveydenhuollon yksikköön on aukioloaikana saatava välittömästi puhelinyhteys tai sinne on voitava mennä käymään. Hoidon tarpeen arviointiin on päästävä kolmen päivän kuluessa yhteydenotosta. Jos kyseessä on perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettava erikoissairaanhoito, on hoidon tarpeen arvio aloitettava lähetteen saapumisesta kolmen viikon kuluessa ja hoito on järjestettävä hoidon arvioinnista kolmen kuukauden kuluttua.

Terveydenhuoltolaki (2010/1326) määrittelee määräajat myös erikoissairanhoidolle. Sairaalaan pääsy edellyttää lähetettä. Hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta. Jos hoidon tarpeen arviointiin tarvitaan erikoislääkärin arviointia tai erityisiä tutkimuksia, niin ne on hoidettava kolmen kuukauden kuluessa lähetteen saapumisesta. Hoito on aloitettava viimeistään kuuden kuukauden kuluessa hoidon tarpeen toteamisesta.

Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan perusterveydenhuoltoa on kunnan järjestämä väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistäminen, suun terveydenhuolto, lääkinnällinen kuntoutus, työterveyshuolto, ympäristöterveydenhuolto sekä päivystys, avosairaanhoito, kotisairaanhoito, kotisairaala- ja sairaalahoido, mielenterveystyö ja päihdetyö siltä osin kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairanhoidossa. Tällainen päihdetyö kuuluu siis hoitotakuun piiriin. Kuitenkin päihdeongelmainen tarvitsee usein hoidon yhteydessä samanaikaisesti sosiaalihuollon toimenpiteitä. Vaikka sosiaalihuollossa toteutettavalle päihdetyölle ei ole määritelty palvelutakuun muodossa määräaikoja, terveydenhuoltolain mukaista hoitotakuuta voidaan soveltaa myös sosiaalihuollon alaisena toimivassa päihdehuollon yksikössä silloin, kun päihdehuollon palveluja annetaan päihdehäiriön tai päihdehäiriöön liittyvän ruumiillisen sairauden tai mielenterveyden tutkimukseen ja hoitoon (AOK:n päätös, 2012).

Alla olevaan taulukkoon 1 on kerätty hoitotakuun piiriin kuuluvat päihdeongelmat sekä tieto siitä, millaisissa terveydenhuollon yksikössä hoitoa toteutetaan (Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet, 2010).

Taulukko 1. Päihdehoidon toteuttaminen terveydenhuollossa ja hoitotakuun piirin sisältyvät päihdeongelmat ja niiden hoito

PÄIHDEHOIDON TOTEUTTAMINEN	HOITOTAKUUSEEN KUULUVAT, PÄIHTEIDEN KÄYTTÖÖN LIITTYVÄT ONGELMAT
Perusterveydenhuolto (A-klinikat, työterveyshuolto, terveyskeskukset, vankeinhoiton terveydenhuolot)	<ul style="list-style-type: none"> – Alkoholin suurkulutus, riippuvuus, katkaisuhuolto – Lääkeriippuvuuden hoito avohoidossa – Komplisoitumaton huumeriippuvuus – Opioidikorvaushoitosten aloitus ja toteutus koulutetun tiimin avulla – Päihdeongelmia kokevat perheet yhdessä sosiaaliviranomaisen kanssa
Perusterveydenhuolto konsultaation tukemana	– Raskaana olevat päihdeiden käyttäjät
Erikoissairaanhoido	<ul style="list-style-type: none"> – Päihdeongelmaisen kiireellisen psykiatrisen hoidon tarpeen arviointi – Opioidiriippuvaisten korvaushoitosten suunnittelu ja aloittaminen, kunnes perusterveydenhuollolla on riittävät valmiudet niiden itsenäiseen toteuttamiseen – Vaikeat vieroitushoidot, kuten opioidi- tai amfetamiiniriippuvaisten, sekakäyttäjien ja vaikeiden alkoholiriippuvuuskien laitosvieroitukset – Päihdeongelmia kokevat perheet, joilla on tilannetta vaikeuttavia psykiatrisia ongelmia – Erytisosaamista vaativien päihdepotilaiden hoidon alkuarviointi ja hoitoketjun järjestäminen – Päihdepotilaiden vaativat työkykyarviot – Vaikea kaksoisdiagnoosipotilas – Kolmoisdiagnoosipotilas

3.2 Sosiaali- ja terveysministeriön selvitykset päihdepalveluihin pääsystä vuosina 2005–2008

Sosiaali- ja terveysministeriössä oli selvitetty päihdepalveluiden saatavuutta vuosina 2005, 2006, 2007 ja 2008 (Rantanen & Siukola, 2005; Renko & Vuorinen, 2006; Korhonen, 2007; Heiskanen & Korho, 2008). Päihdepalveluihin pääsyä käsittelevien selvitysten laajuus oli vaihdellut jonkin verran eri vuosina (taulukko 2). Myös kysymyksen asettelussa oli ollut vaihtelua.

Taulukko 2. STM:n päihdepalveluihin pääsyä koskeneissa selvityksissä mukana olleiden kuntien ja yksiköiden lukumäärät vuosina 2005, 2006, 2007 ja 2008

VUOSI	KUNTIEN LUKUMÄÄRÄ	YKSIKÖIDEN LUKUMÄÄRÄ
2005	22	29
2006	10	15
2007	10	23
2008	10	20

Vuoden 2005 selvityksessä oli pyritty vastaamaan kahteen kysymykseen: 1) Millainen on ympärivuorokautisen alkoholikatkaistu- ja huumevieroitushoidon saatavuus tarkasteluajankohtana? 2) Onko palvelujen kysynnässä tapahtunut muutoksia viime aikoina tai edellisvuosiin verrattuna? Avomuotoinen katkaisuhuolto

ja opioidikorvaushoito oli jätetty kyselyn ulkopuolelle ja keskitytty laitosmuotoisiin katkaisu- ja vieroitus-hoitoihin. Vuoden 2005 selvityksessä mukana oli 22 kuntaa ja 29 yksikköä. (Rantanen & Siukola, 2005.) Vuonna 2006 selvityksen kysymyksenasettelu oli sama kuin edeltävänä vuonna, mutta tarkasteltavien kuntien lukumäärä oli laskenut kattamaan 10 suurinta kuntaa ja niissä 15 päihdepalvelua tarjoavaa yksikköä (Renko & Vuorinen, 2006). Vuonna 2007 kysyttiin laitosmuotoisten katkaisu- ja vieroitushoitojen jonomäärien lisäksi ensimmäistä kertaa myös opioidikorvaushoidon saatavuutta. Tällöin tutkimuskuntia oli 10, yksiköitä 23 ja näistä 10 korvaushoitoa antavia yksiköitä. (Korhonen, 2007.) Vuoden 2008 selvitys noudatteli edellisen vuoden linjoja. Samoista 10 suurimmasta kunnasta oli valittu haastateltaviksi 20 palveluja tarjoavaa yksikköä. (Heiskanen & Korke, 2008.)

Aiempien selvitysten tuloksia ei voi suoraan verrata keskenään, koska niissä on olennaisia eroja sekä tutkimusten laajuudessa (kuntien ja päihdehoitoyksiköiden lukumäärä) että kysymysten asettelussa. Seuraavassa tarkastellaan tietoja niiden tutkimuspaikkakuntien jonotustilanteesta, jotka ovat olleet mukana kaikissa neljässä selvityksessä. Näiden kuntien osalta on siis olemassa tieto siitä, millainen kunnan jonotilanne on ollut alkoholin ja huumeiden käyttäjien osalta ja onko jonotilanteissa tapahtunut ehkä joitain muutoksia vuosien 2005 ja 2008 välillä. Lisäksi vuosien 2007 ja 2008 osalta on mahdollista tarkastella myös opioidikorvaushoidon jonotilannetta.

Alkoholin ongelmakäyttäjien osalta jonotustilanne näytti siltä, että Helsingissä ja Tampereella oli tavallista, että asiakas joutui jonottamaan päihdepalveluihin pääsyä kaikkina tutkimusvuosina 2005–2008. Jyväskylässä sen sijaan alkoholin käyttäjät pääsivät palveluiden piiriin saman tien, kokonaan ilman jonotusta. Tilanne oli samankaltainen kaikkina neljänä tutkimusvuotena. Jonotilanne näytti parantuneen Espoossa siten, että vuonna 2008 jonotustilanteet olivat enää satunnaisia kun aikaisemmin jonottaminen päihdepalveluihin oli varsin yleistä. Myös Oulussa tilanne oli parantunut. Turussa jonotus oli yleistä vuosina 2005 ja 2006, mutta vuosina 2007 ja 2008 siellä ei enää tarvinnut jonottaa päihdepalveluihin. Lahdessa alkoholiongelmaiset jonottivat satunnaisesti päihdepalveluihin vuosina 2005–2007, mutta vuonna 2008 jonot oli saatu purettua. Kuopion jonotilanteessa oli vaihtelua siten, että vuonna 2006 alkoholin käyttäjät joutuivat jonottamaan satunnaisesti päihdepalveluihin. Muina tutkimusvuosina alkoholin käyttäjien ei sen sijaan tarvinnut jonottaa lainkaan palveluihin. Porissa tilanne vaihteli vuodesta toiseen kuitenkin siten, että vuonna 2008 jonoja ei ollut lainkaan.

Huumeiden ongelmakäyttäjät joutuivat jonottamaan päihdepalveluihin monilla paikkakunnilla alkoholin käyttäjiä useammin. Helsingissä, Tampereella, Turussa ja Jyväskylässä huumeiden käyttäjien jonottaminen palveluiden piiriin oli yleistä eikä tilanteessa näyttänyt tapahtuneen minkäänlaista muutosta tutkittavien vuosien aikana. Espoossa, Vantaalla, Oulussa ja Porissa oli vuonna 2008 satunnaisia jonoja huumeiden käyttäjien palveluihin. Porissa tilanne näyttäisi pysyneen samana kaikkina neljänä tutkimusvuotena. Sen sijaan Espoossa ja Oulussa tilanne oli kehittynyt myönteiseen suuntaan. Kuopiossa huumeiden käyttäjien ei tarvinnut jonottaa palveluihin vuonna 2005, mutta kylläkin vuosina 2006, 2007 ja 2008.

Vuosien 2007 ja 2008 selvityksissä kysyttiin myös opioidikorvaushoitoa antavien yksiköiden jonotustilanteita (taulukko 3). Jonotusaikojen pituudet vaihtelivat paikkakunnittain. Pisimmillään jonotus opioidikorvaushoitoon kesti yli vuoden. Esimerkiksi vuonna 2007 Lahdessa ja Kuopiossa joutui jonottamaan yli vuoden ja Helsingissäkin hoitotakuun aikaraja (6 kk) ylittyi. Vuonna 2008 jono oli pisin Helsingissä (13,5 kk) ja Jyväskylässä hoitotakuu ylittyi hieman. Muissa kaupungeissa asiakkaat pystyttiin hoitamaan hoitotakuun puitteissa. Selvityksissä 2007–2008 vastaajat pitivät korvaushoidon suurimpana ruuhkauttajana avohoitopaikkojen puutetta.

Taulukko 3. Opioidikorvaushoidon jonotustilanne kymmenessä kunnassa syksyllä 2007 ja 2008

PAIKKAKUNTA	VUOSI	
	2007	2008
Helsinki	7 kk	13,5 kk
Espoo	4 kk	1,5 kk
Tampere	2-4 kk	6 kk
Vantaa	6 kk	1 kk
Turku	2-6 kk	6 kk
Oulu	6 kk	6 kk
Jyväskylä	6 kk	yli 6 kk
Lahti	vuosia	3 kk
Kuopio	13 kk	0 kk*
Pori	0 kk	1-2 kk

*KYS:n päihdepsykiatrian jono oli juuri purettu

4 Tutkimuskysymykset

Kuten edellä on todettu, terveydenhuollon hoitotakuu määrittelee selkeästi päihdeasiakkaiden hoitopääsyajoja silloin, kun asiakas hakeutuu perusterveydenhuoltoon tai erikoissairaanhoidon päihdeongelman takia. Hoitopääsyä myös tältä osin seurataan systemaattisesti. Osa päihdepalveluista on kuitenkin sosiaalihuollon alla toimivia palveluja eikä niitä näin ollen itsestään selvästi sisällytetä terveydenhuollon hoitotakuun piiriin. Selvänä poikkeuksena on opioidikorvaushoito, joka sitä määrittelevän asetuksen perusteella on hoitotakuun piirissä riippumatta siitä, onko hoito hallinnollisesti organisoitu sosiaalihuoltoon vai terveydenhuoltoon. STM:n on linjannut päihdehuollon palveluita myös hoitotakuun piirissä seurattavaksi silloin, kun päihdehuollon palveluita annetaan päihdehäiriön tai päihdehäiriöön liittyvän ruumiillisen sairauden tai mielenterveyden tutkimukseen ja hoitoon, koska silloin kyseessä on terveydenhuoltolain 28 §:n tarkoittama lääketieteellisin perustein annettava hoito riippumatta siitä, minkä hallinnon sektorin alaisessa toimintayksikössä se toteutetaan. Kuitenkin päihdehoitoon pääsyn seuranta on epäsystemaattista.

Sosiaali- ja terveysministeriön päihdeasiakkaiden hoitoon pääsyyn liittyvistä selvityksissä vuosilta 2005–2008 käy ilmi, että päihdeasiakkaiden hoitopääsystä on jonkin verran kuntakohtaista vaihtelua. Selvitysten mukaan näyttäisi myös siltä, että huumeiden käyttäjät joutuvat jonottamaan hoitopääsyä useammin kuin alkoholin käyttäjät. Myös opioidikorvaushoidon jonotilanteissa oli huomattavia paikkakunta-kohtaisia eroja.

Koska hoitotakuun seuranta ei toistaiseksi ulotu kattavasti sosiaalihuollon alaisuudessa annettaviin päihdehuollon palveluihin, ja koska aikaisempien selvitysten mukaan suurimpien paikkakuntien päihdeasiakkaat joutuvat vaihtelevasti jonottamaan päästäkseen hoitoon, on erillistutkimuksilla syytä vielä toistaiseksi kerätä ajantaisaista tietoa päihdepalveluihin pääsyn tilanteesta. Koska sekä kuntarakenteessa että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteessa on tapahtunut viime vuosina muutoksia, on nyt käsillä olevassa raportissa pyritty selvittämään päihdeasiakkaiden jonotilanteiden lisäksi myös tutkimuskuntien päihdepalveluiden rakennetta. Tässä raportissa pyrimme vastaamaan alla oleviin kysymyksiin 1–4. Lisäksi vuoden 2012 päihdehoitoon pääsyä koskevan selvityksen yhteydessä kartoitettiin päihteitä käyttävien raskaana olevien naisten hoitojärjestelmän kehittämiseen osoitettujen resurssien käyttöä (kysymys 5).

- 1) Miten päihdepalvelut on järjestetty tutkimuksessa mukana olevissa kunnissa?
- 2) Miten sujuvasti asiakas pääsee päihdepalveluihin?
- 3) Jos asiakas joutuu odottamaan päihdepalveluihin pääsyä, kuinka pitkä tämä odotusaika on?
- 4) Toteutuuko opioidikorvaushoitoasiakkaiden hoitoon pääsy hoitotakuun rajoissa?
- 5) Miten päihteitä käyttävien raskaana olevien naisten hoitopalvelujen kehittämiseen vuonna 2011 suunnattua valtionosuutta on käytetty päihdepalvelujen kehittämiseksi?

5 Aineistot

5.1 Tutkimuskunnat

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuosina 2005–2008 tehdyissä selvityksissä tutkimuskunniksi oli valittu Suomen kymmenen väestömäärältään suurinta kuntaa. Vuonna 2011 toteutetussa selvitystyössä haluttiin noudattaa samaa periaatetta, jotta tulokset tältä osin olisivat vertailukepoisia. Tiedot kuntien väestöstä haettiin Väestötietokeskuksesta. Kuntarakenteessa on tapahtunut muutoksia vuoden 2008 jälkeen ja tästä johtuen kymmenen suurimman kunnan listaukseen oli tullut muutoksia. Esimerkiksi Kouvolan väkiluku oli kasvanut kuntaliitoksen myötä ja tämän myötä Pori putosi pois kymmenen suurimman kunnan joukosta. Pori haluttiin kuitenkin pitää mukana tutkimuksessa, koska siitä oli vertailutietoja aikaisemmilta vuosilta. Tutkimuskohteiksi haluttiin myös sellaisia kuntia, joissa oli hiljattain tehty kuntaliitoksia ja siksi mukaan otettiin Salo ja Seinäjoki. Näin tutkimuskuntien lukumääräksi tuli 13. Vuonna 2011 tutkimuskunnat olivat: Helsinki, Espoo, Vantaa, Tampere, Turku, Oulu, Lahti, Jyväskylä, Kuopio, Pori, Seinäjoki, Salo ja Kouvolaa. Vuoden 2012 tiedonkeruussa pitäydettiin samoissa kunnissa kuin vuonna 2011.

5.2 Vuoden 2011 aineisto

Kunnista valittiin haastateltaviksi kuntien päihdepalveluista vastaavia virkamiehiä ja kuntien palvelujärjestelmän kokonaisuuden kannalta keskeisissä yksiköissä työskenteleviä päihdepalveluyksiköiden johtajia. Tavoitteena oli saada kattava kuva kunnan palvelujärjestelmän muutoksista, joten joissakin suuremmissa kaupungeissa oli useampi haastateltava. Vuosina 2005–2008 tehdyt haastattelut oli toteutettu heinä-elokuun vaihteessa. Kyseinen ajankohta oli tiedon keruun ja tulkinnan kannalta pulmallinen, koska tiedonkeruu ajoittui tuolloin osittain lomakauteen. Vuoden 2011 tiedonkeruu toteutettiin puhelimitse 26.8.–15.9.2011, jolloin myös päihdepalveluiden toiminta oli mahdollisten lomakauden supistusten ja muiden muutosten jälkeen vakiintunut.

Kysymykset koskivat päihdeikäyttäjien palveluiden kokonaisuutta, pääsyä eri palvelumuotoihin sekä palvelujärjestelmässä ja asiakaskunnassa tapahtuneita muutoksia. Vastaajilta kysyttiin muun muassa viimeisen kolmen vuoden aikana kunnassa tapahtuneita hallinnollisia muutoksia, kuten kuntaliitoksia ja palvelujärjestelmän muutoksia. Heitä pyydettiin myös arvioimaan muutosten vaikutuksia päihdepalveluiden saatavuuteen. Lisäksi kysyttiin asiakasmäärien muutoksia, asiakkaiden päihdeikäyttöä, eri päihdepalvelujen kysyntää sekä päihdepalvelujärjestelmän ongelmakohtia ja toimivuutta. Erityispainopisteenä oli opioidikorvaushoitoon pääsyn selvittäminen. Haastattelun kysymysrunko toimi suuntaa antavasti keskustelun pohjana ja haastattelu käsitteli myös aiheita, jotka kussakin kunnassa olivat ajankohtaisia. Haastatteluilla pyrittiin kartoittamaan kunnassa tapahtuneita hallinnollisia muutoksia, joilla olisi mahdollisesti ollut vaikutusta päihdepalvelujärjestelmän toimivuuteen, sekä saamaan taustatietoa ja näkökulmia tilastojen ja palvelujärjestelmän tarkastelun rinnalle. Puhelinhaastatteluja tehtiin 17. Yksi haastattelu toteutettiin henkilökohtaisena haastatteluna.

Valituille yksiköille (taulukko 4) tehtiin haastattelujen lisäksi kirjallinen kysely palveluiden jonomääristä lokakuun 2011 aikana. Kyselyssä tiedusteltiin katkaisu- ja kuntoutushoidon, sekä opioidikorvaushoidon jonotilanteita. Tarkastelun kohteena oli yksinomaan laitosten palveluihin pääsy. Strukturoidun kyselyn avulla haluttiin saada täsmällisempää ja mahdollisimman vertailukelpoista tietoa, sillä suullisen haastattelun perusteella tällaisia ”tarkkoja lukuja” ei vastaajilta saatu. Laitosten katkaisuhoidon ja kuntoutusta sekä opioidikorvaushoitoa jonottavien määrän ja jonotuksen keston lisäksi strukturoidussa kyselyssä tiedusteltiin sekakäyttäjien katkaisuhoidon pääsyä, apteekkisopimuksen käyttöä opioidikorvaushoidossa, sekä vastaajana olevan kunnan tai yksikön asiakasmääriä (kaikki/opioidikorvauspotilaat) vuonna

2010. Kyselyn lopussa vastaajalla oli mahdollisuus tarkentaa vastauksiaan kirjallisesti tai lisätä muu haluamansa informaatio vastauskenttään.

Muutamissa tapauksissa puhelinhaastatteluun ja kirjalliseen kyselyyn vastasi eri henkilö tai vastausta kyselyyn ei saatu. Haastateltaviksi oli valittu kunnan päihdepalveluiden tai jonkin toimintayksikön johtotehtävissä olevia henkilöitä, sillä heidän arveltiin pystyvän paremmin arvioimaan palvelujärjestelmän muutoksia ja niiden syitä. Jonomääriä kartoittavat strukturoidut kyselyt lähetettiin ensimmäisessä vaiheessa haastatelluille henkilöille, joista yhdeksän vastasi myös kyselyyn. Salossa ja Kouvolassa haastateltu henkilö välitti tehtävän edelleen alaiselleen. Kaikkiaan kyselyyn vastasi yksitoista kaupunkia kolmestatoista. Turusta ja Tampereelta ei saatu vastauksia. Turussa puhelinhaastattelut toteutettiin hajauttamalla kysymykset usealle vastaajalle, mutta strukturoituun kyselyyn vastauksia ei saatu. Vaikka Tampereelta ei saatu vastauksia strukturoituun kyselyyn, Tampereen haastattelun vastaukset olivat sinänsä jo melko kattavia myös jonomäärien osalta.

Tässä selvityksessä saatu tieto kattaa vain pienen osan kuntien asukkaillaan tarjoamista päihdepalveluista. Myöskään selvityksen kohteena olleista päihdepalvelutyypeistä ei kerätty kokonais kattavaa tietoa, vaan selvitykseen valittiin muutamia keskeisiä sekä kaupunkien että palveluntuottajien edustajia. Kaupunkikohtaiset tulokset jonomääristä ovat siis vain suuntaa-antavia, ja aineiston pohjalta voidaan saada viitteitä päihdepalveluihin pääsyssä mahdollisesti tapahtuneista muutoksista.

Taulukko 4. Haastatteluun ja kyselyyn vastanneet yksiköt kunnittain vuonna 2011

Kaupunki	Haastateluja antaneet yksiköt	Kyselyyn vastanneet yksiköt
Espoo	Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus Emppu Espoon A-klinikkatoimi	Espoon A-klinikkatoimi
Helsinki	Helsingin kaupunki, Sosiaalinen kuntoutus (aikuis- ten päihdepalvelut) Helsingin Diakonissalaitos	Helsingin kaupunki, Sosiaalinen kuntoutus (aikuis- ten päihdepalvelut)
Jyväskylä	Sovatek-säätiö	Sovatek-säätiö
Kouvola	Kouvolan A-klinikkatoimi	Kouvolan A-klinikkatoimi
Kuopio	Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiö	Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiö
Lahti	Lahden A-klinikkatoimi	Lahden A-klinikkatoimi
Oulu	Oulun A-klinikka	Päihdekliniikka
Pori	Porin A-klinikka	Porin A-klinikka
Salo	Salon A-klinikka Salon päihdeyksikkö	A-klinikkasäätiö/Anjalansalon päihdekuntoutuskeskus
Seinäjoki	Seinäjoen A-klinikka	Seinäjoen A-klinikka
Tampere	Tampereen A-klinikka	
Turku	Turun A-klinikka Turun kaupunki A-klinikkasäätiön Turun katkaisuhuoltoasema	
Vantaa	Vantaan kaupunki	Vantaan kaupunki

5.3 Vuoden 2012 aineisto

Vuoden 2012 aineistonkeruuta varten suunniteltiin strukturoitu kysymyslomake, joka muokattiin webropol-lomakkeeksi ja tiedonkeruu toteutettiin internet-pohjaisesti (katso lomakkeen sisältö tarkemmin liite 1). Päihdehoitoon pääsyä haluttiin kartoittaa paikkakunta-kohtaisesti kattavammin useista eri yksiköistä, jolloin strukturoidun kysymyslomakkeen käyttö soveltui paremmin tiedonkeruun menetelmäksi kuin haastattelut. Strukturoidulla kyselylomakkeella odotettiin myös saatavan selkeitä, vertailukelpoisia tietoja esimerkiksi jonotusajoista ja jonoissa olevien henkilöiden lukumääristä. Kysely osoitettiin suoraan päihdehuollon yksi-

köille ja pääsisällöltään se noudatteli vuonna 2011 toteutettua täydentävää lomakekyselyä. Vuonna 2012 kartoitettiin laitoshoidon lisäksi myös avohoitoon pääsyä ja selvitettiin yksiköiden taustaorganisaatioita.

Kysely lähetettiin kaupunkien omiin päihdehuollon erityispalveluyksiköihin, kaupungin alueella sijaitseviin kaupungille päihdepalveluita tuottaviin yksiköihin sekä kaupungissa mahdollisesti sijaitseviin päihdehoitoa tarjoaviin erikoissairaanhoidon yksiköihin. Kyselystä rajattiin pois muun muassa terveyskeskukset, nuorisoasemat, terveysneuvontapisteet, selviämisasemat, asumispalvelut ja vankiloissa annettava päihdehoito. (taulukko 5).

Taulukko 5. Vuonna 2012 selvityksessä mukana olleet yksiköt paikkakunnittain

KAUPUNKI	YKSIKKÖ	KAUPUNKI	YKSIKKÖ
Helsinki	A-klinikka: Eteläinen	Turku	A-klinikka
	A-klinikka: Pohjoinen (Maunula)		A-klinikkasäätiön Turun katkaisuhoidoasema
	A-klinikka: Pohjoinen (Malmi)		Päihdepsykiatrian poliklinikka
	Läntinen A-klinikka ja katkaisuasema		Päihdepsykiatrian osasto
	Hangonkadun kuntoutuskeskus		Korvaushoitopoliklinikka
	Tervalammen kartanon kuntoutuskeskus		Tyks: Addiktiopoliklinikka
	Diakonissalaitos: Palvelukeskus	Oulu	Oulun A-klinikka
	Diakonissalaitos: Korvaushoitoyksikkö		Päihdekliniikka
	Munkkisaaren kuntoutuskeskus		PPSHP: Psykiatrian tulosalueen osasto
	Hyks: Opioidiriippuvuuspoliklinikka	Jyväskylä	Sovatek-säätiö
	Avomylly: Kalliolan päihdetyön avohoitoyksikkö	Lahti	Lahden A-klinikka
	Avokisko: Kalliolan päihdetyön avohoitoyksikkö		K-klinikka
	Avominne Oy		Pitkämäen kuntoutusyksikkö
Espoo	Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus Emppu		Myllyhoitoklinikka
	Espoon A-klinikka ja katkaisuhoidoasema	Kuopio	Kuopion seudun päihdepalvelusäätiö
Tampere	A-klinikka		Kys: Päihdepsykiatrian poliklinikka
	K-klinikka		Kys: Päihdepsykiatrian osasto
	Selviämis- ja katkaisuhoidoasema	Kouvola	K-klinikka Kouvola
	Tampereen kuntoutumiskeskus		Huumevieroitusyksikkö
	Tays: Päihdepsykiatrian poliklinikka		Kouvolan katkaisuasema
	Tampereen myllyhoitoklinikka	Pori	A-klinikka
	Avominne Oy: Tampereen toimipiste		Katkaisuhoidoasema
Vantaa	Länsi-Vantaan A-klinikka		Kuntoutumisyksikkö
	Itä-Vantaan A-klinikka	Seinäjoki	A-klinikka
	Huumehoitoklinikka (H-klinikka)		Selviämis- ja katkaisuhoidoasema
			Korvaushoitoklinikka
		Salo	Salon A-klinikka
			Anjalansalon päihdekuntoutuskeskus (A-klinikka)
			Opioidiriippuvaisten vieroitus- ja katkaisuhoido

Lokakuussa 2012 kysely lähetettiin 63 yksikköön, ja vastauksia saatiin takaisin muistutuskierroksen jälkeen 54 yksiköstä. Muutama vastaaja lähetti samalla lomakkeella useamman yksikön tiedot. Esimerkiksi Seinäjoen vastauksessa olivat mukana sekä A-klinikan, selviämis- ja katkaisuaseman että korvaushoitoklinikan tiedot. Kyselyn vastausprosentti oli 86. Vastausprosenttia voidaan pitää hyvänä.

Taulukkoon 6 on koottu kaikki kyselyyn vastanneet yksiköt paikkakunnittain. Helsingistä, Tampereelta ja Turusta oli muita paikkakuntia enemmän yksiköitä mukana selvityksessä. Yksiköiden lukumäärä kerto-

nee paikkakunnan koosta, mutta myös päihdehuollon järjestämisen tavasta. Esimerkiksi Jyväskylässä SO-VATEK-säätiö vastasi päihdepalveluiden järjestämisestä keskitetysti, kun taas esimerkiksi Helsingissä palvelujärjestelmä oli hajautetumpi. Tässä selvityksessä oli mukana 54 päihdepalveluyksikkä, joista avomuotoisia päihdepalveluita tarjottiin 44 yksikössä ja laitospuotoisia päihdepalveluita 23 yksikössä. Opioidikorvaushoitoa annettiin 26 yksikössä.

Taulukko 6. Kaikki kyselyyn vastanneet päihdepalveluyksiköt, avomuotoisia päihdepalveluita tarjoavat yksiköt, laitospuotoista päihdepalveluita tarjoavat yksiköt ja opioidikorvaushoitoa tarjoavat yksiköt paikkakunnittain (n)

	Kaikki kyselyyn vastanneet päihdepalveluyksiköt (n)	Avomuotoista päihdepalveluita tarjoavat yksiköt (n)	Laitospuotoista päihdepalveluita tarjoavat yksiköt (n)	Opioidikorvaushoitoa tarjoavat yksiköt (n)
Helsinki	11	9	3	5
Espoo	2	2	2	2
Tampere	7	5	2	2
Vantaa	3	3	0	1
Turku	6	4	2	3
Oulu	3	2	3	3
Jyväskylä	1	1	1	1
Lahti	4	2	1	2
Kuopio	3	2	2	2
Kouvola	3	1	3	1
Pori	3	2	1	2
Seinäjoki	3	1	1	1
Salo	3	1	1	1
YHTEENSÄ	54	44	23	26

Kunta oli taustaorganisaationa 41 prosentilla kyselyyn vastanneista yksiköistä. Lähes yhtä usein taustaorganisaationa oli jokin valtakunnallinen järjestö tai säätiö (39 %), useimmiten A-klinikkasäätiö. Kahdeksassa prosentissa taustaorganisaatio oli sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Yksityinen palveluyritys (4 %) tai päihdehuollon kuntayhtymä (2 %) olivat yksiköiden taustaorganisaatioina suhteellisen harvinaisia.

⁴ Sama yksikkö voi tarjota sekä avo- ja laitoshoidon että opioidikorvaushoitoa.

6 Tulokset

6.1 Päihdeongelmaisten palvelut kaupunkikohtaisesti 2012

Tässä luvussa kuvataan selvityksessä mukana olleiden 13 kaupungin päihdepalveluja vuonna 2012. Haastatteluilla ja lomakkeilla kerätyn aineiston lisäksi tietoa kaupunkien palvelujärjestelmien erilaisista malleista koottiin kaupunkien verkkosivuilta, toimintakertomuksista sekä muista niiden toimintaa ja tavoitteita kuvaavista dokumenteista. Lähteinä käytetyt dokumentit on mainittu kaupunkikohtaisten päihdepalveluiden kuvausten alussa. Kaupunkien päihdehuollossa voi tapahtua nopeastikin muutoksia joka laajempien organisaatiomuutosten tai päihdepalvelujen tuottamistavassa tapahtuneiden muutosten vuoksi. Laajat, päihdepalveluiden järjestämiseen liittyvät muutokset esitetään kunkin kaupunkikohtaisen kuvauksen alussa.

Vuonna 2011 toteutettujen haastattelujen pohjalta koostettiin kaupunkien päihdepalvelujen peruskuvaukset. Nämä kuvaukset päivitettiin loppuvuodesta 2012 ja jäsennettiin päihdepalvelut kuvioiksi kolmitasoisina: 1) peruspalvelujen tasolla, 2) päihdehuollon erityispalveluina, sekä 3) erikoissairaanhoidon palveluina. Asumispalvelut on esitetty peruspalvelujen yhteydessä, vaikka ainakin osa niistä kuuluu päihdehuollon erityispalveluihin. Kuvioissa on esitetty myös se, millä tavalla kukin päihdepalvelu on tuotettu eli ovatko palvelut esimerkiksi kaupungin omia tai ostopalveluina hankittuja. Kuvausten perushahmotus tarkistettiin kaupunkien päihdepalveluista vastaavien kanssa käydyissä puhelinhaastatteluissa.

6.1.1 Helsinki

Helsingin päihdepalvelujen kuvaus perustuu kaupungin verkkosivustolta saatujen päihdepalveluja koskevien tietojen lisäksi haastatteluihin ja seuraaviin kirjallisiin lähteisiin: Ikäihmisten päihdepalveluiden kehittäminen (Paulig ym., 2009) ja kuusikkokuntien päihdehuollon raportti (Vartiainen, 2012). Vuoden 2013 alusta organisaatorakenne on kokonaan muuttunut Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden yhdistämisen myötä. Tässä raportissa olevassa kuvauksessa tarkastellaan kuitenkin vain vuoden 2012 tilannetta hoitoon pääsyä koskevien tulosten taustatiedoksi.

Päihdepalvelujen järjestämistapa ja siinä tapahtuneet muutokset

Helsingin sosiaalivirastossa toteutettiin organisaatiomuutos vuonna 2005, jonka pohjalta Helsingin sosiaaliviraston viisi palvelualueetta muodostivat yhdessä kaupunkilaisten koko elämänkaaren kattavan palvelukonaisuuden. Tämä malli oli voimassa vuoden 2012 loppuun asti.

Helsingissä päihdepalvelut koostuivat vuonna 2012 monipuolisesti itse tuotetuista ja ostetuista palveluista. A-klinikkapalvelut oli keskitetty kaupungin omiin yksiköihin vuonna 2011. Neljässä toimipisteessä sijaitsevat klinikat pyrkivät profiloitumaan eri osaamisalueille, joista asiakas voi vapaasti valita itselleen sopivimman. Hyvien kulkuyhteyksien ansiosta palveluiden saavutettavuuden ei arvioitu Helsingissä kärsivän, vaikka tietynlainen palvelu oli keskitettynä yhteen pisteeseen. Alkoholiavokatkaisuhoitoa tarjottiin terveysasemilla vuoden 2011 alusta alkaen. Helsingin huumeambulanssi oli muuttanut uusiin tiloihin syksyllä 2011. Helsinki oli alkanut kilpailuttaa päihdepalveluja, kuten opioidiriippuvuuden lääkkeellistä vieroitus- ja korvaushoitoa.

Palvelutuotannossa korostui avohoitopainotteisuus ja joustava monituottajamalli, joka koostui vahvoista omista palveluista ja sosiaalivirastoa lähellä olevista kumppaneista. Helsingissä nähtiin, että ympärivuorokautinen laitoshoitoperinne sopi ajankuvaan huonosti ja hoito piti rakentaa ihmisen normaaliin elinympäristöön. Avohoidon lisäksi palveluissa painotettiin yksilömuotoisesta hoidosta ryhmähoitomuotoihin siirtymistä. Palveluiden jalkauttamista ja liikkuvaa työtä tehtiin yhä enemmän asiakkaan hoitoon kiinnittymiseksi. Palveluun voi esimerkiksi lähteä tutustumaan yhdessä työntekijän kanssa.

Haastatteluihin todettiin, että 1990-luvun lamasta lähtien kustannustehokkuus oli hallinnut palveluiden uudelleenorganisointia. Taloudellisen tilanteen nähtiin mahdollisesti nopeuttaneen uudistamisen tarvetta sosiaalipalveluissa. Myös muuttuvat kohderyhmät aiheuttivat muutospainetta. Helsingissä ikääntyneiden alkoholin käytön on todettu lisääntyneen, etenkin naisilla. Naisille kohdennettuja palvelumuotoja arvioitiin kuitenkin olevan riittämättömästi. Palveluissa oli tarvetta yhtenäisille käytännöille, osaamiselle ja lisäresursseille, sekä sellaisille palvelumuodoille, jotka olisi erityisesti suunniteltu ikääntyville. Ikäihmisten päihteiden käyttöön vaikuttaminen oli tarpeen saada nostettua myös ehkäisevän päihdetyön tavoitteeksi, vaikkakin käytännössä työ painottui pääasiallisesti työikäisten päihteiden käytön vähentämiseen ja siitä tiedottamiseen.

Kaupungin tarjoamat päihdepalvelut

Aikuisten ehkäisevän työn työryhmä (ETY) teki yhteistyötä kaupungin muiden toimijoiden ja järjestöjen kanssa alkoholin suurkulutuksen ehkäisemiseksi ja alkoholihaittojen vähentämiseksi. ETY kehitti palveluja, ylläpiti tietopalvelua, tuotti materiaaleja ja järjesti tiedotuskampanjoita. Lasten ja nuorten ehkäisevästä päihdetyöstä ja työn koordinoinnista yhteistyötahojen kesken vastasi Klaari Helsinki.

Helsingin kaksi nuorisoasemaa palvelivat 13–23-vuotiaita nuoria heidän omaan tai läheisen päihteiden käyttöön liittyvissä kysymyksissä, sekä perhetilanteeseen, koulunkäyntiin ja yleensä nuoren elämään liittyvissä asioissa. Yhden nuorisoaseman palvelut oli lisäksi ostettu A-klinikkasäätiöltä.

Aikuisille tarkoitettuihin päihdehuollon avopalveluihin hakeutuminen tapahtui alueellisten A-klinikoiden kautta. Hoidon tavoitteena oli riippuvuuden ja siitä aiheutuvien haittojen vähentäminen, sekä päihteettömän elämäntavan opettelu. Hoitoon kuului muun muassa tilanteen kartoitus ja hoidontarpeen arviointi, terapeutinen työ, terveyden- ja sairaanhoito sekä jatkohoitoon ohjaus. Helsingissä päihdehuollon asiakkaalla oli mahdollisuus valita, millä neljästä A-klinikasta hän asioi. Klinikat olivat profiloituneet eri osaamisalueiden mukaisesti. A-klinikalla moniammatillinen hoitotiimi kartoitti asiakkaan palveluntarpeen ja laati hoitosuunnitelman yhdessä asiakkaan kanssa. Työikäiset olivat A-klinikan polikliinisen työn keskeisin asiakasryhmä ja esimerkiksi ikääntyneiden arvioitiin jäävän palveluissa marginaaliseksi ryhmäksi.

Helsingin huumeclinikka toimi ilman ajanvarausta ja palveli sekä täysi-ikäisiä että alle 18-vuotiaita asiakkaita. Huumeclinikalla arvioitiin asiakkaan hoidon tarve ja ohjattiin hoitoon. Huumevieroitukset tehtiin tarvittaessa A-klinikalla laitoskatkaisuhoidossa. Huumeclinikalla tehtiin myös helsinkiläisten korvaushoidon tarpeen arvioinnit. Huumeclinikan työ oli liikkuvaa sekä asiakkaan hoito- ja tukiverkostoa kokoavaa.

Laitoskatkaisuhoidoa oli tarjolla kahdessa kaupungin omassa kuntoutuskeskuksessa sekä ostopalveluna, ja se oli tarkoitettu hoitomuodoksi päihdeongelmaiselle, jolle katkaisu ei avohoidossa onnistunut. Tavoitteena oli vieroitusoireiden hoito ja komplikaatioiden ehkäisy sekä kriisitilanteen selvittäminen. Työssä sijaitseva selviämishoitoasema oli avoinna ympäri vuorokauden. Se oli tarkoitettu päihteiden käyttäjien lyhytaikaista toipumista varten.

