

Olavi Kaukonen
Kristiina Kuussaari
(toim.)

Päihdepalveluiden yhteiskunnalliset haasteet

RAPORTTI



Raportti 2 | 2021

Olavi Kaukonen ja Kristiina Kuussaari (toim.)

Päihdepalveluiden yhteiskunnalliset haasteet



Terveyden ja
hyvinvoinnin laitos

Tämän raportin artikkelit (luvut 1–5) on vertaisarvioitu.

© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto: PunaMusta Oy

ISBN 978-952-343-645-9 (verkkojulkaisu)

ISSN 1798-0089 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-645-9>

PunaMusta Oy 2021

Lukijalle

Päihdeitä käyttäville henkilöille suunnatun palvelujärjestelmän tutkimuksella on Suomessa kohtuullisen pitkä perinne. Vuodesta 1987 lähtien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tehtyjä päihde-ehdoisia asiointeja on seurattu neljän vuoden välein Päihdetapauslaskennan tiedonkeruilla. Laskenta-aineistot ovat tarjonneet varsin laajan ymmärryksen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tapahtuvista päihde-ehdoisista asioinneista, asiakkaista ja heidän taustoistaan, käytetyistä päihdeistä sekä sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän päihteisiin liittyvästä työnjaosta ja siinä tapahtuneista muutoksista. Tutkimus ei ole rajautunut ainoastaan päihdehuollon erityispalveluihin, vaan mukana on ollut koko sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kirjo.

Tämän artikkelikokoelman juuret ulottuvat kevääseen 2019. Käynnistelimme tuolloin yhteistyötä muutaman yliopiston kanssa ajatuksena, että saisimme rekrytoitua opiskelijoita päihdepalvelujärjestelmätutkimuksen pariin. Tässä yhteydessä opiskelijoille tarjottiin mahdollisuutta käyttää Päihdetapauslaskennan aineistoja opinnäytetöissään. Innokkuutta löytyikin, mutta valitettavan moni joutui luovuttamaan muun muassa aikataulupaineiden takia. On kuitenkin toivottavaa ja ehkä todennäköistäkin, että yhteistyö tulee tuottamaan ainakin muutaman maisterintutkimuksen tulevaisuudessa.

Tähän artikkelikokoelmaan on valittu viisi artikkelia, jotka tarkastelevat palvelujärjestelmää yleisesti, mutta myös päihdeitä käyttävien henkilöiden näkökulmasta.

Kokoelman artikkelit täydentävät toisiaan. Niissä tarkastellaan seikkoja, joita palvelujen käyttäjä tai edes järjestäjä tai tuottaja eivät arjessaan välttämättä havaitse: palvelututkimuksen ehtojen ja sääntelyn vaikutusta käytettävissä olevaan tietoon, sen hankkimisen ehtoihin ja tiedon luonteeseen; palvelujärjestelmän sisäisten ja ulkoisten muutostekijöiden vaikutusta käytännön toimintaan sekä merkittävien kansalaisryhmien (kuten ikäihmisten) palvelujen muokkautumista.

Kuntoutukseen liittyvä sosiaaliturva on vähitellen murentunut, eikä se nykyisellään käytännössä kannusta asiakkaita sen enempää kuin palvelujen järjestäjiäkään päihdeasiakkaiden aktiiviseen kuntouttamiseen. Kannusteet toimivat pikemminkin toiseen suuntaan, kun toimeentuloturva ei puskuroi palvelumaksujen vaikutusta lainkaan. Valmisteilla oleva sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen alueellinen uudistus antaisi kuitenkin hyvät mahdollisuudet kehittää ohjausjärjestelmää ja liittää siihen myös kannusteita varhaisen tuen, hoidon ja kuntoutuksen toteuttamiseksi.

Kaikkia tekstejä on toimitettu tiiviissä yhteistyössä kirjoittajien kanssa, joista kukin viime kädessä vastaa oman artikkelinsa sisällöistä. Kiitämme kaikkia kirjoittajia paneutuvasta työskentelystä. Erityisesti kiitämme sosiaalipolitiikan professori Anne Kouvosta ja sosiaalityön dosentti Katja Kuusistoa huolellisesta ja tarkkanäköisestä vertaisarvioinnista. Se paransi sekä yksittäisiä artikkeleita että kokonaisuutta aivan oleellisesti. Hyvästä yhteistyöstä kiitämme myös THL:n julkaisuyksikköä ja sen asiantuntevaa henkilöstöä.

*Huhtikuussa 2021,
Toimittajat*

Kirjoittajat

Grainger, Marjut, ATK-suunnittelija, erikoissuunnittelija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, marjut.grainger(at)thl.fi

Jääskeläinen, Marke, VTM, erityisasiantuntija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, marke.jaaskelainen(at)thl.fi

Kaukonen, Olavi, VTT, dosentti, toimitusjohtaja, A-klinikkasäätiö, olavi.kaukonen(at)a-klinikka.fi

Kuussaari, Kristiina, VTT, erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, kristiina.kuussaari(at)thl.fi

Partanen, Airi, esh, THM, kehittämisspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, airi.partanen(at)thl.fi

Rautiainen, Elina, TtT, erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, elina.rautiainen(at)thl.fi

Rusanen, Tarmo, YTM, väitöskirjatutkija, Tampereen yliopisto, tarmo.rusanen(at)tuni.fi

Tigerstedt, Christoffer, VTT, vieraileva tutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, christoffer.tigerstedt(at)thl.fi

Vilkko, Anni, VTT, dosentti, annikrv(at)gmail.com

Tiivistelmä

Olavi Kaukonen & Kristiina Kuussaari (toim.). Päihdepalveluiden yhteiskunnalliset haasteet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 2/2021. 112 sivua. Helsinki 2021. ISBN 978-952-343-645-9 (verkkojulkaisu)

Tähän artikkelikokoelmaan on koottu viisi artikkelia, jotka tarkastelevat päihteitä käyttävien henkilöiden palvelujärjestelmää erilaisista näkökulmista.

Artikkelissa ”Päihdetapauslaskenta 2019 päihteiden aiheuttamien haittojen ehkäisy ja hoidon kehittämisen tietolähteenä” raportoidaan vuoden 2019 laskennan päätulokset. Artikkelissa on lisäksi arvioitu aikaisempaa huolellisemmin tiedonkeruun prosessia ja aineiston erityispiirteitä, koska aineisto poikkesi luonteeltaan Päihdetapauslaskennan aikaisemmista aineistoista. Palvelujärjestelmässä päihteiden takia asioineiden suurin ryhmä oli aikaisempien laskentojen tapaan 50 vuotta täyttäneet Suomessa syntyneet miehet, joiden pääasiallinen päihde oli alkoholi. Huumeiden käyttö oli yleisintä alle 40-vuotiailla. Heistä yli 70 prosenttia oli käyttänyt huumeita viimeisen vuoden aikana. Artikkelissa pohditaan myös Päihdetapauslaskennan tulevaisuutta. Erityisenä huolenaiheena nostetaan esiin se, että Suomessa ei ole vielä 2020-luvulle tultaessakaan yhtenäistä kansallista sosiaali- ja terveydenhuollon toimipaikkarekisteriä. Tällaisen tiedon puuttuminen vaikeuttaa myös Päihdetapauslaskennan tiedonkeruun onnistumista.

Yhteiskunnan suuria muutoksia (esim. ikääntyminen, alueiden väliset erot) ja niiden vaikutuksia päihdehuollon työnjakoon pohditaan artikkelissa ”Universalismi ja päihdehuollon muuttuva työnjako.” Väestön ikärakenteen muutokset ja alkoholin kokonaiskulutuksen lasku ovat vähentäneet päihdehuollon erityispalveluiden käyttöä etenkin 2010-luvun jälkipuolella. Huumeiden käytön kasvu näkyy ensisijaisesti asiakkaiden monipäihtyneisyytenä palveluissa, ei niinkään asiakasmäärien kasvuna. Näyttää myös siltä, että palvelutarpeeseen on vastattu aikaisempaa useammin avoterveydenhuollossa. Sairaaloiden vuodeosastojen käyttö ei ole oleellisesti kasvanut laitostuntoutuksen käytön vähentyessä mutta näiden palveluiden käytön päällekkäisyys on suurta.

Eläkeikäisten alkoholin käytön yleistyminen heijastuu myös sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän eri osiin. Artikkelissa ”55 vuotta täyttäneet päihteiden käyttäjät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä” pyritään lisäämään ymmärrystä ikääntyneiden päihteiden käyttäjien palveluiden käytöstä. Aineistona käytettiin vuoden 2015 Päihdetapauslaskentaa. Kolmasosa vuoden 2015 Päihdetapauslaskennan tavoittamista päihde-ehdoista asioinneista oli 55 vuotta täyttäneiden tekemiä. Lähes 60 prosenttia 55–64-vuotiaista päihdeasiakkaista oli eläkkeellä. Samanaikaiset päihde- ja mielenterveysongelmat olivat yleisempiä 55 vuotta täyttäneillä naisilla kuin miehillä. Mitä vanhemmasta asiakkaasta oli kyse, sitä vähemmän tukea hän sai päihdehuollon erityispalveluista. Vaikuttaakin siltä, että 75 vuotta

täyttäneiden päihdepalvelut tähtäävät asiakkaan tilanteen ja toimintakyvyn säilyttämiseen pikemmin kuin asiakkaan kuntouttamiseen.

Artikkelissa ”Päihdekuntoutukseen liittyvän toimeentuloturvalainsäädännön kehittyminen” avataan sitä, miten päihdekuntoutukseen liittyvän toimeentuloturvan lainsäädäntö on kehittynyt ja millaisia muutoksia siinä on tapahtunut. Päihdekuntoutuksen toimeentuloturvaan liittyviä kysymyksiä on tutkittu Suomessa vain vähän ja artikkeli tuokin uutta ymmärrystä päihdekuntoutujan elämän taloudellisten reunaehtojen muodostumiseen. Tutkimusaineistoina käytettiin lakeja sekä niitä koskevia hallituksen esityksiä ja asetuksia vuodesta 1962 lähtien. Näyttää siltä, että 2010-luvulle tultaessa kuntoutukseen liittyvää lainsäädäntöä on pyritty kohdistamaan erityisesti syrjäytymisen, päihdeongelmien ja huono-osaisuuden kasautumisen ehkäisemiseen. Tähän on pyritty vastaamaan lainsäädännön tasolla suuntaamalla kuntoutusta avomuotoiseen ja ammatilliseen kuntoutukseen, sekä korostamalla kuntoutuksen työelämäsidonnaisuutta. Yksilöiden oma aktiivisuus ja vastuu painottuvat aikaisempaa enemmän kuntoutusmuodoissa ja siinä, millaista toimijuutta kuntoutukseen liittyvän toimeentuloturvan lainsäädännöllä pyritään luomaan.

Kokoelman viimeisessä artikkelissa ”Päihdehuolto osana sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta ja strategista ohjausta” kuvataan päihteiden käyttäjien palvelujärjestelmään kohdistuvaa poliittishallinnollista ohjausta. Artikkelissa keskitytään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistamiseen, erillislakien uudistamiseen sekä muihin ajankohtaisiin strategisiin ohjausmekanismeihin ja arvioidaan niitä päihdehuollon näkökulmasta. Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisen uudistuksen tavoitteet ja periaatteet ovat hyviä lähtökohtia päihteiden ongelmallisesta käytöstä kärsivien henkilöiden varhaisen tuen, hoidon ja kuntoutuksen parantamiseksi. Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen edellyttää vaikuttavien sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmien käyttöä myös päihdepalveluissa. Tieto-ohjausta tulee kehittää edelleen. Tarvitaan myös moniulotteista ja pitkäjänteistä päihdepalvelujärjestelmän tutkimusta arvioimaan miten palvelujärjestelmän muutos onnistuu päihdeongelmiin liittyvien haittojen vähentämisessä, hoidossa ja kuntoutuksessa.

Artikkelikokoelman lopussa toimittajat pohtivat tällä hetkellä esiin nousevia päihdepalvelujärjestelmän tutkimuksen tarpeita.

Avainsanat: päihteiden käyttö, palvelujärjestelmä, sosiaali- ja terveydenhuolto, päihdehuolto, toimeentuloturva, kyselytutkimus

Sammandrag

Olavi Kaukonen & Kristiina Kuussaari (red.). Samhälleliga utmaningar inom missbrukarservice. Institutet för hälsa och välfärd. Rapport 2/2021. 112 sidor. Helsingfors 2021. ISBN 978-952-343-645-9 (webbpublikation)

Denna artikelsammanställning innehåller fem artiklar som granskar servicesystemet för missbrukare ur olika synvinklar.

I artikeln ”Inventering av alkohol- och narkotikarelaterade fall 2019 som informationskälla för förebyggande av skador orsakade av rusmedel och utveckling av vården” rapporteras de huvudsakliga resultaten av inventeringen 2019. I artikeln har dessutom datainsamlingsprocessen och materialets särdrag utvärderats noggrannare än tidigare, eftersom materialet till sin karaktär avvek från material i tidigare inventeringar av alkohol- och narkotikarelaterade fall. Den största gruppen som utträttade ärenden i servicesystemet på grund av rusmedel var liksom i tidigare inventeringar män över 50 år, vars huvudsakliga rusmedel var alkohol. Användning av narkotika var vanligast bland personer under 40 år. Över 70 procent av dem hade använt narkotika under det senaste året. I artikeln diskuteras också framtiden för Inventeringen av alkohol- och narkotikarelaterade fall. Ett särskilt bekymmer som lyfts fram är att det ännu i början av 2020-talet inte finns något enhetligt nationellt register över verksamhetsställen inom social- och hälsovården i Finland. Avsaknaden av denna information försvårar också en lyckad datainsamling vid Inventeringen av alkohol- och narkotikarelaterade fall.

De stora förändringarna i samhället (t.ex. åldrande, skillnader mellan regionerna) och deras inverkan på arbetsfördelningen inom missbrukarvården dryftas i artikeln ”Universalism och föränderlig arbetsfördelning inom missbrukarvården”. Förändringarna i befolkningens åldersstruktur och minskningen i totalkonsumtionen av alkohol har minskat användningen av specialtjänster inom missbrukarvården särskilt under senare hälften av 2010-talet. Den ökade användningen av narkotika syns i första hand i kundernas multiberusning i servicen, inte som en ökning av antalet klienter. Det verkar också som om servicebehovet har tillgodosetts oftare än tidigare inom den öppna hälsovården. Användningen av sjukhusens vårdavdelningar har inte ökat väsentligt till följd av att användningen av rehabilitering i slutenvård har minskat, men överlappningen i användningen av dessa typer av service är omfattande.

Den allt vanligare alkoholkonsumtionen bland pensionärer återspeglas också i olika delar av social- och hälsovårdens servicesystem. I artikeln ”Missbrukare över 55 år i social- och hälsovårdens servicesystem” är syftet att öka förståelsen för användningen av servicen bland äldre missbrukare. Som material användes Inventeringen av alkohol- och narkotikarelaterade fall 2015. En tredjedel av de alkohol- och narkotikarelaterade ärendena i inventeringen av alkohol- och narkotikarelaterade fall 2015 gällde personer över 55 år. Nästan 60 procent av missbrukarklienterna i åldern

55–64 år var pensionerade. Samtidiga missbruksproblem och psykiska problem var vanligare bland kvinnor över 55 år än bland män. Ju äldre klient det var fråga om, desto mindre stöd fick klienten från missbrukarvårdens specialtjänster. Det verkar som om missbrukarservicen för personer över 75 år strävar efter att upprätthålla klientens situation och funktionsförmåga snarare än att rehabilitera klienten.

I artikeln ”Utveckling av lagstiftningen om utkomstskydd i anslutning till missbrukarrehabilitering” förklaras hur lagstiftningen om utkomstskydd i anslutning till missbrukarrehabilitering har utvecklats och vilka förändringar som har skett i den. I Finland har endast ett fåtal frågor gällande utkomstskydd i anslutning till missbrukarrehabilitering undersökts och artikeln ger en ny förståelse för hur de ekonomiska ramvillkoren för missbrukarrehabiliteringsklientens liv utformas. Som forskningsmaterial användes lagar samt regeringspropositioner och förordningar med stöd av dessa lagar från och med 1962. Det verkar som om man vid ingången av 2010-talet har försökt inrikta lagstiftningen om rehabilitering särskilt på att förebygga utslagning, missbruksproblem och anhopning av utsatthet. Man har strävat efter att svara på detta på lagstiftningsnivå genom att rikta rehabiliteringen till öppen och yrkesinriktad rehabilitering, samt genom att betona att rehabiliteringen är bunden till arbetslivet. Individens egen aktivitet och ansvar betonas mer än tidigare i rehabiliteringsformerna och i hordant aktörskap man genom lagstiftningen om utkomstskydd i samband med rehabilitering strävar efter att skapa.

I sammanställningens sista artikel ”Missbrukarvård som en del av social- och hälsovårdsreformen och strategisk styrning” beskrivs den politiska och administrativa styrningen av servicesystemet för missbrukare. I artikeln fokuserar man på reformen av ordnandet av social- och hälsovården, reformen av speciallagar samt andra aktuella strategiska styrmekanismer och utvärderar dessa ur missbrukarvårdens synvinkel. Till exempel målen och principerna för den regionala reformen av social- och hälsovården är goda utgångspunkter för att förbättra tidigt stöd, vård och rehabilitering för personer som lider av missbruksproblem. En förbättring av servicens kvalitet och effektivitet förutsätter att effektiva social- och hälsovårdsmetoder används även inom missbrukarservicen. Informationsstyrningen bör vidareutvecklas. Det behövs också en mångdimensionell och långsiktig undersökning av systemet för missbrukarservice för att bedöma hur ändringen av servicesystemet lyckas när det gäller att minska, behandla och rehabilitera de skador som missbruksproblem medför.

I slutet av artikelsammanställningen funderar redaktörerna över de behov av forskning inom missbrukarservicesystemet som för närvarande framträder.

Nyckelord: användning av rusmedel, användning av alkohol och droger, servicesystem, social- och hälsovård, missbrukarvård, utkomstskydd, enkätundersökning

Sisällysluettelo

Lukijalle	3
Kirjoittajat	5
Tiivistelmä	6
Sammandrag	8
1 Päihdetapauslaskenta 2019 päihteiden aiheuttamien haittojen ehkäisy ja hoidon kehittämisen tietolähteenä	11
2 Universalismi ja päihdehuollon muuttuva työnjako	38
3 55 vuotta täyttäneet päihteiden käyttäjät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä	56
4 Päihdekuntoutukseen liittyvän toimeentuloturvalainsäädännön kehittyminen	72
5 Päihdehuolto osana sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta ja strategista ohjausta	91
6 Yhteiskunnan muutos ja päihdepalveluiden tutkimus.....	108

1 Päihdetapauslaskenta 2019 päihteiden aiheuttamien haittojen ehkäisyn ja hoidon kehittämisen tietolähteenä

Kristiina Kuussaari, Elina Rautiainen ja Marjut Grainger

Ydinviestit

- Aikaisempien laskentojen tapaan päihteiden vuoksi palvelujärjestelmässä asioineista suurin ryhmä ovat yli 50-vuotiaat suomessa syntyneet miehet, joiden keskuudessa alkoholi oli käytetyin päihde.
- Huumeiden käyttö lisääntyi lähes kaikissa ikäryhmissä ja lähes puolet (48 %) päihde-ehtoisesti asioineista oli käyttänyt jotakin huumeita.
- Yleisintä huumeiden käyttö oli edelleen alle 40-vuotiailla, heistä yli 70 prosenttia ilmoitti käyttäneensä huumeita.
- Päihdetapauslaskennan yhteydessä tulee hyvin esille se, että yhtenäiselle kansalliselle sosiaali- ja terveydenhuollon toimipaikkarekisterille on tarvetta.

Päihdetapauslaskenta on piirtänyt kuvaa päihdepalvelujärjestelmästä ja palveluissa päihteiden käytön takia asioivista henkilöistä jo yli kolmenkymmenen vuoden ajan (Nuorvala ym. 2004). Vuosikymmeniä se on ollut ainutlaatuinen menetelmä, jolla on saatu kerättyä tietoa päihde-ehtoisista asioinneista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Laskennalla on tavoitettu päihteisiin liittyvää asiointia laajemmin kuin esimerkiksi diagnoosipohjaisissa terveydenhuollon rekistereissä. Päihdetapauslaskenta on myös tavoittanut sellaisia päihdeasiakkaita, jotka jäävät usein erilaisten väestökyselyjen ulkopuolelle.