Opioidikorvaushoidon palveluita tuottivat muun muassa A-klinikkasäätiö, HUS:n opioidiriippuvuuspoliklinikka sekä Helsingin Diakonissalaitos. Helsingin Diakonissalaitokselta ostettiin korvaushoidoa sellaisille opioidiriippuvaisille henkilöille, joiden kyky lopettaa huumeiden käyttö kokonaan on epätodennäköinen, mutta hoidolla voitiin lievittää huumeidenkäytöstä aiheutuvia haittoja. Korvaushoitojen määrä Helsingissä oli lisääntynyt merkittävästi.

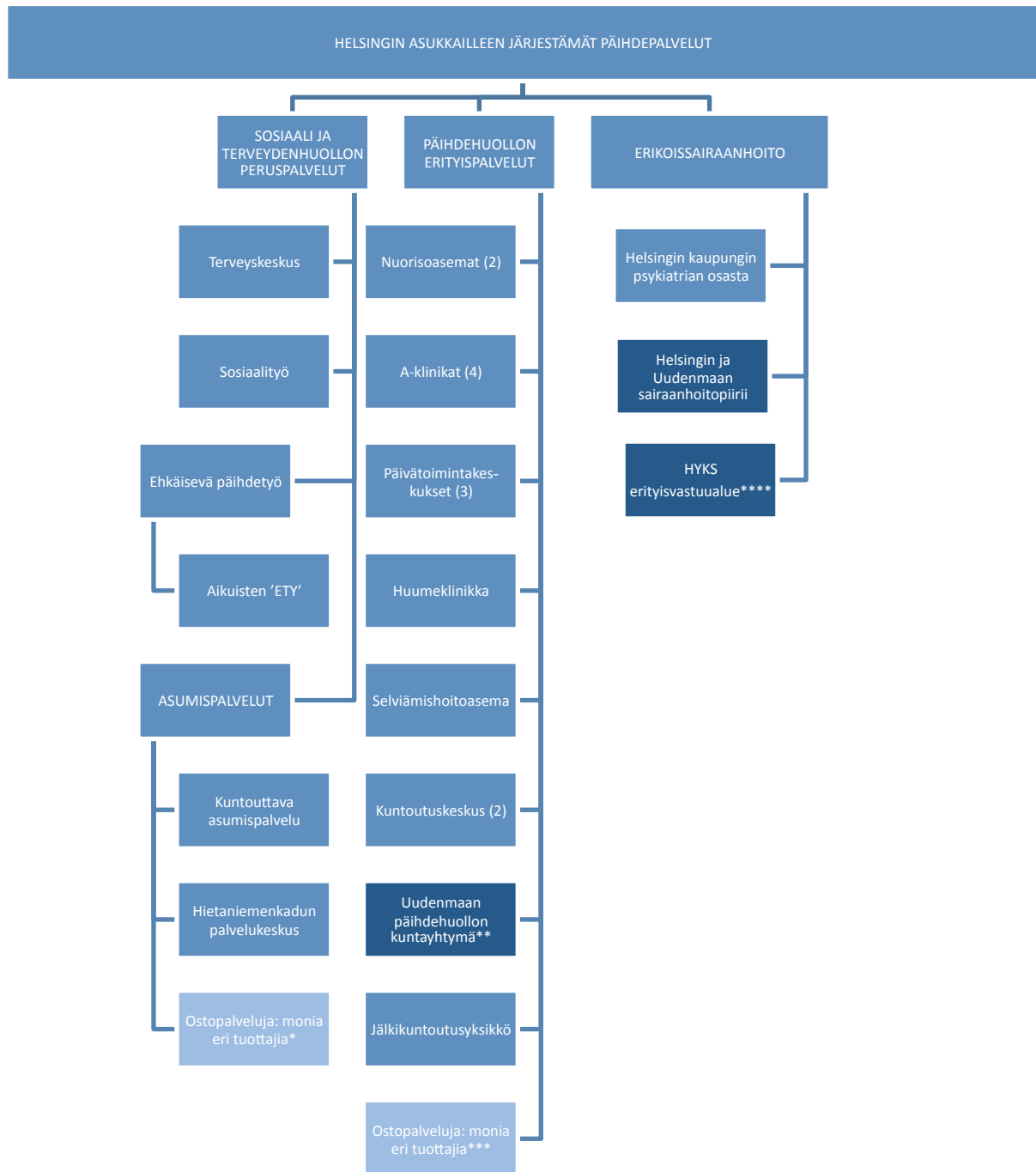
Laitoskuntoutushoitoa tarjottiin, mikäli asiakas tarvitsi pidempää laitoshoidoa päihdeongelmansa hoitoon. Tavoitteena oli selviytymiskyvyn ja elämänhallinnan palautuminen, sekä päihdeongelmista parantuminen. Kuntoutusta varten asiakas tarvitsi maksusitoumuksen oman alueensa A-klinikalta tai asunnottomien sosiaalipalveluista. Laitoskuntoutusta toteutettiin kaupungin omassa yksikössä (Läntisen A-klinikan katkaisuhoidon ja Tervalammen kartano) sekä ostopalveluina hankittavana päihdehuollon laitostuntoutuksena. Helsinki oli osallisena Uudenmaan päihdehuollon kuntayhtymässä ja kaupungin asukkailla oli mahdollisuus saada päihdepalveluita Ridasjärven päihdehoitokeskuksessa. Jälkikuntoutusta varten kaupungissa oli oma avohuollon yksikkö.

Helsingissä oli lisäksi kolme toimintakeskusta, joiden tavoitteena oli tukea päihdeongelmasta kuntoutumista ja ennaltaehkäistä syrjäytymistä. Toiminta sisälsi muun muassa keskustelua, tietokoneen käytön opettelua, liikuntamahdollisuuksia sekä kahvilatoimintaa. Toimintakeskuksissa järjestettiin myös kokopäi-

väisiä avokuntoutusjaksoja, jotka tukivat osallistujan päivärytmin muodostumista sekä tarjosivat keinoja retkahdusten välttämiseksi ja päihteettömän sosiaalisen verkoston vahvistamiseksi. Avokuntoutuskursseille riitti asiakkaita ja erityisesti perheiden avokuntoutukseen oli jatkuvasti jonoa. Oman päiväkeskustoiminnan lisäksi Helsingin Diakonissalaitokselta ostettiin Päiväkeskus Stoorin palveluja, jotka oli suunnattu syrjäytyneille ja syrjäytymisvaarassa oleville päihteiden käyttäjille, jotka eivät olleet muualta löytäneet tarpeitaan vastaavaa palvelua. Palveluun voi tulla päihtyneenä. Keskeistä oli inhimillisen kärsimyksen lieventäminen ja haittojen vähentäminen. Päiväkeskustoiminnan lisäksi tarjolla oli terveysneuvontapalveluja. Kaupunki osti myös muita avohoidon palveluita useilta eri palvelun tuottajilta. Haastatteluissa todettiin, että Helsingissä päivätoimintaan pääsi osallistumaan heti, mutta yksilömuotoiseen hoitoon joutui jonottamaan.

Sosiaalivirasto osti päihdehuollon asumispalveluita niitä tarvitseville asiakkaille. Pääosa palvelua tarvitsivista oli 40–60-vuotiaita keski- ja työikäisiä. Palveluiden tavoitteena oli tukea asukkaan päihteetöntä elämäntapaa ja tarjota valmiuksia itsenäiseen asumiseen. Asumispalveluita varten henkilö tarvitsi kaupungilta maksusitoumuksen.

Helsinki tarjosi lisäksi psykiatrian erikoissairaanhoidon palveluja kaupungin omina palveluina. Helsinki käytti myös sairaanhoitopiirin psykiatrian palveluja.



Kuvio 2. Helsingin kaupungin tarjoamat päihdepalvelut

Sinisellä pohjalla kaupungin omat palvelut, tumman sinisellä pohjalla kuntayhtymien kautta hankittavat palvelut ja vaalean sinisellä pohjalla ostopalvelut. Suluissa on näkyvissä yksiköiden määrä.

* Sisältää mm. kuntouttavaa asumispalvelua

** Uudenmaan päihdehuollon kuntayhtymä: Ridasjärven päihdehoitokeskus

*** Ostopalveluina mm. opioidikorvaushoitoa, laitosvieroitusta ja laituskuntoutusta

**** HYKS päihdepsykiatrian poliklinikka, päihdepsykiatrian osasto, opioidiriippuvuuspoliklinikka

6.1.2 Espoo

Espoon päihdepalvelujen kuvauksessa on käytetty lähteinä Espoon kaupungin päihdepalveluja kuvaavien verkkosivujen lisäksi haastatteluja sekä seuraavia verkkotekstejä: Sosiaali- ja terveystoimen toimintakertomus 200, Sosiaali- ja terveyslautakunnan perhe- ja sosiaalipalvelujen jaosto 2010, Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus Emppu (2011) ja kaupunginhallituksen päätös 18.6.2012. Lisäksi lähteinä ovat olleet kuu-sikkokuntien päihdehuollon raportti (Vartiainen, 2012), asunnottomuutta koskeva raportti (ARA, 2012) ja Espoon kaupungin mielenterveys- ja päihdeohjelma.

Päihdepalvelujen järjestämistapa ja siinä tapahtuneet muutokset

Espoossa päihdepalvelut toimivat vuonna 2012 sosiaali- ja terveystoimen alaisuudessa mielenterveys- ja päihdepalvelut -yksikössä, joka kuului terveystalvelujen tulosityksikköön. Vuonna 2009 läpikäydyin johtamisjärjestelmän muutoksen tuloksena palvelut oli järjestetty uudelleen potilaan hoitopolun mukaisiksi. Tavoitteena oli ollut madaltaa kynnyistä päästä palveluihin ja saada entistä suurempi määrä asiakkaita hoidon piiriin lisäämällä avohoitoa.

Espoon mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän kehittämisen taustalla oli halu tarjota entistä laadukkaampaa ja sujuvampaa hoitoa asiakkaille. Yksi merkittävimmistä muutoksista palvelukentässä oli ollut mielenterveys- ja päihdepalveluiden integroiminen sekä organisatorisesti että käytännön tasolla, sekä sen myötä uuden mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus Empun perustaminen. Oman kunnallisen klinikan – Empun – perustamisella tavoiteltiin myös kustannussäästöjä. Taustalla olivat aikaisempien vuosien tiiviit neuvottelut ostopalvelukumppaneiden kanssa mielenterveys- ja päihdepalveluiden kustannusten hillitsemiseksi. Tavoitteena oli ollut myös tehdä selkeä työnjako palveluiden tarjonnan osalta. Huumeidenkäyttäjät ohjattiin ensisijaisesti A-klinikkasäätiön ylläpitämälle A-klinikalle ja alkoholin käyttäjät ohjattiin Emppuun.

Espoossa päihdepalveluita oli kehitetty myös kohti avohoitopainotteisuutta ja laitoshoidon nähtiin selkeästi avohoidon tukitoimenpiteenä. Espoossa katkaisu-, vieroitus- ja kuntoutushoidon hoitovuorokaudet olivat vähentyneet merkittävästi, kun erityisesti kuntoutusjaksoja on pystytty tehostamaan avohoitoa lisäämällä ja kuntoutushoidon hoitajaksoja lyhentämällä. Samalla asumispalveluiden kustannukset olivat kuitenkin kasvaneet ja asumisvuorokaudet lisääntyneet. Palvelujärjestelmän painosten muutoksella uskottiin olevan yhteyttä asumispalveluiden tarpeen lisääntymiseen. Haastatteluissa nousi esiin huoli siitä, saavatko päihdeasiakkaat tarvitseensa laitoshoidon, sillä avohoitoa painotettiin vahvasti ja maksusitoumusten saaminen oli hankalaa.

Palvelurakenteen muutos näkyi monella tavalla. A-klinikan käynnit olivat vähentyneet noin puoleen aiemmasta, mutta kaikkien vanhojen päihdeasiakkaiden ei uskottu siirtyneen Emppuun. Asiakkailta saadun palautteen mukaan Emppuun oli hankala siirtyä, sillä se sijaitsi liian kaukana ja uuteen hoitopaikkaan liittyi myös epäluuloja eri asiakasryhmien taholta. Myöskään asiakkaiden hoitoon ohjaamisessa ei ollut muodostunut vielä riittävän hyvin toimivia käytäntöjä kaikkien eri palveluntuottajien kesken. Huumeasiakkaiden hoitoon erikoistuminen on vaatinut A-klinikan henkilöstöltä kouluttautumista ja paneutumista. Työn vaatavuutta on lisännyt se, että opioidikorvaushoitoa saavat ovat pieni osa kaikista hoitoa tarvitsevista päihdeongelmaisista, mutta heidän hoitonsa vaatii kuitenkin heidän määräänsä nähden paljon resursseja. Erityisesti opioidihoitoon liittyvä kontrolloitu lääkkeiden antaminen potilaille nähtiin hoitohenkilökunnan resursseja vaativana.

Espoon kaupunki oli mukana Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelmassa 2008–2011, jonka tavoitteena oli puolittaa asunnottomuus vuoteen 2011 mennessä. Vuonna 2011 Espoon arvioitiin ohittaneen Vantaan asunnottomien määrässä. Espoossa arvioitiin tuolloin olleen silloin 620 asunnottomaa. Kaupungin tavoitteena uudella ohjelmakaudella 2012–2015 oli osoittaa 125 tukiasuntoa tai vuokra-asuntoa asunnottomille, sekä panostaa asunnottomuuden ennaltaehkäisyyn.

Kaupungin tarjoamat päihdepalvelut

Nuorten päihdeidenkäytön ehkäisyssä ydintoimintoja olivat päihdekasvatus, terveyden edistäminen, varhainen puuttuminen päihdeiden käyttöön ja nuorten kohtaaminen eri palveluissa. Nuorisopoliklinikka Nupolis- sa apua saivat 13–22-vuotiaat espoolaiset nuoret perheineen.

Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus Empussa tarjottiin hoitoa alkoholi- ja moniongelmaisille aikuisille. Palvelukeskuksen vastaanotto oli tarkoitettu espoolaisille aikuisille, jotka tarvitsivat apua ja hoitoa mielenterveys- ja päihdeongelmiin. Palvelu oli asiakkaalle maksutonta. Palvelukeskukseen voi hakeutua ilman ajanvarausta. Palvelukeskuksessa voi saada yksilöllistä tukea sekä osallistua avo-osastolla oleviin avoimiin ryhmiin. Osa kuntouttavista ryhmistä toimi suljettuina ryhminä niin, että niihin hakeuduttiin erikseen ja osallistujat sitoutuivat niihin määrätyn ajaksi. Päihdekierteen katkaisuhuolto oli mahdollista sekä avo- että laitospuolisena. Laitoskuntoutus edellytti maksusitoumuksen ja sitä käytettiin vain silloin kun avohoito ei ollut riittävää.

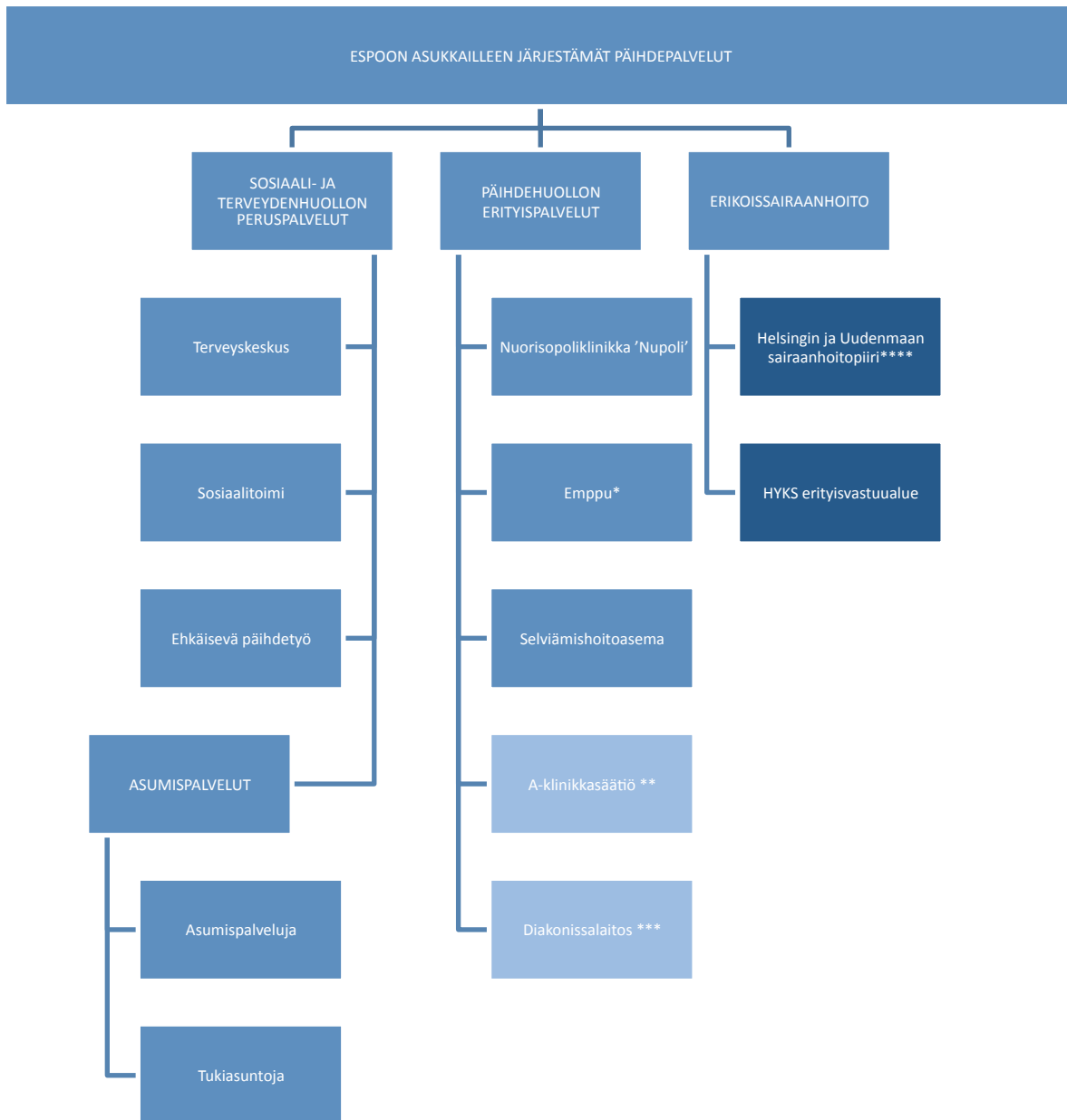
Selviämishoitoaseman toiminta oli päivystysluonteista ja hoitoa tarjottiin henkilöille, jotka päihtymyksensä vuoksi tarvitsivat sairaanhoidollista seurantaa. Selviämisasemalla arvioitiin asiakkaan hoidolliset tarpeet ja ohjattiin seuraavaan hoitomuotoon. Myös avovieroitushoito oli selviämisasemalla mahdollista.

A-klinikkasäätiön ylläpitämässä Espoon A-klinikkatoimissa hoidettiin huumeidenkäyttäjii ja tarjottiin muun muassa terveysneuvontaa suonensisäisesti huumeita käyttäville, avohoitoa, opioidikorvaushoitoa, sekä katkaisu- ja vieroitushoitoa osastolla. Hoitoon hakeuduttiin joko läheteellä tai A-klinikan päivystyksen kautta. Yksilötapaamisten lisäksi yksikkö tarjosi pari-, perhe- sekä erilaisia ryhmämuotoisia hoitoja.

Vinkki-terveysneuvonta- ja tukipisteistä huumeidenkäyttäjät saivat tietoa terveydenhoidosta, tartuntataudeista ja sosiaalipalveluista, sekä voivat keskustella luottamuksellisesti sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa.

Espoolla oli ostopalvelusopimukset opioidikorvaushoitoa järjestävien tahojen kanssa. Suuri osa korvaushoidon arvioista tehtiin HUS:n päihdepsykiatrian poliklinikalla ja hoidon aloitukset yleensä osastolla. Korvaushoidon aloittamisessa oli viiveitä, mutta asiakkaille oli kuitenkin tarjolla jonaikaista hoitoa.

Espoossa oli asumispalveluja asunnottomille mielenterveys- ja päihdekuntoutujille. Palvelut pyrkivät tukemaan asukkaan kuntoutusta ja päihteettömyyttä. Lisäksi Espoon kaupunki tarjosi tukiasuntoja, joita voi hakea kaupungin vuokra-asuntohakemuksella.



Kuvio 3. Espoon kaupungin tarjoamat päihdepalvelut

Sinisellä pohjalla kaupungin omat palvelut, tumman sinisellä pohjalla kuntayhtymien kautta hankittavat palvelut ja vaalean sinisellä pohjalla ostopalvelut.

* Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus: avohoito, opioidikorvaushoito, avokatkaisu, päihdevieroitus, kuntoutusryhmiä ja laituskuntoutus

** Vinkki-terveysneuvontapiste, huumeidenkäyttäjien avohoito, opioidikorvaushoito, huumeidenkäyttäjien katkaisu- ja vieroitushoito

*** Munkkisaaren kuntoutuskeskus: hiv-positiivisten hoito

**** HYKS psykiatrian tulosyksikön Jorvin alue ja HYKS päihdepsykiatrian klinikka

6.1.3 Tampere

Tampereen päihdepalvelujen kuvauksen lähteinä olivat haastatteluissa saatujen tietojen lisäksi Tampereen kaupungin verkkosivut sekä A-klinikkasäätiön verkkosivut. Lisäksi lähteinä olivat Tampereen kaupungin päihdepoliittinen suunnitelma 2009–2012 (2009) ja kuusikkokuntien päihdehuollon raportti (Vartiainen, 2012).

Päihdepalvelujen järjestämistapa ja siinä tapahtuneet muutokset

Tampereen kaupungissa oli vuonna 2012 käytössä tilaaja-tuottaja -organisaatiomalli. Kaupungin päihdehuollossa mielenterveys- ja päihdepalvelut oli yhdistetty hallinnollisesti vuoden 2011 alussa. Tavoitteena oli keskitetty hallintomalli, jossa yhteistyö toi kustannustehokkuutta. Päihde- ja mielenterveyspalveluiden kuntouttavan laitoshoidon ja asumispalveluiden hankintaa koordinoi tilaajaryhmään kuuluva asiakasohjausyksikkö Loisto.

Kaupungin omia päihdetyön erityispalveluja olivat ehkäisevän päihdetyön toimisto Raitsu, Selviämisen- ja katkaisuhuoltoasema, Palhoniemen huoltokoti sekä Tampereen asumispäivystys ja tukiasumisen yksikkö. Tampereen kaupungin kuudesta perhetukikeskuksesta yksi – Päiväperho – oli päihdeongelmallisille lasta odottaville sekä lapsiperheille tarkoitettu perhetukikeskus.

Muita päihdetyön palveluja, kuten huumeiden käyttäjien terveysneuvontaa, A-klinikka- ja nuorisoesemäpalveluja, huumeiden käyttäjien avohoitoa ja opioidikorvaushoitoa sekä kuntoutuspalveluja hankittiin ostopalveluna A-klinikkasäätiöltä.

Tampereella opioidikorvaushoito toteutettiin hoitoketjumallilla, jossa olivat mukana erikoissairaanhoidon päihdepsykiatrian poliklinikka ja osasto, A-klinikkasäätiön Tampereen A-klinikkatoimen huumehoitoyksiköt Matala ja K-klinikka sekä kaupungin omista palveluista perhetukikeskus Päiväperho sekä sosiaali- ja terveysasemat. Asiakkaan hoitopaikka määräytyi hoito-ohjelman ja asiakkaan kuntoutuneisuuden mukaan.

Päihdetyötä alueella tekevät järjestöt ovat perustaneet oman yhteistyöelimen, Pirkanmaan päihdehoitopalvelut ry:n. Järjestöjen yhteistyö on ollut hyvää ja toimivaa ja siksi mielenterveysjärjestöt pohtivat samanlaisen yhteistyöelimen perustamista.

Kaupungin tarjoamat päihdepalvelut

Ehkäisevän päihdetyön toimisto Raitsu tarjosi koulutusta, neuvontaa ja tiedotusta päihdeasioissa kouluille, oppilaitoksille ja päihdealan ammattilaisille. Ehkäisevää päihdetyötä tehtiin etenkin lasten ja nuorten kanssa jakaen tietoa päihteisiin liittyvistä asioista. Aikuisneuvolat, palvelukeskukset ja korttelikerhot tukivat ikäihmisten päihteetöntä elämää, terveyttä ja toimintakykyä.

Nuorisoesemalle voivat hakeutua päihdeongelmaiset nuoret ja heidän läheisensä, joko terveyden- tai sosiaalihuollon ohjaamana tai ottamalla itse yhteyttä. Nuoren tilanne arvioitiin ja tarjottiin yksilö-, tai perheterapiaa tai ryhmä- ja verkostotyön muotoja. Sosiaalipäivystys ohjasi päihteiden väärinkäyttäjiiä ja toimi nuorten selviämisasemana viikonloppuisin.

Päihdeongelmaisen aikuisen asiakkaan hoidon tarvetta arvioitiin perusterveydenhuollon toimipisteissä, sosiaaliasemilla, A-klinikalla ja selviämisasemalla. Apua ja tietoa päihdehuollon palveluista voi hakea myös neuvoloista, työterveyshuollosta tai koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta. Asiakkaalle etsittiin sopiva hoitomuoto avo- tai laitoshoitopalveluista ja selvitettiin lääkkeelliseen hoidon tarvetta.

Seutukunnallinen 10-paikkainen selviämishoitoasema oli toiminut vuodesta 2009 lähtien. Selviämishoitoaseman asiakkaita olivat yli 16-vuotiaat päihtyneet, jotka tarvitsivat sairaanhoidollista seurantaa. Palveluun tultiin aina ohjatusti. Selviämisasemaa käyttäviä sopimuskuntia oli Tampereen lisäksi kuusi. Selviämishoitoaseman yhteydessä toimi katkaisuhuoltoasema, jonka 10 paikkaa oli tarkoitettu laitосkatkaisun tarpeessa oleville yli 18-vuotiaille tamperelaisille, joiden pääpäihde oli alkoholi. Tavoitteena oli alkoholin käytön katkaisu, vieroitusoireiden hoito, rutiinin palauttaminen asiakkaan elämään sekä jatkohoidon suunnittelu. Hoidon kesto määräytyi tarpeen mukaan, kestäen enimmillään 14 vuorokautta.

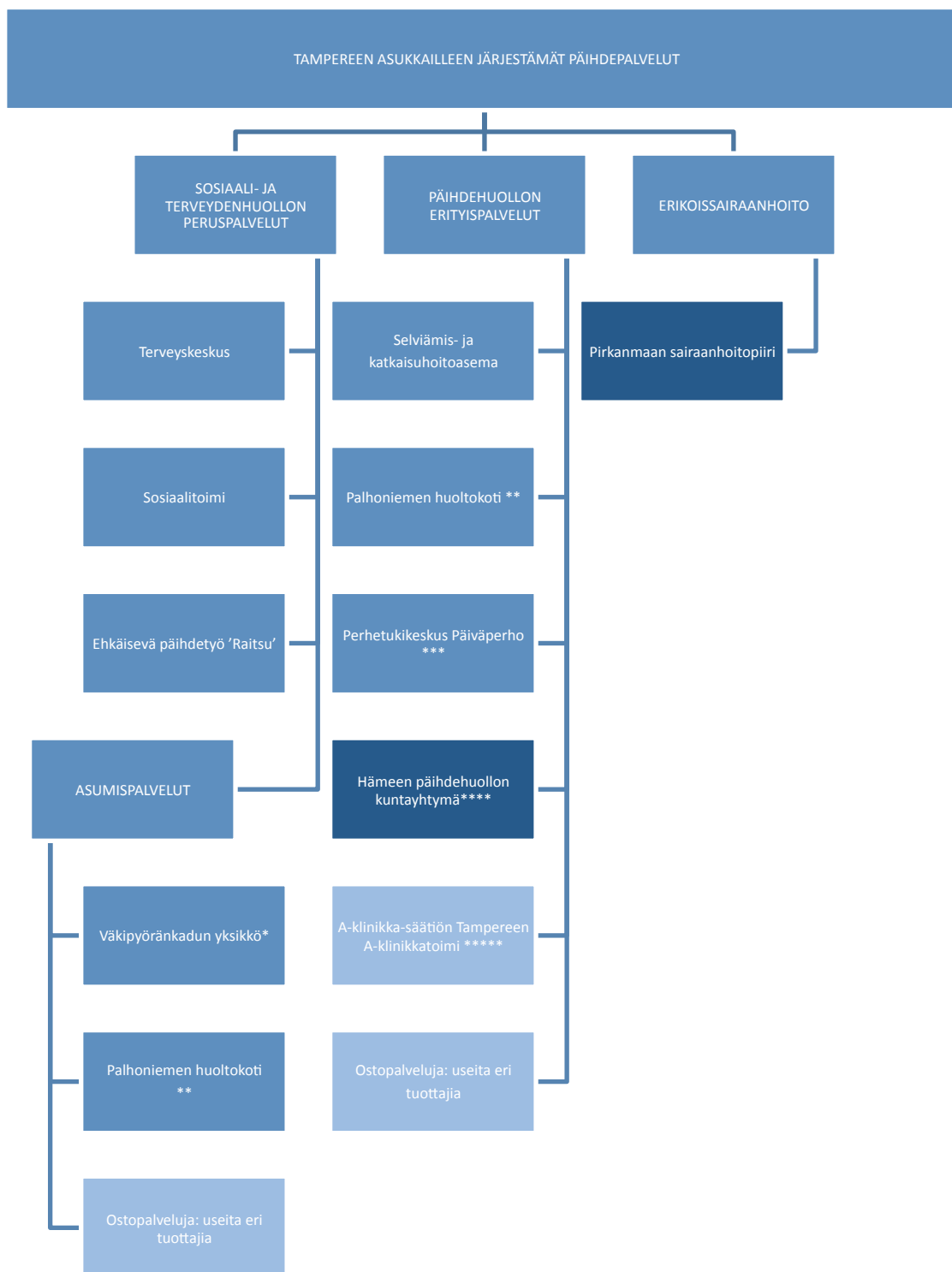
Tampereen kaupungilla oli ostopalvelusopimus A-klinikkasäätiön Tampereen A-klinikkatoimen kanssa. Tampereen A-klinikkatoimen tuottamia palveluja olivat A-klinikan, nuorisoaseman, K-klinikan ja Matalan palvelut, sekä katkaisuhuolto ja kuntoutumiskeskuksen ja päivöasaston palvelut. A-klinikka oli avohoidon palvelupiste aikuisille päihdeongelmallisille ja heidän läheisilleen. Nuorisoaseman palvelut oli tarkoitettu nuorille ja heidän perheilleen. Huumehoitoyksikkö Matala auttoi huumeongelmaisia sekä heidän läheisiään. K-klinikka oli yli 18-vuotiaiden opioidiriippuvaisten lääkkeellistä korvaushoitoa toteuttava avohoitoyksikkö. Terveysneuvontapiste Nervi oli suonensisäisesti huumeita käyttäville tarkoitettu terveysneuvontapiste sekä käytettyjen pistosvälineiden vaihtopiste, jossa voi asioida nimettömänä ja palvelut olivat maksuttomia. Huumeidenkäyttäjien terveysneuvontapalveluiden kysyntä oli lisääntynyt runsaasti muutamassa vuodessa.

Tampereen A-klinikkatoiminen kuntoutumiskeskuksessa oli tarjolla katkaisuhuoltoja sekä 10-paikkainen kuntoutusosasto. Ostopalveluiden lisäksi Tampereen kaupungilla oli oma laitoshuoltoja tarjoava yksikkö, Palhoniemen huoltokoti. Tampereen kaupunki oli myös osakkaana Hämeen päihdehuollon kuntayhtymän Mainiemen kuntoutumiskeskuksessa. Kaupungin tavoitteena oli vähentää laitospalveluiden määrää lisäämällä avokuntoutusta.

Perhetukikeskus Päiväperho tarjosi päihdeongelmallisille lasta odottaville tai lapsiperheille monipuolisia avopalveluja, kotiin vietäviä palveluja sekä perhekuntoutusta. Raskaana olevat päihteitä käyttävät naiset ja perheet hoidettiin Tampereella lähtökohtaisesti Päiväperhossa, sekä raskauden aikana että myös lapsen syntymän jälkeen. Päiväperho oli matalan kynnyksen palvelu, sillä paikalle voi tulla ilman ajanvarausta, lähetettä tai maksusitoumusta. Päiväperhon kriisisosastolla annettiin alkoholikatkaistu- ja huumevieroitushoitoa tarvittaessa myös puolisolille. Palveluihin kuului myös perhekuntoutus, korvaushoito ja kotiin vietävä tuki.

Tampereen yliopistollisen keskussairaalan (TAYS) Päihdepsykiatrian poliklinikalla tehtiin päihdelääketieteen konsultaatioita, muun muassa opioidiriippuvaisten korvaushoidon tarpeen arvioita. TAYS:ssa hoitoa saivat myös vaikeasti päihderiippuvaiset monipäihdeongelmaiset, jotka tarvitsivat vieroitushoitojaksoja tai opioidikorvaushoitoa. TAYS:ssa toimi myös Vauvaperhekeskus, jossa järjestettiin päihdeongelmaisten, raskaana olevien naisten ja heidän puolisoitensa sekä vauvaperheiden hoitoa.

Suurin osa päihdekuntoutujien asumispalveluista ostettiin eri palveluntuottajilta. Tampereen kaupunki hoiti itse asumispäivystys- sekä tukiasumisen palvelut Väkipyöränkadun yksikössä sekä kuntouttavan laitoshoidon ja tukiasumisen palvelut Palhoniemen huoltokodissa. Näiden lisäksi ostettiin tilapäistä ja tehostettua palveluasumista, tukiasumispalveluita ja tuetun asumisen palveluita. Asumispalveluissa oltiin siirtymässä yhä enemmän kevyempiin asumismuotoihin, tukiasumiseen ja omaan kotiin annettavaan tuettuun asumiseen. Tampereen kaupunki oli ollut lisäksi mukana vuodesta 2009 alkaen pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelmassa.



Kuvio 4. Tampereen kaupungin tarjoamat päihdepalvelut

Sinisellä pohjalla kaupungin omat palvelut, tumman sinisellä pohjalla kuntayhtymien kautta hankittavat palvelut ja vaalean sinisellä pohjalla ostopalvelut.

* Asumispäivystys ja tuetun asumisen palvelut

** Tukiasumisen palveluita ja kuntouttava laitoshoido

*** Palveluita päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille, pienten lasten äideille ja heidän perheilleen

**** Hämeen päihdehuollon kuntayhtymä: Mainiemen kuntoutumiskeskus

***** A-klinikka, nuorisoasema, kuntoutumiskeskus, Matala, Nervi, K-klinikka, päiväosasto

6.1.4 Vantaa

Vantaan päihdepalvelujen kuvauksissa on ollut lähteinä haastattelujen ja Vantaan kaupungin päihdepalveluja käsitteleviltä verkkosivuilta saatujen tietojen lisäksi Vantaa ja päihteet -raportti (2008) ja kuusikkokuntien päihdehuollon raportti (Vartiainen, 2012).

Päihdepalvelujen järjestämistapa ja siinä tapahtuneet muutokset

Vantaalla sosiaali- ja terveystoimen perhepalveluiden tulosalueella vuonna 2012 sijaitsivat päihdepalvelujen lisäksi aikuissosiaalityö, psykososiaaliset palvelut, lastensuojelun palvelut ja ehkäisevä terveydenhuolto.

Vantaa tuotti pääasiallisesti itse päihdepalvelunsa, ja vain pieni osa hankittiin yksityisiltä palveluntuottajilta. Kaupungin omat päihdepalvelut koostuivat kolmesta laajemmasta toimintayksiköstä: A-klinikan, huume- ja katkaisuhoidon sekä kuntouttavien asumispalvelujen yksiköstä. A-klinikoiden toimipaikkoja oli kaksi. Huumehoitoklinikka (H-klinikka) ja katkaisuhoidon olivat erillisiä toimipaikkojaan ja kuntouttavat asumispalvelut jakautuivat Koisanrannan palvelukeskuksen sekä tuetun asumisen ja työkeskuksen palveluihin. H-klinikka oli perustettu vuonna 2009, koska kaupunki halusi ottaa huumeidenkäyttäjien palveluita – kuten vuonna 2002 aloitetun opioidiriippuvaisten korvaushoidon – paremmin kaupungin omaan hallintaan. H-klinikan perustamisen jälkeen huumeidenkäyttäjien osuus päihdehuollon kokonaisasiakasmäärästä oli kasvanut. Haastatteluissa arvioitiin, että tietoisuus uuden huumehoitoklinikan olemassaolosta oli mahdollisesti aktivoinut useampia vantaalaisia hakeutumaan hoitoon.

Katkaisu- ja vieroitushoitoa oli viime aikoina jouduttu ostamaan yhä enemmän, sillä oman katkaisuhoidon palvelut eivät riittäneet vastaamaan kysyntään. Vantaalla laitoshoidon hoitovuorokausien määrä oli laskenut erityisesti kuntouttavan laitoshoidon osalta. Viimeisinä vuosina olikin painotettu avopalveluita ja niiden kehittämistä laitoshoidon sijaan. Tavoitteena oli saada uusia vakansseja palveluiden painopisteen siirtyessä ja resurssien vapautuessa. Asumispalvelujen lisääntyminen oli kompensoinut kuntouttavan laitoshoidon vähenemistä. Vantaalla oli aloitettu myös kotona tapahtuva katkaisuhoido ja jälkikuntoutus. Ikääntyvät olivat Vantaalla kasvava asiakasryhmä ja kotona tapahtuvaan katkaisuun ja jälkihoitoon olikin hakeutunut erityisesti iäkkäämpiä naisia, joita ei palveluiden piirissä ollut aiemmin ollut.

Vantaa osallistui pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelmaan sitoutumalla 232 uuden asumispaikan hankkimiseen pitkäaikaisasunnottomille vuosien 2009–2015 aikana. Haastatteluissa todettiin, että päihdeasiakkaiden kohtelussa asumispalveluissa oli tapahtunut asennemuutosta, sillä ennen asiakkailta vaadittiin ehdotonta raittiutta, mutta sittemmin retkahdus voitiin sallia ilman, että siitä seurasi asunnon menetys. Asiakkaan kotiin vietävää tukea oli samalla kehitetty. Näiden toimien uskottiin vähentäneen pyörövisyndroomaa asumispalveluissa.

Kaupungin tarjoamat päihdepalvelut

Ehkäisevän päihdetyön yksikössä kehitettiin ja toteutettiin ehkäisevää päihdetyötä yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa sekä yksikön omana toimintana. Sosiaali- ja terveystoimen peruspalveluilla oli merkittävä rooli ennaltaehkäisevässä päihdetyössä, sillä siellä kohdattiin vuosittain suuri osa Vantaan väestöstä. Maahanmuuttajille järjestettiin vuosittain tiedotustilaisuus, jossa käsiteltiin päihteidenkäyttöä, päihdehaittoja, lainsäädäntöä, pelaamiseen liittyviä ongelmia ja esiteltiin päihdepalveluja.

Vantaan nuorisoasemalla otettiin vastaan alle 21-vuotiaita päihteiden käyttäjiä ja tuettiin nuoria, jotka olivat huolestuneita läheistensä päihteiden käytöstä. Uudet asiakkuudet käsiteltiin tiimissä ja nimettiin omat työntekijät kullekin asiakkaalle.

A-klinikoilla tarjottiin hoitoa ensisijaisesti alkoholin ja lääkkeiden käyttäjille, sekä heidän läheisilleen. Asiakas voi hakeutua ilman lähetettä A-klinikalle päivystykseen, johon pääsi joustavasti. Tilanearvion pohjalta suunniteltiin varsinainen hoito yhdessä asiakkaan kanssa.

Vantaan H-klinikka palveli huumeidenkäyttäjää kolmessa toimipisteessä. H-klinikka Myyrmäen Liesikujalla hoiti täysi-ikäisten huumeiden käyttäjien hoidontarpeen esiarvioinnin sekä avohoido- ja kuntoutuspalvelut. Myyrmäen katkaisuhoidon asemalla oli kaksi hoitopaikkaa korvaushoidon oheiskäytön vieroitushoitoon ja kaksi paikkaa opioidivieroitushoitoon. Korvaushoidon esiarvio tehtiin klinikalla, josta potilas sai

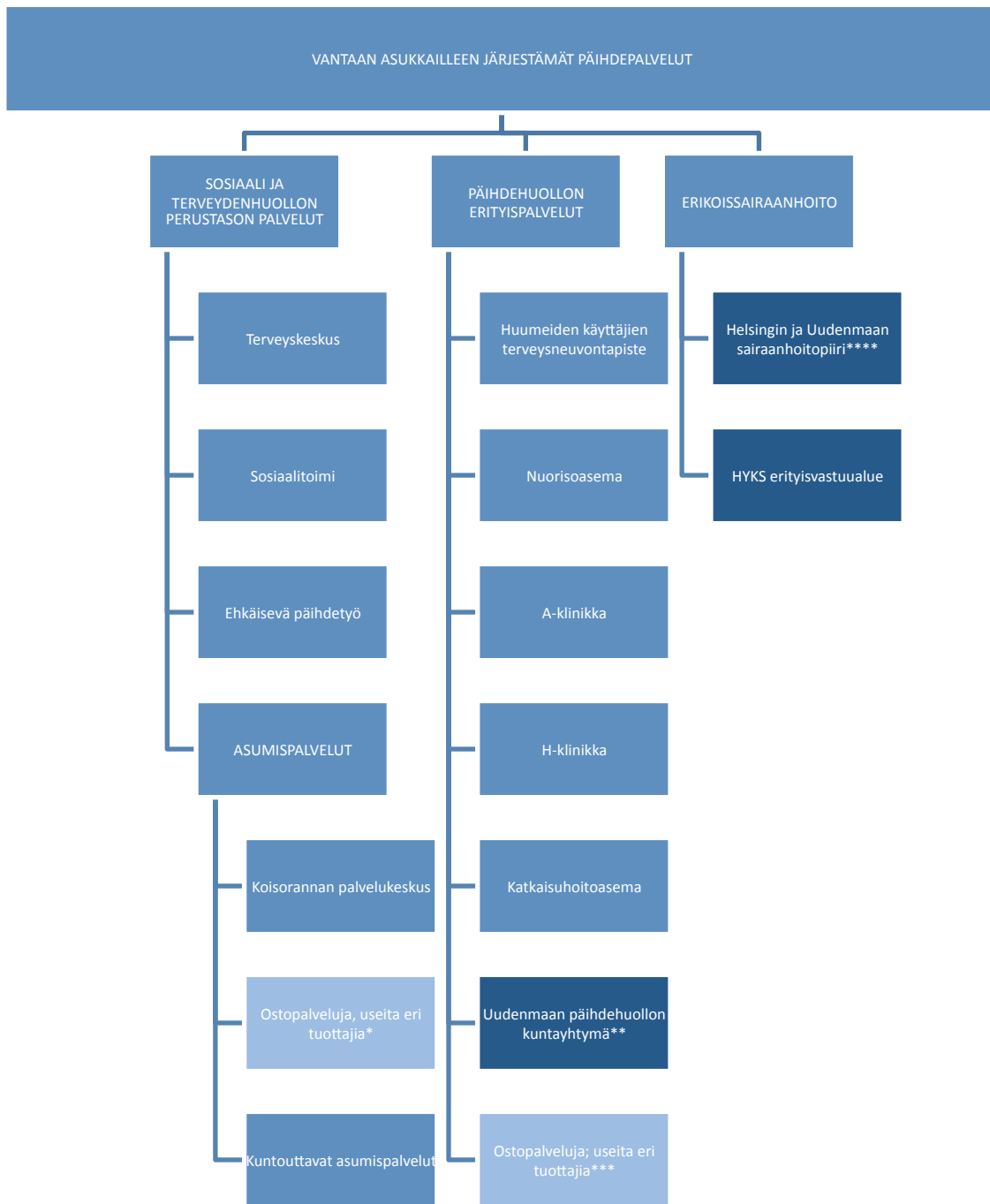
lähetteen HUS:n toteuttamaan korvaushoidon tarpeen arviointiin. Esiarvion asiakas sai nopeasti, mutta itse arvio saattoi kestää pitkäänkin. Haastatteluissa todettiin, että korvaushoitoasiakkaat miettivät usein sitoutumistaan vielä pitkäänkin korvaushoitopäätöksen jälkeen, sillä hoito oli sitovaa. Hoito toteutettiin kaupungin omalla H-klinikalla ja tarpeen mukaan lisäksi ostopalveluina. Lisäksi katkaisuhuoltoasemalla oli tarjolla raittiutta tukevaa intervalli- tai kriisihoitoa. Huumehoitoklinikalla oli päivystys kahtena päivänä viikossa.

Huumeiden käyttäjille tarkoitetuissa terveysneuvontapisteissä Tikkurilassa ja Myyrmäessä voi asioida nimettömänä. Toimipisteissä vaihdettiin käytettyjä pistovälineitä puhtaisiin, otettiin testejä ja annettiin rokotuksia sekä ohjattiin käyttämään muita tarvittavia palveluita.

Myyrmäen katkaisuhuoltoasemalla tarjottiin katkaisu- ja vieroitushoitoa silloin, kun avohoidon keinot eivät riittäneet. Hoitomuotoina olivat yksilökeskustelut, ryhmätoiminta ja yhteisohoidon menetelmät. Katkaisuhuoltopaikkoja oli 15 ja niille hakeuduttiin sosiaali- ja terveyskeskusten tai A-klinikoiden kautta. Hoitoon tarvittiin lähete. Katkaisuhuoltoaseman tavoitteena oli tarjota hoitopaikka katkaisuhuotoa tarvitsevalle asiakkaalle kolmessa vuorokaudessa. Katkaisu- ja vieroitushoitoon pääsikin Vantaalla joustavasti, sillä omien hoitopaikkojen ollessa täynnä palveluntarjoajilta ostettiin lisää katkaisuhuoltopalveluja.

Vantaan kaupungilla ei ollut omia laitospalveluita tarjoavia hoitopaikkoja, vaan kuntouttava laitoshoidon ostettiin kokonaan ostopalveluina ulkopuolisilta palveluntuottajilta. Vantaa oli kuitenkin suurin omistaja Ridajärven päihdehoitokeskusta ylläpitävässä Uudenmaan päihdehuollon kuntayhtymässä. Laitospalveluita ostettiin ostopalveluna tarpeen mukaan.

Päihdepalvelujen kuntouttavan asumispalvelun yksikkö tuotti asumispalveluja asunnottomille vantaalaisille päihdeongelmaisille. Kaikki palvelut olivat määräaikaista ja kuntouttavia, mutta niiden ei ollut tarkoitus korvata akuutin päihdehoidon tarvetta, vaan toimia hoitopalveluja tukevana ja edistää asukkaan raittiutta. Koisorannan palvelukeskus tarjosi tukea raittiuteen toistuvasti asunnottomaksi joutuneille asiakkaille. Tarjolla oli myös päiväkeskustoimintaa. Vantaan päihdepalveluilla oli ostopalvelusopimus Vantaan A-kilta ry:n ylläpitämän Kiltakodin asumispaikoista sekä Ratamokoti Oy:n ylläpitämän Simonpirtin paikoista. Sen lisäksi päihdepalvelut ostivat jonkin verran kuntouttavaa asumista eri palveluntuottajilta yksilöllisen harkinnan perusteella.



Kuvio 5. Vantaan kaupungin tarjoamat päihdepalvelut

Sinisellä pohjalla kaupungin omat palvelut, tumman sinisellä pohjalla kuntayhtymien kautta hankittavat palvelut ja vaalean sinisellä pohjalla ostopalvelut.

* A-killan Kiltakoti, Ratamokoti, ym. asumispalveluiden tuottajia

** Uudenmaan päihdehuollon kuntayhtymän Ridasjärven päihdehoitokeskus (laitoskuntoutus)

*** Katkaisuhoidon ja kuntouttavan laitoshoidon palveluja ostopalveluina eri palveluntuottajilta

**** HYKS Psykiatrian tulosyksikön Peijaksen psykiatria ja HYKS päihdepsykiatrian klinikka

6.1.5 Turku

Turun päihdepalvelujen kuvauksen lähteinä on käytetty haastattelujen lisäksi Turun kaupungin päihdepalvelujen verkkosivuja sekä Turun A-klinikkatoimen verkkosivuja. Muita lähteitä olivat Turun kaupungin Päihdetyön yhteistyöryhmän (2011) tuottama päihdepalvelujen tilinpäätös vuodelta 2010; Turun A-klinikkatoimen toimintakertomus vuodelta 2010; sekä kuusikkokuntien päihdehuollon raportti (Vartiainen, 2012).

Päihdepalvelujen järjestämistapa ja siinä tapahtuneet muutokset

Turun sosiaali- ja terveystoimi yhdistyivät vuoden 2009 alussa. Samalla otettiin käyttöön sopimusohjausmalli. Vuonna 2012 päihdepalvelut kuuluivat sosiaali- ja terveystoimen palveluihin. Sosiaalityön erityispalvelut vastasivat muun muassa päiväkeskuspalvelujen, asumispalvelujen, polikliinisten palvelujen ja katkaisu- ja vieroitushoitopalvelujen sekä kuntoutuspalvelujen järjestämisestä. Erikoissairaanhoidon kuuluva päihdepsykiatrian yksikkö vastasi päihdepsykiatrian osaston toiminnasta sekä päihdepsykiatrian poliklinikan ja korvaushoitopoliklinikan toiminnasta. Sosiaali- ja terveystoimen yhdistyminen on ollut suuri muutos kaupungin palvelukentässä ja uusi kokonaisuus työnjakoineen haki edelleen muotoaan. Haastatteluissa tuotiin esille se, että tapaamiset muiden sektoreiden edustajien kanssa vievät paljon aikaa työviikosta. Myös byrokratian koetaan lisääntyneen ja arvioitiin sen joskus vaikuttavan hidastavasti asiakkaiden palveluiden saantiin.

Turussa päihdehuollon nettokustannukset olivat olleet kasvussa yhtäjaksoisesti vuoteen 2008 asti ja olivat selvästi korkeammalla tasolla kuin valtakunnallinen keskiarvo. Yhtenä syynä tähän ajateltiin olevan laitos- ja asumispalvelupainotteisen päihdepalveluiden tuottamisen. Kokonaiskustannuksia oli pyritty karsimaan vuoden 2008 jälkeen asumis- ja kuntoutuspalvelujen kustannuksia vähentämällä. Vuonna 2010 kuntoutuspalvelujen resursseista leikattiin yli puolet, minkä kuitenkin arveltiin olleen liiankin suuren leikkauksen suhteessa palveluiden tarpeeseen. Palvelun tarpeen vähentämiseen tähtäävään ehkäisevään päihdetyöhön suunnattuja resurssejakaan ei tuolloin lisätty.

Kaupungilla oli ostopalvelusopimus päihdepalveluista A-klinikkasäätiön Turun A-klinikkatoimen kanssa. Sopimuksessa oli täsmennetty ostettavat palvelut ja niiden riittävyys arvioitiin puolivuositain. Vuonna 2010 Turun kaupunki ja Turun A-klinikkatoimi tekivät tiivistä yhteistyötä keskinäisten palveluidensa tarjoamiseksi ja toimintatapojen selkiinnyttämiseksi. Yhteistyönä työstettiin myös kaupungin uutta mielen-terveys- ja päihdeohjelmaa. Elokuussa 2010 A-klinikkasäätiö teki päätöksen Länsi-Suomen palvelualueen perustamisesta, joka aloitti toimintansa 1.1.2011.

Päihdeongelmallisille tarkoitetut kuntoutus- ja asumispalvelut oli kilpailutettu. Mikäli päihdeongelmaisen arvioitiin tarvitsevan kuntoutus- tai asumispalveluja, palvelutarpeen arvion teki joku kaupungin kuudesta moniammatillisesta päihdetiimistä. Ulkopuolisten ostopalveluiden hankinta edellytti päätöksen tekemistä sosiaali- ja terveystoimen yksilölautakunnassa. Asumispalveluja tarjoavien yhdistysten kanssa oli jouduttu tekemään erillissopimuksia palveluntuottajien vähäisen määrän vuoksi. Vaikka asumispalveluiden käytöllä oli tavoiteltu päihdeongelmaisten palveluiden keventämistä, koettiin työmäärän lisääntyneen tukipäätösten ja sopimusten työllistävyyden vuoksi. Prosessien hitauden ja palveluiden hinnoittelun arvioitiin aiheuttaneen asiakkaiden katoamista jonosta. Resursseja oli lisätty prosessien nopeuttamiseksi.

Haastatteluissa tuotiin esille huolia sekä hankeperusteisesta päihdepalveluiden kehittämisestä että ostopalveluina hankittavien palveluiden laadusta. Päihdepalveluiden kehittämiseen saadun hankerahoituksen loputtua toimintaa ei kuitenkaan pystytty vakiinnuttamaan osaksi kaupungin omaa toimintaa. Päihdepalveluiden hankinta ostopalveluina oli herättänyt kysymyksiä muun muassa asumispalveluja tarjoavien tahojen asiakasvalikoinnista. Myös palveluntuottajien taustalla tapahtuva yritysten osto- ja myyntitoiminta sekä esimerkiksi sijoitusyhtiöiden mukaantulo huolestuttivat turkulaisia asiantuntijoita.

Turussa oli pitkään puhuttu selviämisaseman tarpeesta, sillä hoitoon hakeuduttiin usein vahvasti päihtyneenä. Suunnitelmana oli remontoida selviämisasema katkaisuaseman yhteyteen.

Kaupungin tarjoamat päihdepalvelut

Turussa ehkäisevää päihdetyötä koordinoi sosiaali- ja terveystoimen alainen terveyden edistämisen yksikkö. Työtä tehtiin erityisesti kouluissa, kouluterveydenhuollossa, nuorisotyössä sekä eri järjestöjen toimesta. Järjestöjen toimintaa tuettiin avustuksilla ja verkostotapaamisilla.

Nuoria päihdekokeilijoita palveltiin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen Lasten ja nuorten poliklinikalla, johon ohjautettiin useimmiten Turun sosiaali- ja terveystoimen hallinnoiman Nuorten selviämisaseman asiakkuuden kautta tai kouluterveydenhoitajan läheteellä.

A-klinikkasäätiön ylläpitämä Turun nuorisoasema tarjosi palveluita 15–24-vuotiaille, riippuvuusongelmallisille nuorille sekä heidän läheisilleen. Nuorisoaseman palveluissa oli panostettu erityisesti hoidon ripeään aloittamiseen ja siten asiakkaan vankempaan sitouttamiseen.

A-klinikkasäätiön ylläpitämä Turun A-klinikka tuotti riippuvuusongelmaisten avohoitopalveluja alkoholi-, lääke-, huume- ja sekakäyttöongelmissa sekä peli- ja nettiriippuvuusongelmissa. Palvelua tarjottiin päihdeongelmaisten lisäksi heidän läheisilleen. Pääasiallinen asiakasryhmä olivat työssä käyvät alkoholin käyttäjät, mutta sekakäytön arvioitiin lisääntyneen. Huumeiden käyttäjiä arvioitiin olevan 10–15 prosenttia A-klinikan asiakkaista. Asiakkailla oli mielenterveysongelmia yhä enemmän, ja etenkin nuorilla asiakkaila oli vakaviakin mielenterveysongelmia ja dementoitumista. A-klinikalla oli panostettu palveluiden tavoitettavuuteen arkipäivien useiden tuntien puhelinpäivystyksellä. Avokatkaisut pyrittiin aloittamaan välittömästi. Kaupungin A-klinikalta ostamien terapiapalvelujen kesto oli rajattu asiakaskohtaisesti korkeintaan kolmeen vuoteen.

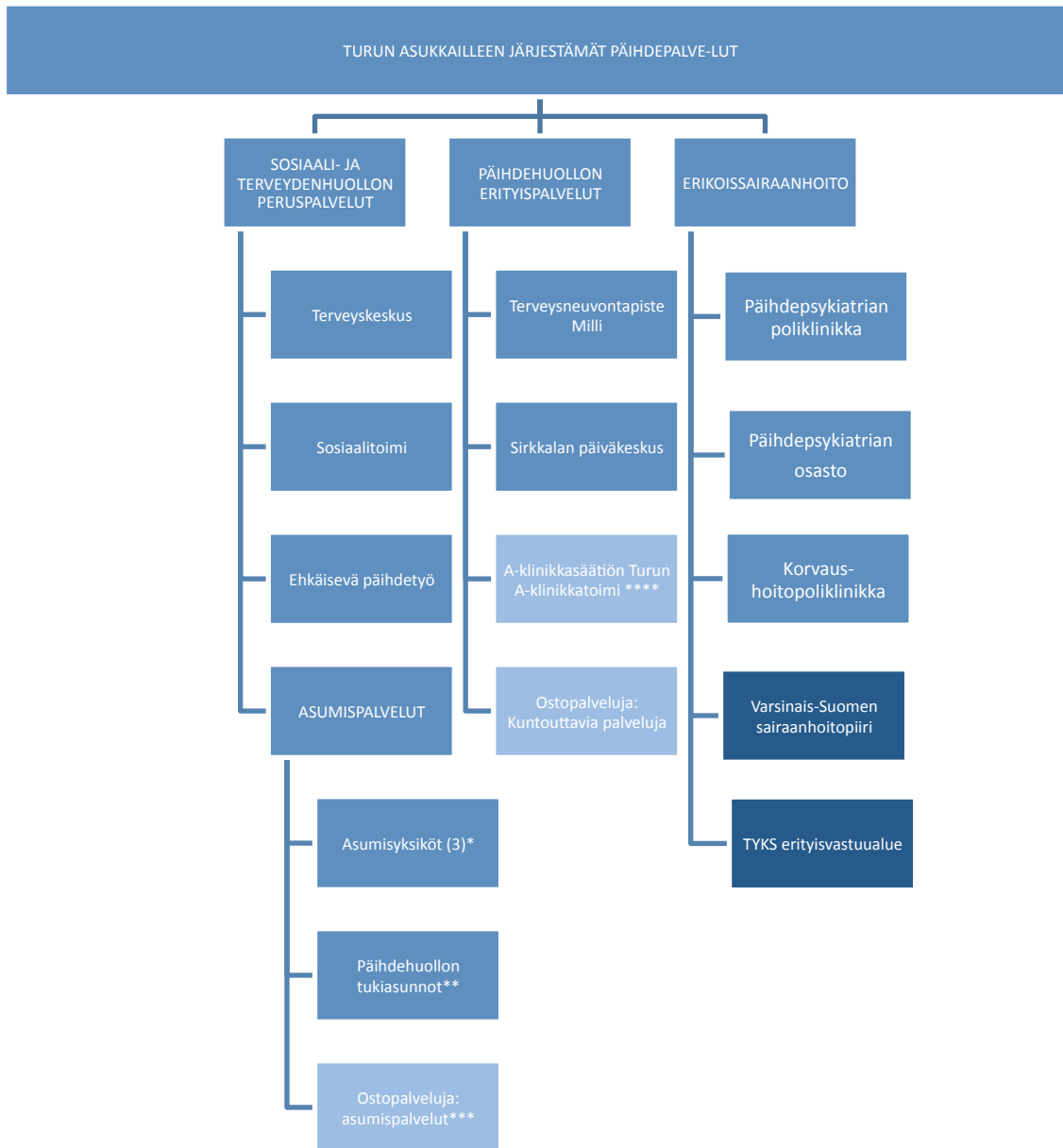
Katkaisu- ja vieroitushoitoa oli tarjolla Turun A-klinikkatoimen katkaisuhuoltoasemalla. Katkon tavoitteena oli päihdekierteen katkaisu, vieroitusoireiden hoitaminen sekä jatkohoidon suunnittelu. Katkaisuhuoltoasemalla osa hoitopaikoista oli varattu huumeista ja lääkkeitä vieroittautuville asiakkaille. Katkaisuhuoltoaseman huumeasiakkaille oli suunnattu ryhmämuotoinen hoito-ohjelma, jonka tavoitteena oli lisätä hoitoon sitoutumista. Asiakkaista neljännes tuli ympäröivistä kunnista, sillä Varsinais-Suomessa oli katkaisuhuotoa tarjoavia hoitopaikkoja vain Turussa ja Salossa, muuten katkaisuhuotoa tehtiin terveyskeskuksissa. Alkoholvieroitukseen pääsi joustavasti, parhaimmillaan samana päivänä. Vaikeiden päihde- ja mielenterveysongelmaisten katkaisu- ja vieroitushoitoa tehtiin myös Turun psykiatrian päihdeosastolla. Kuntoututtavaa laitoshoidoa hankittiin maksusitoumusmenettelyllä eri puolilla Suomea toimivilta päihdehoitolaitoksilta.

Huumeiden käyttäjille tarkoitettussa Turun kaupungin ylläpitämässä terveysneuvontapiste Millissä voi asioida nimettömänä, vaihtaa käytettyjä ruiskuja ja neuloja puhtaisiin, sekä osallistua tukikeskusteluihin. Palveluiden tavoitteena oli ehkäistä veriteitse tarttuvien tautien leviämistä, parantaa huumeiden käyttäjien elämänlaatua, tavoittaa asiakkaita ja tiedottaa hoitomahdollisuuksista.

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluita tuotettiin Turun kaupungin päihdepsykiatrian yksikössä, jonka muodostivat päihdepsykiatrian poliklinikka, päihdepsykiatrian osasto, sekä korvaushoitopoliklinikka. Päihdepsykiatrian osastolla tehtiin hoidon tarpeen arviointia, suunnittelua ja toteutusta, sekä huumeiden käyttäjien vieroitushoitoa, johon sisältyy lääkehoidon lisäksi terapiaa ja perhetyötä. Vakavista mielenterveys- ja päihderiippuvuusongelmista kärsiville on psykiatrisen vuodeosasto. Lisäksi toteutettiin opioidiriippuvaisten korvaushoitoa.

Vuonna 2008 Turussa otettiin käyttöön hoitoketjumalli, jonka mukaan opioidikorvaushoidon tarpeen arviointi tehtiin addiktiopoliklinikalla Turun yliopistolisessa keskussairaalassa (TYKS). Korvaushoitojaksot toteutettiin avohoitona Turun kaupungin korvaushoitoklinikalla. Kuntouttavan korvaushoitajakson jälkeen potilaat siirtyvät jatkamaan hoitoa terveysasemille. Vaikka Turussa korvaushoitopotilaat oli keskitetty päihdepsykiatrian osastolle, oli myös A-klinikalla hoidossa opioidiriippuvaisia potilaita, jotka joko odottivat hoidon tarpeen arviota tai olivat pudonneet korvaushoidosta ja tarvitsivat muuta tukea ja hoitoa.

Turussa asumispalveluita tuotettiin sekä omina palveluina, että hankittiin ostopalveluina. Kaupungin itse ylläpitämiä asumisyksiköitä oli kolme mukaan lukien ensisuoja. Tarjolla oli ensihoidollista tilapäismajoitusta, työikäisten palveluasumista, sekä eläkkeellä olevien päihdeongelmaisten asumispalveluita. Päihdehuollolla oli tarjolla myös tukiasuntoja, jotka olivat kaupungin vuokra-asuntoja. Ostopalveluina hankittiin päihdehuollon tuettua asumista, palveluasumista ja tehotettua palveluasumista.



Kuvio 6. Turun kaupungin tarjoamat päihdepalvelut

Sinisellä pohjalla kaupungin omat palvelut, tumman sinisellä pohjalla kuntayhtymien kautta hankittavat palvelut ja vaalean sinisellä pohjalla ostopalvelut.

* Mukaan lukien ensisuoja

** Myös hajautettuja tukiasuntoja

*** Päihdehuollon tuettu asuminen, palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen

**** Nuorisosasema, avopalvelut sekä katkaisu- ja vieroitushoito

6.1.6 Oulu

Oulun kaupungin päihdepalvelujen kuvauksen lähteinä on käytetty haastattelujen lisäksi seuraavia: Oulun kaupungin verkkosivut, seudullinen päihdepalvelusuunnitelma (2006) ja kuusikkokuntien päihdehuollon raportti (Vartiainen, 2012).

Päihdepalvelujen järjestämistapa ja siinä tapahtuneet muutokset

Oulun kaupungissa oli käytössä tilaaja-tuottaja-malli. Mielenterveys- ja päihdepalvelut oli integroitu ja ne sijoituivat mielenterveys- ja sosiaalipalveluiden palvelualueelle. Päihdepalvelut järjestettiin lähes kokonaan kaupungin omana tuotantona ja niissä painotettiin avohoitoa. A-klinikan työntekijät toimivat alueellisissa psykiatrisissa tiimeissä ja tekivät säännöllistä yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa.

Oulussa oli kehitetty oman päihdepalvelutuotannon prosesseja ja siten saatu tehostettua toimintaa ja vähennettyä ostopalveluita. Vieroitushoito oli otettu omaan palvelutuotantoon, kuntoutushoitoja toteutettiin ”non-stoppina” ja opioidikorvaushoito oli organisoitu uudelleen. Laitushoito miellettiin avohoitoa tukevaksi palveluksi. Avohoidon työntekijät pyrkivät seuraamaan asiakkaan hoidon etenemistä myös silloin, kun avohoidon tueksi tarvittiin toisessa yksikössä toteutettua laitushoitoa. Toiminnan joustavuuden oli huomattu lisäävän palveluiden käyttöastetta. Naisten määrä palveluissa oli lisääntynyt ja kuntoutuspalveluissakin oli naisia toisin kuin aikaisemmin. Lastensuojelun kautta palveluihin tuli päihdeongelmaisia äitejä ja heidät oli priorisoitu ensisijaisiksi hoidonsaajiksi. Palveluissa oli havaittavissa, että pelkästään alkoholia käyttäjät olivat vähentyneet, sillä lääkkeiden käyttö oli lisääntynyt. Vaikka palvelurakenteessa oli ollut muutoksia, niiden ei koettu vaikuttaneen asiakaspalveluun. Hoitoon pääsy oli sujuvaa ja asiakkaita oli pystytty palvelemaan hyvin.

Kaupungin tarjoamat päihdepalvelut

Ehkäisevän päihdetyön tavoitteena oli tarjota neuvontaa, tukea, tietoa ja koulutusta päihteidenkäytön ehkäisemiseksi. Ehkäisevän päihdetyön yksikkö järjesti myös kampanjoita ja ryhmämuotoisia kursseja.

Nuorten päihdeasema Redi 64 palveli alle 29-vuotiaita päihdeongelmaisia sekä heidän läheisiään. Se toimi samoissa tiloissa A-klinikan kanssa.

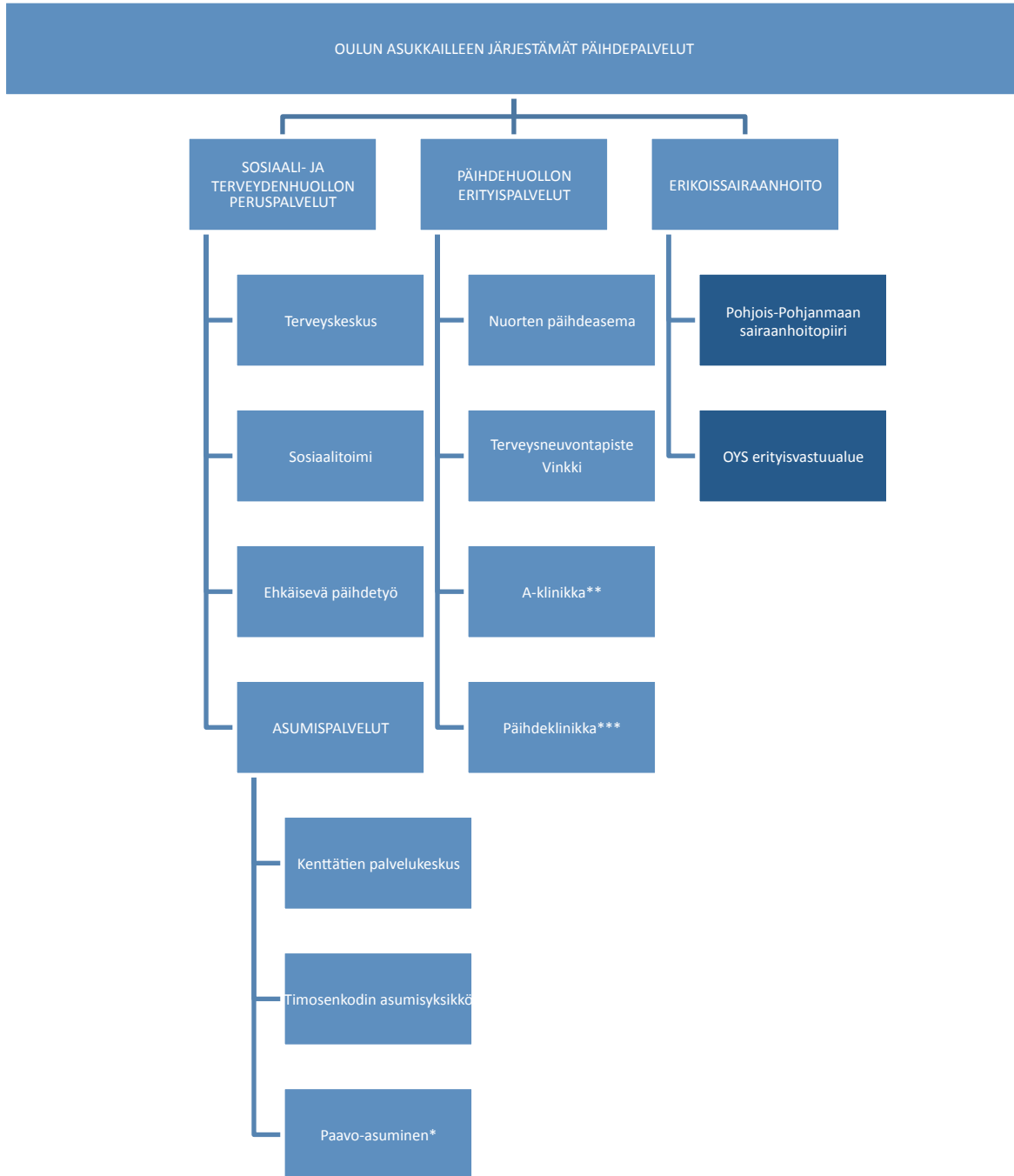
A-klinikka tarjosi avohoidollisia palveluita yli 29-vuotiaille asiakkaille. A-klinikan päivystyksessä tehtiin arvio asiakkaan hoidon tarpeesta ja lievitettiin mahdollisia vieroitusoireita. Hoidon tavoitteet laadittiin yksilöllisesti ja hoitokeskusteluissa asioiden käsittelytapa oli ratkaisukeskeinen. Päivystykseen pääsi joustavasti, mutta vakituisen hoitosuhteeseen pääsyä joutui odottamaan. Asiakkaan kiinnostuksen mukaan avohoidossa oli tarjolla myös toiminnallisia ryhmiä.

Päihdekliniikka oli Oulun kaupungin päihdeyksikkö, missä asiakkailla oli mahdollisuus laitosmuotoiseen katkaisu-, vieroitus-, ja kuntoutushoitoon. Päihdekliniikalla oli yhteensä 20 asiakaspaikkaa, joita voitiin käyttää joustavasti erityyppisten palveluiden kysynnän mukaan, jolloin jonotilanteita pystyttiin paremmin välttämään. Katkaisuhoidon osastolle ohjaututtiin tavallisesti A-klinikan tai Redin kautta sekä terveysasemien päivystyksistä. Katkaisuhoidossa tavoitteena oli juomiskierteen katkaiseminen ja vieroitusoireiden lieventäminen. Lääke- ja huumevierotusosastolla toteutettiin myös korvaushoidon aloitukset. Päihdekliniikan yhteydessä toimi korvaushoitopolikliinikka. Kuntoutusosastolla hoidon tavoitteena oli raittiin elämäntavan tukeminen ja arjessa selviytyminen.

Oulun Vinkki oli huumeiden käyttäjille tarkoitettu terveysneuvontapiste. Vinkistä sai tietoa terveydenhoidosta, tartuntataudeista, turvaseksistä, hoitopaikoista ja hoitopaikkoihin hakeutumisesta. Lisäksi siellä oli mahdollisuus käytettyjen käytettyjen ruiskujen ja neulojen vaihtamiseen, B-hepatiittirokotuksiin sekä ja tartuntatautiin testaamiseen.

Asumispalveluiden tavoitteena oli portaittainen toimintamalli, jossa asiakasta tuettiin kohti kevyempää asumista. Tukiasumista ja ohjaajapalveluita oli lisätty suunnitelmallisesti sekä kaupungin omiin palveluihin että ostopalveluihin. Kenttätien palvelukeskuksessa toimi asumispalveluyksikkö. Yksikössä oli yhteismajoitustila päivittäin päihteitä käyttäville, ja lisäksi siellä sijaitsi asunto-osasto, jonne pääsi osoitettuaan pystyvänsä olemaan raittiina. Asumispalveluyksikössä oli myös tukiasuntoja, joiden edellytyksenä oli pidempiaikainen raittius ja kyky asua itsenäisesti. Timosenkodissa toimi asumisyksikkö säännöllistä huolenpitoa

tarvitseville miehille ja naisille. Tavoitteena oli kodinomainen ympäristö, jossa kannustettiin omatoimisuuteen sekä panostettiin kuntouttavaan työotteeseen. Nuorten pitkäaikaisasunnottomuuden ongelmiin vastattiin Paavo-hankkeella, jossa tarjottiin kuntouttavia asumispalveluita alle 30-vuotiaille. Hanke koettiin niin hyväksi, että siitä tehtiin osa Oulun omaa toimintaa. Nuorille päihdeongelmallisille ostettiin tuettuja asumispalveluita, joihin kuului tiivis asumisohjaus sekä intensiivinen kuntoutus.



Kuvio 7. Oulun kaupungin tarjoamat päihdepalvelut

Sinisellä pohjalla kaupungin omat palvelut, tumman sinisellä pohjalla kuntayhtymien kautta hankittavat palvelut ja vaalean sinisellä pohjalla ostopalvelut.

* Alle 30-vuotiaille

** Avomuotoisia palveluita

*** Laitosmuotoisia katkaisu-, vieroitus-, ja kuntoutushoitopalveluita

6.1.7 Jyväskylä

Jyväskylän kaupungin päihdepalvelujen kuvauksen lähteinä ovat olleet haastatteluissa saatujen tietojen lisäksi kaupungin verkkosivut (ks. ”Uusi Jyväskylä 2009” ja ”Sote”, 2011)

Päihdepalvelujen järjestämistapa ja siinä tapahtuneet muutokset

Jyväskylän kaupunki, Jyväskylän maalaiskunta ja Korpilahden kunta yhdistyivät uudeksi Jyväskyläksi 1.1.2009. Jyväskylästä tuli Suomen seitsemänneksi suurin kunta ja sen asukasmäärä oli vähän yli 130 000 henkeä. Jyväskylän kaupungin asukasmäärä oli noin puolet koko maakunnan asukasmäärästä.

Päihdehuollon erityispalveluiden järjestämisvastuun oli siirtynyt 1.1.2011 alkaen kaupungilta Keski-Suomen sairaanhoitopiirille aikuispsykiatrian avohoitoon. Sairaanhoitopiiri puolestaan osti päihdehuollon erityispalvelut pääsääntöisesti Sovatek-säätiöltä (entinen Jyväskylän seudun päihdepalvelusäätiö), jonka kanssa se oli tehnyt ostopalvelusopimuksen Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystalokeskuksen myöntämien määrärahojen puitteissa.

Jyväskylän seudun Päihdepalvelusäätiö ja työvalmennussäätiö Tekevä olivat yhdistyneet lokakuussa 2010 Sovatek-säätiöksi. Yhdistymisellä paransi päihdekuntoutujien mahdollisuuksia päästä erilaisten työlistämispalveluiden piiriin. Lisäksi säätiöiden henkilöstöjen yhteistoiminnasta oli katsottu olevan hyötyä. Säätiön palvelutarjonnassa kuntouttava työtoiminta ja palkkatukiperusteinen työllistäminen olivat käytössä mielenterveysongelmista ja päihdeongelmista kuntoutujille. Palveluissa painotettiin avohoitoa, erityisesti ryhmämuotoista avokuntoutusta oli lisätty. Kurssimuotoista kuntoutusta oli saatavilla esimerkiksi kahdeksan viikon intensiivikursseina.

Jyväskylässä alkoholiriippuvaisten palveluiden kysyntä oli vähentynyt ja sekakäyttöön liittyvä palveluiden tarve oli kasvussa. Päihdehuollon erityispalveluiden kokonaismäärä oli lisääntynyt suoritusperusteisesti laskettuna.

Kaupungin tarjoamat päihdepalvelut

Jyväskylän kaupunki tuotti itse ehkäisevän työn palvelut. Ehkäisevä päihdetyö kuului organisatorisesti lasten ja perheiden erityispalveluihin.

Sovatek-säätiö tarjosi päihdeongelmallisille asiakkaille avo- ja laitoshoitomuotoisia palveluita. Kaikkiin palveluihin hakeuduttiin päihdepäivystyksen kautta yhden oven periaatteella. Päihdepäivystyksessä arvioitiin asiakkaan hoidon tarve, tehtiin päihdetestaukset, varattiin asiakkaalle hoitopaikka ja saatettiin hänet hoitoon. Sairaanhoitajan tai sosiaalityöntekijän antamaa neuvontaa ja ohjausta sai myös puhelimitse. Tarvittaessa tehtiin myös liikkuvaa päihdetyötä. Säätiön alkoholivieroitusosastolla oli 12 paikkaa alkoholi- ja lääkeaineiden vieroitukseen asiakkaille, joiden fyysiset ja psyykkiset vieroitusoireet edellyttivät ympärivuorokautista laitoshoidoa. Tarjolla oli oireenmukaista lääkitystä sekä terapiaa.

Sovatek-säätiön terveystalokeskus pyrki vähentämään huumeiden käyttöön liittyviä tartuntatautiriskejä, sekä tarjosi mahdollisuuden vaihtaa käytettyjä ruiskuja ja neuloja puhtaisiin, saada joitakin terveydenhoidollisia palveluita ja testauttaa tartuntatauteja, sekä saada tietoa ja ohjausta esimerkiksi muihin päihdepalveluihin.

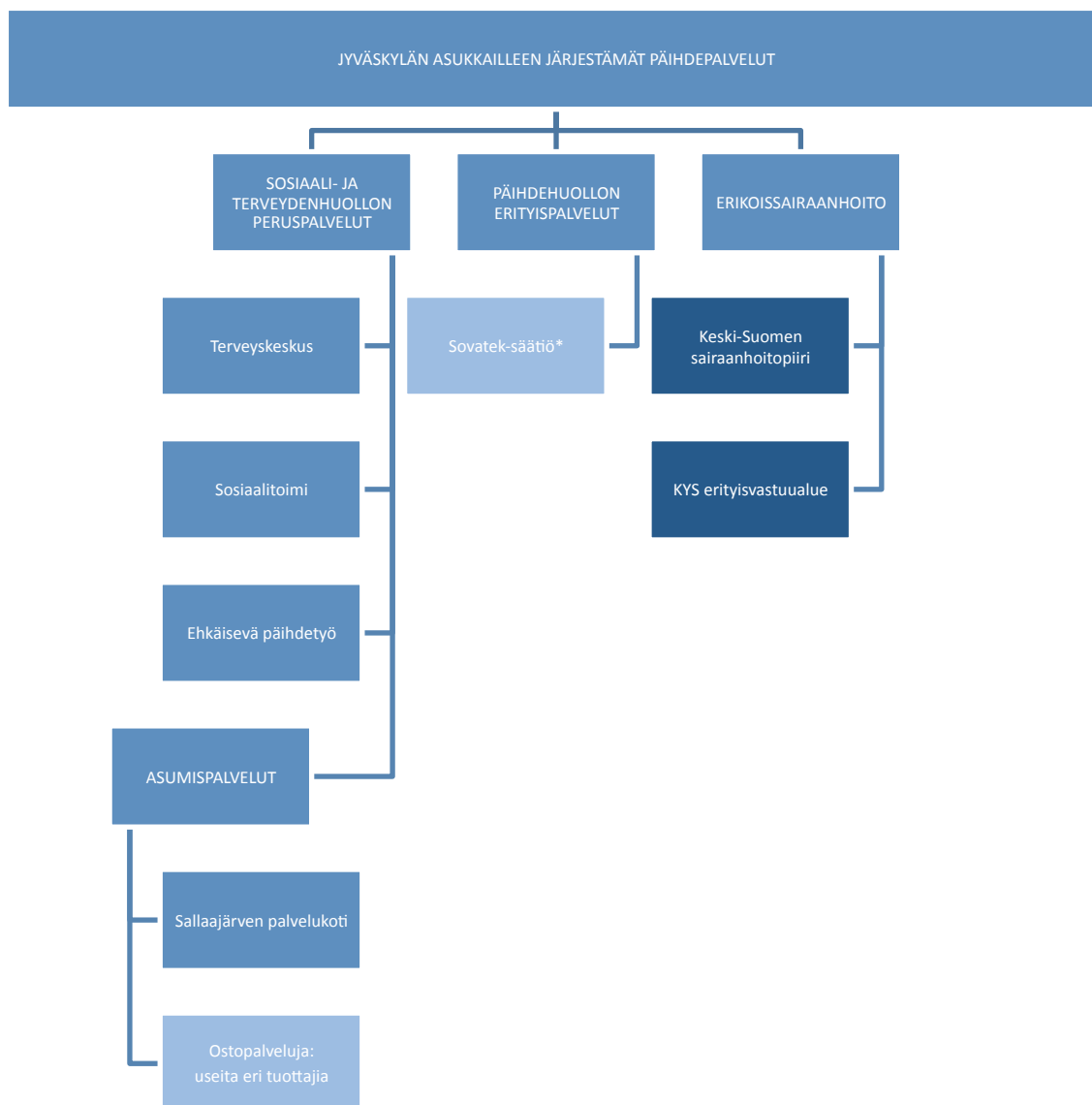
Sovatek-säätiön huumevieroitusosastolla oli kuusi asiakaspaikkaa huumeiden käyttäjille ja päihteiden sekakäyttäjille. Tavoitteena oli vieroitusoireiden hoito, sekä sitouttaminen ongelman käsittelyyn ja jatko-hoitoon. Huumevieroitushoitoon oli jatkuva jono ja siksi katkaisu- ja vieroitushoitopaikkojen paikkamääriä suunniteltiin lisättäväksi.