Päihdetapauslaskennan elinkaaren aikana Suomen päihdetilanne ja päihteiden käytön tavat ovat muuttuneet. Kuluneen vuosikymmenen aikana alkoholin kokonaiskulutus on laskenut 16 prosenttia sataprosenttisista alkoholilitroista laskettuna asukasta kohti (THL 2020). Tämä lasku on selittynyt osaltaan raittiiden määrän kasvulla ja vastaavasti humalakulutuksen laskulla erityisesti alle 50-vuotiaiden ikäryhmässä, jossa laskua on tapahtunut ennen kaikkea nuoremmassa ikäryhmässä (Härkönen ym. 2017; Mäkelä 2018). Myös perinteisesti alkoholia paljon kuluttaneiden suurten ikäluokkien nuorimmatkin jäsenet ovat jo saavuttaneet 70 vuoden rajapyykin. Nuoremmat sukupolvet eivät puolestaan enää täysi-ikäisyyden myötä ole vastaavissa määrin siirtyneet perinteiseen humalahakuiseen juomatapaan (Raitasalo ym. 2017; Raitasalo ym. 2018). Sen sijaan huumeiden käyttöä, erityisesti opioidien käyttöä, raportoidaan Suomessa enemmän kuin aikaisemmin, erityisesti nuorilla (30–34-vuotiaalla) aikuisilla (Rönkä ym. 2020). Jätevesitutkimusten mukaan

etenkin amfetamiinin käyttö on lisääntynyt viime vuosina koko maassa (Jätevesitutkimus: väestötason huumeiden käyttö 2020). Myös kannabiksen käyttö ja kokeilut ovat lisääntyneet ja asenteet huumeidenkäyttöä kohtaan jossain määrin lieventyneet (Karjalainen ym. 2020).

Samaan aikaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukenttä on ollut muutoksessa. Palveluiden saatavuudessa ja saavutettavuudessa on ollut huomattavia alueellisia eroja (esim. Sosiaali- ja terveystalot HYKS-erityisvastuualueella 2019). Hajautunutta ja sirpaloitunutta palvelurakennetta onkin pyritty korjaamaan palveluiden keskittämisellä, integraatiolla ja uudelleen organisoinnilla (Stenius ym. 2012; Hallituksen esitys eduskunnalle hyvinvointialueiden 2020). Monet kunnat ovat joutuneet tinkimään päihdepalveluiden saatavuudesta myös taloudellisten reunaehtojen vuoksi. Vuoden 2015 jälkeen kuntien päihdehuollon erityispalvelujen nettokäyttökustannusten määrä suhteutettuna koko väestöön onkin koko maan tasolla hieman laskenut, kääntyen kuitenkin taas nousuun vuonna 2019 (Sotkanet 2021a). Tilastojen valossa esimerkiksi A-klinikoiden asiakasmäärät ovat kuitenkin jatkaneet laskua. Kun vielä 2015 kuntien kustantamana A-klinikoilla asioi yli 40 000 henkeä, vuonna 2019 asiakkaita oli yli 4000 vähemmän eli laskua oli tapahtunut yli kymmenen prosenttia. (Sotkanet 2021b). Vastaavanlainen kehityssuunta on ollut havaittavissa myös muissa päihdehuollon avopalveluissa (Sotkanet 2021c). Myös päihdehuollon kuntoutuksen ja -laitoshoidon asiakasmäärät ovat laskeneet vuodesta 2015 (Sotkanet 2021d). Sen sijaan päihdesairauksien hoito terveydenhuollon vuodeosastoilla on lisääntynyt jonkin verran ainakin nuoremmissa ikäryhmissä. Päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastolla hoidettujen potilaiden määrä kasvoi nuorten 15–24-vuotiaiden ikäryhmässä: kun vuonna 2015 1,7/1000 vastaavanikäistä nuorta oli päihteiden vuoksi hoidettavana vuodeosastoilla, oli lukumäärä vuonna 2019 jo 2,2/1000. (Sotkanet 2021e). Vaikuttaisikin siltä, että 1990-luvun valtiosuusjärjestelmänuudistuksen aiheuttamista päihdepalveluiden saatavuuden heikennyksistä ei missään vaiheessa ole palauduttu, ja hoidon painopiste on yhä enenevässä määrin terveydenhuollon palveluissa. On kuitenkin epäselvää, onko terveydenhuollon palveluissa riittävää päihdehoitotyön osaamista ja kykyä integroida hoitoa moniammatillisessa yhteistyössä sosiaalihuollon palveluihin siten kuin tämän asiakasryhmän kohdalla olisi kaikista tarkoituksenmukaisinta.

Tämä palvelujärjestelmän suurten muutosten aika on välittynyt myös viimeisimmän Päihdetapauslaskennan tiedonkeruuseen¹. Jo suunnitteluvaiheessa tulivat näkyviksi tiedonkeruun haasteet, kuten se, ettei Suomessa vuonna 2019 vieläkään ollut yhtenäistä ja ajantasaista rekisteriä kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon toimipaikoista, mikä on johtanut valtakunnallisen kokonaiskuvan puuttumiseen sote-palvelujärjestelmän toimipaikoista. Lisäksi useissa maakunnissa on ollut käynnissä toiminnan uudelleen organisoinnin ja uusien tietojärjestelmien käyttöönoton

¹ Tiedonkeruuseen on saatu rahoitusta Alko Oy:ltä (yhtiökokouspäätös). Rahoittajalla ei ole oikeutta vaikuttaa tutkimuksen sisältöön tai julkaisupäätöksiin.

hankkeita. Edellä mainittujen tekijöiden lisäksi tiedonkeruun toteutukseen vaikutti merkittävästi vuonna 2018 voimaan tullut EU:n yleinen tietosuojalainsäädäntö (GDPR), joka toi mukanaan muun muassa vaatimuksen vahvasta suostumuksesta.

Tässä artikkelissa

1. kuvataan syksyllä 2019 kerätyn Päihdetapauslaskennan tiedonkeruun prosessi ja arvioidaan aineiston laatua ja luotettavuutta
2. kuvataan päihteiden käytön takia sosiaali- ja terveydenhuollossa asioiden henkilöiden sosiodemografisia taustatietoja ja päihteiden käyttöä
3. arvioidaan päihdepalveluissa ja niiden keskinäisessä työnjaossa tapahtuneita muutoksia.

Analyyseissa verrataan vuoden 2019 tuloksia vuoden 2015 Päihdetapauslaskennan tuloksiin. Menetelminä käytetään frekvenssejä ja ristiintaulukoiteja. Analyysit on tehty SPSS Statistics 27 versiolla.

Aineiston keruu ja kuvaus

Päihdetapauslaskennan aineisto kerätään neljän vuoden välein lokakuun toisena tiistaina. Kyseinen päivä on valittu, koska alkoholin kulutus ei tuolloin ole erityisen korkealla tasolla eikä tiistai ole suomalaisen päihteiden käytön viikkorytmissä mitenkään erityinen päivä (esim. Mäkelä 2018; Löve ym. 2018). Päivän valinnassa on huomioitu myös se, että lähellä ei ole juhlapyhiä, joiden tiedetään lisäävän alkoholin kulutusta (Kaukonen 2000). Näin on haluttu varmistaa, että tutkimuksen tulokset eivät liioittele todellisuutta. Tietoja kerätään sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Vuosina 2015 ja 2019 tietoja on kerätty myös vankiloista, vankiterveydenhuollosta ja yhdyskuntaseuraamustoimistoista. (Kuussaari ym. 2017a; Kuussaari ym. 2017b.)

Asiakas otetaan mukaan Päihdetapauslaskentaan, jos hän täyttää ainakin yhden seuraavista kriteereistä: hän on päihteiden ongelmakäyttäjä, hän asioi päihtyneenä tai hän asioi jonkin päihteiden käyttöön liittyvän kertaluonteisen haitan (kuten tapaturman) takia. On syytä huomata, että päihde-ehtoinen asiointi ei ole sama kuin asiakas: yksi asiakas on saattanut asioida useammassa eri palvelussa laskentavuorokauden aikana.

Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöillä on merkittävä rooli tiedonkeruussa – juuri he arvioivat kenestä tiedot kerätään. Erityyppisissä yksiköissä tiedonkeruun ehdot ovat erilaisia. Esimerkiksi päihdehuollon **erityispalveluissa** kaikki asiakkaat kuuluvat jo lähtökohtaisesti Päihdetapauslaskennan kohderyhmään. Näissä palveluissa asiakkaat ja heidän taustansa usein myös tunnetaan kohtuullisen hyvin ja päihdeongelmista puhumisen kulttuuri on tuttu. Tilanne on toinen esimerkiksi **terveydenhuollossa**, jossa potilaiden kirjo on moninainen, potilaat ovat työntekijöille

usein tuntemattomia, työn tekemisen tahti on kiireinen ja työntekijät saattavat kokea päihdeasioista kyselemisen itselleen hankalaksi ja vieraaksi asiaksi. Vuoden 2019 tiedonkeruussa korostettiin, että tiedot tuli kerätä työntekijän ja asiakkaan yhteistyönä. Lomake voitiin antaa myös asiakkaan itsensä täytettäväksi. Työntekijöiden tehtävä oli huolehtia, että asiakas oli tietoinen ja suostui siihen, että hänen tietojaan kerättiin tutkimuskäyttöön. Ohjeistuksessa tuotiin esiin myös asiakkaan oikeus kieltäytyä osallistumasta tiedonkeruuseen.

Tiedonkeruulomake

Aineiston keräämisessä käytettiin sähköistä tiedonkeruulomaketta ja lisäksi käytössä oli paperilomake. Jokainen yksikkö sai oman käyttäjätunnuksen ja salasanan tietojen tallentamista varten. Nämä yksikkökohtaiset tiedot olivat myös paperilomakkeessa. Noin puolet (53 %) tiedoista palautettiin sähköisellä lomakkeella. Tämä osuus oli lähes sama (54 %) vuoden 2015 laskennassa (Kuussaari ym. 2017a). Lomakkeessa kysyttiin tietoja toimintayksiköstä ja yksikössä laskentavuorokauden aikana annetuista palveluista. Lisäksi lomakkeessa kysyttiin asiakkaan sosiodemografisia taustatietoja sekä tietoja hänen päihteiden käytöstään. Lomake pyrittiin pitämään yksinkertaisena ja kysymysrunko samankaltaisena kuin aikaisemmissa laskennoissa. Vuoden 2019 lomakkeeseen lisättiin kaksi kokonaan uutta kysymystä: asiakkaan syntymämaa (kysymys 8) ja asiakkaan nikotiinituotteiden päivittäinen käyttö (kysymys 13). Lisäksi joidenkin kysymysten (kysymykset 4, 14, 17, 18, 19 ja 21) vastausvaihtoehtoja muokattiin. Lomakkeeseen lisättiin myös kohta, joka pyydettiin täyttämään siinä tapauksessa, että asiakas kieltäytyi tiedonkeruusta. Tutkimuksessa käytetty materiaali ja aineisto löytyvät Yhteiskuntatieteellisestä tietoarkistosta osoitteesta <https://www.fsd.tuni.fi/fi/>.

Kyselymateriaali lähetettiin postitse sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköihin ja vankiloihin. Yhdyskuntaseuraamustoimistoja lähestyttiin sähköpostitse. Kuten jo edellä mainittiin, yksi laskennan toteuttamisen suurimmista haasteista oli se, että Suomessa ei ole ajantasaista ja luotettavaa rekisteriä sosiaali- ja terveydenhuollon toimipaikoista. Tämän takia jokaista Päihdetapauslaskentaa varten kootaan erillinen osoitetietokanta useista eri lähteistä.

Osoitetietokanta

Vuonna 2019 osoitetietokannan pohjana käytettiin THL:n ylläpitämää sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiorekisteriä. Rekisteri kattaa kohtuullisen hyvin sekä julkiset että yksityiset terveydenhuollon palvelut ja yksityiset sosiaalipalvelut (Parhiala ym. 2017). Sen sijaan julkiset sosiaalipalvelut ovat siinä vielä toistaiseksi huomomin edustettuina. Tietoja täydennettiin THL:n toimipaikkarekisteristä (TOPI)

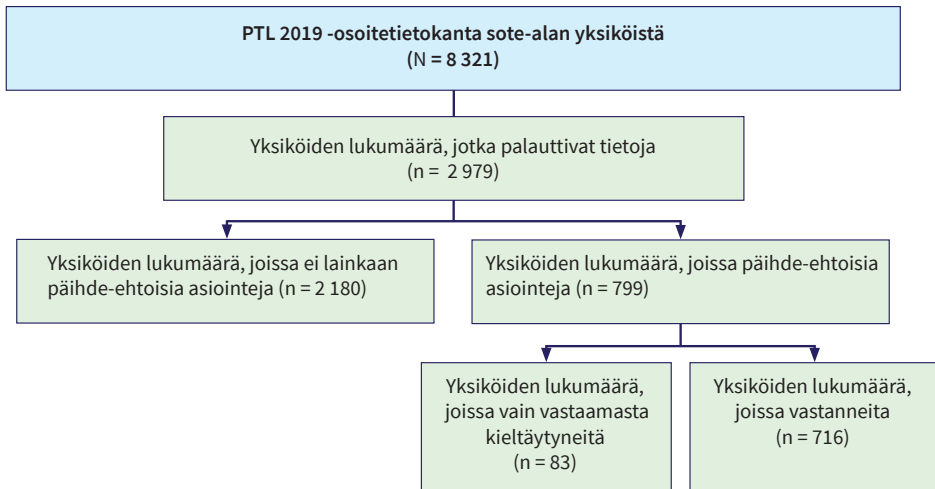
saaduilla tiedoilla kuntien sosiaalitoimistoista ja näitä tietoja haettiin ja tarkistettiin myös kuntien verkkosivuilta. Myös THL:n huumehoidon Pompidou-tiedonkeruun taustalla olevaan yksiköiden osoitetietojen listausta käytettiin ja pyrittiin etsimään siitä yksiköitä, joita ei löytynyt muista tietolähteistä.

Sairaanhoitopiirien ja suurimpien kuntien (Espoo, Helsinki, Oulu, Tampere, Turku, Vantaa) kanssa keskusteltiin erikseen siitä, miten laskenta olisi viisainta toteuttaa kyseisessä organisaatiossa. Valtaosassa päädyttiin siihen, että materiaali osoitettiin organisaation toimialan/tulosalueen vastaavalle henkilölle. Osoitetietoja tarkistettiin myös suoraan palveluntuottajilta (esim. A-klinikka Oy, Sininauhaliitto). Terveysneuvontapisteiden osoitteet haettiin verkkosivuilta (vinkki.fi) ja vankiloiden sekä yhdyskuntaseuraamuslaitosten tiedot poimittiin Rikosseuraamuslaitoksen verkkosivulta. Päihdetapauskannassa on ollut mukana myös kirkon diakonia- ja perhetyö. Näiden osalta käytettiin ilmoittautumismenettelyä, eli halukkaat diakonia- ja perhetyön yksiköt ilmoittautuivat laskentaan mukaan erillisellä webropol-kyselyllä. Lopullisessa osoitetietokannassa oli 8 321 toimipaikan tiedot.

Osoitetietokantaa tarkistettiin sekä sähköisesti että manuaalisesti. Tästä huolimatta siihen jäi tietoja jo lopettaneista yksiköistä ja esimerkiksi nimensä muuttaneista yksiköistä. Lisäksi jotkut yksiköt olivat lopullisessa tietokannassa useampaan kertaan. Terveyskeskusten ja ikääntyneiden asumispalveluiden osoitteissa havaittiin materiaalin postituksen jälkeen virhe, joka korjattiin uusintapostituksella. Lisäksi laskentapäivänä tuli esiin virhe Siun soten tiedoissa, josta selvisi, että tieto Päihdetapauskannasta ei ollut saavuttanut alueen terveyspalveluita. Tätä ei enää pystytty korjaamaan ja näin ollen Siun soten tiedot ovat aineistossa puutteelliset. On mahdollista, että tiedonkulussa on ollut puutteita myös muilla alueilla ja organisaatiossa.

On vaikea arvioida kuinka hyvin eri lähteistä koottu osoitetietokanta vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden perusjoukkoa. Kun verrattiin maakuntien väestömäärän suhteellisia jakaumia osoitetietokannan yksiköiden lukumäärää kuvaaviin jakaumiin, nähtiin että osoitetietokannan jakaumat vastasivat kohtuullisen hyvin maakuntien väestöosuusia (Liitekuvio 1.1). Uudenmaan osalta väestöosuus ja yksiköiden lukumäärän osuudet poikkesivat kuitenkin toisistaan. Tämä selittyy ainakin osittain sillä, että pääkaupunkiseudun kolmen suuren kunnan ja maan suurimman sairaanhoitopiirin osalta organisaatioita lähestyttiin toimi- / tulosalueittain, jolloin yksikkö ei esim. HUS:ssa ollut osasto vaan toimiala. Joidenkin yksikkötyyppien osalta on mahdollista sanoa, että ne olivat kattavasti mukana osoitetietokannassa. Tällaisia olivat esimerkiksi vankilat, yhdyskuntaseuraamustoimistot, vankiterveydenhuolto, terveysneuvontapisteet sekä terveyskeskukset. Myös yksityiset sosiaalipalvelut olivat hyvin edustettuina osoitetietokannassa, koska sote-organisaatiorekisterissä olevat yksityisten palveluntuottajien tiedot perustuvat Valviran Valveri-rekisteriin. On kuitenkin mahdollista, että em. yksiköiden osalta osoitetietokantaan on poiminnan yhteydessä tullut mukaan myös sellaisia yksiköitä, jotka eivät olisi siihen kuuluneet. Esimerkiksi kotihoitoa tarjoavien palveluiden osalta oli rekistereissä olevien tietojen perusteella mahdollista ymmärtää sitä, kuinka moni

mukana olleista yksiköistä tarjosi hoidollisten toimenpiteiden sijaan esimerkiksi ai-noastaan siivouspalvelua.



Kuvio 1.1. Vuoden 2019 Päihdetapauskannassa tietoja antaneiden yksiköiden lukumäärät.

Kyselyyn vastanneet yksiköt

Kuviossa 1.1 on esitetty tietoja antaneiden yksiköiden lukumäärät.

Reilu kolmannes (36 %) osoitetietokannan 8 321 yksiköstä vastasi kyselyyn. Tietoja palautettiin 2 979 yksiköstä, joista 716 yksikössä oli ollut päihde-ehtoisia asiointeja laskentavuorokauden aikana. Päihde-ehtoisten asiointien lukumäärän vaihteluväli oli 1–114 asiointia/yksikkö. Suuressa osassa (64 %) päihde-ehtoisia asiointeja raportoineista yksiköistä asiointeja oli viisi tai vähemmän. Valtaosassa tietoja palauttaneista yksiköistä (73 %) ei ollut lainkaan päihde-ehtoisia asiointeja.

Päihde-ehtoisten asiointien lukumäärä

Vuonna 2019 tietoja saatiin yhteensä 6 820 päihde-ehtoisesta asioinnista. Näistä joka viidennessä (n=1 347) asiakas oli kieltäytynyt vastaamasta kyselyyn. Ahvenanmaalla, Etelä-Pohjanmaalla ja Pirkanmaalla kieltäytyneitä oli enemmän kuin maassa keskimäärin. Pohjanmaalla, Pohjois-Pohjanmaalla ja Satakunnassa kieltäytyneitä oli puolestaan vähemmän kuin maassa keskimäärin. (Liitetaulukko 1.1.)

Vuoden 2019 Päihdetapauskannan aineiston lopullisissa analyyseissa on mukana tiedot 5 473 päihde-ehtoisesta asioinnista. Tämä on noin puolet vuoden 2015 laskennassa kirjatusta päihde-ehtoisista asioinneista (N = 10 851). Vuoden

2015 laskennassa laskentavuorokauden aikana tehtiin 19,8 päihde-ehdoista asiointia 10 000 asukasta kohden, kun vuonna 2019 luku oli 9,3. Pirkanmaata lukuun ottamatta väestöön suhteutettu asiointien lukumäärä oli laskenut huomattavasti suuressa osassa maakunnista. (Liitekuvio 1.2.) Asiakkaan kotikunnan mukaan tarkasteltuna tietoja saatiin 241 (77 %) kunnasta kun vuoden 2015 laskennassa mukana oli asiakkaita 89 prosentista kuntia (Kuussaari ym. 2017a). Kunnat, joista tietoja ei saatu, olivat pääsääntöisesti pieniä alle 5 000 asukkaan kuntia. Näistä kunnista 12 sijaitsi Ahvenanmaalla, muuten kunnat jakaantuivat tasaisesti eri maakuntiin. Kuten aikaisempinakin vuosina, Päihdetapauslaskenta on tavoittanut erityisesti päihteiden ongelmallisesta käytöstä kärsiviä henkilöitä (Kuussaari ym. 2017a; Kuussaari ym. 2012, Nuorvala ym. 2008).