Sovatek-säätiössä koko korvaushoidon prosessi oli samassa toimipisteessä. Huumevieroitushoidon lisäksi osastolla toteutettiin opioidiriippuvaisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpito-hoidon tarpeen arviointi- ja aloitusjaksoja. Hoitoon tultiin päihdepäivystyksen, kuntien terveysasemien tai päihdekliniikoiden kautta. Hoidon tarve arvioitiin 3–5 käynnin aikana. Huume-kuntoutustyöryhmä toteutti korvaushoitoa avohoitona.

Sovatek-säätiön arviointi- ja kuntoutuspalveluyksikössä tuettiin kuntoutujaa arjen hallinnassa, ylläpidettiin toiminta- ja työkykyä, sekä suunniteltiin ja arvioitiin kuntoutuksen tarvetta yhdessä asiakkaan kanssa. Palvelut perustuivat psykososiaalisen kuntoutuksen ja päihdelääketieteen menetelmiin. Tarjolla oli yksilö-

terapian lisäksi monenlaista kurssimuotoista päivä kuntoutusta avohoitoryhmissä. Kuntoutukseen pääsi jonottomana. Pääasiassa tarjottiin avokuntoutusta, mutta tarpeen tullen voitiin ohjata laitoshoidon.

Jyväskylän kaupunki tuotti itse päihdeongelmaisten asumispalvelut. Kaupunki tarjosi Sallaajärven palvelukodissa ympärivuorokautista tuettua asumista, sekä osti lyhytaikaista asumispalvelua erityisesti mielen-terveys- ja päihdeasiakkaille.



Kuvio 8. Jyväskylän kaupungin tarjoamat päihdepalvelut

Sinisellä pohjalla kaupungin omat palvelut, tumman sinisellä pohjalla kuntayhtymien kautta hankittavat palvelut ja vaalean sinisellä pohjalla ostopalvelut.

*Alkoholiongelmaisten ja huumeidenkäyttäjien avohoidon, terveysneuvonta, vieroitus- ja katkaisuhoidon sekä opioidikorvaushoidon.

6.1.8 Lahti

Lahden päihdepalveluiden kuvaus perustuu Lahden kaupungin ja Lahden A-klinikkatoimen verkkosivuilta saatujen tietojen lisäksi haastatteluihin ja seuraaviin lähteisiin: Lahden päihdestrateginen työryhmä (2006), Välittäjä 2009 -hankkeen tietoihin sekä Terveysneuvontapiste Jelpin toiminnan kuvaukseen (2012).

Päihdepalvelujen järjestämistapa ja siinä tapahtuneet muutokset

Suomessa 1990-luvulla yleistynyt huumeongelma levisi pääkaupunkiseudulta Lahden seudulle ja synnytti vakiintuneen kovien huumeiden käyttäjien alakulttuurin. Kaupungin oman osaamisen päihdepalveluiden järjestämisessä todettiin heikentyneen vuoden 2006 päihdestrategian selvitystyön yhteydessä ja taustalla vaikuttavaksi syyksi nähtiin se, että päihdepalvelut oli jo pitkään tuotettu ostopalveluina. Kumppanuussopimukset ja yksityisten palveluntuottajien, sekä järjestöjen muodostama verkosto olivat olleet päihdepalveluiden järjestämisessä tärkeässä asemassa. Päihdetyötä lähdettiin kehittämään Välittäjä 2009-hankkeessa. Hankkeessa vakiinnutettiin ehkäisevän päihdetyön seudullista koordinaatiota sekä kehitettiin erityisesti terveysasemilla tehtävää päihdetyötä. Terveysasemilla toimi vastaavia päihdesairaanhoitajia. Päihde- ja mielenterveysongelmien oli todettu esiintyvän yhä useammin rinnakkain. Mielenterveys- ja päihdepalvelut olivat toimineet erillään, ja se oli vaikeuttanut käytännön yhteistyötä. Lahdessa oli tämän vuoksi käynnistetty päihde- ja mielenterveyspalveluiden yhteinen kehittämishanke.

Lahden päihdehuollon erityispalvelujen suurin tuottaja oli A-klinikkasäätiön Lahden A-klinikkatoimi. Se tuotti A-klinikkapalveluja, katkaisuhuolto, laitostuntoutusta, asumispalveluja ja opioidiriippuvaisten korvaushoitoa.

Lahdessa palvelut oli keskitetty palvelualueen keskuksiin. Tämä oli voinut heikentää päihdepalveluiden saatavuutta reuna-alueilla. Tämä voi heijastua siihen, että perusterveydenhuollon palveluissa asioivat päihdeasiakkaat olivat usein palveluiden suurkuluttajia.

Lahden kaupunki oli muodostanut palvelualueen ympäröivien kuntien kanssa. Kuntien välillä oli palveluiden ostosopimukset. Lahti oli mukana myös Hämeen päihdehuollon kuntayhtymässä. Palvelurakenne oli muutoksessa ja keskinäiset palvelusopimukset tekivät järjestelmästä monimutkaisen.

Kaupungin tarjoamat päihdepalvelut

Ehkäisevää päihdetyötä tehtiin Päijät-Hämeen alueella seudullisesti, eikä Lahdella ollut omaa ehkäisevän päihdetyön yksikköä. Ehkäisevää päihdetyötä tekivät myös oppilaitokset, sosiaali- ja terveydenhuolto, eri yhdistykset ja järjestöt, seurakunta sekä poliisi.

Nuorisovastaanotto oli Lahden kaupungin oma mielenterveys- ja päihdeneuvontaa 13–17-vuotiaille lahdelaisille nuorille ja heidän läheisilleen tuottava yksikkö. Tavoitteena oli varhainen puuttuminen päihteiden käyttöön ja päihteiden käytön lopettamisen tukeminen.

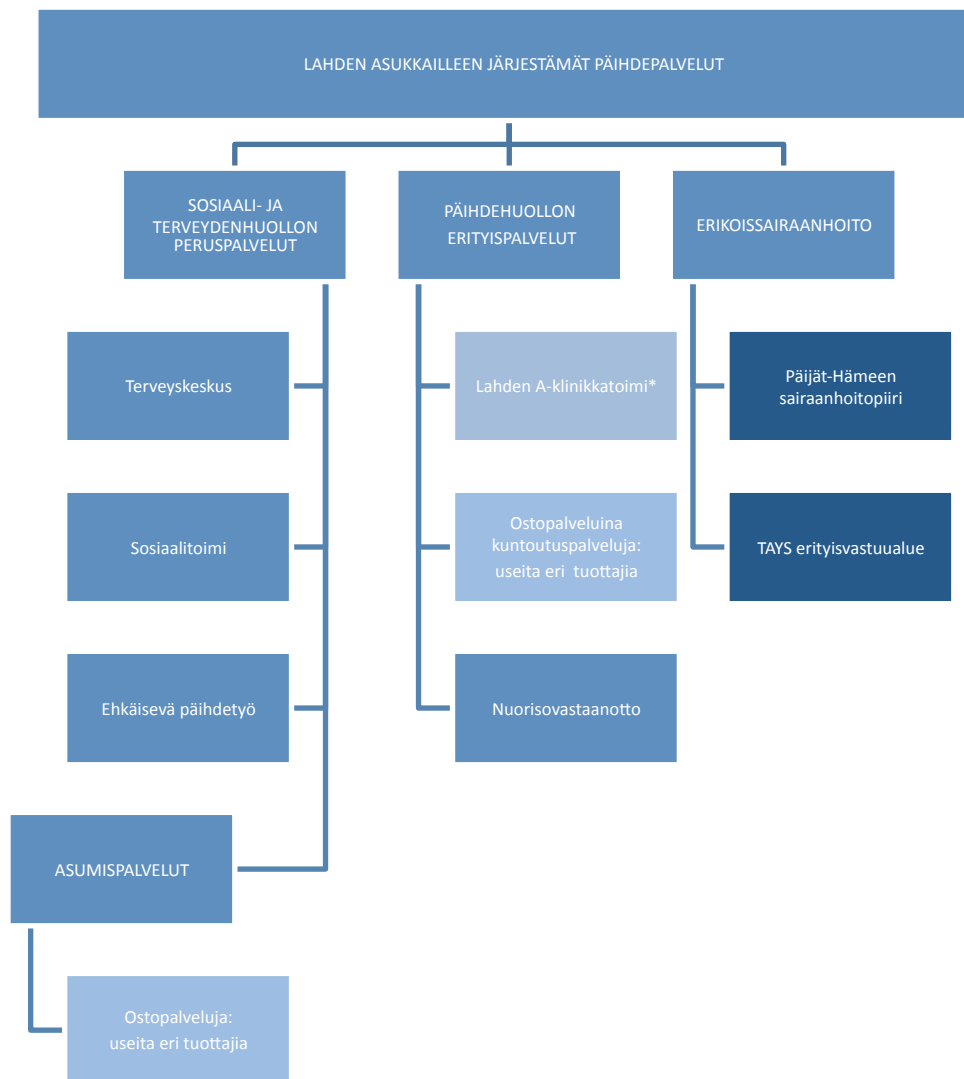
Lahden kaupungin terveysasemilla toimi kuusi vastaavaa päihdesairaanhoitajaa. Päihdesairaanhoitaja neuvoi ja ohjasi päihdeongelmaisia asiakkaita ja heidän läheisiään. Työhön kuului asiakkaiden päihteiden käytön ja siihen liittyvien ongelmien kartoitusta, hoidon suunnittelua ja toteutusta.

Päihdeongelmaiset voivat käyttää myös A-klinikkasäätiön ylläpitämän Lahden A-klinikkatoimen palveluja. Lahden A-klinikkatoimella oli neljä eri palvelumuotoa: avomuotoisia päihdepalveluja aikuisille tarjoava A-klinikka, opioidiriippuvaisten lääkehoitoa toteuttava avomuotoinen K-klinikka, nuorten hoitoyhteisö Stoppari sekä aikuisille päihdeongelmaisille laitostuotoisia palveluja tarjoava Pitkämäen kuntoutusyksikkö. K-klinikalle hakeuduttiin Lahden A-klinikan kautta. Korvaushoidon tarpeen arviointi tehtiin ensisijaisesti A-klinikalla ja hoito toteutettiin K-klinikalla. Korvaushoidon arvioitiin vievän resursseja psykososiaalisilta päihdepalveluilta. Lahden lisäksi Lahden A-klinikkatoimi tarjosi palveluita Päijät-Hämeen alueella laajemminkin.

Lahden A-klinikkatoimen Pitkämäen kuntoutusyksikön katkaisuosastolla oli 15 paikkaa. Henkilökunnan arvion mukaan moniongelmaisille asiakkaille kaksi viikkoa kestävä katkaisuhuotojakso oli usein liian lyhyt. Monipäihteisyydestä johtuen asiakkailta oli huomattavia terveydentilaan liittyviä ongelmia sekä he olivat usein syrjäytyneitä. Katkaisu- ja vieroitushoitoa oli mahdollisuus tarvittaessa pidentää. Pidempiaikai-

sia laituskuntoutuspaikkoja oli kahdeksan ja kuntoutusjaksot 4–6 viikon pituisia. Lahden kaupunki ohjasi päihdekuntoutukseen myös muihin päihdekuntoutuslaitoksiin, kuten esimerkiksi Hämeen päihdehuollon kuntayhtymän ylläpitämään Mainiemen kuntoutumiskeskukseen.

Lahden kaupungin ylläpitämä terveysneuvontapiste Jelpi tarjosi maksuttomia palveluita suonensisäisesti huumeita käyttäville ja heidän läheisilleen. Jelpin palvelut tuotti ViaDia Lahti ry ja rahoitti Lahden kaupunki. Jelpistä sai terveysneuvontaa, sekä tukea elämänhallintaan ja siellä vaihdettiin käyttövälineitä puhtaisiin, sekä voitiin ohjata tartuntatautitesteihin. Asunnottomien sosiaalipalveluissa tarjottiin tukea elämän kriisitilanteissa ja ongelmakohdissa, pyrittiin selvittämään palveluntarvetta, autettiin tuki- ja asuntohakemuksissa, tuettiin itsenäisyyteen ja pyrittiin ehkäisemään syrjäytymistä. Asuntopalveluita ostettiin Lahden sininauha ry:ltä, A-klinikkasäätiöltä ja myös muilta asuntopalveluiden tuottajilta.



Kuvio 9. Lahden kaupungin tarjoamat päihdepalvelut

Sinisellä pohjalla kaupungin omat palvelut, tumman sinisellä pohjalla kuntayhtymien kautta hankittavat palvelut ja vaalean sinisellä pohjalla ostopalvelut.

* A-klinikka, alkoholin vieroitushoito ja huumeidenkäyttäjien katkaisuhoido. Nuorten Stoppari, päihteiden katkaisuhoido ja opioidiriippuvaisien vieroitus- ja korvaushoido sekä Pitkämäen kuntoutusyksikkö.

6.1.9 Kuopio

Kuopion päihdepalveluiden kuvaus perustuu haastattelujen ja Kuopion Seudun päihdepalvelusäätiön verkkosivulta saadun tiedon lisäksi Kuopion päihdepoliittiseen ohjelmaan 2009–2012 (Pirskanen, 2009).

Päihdepalvelujen järjestämistapa ja siinä tapahtuneet muutokset

Kuopion päihdepoliittisen ohjelman (2009–2012) mukaan päihteiden käytön kasvu näkyi lisääntyneinä sosiaalisina, terveydellisinä ja turvallisuuteen kohdistuvina haittoina, jotka kuormittavat koko kunnallista palvelujärjestelmää. Haastattelujen mukaan naisten osuus asiakkaista oli Kuopiossa kasvanut, sekakäyttö ja opioidien käyttö oli lisääntynyt ja korvaushoitoa hakevien määrä oli jatkuvassa kasvussa.

Peruspalvelutasoista korjaavaa päihdetyötä tehtiin Kuopiossa kunnan yleisessä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Päihdehuollon erityispalveluja tuotti vuonna 2005 julkisen ja kolmannen sektorin yhteistyöhankkeena perustettu Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiö (KSPS) sekä Kuopion yliopistollinen sairaala (KYS). Kuopiolaisten päihdeongelmaisten työelämään kuntoutumisessa tai eläkkeen hakemisessa auttoi Työvoiman palvelukeskus (TYP). Lisäksi lastensuojelu, sosiaalitoimi, asumispalvelut sekä koulutus- ja työvoimapalvelut tekivät Kuopiossa yhteistyötä moniongelmaisten päihdeasiakkaiden palvelemiseksi. Myös läheistyö, sekä verkostotyö muun muassa järjestöjen ja seurakuntien kanssa oli tärkeää päihdetyössä. Haastatteluissa todettiin, että päihdetyössä kolmiportainen palvelumalli perusterveydenhuollosta ja päihdehuollon erityispalveluista erikoissairaanhoidon toimi joskus epätarkoituksenmukaisen joustamattomasti.

Kaupungin tarjoamat päihdepalvelut

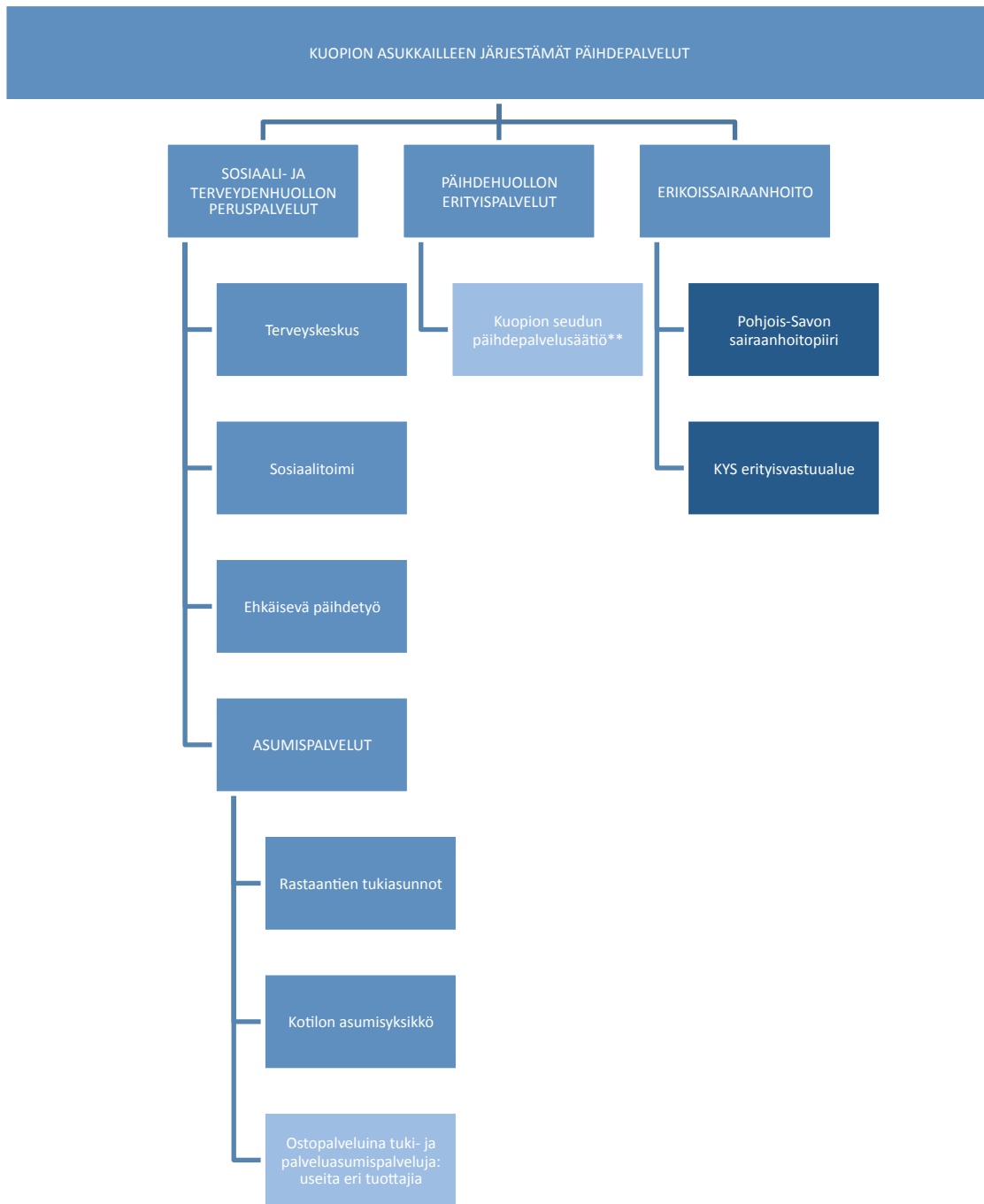
Ehkäisevää päihdetyötä tehtiin Kuopiossa kaikenikäisten kanssa. Erityisenä tavoitteena oli kehittää päihdepalveluja ikääntyville asiakkaille sopiviksi muun muassa kehittämällä hoiva- ja huolenpitotyötä tekevien päihdetyön osaamista. Kuopion ehkäisevän päihdetyön yksikkö vastasi myös Rastaantien päihdekuntoutujien tukiasunnoista, jotka oli tarkoitettu suhteellisen omatoimisille ja päihteettömyyteen sitoutuneille asiakkaille. Alle 18-vuotiaiden päihteitä käyttäneiden nuorten hoidon järjestämisestä ja valvonnasta vastasivat lastensuojelun työntekijät.

Terveyskeskuksessa oli perustason päihdepalvelut. Terveyskeskuksesta ohjattiin eteenpäin erityistason päihdepalveluihin Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiöön.

Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiö tarjosi kolmentyyppiä palveluja: avomuotoisia päihdeklinikan palveluja, laitospalveluista katkaisu- ja vieroitushoitoa osastohoitona sekä laitospalveluista kuntoutusta. Päihdeklinalla toimi avovastaanotto sekä opioidiriippuvuuden lääkkeellisessä korvaushoidossa olevien potilaiden vastaanotto. Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiön ylläpitämä terveysneuvontapiste Portin toiminta oli suunnattu suonensisäisesti huumeita käyttäville asiakkaille ja toiminnan tavoitteena on haittojen minimointi. Päihdepalvelusäätiön päihdeosastolla järjestettiin katkaisu-, vieroitus-, kuntoutus- ja korvaushoitoa. Päihdeosasto tarjosi katkaisuhuitoa alkoholi-, lääke- ja huumeriippuvaisille potilaille. Päihdeosastolla toteutettiin myös integroitua kuntoutusta, jossa avohoidossa tapahtuvaa kokonaiskuntoutumista tuettiin laitospalvelujaksolla.

Vaikeimmat lääke- ja huumeriippuvuudet, sekä osa korvaushoitopotilaista hoidettiin erikoissairaanhoidossa Kuopion yliopistollisessa sairaalassa (KYS), jonka 8-paikkaisella osastolla toteutettiin huumevieroitushoitoa, kuntoutusjaksoja sekä korvaushoidon arviointi- ja aloitusjaksoja. Kuopion psykiatrian keskus (KPK) oli Kuopion kaupungin ja KYS:n yhteinen yksikkö, jossa tuotettiin psykiatrisen avohoidon palveluja. Päihteidenkäyttäjille palveluja tarjottiin silloin, kun asiakkaalla oli päihdeongelman lisäksi hoitoa edellyttävä psykiatrinen sairaus.

Asumispalveluita järjestettiin sosiaalihuollon yleisinä palveluina päihdehuollon jälkikuntoutukseen erikoistuneissa asumispalveluissa. Kuopion kaupunki tarjosi päihdehuollon asiakkaille Rastaantien tukiasunnot ja Kotilon asumisyksikköä. Asukkaat saivat tukea sekä asumisyksiköissä asuessaan että yksittäisissä vuokra-asunnoissa asuessaan. Nämä voivat olla päihteiden käytön sallivia tai päihteettömiä asuntoja.



Kuvio 10. Kuopion kaupungin tarjoamat päihdepalvelut

Sinisellä pohjalla kaupungin omat palvelut, tumman sinisellä pohjalla kuntayhtymien kautta hankittavat palvelut ja vaalean sinisellä pohjalla ostopalvelut.

** Vieroitus-, katkaisu- ja korvaushoito sekä integroitu kuntoutus, terveysneuvontapiste

6.1.10 Kouvola

Kouvolan päihdepalveluiden kuvaus perustuu haastatteluissa ja Kouvolan kaupungin verkkosivuilta päihdepalveluista saatujen tietojen lisäksi Kouvolan päihdepalvelut-esitteen (2011) sekä Kouvolan päihdestrategiatyöryhmän työhön (2010).

Päihdepalvelujen järjestämistapa ja siinä tapahtuneet muutokset

Vuonna 2009 kuusi kuntaa yhdistyi Suur-Kouvolaksi. Kouvolassa perustason päihdepalvelut oli järjestetty alueellisesti sosiaalipalvelutoimistoissa ja terveysasemilla. Päihdehuoltolain mukaisista palveluista vastasi perusturvapalvelujen palvelusektorilla aikuissosiaalipalvelut ja lapsiperhepalvelut. Lähes kaikki Kouvolan palvelut tuotettiin ostopalveluina. Kaupungilla oli päihdetyöntekijä, joka koordinoi toimintaa.

Kouvolan kaupungilla oli päihdepalveluiden tuottamisesta kumppanuussopimus A-klinikkasäätiön kanssa. Tämän lisäksi Kouvola oli mukana sekä Itä-Suomen että Uudenmaan päihdehuollon kuntayhtymissä. A-klinikkasäätiö oli alueellistanut omia palvelujaan niin, että Kouvolan A-klinikkatoimesta tuli osa Itä-Suomen palvelualueen palveluja. Kouvolassa oli avomuotoisia palveluja tuottava Kouvolan A-klinikka ja Myllykosken A-klinikka sekä laitosuotoisia palveluja tuottava yksikkö, jossa sijaittivat selviämisyksikkö, katkaisuhuoltoasema ja huumevieroitusyksikkö.

Kouvolassa ei ollut erikseen nuorille suunnattuja päihdepalveluita, vaan ehkäisevän päihdetyön yksikkö Motiimi ja nuorisopsykiatrian poliklinikka hoitivat alaikäisiä päihteiden ongelmakäyttäjiä. Nuorten palveluissa oli toiminut Kaste-rahoituksella päihdetyöntekijä, joka otti vastaan nuoria ja heidän perheitään. Toiminta oli tuloksellista ja sitä päätettiin jatkaa hankekauden jälkeen ostopalveluna.

Kaupungin tarjoamat päihdepalvelut

Ehkäisevää ja korjaavaa päihdetyötä tehtiin kaupungin kaikkien toimialojen, seurakunnan ja kolmannen sektorin yhteistyönä. Nuorten ehkäisevän päihdetyön yksikkö Motiimi välitti päihdetietoutta kouluissa ja vapaa-ajan toiminnoissa. Niin nuorten kuin heidän vanhempiansa oli mahdollista käydä päihteitä koskevaa keskustelua Motiimissa. Ehkäisevää työtä ja varhaisen puuttumisen palveluja tuotettiin myös ikäihmisille varhaisen tuen palveluissa ja työikäisille terveyspalvelujen terveyden edistämisen yksikössä. Kouvolan kaupungin työterveyshuolto osallistui yritysten päihdeohjelmien valmisteluun asiantuntijana ja terveystarkastuksissa kartoitettiin aina työntekijän alkoholinkäyttötottumukset. Perustason päihdetyö oli integroitu kaikkiin sosiaalipalveluihin, joissa se oli poikkileikkaavana toimintana aina mukana.

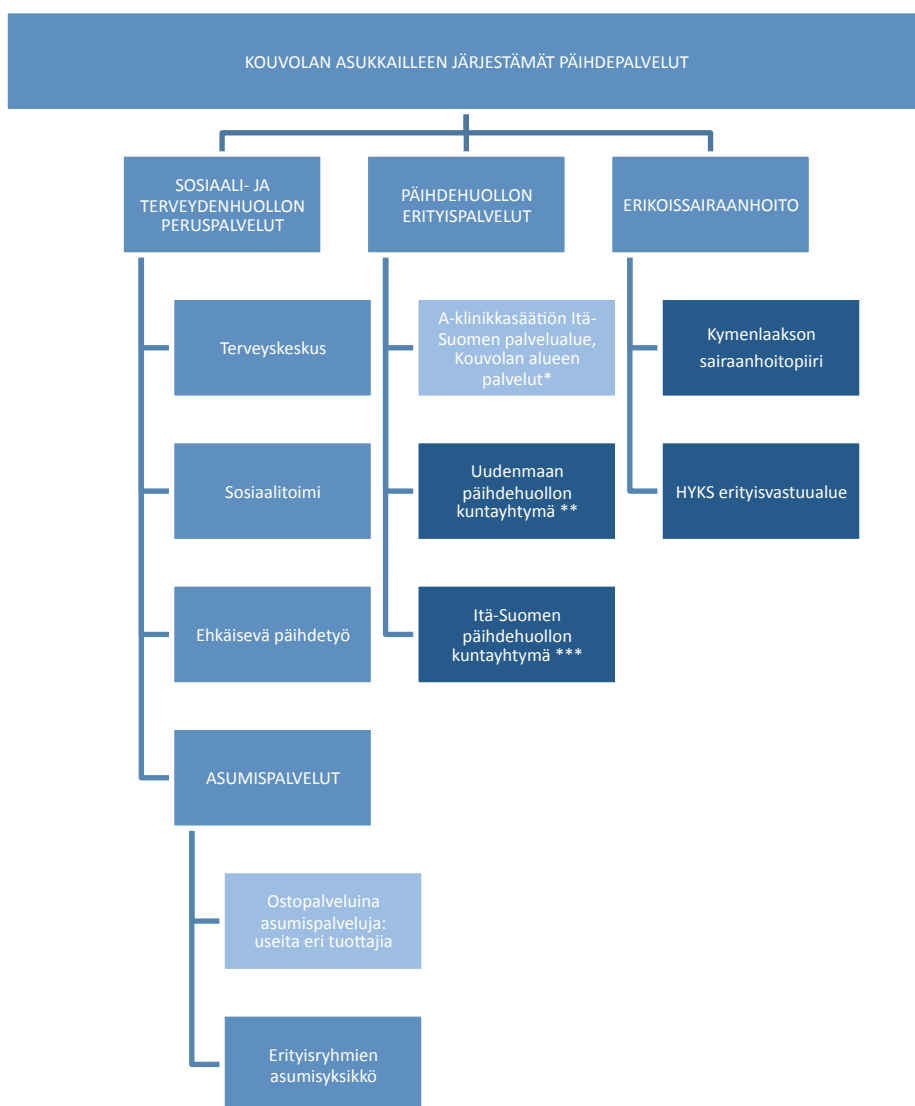
A-klinikkasäätiön ylläpitämällä Kouvolan A-klinikalla oli nuorten päihdetyötä varten nuorten ohjaaja. A-klinikalla avopalveluissa oli tarjolla avokuntoutusta, sosiaaliterapiaa, sairaanhoitajan palveluja ja päihdeneuvontaa. Laitosyksikössä oli katkaisuhuoltoasema ja selviämisyksikkö. A-klinikkatoimella oli kolme päiväkeskusta. A-klinikkatoimen katkaisuhuoltoasemalla hoidettiin asiakkaita, joille A-klinikoiden avohoitopalvelut eivät olleet riittäviä. Katkaisu- ja vieroitushoitoon pääsi Kouvolassa joustavasti.

A-klinikalla toimivassa selviämisyksikössä oli neljä asiakaspaikkaa, joihin pääsy oli mahdollista ympäri vuorokauden. Aikuispsykiatrian avopalveluihin (psykiatrian poliklinikka) ohjattiin potilaat, joilla psyykkiset oireet jatkuivat päihdeongelman hallintaan saamisen jälkeenkin ja diagnoosi oli epäselvä.

Kouvolan A-klinikan yhteydessä toimi huumeongelmallisille tarkoitettu terveysneuvontapiste. A-klinikan huumevieroitusyksikkö tarjosi vapaaehtoisuuteen perustuvaa ympärivuorokautista huumevieroitus- ja kuntoutushoitoa täysi-ikäisille huumeriippuvaisille. Kuusankoskella sijaitsevalla K-klinikalla toteutettiin opioidikorvaushoitoa. Terveysasemat osallistuivat yhteistyössä A-klinikkatoimen kanssa korvaushoitojen tuottamiseen ja seurantaan. Korvaushoidon arvio tehtiin K-klinikalla tai huumevieroitusyksikössä. Hoito aloitettiin pääsääntöisesti huumevieroitusyksikössä, josta asiakkaat siirtyivät avohoitoon K-klinikalle ja edelleen terveyskeskukseen siinä vaiheessa, kun hoito oli vakiintuneessa vaiheessa. Jonosta ja hoidon järjestämisestä Kouvolassa huolehti terveyskeskus. Korvaushoidon tarjonta oli aloitettu vuonna 1999. Alkuvuosina opioidiriippuvuuden lääkkeellistä korvaushoitoa sai vain muutama potilas, mutta viime vuosina opioidikorvaushoidon kysyntä oli kasvanut huomattavasti.

Kuntouttavia palveluja järjestettiin sekä omana tuotantona että ostopalveluina. Kouvolalaiset saivat päihdehuollon kuntouttavia laitospalveluita Tuustaipaleen kuntoutumiskeskuksessa ja Ridasjärven päihdehoitokeskuksessa. Huumeidenkäyttäjien hoitoa hankittiin muistakin kuntouttavista laitoshoidoista. Kaikkien päihteiden käyttäjien kuntoutus oli pääasiassa avohuollon terapiaa ja kursseja, ja laitospalveluista kuntoutusta tarjottiin hyvin vähän.

Kouvolan kaupungin erityisasumispalvelut vastasivat valtaosasta päihdeongelmaisten palveluasumisesta. Uutena toimintana oli avattu erityisryhmien asumisyksikkö. Yksikössä oli sekä intervalliasuntoja sekä pitkäaikaisempaa asumista. Kaupungin tuettu asuminen tarjosi asumisen tukea päihde- ja mielenterveyskuntoutujille ja pyrkimyksenä oli mahdollistaa kotona asuminen mahdollisimman pitkään. Tuetussa asumisessa toimi vastaava ohjaaja sekä tuetun asumisen ohjaajia. Lisäksi A-klinikkatoimella oli kahdeksan tukikotia, joihin tuen antoi A-klinikka.



Kuvio 11. Kouvolan kaupungin tarjoamat päihdepalvelut

Sinisellä pohjalla kaupungin omat palvelut, tumman sinisellä pohjalla kuntayhtymien kautta hankittavat palvelut ja vaalean sinisellä pohjalla ostopalvelut.

* A-klinikka, K-klinikka, päiväkeskukset, laitoshoidoyksikkö (selviämis- ja katkaisuhuolto, huumevieroitus), huumeiden käyttäjien terveysneuvonta, asumispalveluja

** Ridasjärven päihdehoitokeskus

*** Tuustaipaleen kuntoutumiskeskus

6.1.11 Pori

Porin päihdepalveluiden kuvauksessa on käytetty lähteinä Porin kaupungin päihdepalveluja kuvaavien verkkosivujen ja haastattelujen lisäksi seuraavia: Porin kaupungin tilinpäätös ja toimintakertomus (2010); Perusturvahanke työryhmä (2009); Porin turvallisuussuunnitelman työryhmä (2009); Satakunnan sairaanhoitopiirin Ensihoidon ja päivystyksen verkkosivut (2012); ja Uusi aika -lehden verkkosivut (2011).

Päihdepalvelujen järjestämistapa ja siinä tapahtuneet muutokset

Porissa palvelujärjestelmään oli vaikuttanut erityisesti kuntaliitos Noormarkun kanssa ja perusturvasioissa yhteistoiminta-alueen muodostaminen Ulvilan, Luvian, Merikarvian ja Pomarkun kanssa. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen ensimmäisen vaiheen ratkaisuna näihin yhteistoimintamuotoihin oltiin oltu tyytyväisiä siitä huolimatta, että yhteistoimintamuodot olivat lisänneet työtä. Avohoidon ja lähipalveluiden kehittäminen olivat olleet avainasemassa uudessa Porin perusturvakeskuksessa, joka muodostettiin yhdistämällä sosiaali- ja terveystyöt yhdeksi organisaatioksi vuoden 2009 alussa. Päihdetyö, mielenterveys-työ ja näihin liittyvät asumispalvelut sijoittuivat Perusturvakeskuksen terveys- ja hyvinvointipalveluihin muodostaen psykososiaalisten palveluiden kokonaisuuden.

Psykososiaalisten palvelujen keskittämällä oli tavoiteltu lisäresursseja. Haasteena oli nähty psykososiaalisen tuen saaminen osaksi lähipalveluita. Asiakkaat olivat moniongelmaisia. Somaattiset ja psyykkiset sairaudet, sosiaaliset ongelmat, työttömyys, lastensuojeluongelmat, ja toimeentulo-ongelmat asettivat haasteita palveluille. Lisäksi henkilökunta koostui monien eri alojen edustajista (lähihoitajat, sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, lääkärit, sosiaalityöntekijät, sosiaaliohjaajat, psykologit ja toimistohenkilöstö). Moniammatillisesta yhteistyöstä oli koettu olevan hyötyä, kun perustason mielenterveyspalvelut olivat päihdepotilaiden saatavilla. Yhteistyö mielenterveyspalveluiden kanssa kehittyi jatkuvasti erilaisista työkaluista huolimatta.

Palveluissa oli tapahtunut paljon muutoksia. Palveluiden sijoittumista organisaatorakenteessa oli muutettu, yksiköiden työnjako ja työtilat olivat osin muuttuneet ja palveluihin oli palkattu uutta henkilöstöä. Samalla asiakkaiden määrä oli hieman vähentynyt. Henkilökunta oli jalkautunut moniin muihin palveluihin ja tällä oli saattanut olla ennaltaehkäisevää työtä tehostanut vaikutus. Korvaushoitojen määrä oli kuitenkin kahdessa vuodessa lähes kolminkertaistunut.

Kaupungin tarjoamat päihdepalvelut

Porissa sosiaali- ja terveystoimen yhdistyminen oli nähty hyvänä mahdollisuutena vaikuttaa terveyden edistämiseen ja suhtautumiseen ennaltaehkäisevään työhön. Palveluissa haluttiin pyrkiä kohti asiakkaan omien voimavarojen vahvistamista, riskitekijöiden tunnistamista sekä tuen antamiseen riskitekijöiden hallitsemiseksi. Tavoitteena oli siirtyä pois mallista, jossa palvelujärjestelmä hoiti vain ongelmia, sairauksia ja sosiaalista pahoinvointia.

Nuorten ja aikuisten avopalvelut oli erotettu toisistaan. Nuorten (13–22-vuotiaat) ja aikuisten (yli 22-vuotiaat) vastaanotolla pyrittiin selvittämään psykososiaaliset ongelmatilanteet, annettiin lyhytkestoista hoitoa ja tarvittaessa etsittiin asiakkaan tarpeisiin vastaava jatkohoitopaikka.

Porin A-klinikka oli päihdeongelmia ja heidän läheisilleen tarkoitettu avohoitoa antava kaupungin oma palveluyksikkö, jonka palvelut olivat maksuttomia. Sairaanhoitajien ja sosiaaliterapeuttien päivystysvastaanoille pääsi yleensä samana päivänä. Sosiaaliterapeuteilla oli joka päivä muutamia päivystysaikoja.