Tulokset

Vastanneiden henkilöiden taustatiedot

Taulukkoon 1.1 on koottu vuoden 2019 Päihdetapauslaskentaan vastanneiden henkilöiden taustatietoja ja verrattu niitä vuoden 2015 tietoihin.

Taulukko 1.1. Päihde-ehdoisten asiointien taustatekijät vuosien 2019 ja 2015 Päihdetapauslaskennoissa.

	2019 (n=5 473)		2015 (n=10 851)	
	n	%	n	%
Ikäryhmä				
Alle 20-vuotiaat	178	3,3	280	2,6
20–29-v	858	15,7	1 622	14,9
30–39-v	1 229	22,5	2 354	21,7
40–49-v	839	15,3	1 788	16,5
50–59-v	851	15,5	1 969	18,1
60-v. tai vanhemmat	1 246	22,8	2 639	24,3
Puuttuva tieto	272	5,0	199	1,8
Sukupuoli				
Mies	3 754	68,6	7 638	70,4
Nainen	1 667	30,5	3 092	28,5
Muunsukupuolinen	8	0,1	.	.
Puuttuva tieto	44	0,8	121	1,1

	2019 (n=5 473)		2015 (n=10 851)	
Synnyinmaa				
Suomi	5 204	95,1	.	.
Venäjä/Neuvostoliitto	42	0,8	.	.
Ruotsi	38	0,7	.	.
Viro	28	0,5	.	.
Muu	66	1,2	.	.
Ei tietoa	37	0,7	.	.
Puuttuva tieto	58	1,1	.	.
Siviilisäät				
Naimaton	2 908	53,1	5 167	47,6
Avoliitossa	538	9,8	996	9,2
Avoliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa	566	10,3	1193	11,0
Asumuserossa tai eronnut	1 002	18,3	2104	19,4
Leski	219	4,0	470	4,3
Puuttuva tieto	240	4,4	814	7,5
Alle 18-vuotiaita lapsia				
Kyllä, samassa kotitaloudessa	381	7,0	742	6,8
Kyllä, mutta asuvat pääsääntöisesti muualla	839	15,3	1 535	14,1
Kyllä, osa samassa kotitaloudessa, osa muualla	34	0,6	49	0,5
Ei ole alle 18-vuotiaita lapsia	3 774	69,0	7 195	66,3
Ei tietoa / puuttuvia tietoja	445	8,1	1330	12,3
Pääasiallinen toiminta				
Ansiotyössä	485	8,9	775	7,1
Työttömänä	2 180	39,8	4 246	39,1
Eläkeläinen	1 870	34,2	4 130	38,1
Opiskelija	340	6,2	484	4,5
Kotiäiti/-isä	73	1,3	119	1,1
Muu / Ei tietoa	364	6,7	946	8,7
Puuttuva tieto	161	2,9	151	1,4
Työssä olevista				
Yrittäjä	73	15,7	103	15,6
Työntekijä	355	76,3	506	76,4

	2019 (n=5 473)		2015 (n=10 851)	
Toimihenkilö	37	8,0	53	8,0
Asumistilanne				
Oma asunto	827	15,1	1 427	13,2
Vuokra-asunto/alivuokralainen	3 070	56,1	5 494	50,6
Tukiasunto	462	8,4	1 579	14,6
Asuntola tai yhteismajoitus	160	2,9	401	3,7
Asuu vanhempiensa, sukulaisten tai tuttavien luona	192	3,5	419	3,9
Kokonaan vailla asuntoa	270	4,9	574	5,3
Lastenkoti	24	0,4	92	0,8
Laitos	240	4,4	148	1,4
Muu/puuttava tieto	228	4,1	717	6,6

Vastanneiden ikäjakaumaa tarkasteltaessa voidaan havaita iäkkäimpien vastaa-
jien osuuksissa tapahtuneen jonkin verran laskua. Tämä näkyy myös asiakkaiden
keski-ikässä, joka oli vuonna 2019 hieman matalampi (45,5 v, vaihteluväli [VV]:
45,05–45,97, keskihajonta [KH]: 16,9) kuin vuonna 2015 (46,4 v, VV: 46,09–46,73,
KH: 16,7). Naisten osuus kasvoi jonkin verran aikaisemmasta ja ensimmäistä ker-
taa vastausvaihtoehdoissa huomioitiin myös muun sukupuoliseksi identifioituvat.
Asiakkaan syntymämaa oli uusi kysymys vuoden 2019 Päihdetapauslaskennassa.
Valtaosa päihde-ehdoista asioinneista oli syntyperäisiä suomalaisia, ainoastaan rei-
lussa kolmessa prosentissa laskentapäivän asioinneista asiakas oli syntynyt jossakin
muualla. Asunnottomien osuus oli vuoden 2019 laskennassa hieman matalampi
(4,9 %) kuin edellisessä Päihdetapauslaskennassa (5,3 %).

Huono-osaisuuden ja ongelmien monimutkaistuminen

Taulukossa 1.2 on tarkasteltu huono-osaisuutta kuvaavia tekijöitä, kuten työttömyyttä, asunnottomuutta ja mielenterveysongelmien esiintyvyyttä.

Taulukko 1.2. Sukupuoli, sosioekonominen asema ja mielenterveyden ongelmat (%) vuosien 2019 ja 2015 Päihdetapauslaskennoissa. Tarkastelu on tehty ikäryhmittäin (alle 35-vuotiaat, 35–49-vuotiaat, 50-vuotiaat ja sitä vanhemmat).

	2019				2015			
	Alle 35 (n=1 610)	35–49 (n=1 488)	50+ (n=2 091)	Yhteensä (n=5 189)	Alle 35 (n=3 101)	35–49 (n=2 890)	50+ (n=4 574)	Yhteensä (n=10 565)
	%	%	%	%	%	%	%	%
Sukupuoli								
Mies	62,3	73,7	71,0	69,1	64,8	74,7	73,3	71,2
Nainen	37,4	26,1	29,0	30,8	35,2	25,3	26,7	28,8
Muunsukupuolinen	0,3	0,1	0,0	0,2
Yksinasuva	79,0	72,7	75,8	75,9	75,6	72,6	69,8	72,3
Ansioyössä	9,1	13,8	6,2	9,3	7,1	11,3	4,8	7,3
Työttömänä	52,7	55,9	21,1	40,8	53,6	54,8	20,6	39,7
Eläkkeellä	8,4	17,0	69,0	35,5	11,0	21,7	68,2	38,7
Asunnoton	7,4	5,5	2,8	5,0	7,5	6,8	2,9	5,4
Mielenterveysongelmia	50,7	40,5	30,5	39,6	56,1	50,2	37,2	46,3

Taulukosta 1.2 voidaan havaita, että päihde-ehtoiset asioinnit kasaantuivat miehille kaikissa ikäryhmissä ja useampi kuin kolme viidestä päihde-ehtoisesta asioinnista oli miesten tekemiä. Vain alle 35-vuotiaiden ikäryhmässä naisten osuus päihde-ehtoisista asioinneista oli yli kolmanneksen (37,4 %). Taulukosta 1.2 voidaan lisäksi havaita, että enemmistö vuoden 2019 laskentaan osallistuneista eivät olleet parisuhteessa (naimattomat ja eronneet). Heidän osuutensa oli hieman nousut vuodesta 2015 erityisesti alle 35-vuotiaiden ja yli 50-vuotiaiden keskuudessa. Myös työttömyys, eläkkeellä oleminen ja mielenterveysongelmat olivat yleisiä. Mielenterveyteen liittyviä ongelmia oli 40 prosentilla päihdeasiakkaita. Erityisesti alle 35-vuotiailla erilaiset mielenterveyteen liittyvät ongelmat olivat yleisiä. Mielenterveysongelmat näyttäisivät vähentyneen jonkin verran vuoden 2015 tilanteeseen verrattuna. Saattaa olla, että laskennasta on tällä kertaa jäänyt pois kaikista huonoimmassa kunnossa olevia mielenterveysasiakkaita, koska aineiston keruussa korostettiin heidän aktiivista suostumustaan tiedonkeruuseen. Voi myös olla, että

mielenterveys- ja psykiatrisissa palveluissa on osallistuttu Päihdetapauslaskentaan aikaisempaa vähemmän. Lisäksi on syytä huomioda, että mielenterveysongelmia koskevan kysymyksen sisältöä muokattiin vuoden 2019 laskennassa eikä kysymys ole siis täysin vertailukelpoinen aikaisemman mielenterveyttä koskevan kysymyksen kanssa. Asunnottomuus oli yleisempää nuoremmissa ikäluokissa: yli 50-vuotiaiden keskuudessa asunnottomia oli 2,8 prosenttia kun alle 35-vuotiaiden keskuudessa asunnottomien osuus oli reilut seitsemän prosenttia.

Päihteiden käyttö

Taulukossa 1.3 on esitelty ikäryhmittäin alkoholia ja muita päihteitä viimeisen vuoden aikana käyttäneiden henkilöiden osuudet päihteiden käytön takia hoidon tai tuen piirissä olevista. Taulukkoon on valittu laittomista huumeista yleisimmin käytetyt aineet.

Taulukko 1.3. Viimeisen vuoden aikainen päihteiden käyttö sekä huumeiden pistokäyttö ikäryhmittäin (%) vuosien 2019 ja 2015 Päihdetapauslaskennoissa. Ikäryhmäjako: alle 20-vuotiaat, 20–29-vuotiaat, 30–39-vuotiaat, 40–49-vuotiaat, 50–59-vuotiaat ja 60-vuotiaat ja sitä vanhemmat.

	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015
	Alle 20 (n=178)	Alle 20 (n=280)	20–29 (n=858)	20–29 (n=1622)	30–39 (n=1229)	30–39 (n=2354)	40–49 (n=839)	40–49 (n=1788)	50–59 (n=851)	50–59 (n=1969)	60+ (n=1246)	60+ (n=2639)	Yhteensä (n=5201)	Yhteensä (n=10652)
Alkoholi	82,0	78,9	69,6	65,7	66,7	64,5	72,1	75,6	82,4	86,5	81,1	87,8	74,6	76,8
Kannabis	62,4	65,0	50,3	44,4	44,8	34,6	19,6	20,3	8,2	5,7	1,6	1,6	29,7	21,0
Amfetamiini	38,2	18,9	42,5	29,5	37,6	28,2	27,4	14,1	6,8	4,1	1,0	0,9	23,0	14,6
Ekstaasi	23,6	9,6	18,9	6,8	9,8	4,5	6,9	1,8	1,2	0,2	0,1	0,2	7,6	2,7
Kokaiini	7,3	2,1	14,3	2,6	9,8	2,9	5,4	1,3	1,4	0,6	0,1	0,3	6,0	1,5
Opioidit	34,3	17,1	37,4	38,0	30,8	39,2	23,8	18,7	7,1	4,3	1,0	1,3	19,8	19,1
Vain alkoholi	20,2	20,4	13,2	16,3	13,7	18,6	25,0	43,9	57,3	69,5	68,3	79,2	35,9	46,8
Jokin huume	71,9	72,5	78,0	75,8	76,4	72,5	58,6	43,1	23,1	13,3	5,7	4,2	48,0	40,0
Huumeita pistämällä	21,5	13,9	52,3	50,7	61,9	62,7	47,3	36,8	15,9	11,1	2,6	2,9	35,0	30,8
Vain huume	13,5	13,2	25,2	21,2	26,8	21,5	19,3	13,0	7,1	4,2	2,2	0,9	15,7	11,4

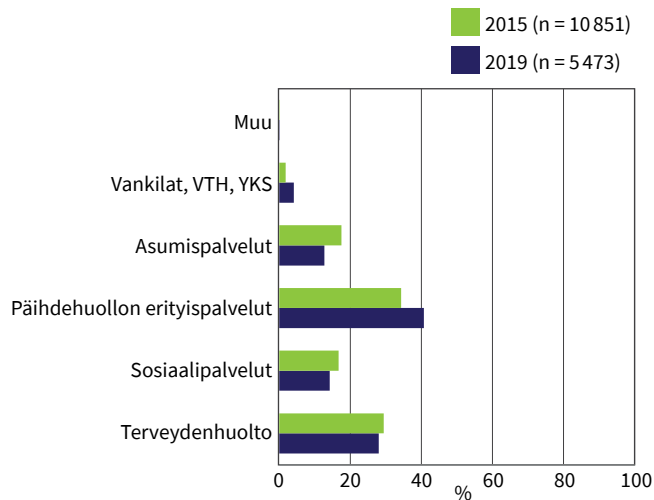
Yksittäisistä päihteistä alkoholia oli käytetty eniten: kolme neljästä Päihdetapauslaskennassa mukana olleesta oli käyttänyt alkoholia viimeisen vuoden aikana. Päihteiden käytön vuoksi hoidon tai tuen piirissä olevilla asiakkailla kannabiksen käyttö oli yleistä (29,7 %). Viimeisen vuoden aikaista amfetamiinin käyttöä oli ollut 23 prosentilla ja opioidien käyttöä joka viidennellä. Ekstaasin ja kokaiinin käyttö oli vähäisempää mutta huomionarvoista on, että nämä päihteet näkyivät vuonna 2019 kerätyssä Päihdetapauslaskennan aineistossa selvemmin kuin koskaan aikaisemmin. Kaikkien laittomien päihteiden käyttö oli yleisempää alle 50-vuotiailla kuin tätä vanhemmilla.

Vain alkoholia viimeisen vuoden aikana käyttäneiden osuudet jäivät melko pieniksi kaikissa alle 50-vuotiaiden ikäryhmissä. Vain alkoholia käyttäneiden osuudet laskivat kaikissa ikäryhmissä verrattuna vuoden 2015 lukuihin ja erityisesti 40–49-vuotiaiden ikäryhmässä vain alkoholia käyttäneiden osuus oli laskenut lähes viidenneksellä. Alkoholin käyttäminen ainoana päihteenä oli yleisintä vain kaikkein vanhimmissa ikäryhmissä, ollen 50–59-vuotiailla 57,3 prosenttia ja yli 60-vuotiailla 68,3 prosenttia. Huomionarvoista on, että näissäkin ikäryhmissä oli havaittavissa laskua verrattuna vuoden 2015 lukuihin. Nuoremmista ikäryhmissä vain alkoholia käyttäneiden osuudet jäivät alimmillaan noin 13 prosentin tasolle. Vielä vuoden 2003 Päihdetapauslaskennassa lähes kaikki yli 50-vuotiaista käyttivät pääsääntöisesti yksistään alkoholia, myös nuoremmista ikäryhmissä päihteiden käyttö painotui alkoholiin ja esimerkiksi 30–39-vuotiaista lähes 60 prosenttia ilmoitti käyttäneensä vain alkoholia (Nuorvala ym. 2004).

Huumeiden käyttö on tunnistettu useissa tutkimuksissa alati nousevana ilmiönä Suomessa. (Jätevesitutkimus: väestötason huumeiden käyttö 2020; Päihdetilastollinen vuosikirja 2019; Rönkä ym. 2020) Myös Päihdetapauslaskennan vuoden 2019 luvut vahvistavat näitä havaintoja. Alle 40-vuotiailla huumeiden käyttö oli vallitsevaa, ja ikäryhmästä riippuen noin 72–78 prosenttia ilmoitti käyttäneensä laittomia huumeita viimeisen vuoden aikana. Alle 20-vuotiaiden keskuudessa huumeiden käyttö näyttäisi hieman vähentyneen, vaikka muutokset yksittäisten huumeiden osalta ovat olleet päinvastaisia. Tämä saattaa osittain selittyä havaintojen alhaisella lukumäärällä ja osittain sillä, että taulukkoon on listattu vain yleisimmin käytetyt huumeet. Myös huumeiden käyttäminen pistämällä on lisääntynyt. Vuonna 2019 nuoremmista 20–49-vuotiaiden ikäryhmissä jopa yli puolet vastanneista oli käyttänyt huumeita pistämällä. Erityisesti 40–49-vuotiaiden ikäryhmässä huumeiden käyttäminen pistämällä (47,3 %) näyttäisi lisääntyneen edelliseen tiedonkeruuseen verrattuna. Huumeiden käyttö ainoana päihteenä oli lisääntynyt kaikissa ikäryhmissä.

Päihde-ehdoiset asioinnit toimialoittain

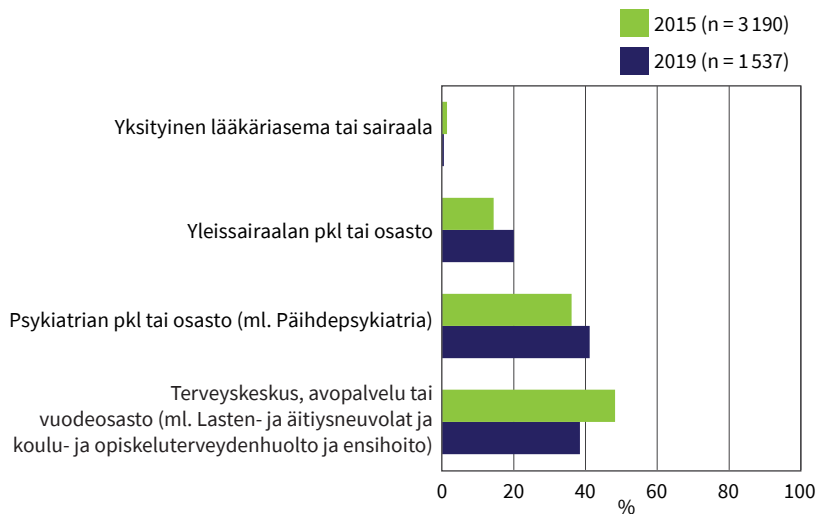
Kuviossa 1.2 on kuvattu päihde-ehdoisen asioinnin jakautumista yleisellä tasolla toimialoittain vuosina 2019 ja 2015.



Kuvio 1.2. Päihde-ehdoiset asioinnit vuosina 2019 ja 2015 (%).

Kuviosta 1.2 nähdään, että vastaukset painottuivat aikaisempaa voimakkaammin päihdepalveluihin. Asumispalveluiden ja sosiaalipalveluiden osalta vastausten osuudet laskivat jonkin verran vuoden 2015 laskentaan verrattuna. Terveydenhuollon osuus oli pysynyt vuoden 2019 laskennassa jokseenkin samalla tasolla kuin vuonna 2015. Vankiloiden, vankiterveydenhuollon ja yhdyskuntaseuraamustoimistojen päihde-ehdoiset asioinnit puolestaan lisääntyivät.

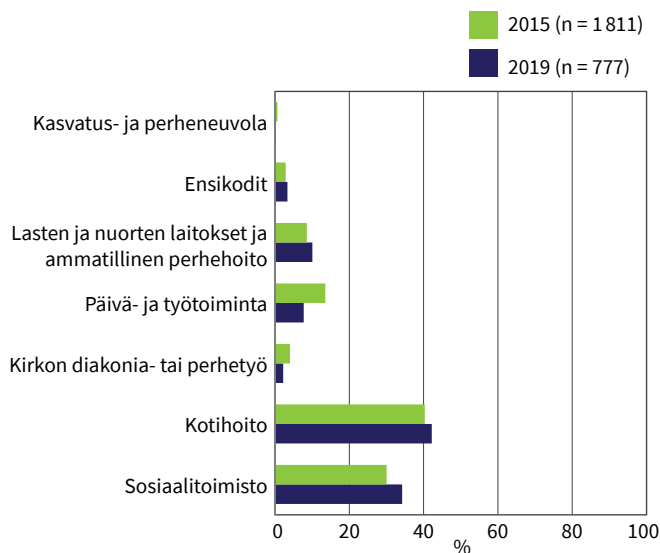
Kuviossa 1.3 on puolestaan kuvattu päihde-ehdoisten asiointien osuudet terveydenhuollon palveluissa vuosina 2019 ja 2015.



Kuvio 1.3. Päihde-ehdoiset asioinnit terveydenhuollossa 2019 ja 2015 (%).

Terveydenhuollon palvelujen osalta Päihdetapauslaskennassa oli mukana terveyskeskuksia (ml. neuvolat, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, ensihoito), sairaaloita, psykiatrian erikoissairaanhoidoa sekä yksityisiä terveystalouksia. Kun vuonna 2015 lähes puolet terveydenhuollon vastauksista tuli terveyskeskuksista, oli näiden osuus vuonna 2019 laskenut selvästi. Vuoden 2019 tiedonkeruussa raportoitiinkin suhteellisesti enemmän päihde-ehdoisia asiointeja sekä psykiatrian erikoissairaanhoidossa että sairaaloissa.

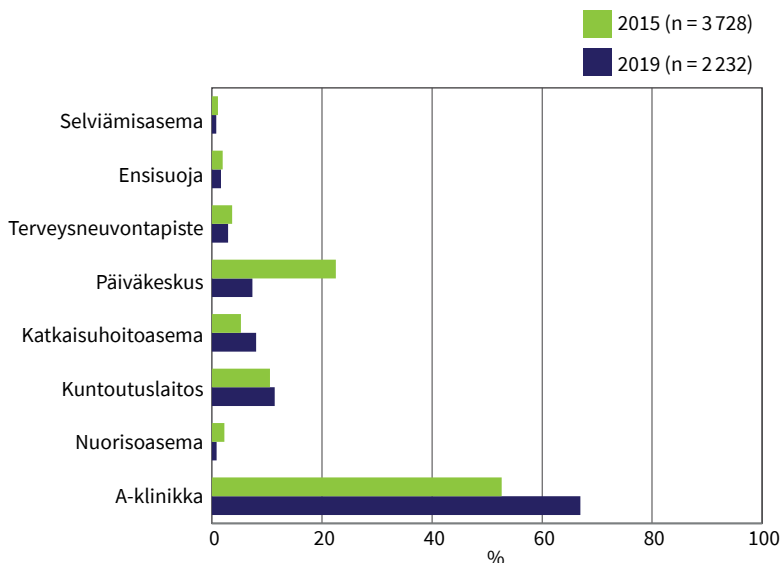
Vastaavasti kuviossa 1.4 on kuvattu päihde-ehdoisten asiointien osuudet sosiaalipalveluissa vuosina 2019 ja 2015.



Kuvio 1.4. Päihde-ehdoiset asioinnit sosiaalipalveluissa 2019 ja 2015 (%).

Sosiaalipalveluiden kokonaisuus koostettiin Päihdetapauskaskennassa kasvat- ja perheneuvolojen, ensikotien, lasten- ja nuorten laitosten, päivä- ja työtoiminnan, kirkon diakonia ja perhetyön, kotihoidon sekä sosiaalitoimistojen piirissä raportoiduista päihde-ehtoisista asioinneista. Sekä vuosina 2019 että 2015 suhteellisesti suurin osa sosiaalipalveluihin kirjatuista vastauksista tuli kotihoidon piiristä. Sosiaalitoimistoissa kirjattujen päihde-ehtoisten asiointien suhteellinen osuus oli vuonna 2019 hieman noussut vuoteen 2015 verrattuna. Tuoreessa laskennassa päivä- ja työtoiminnassa kirjattujen päihde-ehtoisten asiointien suhteellinen osuus oli puolestaan huomattavasti pienempi kuin edellisessä laskennassa. Sen sijaan lasten ja nuorten laitoksissa kirjattujen päihde-ehtoisten asiointien osuudessa oli hienoista nousua.

Päihdehuollon erityispalveluissa päihde-ehtoisten asiointien jakautuminen vuosina 2019 ja 2015 on kuvattu kuviossa 1.5.



Kuvio 1.5. Päihde-ehtoiset asiointit päihdehuollon erityispalveluissa 2019 ja 2015 (%).

Päihdehuollon erityispalveluiden päihde-ehtoisista asioinneista valtaosa tapahtui A-klinikoilla tai vastaavissa avomuotoisissa päihdepalveluissa. A-klinikoiden osuus oli kasvanut selvästi vuoden 2019 laskennassa edelliseen laskentakertaan verrattuna. Sen sijaan päihdeiden käyttäjille tarkoitetun päiväkeskustoiminnan piiristä raportoituihin selvästi aikaisempaa vähemmän päihde-ehtoisia asiointeja.

Edellä mainittujen lisäksi päihdehuollon asumispalveluyksiköissä kirjattiin vuonna 2019 suhteellisesti vähemmän päihde-ehtoisia asiointeja kuin edellisessä tiedonkeruussa (43 % vs. 59 %). Sen sijaan muiden asumispalveluiden osuudet kasvoivat (56 % vs. 46 %). Asumispalveluiden osalta luokittelua muutettiin vuoden 2019 kyselyssä siten, että päihdehuollon asumispalveluiden lisäksi oli ainoastaan luokka

”asumispalveluyksikkö”. Vuonna 2015 asumispalveluista oli toimipaikkuokittelussa eroteltu myös ikääntyneiden ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut.

Vankiloiden, vankiterveydenhuollon ja yhdyskuntaseuraamustoimistojen päihde-ehtoiset asiointit painottuivat aikaisempaa enemmän vankiloihin. Vuonna 2019 vankiloiden osuus kaikista vankiloihin, vankiterveydenhuoltoon ja yhdyskuntaseuraamustoimistoihin tehdyistä päihde-ehtoisista asioinneista oli 68 prosenttia kun se vuonna 2015 oli 44 prosenttia. Sen sijaan sekä vankiterveydenhuollossa (18 % vs. 38 %) että yhdyskuntaseuraamustoimistoissa (13 % vs. 24 %) kirjattiin vuonna 2019 suhteellisesti vähemmän päihde-ehtoisia asiointeja kuin vuonna 2015.

Päihde-ehdoiset asiointit ikäryhmittäin

Taulukko 1.4 esittää päihde-ehdoisten asiointien jakautumista eri palveluihin iän mukaan kuvattuna.

Taulukko 1.4. Ikäryhmittäinen palvelunkäyttö vuosien 2019 ja 2015 Päihdetapauskaskeissa. Tarkastellut ikäryhmät: alle 35-vuotiaat, 35–49-vuotiaat, 50-vuotiaat ja sitä vanhemmat.

	2019		2015		2019		2015		2019		2015		2019		2015	
	alle 35 (n=1 611)		alle 35 (n=3 135)		35–49 (n=1 493)		35–49 (n=2 909)		50+ (n=2 097)		50+ (n=4 608)		Yhteensä (n=5 201)		Yhteensä (n=10 652)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Terveydenhuolto	475	29,5	1 040	33,2	388	26,0	852	29,3	617	29,4	1 264	27,4	1 480	28,5	3 156	29,6
Psyk hoito																
Psyk pkl/osasto	213	13,2	535	17	111	7,4	369	12,7	86	4,1	242	5,3	410	7,9	1 146	10,8
Päihdepsyk pkl/osasto	92	5,7	.	.	75	5,0	.	.	31	1,5	.	.	198	3,8	.	.
Yleiset terveyden- huollon palvelut																
Yleissairaalan pkl tai osasto	39	2,4	122	3,9	41	2,7	111	3,8	211	10,1	221	4,8	291	5,6	454	4,3
Terveyskeskus	119	7,4	231	7,4	159	10,6	248	8,5	278	13,3	663	14,4	556	10,7	1 142	10,7
Sosiaalipalvelut	178	11,0	441	14,1	112	7,5	304	10,5	440	21,0	1 019	22,1	730	14,0	1 764	16,6
Päihdehuollon erityispalvelut	730	45,3	1 257	40,1	791	53,0	1 249	42,9	583	27,8	1 119	24,3	2 104	40,5	3 625	34,0
A-klinikka tai vastaava	499	31,0	784	25	583	39,0	754	25,9	413	15,0	407	8,8	1 396	26,8	1 945	18,3
Päihdekuntoutus	96	6,0	136	4,3	80	5,4	127	4,4	76	3,6	128	2,8	252	4,8	391	3,7
Asumispalvelut	110	6,8	299	9,5	128	8,6	417	14,3	427	20,4	1 174	25,5	665	12,8	1 890	17,7
Vankila, VTR, YKS	116	7,2	92	2,9	74	5,0	82	2,8	28	1,3	27	0,6	218	4,2	201	1,9
Muu	2	0,1	.	.	0	0	.	.	2	0,1			4	0,1	.	.

Ikäryhmittäinen päihde-ehtoisten asiointien tarkastelu nostaa esiin eroja ikäryhmien välillä: Yli 50-vuotiailla päihde-ehtoinen asiointi näkyi muita ikäryhmiä enemmän sosiaalipalveluissa, asumispalveluissa sekä terveyskeskuksissa. Vastaa- vasti alle 35-vuotiaiden ikäryhmässä päihde-ehtoinen asiointi terveyspalveluissa oli muita ikäryhmiä yleisempää erityisesti psykiatrisen hoidon osalta. Päihdehuollon erityispalveluissa tapahtuneessa päihde-ehtoisessa asioinnissa 35–49-vuotiaat olivat edelleen suurin ryhmä.

Pohdinta

Yhdeksäs Päihdetapauslaskenta tuotti tärkeää tietoa siitä, missä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa päihde-ehtoisia asiointeja oli laskentavuorokauden aikana tehty. Tietoja saatiin myös päihhteiden vuoksi asiointeiden henkilöiden päihdeongelmista iän ja käytettyjen päihhteiden mukaan tarkasteltuna. Tuore laskenta-aineisto oli kuitenkin luonteeltaan erilainen kuin aikaisemmissa Päihdetapauslaskennoissa kerätyt aineistot. Tämä näkyi erityisesti siinä, että vuoden 2019 laskennassa tavoitettiin huomattavasti vähemmän päihde-ehtoisia asiointeja kuin aikaisemmin. Yksi tämän artikkelin päätavoitteista olikin pyrkiä ymmärtämään sitä, miten syksyllä 2019 kerätty aineisto erosi vuoden 2015 aineistosta ja miten tämä tulisi huomioida tulosten tulkinnassa. Tässä pohdintaosuudessa kuvataan aluksi ilmiöitä, jotka nousivat esiin vuoden 2019 laskennassa. Lopuksi pohditaan sitä, miten uusi aineisto eroaa aikaisemmista tiedonkeruista ja mikä näitä eroja mahdollisesti selittää. Pohditaan myös sitä, miltä Päihdetapauslaskennan tulevaisuus näyttää ja minkälaisia kehittämistarpeita tiedonkeruulle on.

Vuoden 2019 Päihdetapauslaskenta kuvastaa päihdeongelmien moninaista ilmenemistä eri ikäkohorteissa sekä huumeiden käytön yleistymistä palveluiden piirissä olevien keskuudessa. Tämän viimeisimmän laskennan suurimman vastanneiden ikäryhmän muodostivat aikaisempien Päihdetapauslaskentojen tapaan yli 50-vuotiaat suomalaiset miehet, joiden keskuudessa alkoholi oli käytetyin päihde (Kuussaari ym. 2014). Tämä ryhmä edustanee Päihdetapauslaskennan historiassa tyyppiesimerkkiä ja monien mielikuvaa suomalaisen päihdeongelman ilmi- asusta (Nuorvala 2004). Voidaan kuitenkin perustellusti kysyä, onko kyseessä väistyvä ryhmä etenkin päihdehuollon erityispalveluissa? Viitteitä tästä on havaittavissa, sillä vuoden 2019 laskennassa huumeiden käyttö oli lisääntynyt huomattavasti myös 40–49-vuotiaiden ikäryhmissä edellisen laskennan tuloksiin verrattuna. Yleisintä huumeiden käyttö oli edelleen alle 40-vuotiailla ja heistä yli 70 prosenttia ilmoitti käyttäneensä huumeita. Kenties voidaankin puhua suomalaisen päihdeilmiön kah- tia jakautuneisuudesta, josta myös aikaisemmat tutkimukset ovat tehneet havaintoja (Rönkä ym. 2020; Karjalainen ym. 2020).

Huumeiden käytön yleistyessä päihdeongelmat myös monimutkaistuvat. Viimeisimmän Päihdetilastollisen vuosikirjan (ks. Jääskeläinen 2020) lukujen valossa

huumesairauksien vuoksi terveydenhuollon vuodeosastoilla hoidossa olleiden potilaiden määrä kasvoi miltei 42 prosenttia ja erikoissairaanhoidossa hoidossa olleiden määrä 25 prosenttia vuoteen 2015 verrattuna, jolloin edellinen Päihdetapauslaskenta toteutettiin. Rekisteritiedoista ei kuitenkaan toistaiseksi ole kattavasti kerättävissä yksilöiden taustatietoja, joiden avulla nähtäisiin keitä esimerkiksi huumeongelmien monimutkaistuminen eniten koskettaa. Vuoden 2019 Päihdetapauslaskentaan osallistuneiden taustatiedoista nousee esille mielenterveyden ongelmien yleisyys, työttömyys ja ilman parisuhdetta eläminen sekä jossain määrin myös asunnottomuus. Nämä ilmiöt korostuvat etenkin kaikkein nuorimmissa ikäryhmissä, joissa myös huumeiden käyttö oli yleisintä, kuvaten Päihdetapauslaskennan tavoittamien asiakkaiden huono-osaisuutta. Päihdetapauslaskenta tavoittaa pääsääntöisesti ongelmallisesti päihteitä käyttäviä henkilöitä (Kuussaari ym. 2017a; Nuorvala ym. 2008) ja huonommin niitä päihteiden riskikäyttäjiä, jotka saattaisivat olla hoidon tai tuen tarpeessa. Tämä näkyy myös siinä, että työssäkäyvien osuus laskentaan osallistuneista on suhteellisen pieni: vuonna 2019 ansiotyössä käyvien osuus oli alle 10 prosenttia.

Päihdetapauslaskenta tavoittaa edelleen selkeästi eniten vastauksia päihdehuollon erityispalveluista. Toisaalta aikaisempien tutkimusten valossa on tiedossa, että vain pieni osa päihdeongelmista kärsivistä henkilöistä pääsee päihdehuollon erityispalveluiden piiriin (Heinälä ym. 2001; Rehm ym. 2015). On ymmärrettävää, että päihdehuollon erityispalveluissa Päihdetapauslaskenta on tuttu tiedonkeruu ja on oletettavaa, että siihen myös vastataan keskimääräistä paremmin. Päihdetilastollisen vuosikirjan lukujen valossa huumeiden käytön aiheuttamat erilaiset terveysongelmat ja myrkytykset ovat kuitenkin lisääntyneet, joten olisi ollut syytä olettaa, että myös terveydenhuollon palveluista olisi raportoitu enemmän päihde-ehtoisia tapauksia. Näin ei kuitenkaan vuoden 2019 laskennan perusteella näyttänyt käyvän.

Vaikka ajantasaisten ja kattavien toimipaikkarekisteritietojen puuttuminen sosiaali- ja terveydenhuollon toimipisteiden lukumäärästä loi osaltaan haasteita tiedonkeruulle, on myös syytä olettaa, ettei päihdeongelmia edelleenkaan osata tunnistaa riittävässä määrin terveydenhuollossa (ks. esim. Niemelä 2012). Näin ollen on mahdollista, että vuoden 2019 laskennan korkeat huumeidenkäytön luvut ehkä kuvastavatkin osaltaan vain jäävuoren huipun eli vaikeimpien tapausten tunnistamista. Vastaavasti lukuja voi myös katsoa siitä näkökulmasta, mistä ne eivät kerro. Alkoholin ollessa edelleen Suomen käytetyin päihde on syytä olettaa, että yksin alkoholin aiheuttamien ongelmien kanssa painivat nuoret aikuiset jäivät tämän laskennan tavoittamattomiin ja mahdollisesti myös palveluiden ulkopuolelle. Tämä puolestaan on ongelmallista, sillä palvelujärjestelmän pitäisi pystyä tunnistamaan ja hoitamaan päihdeongelmia ajoissa ja tulevaisuuden sote-keskusten myötä painopiste alkavien ongelmien tunnistamisessa ja hoitamisessa on yhä enenevässä määrin perusterveydenhuollon vastuulla.

Tulevaisuudessa Päihdetapauslaskennan rinnalle tarvitaan myös rekisteripohjaista järjestelmätutkimusta, jonka avulla päihdeongelmia sosiaali- ja

terveydenhuollossa voidaan tavoittaa nykyistä kattavammin pirstaloituneessa palvelujärjestelmässä. Rekistereihin pohjautuva päihdetutkimus tarjoaa uusia ulottuvuuksia päihdepalvelujärjestelmän tutkimiseen myös muun muassa pitkittäis seurannan ja vaikuttavuuden näkökulmasta (ks. esim. Rautiainen 2020). Rekisteritiedon kattavuuden näkökulmasta on ensin kuitenkin odotettava sosiaalihuollon kansallisten tietosisältöjen ja rakenteisen kirjaamisen edistysaskeleita.

Aineiston rajoitukset

Päihdetapauslaskennan kadon ymmärtäminen on haastavaa. Vuoden 2019 Päihdetapauslaskennassa oli kuitenkin ensimmäistä kertaa mahdollista identifoida laskentaan osallistuneet yksiköt ja verrata palautettuja tietoja osoitetietokannassa olleisiin tietoihin. Tietoja saatiin takaisin 36 prosentista (n=2 979) kaikista osoitetietokannan yksiköistä (N=8 321). Näistä yksiköistä 2 180 yksikköä ilmoitti, että heillä ei ollut lainkaan päihde-ehtoisia asiointeja laskentavuorokauden aikana ja 716 yksiköstä saatiin tietoja päihde-ehtoisista asioinneista. On mahdollista, että osoitetietokanta voi olla jossain määrin kohdennettu väärin ja osa yksiköistä on voinut jättää sen vuoksi reagoimatta kyselyyn. Samposalon ja kumppaneiden (2018) vuoden 2015 Päihdetapauslaskennan alueellisessa analyysissä havaittiin, että vastaamattomat yksiköt olivat muita yksiköitä useammin sosiaalipalveluja ja erityisesti asumispalveluja. Sen sijaan päihdehuollon erityispalveluista lomakkeita palautettiin hyvin. Tilanne on samansuuntainen todennäköisesti myös vuoden 2019 aineistossa.

Vuoden 2019 Päihdetapauslaskennassa tavoitettiin huomattavasti vähemmän päihde-ehtoisia asiointeja kuin aikaisemmin. Tämä ei kuitenkaan kerro siitä, että päihde-ehtoisten asiointien määrä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa olisi todellisuudessa vähentynyt. Kyse on ennemminkin siitä, että laskennan toteuttamisen logiikkaa muutettiin vuoden 2019 tiedonkeruussa. Tiukentuneet tietosuojamääräykset ovat vaikuttaneet tiedonkeruuseen siten, että ohjeistuksessa korostettiin aikaisempaa enemmän tietojen keräämistä kasvokkain. On mahdollista, että tietoja on aikaisemmin tuotettu laskentaan myös suoraan yksiköiden omista tietolähteistä ilman että asiakas/potilas on ollut tästä välttämättä tietoinen. GDPR:n voimaantulon jälkeen sekä THL:n tiukentunut ohjeistus että yksiköiden oma varovaisuus tietosuojaan liittyvissä kysymyksissä selittänevät ainakin osan tapausmäärien putoamisesta. On todennäköistä, että esimerkiksi vahvasti päihtyneiden tai muuten sekavassa tilassa olevien asiakkaiden ja potilaiden tietoja on jätetty keräämättä, koska heiltä ei ole pystytty saamaan lupaa tietojen keräämiseen. Tuoreessa tiedonkeruussa korostettiin myös sitä, että asiakkaan on mahdollista myös kieltäytyä tutkimuksesta. Tiedonkeruusta kieltäytyi joka viides Päihdetapauslaskennan piiriin kuulunut asiakas. Kieltäytymisiä on varmasti ollut myös aikaisemmin, mutta niistä ei ole kerätty tietoa.

Tapausmäärän laskusta huolimatta päihdeasiakkaiden taustatiedot olivat hyvin samankaltaisia kuin aikaisemmin. Tältä osin tietoja voidaan siis pitää vertailukelpoisina aikaisempien vuosien tietoihin. Vuoden 2019 aineisto oli kuitenkin aikaisempaa enemmän painottunut päihdehuollon erityispalveluihin, kun taas yleisistä sosiaalipalveluista ja asumispalveluista saatiin vähemmän tietoja. Aineisto kertoo siis aikaisempaa enemmän nimenomaan päihdehuollon erityispalveluiden asiakaskunnasta. Tämä muutos on syytä huomioida tulosten tulkinnessa.