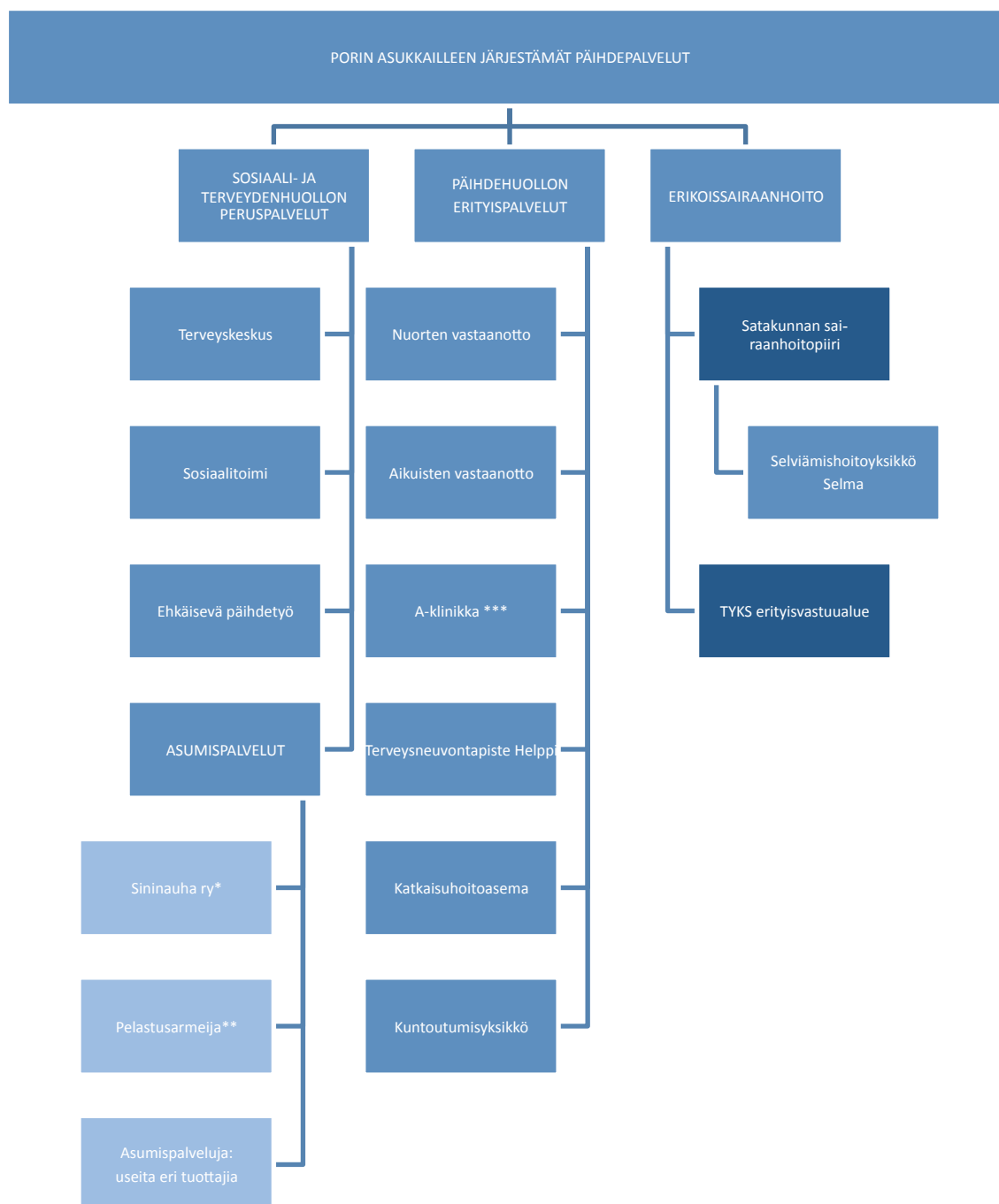
A-klinikalta sai apua myös huumeongelmiin. Opioidikorvaushoidon arvio tehtiin A-klinikalla ja hoidon aloitus toteutettiin joko avohoitoa tai katkaisuhoidotyksikössä. Porissa korvaushoitojen määrä oli kahdessa vuodessa lähes kolminkertaistunut. Porissa ei ollut vielä aloitettu apteekkisopimukseen perustuvaa opioidilääkehoidon toteuttamista. Hoitoon hakeutuneet uudet asiakkaat olivat entistä nuorempia, psyykkisesti sairaampia ja heillä oli erilaisia somaattisia sairauksia. Porissa toimi myös huumeidenkäyttäjien terveysneuvontapista Helppi.

Katkaisuhoitoasemalla oli 14 asiakaspaikkaa. Tavoitteena oli lyhyen hoitojakson kuluessa keskeyttää päihteiden käyttö ja aloittaa kuntoutus. Hoitojaksoja oli pidentänyt jatkohoitotarvioiden tehostaminen hoitojaksojen onnistumisen parantamiseksi. Kuntoutumisyksikössä oli 12 asiakaspaikkaa. Kuntoutushoito oli joko ympärivuorokautista tai päiväkuntoutusta ja se kesti 1–4 viikkoa. Avomuotoista työtä lisättiin jatkuvasti (päiväkuntoutusta, yksilökäyntejä ja kotikäyntejä). Tavoitteena oli saada Poriin lisäksi perhekuntoutusta.

Sairaanhoitopiirin ja terveyskeskuksen yhteispäivystyksen yhteyteen oli perustettu viisi paikkainen selviämishoitoyksikkö SELMA. Voimakkaasti päihtyneet potilaat, jotka tarvitsivat hoidollista seurantaa,

voitiin ohjata päivystyksestä selviämishoitoyksikköön. Päihteitä käyttävä henkilö sai yksikössä yksilöllistä hoitoa ja seurantaa. Lisäksi asiakkaan kanssaan käytiin keskusteluja päihteiden käytön seurauksista.

Tuetun asumisen Taiteilijakoti ja tehostetun palveluasumisen Veturi oli tarkoitettu lähinnä mielenterveyskuntoutujille, mutta asiakkailta voi sen lisäksi olla päihdeongelmiakin. Porin Sininauha ry:ltä ostettiin ostopalveluna Sinisuojusta tilapäisiä yöpymispaikkoja porilaisille asunnottomille päihdeongelmallisille. Asumispalveluita ostettiin lisäksi muiltakin palveluiden tuottajilta, kuten Pelastusarmeijan miesten asuntolasta.



Kuvio 12. Porin kaupungin tarjoamat päihdepalvelut

Sinisellä pohjalla kaupungin omat palvelut, tumman sinisellä pohjalla kuntayhtymien kautta hankittavat palvelut ja vaalean sinisellä pohjalla ostopalvelut.

* Tilapäisiä yöpymispaikkoja päihdeongelmallisille

** Pelastusarmeijan miesten asuntola

*** Avohoito, korvaushoito ja huumevieroitus

6.1.12 Seinäjoki

Seinäjoen päihdepalvelujen kuvauksessa käytettyjä lähteitä olivat haastattelujen ja Seinäjoen kaupungin verkkosivujen lisäksi seuraavat: Mielenterveys- ja päihdestrategian toimikunta (2009), Seinäjoen sosiaali- ja terveyskeskuksen toimintakertomus vuodelta 2010 ja Päihdeongelman hoitokäytännöt Seinäjoella - kuvaukseen (2006).

Päihdepalvelujen järjestämistapa ja siinä tapahtuneet muutokset

Seinäjoen, Nurmon ja Ylistaron kunnat yhdistyivät vuoden 2009 alussa. Päihdepalvelut kuuluivat sosiaalityön tulosalueen alaisuuteen psykososiaaliseen keskukseseen. Uudelle Seinäjoen kaupungille oli laadittu vuosille 2009–2012 mielenterveys- ja päihdestrategia ”Arjen hallinta -turvallinen arki”, joka otti kantaa mielenterveys- ja päihdetyön järjestämiseen.

Haastattelussa tuotiin esille, että päihdepalvelut oli resursoitu niukasti Seinäjoella ja palvelun tarpeeseen ei pystytty aina vastaamaan. Yksikön lääkäripalvelut oli puutteellisesti resursoitu ja vaikeampia lääketerapioita ei aina pystytty itse tekemään. Avomuotoisiin päihdepalveluihin oli jonoa. Välillä oli vaikeuksia järjestää akuuttiaikoja. Ennaltaehkäisevästä työstä jouduttiin suuntaamaan resurseja asiakastyöhön jonojen purkamiseksi. Myös päihdetyön koordinoinnin pelättiin katoavan ehkäisevän työn katoamisen myötä. Laitosmuotoisessa katkaisu- ja vieroitushoidossa käyttöaste oli matala hoitojen keskeyttämisistä johtuen.

Kaupungin tarjoamat päihdepalvelut

Seinäjoen A-klinikka vastasi avohoidon palveluista. Hoitomenetelminä olivat muun muassa yksilö-, ryhmä- ja verkostoterapia sekä lääkehoito. A-klinikalta sai konsultaatiota ja työnohjausta. Lisäksi A-klinikalta käsin tehtiin ennaltaehkäisevää päihdetyötä. Palveluvalikoimaa A-klinikalla oli laajennettu. Yksilötyön rinnalle oli tullut ryhmätyö ja vertaistuen hyödyntäminen. A-klinikalta ohjattiin katkaisuhoidon ja laitostuntoutukseen.

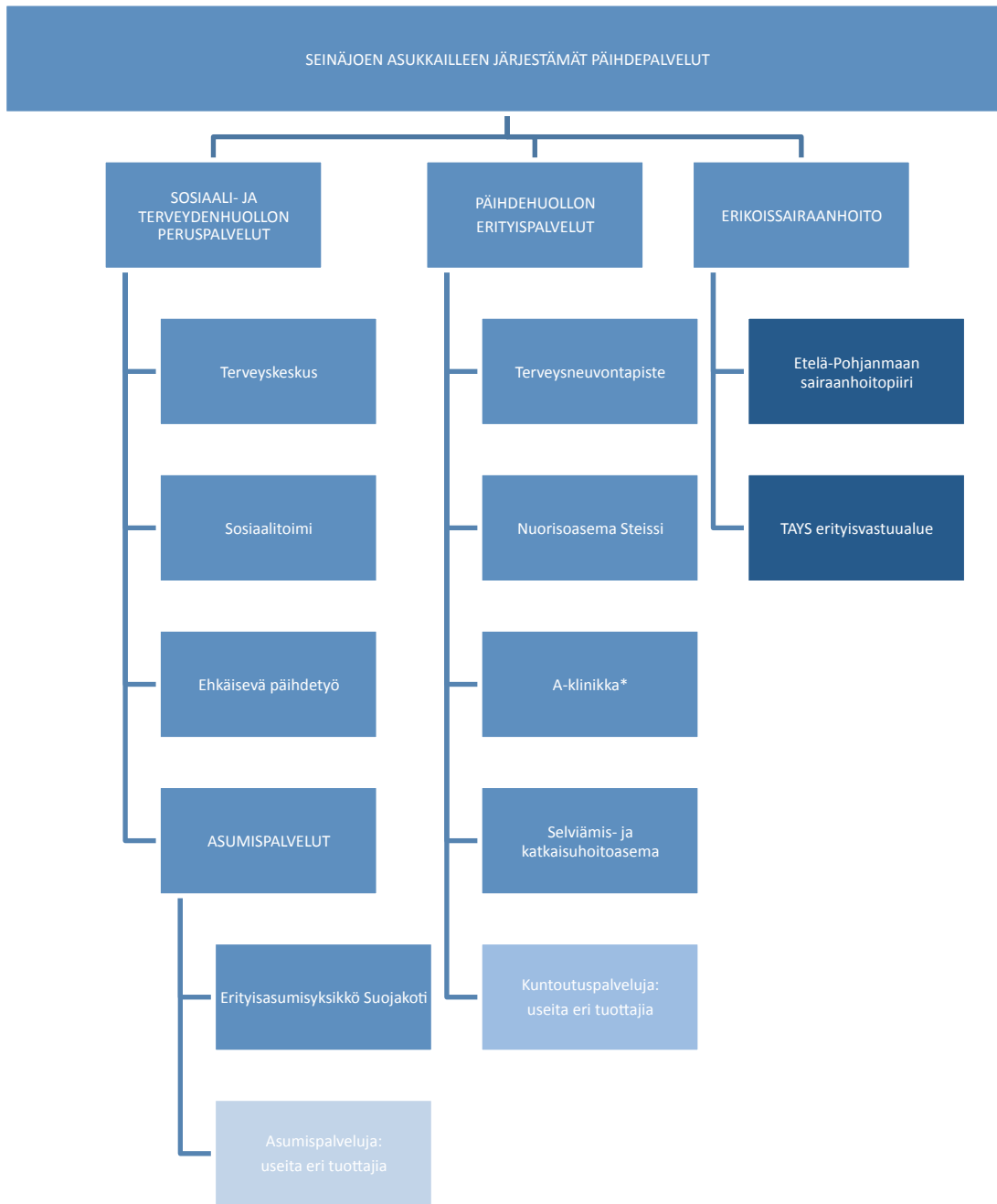
Nuorisoasema Steissiin voivat ottaa yhteyttä 13–25-vuotiaat nuoret ja nuorten vanhemmat. Palvelua tarjottiin matalalla kynnyksellä ja asiointi oli mahdollista myös nimettömästi. A-klinikan lääkäri oli käytettävissä nuorten päihdeasiakkaiden hoidossa.

Selviämis- ja katkaisuhuoltoasema oli päihdeongelmallisille tarkoitettu kuntouttava hoitolaitos, jonka sopimuskuntia oli yhteensä 14. Selviämishoidon tarkoituksena oli antaa asiakkaalle mahdollisuus levätä ja selvitä päihtymystilastaan turvallisesti sekä auttaa päihdeongelmaista päihteiden käytön keskeyttämisessä. Katkaisuhuoltoasemalla oli kymmenen asiakaspaikkaa. Katkaisuhuoltojakson aikana asiakkaalle pyrittiin myös järjestämään jatkohoito. Katkaisuhuoltoasemalla oli kaksi paikkaa huumekatkaisua varten. Huumekatkaisujakson kesto oli kuusi viikkoa. Terveysneuvontapiste palveli huumeasiakkaita muutaman tunnin ajan kerran viikossa.

A-klinikan osana oleva opioidikorvaushoitoklinikka (K-klinikka) toimi selviämis- ja katkaisuhuoltoaseman kanssa samoissa tiloissa. K-klinikka vastasi opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta. K-klinikalla yksi sairaanhoitaja toimi korvaushoitajana. A-klinikan lääkäri kirjoitti korvaushoidon hakijalle lähetteen Seinäjoen päihdepsykiatrian poliklinikalle hoidon tarpeen arvioon. Pitkäniemen sairaalasta ostettiin korvaushoidon aloitusjaksot, jonka jälkeen hoitoa jatkettiin K-klinikalla. Seinäjoella arvioitiin olevan potentiaalisia korvaushoidon asiakkaita enemmän kuin voitiin hoitaa.

Psykiatrisen sairauden ollessa keskeisenä ongelmana laitostuntoutusta vaativat kuntoutusjaksot toteutettiin psykiatrisessa sairaalassa. Päihdeongelman ollessa keskeinen laitostuntoutus toteutettiin päihdehuollon laitoksissa. Kuntoutusta ostettiin tarpeen mukaan. Hoitojaksot olivat noin kuukauden mittaisia, mutta tarvetta olisi ollut pidemmille jaksoille, sillä asiakkaat olivat usein asunnottomia ja moniongelmaisia. Psykiatrisessa sairaalassa hoidettiin kaksoisdiagnoosipotilaita, joilla oli päihdeongelman lisäksi vakava psykiatrisen sairaus. Näiden kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito toteutettiin yhteistyössä A-klinikan kanssa.

Erityisasumisyksikkö Suojakoti oli tarkoitettu päihdeongelmallisille, asunnottomille miehille. Asumispalveluita oli hankittu aiempaa enemmän. Uutena ostopalveluna oli hankittu asumispalveluita alkoholidementiasta kärsiville (12 paikkaa).



Kuvio 13. Seinäjoen tarjoamat päihdepalvelut

Sinisellä pohjalla kaupungin omat palvelut, tumman sinisellä pohjalla kuntayhtymien kautta hankittavat palvelut vaalean sinisellä pohjalla ostopalvelut.

* Avohoidon palveluita ja opioidikorvaushoito

6.1.13 Salo

Salon päihdepalveluiden kuvauksen lähteinä on käytetty haastattelujen ja Salon kaupungin verkkosivujen lisäksi Salon kaupungin Alkoholiohjelman toimintasuunnitelmaa 2008–2011 (Marjanen 2009).

Päihdepalvelujen järjestämistapa ja siinä tapahtuneet muutokset

Salon seudun kymmenen kuntaa yhdistyivät uudeksi Salon kaupungiksi 1.1.2009 alkaen. Päihdepalvelut jakautuivat Salossa terveys- ja sosiaalipalveluiden osastojen vastuulle. Sosiaalityön vastuulla oli A-klinikkasäätiön kumppanuussopimus ja päihdehuollon laitostuntoutus ja terveyspalvelun alaisuudessa oli päihdeyksikkö. Päihdeyksikön toimintamuotoina olivat ehkäisevä päihdetyö ja opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoito.

A-klinikkasäätiö oli organisoitunut palvelunsa uudelleen Länsi-Suomen palvelualueella vuoden 2011 alusta. Salon kaupungilla ja A-klinikkasäätiön Länsi-Suomen palvelualueella oli kumppanuussopimus päihdepalveluiden järjestämisestä. Kumppanuussopimuksen perusteella maksettiin kiinteä vuosimaksu. Salossa uskottiin, että kuntaliitoksen myötä reunakunnissa palvelutaso oli parantunut. Laitoshoitoon pääsy oli helpottunut, kun kuntien asukkaat eivät tarvinneet maksusitoumusta omiin palveluihin. Lisäksi kaikki palveluja oli tarjolla myös pienissä kunnissa. Henkilöstön yhteistyö oli mahdollistanut muun muassa ikäntyvälle tarjottavan kotipalvelun. Länsi-Suomen palvelualueen kehittäminen oli lisännyt palveluiden joustavaa käyttöä, kun esimerkiksi eri kaupungeissa tarjottuja katkaisuhoidopaikkoja oli mahdollista käyttää koko alueella yhteisesti.

Salon kaupunki oli valtakunnallisen Alkoholiohjelman 2008–2011 kuntakumppanuuden myötä sitoutunut laaja-alaiseen yhteistyöhön alkoholihaittojen ehkäisemiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön kanssa solmitun kumppanuussopimuksen mukaisesti kaupungille oli laadittu ehkäisevän päihdetyön vuosisuunnitelma toimenpide-ehdotuksineen.

Kaupungin mielenterveys- ja päihdestrategiat aiottiin yhdistää kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaisesti osana LÄNSI 2012 -hanketta. Hankkeella tuettiin peruspalveluiden varhaisvaiheen päihde- ja mielenterveystyön kehittämistä. Koulutuksella pyrittiin vahvistamaan peruspalveluiden työntekijöiden päihde- ja mielenterveysosaamista. Hanke rahoitettiin KASTE-ohjelmasta ja se toteutti Mielä 2009 -ohjelman ja Terveystyön edistämisen politiikkaohjelman tavoitteita. Salossa toimi myös ehkäisevän päihdetyön työryhmä ja päihde- ja mielenterveyspalvelujen palveluprosesseja kehittävä työryhmä

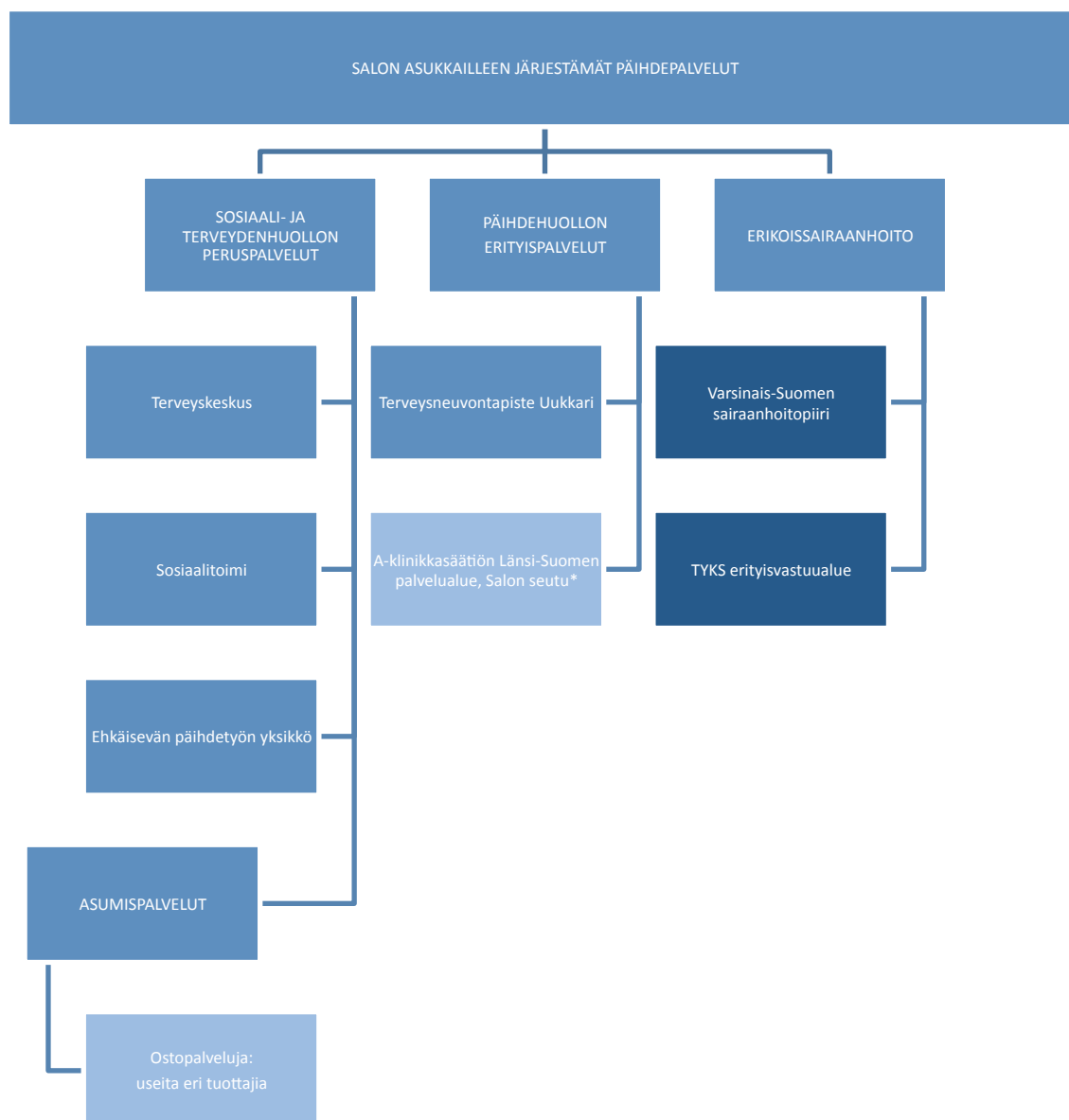
Kaupungin tarjoamat päihdepalvelut

Ehkäisevä päihdetyö perustui yhteistyöhön kaupungin eri toimijatahojen kanssa. Salossa ehkäisevä työ oli valtuustokauden keskeisenä painopistealueena ja terveyserojen kaventaminen oli yksi kaupungin konkreettisista tavoitteista. Ehkäisevästä päihdetyöstä laadittiin vuosittain suunnitelma, jossa huomioitiin laaja-alaisesti kaikki ikäryhmät ja jossa kaikki sektorit toimivat yhteisten tavoitteiden toteutumiseksi. Matalan kynnyksen hoitoontuloa oli pyritty kehittämään esimerkiksi siten, että terveyskeskuslääkäri voi asiakkaan suostumuksella lähettää asiakkaan tiedot A-klinikalle, joka otti yhteyttä asiakkaaseen kolmen päivän kuluessa.

Terveysneuvontapiste Uukkari oli Salon kaupungin sosiaali- ja terveyspalvelujen, Salon A-klinikan, Salon seurakunnan ja Salon kaupungin nuorisotoimen yhteistyöllä toimiva terveysneuvontapiste suonensisäisiä huumeita käyttäville. Uukkarissa voi asioida nimimerkillä. Salon kaupungin Päihdeyksikön toimintamuotoja olivat ehkäisevä päihdetyö sekä opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoito. Opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoitoon kuului päivittäinen valvottu lääkehoito sekä psykososiaalinen kuntoutus. Perhe- ja verkostotyön osuus oli merkittävä. Kaikki asiakkaat olivat yli 18-vuotiaita ja ohjautuivat hoitoon pääsääntöisesti A-klinikan kautta. Korvaushoidon tarpeen arvio tehtiin Turun yliopistollisessa keskussairaalassa (TYKS). Korvaushoitoyksikkö teki aktiivista yhteistyötä TYKS:in addiktiopoliiklinikan kanssa.

Salon A-klinikkatoimi tarjosi monipuolisia päihdepalveluja riippuvuusongelmallisille ja heidän läheisilleen. Palveluihin kuuluivat sosiaali- ja terveyspalvelut eli A-klinikan palvelut, tukiasunnot, kuntoutuspalvelut, toimintakeskuspalvelut, ryhmä ja vertaistukityö, kuntoutumisyhteisö ja Rolle-työ. Rolle-työn puitteissa päihdehoitoa vietiin kotiin iäkkäille, liikuntarajoitteisille, vajaakuntoisille ja vammaisille. Katkaisu- ja sel-

viämisaseman toiminta oli alkanut 3.1.2011. Päihdeasiakkaille hankittiin asumispalveluja A-klinikkasäätiön kautta ja ostopalveluina muilta palvelun tuottajilta.



Kuvio 14. Salon kaupungin tarjoamat päihdepalvelut

Sinisellä pohjalla kaupungin omat palvelut, tumman sinisellä pohjalla kuntayhtymien kautta hankittavat palvelut vaalean sinisellä pohjalla ostopalvelut.

*A-klinikka, selviämisasema, katkaisu- ja kuntoutuspalvelut, toimintakeskukset, asumispalvelut

6.2 Päihdepalveluihin pääsy vuonna 2011

6.2.1 Päihdepalveluihin pääsy kaupunkikohtaisesti syksyllä 2011

Kyselyyn vastanneissa kaupungeissa pääsy alkoholikatkaishoitoon oli nopeaa (taulukko 7). Helsingissä, Vantaalla, Lahdessa ja Kouvolassa asiakas saattoi joutua odottamaan pari päivää hoitopaikan järjestymistä. Kolmestatoista kaupungista kahdeksan ilmoitti, ettei palveluun ollut jonoa vaan asiakas otettiin vastaan saman tien.

Taulukko 7. Alkoholiongelmiaisten laitospaikoittain palveluiden saatavuus syksyllä 2011

Kohde	Katkaisun jonotusaika	Jonossa hlöä	Kuntoutuksen jonotusaika	Jonossa hlöä
Helsinki, kaupunki	1-2 vrk	..	3-4 vkoa	..
Espoo, A-klinikkatoimi	ei jonoa	0 hlöä	1-2 vkoa	1-2 hlöä
Tampere, A-klinikkatoimi	ei jonoa	0 hlöä	..	..
Vantaa, kaupunki	1-2 vrk	0 hlöä	3-7 vrk	1-2 hlöä
Turku, kaupunki	..	..	..	..
Oulu, Päihdekliniikka	ei jonoa	0 hlöä	3-4 vkoa	7-8 hlöä
Jyväskylä, Sovatek-säätiö	ei jonoa	0 hlöä	/	/
Lahti, A-klinikkatoimi	1-2 vrk	3-4 hlöä	3-4 vkoa	7-8 hlöä
Kuopio, Päihdepalvelusäätiö	ei jonoa	0 hlöä	1-2 vkoa	0 hlöä
Kouvola, A-klinikkatoimi	1-2 vrk	0 hlöä	..	..
Pori, kaupunki	ei jonoa	0 hlöä	3-7 vrk	0 hlöä
Seinäjoki, kaupunki	ei jonoa	0 hlöä	/	/
Salon, A-klinikkasäätiö	ei jonoa	0 hlöä	3-7 vrk	3-4 hlöä

.. = tietoa ei saatavilla

/ = yksikkö ei tarjoa palvelua

Hoitojonossa olevien määrän kaupunkikohtainen arviointi ei aina ollut mahdollista. Helsingistä todettiin, että lukuisista omista ja ostopalveluista sekä useista hoitonalustavista tahoista johtuen oli mahdotonta vastata siihen, kuinka monta asiakasta Helsingissä jonotti palvelua haastatteluhetkellä. Vantaalta todettiin, että katkaishoito- ja vieroitushoitoa ostettiin silloin kun omat palvelut eivät riittäneet. Vantaalla oli periaatteena, että asiakas pääsi hoitoon kolmen vuorokauden kuluessa. Kouvolan selviämisyksikkö oli ollut toiminnassa vuoden ja se oli parantanut palvelukokonaisuuden toimivuutta ja joustavoittanut pääsyä laitospaikoittain katkaishoito- ja vieroitushoitoon.

Alkoholiongelmiaisten tarkoitettuun laitospaikoittain pääsi kyselyn kaupungeissa alle kuukaudessa. 3–4 viikon jonotus laitospaikoittain oli Helsingissä, Oulussa ja Lahdessa. Korkeintaan kaksi viikkoa joutui odottamaan Espoossa ja Kuopiossa. Viikossa hoitoon pääsi Vantaalla, Porissa ja Salossa. Osasta yksiköistä ei saatu vastauksia.

Seinäjoella laitospaikoittain tarvitseville asiakkaille ostettiin tarpeen mukaisesti lyhyitä päihdekuntoutusjaksoja, joihin ei pääsääntöisesti ole jonoa. Vantaalla kaikki laitospaikoittain tuotettiin ostopalveluna ja asiakkaan palvelutarpeen arvioi työryhmä. Tampereella laitospaikoittain ei suoranaisesti ollut jonoa, mutta hoidon aloittamiseen liittyviin käytännön järjestelyihin saattoi mennä aikaa. Haastatteluissa todettiin, että kaupunki pyrki vähentämään laitospaikoittain määrää ja haki säästöjä lisäämällä avokuntoutusta. Turussa laitospaikoittain ostettiin maksusitoumusmenettelyllä eri puolilla Suomea toimivilta päihdehoitopaikoilta. Palvelut oli hiljattain kilpailutettu, mikä aiheutti osaltaan viiveitä hoitonalustavissa alkuvuonna 2011.

Huumeidenkäyttäjien vieroitushoitoon joutui Jyväskylässä jonottamaan jopa 3 kuukautta (taulukko 8). Muissa kaupungeissa hoitoon pääsi alle kuukaudessa. Turussa, Oulussa, Kuopiossa, Kouvolassa ja Porissa vieroitushoidon järjestäminen asiakkaalle kesti noin 3–4 viikkoa. Korkeintaan kaksi viikkoa joutui odottamaan Tampereella, Lahdessa ja Salossa. Alle viikossa vieroitushoitoa sai Helsingissä, Espoossa, Vantaalla ja Seinäjoella, joista kahdessa viimeisessä hoito järjestyi periaatteessa heti.

Taulukko 8. Huumeongelmaisten laitoshuutoisten palveluiden saatavuus syksyllä 2011

Kohde	Vieroituksen	Jonossa	Kuntoutuksen	Jonossa
	jonotusaika	hlöä	jonotusaika	hlöä
Helsinki, kaupunki	3-7 vrk	..	1-2 vkoa	..
Espoo, A-klinikkatoimi	3-7 vrk	0 hlöä	3 kk	3-4 hlöä
Tampere, A-klinikkatoimi	1-2 vkoa	5-6 hlöä	..	..
Vantaa, kaupunki	1-2 vrk	0 hlöä	3-7 vrk	1-2 hlöä
Turku, kaupunki	3-4 vkoa	5-6 hlöä	..	..
Oulu, Päihdekliniikka	3-4 vkoa	5-6 hlöä	3-4 vkoa	1-2 hlöä
Jyväskylä, Sovatek-säätiö	3 kk	7-8 hlöä	/	/
Lahti, A-klinikkatoimi	1-2 vkoa	3-4 hlöä	2 kk	3-4 hlöä
Kuopio, Päihdepalvelusäätiö	3-4 vkoa	5-6 hlöä	3-4 vkoa	..
Kouvola, A-klinikkatoimi	3-4 vkoa	7-8 hlöä	..	..
Pori, kaupunki	3-4 vkoa	1-2 hlöä	1-2 vkoa	1-2 hlöä
Seinäjoki, kaupunki	ei jonoa	0 hlöä	/	/
Salo, A-klinikkasäätiö	1-2 vkoa	5-6 hlöä	3-4 vkoa	1-2 hlöä

.. = tietoa ei saatavilla

/ = yksikkö ei tarjoa palvelua

Jyväskylässä huumevieroitukseen oli pysyvä jono, mikä kertoo vieroituksen kysynnän kasvusta. Katkaisuja vieroitushoitopaikkoihin oli suunnitteilla paikkamäärien muutos, joka edellytti henkilöstön lisäämistä. Vantaalta kerrottiin, että huumeidenkäyttäjien osuus päihdehuollon asiakkaista oli kasvanut. Tiedon lisääntyminen huumehoitoklinikan olemassaolosta oli mahdollisesti aktivoinut huumeiden käyttäjiä hakeutumaan hoitoon, mutta kasvaneet asiakasmäärät eivät olleet muodostuneet ongelmaksi.

Laitoshuutoiseen kuntoutukseen pääsyssä oli huumeidenkäyttäjillä enemmän kaupunkien välistä hajontaa kuin alkoholin käyttäjillä. Pisimpää jonossa joutui olemaan Espoossa (3 kk) ja Lahdessa (2 kk). Lyhyin jonotusaika oli Vantaalla (3–7 pvää). Käytännössä kaikissa kunnissa, Helsinkiä lukuun ottamatta, huumeidenkäyttäjien laitoshuutoukseen pääsy kesti pidempään kuin alkoholin käyttäjien laitoshuutoukseen pääsy. Syksyllä 2011 huumehuutoituspaikka järjestyi Helsingissä muutamaa viikkoa nopeammin kuin alkoholihuutoituspaikka.

Vastaajilta tiedusteltiin myös sitä, millä palvelujärjestelmän tasolla opioidikorvaushoidon arvioita ja aloituksia tehtiin eri kaupungeissa. Korvaushoidon arvionti- tai aloitusjaksot tehtiin yleensä joko päihdehuollon erityispalveluissa tai erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuollossa tehtäviä hoidon aloituksia ilmoitettiin toteutettavan Helsingin lisäksi Lahdessa, Kouvolassa ja Kuopiossa.

Opioidikorvaushoidon osalta tiedusteltiin sekä korvaushoidon tarpeen arvioon pääsyn että varsinaiseen hoidon aloitukseen pääsyn kestoa (taulukko 9). Yhtenäisen tiedon kerääminen korvaushoidon prosessin vaiheista oli kuitenkin haastavaa, sillä useimmiten korvaushoidon arvio, aloitus ja hoidon jatkaminen voivat tapahtua eri yksiköissä yhden kaupungin sisällä tai jokin osa palvelusta voitiin ostaa palveluntuottajalta tai toisesta kunnasta. Korvaushoitoa tarjoavat palveluntuottajat toteuttivat palvelua kaupungin kanssa tekemänsä ostopalvelusopimuksen puitteissa. Määrärahojen loppuminen aiheutti yleensä viiveitä palveluiden tuottamiseen.

Taulukko 9. Opioidikorvaushoidon tarpeen arvioon ja korvaushoitoon jonotuksen enimmäisaika syksyllä 2011

	Opioidikorvaushoidon arvio	Opioidikorvaushoidon aloitus
Helsinki , kaupunki	1 kk	3-6 kk
Espoo , A-klinikkatoimi	X	3-6 kk
Tampere , A-klinikkatoimi	..	2-3 kk
Vantaa , kaupunki	X	6 kk
Turku , kaupunki	..	..
Oulu , Päihdekliniikka	2 kk	6 kk
Jyväskylä , Sovatek-säätiö	1 kk	3-6 kk
Lahti , A-klinikkatoimi	ei jonoa	5-6 kk
Kuopio , Päihdepalvelusäätiö	1 kk	6 kk
Kouvola , A-klinikkatoimi	3 kk	yli 6 kk
Pori , kaupunki	1 kk	4 kk
Seinäjoki , kaupunki	2 kk	1 kk
Salo , A-klinikkasäätiö	..	3-4 kk

.. = tietoa ei saatavilla

X = jonoa pitää muu taho, vastaajalla ei tietoa

Pelkästään hoidon arvioon joutui jonottamaan yleensä yli kuukauden. Kouvolassa arviota hoidon tarpeesta joutui pisimmillään jonottamaan kolme kuukautta. Oulussa ja Seinäjoella arvioon pääsi kahden kuukauden kuluessa. Helsingissä, Jyväskylässä, Kuopiossa ja Porissa odotus kesti kuukauden. Lahdessa arviota ei joutunut jonottamaan. Joissakin tapauksissa vastaaja ei osannut kommentoida hoidon arvioon vievän jonon pituutta, sillä arviot tehtiin eri yksikössä. Esimerkiksi Vantaalta todettiin, että kysymykseen on vaikea vastata, sillä sekä hoidon arvio että aloitus tehtiin HUS:ssa, jonne pääsi heidän resurssiensa puitteissa. Syksyllä 2011 kymmenen vantaalaista huumeidenkäyttäjää jonotti opioidikorvaushoidon arvioon pääsyä ja kymmenen odotti hoidon alkamista.

Suurimmassa osassa kaupunkeja opioidikorvaushoidon aloitukseen joutui jonottamaan pisimmillään hoitotakuun enimmäisajan, kuusi kuukautta. Kouvolassa hoidon tarpeen arvioitiin kasvaneen ja hoitotakuun aikarajojen aiemmin ylittyneen aeimmin, mutta vuoden 2011 huhtikuussa korvaushoitopaikkoja lisättiin kymmenellä ja jonossa oli sen jälkeen enää muutamia huumeiden käyttäjiä. Enimmäisaika palveluun pääsystä oli lyhimmillään Seinäjoella, jossa hoito voitiin aloittaa kuukauden kuluessa arviosta. Tosin yhdessä arvioon jonotetun ajan kanssa kokonaisjonotus opioidikorvaushoidon aloittamiseen oli Seinäjoellakin kolme kuukautta. Helsingissä osa korvaushoitopalveluista oli vuonna 2011 kilpailutettu. Kilpailutuksen pohjalta tehdyn sopimuksen mukaan Helsingin Diakonissalaitos hoiti niin paljon potilaita kuin Helsinki sille lähetti, eikä Diakonissalaitoksen mukaan heidän palveluunsa ei ollut jonoa syksyllä 2011. Opioidikorvaushoitoon pääsyä jouduttiin odottamaan suurimmissa kaupungeissa runsas kuusi kuukautta, kun lasketaan yhteen hoidon tarpeen arvioon ja aloitukseen kulunut aika.

Jonotilanteiden lisäksi kyselyyn vastanneita tahoja pyydettiin arvioimaan oman kuntansa tai oman yksikkönsä asiakasmääriä sekä opioidikorvaushoitoa saavien potilaiden määriä kyselyä edeltäneen vuoden 2010 aikana. Arviot asiakasmääristä oli esitetty vaihtelevan karkealla tasolla. Niiden pohjalta näytti siltä, että opioidiriippuvuuden lääkkeellisessä korvaushoidossa olleiden potilaiden osuus päihdeongelmien vuoksi hoitoon hakeutuneiden kaikkien asiakkaiden määrästä vaihteli kunnittain yhden ja seitsemän prosentin välillä. Espoossa korvaushoidossa olevien asiakkaiden suhteellinen osuus kaikista päihdeasiakkaiden oli suurin ja Seinäjoella pienin. Puhelinhaastattelussa monet vastaajista kertoivat korvaushoitoasiakkaiden työllistävän hoitoyksikköä huomattavasti, vaikka kyseessä olikin suhteellisen pieni asiakasryhmä.

Apteekkisopimuksen käytöstä osana opioidikorvaushoidon toteutusta raportoitiin kuudessa kaupungissa kolmestatoista. Apteekkisopimus oli käytössä neljän suurimman kaupungin (Helsinki, Espoo, Tampere, Vantaa) lisäksi Lahdessa ja Kuopiossa. Oulussa, Jyväskylässä, Kouvolassa, Porissa ja Seinäjoella apteekkisopimus ei ollut vastaajien mukaan käytössä. Porissa apteekkisopimuksen käyttöä oli pohdittu yhtenä rat-

kaisuna korvaushoidon ruuhkautumiseen, mutta asiakkaan hoitokontaktin järjestyminen ja hoidon vakau-
den säilyttäminen asiakkaan siirtyessä apteekkisopimukseen arveluttivat. Kaikkiaan apteekkisopimus vai-
kutti olevan toimintamuotona tutumpi suuremmissa kaupungeissa.

6.2.2 Päihdepalveluihin pääsyn muutokset kaupunkikohtaisesti vuosina 2005–2011

Vuoden 2011 selvityksen kysymyksenasettelu poikkeaa tietyiltä osin aiemmista selvityksistä, joten kaikki
tiedot eivät ole vertailtavissa. Tulosten vertailussa on lisäksi syytä huomioda, että tietoja on kerätty eri
vuosina eri yksiköistä ja siksi seuraavassa esitettävät tulokset ovatkin ainoastaan suuntaa-antavia. Vuosien
2005–2006 selvityksissä arvioinnin kohteena olleet palvelumuodot olivat ympärivuorokautinen alkoholi-
katkaisuhoido ja huumevieroitusohito. Vuosina 2007–2008 edellämäinnittujen palvelumuotojen lisäksi selvi-
tettiin opioidikorvaushoidon saatavuutta. Vuonna 2011 laitosmuotoisen katkaisu- ja vieroitusohidon, sekä
opioidikorvaushoidon lisäksi kysyttiin myös laitosmuotoisen kuntoutushoidon saatavuutta sekä alkoholi-
että huumeongelmallisille. Koska aiempaa tietoa kuntoutushoidon saatavuudesta ei ole, vertailua eri vuosina
saatujen tietojen pohjalta ei voida tehdä. Myöhemmin tässä raportissa pohditaan kuitenkin kuntou-
tushoidon saatavuuden kehitystä haastattelutiedon perusteella.

Ympärivuorokautisen alkoholikatkaishun saatavuus näyttää hieman parantuneen, kun verrataan vuoden
2011 tuloksia aikaisempiin, vuosien 2005–2008 tuloksiin (taulukko 10). Aiempina vuosina suurimmassa
osassa kaupungeja pääsy alkoholikatkaishun kesti muutaman päivän. Vuonna 2011 Suomen suurimmissa
kaupungeissa asiakas joutui odottamaan pääsyä laitosmuotoiseen alkoholikatkaishuhoitoon enimmillään
kaksi vuorokautta ja valtaosa vastaajista ilmoitti, ettei palveluun joutunut odottamaan lainkaan. Vuoden
2005 selvityksessä todettiin pidemmän jonotusajan painottuvan suurimpiin kaupunkiin. Vuoteen 2011
tullessa tällaista painotusta ei enää ole havaittavissa.

Taulukko 10. Ympärivuorokautisen alkoholikatkaishun saatavuuden kehitys kaupungeissa vuosina 2005–2011

Kohde	2005		2006		2007		2008		2011	
	Jonotus- aika	Jonossa hlöä	Jonotus- aika	Jonossa hlöä	Jonotus- aika	Jonossa hlöä	Jonotus- aika	Jonossa hlöä	Jonotus- aika	Jonossa hlöä
Helsinki	0-2 vrk	*	0-2 vrk	*	1-3 vrk	*	1-3 vrk	*	1-2 vrk	..
Espoo	0-3 vrk	1 hlö	0-3 vrk	8 hlöä	1-3 vrk	*	0-3 vrk	*	..	0 hlöä
Tampere	1 kk	30 hlöä**	1-2 vkoa	72 hlöä**	1-2 vkoa	40 hlöä**	1-2 vkoa	20 hlöä**	ei jonoa	0 hlöä
Vantaa	3 vrk	2 hlöä	0-2 vrk	0 hlöä	3 vrk	*	2-4 vrk	*	1-2 vrk	0 hlöä
Turku	0-1 vrk	*	1-2 vrk	*	ei jonoa	0 hlöä	ei jonoa	*	..	..
Oulu	2-3 vrk	1 hlö	0-4 vrk	0 hlöä	1-2 vrk	*	1-2 vrk	*	ei jonoa	0 hlöä
Jyväskylä	ei jonoa	0 hlöä	ei jonoa	0 hlöä	ei jonoa	0 hlöä	0-1 vrk	0 hlöä	ei jonoa	0 hlöä
Lahti	0-4 vrk	0 hlöä	0-2 vrk	0 hlöä	1-2 vrk	2-3 hlöä	0-1 vrk	0-1 hlöä	1-2 vrk	3-4 hlöä
Kuopio	ei jonoa	*	0-2 vrk	0 hlöä	ei jonoa	0 hlöä	ei jonoa	0 hlöä	ei jonoa	0 hlöä
Kouvola	..	..	..	..	..	..	..	..	1-2 vrk	0 hlöä
Pori	1-2 vrk	3 hlöä	1-2 vrk	2 hlöä	2 vrk	*	ei jonoa	*	ei jonoa	0 hlöä
Seinäjäki	ei jonoa	0 hlöä	..	..	..	..	..	..	ei jonoa	0 hlöä
Salo	..	..	..	..	..	..	..	..	ei jonoa	0 hlöä

.. = tietoa ei saatavilla

* = ei jonotuskäytäntöä

** = A-klinikan alkoholikatkaishu- ja huumevieroituspaikkoja ei ole eroteltu (paikkojen suhde noin 70:30)

On otettava huomioon, että vuosina 2005–2008 selvitykset toteutettiin aina loppukesästä, kun taas vuonna
2011 vastaukset kerättiin muutamaa kuukautta myöhemmin syksyllä. Kysyntä palveluille voi vaihdella
vuodenaikojen mukaan ja siksi kyseessä olevana ajankohtana vuonna 2011 on saattanut olla vähemmän
jonoa palveluun kuin aiempien vuosien kesäkausina.

Selkein kehitys palveluiden saatavuudessa oli tapahtunut Tampereella. Vuosien 2005 ja 2006 pitkistä jonotusajoista oli vuoteen 2011 mennessä päästy tilanteeseen, jossa haastattelutiedon mukaan jonoa palveluun ei ollut lainkaan. Aiemmissa selvityksissä todettiin, ettei yksiselitteistä syytä palveluiden ruuhkautumiselle ollut havaittavissa. Vuoden 2006 raportissa kerrottiin, että jonossa olleet asiakkaat olivat pitkälti samoja kuin aiemmin samana vuonna. Jonomäärien tulkintaa Tampereen osalta hankaloittaa kuitenkin se, että alkoholikatkaistu- ja huumevieroituspaikkoja ei ole eroteltu. Vuoden 2007 raportissa selvennettiin, että Tampereella palveluun jonottaneista noin 70 prosenttia jonotti alkoholikatkaistuuun ja 30 prosenttia huumevieroitukseen.

Espoon palveluiden osalta on otettava huomioon haastateltavan arvio siitä, etteivät kaikki asiakkaat olleet palveluiden muutoksen yhteydessä löytäneet tietään mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus Emppuun. Asiakasmäärän huomattava vähentyminen muutoksen yhteydessä voi osaltaan selittää syksyn 2011 jonotonta tilannetta palveluissa.

Vuosien 2005–2008 selvityksistä kävi myös ilmi, ettei enenkään suurimmissa kaupungeissa ollut jonotuskäytäntöä palveluun. Esimerkiksi Turusta raportoitiin, että toiminnassa oleva puhelinpäivystyskäytäntö oli todettu toimivaksi, eikä perinteistä jonotuskäytäntöä ollut. Jonotustietojen luotettava vertailu edellyttäisi yhdenmukaisen jonotuskäytäntöjen seurantaa.

Ympäri vuorokautisen huumevieroitushoidon saatavuuden kehittyminen vaihteli kaupungeittain (taulukko 11). Neljästä suurimmasta kaupungista Helsingissä, Espoossa ja Vantaalla jonot olivat lyhentyneet ja Tampereella ne olivat pysyneet aiemmalla tasolla. Kolmessa seuraavaksi suurimmassa kaupungissa (Turku, Oulu ja Jyväskylä) huumevieroitusjonot olivat pidentyneet. Lahdessa, Kuopiossa ja Seinäjoella jonot olivat pysyneet lähestulkoon samanlaisina. Porissa jonotilanne oli heikentynyt. Kouvola ja Salo eivät ole olleet aiemmissa selvityksissä mukana, joten vertailua ei voida tehdä.

Taulukko 11. Ympäri vuorokautisen huumevieroituksen saatavuuden kehitys kaupungeissa vuosina 2005–2011

Kohde	2005		2006		2007		2008		2011	
	Jonotus- aika	Jonossa hlöä	Jonotus- aika	Jonossa hlöä	Jonotus- aika	Jonossa hlöä	Jonotu- saika	Jonossa hlöä	Jonotus- aika	Jonossa hlöä
Helsinki	0-2 vkoa	28 hlöä	1-3 vkoa	20 hlöä	1-4 vkoa	40 hlöä	1-2 vkoa	25 hlöä	3-7 vrk	..
Espoo	..	..	1-3 vkoa	0 hlöä	X	?	X	?	3-7 vrk	0 hlöä
Tampere	1 kk	30**+6 hlöä	1-2 vkoa	72 hlöä**	1-2 vkoa	40**+15 hlöä	1-2 vkoa	20**+5 hlöä	1-2 vkoa	5-6 hlöä
Vantaa	3 vrk	2 hlöä	ei jonoa	0 hlöä	3 vrk	*	2-4 vrk	*	1-2 vrk	0 hlöä
Turku	1 vko	?	1-2 vkoa	*	1-2 vkoa	*	1-2 vkoa	*	3-4 vkoa	5-6 hlöä
	"voi olla									
Oulu	pitkäkin"	0 hlöä	1 kk	0 hlöä	1-2 vrk	4-8 hlöä	1-2 vrk	0 hlöä	3-4 vkoa	5-6 hlöä
Jyväskylä	1 vko	"muutama"	2 vkoa	5 hlöä	1-4 vkoa	4 hlöä	1-4 vkoa	9 hlöä	3 kk	7-8 hlöä
Lahti	0-4 vrk	0 hlöä	1 kk	1-3 hlöä	2-4 vkoa	7 hlöä	1 vko	0 hlöä	1-2 vkoa	3-4 hlöä
	"kesällä km.									
Kuopio	14-21 vrk"	?	1-2 kk	4-5 hlöä	yli 1 kk	3 hlöä	"usea kk"	9 hlöä	3-4 vkoa	5-6 hlöä
Kouvola	..	..	..	..	..	..	..	..	3-4 vkoa	7-8 hlöä
Pori	?	?	1-2 vrk	0 hlöä	2 vrk	*	2 vrk	*	3-4 vkoa	1-2 hlöä
Seinäjoki	ei jonoa	0 hlöä	..	..	..	..	..	..	ei jonoa	0 hlöä
Salo	..	..	..	..	..	..	..	..	1-2 vkoa	5-6 hlöä

.. = tietoa ei saatavilla

* = ei jonotuskäytäntöä

** = A-klinikan alkoholikatkaistu- ja huumevieroituspaikkoja ei ole eroteltu (suhde= n. 70:30)

? = kysymykseen ei vastattu

X = Espoossa hoitoon haastattelun kautta

Haastatteluista tuli esille, että Seinäjoen näennäisesti hyvään hoitopäätöseen saattoi vaikuttaa se, että katkaisu- ja vieroitushoidossa käyttöaste oli matala (noin 50 %), koska hoidon keskeytyksiä oli paljon. Yksikön lääkäritilanne oli huono ja vaikeampia lääketerapioita ei aina pystytty tekemään. Turussa huumevieroitukseen pääsy aika oli pidentynyt. Yksi syy tähän saattoi olla uuden kahden viikon mittaisen hoito-ohjelman käyttöönotto. Hoitopaikkoja ohjelmassa oli vain kuusi, joten jonossa oli tasaisesti noin 4-6 henkilöä. Ohjelma kuitenkin pyöri ”non-stoppina”, ja aina paikan vapautuessa seuraava hoitoon hakeutunut pääsi aloittamaan hoidon. Jonotuksesta huolimatta toiminnallisen ohjelman laatiminen huumevieroitukseen on tuonut hyviä tuloksia. Hoitotakson keskeyttäminen on vähentynyt ja 50–60 prosenttia asiakkaista kävi ohjelman loppuun ja heille tehtiin myös jatkohoitosuunnitelma.

Eriyisesti aikaisempien selvitysten vastauksissa laitosmuotoisesta huumevieroituksesta oli havaittavissa enemmän epämääräisyyttä kuin vastauksissa alkoholikatkaisun jonomäärästä. Kaikki vastaajat eivät pystyneet antamaan yksiselitteisiä lukumäärätietoja vaan tiedot olivat puutteellisia ja haastateltavat käyttivät sanallisia arvioita. Puhelinhaastatteluita tehtäessä syksyllä 2011 vastaajien arvioissa huumeidenkäyttäjien palveluita koskien korostui sama epätasaisuus. Useimmissa kaupungeissa huumeidenkäyttäjien palvelumuodoista puhuttaessa haastateltavat käyttivät muun muassa ilmaisuja: ”tarpeen mukaan”, ”joustaen”, ”räätäloidysti” ja kertoivat, että huumeidenkäyttöön liittyy moniongelmaisuuksia, jolloin palvelun on voitava joustaa asiakkaan tarpeen mukaan. Useissa hoitoyksiköissä katkaisu- ja vieroitushoitopaikat olivat yhteisiä, jolloin asiakkaiden päihteenkäytön vaikeustaso saattoi vaikuttaa lopulliseen paikkojen määrään. Pienemmällä paikkakunnalla tämä voi tarkoittaa, että asiakas, jolla oli vaikeasti hoidettava huumeongelma, vei suuren osan hoitoresursseista ennalta määrittelemättömäksi ajaksi. Lisäresurssien saaminen voi olla aikaa vievää ja tällöin palvelu ruuhkaantui nopeasti. On siis mahdollista, että huumeidenkäyttäjien palveluiden riittävyyden arviointi ei ole yhtä yksiselitteistä, ennustettavaa tai ”vuodesta toiseen samankaltaista” kuin alkoholiongelmaisten tarvitsemien palveluiden riittävyyden arviointi.

Korvaushoidon saatavuus vaikuttaisi tasaantuneen, kun vertaillaan vuosien 2007–2008 tuloksia vuoteen 2011 (taulukko 12). Hoitotakuun ylityksiä ei enää tapahtunut yhtä usein kuin aikaisemmin, ja asiakas sai pääsääntöisesti hoidon alle kuuden kuukauden ajassa.

Taulukko 12. Opioidikorvaushoitoon pääsy suurissa kaupungeissa vuosina 2007–2011

Kohde	2007		2008		2011	
	Jonotusaika hoitoon	Jonossa hlöä	Jonotusaika hoitoon	Jonossa hlöä	Jonotusaika hoitoon	Jonossa hlöä
Helsinki	7 kk	59 hlöä	13,5 kk	79 hlöä	3-6 kk	..
Espoo	4 kk	8 hlöä	1,5 kk	10 hlöä	3-6 kk	..
Tampere	2-4 kk	19 hlöä	6 kk	15-20 hlöä	2-3 kk	..
Vantaa	6 kk	13 hlöä	1 kk	5 hlöä	6 kk	..
Turku	2-6 kk	15-20 hlöä	6 kk	9 hlöä	..	..
Oulu	6 kk	4 hlöä	6 kk	4 hlöä	6 kk	..
Jyväskylä	6 kk	3-5 hlöä	yli 6 kk	6-8 hlöä	3-6 kk	..
Lahti	"vuosia"	15-30 hlöä	3 kk	9 hlöä	5-6 kk	..
Kuopio	13 kk	10 hlöä	jono juuri purettu		1 kk	..
Kouvola	..	..	..	..	yli 6 kk	..
Pori	ei jonoa	0 hlöä	1-2 kk	1 hlöä	4 kk	..
Seinäjoki	..	..	..	..	1 kk	..
Salo	..	..	..	..	3-4 kk	..

.. = tietoa ei saatavilla

X = jonoa pitää muu taho, vastaajalla ei tietoa

Vuoden 2007 ja 2008 raporteissa vastaajat arvioivat, että suurin palvelun ruuhkautumista aiheuttava ongelma oli avohoitopaikkojen puute ja se, että asiakkaat eivät siirtyneet hoidossa eteenpäin terveyskeskukseen. Muutamassa kaupungissa haastateltavat mainitsivat, että neuvotteluja korvaushoitopotilaiden hoitopoluista käytiin jatkuvasti.

Lisäksi kuvattiin monia kaupunkikohtaisia muutoksia palveluiden järjestämisessä. Espoossa korvaushoidon prosessiin oli haastateltavan mukaan tullut viiveitä palveluiden uudelleenjärjestelyn yhteydessä. Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus Empun perustamisen yhteydessä huumeidenkäyttäjien palvelut oli keskitetty A-klinikalle ja tämä aiheutti uusia vaatimuksia muun muassa hoitohenkilökunnalle. Vantaalla korvaushoito oli siirtynyt vuoden 2009 alusta uudelle kaupungin omalle H-klinikalle. Jyväskylässä korvaushoidon potilaiden määrän kerrottiin kaksinkertaistuneen vuodesta 2008. Lahdessa tilanne oli ollut huolestuttava erityisesti vuonna 2007, jonka jälkeen kaupunkiin on kuitenkin saatu perustettua oma K-klinikka helpottamaan tilannetta.

6.2.3 Päihdepalvelujen asiakaskunnassa havaittuja muutoksia vuosina 2005–2011

Jo vuoden 2005 selvityksessä haastateltavat raportoivat hoitoon hakeutuvien päihteiden käyttäjien sekakäytön yleisyydestä ja nostivat esiin sen, että katkaisuhoidon vaatimukset kasvavat hoidettaessa vaikeita lääke-riippuvuuksia. Useat haastateltavat kertoivat asiakkaiden olevan entistä huonommassa kunnossa sekä fyysisesti että psyykkisesti ja, että asiakkaiden sosiaaliset tilanteet olivat usein monimutkaisia. Naisasiakkailta oli miehiä useammin sosiaalisia kriisejä. Syrjäytyneisyys ja asunnottomuus olivat lisääntyneet. Haastateltavat kommentoivat erityisesti alkoholinkäyttäjien huonokuntoisuutta ja näkivät sen perimmäisenä syynä alkoholiveron alennuksen vuonna 2004. Väkevämmät viinat olivat sen seurauksena korvanneet miedommat juomat. Kaksoisdiagnoosiasiakkaita oli opittu hoitamaan päihdehuollossa, mutta henkilöstön jaksamisen kerrottiin monesti olevan ääri rajoilla. Naisten osuuden kerrottiin hieman kasvaneen ja haastateltavat pohtivat, olisiko syynä hoitoontulon kynnyksen madaltuminen. Muutamat haastateltavat kertoivat, että huumeasiakkaina oli tullut odottavia äitejä ja pienten lasten vanhempia. Myös nuorten huumeasiakkaiden määrän kerrottiin kasvaneen. Jokunen haastateltava kertoi, että palveluihin oli hakeutunut enemmän iäkkäitä. Helsingissä kerrottiin olevan muistisairaita päihdeasiakkaita.

Vuonna 2006 useassa yksikössä ilmaistiin huoli hoitoon hakeutumisesta vahvasti päihtyneenä. Selviämisasemien perustamista pohdittiin keskusteluissa.

Vuoden 2007 selvityksessä ei havaittu erityisen selkeitä muutoksia edellisen vuoden 2006 tilanteeseen verrattuna, mutta haastateltavat kertoivat, että selkeä muutos vuosiin 2004–2005 oli havaittavissa. Asiakkaat olivat vuonna 2007 huomattavasti huonokuntoisempia ja moniongelmaisempia. Huumevieroitusasiakkaiden (miesten) keski-ikä oli pitkällä aikavälillä tarkasteltuna laskenut. Muutamat mainitsivat naisten (työssäkäyvät, perheelliset ja juuri eläköityneet) ja ikääntyneiden osuuden lisääntyneen edelleen.

Vuoden 2008 selvityksessä haastateltavat kertoivat, että asiakkaiden huonokuntoisuuden ja ikääntyneiden kasvavan ryhmän vuoksi palveluissa oli tarvetta esimerkiksi liikkumista helpottaville apuvälineille ja päivittäisissä toiminnoissa auttamiselle. Asiakkailta esiintyi alkoholidementiaa, sekä kaksois- ja kolmoisdiagnooseja. Uusien asiakkaiden määrän kerrottiin olevan nousussa.

Vuonna 2011 raportoitiin ikääntyneiden asiakkaiden ryhmän kasvaneen. Erityisesti pääkaupunkiseudulla ikääntyneet naiset nähtiin uutena käyttäjäryhmänä. Vantaalla ikääntyneitä naisia oli alkanut ilmestyä palveluihin kotiin vietävien katkaisupalvelujen myötä. Naisten osuuden raportoitiin muutenkin lisääntyneen. Esimerkiksi Tampereella kerrottiin yli 30 prosentin alkoholiongelmallisista asiakkaista olevan naisia ja päiväosastolla naisten osuus oli 50 prosenttia asiakkaista. Turussa A-klinikan asiakkaista naisia oli 35 prosenttia. Oulussa naisia oli ensimmäistä kertaa nyt myös kuntoutuspalveluissa. Kouvolasta kerrottiin, että naisia oli avohoidossa 30 prosenttia asiakkaista, mutta laitoshoidossa vain 20 prosenttia.

Salossa yli puolet asiakkaista oli yli 50-vuotiaita ja päihteenä oli useimmiten alkoholi. Alle 30-vuotiaita oli asiakkaista alle 20 prosenttia. Turussa ei ollut havaittu ikääntyvien ryhmän kasvaneen, vaan siellä alkoholiongelmisten ryhmä painottui vahvasti työikäisiin. Varsinais-Suomessa tyypillinen asiakas olikin keski-ikäinen, alkoholia käyttävä mies.

Useimmat haastateltavat raportoivat sekakäytön lisääntyneen. Jyväskylästä kerrottiin, että alkoholiriippuvaisten palveluiden kysyntä oli vähentynyt ja sekakäyttöön liittyvien palvelujen kysyntä oli kasvussa ja

palveluiden sisällä oli havaittavissa painopistemuutos alkoholista kohti huumeita. Myös Tampereella sekä käyttäjien suhteellinen osuus asiakkaista oli lisääntynyt ja särkylääkkeiden käyttö yleistynyt. Vain alkoholia käyttäviä oli asiakkaista enää noin 20 prosenttia. Lahden haastateltavan mukaan monipäihteisyydestä johtuen monen asiakkaan terveydentila oli huonontunut ja asiakkaat olivat usein syrjäytyneitä. Turusta taas kerrottiin asiakkaiden moniongelmaisuuksien ja huonokuntoisuuden vaativan palveluilta samanaikaisesti lisää joustoa ja monipuolisempaa hoitoa.

Nuorten palveluiden kysynnän kasvusta raportoitiin myös laajasti. Useimmissa kaupungeissa nuorten palvelut oli laitettu tärkeysjärjestyksessä etusijalle, tai resursoitu paremmin, ja useimmat vastaajat ilmoittivat, että kysynnästä huolimatta jonoa nuorten palveluihin ei ollut.

6.3 Päihdepalveluihin pääsy vuonna 2012

Seuraavassa tarkastellaan syksyllä 2012 kerätyn webropol-kyselyn tuloksia. Koska sekä kysymyksenasettelu että tutkimusasetelma olivat vuonna 2012 erilaisia kuin aikaisempina vuosina, tässä luvussa esitettävät hoitopääsyyn liittyvät tiedot eivät ole vertailukepoisia edellisten vuosien tietojen kanssa ja tietojen raportointi poikkeaa aikaisemmista. Aluksi tarkastellaan avohoidon osalta päivystyspalveluja, avohoidon arviointijaksolle pääsyä ja varsinaista hoidon aloittamista sekä alkoholin että huumeiden vuoksi hoitoon hakeutuneilla. Laitoshoidon osalta tarkastellaan sekä lyhytaikaista katkaisu- ja vieroitushoitoon pääsyä sekä pidempiaikaiseen kuntoutukseen pääsyä alkoholin ja huumeiden vuoksi hoidossa olevien osalta erikseen. Omina lukuinaan käsitellään opioidikorvaushoitoa sekä raskaana olevien päihteiden käyttäjien hoitoa. Kaikista päihdepalvelumuodoista ei saatu tietoja kaikista mukana olleista kunnista. Tämän takia kuntien lukumäärä vaihtelee seuraavissa taulukoissa.

Monet yksiköistä kuvasivat sitä, että päihdehoitoon hakeutui toisaalta aiempaa nuorempia, alle 25-vuotiaita ja vaikeammin päihderiippuvaisia monien huumeiden ja lääkeaineiden sekakäyttäjiä, ja toisaalta ikääntyneiden yli 65-vuotiaiden päihdehoitoa tarvitsevien määrän huomioitiin kasvaneen. Erityisesti nuorille tarkoitettuja intensiivisen kuntoutuksen palveluja nähtiin olevan riittämättä. Myös naisten osuuden todettiin joissakin yksiköissä kasvaneen. Muutama yksikkö totesi lastensuojelun ohjaavan päihdeongelmaisia vanhempia hoitoon aiempaa enemmän. Sekakäytön todettiin entisestään lisääntyneen ja hoitoon hakeutuvien olevan aiempaa huonokuntoisempia niin fyysisesti kuin psyykkisesti.

6.3.1 Avomuotoiseen hoitoon pääsy

Avopalveluihin pääsyä tiedusteltiin vuonna 2012 ensimmäistä kertaa. Avopalveluista tiedusteltiin päivystysaikoja, ja avopalveluissa tapahtuvaan arviointiin sekä varsinaisen hoidon aloittamiseen liittyviä odotusaikoja.

Suoran hoitontulon mahdollistavia päivystysvastaanottoja oli kahdessa kolmesta kaikista avohoitoa toteuttavista yksiköistä. Päivystysvastaanottojen laajuus vaihteli tunnin päivystysvastaanotoista arkipäivisin joidenkin yksiköiden ympärivuorokautiseen palveluun (selviämishoitoyksikkö). Päivystysvastaanotto oli tyypillisesti auki yleensä arkipäivisin aamupäivällä 1,5–4 tunnin ajan. Yhdessä yksikössä päivystys oli päivystysvastaanoton sijaan toteutettu niin, että yksikköön oli mahdollista soittaa kaikkina päivinä päiväaikaan ja sopia hoitoon tulo tarvittaessa seuraavaksi päiväksi. Muutama niistäkin avohoitoyksiköistä, joissa ei ollut päivystysvastaanottoa, ilmoitti voivansa tarvittaessa antaa joustavasti kriisityyppisiä aikoja. Lisäksi oli muutama maininta paikkakunnalla olevista muista päivystävistä palveluista.

Avopalveluissa päihdeongelmaisten hoitoprosessi eteni yleensä siten, että ennen varsinaisen hoidon aloittamista arvioitiin asiakkaan hoidon tarve. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että asiakas saattoi ensin joutua odottamaan hoidon tarpeen arvioon pääsyä ja tämän jälkeen vielä itse hoidon alkamista. Webropol-kyselyssä avopalveluihin pääsystä esitettiin kaksi erillistä kysymystä, joista toinen kohdistui arviointijakson aloitukseen ja toinen varsinaisen hoidon aloittamiseen. Lisäksi esitettiin oma kysymyksensä alkoholin ja huumeiden ongelmakäyttäjien hoitoon pääsystä.

Alkoholin käyttäjien hoidon tarpeen aloitusta koskevaan kysymykseen saatiin vastauksia 27 hoitoyksiköstä ja 12 kunnasta. Yli puolessa (n=15) yksiköistä alkoholin ongelmakäyttäjät pääsivät heti hoidontarpeen arvioon. Sen sijaan 11 yksikössä asiakkaat joutuivat odottamaan hoidon tarpeen arviointiin pääsyä. Näistä viidessä yksikössä arviointijaksolle pääsi alle viikossa ja kuudessa yksikössä arviointijakson aloitusta joutui odottamaan yhdestä neljään viikkoa. Tämän pidempiä odotusaikoja ei raportoitu. Yhdestä yksiköstä vastattiin, että heillä ei ollut tietoja arviointijakson alkamiseen liittyvän jonon pituudesta. (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Alkoholiongelmaisten avohoitoon pääsy selvityksessä mukana olevissa hoitoyksiköissä kunnittain syksyllä 2012 *

	YKSIKKÖKOHTAISET JONOTUSAJAT ALKOHOLIONGELMAISTEN AVOHOITOON											
	Arviointijakson aloitus						Hoidon aloitus					
	0 pv	1-7 pv	1-4 vk	2-3 kk	>=4kk	ei tietoa	0 pv	1-7 pv	1-4 vk	2-3 kk	>=4kk	ei tietoa
HELSINKI	4	1	1			1	2		4			1
ESPOO	2							1	1			
TAMPERE	3		2					2	2			
VANTAA			2						2			
TURKU		2						1	1			
OULU	1	1							1	1		
JYVÄSKYLÄ	1								1			
LAHTI	1	1						2				
KUOPIO			1							1		
KOUVOLA							1					
PORI	1								1			
SEINÄJOKI	1									1		
SALO	1								1			

*= Mukana ovat kaikki vastanneet yksiköt, joissa on kyseisiä avohoidon palveluita

Hoidontarpeen arvion jälkeen asiakkaat joutuvat usein odottamaan varsinaisen hoidon aloitusta. Tähän kysymykseen saatiin vastauksia 27 yksiköstä ja 13 kunnasta. Kolmesta yksiköstä kerrottiin, että hoitoon pääsi heti arviointijakson jälkeen. Alle viikon mittaisia odotusaikoja oli kuudessa yksikössä. Useimmissa yksiköissä (n=14) hoidon aloitukseen pääsyn odotusaika oli yhdestä neljään viikkoa. Kolmessa yksikössä hoitoon pääsyä saattoi kuitenkin joutua odottamaan kahdesta kolmeen kuukautta. Myös tämän kysymyksen osalta yhdestä yksiköstä saatiin tieto, että heillä ei ole tietoa siitä, kuinka pitkään asiakas joutuu odottamaan hoitoon pääsyä arviointijakson jälkeen. (Taulukko 13.)

Kaiken kaikkiaan näytti siltä, että alkoholiongelmaiset pääsivät suhteellisen nopeasti hoidon tarpeen arvioon. Varsinaisen hoidon aloittamista asiakkaat joutuivat sen sijaan odottamaan hieman pidempään. Kun tarkastellaan taulukon 13 tietoja kunnittain, nähdään, että jonotilanteissa oli paljon yksikkökohtaista vaihtelua. Esimerkiksi Tampereella kolmessa selvityksessä mukana olleessa hoitoyksikössä arviointijaksolle pääsi heti, kun taas kahdessa yksikössä arviointiin pääsyä joutui jonottamaan muutaman viikon.

Huumeidenkäyttäjien jonotusajat avohoitoon (taulukko 14) olivat samankaltaisia kuin alkoholin käyttäjillä. Suurimmassa osassa yksiköitä huumeiden käyttäjät pääsivätkin heti hoidon tarpeen arvioon. Ainoastaan parissa yksikössä jonotusaika venyi useamman kuukauden (2–3kk) mittaiseksi. Varsinaisen hoidon pääsi useimmissa yksiköissä aloittamaan 1–4 viikon kuluessa hoidon tarpeen arviosta. Kahdessa yksikössä hoitoon pääsyä joutui kuitenkin odottamaan 4–6 kuukautta.

Taulukko 14. Huumeongelmaisten avohoitoon pääsy selvityksessä mukana olleissa hoitoyksiköissä kunnittain syksyllä 2012 niiden jonotuskäytäntöjen mukaan*

	YKSIKKÖKOHTAISET JONOTUSAJAT HUUMEONGELMAISTEN AVOHOITOON											
	Arviointijakson aloitus						Hoidon aloitus					
	0 pv	1-7 pv	1-4 vk	2-3 kk	>=4kk	ei tietoa	0 pv	1-7 pv	1-4 vk	2-3 kk	>=4kk	ei tietoa
HELSINKI	5	2	2				2	2	5	1	1	
ESPOO	1								1			
TAMPERE	2		2					1	1			
VANTAA	1							1				
TURKU			2	1					2		1	
OULU	1	1							1	1		
JYVÄSKYLÄ	1								1			
LAHTI	1	1						2				
KUOPIO			1	1						1		
KOUVOLA						1						1
PORI	1								1			
SEINÄJOKI	1									1		
SALO	1								1			

*Vastanneista yksiköistä kaikkiaan 11 yksikköä totesi, ettei niillä ollut jonotuskäytäntöä, joten niiltä ei ollut mahdollista saada arvioita hoitoon jonotuksen kestosta yksittäisen hoitoon hakeutuneen kohdalla.

6.3.2 Laitosmuotoiseen hoitoon pääsy

Laitoshoidon osalta webropol-lomakkeessa esitettiin jonotusaikoja koskevat kysymykset erikseen lyhytaikaisen katkaisu- ja vieroitushoidon sekä pidempiaikaisen kuntouttavan hoidon osalta. Myös näiden kysymysten kohdalla käsiteltiin erikseen alkoholin ja huumeidenkäyttäjien hoitoon pääsyä.

Laitosmuotoista alkoholikatkaisua koskevaan kysymykseen saatiin tietoja 16 hoitoyksiköstä ja 12 kunnasta. Seitsemässä yksikössä alkoholin käyttäjien katkaisuhoidon pääsi saman tien, ilman minkääläistä jonotusta. Kahdeksassa yksikössä katkaisuun pääsi parin päivän sisällä. Ainoastaan yhdessä yksikössä jonotusaika katkaisuhoidon oli hieman pidempi (3–7 vrk). Laitosmuotoisen alkoholikatkaisun osalta selvityksessä mukana olevien hoitoyksiköiden jonotusajoissa näyttäisi olleen kunnan sisällä vaihtelua Espoossa ja Tampereella. (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Alkoholikatkaaisuun ja huumevieroitukseen pääsyn kesto selvityksessä mukana olevissa hoitoyksiköissä kunnittain syksyllä 2012*

	YKSIKKÖKOHTAISET JONOTUSAJAT LAITOSMUOTOISEEN KATKAISU- JA VIEROITUSHOITON										
	Alkoholikatkaishoito					Huumevieroitushoito					
	0	1-2 pv	3-7 pv	1-2 vk	3-4 vk	0	1-2 pv	3-7 pv	1-2 vk	3-4 vk	2-3 kk
HELSINKI		2						1	1		
ESPOO		1	1					1			
TAMPERE	1	1							1		
TURKU		1								1	1
OULU	1									1	
JYVÄSKYLÄ	1									1	
LAHTI		1						1			
KUOPIO	1										2
KOUVOLA	2									1	
PORI		1						1			
SEINÄJOKI		1								1	
SALO	1								1		

*= Mukana kaikki vastanneet yksiköt, joissa alkoholikatkaishoito- ja/tai huumevieroitushoitoa. Vantaalta tietoja ei saatu.

Huumevieroitukseen jonotettiin selvästi pidempään kuin alkoholikatkaaisuun. Laitosmuotoista huumevieroitusta koskevaan kysymykseen tietoja saatiin 15 yksiköstä ja 12 kunnasta. Neljässä yksikössä huumevieroitukseen pääsi alle viikossa, jonotusajan ollessa 3–7 vuorokautta. Kolmessa yksikössä jonotusaika oli yhdestä kahteen viikkoa, viidessä yksikössä kolmesta neljään viikkoa ja kolmessa yksikössä huumevieroitukseen pääsyä joutui jonottamaan 2–3 kuukautta. Helsingissä ja Turussa huumevieroitukseen pääsyn odotusaika vaihteli selvitykseen osallistuneiden yksiköiden välillä. (Taulukko 15.)

Alkoholiongelmaisten ja huumeidenkäyttäjien erot hoitopääsystä olivat samankaltaisia kuin edellä, kun tarkastellaan pitkäaikaisempaan laitospuotoiseen kuntoutukseen pääsyä. Alkoholiongelmaisten kuntoutukseen pääsyä koskevaan kysymykseen saatiin vastauksia 12 yksiköstä ja 9 kunnasta. Kuudessa hoitoyksikössä ei ollut lainkaan jonoja pidempiaikaiseen laitospuotoiseen kuntoutukseen. Muiden yksiköiden kohdalla jonotusajoissa oli jonkin verran vaihtelua siten, että kahdessa yksikössä laitospuotoiseen kuntoutukseen pääsi 3–7 vuorokauden sisällä, kolmessa yksikössä pääsyä piti odottaa yhdestä kahteen viikkoa ja yhdessä yksikössä kolmesta neljään viikkoa. Tämän kysymyksen kohdalla on hyvä huomata, että tietoja ei saatu lainkaan Espoosta, Vantaalta ja Turusta. (Taulukko 16.)

Taulukko 16. Alkoholiongelmaisten ja huumeongelmaisten laitosmuotoiseen kuntoutukseen pääsy selvityksessä mukana olevissa yksiköissä kunnittain syksyllä 2012*

	YKSIKÖKOHTAISET JONOTUSAJAT LAITOSMUOTOISEEN KUNTOUTUKSEEN											
	Alkoholiongelmaisten kuntoutus						Huumeidenkäyttäjien kuntoutus					
	0	1-2 pv	3-7 pv	1-2 vk	3-4 vk	2-3 kk	0	1-2 pv	3-7 pv	1-2 vk	3-4 vk	2-3 kk
HELSINKI	2		1				2			1		
TAMPERE	1			1					1			
OULU					1					1		
JYVÄSKYLÄ	1								1			
LAHTI				1						1		
KUOPIO	1											1
KOUVOLA										1		
PORI			1						1			
SEINÄJOKI				1						1		
SALO	1									1		

*= Mukana kaikki vastanneet yksiköt, joissa laitosmuotoista kuntoutushoitoa

Huumeiden käyttäjien laitosmuotoista kuntoutusta koskevaan kysymykseen saatiin vastauksia 12 yksiköstä ja 10 kunnasta. Huumeidenkäyttäjät joutuivat useimmiten odottamaan laitospääsyä useita viikkoja. Huumeiden käyttäjien laitosmuotoiseen kuntoutukseen pääsi jonottamatta ainoastaan kahdessa hoitoyksikössä Helsingissä. Neljässä hoitoyksikössä hoitoon piti jonottaa 1–2 viikkoa, viidessä yksikössä 3–4 viikkoa ja yhdessä yksikössä jonotusaika oli 2–3 kuukautta. (Taulukko 16.)

Vuoden 2012 kyselyssä tiedusteltiin myös sitä, hoidetaanko eri päihteiden sekakäyttäjää alkoholin- ja huumeiden käyttäjille vai huumeiden käyttäjille kohdennetuissa palveluissa. Vastauksia saatiin 19 hoitoyksiköstä. Näistä yhdeksästä sekakäyttäjää hoidettiin palveluissa, jotka olivat yhteisiä alkoholi- ja huumeiden käyttäjille. Lähes yhtä monesta yksiköstä (8) kerrottiin, että sekakäyttäjien hoito oli integroitu alkoholin- ja huumeiden käyttäjien hoitoon. Kahdessa yksikössä sekakäyttäjien hoito oli puolestaan liitetty huumeiden käyttäjien hoitoon painottuvaan hoitoon.

*.3.' Opioidikorvaushoitoon pääsy

Selvityksessä kysyttiin erikseen sitä, kuinka pitkään asiakas joutui enimmillään jonottamaan opioidikorvaushoidon tarpeen arviointiin ja varsinaisen hoidon aloitukseen. Vastauksia opioidikorvaushoidon arviointiin koskevaan kysymykseen saatiin 19 hoitoyksiköstä ja 12 kunnasta. Näyttäisi siltä, että jonotusaikojissa oli jonkin verran vaihtelua. Helsingissä oli yksi hoitoyksikkö, jossa korvaushoidon arviointiin pääsi jonottamatta. Kymmenestä yksiköstä kerrottiin, että opioidikorvaushoidon arviointiin pääsi alle kuukaudessa. Neljässä yksikössä hoidon tarpeen arviointiin pääsyä joutui odottamaan kahdesta kolmeen kuukautta ja kahdessa yksikössä neljästä kuuteen kuukautta. Yli kuuden kuukauden odotusaika oli yhdessä hoitoyksikössä. Lisäksi yhdestä yksiköstä vastattiin, että jonotusajan kestosta hoidon tarpeen arviointiin ei ollut tietoa. (Taulukko 17.)

Taulukko 17. Jonotusaika opioidikorvaushoidon tarpeen arviointiin ja hoitoon selvityksessä mukana olevissa yksiköissä kunnittain syksyllä 2012 *

KAUPUNKI	YKSIKKÖKOHTAISET JONOTUSAJAT OPIOIDIKORVAUSHOIDON TARPEEN ARVIOON JA HOIDON ALOITUKSEEN											
	Opioidikorvaushoidon tarpeen arvio						Opioidikorvaushoidon aloitus					
	0	1-31 pv	2-3 kk	4-6 kk	yli 6 kk	ei tietoa	0	1-31 pv	2-3 kk	4-6 kk	yli 6 kk	ei tietoa
HELSINKI	1	2	1				2		2	1		1
ESPOO		1							2			
TAMPERE					1	1						1
VANTAA		1								1		
TURKU		1						1		2		
OULU		1		1					1	1		
JYVÄSKYLÄ		1							1			
LAHTI		1		1				1			1	
KUOPIO			2							1		
KOUVOLA		1						1				
PORI		1							1			
SEINÄJOKI			1				1					
SALO										1		

*= Mukana kaikki yksiköt, joissa kyselyn mukaan toteutettiin opioidikorvaushoitoa.