On kuitenkin syytä kysyä, onko Päihdetapauslaskenta nykymuodossaan yksistään riittävä instrumentti muutoksessa olevan sosiaali- ja terveystalouden palveluiden ja toisaalta päihde-ehdoisen asioinnin kuvaajana? Ehkä on niin, että Päihdetapauslaskennalla on tulevaisuudessakin paikkansa etenkin rekisteritiedon täydentäjänä. Laadukasta ja ajantasaista kansallista sote-toimipaikkarekisteriä odotellessa Päihdetapauslaskenta voisi toimia parhaiten esimerkiksi alueellisen tarkastelun instrumenttina, jolloin tietojen keruun kattavuus olisi nykyistä parempi ja aineistoa voisi yrittää paremmin ymmärtää peilaamalla sitä paikallisiin palvelujärjestelmiin.

Kirjallisuus

Hallituksen esitys eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi. https://soteuudistus.fi/documents/16650278/40811180/HE+Koottu+FI_+15102020.pdf/481e620f-2bd9-8d59-9928-3847f8430f53/HE+Koottu+FI_+15102020.pdf?t=1602762743657

Heinäla, Pekka & Alho, Hannu & Kiiänmaa, Kalervo & Lönnqvist, Jouko & Kuoppasalmi, Kimmo & Sinclair, John D. (2001) Targeted use of naltrexone without prior detoxification in the treatment of alcohol dependence: A factorial double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 21: 287–292.

Härkönen, Janne & Savonen Jenni & Virtala Esa & Mäkelä Pia (2017) Suomalaisten alkoholinkäyttötavat 1968–2016. Juomatapatutkimusten tuloksia. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL). Raportti 3/2017. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134585/URN_ISBN_978-952-302-873-9.pdf?sequence=1

Jätevesitutkimus: väestötason huumeiden käyttö 2020:

<https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/jatevesitutkimus>

Jääskeläinen, Marke (2020) Päihdetilastollinen vuosikirja 2019: Alkoholi ja huumeet. Teoksessa Jääskeläinen, Marke & Virtanen, Sirpa (toim.): Päihdetilastollinen vuosikirja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitost. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-438-7>

Karjalainen, Karoliina & Pekkanen, Niina & Hakkarainen, Pekka (2020) Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet – Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitost (THL). Raportti 2/2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-441-7>

Kuussaari, Kristiina & Kaukonen, Olavi & Partanen, Airi & Vormaa, Helena & Ronkainen, Jenni-Emilia (2014) Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Yhteiskuntapolitiikka 3/2014, 264–277.

- Kuussaari, Kristiina & Kaukonen, Olavi & Partanen, Airi ym. (2017a) Päihdepalveluiden rakenteen ja työnjaon maakunnittaiset erot vuonna 2015. *Yhteiskuntapolitiikka* 82(2017):3, 262–273.
- Kuussaari, Kristiina & Tourunen, Jouni & Knuuti, Ulla & Lind, Heidi & Ämmälä, Antti-Jussi (2017b) Rikosseuraamusyksiköiden päihdeasiakkaiden tausta, päihteenkäyttö ja heille annetut palvelut. A-klinikkasäätiö. Tietopuu: Katsauksia ja näkökulmia 4/2017.
- Löve, Arndis Sue Ching & Baz-Lomba, Jose Antonio & Reid, Malcolm J. & Kankaanpää, Aino & Gunnar Teemu & Dam, Maria & Ólafsdóttir, Kristín & Thomas, Kevin V. (2018) Analysis of stimulant drugs in wastewater of five Nordic capitals. *Science of the Total Environment* 627, 1039–1047.
- Mäkelä, Pia (2018) Miten käyttötavat ovat muuttuneet? Teoksessa Näin Suomi juo - Suomalaisen muuttuvat alkoholinkäyttötavat (toim.) Mäkelä, Pia & Härkönen, Janne & Lintonen, Tomi & Tigerstedt, Christoffer & Warpenius Katariina. Juvenes Print, Suomen yliopistopaino Oy: Helsinki, 26–37.
- Niemelä, Solja (2012) Päihdehäiriöiden varhainen tunnistaminen on haaste terveydenhuollolle. *Lääkärilehti* 6: 67, 395.
- Nuurvala, Yrjö & Metso, Leena & Kaukonen, Olavi & Haavisto, Kari (2004) Muuttuva päihdeasiakkuus. *Päihdetapauskannat 1987–2003*. *Yhteiskuntapolitiikka* 69(2004):6, 608–618.
- Nuurvala, Yrjö & Huhtanen, Petri & Ahtola, Raija & Metso, Leena (2008) Huono-osaisuus mutkistuu - kuudes päihdetapauskanta 2007. *Yhteiskuntapolitiikka* 73(2008): 6, 659–670.
- Parhiala, Kimmo & Hetemaa, Tiina & Nuorteva, Leena (2017) SOTE-organisaatiorekisterin hyödyntämisen mahdollisuudet. Työpäpaperi 41/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-956-9>
- Raitasalo, Kirsimarja & Tigerstedt, Christoffer & Simonen, Jenni (2017) Miksi nuoret juovat vähemmän? Teoksessa Näin Suomi juo - Suomalaisen muuttuvat alkoholinkäyttötavat Mäkelä, Pia, Härkönen Janne, Lintonen Tomi, Tigerstedt Christoffer & Warpenius Katariina (toim.) Juvenes Print, Suomen yliopistopaino Oy: Helsinki, 158–167.
- Raitasalo, Kirsimarja & Simonen, Jenni & Tigerstedt, Christoffer & Mäkelä, Pia & Tapanainen, Heli (2018) What is going on in underage drinking? Reflections on Finnish European School Survey Project on Alcohol and Review 37, S1, 76–84.
- Rautiainen, Elna & Linna, Miika & Ryyänen, Olli-Pekka & Laatikainen, Tiina 2020: Do the Costs of AUD-Related Health and Social Care Services Vary Across Patient Profiles? *J Stud Alcohol Drugs* 81, 144–151.
- Rehm, Jürgen & Manthey, Jakob & Struzzo, Pierluigi & Gual, Antoni & Wojnar, Marcin (2015) Who receives treatment for alcohol use disorders in the European Union? A cross-sectional representative study in primary and specialized health care. *European Psychiatry* 30: 885–893.
- Samposalo, Hanna & Kuussaari, Kristiina & Hirschovits-Gerz, Tarja & Kaukonen, Olavi & Partanen, Airi & Vormaa, Helena (2018) Tarpeenmukaiset palvelut kaikille? Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa Kaakkois-Suomen ja Lapin alueilla. *Yhteiskuntapolitiikka* 82, 50–59.
- Sosiaali- ja terveystalot HYKS-erityisvastuualueella 2019: Päätösten tueksi 6/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-428-8>
- Sotkanet 2021a: Päihdehuollon erityispalvelujen nettokäyttökustannukset, euro / asukas. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s84KAwA=®ion=s07MBAA=&year=sy5ztDbW0zW01jUCAAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTime stamp=202010160741>

Sotkanet 2021b: A-klinikat, asiakkaita vuoden aikana, kunnan kustantamat palvelut. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s64wtNZNSQQA®ion=s07MBAA=&year=sy5zDbV0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202010160741>

Sotkanet 2021c: Päihdehuollon avopalveluissa asiakkaita / 1 000 asukasta. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s84KAQA=®ion=s07MBAA=&year=sy5zDbV0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202010160741>

Sotkanet 2021d: Päihdehuollon laitoksissa hoidossa olleet asiakkaat / 1 000 asukasta. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s65wtE4OtdZNLrTWNYS3tdZNTQIA®ion=s07MBAA=&year=sy5zDbV0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202010160741>

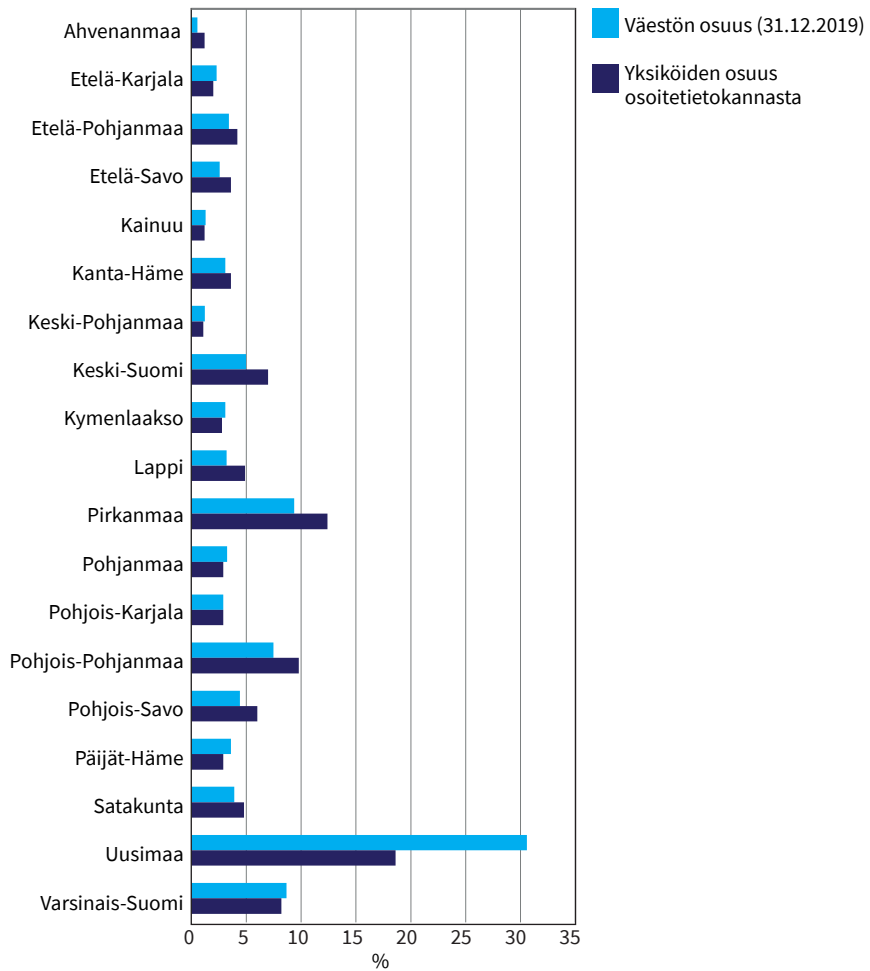
Sotkanet 2021e: Päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidossa olleet 15 - 24-vuotiaat / 1 000 vastaavanikäistä. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s64wtNZNSbTWBVIWFgA=®ion=s07MBAA=&year=sy5zDbV0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202010160741>

Stenius, Kerstin & Kekki, Tuula & Kuussaari, Kristiina & Partanen, Airi (2012) Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio – kirjava käytäntö Suomen kunnissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 77:2, 167–175.

THL 2020: Alkoholijuomien kulutus 2019. Tilastoraportti 06/2020. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020040610541>

Nuorvala, Yrjö & Metso, Leena & Kaukonen, Olavi & Haavisto, Kari (2004) Muuttuva päihdeasiakkuus - Päihdetapauslaskennat 1987–2003. *Yhteiskuntapolitiikka* 69:6, 608–618.

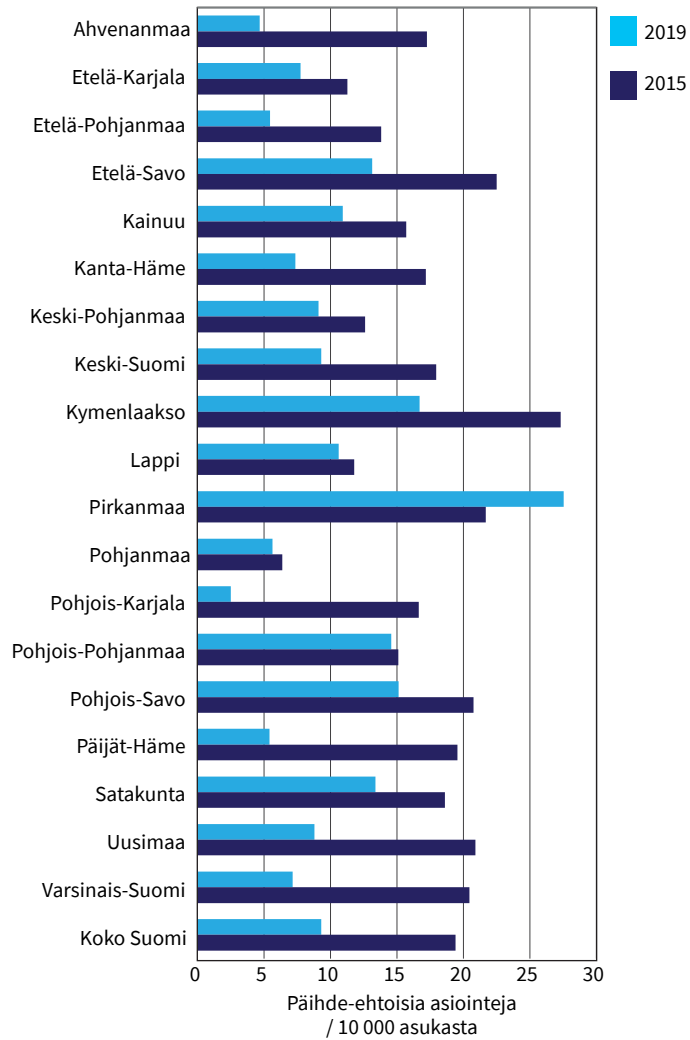
Rönkä, Sanna & Ollgren, Jukka & Brummer-Korvenkontio, Henriikki & Gunnar, Teemu & Karjalainen, Karoliina & Partanen, Airi & Väre, Tiina (2020) Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäytön yleisyys Suomessa vuonna 2017. *Duodecim* 136, 927–35.



Liitekuvio 1.1. Suomen väestö ja Päihdetapauslaskennan osoitetietokannan yksiköt maakunnittain (%)

Liitetaulukko 1.1. Vuoden 2019 Päihdetapauskantaan vastanneet ja laskennasta kieltäytyneet asiakkaat maakunnittain

	Tapauksia (n)	Kieltäytyneitä (n)	Yhteensä (n)	Kieltäytyneiden osuus kaikista vastanneista (%)
Ahvenanmaa	15	8	23	34,8
Etelä-Karjala	98	18	116	15,5
Etelä-Pohjanmaa	109	43	152	28,3
Etelä-Savo	192	47	239	19,7
Kainuu	77	27	104	26,0
Kanta-Häme	159	38	197	19,3
Keski-Pohjanmaa	67	11	78	14,1
Keski-Suomi	265	61	326	18,7
Kymenlaakso	304	41	345	11,9
Lappi	186	39	225	17,3
Päijät-Häme	308	64	372	17,2
Pirkanmaa	536	205	741	27,7
Pohjanmaa	90	11	101	10,9
Pohjois-Karjala	138	29	167	17,4
Pohjois-Pohjanmaa	343	55	398	13,8
Pohjois-Savo	340	86	426	20,2
Satakunta	325	52	377	13,8
Uusimaa	1566	442	2008	22,0
Varsinais-Suomi	355	70	425	16,5
Yhteensä	5 473	1 347	6 820	19,8



Liitekuvio 1.2. Päihde-ehdoiset asiointit / 10 000 asukasta maakunnittain ja koko maassa vuosina 2019 ja 2015.

2 Universalismi ja päihdehuollon muuttuva työnjako

Olavi Kaukonen, Kristiina Kuussaari ja Marke Jääskeläinen

Ydinviestit

- Väestön ikärakenteen muutos ja alkoholin kokonaiskulutuksen tuntuva ja pitkäaikainen väheneminen ovat vähentäneet päihdehuollon erityispalvelujen käyttöä etenkin 2010-luvun jälkipuoliskolla.
- Huumeiden käytön kasvu näkyy lähinnä asiakkaiden monipäihteisyytenä palveluissa, ei niinkään asiakasmäärien kasvuna eri palveluissa
- Palvelutarpeisiin on vastattu aikaisempaa enemmän avoterveydenhuollon toimenpitein.
- Sairaaloiden vuodeosastojen käyttö ei ole oleellisesti kasvanut laitostuntoutuksen käytön vähentyessä, mutta päällekkäisyys on suurta: noin joka kolmas päihdehuollon laitostuntoutusasiakas on ollut hoidettavana myös sairaalan vuodeosastolla saman kalenterivuoden aikana.

Päihdehuollon lainsäädännöllinen perusta ja toimintamuodot ovat yhteiskunnan kehityksen myötä muuttuneet. Varhaisen hyvinvointivaltion pakkoperustaisesta ja ehdottoman raittiustavoitteisesta ajattelutavasta on 1980-luvulle tultaessa vahvistunut universalistinen hyvinvointivaltioajattelu, joka painottaa sosiaalisia oikeuksia ja tasa-arvoa. Sittemmin, erityisesti 1990-luvun laman jälkeen, vahvistuivat kypsän hyvinvointivaltion professionaaliset painotukset myös päihdehuollossa (Mutalahti 1996; Kröger 1997; Pehkonen ym. 2019).

Se näkyy myös päihdehaittojen määrittelyssä, niiden ehkäisytaivoissa ja asiakasvalikoinnin mekanismien muutoksissa. Vaikka päihdehuoltolaki on entisellään, nykyinen terveydenhuoltolaki määrittelee terveydenhuoltona tuotettavan päihdehuollon hoidoksi ja kuntoutukseksi, sosiaalihuoltolaki puolestaan määrittelee virkamiespäätöksiin perustuvan päihdehuollon päihdetyöksi, osin siis erilaisin periaattein. Myös professionaalinen hoidon tarpeen arviointi, harkinta ja sääntely ovat osin hajautuneet. Tässä artikkelissa käytetään termiä päihdehuolto synonyymisesti päihdekuntoutuksen, -hoidon ja -työn kanssa. Puhuttaessa erityisesti päihteiden ongelmakäyttäjille tarkoitetuista palveluista (päihdehuollon erityispalveluista), se mainitaan erikseen.

Universalismilla viitataan kaikille samassa elämäntilanteessa oleville tarkoitettuja, pääosin verorahoitteisia palveluja. Professionalismi ei ole välttämättä tälle vastakkainen tendenssi, mutta se painottaa tasa-arvoa enemmän asiakkaan tarvearviointia ja siten kohdennettua (valikoivaa) tarpeisiin vastaamista (Lehto 1991; Julkunen 2006).

Ammatillinen erikoistuminen on vaikuttanut myös palveluiden sisältöihin. Historiallisesti vahvat raittiustavoitteet elävät edelleen etenkin osassa päihdehuollon erityispalveluita, mutta huumeiden käytön yleistyminen ja erilaiset haittoja ehkäisevät ja vähentävät toimenpiteet ja tutkitut toimintamallit ovat tuoneet realismia tähän painotukseen myös muussa päihdekuntoutuksessa. Kehitystä voi ajatella limittäisinä ja vähittäisinä muutoksina siten, että varhaisemmista lähtökohdista ja tavoitteista ei ole koskaan kokonaan luovuttu, mutta painotuksissa on tapahtunut olennaisiakin muutoksia siten, että päihdehuollon yhteiskunnallisen tehtävän voidaan sanoa muuttuneen (Kaukonen & Stenius 2005).

Palvelujärjestelmän yhteiskunnallinen perusta on eri asia kuin hoidon tarve; hoidon tarve tunnistetaan asiakassuhteissa, järjestelmä toimii osin siitä riippumatta (Lehtonen 1996; Kaukonen 2000). Päihdehuollon erityispalvelut on rakennettu universaalin sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän sisään vastamaan nimenomaan yksilölliseen päihdekuntoutuksen tarpeeseen. Sen keskeinen piirre on ollut julkinen rahoitus ja vähäinen markkinamekanismin hyödyntäminen, mutta 1990-luvulta alkaen markkinaehtoisuus on lisääntynyt, kun suuri osa palveluista on ollut järjestöjen tuottamia ja julkisia hankintoja on alettu säädellä. Myös yleishyödyllisten yhteisöjen palvelutuotanto on katsottu elinkeinotoiminnaksi. Lisäksi on syntynyt myös puhtaasti yksityistä ja voittoa tavoittelevaa palvelutuotantoa (Stenius ym. 2012).