Varsinaisen opioidikorvaushoidon aloitukseen liittyvään jonokysymykseen saatiin vastauksia 23 yksiköstä ja 13 kunnasta. Näyttäisi siltä, että Helsingissä (2) ja Seinäjoella (1) oli yksiköitä, joissa varsinaiseen hoitoon pääsyä ei tarvinnut jonottaa lainkaan. Kolmessa yksikössä opioidikorvaushoidon pääsi aloittamaan kuukauden kuluessa arviointijakson päättymisestä. Seitsemässä yksikössä hoitoonpääsyä piti odottaa 2–3 kuukautta, ja 4–6 kuukauden jonotusaikaa oli niin ikään seitsemässä yksikössä. Yhdestä yksiköstä kerrottiin jonotusajan hoitoon olleen 2012 yli kuusi kuukautta. Kahdesta yksiköstä ei ollut saatavilla tarkkaa tietoa opioidikorvaushoitoasikkaiden hoidon aloittamiseen liittyvistä jonotusajoista.

Näyttkiltä, että sekä opioidikorvaushoidon arvioon että varsinaiseen hoitoon liittyvissä jonotusajoissa on paljon vaihtelua. Kahdessa yksikössä jonotusaika näytti ylittävän hoitotakuulle asetetun enimmäisajan. Tampereella odotusaika ylittyi, koska loppuvuodesta ei ollut tarjota hoidon aloituspaikkoja.

Opioidikorvaushoitoon jonkin verran pidemmät odotusajat kuin muihin palveluihin. Tästä on osittain siltä, että opioidikorvaushoitoon hakeutuvat ja hoidon piiriin pääsevät potilaat ovat moniongelmaisia. Ennen hoidon aloittamista selvitetään potilaan kokonaiselämäntilanne ja pyritään lisäämään mahdollisuuksia hoidon onnistumiselle esimerkiksi asumisjärjestelyillä ja muilla elämäntilannetta vakauttavilla keinoilla. Opioidikorvaushoitoon päässyt potilas saattaa olla myös sekakäyttäjä, jolloin on tärkeä huolehtia esimerkiksi alkoholikatkaisusta ennen korvaushoidon aloittamista.

Selvityksessä tiedusteltiin myös hoitoyksikön käsitystä siitä, kuinka paljon asiakkaita oli jonossa kyselyn tekemisen hetkellä. Opioidikorvaushoidon arvioon koskevaan kysymykseen saatiin tietoja 11 paikkakunnalla sijaitsevista 16 hoitoyksiköstä. Varsinaista hoidon aloittamista koskevaan kysymykseen tietoja saatiin puolestaan 19 yksiköstä ja 13 paikkakunnalta. Opioidikorvaushoidon tarpeen arviointiin tai hoidon aloittamiseen odottavien määrä oli useimmissa yksiköissä alle kymmenen henkilöä (taulukko 18).

Taulukko 18. Kyselyyn vastanneiden yksiköiden opioidikorvaushoidon tarpeen arviointiin tai hoidon aloittamiseen jonottavien määrät kaupungeittain syksyllä 2012 *

KAUPUNKI	OPIOIDIKORVAUSHOIDON TARPEEN ARVIOINTIIN TAI HOIDON ALOITUKSEEN ODOTTAVIEN ASIAKKAIDEN MÄÄRÄ YKSIKKÖKOHTAISESTI											
	Opioidikorvaushoidon tarpeen arvio (jonossa henkilöitä)						Opioidikorvaushoidon aloitus (jonossa henkilöitä)					
	0	1-2	3-4	5-9	10-14	>=15	0	1-2	3-4	5-9	10-14	>=15
HELSINKI	1		1			1	2		1			
ESPOO		1							1			
TAMPERE		1										1
VANTAA									1			
TURKU	1						1		1			
OULU		1		1					1	1		
JYVÄSKYLÄ				1					1			
LAHTI	2							1	1			
KUOPIO			1	1			1			1		
KOUVOLA	1						1					
PORI	1						1					
SEINÄJOKI		1					1					
SALO								1				

*= Mukana kaikki yksiköt, joissa kyselyn mukaan on opioidikorvaushoitoa.

Taulukossa 18 näkyy suurelta osin sama asia kuin edellisessä taulukossa 17. Jos jonotusaika oli pitkä, asiakkaita oli enemmän jonossa. Lahden tilanne näytti poikkeavan tästä. Lahdessa opioidikorvaushoitoon joutui odottamaan monia muita kaupunkeja pitempään, mutta korvaushoidon jonossa oli kuitenkin vain muutama asiakas. Vaikuttaakin siltä, että Lahden opioidikorvaushoito ei ollut ruuhkainen, vaan hoidon aloituksen pitkittyminen johtui jostain muusta syystä.

Opioidikorvaushoitolääkityksen toimittaminen potilaalle apteekkisopimuksen pohjalta oli käytössä kymmenessä yksikössä kaikkiaan 16 tähän kysymykseen vastanneesta yksiköstä. Opioidikorvaushoitoon liittyviä apteekkisopimuksia näytti olevan käytössä lähes samoissa kaupungeissa kuin edellisenä vuonna.

*.3.(Raskaana olevien päihteitä käyttävien naisten hoito

Vuoden 2012 lopussa tehtyjen haastattelujen yhteydessä selvitettiin erityiskysymyksenä raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon järjestämistä selvityksessä mukana olleissa 13 kunnassa. Kuntien peruspalveluiden järjestämiseen vuonna 2011 myönnetyn sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuden lisäyksestä oli kohdennettu 3 miljoonaa euroa erityisesti päihdeongelmaisten raskaana olevien naisten ja päihdeongelmaisten äitien hoidon järjestämiseen (STM:n kirje 29.6.2011).

Selvityksessä mukana olleiden kaupunkien päihdehuollosta vastaavilta tiedusteltiin puhelinhaastattelussa sitä, miten kaupunki on käyttänyt valtionosuuden lisäyksenä tulleen rahoituksen päihdeongelmaisten raskaana olevien naisten tai äitien päihdehoidon järjestämiseen. Useimmat vastaajista eivät pystyneet tämentämään valtionosuuden lisäyksen käytön kohdentumista, vaan kuvailivat yleisellä tasolla raskaana olevien naisten hoitopalveluiden järjestämistä kaupungissa. Osa haastatelluista ohjasi kysymään asiaa tarkemmin kaupungin lastensuojelupalveluista vastaavilta.

Raskaana olevien päihteitä käyttävien naisten päihdehoidossa kuvattiin käytettävän kaikille päihdeongelmaisille tarkoitettujen päihdehuollon erityispalvelujen lisäksi joitakin päihdeongelmaisille perheille suunnattuja palveluja sekä erityisesti Ensi- ja turvakotien liiton ylläpitämiä ensikotipalveluja. Ensi- ja turvakotien liitolla on seitsemän päihdeongelmien hoitoon erikoistunutta ensikotia ja avopalveluyksikköä, joista muodostuu Pidä kiinni -hoitojärjestelmä. Tavoitteena on aloittaa hoito mahdollisimman varhaisessa vaiheessa raskautta ja jatkaa sitä kunnes lapsi on kuusi kuukautta. Hoitojärjestelmän kuntoutusmallin mukaan hoidetaan samanaikaisesti äidin tai kummankin vanhemman päihdeongelmaa, vauvan ja vanhemman vuorovaikutussuhdetta sekä tuetaan vanhempien päihteettömyyttä. Lisäksi monet haastateltavat mainitsivat

yliopistollisten keskussairaaloitten osana olevien HAL-poliklinikoiden (HAL – huumeet, alkoholi ja lääkkeet) toteuttaman seurannan päihteitä käyttävien naisten raskauden aikana. HAL-poliklinikalla tarkkaillaan raskausaikaa, tuetaan vanhemmuutta ja kannustetaan päihteettömyyteen. (Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen -työryhmä 2009, 31–33.)

Tampereella oli tehty valtakunnallisesti poikkeuksellinen ratkaisu raskaana olevien päihteitä käyttävien naisten palveluiden hoidossa. Tampereella tämän asiakasryhmän palvelut oli keskitetty yhteen paikkaan (perhetukikeskus Päiväperho), joten ne olivat asiakkaille helposti löydettävissä. Päiväperho oli matalan kynnyksen palvelu ja sinne voi tulla ilman lähetettä tai ajanvarausta. Päiväperho oli perustettu jo vuonna 2000 ja sen toimintaa oli laajennettu vuonna 2007.

Seinäjoki erosi muista kaupungeista siinä, että siellä näytti olevan vähän erityispalveluja raskaana oleville päihteitä käyttäville naisille. Päihdepalveluissa heidät ohjattiin nopeasti hoitoon mahdollisten päihdehoidossa olevien hoitojonojen ohi.

7 Pohdinta

Raportissa esitetyt tulokset ovat vain suuntaa antavia, koska selvityksessä mukana olleet kunnat edustivat suurimpia Suomen kuntia, ja hoitoyksiköiden jonotuskäytännöt ja niiden kirjaamistavat vaihtelivat. Vuosina 2011 ja 2012 tehtyjen selvitysten tekoavoissa oli myös eroa. Tulosten tulkintaan liittyvistä rajoituksista huolimatta tässä luvussa pohditaan päihdepalveluiden järjestämistavassa, painopisteissä sekä palveluihin pääsystä tapahtuneita muutoksia. Lisäksi luvun lopussa tehdään muutama huomio päihdeongelmaisten naisten palveluiden kehittämiseen tarkoitettujen rahoituksen käytöstä.

7.1 Aineiston rajoitukset

Raportissa on ensisijaisesti tarkasteltu vuosina 2011 ja 2012 kerättyjä tietoja päihdepalveluihin pääsystä 13 suuressa kunnassa (Helsinki, Espoo, Tampere, Vantaa, Turku, Oulu, Jyväskylä, Lahti, Kuopio, Kouvola, Pori, Seinäjoki, Salo). Taustatietona ovat lisäksi olleet STM:n vuosina 2005, 2006, 2007 ja 2008 toteuttamat suppeammat tiedonkeruut. Eri vuosina tietoja on kerätty eri kunnista ja eri hoitoyksiköistä. Myös tiedonkeruun toteuttamistavat ovat vaihdelleet. Ensimmäisissä STM:n toteuttamissa kyselyissä (2005–2008) tiedonkeruut perustuivat kuntien joidenkin virkamiesten ja hoitoyksiköiden johtajien haastatteluihin, ja mukaan otettujen kuntien määrä vaihteli kymmenestä 22 kuntaan. Myös vuonna 2011 haastateltiin kuntien päihdepalveluista vastaavia virkamiehiä ja keskeisten hoitoyksiköiden johtajia kolmestatoista suuresta kunnasta. Haastattelujen lisäksi tietoja täydennettiin webropol-kyselyllä. Vuoden 2012 tiedonkeruu suunnattiin suoraan päihdehuollon erityispalveluita tarjoaviin yksiköihin ja ensisijaisena tiedonkeruuvälineenä oli webropol-lomake. Lomake pohjautui osin sisällöllisesti edellisen vuoden lomakkeeseen, mutta siinä oli myös uusia kysymyksiä. Webropol-lomakkeella vuonna 2012 kerättyjä tietoja täydennettiin ja korjattiin tarvittaessa sähköpostilla tai haastatteleamalla vastaajia. Myös tiedonkeruun ajankohta on eri vuosina vaihdellut. Vuosien 2005–2008 tiedot kerättiin heinä-elokuun vaihteessa ja vuosien 2011 ja 2012 tiedot myöhemmin syksyllä.

Koska tiedonkeruutavoissa ja kohteissa on ollut paljon vaihtelua, eivät eri vuosina kerätyt tiedot ole keskenään vertailukelpoisia, vaikka temaattisesti käsittelevätkin samaa asiakokonaisuutta. THL:n vuosina 2011 ja 2012 tekemissä selvityksissä keskityttiin samalla tavoin suurimpiin kaupunkeihin kuin STM:n viimeisimmässä selvityksessä, mutta kuntarakenteessa tapahtuneiden muutosten myötä kymmenen suurimman kunnan ryhmän sisällä oli tapahtunut muutoksia. Kuntien määrä kasvatettiin 13 kuntaan, jotta voitiin ottaa mukaan myös aiemmin mukana olleita, mutta kymmenen suurimman kunnan joukosta viime vuosina tipahaneet kunnat. Vuosien 2011 ja 2012 tiedot on raportoitu omina kokonaisuuksinaan ja raportoituja tietoja voidaan pitää suuntaa antavina.

Päihdeasiakkaiden hoitoon pääsyä on selvitetty kysymällä hoitoyksiköistä sitä, kuinka pitkään päihdeasiakas on enimmillään joutunut odottamaan hoitopääsyä avomuotoisiin palveluihin ja laitospalveluihin. Erityiskysymyksenä on tarkasteltu odotusaikaa opidoidikorvaushoitoon. Jonottavalla asiakkaalla tarkoitettiin kaikissa edellä kuvatuissa tapauksissa ”asiakasta, joka odottaa ensimmäisen kyseistä hoitoa koskevan yhteydenoton jälkeen kyseisen palvelun alkamista”.

Siihen, millä perusteella yksiköt ovat jonotusta koskeviin kysymyksiin vastanneet, ei tämän kyselyn pohjalta ole mahdollista täsmällisesti vastata. Mukana voi olla yksiköitä, joiden jonotiedot kirjataan systemaattisesti tietojärjestelmiin ja näin ollen tällaisten yksiköiden voidaan ajatella tuottavan tietoa, joka vastaa hyvin todellisuutta. Toisaalta mukana voi olla yksiköitä, joissa jonokäytäntöjen kirjaaminen ei ole vielä systemaattista, jolloin THL:lle toimitetut tiedot saattavat perustua henkilökunnan tekemään arvioon jonotilanteesta. Lisäksi kuvattiin myös sellaisia tilanteita, jossa yksiköllä ei ollut minkäänlaista vakiintunutta jono-

tuskäytäntöä. Tällöin tilanne saattoi käytännössä olla se, että asiakas käännyttiin ovelta ja häntä kehoitettiin tulemaan myöhemmin uudestaan. Tässä selvityksessä vuonna 2012 mukana olleista avopalveluita tarjoavista päihdehuollon yksiköistä valtaosassa oli käytössä jonkinlainen jonotuskäytäntö. Kyselyn tulosten tulkinnassa onkin syytä huomoida se, että emme varmasti tiedä minkälaiseen tietoon yksikön ilmoittamat jonotustiedot perustuvat.

7.2 Päihdehoidon ja -kuntoutuksen järjestämistavat muutoksessa

Päihdehuoltolain mukaan kuntien tulee järjestää kuntalaisten tarpeiden mukaisesti päihdepalveluja sekä osana sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä palveluja että päihdeongelmallisille tarkoitettuina erityispalveluina. Kunnat voivat tuottaa palvelut itse, järjestää ne yhdessä toisten kuntien tai kuntayhtymien kanssa tai hankkia ne ostopalveluina. Päihdepalveluiden kehittämiseen vaikuttavat lainsäädännön lisäksi erilaiset kansalliset suositukset ja ohjelmat. Lisäksi yhteiskunnan taloudellinen tilanne, sekä samanaikaisesti globaaleista, valtakunnallisista tai paikallisista tekijöistä johtuvat muutokset vaikuttavat siihen, mihin suuntaan palvelujärjestelmiä kehitetään. Kunnissa kehittämistyössä hyödynnetään valtakunnallisia malleja ja ohjeistuksia tai toisissa kunnassa hyväksi havaittuja käytäntöjä. Palvelujen muutosten positiivisia tai negatiivisia seurauksia tulisi arvioida monipuolisesti, sillä palvelujärjestelmän muutoksilla on pitkät seurannaisvaikutukset ja julkisen sektorin kyky reagoida muutoksesta nouseviin uusiin tarpeisiin voi olla hidasta

Kuntien tapa järjestää päihdeongelmaisten palvelut vaihteli paljon tässä selvityksessä mukana olleissa suurissa kunnissa. Muutamat kunnista järjestivät pääosan päihdehuollon avo- ja laitosmuotoisista erityispalveluistaan itse ja vain täydensivät palvelutarjontaansa ostopalveluilla erityisesti asumispalvelujen osalta. Monet suurista kunnista hankkivat suuren osan päihdehuollon avo- ja laitosmuotoisista palveluistaan pitkäaikaisen yhteistyön pohjalta monipuolisesti palveluja tuottavilta säätiömuotoisilta toimijoilta. Osa kunnista hankki myös huomattavan osan erityisesti laitosmuotoisista kuntouttavista päihdepalveluista tai asumispalveluista kilpailutettuina ostopalveluina monilta eri tuottajilta. Jotkut kunnista olivat myös perustaneet erityisesti ostopalveluina hankittavien palvelujen osalta jatkohoitopäätöksiin liittyviä työryhmiä, joissa tehtiin hallinnolliset päätökset palveluita tarvitsevien jatkohoitoon ohjaamisesta. Päihdeongelmaisen näkökulmasta palveluita tuottavalla taholla ei sinänsä ole merkitystä, jos helppo palveluihin pääsy, palveluissa annettava hoito, tuki ja kuntoutus on laadukasta ja palvelujen välinen hoitoketju toimi katkeamattomasti. Erilaiset palveluiden järjestämistavat tuovat kuitenkin hoitojärjestelmään omat haasteensa ja etunsa. Jos kunta tuottaa itse pääosan päihdepalveluistaan, se mahdollistaa pitkäjänteisen kehittämistyön ja vähentää riskiä palveluketjujen katkeamiseen palvelumuodosta toiseen siirryttäessä. Haasteena on palvelutarjonnan monipuolisuuden varmistaminen. Mikäli kunta taas käyttää hyvin monien eri toimijoiden tuottamia monipuolisia ostopalveluja täydentämään omaa suppeaa palvelutuotantoaan, haasteellista on palveluiden pitkäjänteinen kehittäminen ja palveluiden kokonaisuuden hallinta. Se tarkoittaa sekä palvelujen hankintaan että niiden käyttöön liittyvien hallinnollisten järjestelyjen lisääntymistä ja hoitoketjujen katkeilemistä.

Palveluiden hyvän organisoinnin lisäksi osaavalla ja motivoituneella henkilöstöllä on keskeinen rooli siinä, miten hyvin onnistutaan päihdeongelmiin vastaamisessa. Resurssien riittävyys vaikuttaa henkilöstön jaksamiseen ja mahdollisuuteen olla kehittämässä omaa organisaatiota. Se voi vaikuttaa siihen, miten palvelutuotannossa onnistutaan. Vuoden 2006 selvityksessä kerrottiin haastateltujen yksiköiden henkilökunnan säännönmukaisesti olevan motivoitunutta työhönsä ja vakituisten työntekijöiden löytäminen ei ollut yksiköille ongelmallista. Useat tarkastellut yksiköt toimivat kuitenkin vastaajien mukaan minimimiehityksellä ja laadukkaiden palveluiden tuottamisen nähtiin edellyttävän henkilökunnan lisäystä. Lisäksi sijaisjärjestelyjen suhteen useampi yksikkö ilmoitti olevansa hankalassa tilanteessa. Vuonna 2008 selvityksessä useat yksiköt ilmoittivat resurssiensa olevan henkilökunnan suhteen puutteelliset. Sekä pysyviä virkoja että sijaisia (esimerkiksi sairaanhoitajia) kaivattiin lisää. Vuoden 2011 selvityksessä eräs vastaaja totesi suoraan, että resursseja ei ole, koska päihdehuoltoon ei haluttu kunnassa panostaa. Vuoden 2012 haastattelussa tuli esille, että vähäisten resurssien takia päihdehuollon erityispalveluissa on jouduttu leikkaamaan esimerkiksi päivystyspalveluja.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman korostama mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhteinen kehittäminen ja palveluiden integraatio kunnissa pyrkii vastaamaan siihen, että mielenterveys- ja päihdeongelmat liittyvät usein toisiinsa, ja moniongelmaiset asiakkaat tarvitsevat yhä asiantuntevampaa ja monipuolista hoitoa. Jo vuoden 2008 selvityksessä vastaajat olivat sitä mieltä, että palveluiden tulisi toimia tiiviimmin, sillä usein asiakas jouduttiin lähettämään toiseen yksikköön saamaan apua fyysisiin tai psyykkisiin ongelmiin. Monet haastateltavista kuvasivat syksyn 2011 haastatteluissa, että palveluiden nivoutumista paremmin yhteen oli pohdittu ja lähdetty kehittämään niitä kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaisesti. Esimerkiksi Espoossa tavoitteena oli ollut integroida mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä organisatorisesti että käytännön tasolla ja perustettu Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus Emppu. Porissa aikuisten psykososiaaliset palvelut järjestettiin yhdessä päihdepalveluiden kanssa ja moniammatillisesta yhteistyöstä oli koettu olevan hyötyä, kun perustason mielenterveyspalvelut olivat päihdeongelmaisten saatavilla. Salon kaupungin mielenterveys- ja päihdestrategioiden yhdistämistä suunniteltiin kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaisesti osana LÄNSI 2012 -hanketta, jolla tuettiin peruspalveluiden varhaisvaiheen päihde- ja mielenterveystyön kehittämistä. Muutamat haastatellut nostivat esille myös palveluiden integroimisen haasteita. Vuosiakin kestänyt integraatio vaatii edelleen aikaa ja totuttelua. Kahden eri sektorin työtapojen sovittaminen ei käy hetkessä. On myös tärkeä muistaa, että vaikka osa asiakkaista hyötyy integraatiosta, edelleen osa asiakkaista tarvitsee ainoastaan joko mielenterveys- tai päihdepalveluita.

Uudenlaisia kynnyksiä palveluihin voi syntyä silloin, kun vakiintuneissa palveluissa tapahtuu isompia muutoksia. Tästä esimerkkinä oli Espoon tilanne. Mielenterveys- ja päihdekeskus Empun perustamisen yhteydessä osa sinne ohjatuista asiakkaista ei ollut hakeutunut palveluihin sen jälkeen, kun palvelut oli siirretty uuteen paikkaan. Asiakkaat kritisivat hoitopaikan huonoa sijaintia ja sitä, että joutuivat lähtemään pois tutusta hoitopaikasta. Asenne päihdeongelmaisia kohtaan asettaa kynnyksiä myös muissa palveluissa. Espoon vastaajan mielestä päihdeasiakkaat olivat eriarvoisessa asemassa esimerkiksi terveydenhuollossa, joissa suhtautuminen päihdeongelmaisiin oli kielteisempää kuin päihdehuollon erityispalveluissa.

Vuoden 2011 selvityksessä päihdepalveluiden saatavuudesta selvitettiin myös kuntaliitosten ja yhteistoiminta-alueiden muodostamisen vaikutuksia palvelutarjontaan. Mukana oli useita liitoksen tehneitä kuntia, mutta vaikutusten objektiivinen arviointi koettiin vaikeaksi. Paikalliset vaikutukset eivät olleet vielä selkeästi tulkittavissa tai vastaukset perustuivat yksittäisten vastaajien henkilökohtaisiin arviointeihin uusien järjestelyjen toimivuudesta. Palveluiden resursointiin liittyvä jako uusien kumppanuuksien myötä ja määrärahojen riittävyys asiakaspohjan kasvaessa koettiin mahdollisiksi ongelmakohtiksi. Kouvola, Pori, Seinäjoki ja Salo olivat tehneet kuntaliitoksen, jolla oli vaikutuksia myös alueen päihdehuoltoon. Seinäjoella koettiin, että väestöpohjan kasvaminen ei vaikuttanut riittävästi palveluiden rersursointiin. Salossa taas kuntaliitoksen tuomat muutokset päihdepalveluihin nähtiin positiivisina, kun palvelutason arvioitiin parantuneen kuntaliitoksen myötä reunakunnissa. Laitoshoitoon pääsy oli helpottunut, koska kunnan asukkaat eivät tarvinnut maksusitoumusta omiin palveluihin. Lisäksi henkilöstön yhteistyöllä oli voitu mahdollistaa muun muassa kotipalvelu ikääntyville päihdeongelmaisille. Salon kaupungilla ja A-klinikkasäätiön Länsi-Suomen palvelualueella oli kumppanuussopimus päihdepalvelujen järjestämisestä. Salossa palveluiden vastuuttaminen yhdelle selkeälle taholle vaikutti edesauttaneen palvelurakenteen muutoksen onnistumista. Lahden seudulle oli muodostettu palvelualue 20 000 asukaan väestöpohjan saavuttamiseksi ja palvelut oli järjestetty kuntien välisin ostopalvelusopimuksin. Järjestelmä nähtiin kuitenkin monimutkaisena, koska sopimuksia oli paljon. Palvelut oli sijoitettu keskuksiin ja vastaajan arvion mukaan tämä on voinut vaikuttaa heikentävästi palveluiden saatavuuteen reuna-alueilla esimerkiksi perusterveydenhuollon palveluissa.

Vuosien 2011 ja 2012 haastatteluissa nousi esiin myös päihdepalveluiden järjestämiseen liittyviä taloudellisia haasteita. Kuntien taloudessa elettiin varovaista aikaa, jolloin palveluita pyrittiin supistamaan ja määrärahoja leikkamaan. Toiminnan kehittämiseen tai uusien palvelumuotojen etsimiseen oli tarjolla pääsääntöisesti hankerahoitusta. Hankerahoituksen päättyessä toiminnan jatkamiseen ja vakiinnuttamiseen ei aina löytynyt omaa jatkorahoitusta. Monessa tutkimuksessa mukana olevassa kunnassa pelättiinkin hyviä tuloksia tuoneen toiminnan päättyvän hankkeen loppuessa. Ajalle tyypillisenä nähtiin myös erilaisten sopimusten ja sitä kautta byrokratian lisääntyminen. Muutosten toteuttaminen merkitsi myös lisääntyviä vaatimuksia työajan käytössä. Esimerkiksi Turussa sosiaali- ja terveystoimen yhdistyminen vuonna 2009 aihe-

utti organisaatiossa paljon muutoksia ja uusi kokonaisuus työnjakoineen haki edelleenkin muotoaan. Tapaamiset muiden sektoreiden edustajien kanssa, hallinnollinen työ ja paperityö veivät paljon työaika.

Päihdehuoltolaki painottaa palveluiden järjestämistä niin, että ne ovat helposti tavoitettavia, joustavia ja monipuolisia ja että asiakas voi hakeutua hoitoon oma-aloitteisesti. Yhtenä tärkeänä oma-aloitteisen hoitoon hakeutumisen edellytyksenä ovat riittävät tiedot olemassa olevista hoitopalveluista. Tämä selvityksen tekeminen toimi omalla tavallaan testauksensa siitä, miten hyvin kuntien asukkailleen tarjolla olevista päihdehoitopalveluista oli löydettävissä helposti tietoa, kun selvityksen taustalle haettiin mahdollisimman vertailukelpoista tietoa eri kuntien päihdepalveluiden kokonaisuudesta. Monessa tapauksessa kaupunkien internet-sivuilla päihdepalvelut löytyivät syvältä verkkosivujen rakenteesta monien klikkausten tai linkkien takaa. Eri-ikäiset asiakkaat etsivät tietoa erilaisista lähteistä ja joissakin tapauksissa tiedot päihdepalveluista oli esitetty verkkosivuilla epäselvästi. Esimerkiksi Jyväskylän kaupungin internet-sivulla oli vuonna 2011 tieto, että päihdehuollon erityispalveluiden järjestämisvastuu on siirretty sairaanhoitopiirille, joka ostaa palvelut Sovatek-säätiöltä. Verkkolinkki säätiön sivuille ei toiminut syksyllä 2011. Kuopion kaupungin verkkosivuilta oli syksyllä 2012 suora internetlinkki sen erityispalveluiden tuottajan sivuille eli Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiön sivuille. Verkkolinkin lisäksi kaupungin omilta verkkosivuilta ei löytynyt lyhyttäkään luonnehdintaa Kuopion päihdepalveluista. Verkkosivuja selailevalle voi tulla vaikutelma siitä, ettei kaupungilla olisi mitään tekemistä päihdehuollon kanssa. Viime kädessä kunnalla itsellään on vastuu päihdepalvelujen hoitamisesta. Päihteidenkäyttöön ja päihdeongelmaan liittyy usein ennakoasenteita, jotka alitajuisestikin voivat vaikuttaa siihen, miten päihdepalveluista tiedotetaan – halutaanko korostaa sitä, että päihdepalvelut ovat kiinteä ja olennainen osa kunnan sosiaali- ja terveystaloutta, vai nähdäänkö ne marginaalisina palveluina, jolloin niistä tiedottamiseen ei erityisesti kiinnitetä huomiota. Myös päihdepalveluista kertova termistö vaihtelee paikkakunnittain ja useissa tapauksissa joutuu kokeilemaan useita hakusanoja ennen kuin palvelut löytyvät. Erityisesti palveluiden muuttuessa tiedotukseen tulisi kiinnittää huomiota, jotta palveluita tarvitsevat löytävät palveluihin.

7.3 Päihdepalveluiden painopisteet muutoksessa

Vuoden 2004 alkoholiveronalennuksesta seuranneen alkoholinkulutuksen nopean nousun jälkeen kulutus on laskenut useiden veronkorotusten myötä. Kulutus on kuitenkin edelleen vuoden 2003 tasoa korkeammalla ja alkoholi on edelleen suomalaisten pääpäihde, vaikka huumemyönteisyyden ja kannabiskokeilujen on arvioitu lisääntyneen viime vuosina.

Alkoholin vuoksi hoitoon hakeutuneiden määrä on kasvanut päihdehuollon avohoidossa ja katkaisuhoidossa. Näyttää siltä, että katkaisuhoidon pääsy suurissa kunnissa on ollut sujuvaa. Päihdepalveluiden avohoidon ja katkaisuhoidon painottavan palvelutarjonnan myötä pidempiaikaisen laitoshoidon saatavuus on kuitenkin vähentynyt. Laitoshoidon on henkilöresursseja sitovaa ja siten palveluja maksavien kuntien näkökulmasta sillä hetkellä kallista. Ympäri vuorokautista hoitoa vähentämällä ja avohoidon muotoja lisäämällä on nähty mahdolliseksi hoitaa moninkertainen määrä asiakkaita.

Näkemykset laitoshoidon vähentämisen tarkoituksenmukaisuudesta on jossain määrin vaihdellut eri vuosina tehdyissä selvityksissä. Vuoden 2007 selvityksessä lähes kaikki vastaajat arvioivat, että laitoshoidon tuotuspainotusta on hyvin saatavilla, mutta maksusitoumuksen odottaminen saattoi joskus hidastaa hoitopääsyä ja aina sitä ei edes saanut, vaikka laitoshoidon tarvetta oli. Vuonna 2011 vastaajat painottivat avohoidon tuotuspainotusta ensisijaisena toteutustapana. Syksyllä 2012 monissa kaupungeissa ei ollut enää omana toimintana tuotettavaa laitoshoidon tuotusta tarjolla, vaan sitä toteutettiin ostopalveluna tai kuntayhtymien kautta. Usein kaupungin budjetista oli varattu tietty määräraha kuntoutusjaksojen ostolle ja hoitopääsyn arvion teki työryhmä. Monet vastaajat mainitsivat 2011, että laitoshoidon tuotusta oli mahdollista vain, jos avokuntoutus ei tuottanut tulosta. Esimerkiksi Espoossa laitoshoidon tukitoimenpiteenä, ja kuntouttavan laitoshoidon määrää oli vähennetty hoitajaksoja lyhentämällä ja avohoidon tehostamalla. Katkaisu-, vieroitus- ja kuntoutushoidon vuorokausien määrä oli vähentynyt Espoossa vuodesta 2008 vuoteen 2009. Vuoden 2011 haastattelussa todettiin, että laitoshoidon saaminen oli vaikeaa, ja maksusitoumuksen saaminen oli vaikeaa.

kun avohoitoa painotettiin. Myös Tampereella painotettiin vuoden 2011 haastatteluissa pyrkimystä laitostoutuksen vähentämiseen. Vantaalla laitoshoidon hoitovuorokausien määrä oli vähentynyt erityisesti kuntouttavan laitoshoidon osalta ja kuntouttava laitoshoido hankittiin vuonna 2008 kilpailutetuilta palveluntuottajilta. Vuonna 2011 Vantaalla arvioitiin, että asumispalvelujen lisääntyminen oli kompensoinut kuntouttavan laitoshoidon vähenemistä. Turussa päihdepalveluiden kokonaiskustannuksia oli pyritty karsimaan ja suurimmat leikkaukset olivat kohdistuneet asumis- ja kuntoutuspalveluihin. Kuntoutuspalveluita hankittiin vuonna 2011 maksusitoumusmenettelyllä eri puolilla Suomea toimivilta päihdehoitolaitoksilta. Turussa asiakas ei enää päätynyt kuntoutusprosessiin ilman erillistä arviota palvelutarpeesta; jos hänelle suositeltiin muuta kuin kaupungin kilpailuttamaa kuntoutuspaikkaa, se tarvittiin lautakunnan hyväksyntä. Jyväskylässä tarjottiin 2011 pääasiassa avokuntoutusta, mutta tarpeen tullen voitiin ohjata laitoshoidon.

Laitoshoidosta luopumisen taustalla voidaan nähdä myös asiakaslähtöistä ajattelua. Esimerkiksi Helsingissä sekä vuonna 2011 että 2012 tehdyissä haastatteluissa perusteltiin avohoidon kehittämistä sillä, että laitostuotoinen, arkiympäristöstä irrotettu hoito ei tukenut asiakkaan kiinnittymistä normaaliin arkeen. Nykyaikainen ajattelu korostaa hoidon tuomista osaksi ihmisen arkea. Erityisesti kaukana tapahtuva laitoshoidon ei nähty valmentavan asiakasta paluussa arkeen. Joillekin asiakkaille laitoshoido nähtiin kuitenkin edelleen hyvänä – ja joskus myös välttämättömänä – vaihtoehtona, mutta hoitomuotoa ei ollut enää tarjottavissa ensisijaisena palveluna. Avomuotoiset palvelut olivat helpommin saavutettavia ja niihin lähtemisen arvioitiin voivan olla pienemmän kynnyksen takana kuin laitoshoidon sitoutuminen. Kaikkiaan vuoden 2011 haastatteluista kävi ilmi, että päihdepalveluiden tärkeä kehityssuunta oli asiakkaan tarpeita vastaavat, joustavat ja ajanmukaiset avohoitopalvelut. Ryhmäpainotteisuus oli toinen selkeä kehityssuunta, jolla tavoiteltiin sekä säästöä hoidon kustannuksissa, mutta myös vertaistuen tuomaa etua asiakkaille. Monissa selvityksen kaupungeissa avohoidossa toimi useita terapiaryhmiä erilaisin painoituksin, ja asiakas saattoi valita ryhmistä itselleen sopivimman. Myös yksilöaikoja palveluihin oli kaikkialla saatavissa, mutta niihin joutui usein jonottamaan.

Viime vuosina suurimmissa kunnissa on kehitetty päihdeongelmallisille tarkoitettuja asumispalveluja pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelman (kaudet 2008–2011 ja 2012–2015) pohjalta. Päihdeongelmallisilla on ollut vaikeuksia saada tai pystyä pitämään pysyvämpää asuntoa, kun asumispalveluissa on edellytetty päihdeettömyyttä. Päihdeettömyyden vaatimus on voinut poissulkea monet vaikeammin päihdeongelmaiset palveluiden ulkopuolelle, koska retkahdukset eli vanhaan päihdeiden ongelmakäyttötapaan palaaminen ovat osa päihderiippuvuuden perusongelmaa. Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelmassa on tilapäistä asumismahdollisuutta tarjoavan asuntola- tai ensisuojo toiminnan sijaan pyritty kehittämään vakituista, ”oman oven” tarjoavaa asumista. Pitkäaikaisasunnottomille tarkoitetut asunnot ovat lisääntyneet. Monet haastatteluihin vastanneet toivat esille asunnottomuusohjelman myönteisiä vaikutuksia. Asumispalveluissa arveltiin olevan sen myötä parempi ymmärrys päihdeidenkäyttäjien erityistarpeista. Kun retkahdus ei automaattisesti tarkoita asunnon menetystä, on ”pyöröovisyndrooma” vähentynyt. Oma vakituinen asunto voi merkitä sitä, että avohoidosta saatava tuki voi riittää, oma asunto voi lisätä päihdehoidon onnistumisen mahdollisuutta sekä helpottaa asiakkaan uudelleen kiinnittymistä yhteiskuntaan. Toisaalta kuitenkin haastatteluissa tuotiin esille huolta siitä, että pelkkä oman asunnon tai ”oman oven” tarjoaminen päihdeongelmallisille saatetaan nähdä riittävänä tukena ilman, että arvioidaan päihdeongelmaisen hoidon tai kuntoutuksen tarvetta. Myös omassa asunnossa asuva päihdeongelmainen voi tarvita jossain vaiheessa katkaisuhoidoa tai kuntouttavaa laitoshoidoa. Lisäksi asiakkaiden siirtyminen asumispalveluihin voi aiheuttaa päihdeongelmaisten ”katoamista” päihdehoitoa koskevista tilastoista. Asunnottomuusohjelmien vaikutuksen arvioinnissa tulisi selvittää asumispalvelujen ja tarpeenmukaisen päihdekuntoutuksen saatavuuden suhdetta.

7.4 Päihdepalveluihin pääsy

Vuosien 2011 ja 2012 pilottiluontoisten selvitysten pohjalta näyttää siltä, että suurissa kunnissa alkoholin vuoksi avohoitoon hakeutuvat näyttivät pääsevän hoidon tarpeen arviointiin yleensä alle viikon sisällä, mutta sen pohjalta sovitun hoidon aloittamisessa oli yleensä 1–4 viikon odotusaika. Hoitoon hakeutuneita koskevan tiedon pohjalta ei kuitenkaan voi tehdä sitä johtopäätöstä, että kaikki hoitoa tarvitsevat alkoholin

ongelmakäyttäjät pääsisivät hoitoon nopeasti, koska alkoholiriippuvaisia ja alkoholin suurkuluttajia on moninkertainen määrä siihen verrattuna, kuin paljon vuosittain hoidetaan alkoholi- tai muista päihdeongelmista kärsiviä.

Huumeiden vuoksi hoitoon hakeutuneet pääsivät myös yleensä nopeasti hoidon tarpeen arviointiin, mutta varsinainen hoidon aloitukseen oli muutaman viikon odotusaika. Joissakin yksiköissä jonotusaika saattoi olla useamman kuukauden pituinen. Odotusajat vaihtelivat saman kunnan sisällä toimivissa eri hoitoyksiköissä, mihin voi vaikuttaa eri hoitoyksiköiden hoitajaksojen kokonaiskesto ja mahdollisuudet ottaa uusia asiakkaita.

Päihdehuollon laitosmuotoiseen katkaisuhoidon pääsi alkoholiongelmiensa vuoksi yleensä tarvitsematta jonottaa lainkaan tai jonotusaika oli korkeintaan 1–2 vuorokautta. Sen sijaan alkoholiongelman vuoksi laitosmuotoiseen kuntoutukseen pääsyn kesto vaihteli muutamasta päivästä useampaan viikkoon. Laitosmuotoista katkaisuhoidon vaativien alkoholivieroitusoireiden hoito on kiireellistä hoitoa, ja siltä osin nopea pääsy näyttää toteutuneen suurissa kaupungeissa. Laitosmuotoisen katkaisuhoidon parempi saatavuus verrattuna pidempiaikaiseen laitoskuntoutukseen näkyy myös valtakunnallisissa tilastoissa. Peruspalvelujen tila 2012 -raportissa (Kunnallistalouden ja hallinnon neuvottelukunta, 2012) on todettu, että kunnat ovat viime vuosina vähentäneet päihdehuollon laitosmuotoisen kuntouttavan hoidon käyttöä ja painopistettä on siirretty avohoidon lisäksi lyhytaikaiseen katkaisuhoidon.

Huumeongelmaiset joutuivat odottamaan vieroitushoitoon tai kuntouttavaan laitoshoidon pääsyä pidempään kuin alkoholiongelman vuoksi hoitoon hakeutuneet. Jonotusaika huumevieroitushoitoon oli yleensä muutamasta vuorokaudesta muutama viikkoon, ja kuntouttavaan laitoshoidon pääsy muutamasta viikosta muutama kuukauteen. Jonotus opioidikorvaushoidon tarpeen arviointiin kesti vuosina 2011 ja 2012 joitakin kuukausia ja hoidon aloitukseen useampia kuukausia. Hoidon odotusajat näyttivät hieman lyhentyneen, kun tuloksia verrattiin aikaisempiin STM:n selvityksiin. Hoitotakuun aikarajat näyttivät ylittyneen vain yksittäisissä yksiköissä.