Maailman muuttuessa on käynyt yhä vaikeammaksi sovittaa päihdehuollon kansallisia regiimejä tai toimintamalleja niille luotuihin typologioihin. Vielä 1990-luvun alkupuolella näytti siltä, että Milton Roemerin (1989) terveyspalvelujärjestelmiä erittelevä typologia olisi riittävän toimiva myös päihdekuntoutusjärjestelmien erittelyyn. Harald Klingemann ja kumppanit (1992) hyödynsivät Roemerin typologiaa ja esittivät, että myös päihdekuntoutus voitiin määritellä kattavaksi ja universalistiseksi (kuten Ruotsissa ja Suomessa), hyvinvointiorientoituneeksi, ohjatusti markkinamekanismia hyödyntäväksi (kuten Kanadassa), sallivaksi ja yritteliäisyyttä ja kansalaistoimintaa suosivaksi (kuten Yhdysvalloissa) tai keskitettyksi sosialistiseksi malliksi (kuten Kiinassa). Kaikki järjestelmät kehittyvät, mutta olennaista on, miten niitä rahoitetaan ja toisaalta ohjataan poliittisesti. Suuret yhteiskuntajärjestelmien muutokset erityisesti itäisessä Euroopassa ovat olleet huomattavia ja tuottaneet hypäyksellisiä muutoksia palvelujärjestelmien ohjaukseen (kuten Puolassa tai Unkarissa), mutta vakiintuneemmissa yhteiskunnissa järjestelmien toimintaperiaatteiden muutoksissa korostuvat hitaus ja vähittäisyys. Puhutaan polkuriippuvuudesta: järjestelmässä toteutetut aiemmat valinnat ohjaavat ja rajaavat nykyisiä ja tulevia valintamahdollisuuksia (Pierson 2000).

Etenkin pohjoismainen malli on lähentynyt edellä kuvattua markkinaehtoisempaa hyvinvointiorientoitunutta mallia, ei niinkään päihdeongelmien, -kulttuurin tai -haittojen muuttumisen vuoksi, vaan siksi, että koko sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän, julkisen rahoituksen käytön ja palveluja tuottavien yhteisöjen sääntely on muuttunut. Kaikki järjestelmät ovat muuttuvia, eivätkä niiden kehittymiseen vaikuta pelkästään taloudelliset resurssit.

Kun katsotaan vain osaa sosiaalisten ongelmien sääntelystä, katveeseen jää, että yhteiskuntien muutokset kokonaisuudessaan ovat olleet huomattavia. Tämä koskee erityisesti Suomea, jossa sosiaalisten ongelmien sääntelyjärjestelmät ovat kehittyneet oleellisesti vasta 1970-luvun puolivälin jälkeen (Saari ym. 2020). 1990-luvulta alkaen päihde- ja mielenterveyspalvelujen kehitykseen ovat vaikuttaneet enenevästi yhteiskunnan suuret muutokset, kuten elinkeinorakenteen, väestön ikärakenteen ja alueellisten olojen muutokset (Kaukonen 2019). Koulutusjärjestelmien kehittyminen, ammatillisen tietopohjan syveneminen ja henkilöstön erikoistuminen eivät nekään ole olleet kehityksestä irrallisia.

Myös päihteiden käytössä on tapahtunut samaan aikaan huomattavia muutoksia. Vaikka valtaosa väestöstä käyttää päihteitä, useimmille se haitallisimmillaankin merkitsee arkisia selviytymisvaikeuksia, jotka ovat voitettavissa lähiyhteisön tuella (Cunningham 1996; Kuusisto 2010). Alkoholin kulutus on kasautunutta, noin kymmenen prosenttia väestöstä kuluttaa puolet kaikesta juodusta alkoholista. Riskikulutuksesta ei välttämättä synny sosiaalisen huono-osaisuuden kehää, koska hyväosaisuus kasautuu hyvin toimivassa yhteiskunnassa enemmän kuin huono-osaisuus. Hyvinvointivaltio osajärjestelmineen puskuroi riskejä. Parempi koulutus, tulotaso, työmarkkina-asema ja sosiaaliset verkostot tukevat myös yksilöllisiin valintoihin liittyvissä elämänhallinnallisissa kriiseissä tai ongelmissa. Aineellinen, sosiaalinen ja kulttuurinen pääoma muodostavat yhdessä ja erikseen arjen selviytymistä tukevan verkon (Saari ym. 2020).

Pienelle osalle väestöstä päihteiden käyttö kietoutuu kuitenkin resurssipuutteisiin ja elämänhallinnallisiin ongelmiin. Se tuottaa päihdekeskeisen elämäntavan ja huomattavaa palveluriippuvuutta (Kaukonen 2019). Tällöin on tapana puhua ilkeistä ongelmista, joilla ei ole selkeää alkua, loppua tai aina edes johdonmukaista ratkaisua.

Toisaalta päihteet aiheuttavat akuutteja ja kroonisia terveysongelmia, jotka eivät aina määriyty elämänhallinnalliseksi kysymyksiksi. Vaikka ei ole näyttöä siitä, että sosiaaliset ongelmat olisivat jatkuvasti monimutkaistuneet tai yleistyneet, haitatonta päihteiden käyttöä ei ole, ja varsinkin vakavimmat haitat ovat sosiaalisesti valikoivia. Esimerkiksi alkoholiin liittyvät kuolemat ovat jonkin verran vähentyneet alkoholin kokonaiskulutuksen laskiessa, mutta väestön alimmassa tuloviidenneksessä alkoholikuolemat ovat viisi kertaa yleisempiä kuin ylimmässä. Tässä eriarvoisuudessa kyse on muusta kuin juodun alkoholin määrästä tai edes juomatavoista (Mäkelä ym. 2017).

Pitkäsien ja kumppaneiden (2019) tutkimuksen tulosten mukaan kuolleisuus on myös hoitoa saaneiden päihdeasiakkaiden keskuudessa ollut poikkeuksellisen suurta: lähes kolmannes kaikista hoitoa saaneistakin oli kuollut 15 vuoden kuluessa hoidon päättymisestä. Tehokkaimmat haittojen torjunnan menetelmät liittyvät etenkin rajoittavaan päihdepolitiikkaan (Edwards ym. 1996; Rossow ym. 2014). Erityispalveluiden merkitys on suuri sosiaalisten ongelmien lievittämisessä silloinkin, kun kaikkia haittoja ei voida onnistuneesti ehkäistä. Kokonaisuutena näyttää

siltä, että järjestelmän universalistiset ja integratiiviset piirteet tai ominaisuudet ovat oleellisia etenkin vakavimpiin päihdehaittoihin vastaamisessa.

Tässä artikkelissa arvioimme empiiristen aineistojen valossa päihdehuollon muutosta ja muutoksen suuntaa 2000-luvun kuluessa. Kysymme:

1. Mitkä yhteiskunnalliset tekijät ovat muuttuneet päihdehuollon tarpeessa ja perusteissa?
2. Miten yhteiskunnan muutokset näkyvät päihdehuoltoon liittyvässä työnjaossa?

Aineistoina käytetään päihdetapauskenttien tietoja, THL:n avohoidosta, sairaaloista ja sosiaalihuollon laitoksista tehtyjen hoitoilmoitusrekistereiden tietoja sekä Kuntien sosiaalipalvelujen toimintatilastoa.

Yhteiskunnan muutos ja päihdehuollon kehitys

Alkoholin odotettua paljon nopeampi ja suurempi kulutuksen lisääntyminen 1970-luvulla alkoi tuottaa ongelmia sekä sosiaaliselle järjestykselle, tuotannolle että terveyspalvelujärjestelmälle. Usko pelkästään päätös- ja pakkoperustaisen eristämisen mahdollisuuksiin oli murentumassa. 1970-luvun puolivälistä alkaen maahan rakennettiin keskitetyn ohjauksen ja resursoinnin avulla vain kymmenessä vuodessa monipuolinen, mutta varsin laitospainotteinen päihdehuollon erityispalvelujärjestelmä (Kaukonen 2019).

Sosiaalinen eriarvoisuus, alkoholin ja muiden päihteiden kulutuksen kasvu, nopea kaupungistuminen ja hyvinvointivaltion kehityshaasteet olivat myötävaikuttavia tekijöitä päihdehuollon erityispalvelujärjestelmän rakenteelle ja nopealle kasvulle. Sodanjälkeisten suurten ikäluokkien merkitys oli erittäin suuri, ei vain päihdehuollon tarpeisiin, vaan itse asiassa koko yhteiskuntasuunnittelulle (Erola & Wilska 2004). Päihdehuollon järjestelmä palveli monia yhteiskunnallisia tavoitteita, kun hyvinvointivaltion rakenteita alettiin Suomessa 1970-luvulla uudistaa. Se oli kuitenkin toimiva kokonaisuus 2000-luvun alkupuolelle saakka, vaikka laitospalveluja karsittiin erittäin paljon 1990-luvun puolivälissä laman jälkimainingeissa (Viialainen & Lehto 1996).

2010-luvulle tultaessa yhteiskunnan kehitys on saanut kokonaan uusia suuntia. Alkoholin kokonaiskulutus kääntyi pitkäaikaiseen laskuun, hyvinvointivaltion suuret reformit oli pääosin toteutettu, sosiaalista asuntotuotantoa lisätty ja asunnottomuuden vähentämisessä oli omaksuttu asunto ensin -periaate, ehkä menestyksekkäimmin länsimaissa.

Suomen hyvinvointivaltiokehityksen myöhäisyys ja rakentamisen ajankohta (yhteiskunnan muutoshaasteet) ovat vaikuttaneet päihteiden käyttäjien palveluihin ja niiden rakenteeseen erittäin paljon. 1960-luvun lopun tai -70-luvun alun Suomi ei ollut sen kaltainen hyvinvointivaltio, jollaisena se nykyisin tunnetaan. Suunnilleen yhden sukupolven aikana maa kehittyi agraarisesta alkutuotantovaltiosta

suhteellisen nopean teollisen transitiovaiheen kautta vauraaksi hyvinvointivaltioksi ja tietoyhteiskunnaksi (Hellsten 1993). Sekä sosiaali- että terveystalouselämykset laajenivat ja erikoistuiivat 1980-luvulta alkaen. Vaikka järjestelmiä sopeutettiin 1990-luvulla kovallakin kädellä, ja vaikka sittemmin sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistusta on vaadittu ja odotettu vaalikaudesta toiseen, kansainvälisessä vertailussa ainakin Suomen terveystalouselämykset toimivat itse asiassa yllättävän hyvin (EHCI 2018). Sosiaalipalveluihin ei ole kohdistunut vastaavaa vertailevaa kiinnostusta.

Julkinen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on perusteiltaan markkinainvententio – sen tehtävänä on vähentää kansalaisten ja asukkaiden kohtuutonta riippuvuutta talouden ja tuotannon heilahteluiden aiheuttamista riskeistä (Saari 1996). Universalismi sinänsä on vakuutusjärjestelmä, joka näytti toimivan laman oloissa kohtuullisesti myös päihdehuollon palveluissa: kun päihdehuollon laitostuntoutusta leikattiin ja palveluiden saatavuutta kiristettiin, asiakkaista tuli terveydenhuollon potilaita (Kaukonen 2000).

Universalismi ei tarkoita joko tai, vaan sekä että: päihdeasiakaskaan ei ole pelkästään päihteiden käyttäjä. Vuoden 1987 alusta voimaan tulleen päihdehuoltolain keskeinen tavoitekin oli kahtalainen. Yhtäältä tavoitteena oli sosiaali- ja terveyshallinnollisten pakkojen sääntely, toisaalta koko sosiaali- ja terveystalouselämyksetalouden päihdehuollollinen määrittely – asiakkaan tai potilaan tuli saada apua ongelmiinsa ensisijaisesti yleisten sosiaali- ja terveystalouselämyksetalouden puitteissa.

Sosiaalisten riskien hallintajärjestelmä on kehittynyt ja laajentunut kattamaan yhä useampia riskejä. Yksilötasolla tämä on edellyttänyt uusien sosiaalisten käytäntöjen vakiinnuttamista: koska kaikkia päihteiden käyttäjiä ei voida parantaa tai he eivät pysty hyödyntämään kuntoutusportaiden, -jatkumoiden tai -ketjujen antamaa tukea riittävästi, täytyy löytää uusia välineitä ja ammatillisia kompetensseja, jotka toimivat myös niissä tilanteissa, jossa perinteiset ajattelutavat eivät näytä toimivan (Saari ym. 2020).

On mahdollista, että terveydenhuoltojärjestelmä on vähittäin täyttänyt tätä päihdehuollollista tarvetta ainakin joillakin alueilla, koska terveydenhuollossa on olemassa sekä velvoitteita, riittävä rakenne että osaamista. Etenkin sosiaalihuollon laitostuntoutukseen pääsy edellyttää tavallisesti tarveharkintaa maksusitoumuskäytäntöineen. Erityispalveluiden saavutettavuus ei ole alueellisestikaan niin hyvä kuin peruspalveluiden. Erikoissairaanhoidon alueelliset sairaanhoitopiirit puolestaan kattavat koko maan. Hoidon saatavuus riippuu lääkärin arviosta, ja kun kunnat joka tapauksessa maksavat terveystalouselämykset, päihdehuoltopalvelujen kustannusten optimointi voi sekin tuntua houkuttevalta, jos vaihtoehtona on käyttää sosiaalitoimen harkinnanvaraista rahoitusta.

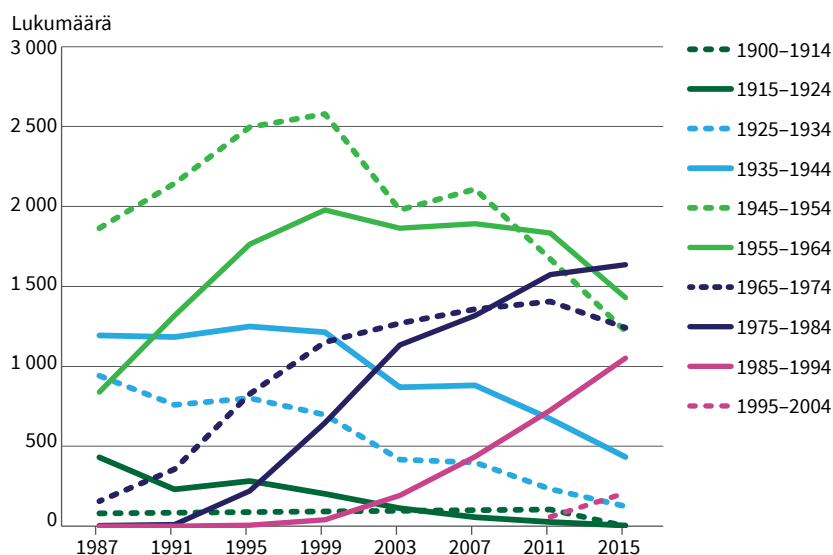
Alueiden eriytyminen yhdessä väestön ikärakenteen nopean muutoksen kanssa on vaikuttanut sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisedellytyksiin huomattavasti. Kuntien ja alueiden väestöllinen eriytyminen on kiihtynyt oletettua nopeamaksi 2010-luvun aikana: sekä kaupungit että alueet ovat polarisoitumassa, koska

syntyvyys on painunut historiallisen alhaiseksi. Työikäisten määrä kasvaa kahden seuraavan vuosikymmenen kuluessa enää vain viidellä kaupunkiseudulla, muualla heidän määränsä vähenee (Aro 2020; Kymmenen kaupunkiseudun 2020). Kaikkia palveluita on järjestettävä suurimpaan osaan Suomea muilla tavoin kuin perinteisinä palvelukeskityminä.

Väestön ikärakenteen muutoksen vaikutus päihdehuollon palvelutarpeisiin

Sodan jälkeen syntyneiden suurten ikäluokkien päihdepalvelujen tarpeet alkoivat vähenemään 1990-luvulta alkaen. Ensimmäiseksi muutokset alkoivat näkyä pitkäaikaisen laitoshoidon käytön vähenemisenä, mikä on edelleen jatkunut (Kuussaari ym. 2012; Päihdetilastollinen vuosikirja 2019).

Kuviossa 2.1 on kuvattu sosiaali- ja terveystieteiden hakeutuneiden (miespuolisten) asiakkaiden lukumäärät kahdeksassa Päihdetapauskannassa. Käytännössä ennen sotia syntyneiden miesten palvelutarpeet ovat vähentyneet ja suuntautuvat paljolti asumispalveluihin (Kuussaari ym. 2014). Pekka Sulkusen (1979 ja 1981) määrsi sukupolveksi nimeämät suuret ikäluokat (varsinaisesti vuosina 1945–1950, mutta kuviossa vuosina 1945–1954 syntyneet) ovat tuottaneet palvelutarpeita enenevästi aina vuosituhaten loppuun saakka. Näitä ikäluokkia syntyi useana vuonna yli 100 000. Vielä 1950-luvun puolivälistä 1970-luvun alkuun syntyi noin 60 000 lasta vuodessa, ja heidänkin palvelutarpeensa ovat kääntyneet laskuun. Sitten syntyvyys on edelleen laskenut olennaisesti, viime vuosina on syntynyt noin 45 000 lasta vuodessa.



Kuvio 2.1. Miesten päihde-ehdoisten asiointien lukumäärät sosiaali- ja terveydenhuollossa Päihdetapauskannoissa 1987–2015.

Vaikka 1970-luvun puolivälin jälkeen syntyneiden asiointi on ollut kasvussa, heidän päihdepalvelujen tarpeensa eivät tule saavuttamaan sellaisia mittasuhteita kuin heitä edeltävillä sodanjälkeisillä ikäluokilla ilman päihteiden käytön todella huomattavaa lisääntymistä: ikäkohorttia kohti on syntynyt puolet vähemmän potentiaalisia päihteiden kuluttajia. Naisten osalta kuvion käyrät noudattavat samaa muotoa, mutta vaikka naisten päihteiden kulutus on jatkuvasti kasvanut, heitä on päihdeasiakkaista vain kolmannes.

Näyttäisi siltä, että kohorttivaikutuksella – ikäluokkien pienenemisellä – on ollut suuri vaikutus palvelujärjestelmän käyttöön ja muokkautumiseen. Päihdekuntoutukseen hakeutuu pääosin keski-ikässä olevia henkilöitä, ja asiakasmäärien väheneminen selittyy etenkin laituskuntoutuksessa jokseenkin kokonaan 35–64-vuotiaiden osuuden vähenemisellä: heidän osuutensa on puolittunut kymmenessä vuodessa.

Alkoholin kokonaiskulutus on ajanjaksolla 2007–2017 laskenut noin viidenneksen, enemmän kuin koskaan itsenäisyyden aikana, lasku jatkui kahtena seuraavana vuonna (Alkoholijuomien kulutus 2019). Vuoden 2020 aikana kokonaiskulutus aleni edelleen 5,2 % edellisvuodesta koronapandemian vaikutusten vuoksi (Alkoholijuomien kulutus 2020). Huumeiden käyttö on toisaalta jatkuvasti lisääntynyt. Huumeiden käyttäjät hakeutuvat sosiaali- ja terveystalouteen selvästi nuorempina, mutta kaikki huumeiden kokeilijat tai edes käyttäjät eivät koe olevansa yhteiskunnan palvelujen tarpeessa. Erilainen haitattomaksi koettu viihdekäyttö oli vuosittuhannen alussa suhteellisen yleistä (Salasuo & Rantala 2002), ja on sittemmin yleistynyt edelleen (Karjalainen ym. 2020).

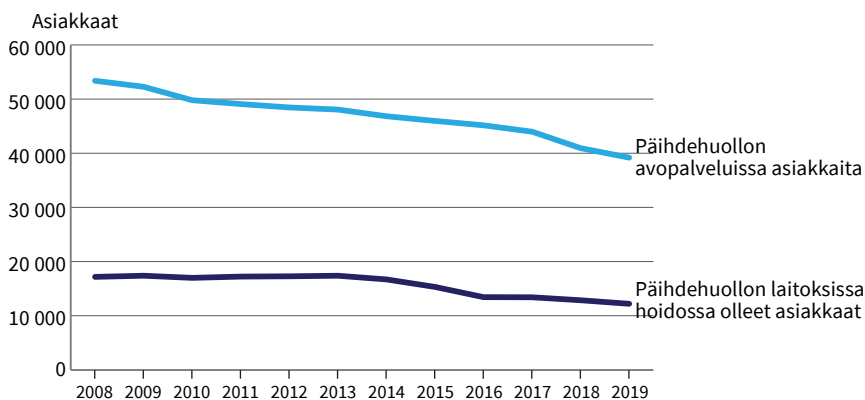
Jatkuva huumeiden käyttö tuottaa myös vakavia sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia, mikä näkyy asiakastilastoissa erityisesti lisääntyneenä monipäihteisyytenä, mutta lukumääräisesti huumeiden käyttökään ei nosta palvelujen kysyntää takavuosien tasolle. 1990-luvun lopulta alkaen käynnistetyt korvaushoito- ja terveystalouttapaumat ovat olleet perinteisiä päihdehuollon kuntoutusmuotoja houkuttelevampia ja soveltuvampia huumeiden käyttäjille, jotka kokevat usein olevansa kulttuurisesti erilaista väkeä kuin alkoholiongelmaiset henkilöt.

Kunnat päättävät tuottamistaan tai hankkimistaan palveluista, mutta myös ikäluokkien pienenemisellä yhdessä alkoholin kokonaiskulutuksen laskun kanssa on merkitystä sekä haittojen määrään että palvelujen kohdentumiseen (Härkönen & Mäkelä 2018; Tigerstedt ym. 2018).

Päihdehuollon muuttuva työnjako

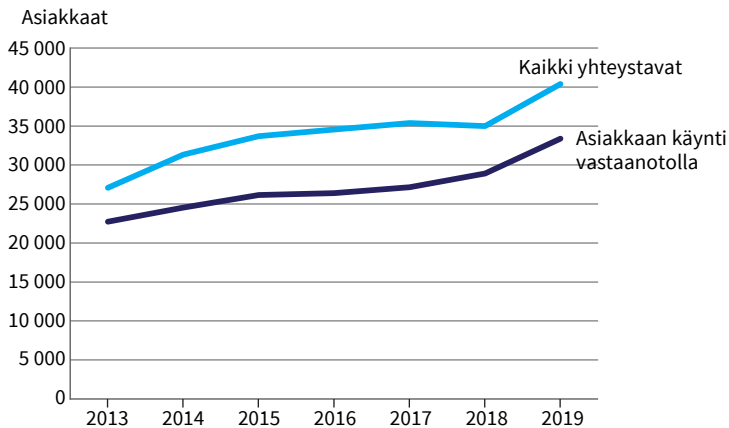
Päihdehuollon erityispalveluiden merkitys yksilöllisiin päihdehaittoihin vastaamisessa on ollut perinteisesti suuri. Päihdetapauslaskennoissa erityispalveluihin on suuntautunut suuri osa asioinneista, mutta osin se on voinut johtua siitä, että asiointitiheys on ollut niissä suurempaa, osin siitä, että laitospuolitoisen hoidon merkitys on yhden vuorokauden poikkileikkausaineistoissa korostunut.

Kun katsotaan tilannetta asiakaskohtaisesti ja koko vuoden rekisteritietojen valossa, kuva muuttuu. Erityispalveluiden avohoitopalveluissa asiakasmäärät ovat vähentyneet tällä vuosikymmenellä, vieläpä johdonmukaisemmin kuin laitospuolitoisessa. Aikaisempina vuosikymmeninä oli totuttu siihen, että erityispalveluissa asioi vuoden mittaan noin 60 000 asiakasta, eikä määrä juurikaan muuttunut 1990-luvun lopulle tultaessa. Vuonna 2019 avohoidossa kävi alle 40 000 asiakasta, laitospuolitoisessa noin 11 000, ja näissä luvuissa on vahvaa päällekkäisyyttä. Kuviossa 2.2 on kuvattu päihdehuollon erityispalvelujen avo- ja laitoshoidon asiakasmäärien kehitys 2008–2019.



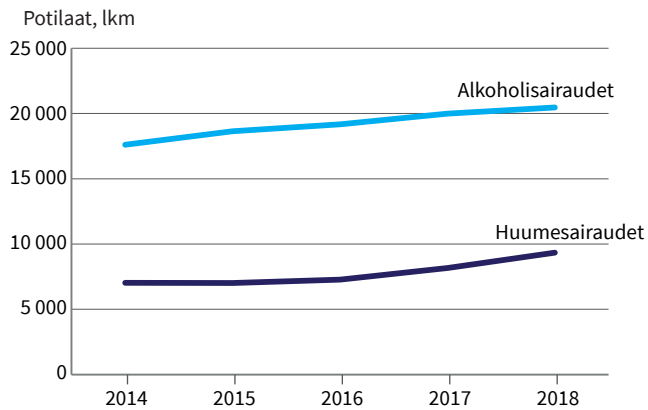
Kuvio 2.2. Päihdehuollon avopalveluiden (A-klinikat ja nuorisoasemat) ja kuntoutuslaitosten (katkaisu- ja kuntoutuslaitokset) asiakkaat vuosina 2008–2019. (Lähde: Kuntien sosiaalipalvelujen toimintatilasto 2020.)

Terveydenhuolto on puolestaan vastannut päihdehoidon kysyntään aikaisempaa aktiivisemmin. Perusterveydenhuollon avovastaanotoilla oli vuonna 2019 asiointi kaikki yhteydenottotavat (mm. käynti vastaanotolla, etäasiointi, ammattihenkilön käynti asiakkaan luona) huomioiden noin 40 000 potilasta, ammattihenkilön vastaanotolla käyneitä oli siis suurin piirtein yhtä paljon kuin erityispalveluiden avohoidossa (kuvio 2.3).



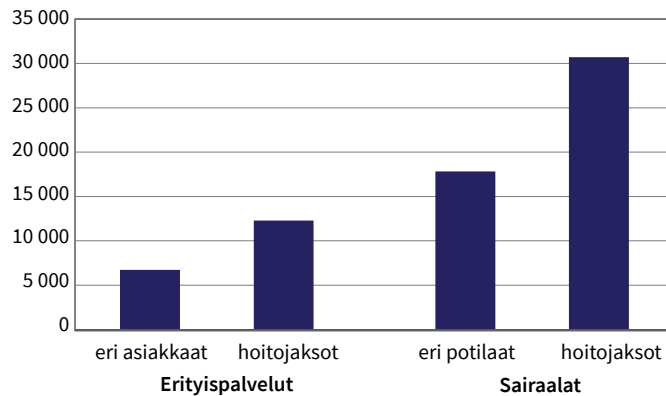
Kuvio 2.3. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon päihdetyön asiakkaat yhteystavan (kaikki yhteystavat tai käynti vastaanotolla) mukaan vuosina 2013–2019. (Lähde: THL Tietokantaraportit, Perusterveydenhuollon asiakkaat -kuutio.)

Myös erikoissairaanhoidon avohoidossa trendi on ollut kasvava, johdonmukaisesti alkoholipotilaiden hoidossa, viime vuosina myös huumeapotilaiden (kuvio 2.4).



Kuvio 2.4. Alkoholi- ja huumesairauksien vuoksi erikoissairaanhoidon avopalveluissa käyneet potilaat (alkoholi- tai huumesairaus ensisijaisena syynä; Päihdetilastolliset vuosikirjat 2016–2019).

Kokonaisuutena näyttää siltä, että päihdepotilaita on hoidettu sairaaloiden vuodeosastoilla jopa kaksi kertaa enemmän kuin katkaisuhuoltoasemilla ja kuntoutuslaitoksissa yhteensä (kuvio 2.5). Hoitajaksot ovat nykyisin kaikissa laitostyypeissä lyhyitä, sairaaloissa keskimäärin viisi vuorokautta, erityispalveluissa toteutettu vieroitus voi olla tätäkin lyhyempi. Neljä viidestä hoitajaksosta päihdehuollon laitoksissa kestää korkeintaan kaksi viikkoa.



Kuvio 2.5. Päihdehuollon erityispalveluiden laitoshoido (katkaisuhuoltoasemat ja kuntoutuslaitokset) ja päihdepotilaiden (ensisijainen peruste päihdesairaus) sairaalahoidot vuonna 2018 (Lähde: Päihdetilastollinen vuosikirja 2019)

Vaikka alkoholi- ja huumeapotilaita on hoidettu enenevästi myös erikoissairaanhoidon avohoidossa (noin 30 000 vuodessa), heidän määränsä vuodeosastohoidoissa ei ole kasvanut, eivät myöskään oleellisesti hoitajaksot viimeisen kymmenen vuoden aikana (Päihdetilastollinen vuosikirja 2019). Kyse ei siis ole ollut siitä, että laitoshoitovastuu olisi siirtynyt päihdekuntoutuslaitoksilta sairaaloille ainakaan oleellisesti 2010-luvun aikana, sen sijaan se näyttäisi siirtyneen päihdehuollon erikoistuneista avopalveluista terveydenhuollon perus- ja erikoistason avohoitoon. Laitoskuntoutuksen määrä kokonaisuudessaan on vähentynyt.

Sairaaloiden ja päihdehoitolaitosten roolit, toiminta ja henkilöstörakenne eroavat kuitenkin toisistaan. Samat henkilöt ovat voineet hyvin tarvita molempia palveluita. Seuraavassa taulukossa 2.1 on katsottu tätä päällekkäisyyttä ristiintaulukoiden avulla eri laitostyyppien hoitajaksot asiakastasolla vuonna 2018.

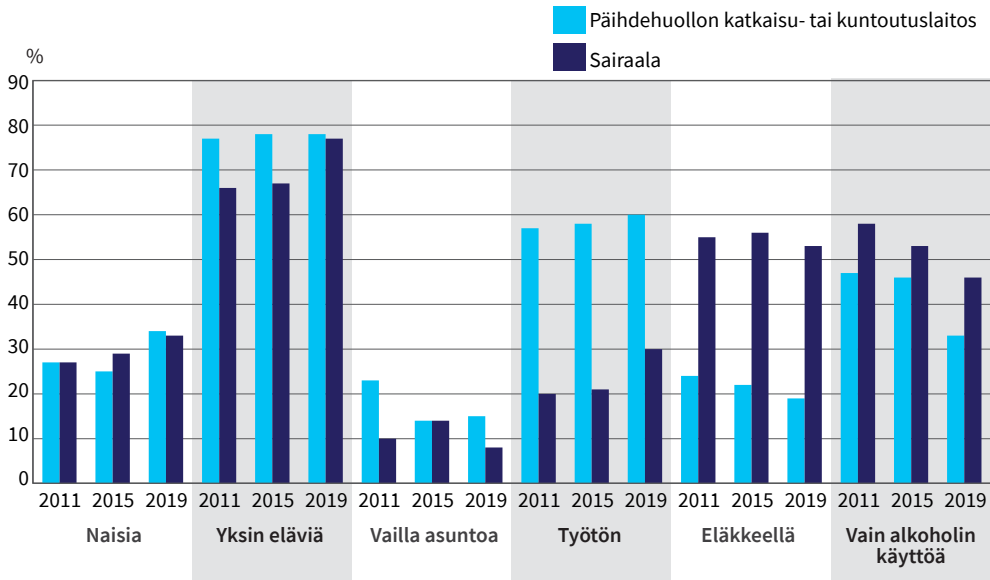
Taulukko 2.1. Terveydenhuollon vuodeosastoilla hoidetut päihdepotilaat (päädiagnoosina F1-alkuinen ICD-10 koodi) ja päihdehuollon laitoksissa hoidetut vuonna 2018 erikseen ja yhteiset asiakkaat (Lähde: THL, tietokantaraportit)

Hoitopaikka	Päihdehuollon laitos	Ei päihdehuollon laitos	Yhteensä
Vuodeosasto	1 958	10 052	12 010
Ei vuodeosasto	4 779	–	4 779
Yhteensä	6 737	10 052	16 789

Vuodeosastoilla on hoidettu pähteiden käyttöön liittyvän häiriön (ICD-10-luokituksen F1-alkuiset koodit) vuoksi kaikkiaan 12 010 potilasta ja päihdehuollon laitoksissa 6 737. Päihdehuollon laitoksissa hoidetuista alle kolmannes (n=1 958) on ollut hoidossa myös terveydenhuollon vuodeosastolla saman vuoden aikana, ja vuodeostohoidossa olleista noin joka kuudes on ollut hoidettavana myös päihdekuntoutusyksikössä. Vuodeosastoilla hoidetuilla on ollut myös somaattisia sairauksia ensisijaisena hoitoperusteena, joten sairaalapotilaiden lukumäärä on noin kolmannesta suurempi edellä kuviossa 2.5. Päihdeasiakkaiden tai -potilaiden sairastavuus on tunnetusti huomattavaa, joten fyysiset ja psyykkiset sairaudet johtavat nopeammin myös terveyspalvelujen piiriin.

Päihdetapauskenttien aineistojen perusteella on edelleen karkeasti mahdollista arvioida, onko työnjaon taustalla myös erilaisia sosiaalisia valikoitumismekanismia. Kuviossa 2.6 on kuvattu päihdehuollon katkaisuhoidoasemilla ja kuntoutuslaitoksissa ja toisaalta sairaaloiden vuodeosastoilla hoidettuja asiakkaita/potilaita vuosien 2011, 2015 ja 2019 käytettävissä olevien sosiodemografisten piirteiden perusteella.

Päihdehuollon erityispalveluiden laitoshoidossa asiakkaiden sosiaalinen profiili, pähteiden käyttötavat ja sukupuolijakauma eivät oleellisesti eroa avohoidon asiakkaiden vastaavista jakaumista. Jossakin määrin on yllättävää, että avoimesti asunnottomia on ollut sekä sairaaloissa että laituskuntoutuksessa hoidetuista edelleen 8–15 %, vaikka heidän osuutensa onkin laskenut vuosikymmenen mittaan. Vuosikymmenen alussa kuntoutuslaitosten asiakkaista vielä joka neljäs oli asunnoton. Sairaaloiden vuodeosastoilla hoidettujen asunnottomien osuuden vaihtelu voi johtua osin myös aineistoista.



Kuvio 2.6. Asiakkaiden sosiodemografisia piirteitä päihdehuollon laitoksissa (katkaisuhuitoasemat ja kuntoutuslaitokset) ja potilaat sairaaloiden vuodeosastoilla Päihdetapauslaskennoissa 2011, 2015 ja 2019.

Etenkin vuoteen 2019 tultaessa myös päihdehuollon laitosten asiakkaiden ja sairaalapotilaiden taustat ovat käytettävissä olevien muuttujien valossa pääosin hyvin samantyyppisiä. Naisten osuus on noussut kolmannekseen kaikista, ja yksin eläviä (naimattomia, eronneita tai leskiä) on noin kolme neljästä.

Päihdehuollon asiakkaiden ja sairaalapotilaiden erilainen ikärakenne selittää suuren osan erityisesti työllisyyteen ja eläköitymiseen liittyvistä eroista: vuonna 2019 keski-ikä oli päihdehuollon yksiköissä noin 41 vuotta, sairaaloiden vuodeosastoilla 50 vuotta. Iäkkäämmät potilaat olivat myös nuorempia useammin pelkästään alkoholin käyttäjiä.

Pohdinta

Suomalainen päihdehuollon erityispalvelujärjestelmä on kansainvälisesti poikkeuksellinen sosiaalinen innovaatio. Se sai alkunsa Alkoholitutkimussäätiön vapaaehtoisen avohoidon kokeiluina 1950-luvulla ja laajeni nopeasti universaaliksi, julkisesti rahoitetuksi hyvinvointivaltion avo- laitos- ja asumispalveluiden kokonaisuudeksi vuodesta 1975 alkaen (Simpura 2020; Bruun 1980).

Erytispalvelujärjestelmä kantoi suuren yhteiskunnallisen rakennemuutoksen, kasvaneiden alkoholihaittojen ja terveyspalvelujärjestelmän kasvukipujen yli kolme seuraavaa vuosikymmentä. Erityisesti väestön ikärakenteen muutokset ovat

näkyneet päihdehuollon erityispalvelujen asiakkuuksissa nopeammin kuin muussa sosiaali- ja terveystalouden järjestelmässä. Suurten ikäluokkien edustajien lähestyessä eläkeikää heidän päihdepalvelujen tarpeensa ovat vähentyneet nopeasti, vaikka muut palvelutarpeet ovatkin lisääntyneet.

Alentunut syntyvyys on korostanut kuluneella vuosikymmenellä alueellista polarisaatiota, koska juuri aktiivi-ikäiset (20–35-vuotiaat) ovat liikkuvien ryhmä sekä kuntien että maakuntien välillä. Se kurjistaa muuttotappioalueiden tilannetta entisestään ja samalla kasvattaa muuttovoittokaupunkien elinvoimaa ja selviytymisedellytyksiä. Palvelujen järjestämisen edellytykset ovat muuttuneet ja vaikuttavat päihdehuollon työnjakoon, mutta työnjako näyttää muuttuvan muutoinkin, erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon välillä.

2010-luvun kuluessa päihdehuoltovastuu on siirtynyt enenevästi erityispalveluista terveydenhuollon avohoitoon. Myös sairaaloiden päihdetaakka sekä potilaiden määristä että hoitajajoukosta laskien on noin kaksinkertainen päihdehuollon erityislaitoksiin verrattuna. Se on kuitenkin pysynyt jokseenkin ennallaan 2010-luvun ajan, vaikka laitosmuotoisia erityispalveluita on käytetty aikaisempaa vähemmän.

Laitoskuntoutuksen käytön aleneva trendi alkoi jo 1990-luvulla. Saattaa olla, että päihdehuollon asiakkaista on vähittäin tullut terveydenhuollon potilaita myös osastohoidossa, mutta tämäkin voi liittyä asiakkaiden ikääntymiseen ja lisääntyneisiin somaattisiin sairauksiin.

Taustalla saattaa olla useita muitakin syitä. Kun muuttotappioalueilta palvelut vähenevät, järjestelmän universaalien ytimen (perustason sosiaali- ja terveydenhuolto) merkitys kasvaa kaikenlaisiin psykososiaalisiin ongelmiin vastaamisessa. Toisaalta valtiollisessa ohjauksessa on tällä vuosituhanella korostettu terveystalouden merkitystä päihdehaittoihin vastaamisessa. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (2009) korostettiin yhden oven periaatetta ja psykiatrisen hoidon vastuuta päihdeongelmien hoidossa. Sitä seuranneessa Kansallisessa mielenterveysstrategiassa (2020) päihdekysymykset jäsenettiin jo suoraan osaksi mielenterveystyötä ja terveydenhuoltoa. Kolmanneksi asunnottomuuden vähentämishjelmat etenkin suurissa kaupungeissa ovat varmasti vaikuttaneet laitosten erityispalvelujen käyttöön.

Osaltaan kehitystä ovat vauhdittaneet myös muut käytännölliset ja taloudelliset syyt: perinteiset päihdehuollon erityispalvelut edellyttävät sopimista, hankintamenettelyjä ja toimivia maksusitoumuskäytäntöjä, siis sosiaalishallinnollista byrokratiaa ja menomomenttien hallintaa, kun taas terveydenhuollon tarvearviot ja toimenpiteet toteutetaan paljolti ilman taloushallinnollista priorisointia.

Onko kehitys ollut kokonaistaloudellisesti järkevä? On esitetty, että lisäämällä palvelujen tarjontaa varhaisessa vaiheessa väestötasolla olisi mahdollista vähentää kustannuksiltaan erityisen kalliiden terveystalouden käyttöä (Rautiainen ym. 2020). Tässä artikkelissa käytetyt poikkileikkaustyyppiset aineistot eivät anna mahdollisuutta arvioida kehityksen kustannusvaikutuksia. Vuonna 2018 sairaaloiden vuodeosastoilla hoidetuista potilaista noin joka kuudes on ollut saman vuoden

aikana hoidossa myös päihdehuollon laitoksessa ja hieman harvempi kuin joka kolmas päihdehuollon laitoksessa hoidetuista myös vuodeosastolla.

Potilaiden aikaisemmasta hoitohistoriasta ei ole tietoa. Terveystieteiden avohoidon aikaisempaa aktiivisempi käyttö 2010-luvulla antaisi ymmärtää, että tähän varhaiseen puuttumiseen olisi ainakin mahdollisuuksia siinä osassa järjestelmää, joka tavoittaa väestöä kattavimmin. Pelkästään sairaalapotilaiden ikärakenne selittää paljon lisääntyntä sairaalahoidon tarvetta tässä aineistossa

Sosiaalinen huono-osaisuus altistaa myös terveysongelmille. Valtaosalla sosiaali- ja terveystieteisiin hakeutuneista päihdeasiakkaita tai -potilaista sosiaalinen huono-osaisuus on syvää, eikä näytä vähentyneen sukupolvien vaihtuessa. Päihdehuollossa on perinteisesti korostettu erityisesti sen psykososiaalista ulottuvuutta, tavoitetta lisätä asiakkaiden sisäisiä ja ulkoisia toimintaedellytyksiä.