Huumeidenkäyttäjien palveluiden saatavuudessa on kuitenkin enemmän viiveitä kuin alkoholiongelmaisten palveluissa. On mahdollista, että viive johtuu huumeidenkäytölle tyypillisen monien päihteiden samanaikaisen käytön aiheuttamista pidemmistä hoitajaksoista, opioidikorvaushoidon lisääntymisestä sekä opioidikorvaushoidon pitkäkestoisuuden vuoksi ruuhkautuvista palveluista. Suurimmassa osassa kaupungeja vastaajat totesivat opioidikorvaushoidon järjestämisen vievän paljon resursseja. Lääkkeiden jakamisen nähtiin olevan työllistävää ja arveltiin olevan menossa kohti palvelua, jossa ”jaetaan vain lääkkeitä ja psykososiaaliset palvelut jäävät pois”. Toisaalta korvaushoidossa olevien asiakkaiden nähtiin olevan hyvin tietoisia oikeuksistaan ja pitävän puoliaan ja vaativan hoitoa. Potilaat keskustelevat ja jakavat tietoa hoidosta ja potilaiden oikeuksista esimerkiksi verkkokeskustelupalstoilla.

Opioidikorvaushoito on ollut selvityksissä erityisteemana siihen liittyvän hoitopääsyn viiveiden seuraamiseksi, jotka aiempina vuosina ylittivät hoitotakuun aikarajat. Hoitotakuun tulkitseminen koettiin epäselväksi, vaikka terveydenhuoltolaki antaa sinänsä selkeät aikarajat hoitoon pääsulle. Terveydenhuoltolain mukaan perusterveydenhuollossa hoidon tarpeen arvioon on päästävä kolmessa vuorokaudessa ja hoitoon on päästävä kolmessa kuukaudessa. Opioidikorvaushoito kuitenkin tulkitaan usein erikoissairaanhoidon tasoiseksi sen vaativuuden vuoksi. Erikoissairaanhoidossa hoidontarpeen arviointi on aloitettava kolmessa viikossa lähetteen saapumisesta ja arvioinnin edellyttämät tutkimukset ja erikoislääkärin arvio on tehtävä kolmessa kuukaudessa lähetteen saapumisesta. Kun arvio on tehty, hoito on aloitettava ”hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa”¹⁶, kuitenkin viimeistään kuudessa kuukaudessa hoidon tarpeen toteutamisesta. Jos kunta tai sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä ei voi itse antaa hoitoa lain määritellyissä enimmäisajoissa, on sen järjestettävä hoito hankkimalla se muilta palveluntuottajilta. Näin ollen opioidikorvaushoidon hoitopääsyä koskevan hoitotakuun on pisimmillään erikoissairaanhoidossa korvaushoidon tarpeenarvion osalta korkeintaan kolme vuorokautta ja arvion jälkeisen hoidon aloituksen osalta kuusi kuukautta. Yhteensä korvaushoitoon pääsyä voi näin odottaa yhdeksän kuukautta ennen kuin kunta on velvollinen aloittamaan lisätoimenpiteet hoidon järjestämiseksi. Vaikka hoidon järjestämistä säätelevät lait, asetukset ja ohjeistukset määrittävät hoitoon pääsyn enimmäisaikarajat, hoidon tulisi kuitenkin järjestyä kussakin tilanteessa hoitoa tarvitsevan tarpeiden kiireellisyyden mukaisesti.

Opioidikorvaushoidon osalta hoidon porrastus näytti helpottaneen aiempia pitkiä odotusaikoja. Kun vaikiintuneessa hoitovaiheessa olevat opioidihoitoa saavat pääsevät siirtymään päihdehuollon erityispalveluista peruspalveluihin, uusien huumeongelmaisten hoitoon pääsy helpottuu. Vuonna 2011 huumevieroituksen jonot olivat hieman lyhentyneet tai vähintäänkin pysyneet ennallaan niissä kaupungeissa, joissa opioidikorvaushoitoa oli porrastettu ja joissa oli käytössä apteekkisopimus opioidikorvaushoidossa, kuten Helsingissä, Espoossa, Lahdessa, Tampereella tai Vantaalla. Näissä kaupungeissa huumevieroitukseen pääsy kesti lyhimmillään 1–2 vuorokautta ja pisimmillään 3–4 viikkoa. Vuonna 2011 Oulussa, Jyväskylässä ja Porissa ei ollut käytössä apteekkisopimusta ja siellä vieroitushoidon jonot olivat kasvaneet. Vuonna 2011 jonotus opioidikorvaushoitoon niissä kaupungeissa, joissa opioidihoidossa ei ollut käytössä apteekkisopimusta, kesti lyhimmillään 3–4 viikkoa ja pisimmillään 3 kuukautta. Porrastetun hoitomallin omaksuneissa kaupungeissa myös hoitoon johtaneet jonot oli saatu lyhennettyä. Esimerkiksi Helsingissä, Kuopiossa ja Lahdessa, joissa jonotus palveluun oli kestänyt vuosina 2007 ja 2008 yli vuoden, oli vuonna 2011 onnistuttu alittamaan hoitotakuun määrittelemät aikarajat. Vuonna 2012 selvityksessä opioidikorvaushoidossa käytetävän apteekkisopimuksen ja huumevieroitukseen pääsyn sujuvuuden yhteys ei ollut enää yhtä selvä. Helsingissä, Espoossa, Lahdessa ja Porissa oli lyhyimmät (3–7 päivää) jonot huumevieroitukseen ja näistä kolmessa ensimmäisessä oli myös apteekkisopimus. Kuitenkin pisimmät (2–3 kuukautta) huumevieroituksen jonot olivat Kuopion kahdessa yksikössä, jossa toisessa oli hoidossa apteekkisopimuksella opioidilääkityksensä hakevia ja toisessa ei. Apteekkisopimuksella opioidihoitolääkityksensä apteekista hakevat voivat myös tarvita muutakin päihdehoidon apua ja tukea, ja opioidikorvaushoidossa olevien potilaiden määrän jatkuvasti lisääntyessä ei apteekkisopimuksella ole ehkä enää samanlaista merkitystä huumehoitoon liittyvien odotusaikojen lyhentämisessä. Palveluiden ruuhkautuminen jossakin pisteessä voi johtaa koko järjestelmän hitauteen.

Voidaan myös pohtia sitä, miten onnistuneesti opioidihoitoa saavat pystyvät siirtymään opioidikorvaushoidon porrastetussa mallissa vaiheesta toiseen koko prosessin kannalta. Hoidon kokonaisuuteen vaikuttaa se, miten hyvin opioidihoitoa saava sitoutuu hoitoonsa. Hyvin hoitoon sitoutunut myös hyötyy hoidosta paremmin. Sen sijaan hoidosta pois putoava todennäköisesti palaa hakemaan hoitoa myöhemmin uudelleen. Monissa kaupungeissa opioidikorvaushoidon eri vaiheet oli hajautettu eri yksiköihin. Hoidon eri vaiheet voidaan toteuttaa eri yksiköissä, omana tai ostopalveluna, jolloin hoidon kokonaisuus voi olla pirstaleinen. Jos hoidon kokonaisuudesta vastaa yksi taho, asiakas ei joudu siirtymään yksiköstä toiseen. Osa opioidiriippuvaisista on kuitenkin niin moniongelmaisia ja monisairaita, että se edellyttää ainakin hoidon aloittamista yksikössä, jossa on vaativan tason erityisosaamista.

Vuoden 2012 haastattelujen yhteydessä pyrittiin selvittämään myös sitä, oliko päihdeongelmaisten äitien hoitoon tarkoitettu kohdennettu valtionosuus vaikuttanut hoidon saatavuuteen. Päihdeongelmaisten raskaana olevien naisten hoitoon kohdennetusta valtionosuuden lisäys tunnettiin yleisellä tasolla, mutta sen kohdentumisesta ei saatu tarkempaa tietoa. Valtionosuuden lisäyksen ei nähty synnyttäneen mitään uusia päihdeongelmaisille äideille suunnattuja palveluja, mutta sen arvioitiin kuitenkin pystyneen säilyttämään päihdeongelmaisille raskaana oleville naisille tarkoitettujen palvelujen tasoa tilanteessa, jossa kunnalliset resurssit olivat muuten heikentyneet.

8 Johtopäätökset

Päihdepalveluihin pääsyn seurannassa tarvitaan tietoa päihteiden käytöstä, palveluita tarvitsevista asiakkaista ja palvelujärjestelmässä tapahtuvista muutoksista. Päihdetilanteessa ja päihteiden käytössä tapahtuvat muutokset vaikuttavat palveluiden kysyntään, ja muutokset tulisi huomioida myös palveluiden sisältöä ja järjestämistapaa kehitettäessä. Vaikka alkoholi on edelleen suomalaisten valtapäihde, vuosien 2011 ja 2012 haastatteluissa korostuivat huumeiden ja sekakäyttäjien hoitoon liittyvät kysymykset. Palveluissa asioivien sekakäyttäjien määrän arvioitiin kasvaneen ja korvaushoitopotilaiden määrän moninkertaistuneen 2000-luvulla. Päihdeongelmien nähtiin monimutkaistuneen ja hoitoon hakeutuneiden päihdeongelmaisten olevan aiempaa huonokuntoisempia. Päihteitä käyttävien nuorten, naisten ja ikääntyneiden osuuden arvioitiin lisääntyneen päihdepalveluissa. Ikääntyneiden palveluiden saatavuuden osalta kotiin vietävillä palveluilla on aiempaa suurempi merkitys.

Kunnat näyttivät järjestävän kuntalaistensa tarvitsemat päihdepalvelut monin eri tavoin. Osa kunnista järjesti monipuolisia päihdehuollon erityispalveluita kunnan omana palvelutuotantona. Monet kunnat hankkivat ainakin laitosmuotoiset kuntoutuspalvelut ja asumispalvelut ostopalveluina. Päihde- ja mielenterveyspalveluiden yhteistyötä oli kehitetty useammassa kunnassa ja joissakin kunnissa palveluita oli myös integroitu. Yhteistä selvityksessä mukana olleissa kunnissa oli se, että hoidon painopistettä oli siirretty laitospalveluista kohti avopalvelua. Ympäri vuorokautisen laitoshoidon osalta oli nähtävissä sekä laitoshoidon käytön vähenemistä että pitkiä jonotusajoja kuntouttavaan laitoshoitoon. Suoran hoitopaikasta mahdollistavien päihdepalvelujen väheneminen johtaa usein siihen, että päihdeongelmat vaikeutuvat odottaessa, ja niiden hoitaminen myöhemmin voi vaatia moninkertaisia resursseja. Päihdeongelmaisten elämäntilanteen ja päihderiippuvuuden vaikeutuessa vaatimukset henkilöstön osaamisen ja jaksamisen suhteen lisääntyvät. Päihdeongelman ja asiakasryhmien monimuotoistuminen lisää tarvetta vastata päihdeongelmiin myös muissa kunnan palveluissa. Toimijoiden välisen yhteistyön byrokratisoituminen vie resursseja asiakastyöstä. Kunnissa on viime vuosina kehitetty hoito- ja kuntoutuspalveluiden rinnalla myös asumispalveluita. Päihdeongelmaisten avo- ja laitoshoidon välisen painopistemutoksen vaikutuksia arvioitaessa tulisi niiden rinnalla arvioida myös saatavilla olevien asumispalveluiden merkitystä päihdeongelmista toipumisessa. Siihen, miten hyvin eri tavoilla järjestetyt päihdepalvelut vastasivat päihdeongelmista aiheutuviin avun, tuen ja hoidon tarpeisiin, ei pelkästään tämän kyselyn pohjalta ole suoraan mahdollista vastata. Päihdepalvelujen käyttöä koskevan tiedon rinnalla tarvitaan tietoa myös muusta päihteiden käyttöön liittyvästä sosiaali- ja terveyspalveluiden käytöstä sekä väestötason tietoa päihteiden käytöstä ja siitä aiheutuvista haitoista ja ongelmista, jotta voidaan arvioida sitä, miten hyvin palvelut vastaavat tarvetta ja miten ne kannattaisi järjestää. Vertailukelpoista tietoa pitäisi saada niin kunnan tai kuntayhtymän omista tai ostopalveluina hankkimista palveluista. Päihdeongelmaisten kannalta on sinänsä samantekevää, kuka palvelun tuottaa, kunhan palveluista saa tarvitsemaansa apua, hoitoa ja kuntoutusta.

Päihdehoidon sisällön lisäksi tärkeää on myös nopea palveluun pääsy. Pitkittänyt hoitoon pääsy johtaa myös ongelmien vaikeutumiseen. Päihdeongelmaisten suora pääsy päihdehuollon avohoitoon oli 2011 ja 2012 selvityksessä mukana olleilla useimmilla paikkakunnilla mahdollista siten, että moniin palveluihin saattoi hakeutua päivystystasvastaanoton kautta. Akuutissa tilanteessa alkoholiongelmien vuoksi avohoitoon arvioon pääsy näytti olevan sujuvaa, vaikka pitkäaikaisemmassa ajanvarauksella tapahtuvassa hoidon aloittamisessa oli jonkin verran viiveitä. Päihdehuollon laitosmuotoiseen katkaisuhoidon pääsi alkoholiongelman vuoksi yleensä joko kokonaan jonottamatta tai parin vuorokauden sisällä. Alkoholiongelman vuoksi laitosmuotoiseen kuntoutukseen pääsyn kesto vaihteli muutamasta päivästä useampaan viikkoon. Huumeongelmaisten hoitopaikasta oli pidempiä viiveitä kuin alkoholiongelmaisten hoitopaikasta. Jonotusajaksi laitosmuotoiseen huumevieroituslaitokseen oli yleensä muutamasta vuorokaudesta muutamaan viikkoon, ja kuntouttavaan laitoshoitoon pääsy muutamasta viikosta pariin kuukauteen.

Huumeidenkäyttäjien hoidossa yksi keskeinen viime vuosina laajentunut hoitomuoto on ollut opioidikorvaushoito. Opioidikorvaushoidon organisoiminen portaittaisesti on mahdollistanut hoitojonojen lyhentymisen. Hoidon porrastamisella tarkoitetaan, että päihdeongelmiin erikoistuneiden yksiköiden osaamista hyödynnetään vaikeimmista ongelmista kärsivien hoidossa, ja vakiintuneessa hoidon vaiheessa olevat siirtyvät pitkäaikaiseen korvaushoitoon terveyskeskuksiin. Vaikka opioidikorvaushoitoa saava siirtyy organisaatiosta toiseen, on hoidon toteuttamisen resurssit löydettävä kuitenkin sosiaali- ja terveydenhuollosta. Erillisten organisaatioiden tai sektoreiden erillisbudjetit voivat houkutellessaan resurssien käytön osatavoitteenä – pyritään siirtämään oman organisaation tai sektorin resursseja paljon kuluttavia asiakkaita toisen tahon hoidettavaksi varmistamatta sitä, että hoitoketju kokonaisuudessaan on kustannustehokkaasti toimiva. On tärkeä arvioida vaikeasti päihderiippuvaisten hoidon kehittämistä kokonaisuutena, ja ottaa palvelujärjestelmän kehittämiseen mukaan myös asiakkaita, jotta pystytään huomioimaan asiakkaiden tarpeisiin kokonaisvaltaisesti vastaavien palvelujen toteutuminen.

Erilaiset päihdehuollon järjestämistavat vaikeuttavat palvelujen järjestämisen vertailtavuutta, mutta yhtenäiset rekisterit helpottaisivat sitä. Sairaalahoidon koskevaan terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteriin (Terveys-Hilmo) kerätään tietoa muun muassa hoitoon pääsyn odottamisajasta. Viime vuosina perusterveydenhuollon päihdeasiintyistä käynnistä on saatu tietoa perusterveydenhuoltoa koskevan Avohilmon kautta, mutta tiedot ovat toistaiseksi vielä puutteellisia. Sosiaalihuollon laitoshoidon koskeva Hilmo-tiedonkeruu on suppeampi kuin terveydenhuollon Hilmo-tiedonkeruu. Sosiaalihuollon laitoshoidon osalta ei kerätä lähetteen käsittelyä ja hoidon odotusaikaa koskevia tietoja. Diagnoositietojen sijaan sosiaalihuollon laitoshoidossa kerätään hoitoon tuloon syy. Hoitoilmoitusrekisteriä tulisi jatkossa laajentaa kattamaan kaikki päihdehuollossa toteutettu hoito riippumatta siitä, onko kyseinen palvelu tuotettu sosiaalihuollossa vai terveydenhuollossa. Lisäksi hoitoilmoitusrekisterin sisältöjä tulisi kehittää siten, että myös sosiaalihuollossa toteutettavat avomuotoiset päihdepalvelut sekä päihdehuollon asumispalvelut tulisivat tiedonkeruun piiriin.

Tämän selvityksen pohjalta näyttää siltä, että kiireettömän päihdehoidon osalta hoitotakuun aikarajojen seuraamisessa tai niiden noudattamisessa on vielä puutteita. Jonotusajan seuraamiseksi tarvitaan systemaattista hoidon jonotusaikaa koskevan tilastoinnin kehittämistä. Päihdepalveluihin pääsyyn liittyviä erilliselvityksiä tarvitaan siihen asti, kunnes hoitoon pääsyyn liittyvää tietoa voidaan saada valtakunnallisista rekistereistä. Tämän päihdepalveluihin pääsyä koskevan tiedon saamisen lisäksi tavoitteena on ollut myös kehittää päihdepalveluihin pääsyyn liittyvää tiedonkeruun tapaa ja siinä käytettäviä instrumentteja siten, että jatkossa olisi paremmat mahdollisuudet saada vertailukelpoista tietoa päihdeasiakkaiden hoitoon pääsyyn liittyvistä muutoksista. Myös tiedonkeruun kattavuuden parantaminen on yksi olennainen asia, jos erillistiedonkeruita tehdään. Jatkossa olisi tärkeää saada tietoa myös siitä, miten päihdeasiakkaat pääsevät hoitoon pienemmällä paikkakunnalla. Pienissä kunnissa ei välttämättä ole saatavilla päihdehuollon erityispalveluja, vaan kuntalaiset saavat päihdepalveluita sosiaalitoimesta ja terveyskeskuksesta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen liittyvä kuntakohtainen vaihtelu saattaa tulevaisuudessa vähentyä, kun sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen kehittämisen myötä siirrytään laajemmalla väestöpohjalla toteutettaviin palveluihin. Olennainen kysymys on se, millaisilla palveluilla pystytään vastaamaan päihdeongelmaisten yksilöllisiin, usein hyvin monimuotoisiin ja monitasoisiin ongelmiin. Syntyykö toimiva palvelukokonaisuus paikallisesti kehitetyistä innovaatioista, vai ylhäältä alaspäin tapahtuvan ohjauksen pohjalta hyväksi havaittujen toimintamallien soveltamisesta? Ehkä hyvä lähestymistapa on jo monella yhteiskunnan sektorilla sovellettu ajatus ”Think globally, act locally”. Tutkimustietoon perustuvien hoitosuosittelujen ja hyvien käytäntöjen soveltaminen edellyttää myös paikallisten olosuhteiden tuntemista ja toiminnan muokkaamista paikallisten olosuhteiden mukaisesti. Keskeistä on joustava hoitoon pääsy ja monimuotoisiin tarpeisiin kokonaisvaltaisesti vastaavat palvelut. Vertailukelpoista seurantatietoa tuottavat tietojärjestelmät ovat puolestaan keskeisiä järjestelmän tuottamien muutosten arvioinnissa.

Liite 1

SELVITYS PÄIHDEPALVELUIDEN SAATAVUUDESTA 2012

PERUSTIEDOT

1. Vastaajan tiedot:
2. Nimi:
3. Sähköpostiosoite:
4. Kunta, jonka alueella yksikkö sijaitsee:
5. Päihdehuollon yksikön nimi:
5. Mikä on yksikkönne taustaorganisaatio?
 - Kunta
 - Sosiaali- ja/tai terveydenhuollon kuntayhtymä
 - Päihdehuollon kuntayhtymä
 - Alueellinen päihdepalvelusäätiö
 - Valtakunnallinen järjestö tai säätiö
 - Palveluyritys
 - Muu, mikä?
7. Ovatko päihdeasiakkaanne pääosin yhden kunnan alueelta?
 - Kyllä, kunta on:
 - Ei, asiakkaamme tulevat pääsääntöisesti seuraavista kunnista:

AVOPALVELUT

8. Onko yksikössänne päihdeasiakkaille AVOPalveluita?
 - Kyllä
 - Ei, siirry kohtaan LAITOSPALVELUT

Odotusaika avopalveluihin

9. Avopalveluita antavan toimipisteen nimi (jos eri kuin yksikön nimi)
10. Onko yksikkönne avopalveluissa päivystysaikoja?
 - Kyllä => Jos päivystysaikoja on, kuinka monena päivänä viikossa ja kuinka monta tuntia kerrallaan niitä on?
 - Ei
11. Olisiko tarvetta päivystysajoille?
12. Kuinka kauan päihdeasiakas joutuu enimmillään odottamaan seuraaviin avopalveluihin? Odotusaika = Aika ensimmäisestä kyseistä hoitoa koskevasta yhteydenotosta sitä koskevan palvelun alkamiseen. Vaihtoehdot: ei jonoa / 1-7 pvä / 1-4 vkoa / 2-3 kk / 4-6 kk / yli 6 kk / ei tietoa / ei palvelua
 - Alkoholiongelman arviointijakson aloitus
 - Huumeidenkäyttäjän arviointijakson aloitus
 - Alkoholiongelman työskentelyvaiheen aloitus
 - Huumeidenkäyttäjän työskentelyvaiheen aloitus
13. Montako asiakasta on jonossa odottamassa pääsyä seuraaviin avopalveluihin? Jonottava asiakas = asiakas, joka odottaa ensimmäisen kyseistä hoitoa koskevan yhteydenoton jälkeen kyseisen palvelun alkamista. Vaihtoehdot: 0 hlöä / 1-2 hlöä / 3-4 hlöä / 5-9 hlöä / 10-14 hlöä / 15-19 hlöä / 20 hlöä tai enemmän / ei tietoa / ei palvelua / ei jonotuskäytäntöä
 - Alkoholiongelman arviointijakson aloitus
 - Huumeidenkäyttäjän arviointijakson aloitus
 - Alkoholiongelman työskentelyvaiheen aloitus
 - Huumeidenkäyttäjän työskentelyvaiheen aloitus

KATKAISU- JA KUNTOUTUSPALVELUT

14. Onko yksikössänne päihdeasiakkaille LAITOSpalveluita?
 - Kyllä
 - Ei => Jos ei, siirry kohtaan OPIOIDIKORVAUSHOITO

Odotusaika katkaisu- ja kuntoutuspalveluihin

15. Laitospalveluita antavan toimipisteen nimi (jos eri kuin yksikön nimi):
16. Kuinka kauan asiakas joutuu enimmillään jonottamaan seuraaviin laitosmuotoisiin palveluihin? Jonotusaika = Aika ensimmäisestä kyseistä hoitomuotoa koskevasta yhteydenotosta (työntekijän tai asiakkaan puhelinsoitto, lähete tms.) kyseessä olevan palvelun alkamiseen. Vaihtoehdot: ei jonoa / 1-2 pvä / 3-7 pvä / 1-2 vkoa / 3-4 vkoa / 2-3 kk / 4-6 kk / yli 6 kk / ei tietoa / ei palvelua
 - Alkoholikatkaistus
 - Huumeivieroitus

- Alkoholiongelmaisten kuntoutus
- Huumeidenkäyttäjien kuntoutus

17. Montako asiakasta on jonossa odottamassa pääsyä seuraaviin laitosmuotoisiin palveluihin? Jonottava asiakas = Asiakas, joka odottaa ensimmäisen kyseistä hoitoa koskevan yhteydenoton jälkeen kyseisen palvelun alkamista. Vaihtoehdot: 0 hlöä / 1-2 hlöä / 3-4 hlöä / 5-9 hlöä / 10-14 hlöä / 15-19 hlöä / 20 hlöä tai enemmän / ei tietoa / ei palvelua / ei jonotuskäytäntöä

- Alkoholikatkaistu
- Huumeivieroitus
- Alkoholiongelmaisten kuntoutus
- Huumeidenkäyttäjien kuntoutus

18. Päihteiden sekakäyttäjät hoidetaan ensisijaisesti laitosmuotoisissa katkaistu- ja kuntoutuspalveluissa alkoholiongelmaisten palveluissa

- huumeidenkäyttäjien palveluissa
- alkoholiongelmaisten ja huumeidenkäyttäjien yhteisissä palveluissa
- muu käytäntö, mikä

OPIOIDIKORVAUSHOITO

19. Toteutetaanko yksikössänne lääkkeellistä opioidikorvaushoitoa (asetus 33/2008)?

- Kyllä
- Ei

Odotusaika opioidiriippuvuuden lääkkeelliseen korvaushoitoon tai sen arvioon

20. Opioidikorvaushoitoa antavan toimipisteen nimi (jos eri kuin yksikön nimi):

21. Tehdäänkö yksikössänne opioidiriippuvuuden lääkkeellisen korvaushoidon tarpeen ARVIOINTEJA?

- Kyllä
- Ei

22. Toteutetaanko yksikössänne opioidiriippuvuuden lääkkeellistä korvaushoitoa (eli yksiköllä on vastuu lääkehoidon toteuttamisesta)?

- Kyllä
- Ei

23. Kuinka pitkään asiakas joutuu enimmillään jonottamaan palveluun? Jonotusaika = Aika ensimmäisestä kyseistä hoitoa koskevasta yhteydenotosta sitä koskevan palvelun alkamiseen. Vaihtoehdot: ei jonoa / 1 kk tai alle / 2-3 kk / 4-6 kk / yli 6 kk / ei tietoa / ei palvelua

- Arvio opioidikorvaushoidon tarpeesta
- Opioidikorvaushoidon aloitus

24. Montako asiakasta on jonossa odottamassa pääsyä seuraaviin palveluihin? Jonottava asiakas = Asiakas, joka odottaa ensimmäisen kyseistä hoitoa koskevan yhteydenoton jälkeen kyseisen palvelun alkamista. Vaihtoehdot: 0 hlöä / 1-2 hlöä / 3-4 hlöä / 5-9 hlöä / 10-14 hlöä / 15-19 hlöä / 20 hlöä tai enemmän / ei tietoa / ei palvelua

- Korvaushoidon arvio
- Opioidikorvaushoito

25. Toteutetaanko opioidikorvaushoitoa apteekkisopimuksella?

- Kyllä
- Ei

26. Mikä oli yksikön opioidikorvaushoidossa olleiden asiakkaiden määrä vuonna 2011?

ARVIO PÄIHDEASIAKKAIDEN MÄÄRISTÄ

27. Mikä oli yksikönne päihdepalveluita käyttäneiden asiakkaiden kokonaismäärä vuonna 2011?

LISÄTIETOJA

28. Onko päihteitä käytävässä asiakaskunnassa havaittu viime aikoina muutoksia? Esimerkiksi: Havaittu uusi päihde tai päihdeasiakkaiden ikärakenteen muutos?

29. Lisätietoja päihdepalveluiden saatavuudesta tai huomioita vastauksiin liittyen:

Lähteet:

- A-klinikkasäätiö. 2012. A-klinikkasäätiön vuosikertomus 2011. A-klinikkasäätiö. Helsinki. URL: <http://www.a-klinika.fi/sites/default/files/quickuploads/file/vuosikert11.pdf>. [Viitattu 4.2.2013].
- AOK:n päätös. 2012. Päihdehuollon asianmukainen toteuttaminen ja valvonta. Apulaisioikeuskanslerin päätös 18.12.2012. Dnro OKV/7/50/2011. URL: http://www.okv.fi/media/uploads/ratkaisut/ratkaisut_2012/okv_7_50_2011.pdf [Viitattu 31.12.2012].
- ARA. 2012. Asunnottomat 2011. Selvitys 1/2012. Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus ARA. Helsinki. [verkkokjulkaisu]. URL: <http://www.ara.fi/download.asp?contentid=25352&lan=fi> [Viitattu 13.2.2013].
- Asunnottomuuden vähentämisen taloudelliset vaikutukset, YMra 7/2011, Jyväskylän yliopisto, Tampereen teknillinen yliopisto, Kaupunkitutkimus TA Oy, 2011, Ympäristöministeriön raportteja 7/2011.
- Espoon kaupungin mielenterveys- ja päihdeohjelma. [verkkoteksti]. URL: <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/7030BB22-DF35-4333-AD4D-CC1B1C2E3F04/10699/EspooMielenterveysPaihdeohjelma20071.pdf> [Viitattu: 31.12.2012]
- Forsell, Martta. 2012. Päihdehuollon huumeasiakkaat 2011, Tilastoraportti 24/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. URL: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103097/Tr19_12.pdf?sequence=1. [Viitattu: 31.12.2012]
- Forsell, Martta & Virtanen, Ari. 2010. Huumeitilanne Suomessa 2010. Uusin tieto, uusimmat kehityssuuntaukset ja erityisteemat huumeista. Raportti 40/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Hakkarainen, Pekka & Metso, Leena & Salasuo, Mikko: Hampuikäpolvi, sekakäyttö ja doping. Vuoden 2010 huumeikyselyn tuloksia. Yhteiskuntapolitiikka 76 (2011):4.
- ”Hallitus haluaa poistaa asunnottomuuden kokonaan”. Ympäristöministeriön www-sivu. URL: <http://www.ymparisto.fi/default.asp?contentid=400613&lan=fi> [Viitattu 27.12.2012]
- ”Hankkeet”. Espoon kaupungin www-sivu. URL: <http://www.espoo.fi/hankkeet/?Path=1:28:29:1047:1098:47897:117391> [Viitattu: 31.12.2012] POIS???
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Hoitoon pääsy (Hoitotakuu), Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivu hoitotakuusta. URL: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/asiakkaanoikeudet/terveyspalvelujen_saatavuus, [Viitattu: 5.2.2013].
- Heiskanen & Korko. 2008. Ympäri vuorokautisen katkaisu- ja vieroitushoidon sekä korvaushoidon saatavuus heinäkuussa 2008. Julkaisematon käsikirjoitus Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Huumevuosisraportti EMCDDA:lle. Kansallinen huumeasainien seurantakeskus, Huumeitilanne Suomessa 2010, Uusin tieto, uusimmat kehityssuuntaukset ja erityisteemat huumeista, 40/2010, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) ja EMCDDA, Yliopistopaino, Helsinki 2010
- Jääskeläinen, Marke (2010): ”Huumehoidon kustannuksista Suomessa”. Teoksessa Huumeitilanne Suomessa 2010. Uusin tieto, uusimmat kehityssuuntaukset ja erityisteemat huumeista, Toimittanut Forsell, Martta & Virtanen, Ari. Raportti 40/2010. Yliopistopaino, Helsinki. s 135–138.
- Kaupunginhallituksen päätöksiä 18.6.2012. Espoon kaupunki. [verkkoteksti]. URL: [http://www.espoo.fi/fi-FI/Kaupunginhallituksen_paatoksia_1862012\(19833\)](http://www.espoo.fi/fi-FI/Kaupunginhallituksen_paatoksia_1862012(19833)). [Viitattu 13.2.2013].
- Kekki, Tuula & Partanen, Airi. 2008. Päihdepalveluiden seudullinen kehitys 2008. Työpapereita 38/2008. Stakes. Helsinki.
- Korhonen, ETUNIMI. 2007. Ympäri vuorokautisen katkaisu- ja vieroitushoidon sekä korvaushoidon saatavuus elokuussa 2007. Julkaisematon käsikirjoitus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Kouvolaan päihdepalvelut-esitys (2011). URL: <http://www.kouvola.fi/material/attachments/intranet/perusturva/esitteet/5uTjcQvRR/Paihdepalvelutesite.pdf> [Viitattu: 11.10.2011].
- Kouvolan päihdestrategiatyöryhmä (2010): Kouvolan päihdestrategia 2009–2012. 5.2.2010. URL: <http://www.kouvola.fi/material/attachments/intranet/perusturva/suunnitelmatjaraportit/5nvMbYmpy/Paihdestrategia2009-2012.pdf> [Viitattu: 11.10.2011].
- Kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunta. 2012. Peruspalvelujen tila -raportti 2012. Kunnat 2/2012. Valtiovarainministeriö. Helsinki. URL: http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/03_kunnat/20120326Perusp/peruspalvelujen-tila-rapo12-2012_web.pdf. [Viitattu 28.12.2012].
- ”Kunta- ja palvelurakennemuutos (Paras)”. Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivu. URL: http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakennemuutos/paras [Viitattu 28.12.2012]
- ”Kuopion seudun Päihdepalvelusäätiö”. Kuopion päihdepalvelusäätiön www-sivut. URL: <http://www.ksp.fi> [Viitattu: 11.10.2011]
- Kuussaari, Kristiina & Ronkainen, Jenni-Emilia & Partanen, Airi & Kaukonen, Olavi & Vormaa, Helena (2012): Kuntoutuksesta katkaisuun. Päihdetapauslaskenta palvelujärjestelmän kuvaajana. Yhteiskuntapolitiikka 77(2012):6. 640-655.
- ”Lahden A-klinikkatoimi”. A-klinikkasäätiön www-sivut. URL: <http://www.a-klinikka.fi/lahti/> [Viitattu: 3.8.2012]
- Lahden päihdestrateginen työryhmä. 2006. Päihdestrategia 2007-2011. Lahden kaupunki. URL: [http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/6FE2D11BC0979CD2C22572C7001F6716/\\$file/Lahden%20p%C3%A4ihdestrategia%202007%20-%202011.pdf](http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/6FE2D11BC0979CD2C22572C7001F6716/$file/Lahden%20p%C3%A4ihdestrategia%202007%20-%202011.pdf) [Viitattu: 7.10.2011].
- Marjanen, Katja. 2009. Alkoholiohjelman toimintasuunnitelma 2008–2011. Salon kaupunki. URL: <http://www.salo.fi/attachements/2010-01-18T13-00-33135.pdf> [Viitattu: 6.10.2011].
- Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus Emppu. 2011. [verkkoteksti]. URL: <http://www.espoo.fi/default.asp?path=1:28:11866:97332:97344:117251:117413&voucher=AA4FC7AE-27DC-4DD3-A086-51C9614DE15F> [Viitattu: 6.10.2011].
- ”Mielenterveys- ja päihdepalvelut”. Porin kaupungin www-sivut. URL: <http://www.pori.fi/perusturva/psykososiaaliset.html> [Viitattu: 11.10.2011]
- Mielenterveys- ja päihdestrategian toimikunta. 2009. Seinäjoen kaupungin mielenterveys- ja päihdestrategia vuosille 2009–2012. Arjen hallinta – turvallinen arki. URL: <http://www.seinajoki.fi/sosiaalijaterveys/mielenterveysjapaihdestrategia.pdf>, [Viitattu: 6.10.2011]

- [3537.pdf&title=Terveydenhuollon_palvelu_paranee_Kiireett_omaan_hoitoon_maaraajassa_fi.pdf](#) [Viitattu 26.11.2012].
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Terveydenhuoltolaki parantaa asiakkaiden asemaa. Tiedote 194/2010. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. URL: <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1512997> [Viitattu: 22.9.2011].
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012a. Työryhmä: Uusi sosiaali-huoltolaki vahvistaa asiakkaan oikeutta saada palveluja. Tiedote 141/2012. Sosiaali ja terveysministeriö, Helsinki. URL: <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1823427> [Viitattu 14.11.2012].
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012b. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön uudistamistyöryhmän loppuraportti. Raportteja 21/2012. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. URL: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-22206.pdf. [Viitattu 4.2.2013].
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 33/2008
- Sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttamisen toimivuus. 2012. Raportteja ja muistioita 2012:1. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. URL: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-18335.pdf [Viitattu 27.12.2012].
- Sosiaali- ja terveystoimen toimintakertomus 2009, Espoon kaupunki. [verkkoteksti]. URL: <http://www.espo.fi/default.asp?path=1;28;11866;11869;39339;22478;22491;42982> [Viitattu: 6.10.2011].
- Sote. 2011. Jyväskylän kaupungin www-sivut. URL: <http://www.jyvaskyla.fi/sote> [Viitattu: 7.10.2011].
- ”Sote”. Oulun kaupungin www-sivu. URL: <http://www.ouka.fi/sote/> [Viitattu: 6.10.2011]
- Stenius, Kerstin & Kekki, Tuula & Kuussaari, Kristiina & Partanen, Airi. 2012. Päihde- ja mielenterveyspalvelujen integraatio – kirjava käytäntö Suomen kunnissa. Yhteiskunta-politiikka 77:2, 167–175.
- Suomen virallinen tilasto (2010): Kuolemansyyt [verkkojulkaisu]. Vuosikatsaus 2009,1. Kuolemansyyt vuonna 2009. Helsinki: Tilastokeskus. URL: http://www.stat.fi/til/ksyyt/2009/01/ksyyt_2009_01_2011_02_22_kat_002_fi.html [Viitattu 25.8.2011]
- Suomen virallinen tilasto SVT. 2012. Kuolemansyyt 2011. 4. Alkoholiperäisten kuolemansyiden määrä laskussa. [verkkojulkaisu]. Tilastokeskus, Helsinki. URL: http://www.stat.fi/til/ksyyt/2011/ksyyt_2011_2012-12-21_kat_004_fi.html [Viitattu 28.12.2012]
- Tampereen kaupungin päihdepoliittinen suunnitelma 2009-2012. 2009. Tampereen kaupungin Tietotuotannon ja laadunarvioinnin julkaisusarja, C 10/2009. Tampereen kaupunki.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326
- Terveysneuvontapiste Jelppi. 2012. Via Dia Lahti. [verkkosivu]. URL: <http://www.lahdenjelppi.fi/> [Viitattu: 3.8.2012].
- Turun A-klinikkatoimen toimintakertomus 2010. 2010. Turun A-klinikkatoimi. Turku [verkkojulkaisu]. URL: http://www.turunaklinikka.fi/site/images/stories/turun_a-toimi_toiker10.pdf [Viitattu 13.3.2013].
- Uusi aika -lehti, 2011. Porin perusturvakeskus aloittaa toimintansa vuoden alussa. Uusi aika -lehti. [verkkoteksti]. URL: <http://www.usiaika-lehti.fi/fi/nayta/uutinen/12278053372871> [Viitattu: 11.10.2011].
- Uusi Jyväskylä 2009. Jyväskylän kaupunki. [verkkosivu] www-sivut. URL: <http://www.jyvaskyla.fi/uusijyvaskyla2009> [Viitattu: 7.10.2011].
- Valvira. 2005. Apteekkisopimukset – ohjeistus lääkäreille ja apteekkeille 1.6.2005. URL: <http://www.valvira.fi/files/tiedostot/a/p/apteekkisopimusmalli.pdf> [viitattu 17.3.2014]
- Vantaa ja päihheet raportti 2008. Vantaan kaupunki. URL: http://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaa/wwwstructure/68750_Vantaa_ja_paiheet_2008.pdf [Viitattu: 7.10.2011].
- Varis, Tuomo (2012): Alkoholijuomien hintakehitys 2011. Suomen virallinen tilasto, hinnat ja kustannukset 2012, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). URL: http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr17_12.pdf [Viitattu 12.12.2012]
- Varis, Tuomo & Virtanen, Sirpa. 2012. Alkoholijuomien kulutus 2011. Suomen virallinen tilasto, Terveys 2012, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Helsinki. URL: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90783/Tr13_1_2.pdf?sequence=1 [Viitattu 12.12.2012]
- Vartiainen, Anssi. 2012. Kuuden suurimman kaupungin päihdehuollon palvelujen ja kustannusten vertailu vuonna 2011. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 7/2012. Kuusikko-työryhmä, Helsinki. URL: http://www.kuusikkokunnat.fi/SIRA_Files/downloads/Paihdehuolto/Kuusikko_ph-raportti_2012.pdf [Viitattu 3.1.2013].
- Väestötietojärjestelmä, Kuntien asukasluvut. URL: <http://vrk.fi/default.aspx?docid=5155&site=3&id=0> [Viitattu: 30.10.2011]
- Välittäjä 2009 –hankkeen loppuraportti. URL: http://www.epshp.fi/files/5634/Valittaja_2009_-_hankkeen_loppuraportti.pdf [Viitattu 1.12.2013].
- Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:31. URL: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8278.pdf [Viitattu 28.12.2012]