Katja Kuusisto ja Johanna Ranta (2020) ovat tutkineet psykososiaalisen käsitteen sisältöä ja tämän ulottuvuuden toteutumista päihdehuollossa vuosisadan vaihteesta tähän päivään. Heidän mukaansa käsitteen käyttö kehittyi 1950-luvulta 1980-luvulle, minkä jälkeen sen asema päihdehuollossa on heikentynyt. Taloudellisen niukkuuden lisääntyminen ja järjestelmän markkinaistuminen ovat rajoittaneet sekä työntekijöiden että asiakkaiden toiminnan edellytyksiä – yksilöllisellä työllä ja valinnan mahdollisuuksilla on rajansa sosiaalityön sisällä, mutta aivan ilmeisesti psykososiaalisen työn käsitteellinen hataruus on vaikuttanut siihen, että yhteiskunnan muuttuessa yksilöllisen työn reunaehdot ovat kaventuneet.

Terveystieteellisessä hoitotyössä ei ole vastaavia ongelmia. Ajan mittaan kehittyneet Käypä hoito -suositukset sekä uudelleen määritellyt riskirajat ja -pisteet vapauttavat auttajan ajattelemasta asiakkaiden sosiaalista taustaa tai ongelmia: päihdesairaudet ovat sekä tunnistettavissa että hoidettavissa kuten muutkin sairaudet, kunhan taudin määrittäminen on tehty oikein. Oikea toimenpide on riittävä toimenpide, eikä jatkotoimia sisältävää kuntoutussuunnitelmaa välttämättä tehdä samalla tavoin kuin viranomaispäätöksellä toteutetussa hoidossa.

Käytetyt aineistot eivät anna mahdollisuuksia arvioida päihdehuollon vaihtelevia sisällöllisiä orientaatioita työnjaollisia siirtymiä enempää. Mikäli kuitenkin Kuusiston ja Rannan (2020) analyysi pitää paikkansa, näyttää siltä, että aikakausi, jolloin palveluiden sosiaalisia ulottuvuuksia kehitettiin osana hoitotyötä, on jäänyt taakse. Erilaiset innovaatiot syntyvät toisaalla, ne nousevat teknologisesta kehityksestä ja tutkimuksesta (kuten korvaushoitokäytäntöjen kehitys tai verkon kautta toimivien etäpalvelujen sovellukset) pikemminkin muilla aloilla kuin päihdehuollon psykososiaalisessa työssä. Työn irtautuessa päihdehuollon erityispalveluiden perinteisistä instituutioista professioiden ja hallinnon merkitys on korostunut. Päihdehuollon asiakastyön kehittämisen painopiste on siirtynyt sosiaalihuollon kentältä terveydenhuollon ammattilaisille, kun ongelma jäsenyytensä enemmän mielenterveys- ja addiktio-ongelmana kuin huono-osaisuutena. Asiakkaiden sosiaalisen tilanteen ja elinolojen perusteella jälkimmäiselläkin olisi edelleen paikkansa.

Miten palveluiden käytön ja työnjaon muutoksia pitäisi tulkita – onko kyseessä universalismin vahvistuminen vai heikentyminen, aste-ero vai paradigmaattinen muutos? Jos uskomme polkuriippuvuushypoteesiin, miten sosiaali- ja terveystieteiden muutokset ylipäätään ovat mahdollisia?

Olli Kangas (2020) on arvioinut muutosten mahdollisuuksia ja muotoja sosiaalipolitiikassa usein jäykkienkin institutionaalisten kehysten puitteissa. Hän lainaa Peter Hallin (1993) asteittaisen muutoksen mallinnusta. Ensimmäisen asteen muutoksissa on kyse tasoleikkauksista, toisen asteen muutoksissa muutetaan toimintaperiaatetta muuttamatta lähtökohta-ajatusta. Kolmannen asteen muutos toteuttaisi edelliset ja lisäksi muuttaisi politiikan tausta-ajatukset. Näin jäsennettynä kuvatut päihdehuollon työnjaolliset muutokset edustaisivat lähinnä toisen asteen muutosta.

Emme kuitenkaan tiedä, mitä muutokset aiheuttavat tai vaikuttavat pidemmällä aikavälillä, ja tämä onkin Hallin vaihemallin ongelma: pelkistyvätkö käsitykset päihdeasiakkaiden tarpeista ja niihin vastaamisesta niin, että päihdehuollon toimintaperiaatteet irtautuvat kokonaan sosiaalisesta kontekstista ja elämisen ehdoista? Auttamisteknologian muutokset ja etenkin lisääntyvät digitaaliset tuki- ja hoitosovellukset hyödyttävät monia, mutta ne myös kohdentuvat eri tavoin ja eri väestöryhmiin kuin kasvokkaiset psykososiaaliset palvelut.

Perinteistä sosiaali- ja terveystieteiden uudistustoimintaa kuvaa parhaiten kerrostuneisuus, josta päihdehuollon kehityksessäkin saattaa olla kyse: aikaisemman rakennelman päälle tuotetaan uusia kerrostumia purkamatta aktiivisesti aikaisempia. Pidemmällä tähtäimellä tämäkin saattaa johtaa palveluiden muuntumiseen, korvautumiseen toisilla tai peräti poistamiseen erityisesti ostopalveluissa, kun julkisten terveystieteiden toimintakyky pyrittäneen joka tapauksessa säilyttämään. Markkinaolosuhteissa ei tarvitse tehdä aktiivisia purkutoimia (Kangas 2020). Universalismia on siis mahdollista sekä säilyttää että purkaa samanaikaisesti.

Kirjallisuus

Alkoholijuomien kulutus 2019. THL, Tilastoraportti 6/2020, SVT.

Alkoholijuomien kulutus 2020. THL, Tilastoraportti 7/2021, SVT.

Aro, Timo (2020) 2010-luvun muuttoliike on ollut alueellisesti keskittävää, valikoivaa ja polarisoivaa. Teoksessa Sorsa, Tiia (toim.) (2020) Kestävän väestönkehityksen Suomi. Helsinki: Väestöliitto, 169 – 186.

Bruun, Kettil (1980) Keksinnön tausta. Tiimi 6: 5–11.

Cunningham, James (1999) Resolving alcohol related problems with and without treatment: the effect of different problem criteria. *Journal of Studies on Alcohol*, July: 463–466.

Edwards, Griffith & Mäkelä, Klaus & Simpura, Jussi & Österberg, Esa (toim.) (1996) Alkoholipolitiikka ja yhteinen hyvä. Helsinki: Alkoholitutkimussäätiö ja Edita

Erola, Jani & Wilska, Terhi-Anna (toim.) (2004) Yhteiskunnan moottori vai kivireki? Suuret ikäluokat ja 1960-lukulaisuus. *Minerva-kustannus ja SoPhi (92)*, Jyväskylän yliopiston yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos.

Euro Health Consumer Index 2018. Luettu 10.3.2021, saatavilla <https://healthpowerhouse.com/publications/https://healthpowerhouse.com/publications/>

Hall, Peter (1993) Policy Paradigm, Social Learning and the State. The Case of Economic Policy in Britain. *Comparative Politics*, Vol 25 (3), 275–296.

Hellsten, Katri (1993) Vaivashoidosta hyvinvointivaltion kriisiin. Hyvinvointivaltiokehitys ja sosiaaliturvajärjestelmän muotoutuminen Suomessa. Helsingin yliopisto, sosiaalipolitiikan laitos, tutkimuksia 2.

Härkönen, Janne & Mäkelä, Pia (2018) Miten alkoholin käyttö muuttuu elämänkulun ja syntymäkohortin mukaan? Teoksessa Mäkelä, Pia & Härkönen, Janne & Lintonen, Tomi & Tigerstedt, Christoffer & Warpenius, Katariina (toim.): Näin Suomi juo. Suomalaisten muuttuvat alkoholinkäyttötavat. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 147–157.

Julkunen, Raija (2006) Kuka vastaa? Hyvinvoinnin rajat ja julkinen vastuu. Helsinki: Stakes.

Kangas, Olli (2020) Poikkeukselliset ajat avaavat poikkeuksellisia mahdollisuuksia. Sosiaaliturvakomitean julkaisuja 2020:1. Valtioneuvosto. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162400/Sote_2020_01.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020 – 2030. STM, julkaisuja 2020:6. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM_2020_6.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Karjalainen, Karoliina & Pekkanen, Niina & Hakkarainen, Pekka (2020) Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet. Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2018. THL.

Kaukonen, Olavi (2000) Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Tutkimuksia 107 Stakes.

Kaukonen, Olavi (2019) Päihdehuollon kehitys ja sosiaaliset oikeudet. Teoksessa Pehkonen, Aini & Kekoni, Taru & Kuusisto, Katja (toim.) (2019) Oikeus päihdehuoltoon. Tampere: Vastapaino, 23–47.

Kaukonen, Olavi & Stenius, Kerstin (2005) Universalism under re-construction. From administrative coercion to professional subordination of substance misusers. Teoksessa Kildal, Nanna & Stein Kuhnle (eds.): Normative Foundations of the Welfare State. The Nordic Experience. New York: Routledge, 130–148.

Klingemann, Harald & Takala, Jukka-Pekka & Hunt, Geoffrey (eds.) (1992) Cure, Care, or Control. Alcoholism Treatment in Sixteen Countries. State University of New York Press, Albany.

Kröger, Teppo (1997) Hyvinvointikunnan aika. Kunta hyvinvointivaltion sosiaalipalvelujen rakentajana. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis 561.

Kuusaari, Kristiina & Ronkainen, Jenni-Emilia & Partanen, Airi & Kaukonen, Olavi & Vormaa, Helena (2012) Kuntoutuksesta katkaisuun. Päihdetapauslaskenta palvelujärjestelmän kuvaajana. *Yhteiskuntapolitiikka* 77: 6: 640–655.

Kuusaari, Kristiina & Kaukonen, Olavi & Partanen, Airi & Vormaa, Helena & Ronkainen Jenni-Emilia (2014) Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 79 (2014):3, 264–277.

Kuusisto, Katja (2010) Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen: tutkimus muutoksesta hoidon ja vertaistuen avulla sekä ilman professionaalista hoitoa. Tampereen yliopisto.

Kuusisto, Katja & Ranta, Johanna (2020) Psykososiaalisen päihdetyön asema Suomessa 1900-luvulta nykypäivään. Teoksessa Moilanen, Johanna & Annola, Johanna & Satka, Mirja (toim.) (2020) Sosiaalityön käänneet. SoPhi, Jyväskylän yliopiston yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos 144, 112–140.

Kymmenen kaupunkiseudun väestöennuste vuoteen 2040. Aluekehittämisen konsulttitoimisto MDI, Helsinki. Luettu 1.10.2020. Saatavilla <https://www.mdi.fi/referenssit/10-kaupunkiseudun-vaestoennuste-vuoteen-2040-fin/>

- Lehto, Juhani (1991) Juoppojen professionaalinen auttaminen. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus, tutkimuksia 1.
- Lehtonen, Heikki (1996) Sosiaalipolitiikka moraalitaloutena. Tampere: Gaudeamus.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. STM, selvityksiä 2009:3.
- Mutalahti, Timo (1996) Päihdehuollon asiakkaan oikeudellinen asema. Helsinki: Stakes, raportteja 193.
- Mäkelä, Pia & Martikainen, Pekka & Peltonen, Markku (2017) Sosioekonomiset erot alkoholikuolleisuudessa ja alkoholin käytössä. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, tutkimuksesta tiiviisti 4: maaliskuu 2017.
- Mäkelä, Pia & Härkönen, Janne & Lintonen, Tomi & Tigerstedt, Christoffer & Warpenius, Katariina (toim.) (2018) Näin Suomi juo. Suomalaisten muuttuvat alkoholinkäyttötavat. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Pehkonen, Aini & Kekoni, Taru & Kuusisto, Katja (toim.) (2019) Oikeus päihdehuoltoon. Tampere: Vastapaino.
- Pierson, Paul (2000). Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics. *The American Political Science Review*, 94 (June), 251–267.
- Pitkänen, Tuuli & Kaskela, Teemu & Levola, Jonna (2020) Mortality of treatment-seeking men and women with alcohol, opioid or other substance use disorders – A register-based follow-up study. *Addictive Behaviors* 105: 1–9.
- Päihdetilastolliset vuosikirjat (2006–2019) SVT, Sosiaaliturva, THL.
- Rautiainen, Elina & Linna, Miika & Ryyänen, Olli-Pekka & Laatikainen, Tiina (2020) Do the costs of AUD-related health and social care services vary across patient profiles? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 81: 2, 144–151.
- Roemer, Milton (1989) National health systems as market interventions. *Journal of Public Health Policy* 10:62–77.
- Rossow Ingeborg & Mäkelä Pia & Kerr William (2014) The collectivity of changes in alcohol consumption revisited. *Addiction*, 109(9): 1447–1455.
- Saari, Juhu (1996) Sosiaalipolitiikka markkinariippuvuuden vähentäjänä. Sosiaalitaloudellinen näkökulma jälkiteollistuvan yhteiskunnan sosiaalipolitiikkaan. Helsinki: Stakes, tutkimuksia 69.
- Saari, Juhu & Eskelinen, Niko & Björklund, Liisa (2020) Raskas perintö. Ylisukupolvinen huono-osaisuus Suomessa. Helsinki, Gaudeamus.
- Salasuo, Mikko ja Kati Rantala (2002) Huumeiden viihdekäyttö ajankuvana. Teoksessa Kaukonen, Olavi ja Pekka Hakkarainen (toim.) Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus.
- Simpura, Jussi (2020) Alkoholitutkimussäätiö 70 vuotta. Alkoholitutkimussäätiön historiikki 1950–2020.
- Stenius, Kerstin & Kekki, Tuula & Kuussaari, Kristiina & Partanen, Airi (2012) Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio-kirjava käytäntö Suomen kunnissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 77:2: 167–175.
- Sulkunen, Pekka (1979) Abstainers in Finland 1946–1976. Helsinki: Reports from the Social Research Institute of Alcohol Studies No. 133.
- Sulkunen, Pekka (1981) Märkä sukupolvi, alkoholin kulutus ja alkoholipolitiikka 1980-luvulla. *Alkoholipolitiikka* Vol. 46: 240–246.

Tigerstedt, Christoffer & Mäkelä, Pia & Karlsson, Thomas (2018) Mikä on muuttunut 2000-luvulla, mikä ei? Teoksessa Mäkelä, Pia & Härkönen, Janne & Lintonen, Tomi & Tigerstedt, Christoffer & Warpenius, Katariina (toim.) Näin Suomi juo. Suomalaisten muuttuvat alkoholinkäyttötavat. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: 251–257.

Viialainen, Riitta & Lehto, Juhani (toim.) (1996) Sosiaali- ja terveystalouden rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Helsinki: Stakes, raportteja 192.

3 55 vuotta täyttäneet päihteiden käyttäjät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä

Kristiina Kuussaari, Christoffer Tigerstedt ja Anni Vilkkö

Ydinviestit

- 34 prosenttia päihde-ehtoisista asioinneista oli 55 vuotta täyttäneiden tekemiä vuonna 2015. Suurin osa näistä asioinneista oli miesten tekemiä.
- 55–64-vuotiaiden eläkkeellä olevien päihdeasiakkaiden osuus oli lähes 60 prosenttia niin miehillä kuin naisilla.
- 55 vuotta täyttäneiden samanaikaiset päihde- ja mielenterveysongelmat olivat yleisempiä naisilla kuin miehillä.
- Mitä vanhemmasta asiakkaasta oli kyse, sitä vähemmän tukea saatiin päihdehuollon erityispalveluista.
- Päihtyneenä asioineiden 55 vuotta täyttäneiden osuudet olivat sitä isompia mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse.

Tarkasteltaessa viime vuosikymmeninä tapahtuneita muutoksia suomalaisten juomatavoissa huomio kiinnittyy eläkeikäisten alkoholinkäytön yleistymiseen. Ilmiötä on tutkittu valitettavan vähän. Tiedämme kuitenkin, että yhä isompi osa eläkeikäisistä käyttää alkoholia ja että he juovat entistä useammin. Tiedämme myös, että naisilla muutokset ovat olleet suurempia ja että miehet juovat edelleen useammin ja enemmän kuin naiset. (Ahlström & Mäkelä 2009; Haarni & Hautamäki 2008; Hellán & Helakorpi 2014; Tigerstedt ym. 2018 ja 2020; Vilkkö ym. 2010.)

Suuri osa eläkeikäisistä käyttää alkoholia harmittomasti. Tämä koskee etenkin naisia. Esimerkiksi 65–69-vuotiaista naisista kolme neljäsosaa tyytyy yhteen tai kahteen annokseen juomiskertaa kohti, ja vajaa puolet tästä ikäryhmästä juo alkoholia korkeintaan kerran kuukaudessa (36 %) tai ei ollenkaan (9 %). Pienempi osa, josta valtaosa on miehiä, ylittää kuitenkin riskirajat selvästi. Esimerkiksi runsaalle viidennekselle 65–69-vuotiaista miehistä tyypillinen juomiskerta koostuu vähintään viidestä alkoholiannoksesta ja lähes kolmannes tuosta ikäryhmästä juo kerralla vähintään kuusi annosta ainakin kerran kuukaudessa. (Tigerstedt ym. 2018 ja 2020.) Kaiken kaikkiaan eläkeikäisten juomisen yleistyminen on alkanut vähitellen heijastua palvelujärjestelmän eri osiin. Toistaiseksi Suomessa on kuitenkin erittäin vähän tutkimustietoa eläkeikäisten päihteiden käyttöön liittyvästä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käytöstä.

Julkisessa keskustelussa on kiinnitetty huomiota muun muassa kotihoidon yhteydessä ilmeneviin moninaiisiin ongelmiin. Keskiössä ovat olleet kotihoidon

työntekijöiden ja omaishoitajien kyvyt, mahdollisuudet ja myös oikeudet toimia, kun asiakkaan alkoholiongelmia aiheuttaa hankalia tai vaarallisia tilanteita joko hänelle itselleen tai häntä hoitaville henkilöille. On ilmeistä, että kotihoidon työntekijät kaipaavat lisätietoa siitä, miten toimia, kun ikäihmisen alkoholinkäytöstä on tullut ongelma. Toisaalta sosiaali- ja terveydenhuollossa pitäisi pystyä hyödyntämään tehokkaammin näiden perustason työntekijöiden välitöntä tietämystä asiakkaiden alkoholinkäytön haitallisista vaikutuksista itse hoitotyölle. (Gunnarsson 2013; Koivula ym. 2015; Kulmala & Koivula 2015; Rao 2014; Vesa ym. 2017; Vilkkio ym. 2013.)

On myös todettu, että säännöllisten kotipalveluiden piirissä olevat runsaasti alkoholia käyttävät eläkeikäiset ovat kalenteri-ikänsä muita palvelukäyttäjää nuorempia, tavallaan ”varhain vanhenneita” (Vilkkio ym. 2013) palveluiden piiriin tulon kannalta. Näiden henkilöiden joukossa oli useammin miehiä kuin naisia ja heillä oli muita enemmän elämänhallinta- ja arkielvytymisen ongelmia. He erottuivat myös muista siinä, että muu kuin virallinen sosiaalinen auttamisverkosto eli omaiset ja läheiset sitoutuivat heikommin heidän hoitoonsa. (Mt. 2013.)

Päihdetapauslaskenta pyrkii kattamaan yhden vuorokauden ajalta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin tehdyt päihde-ehtoiset asiointit (ks. määritelmä seuraavassa alaluvussa). Tutkimus mahdollistaa päihteiden käytön takia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita käyttävien asiakkaiden erityispiirteiden kartoittamisen. Päihdetapauslaskennan aineistoa ei ole aikaisemmin käytetty vanhempien ikäryhmien tarkasteluun. Tässä artikkelissa olemme asettaneet tutkimusjoukon alaikärajaksi 55 vuotta, koska haluamme kohdistaa katseemme myös yllä mainittuun ”varhain vanhenneiden” ryhmään. Nämä henkilöt ovat työikäisiä, mutta pitkä alkoholinkäyttöhistoria on saattanut aiheuttaa sen, että he eivät ole enää työkykyisiä ja tarvitsevat tukea ja apua palveluista. Tutkimuskysymyksemme ovat:

- Mikä on 55 vuotta täyttäneiden ikäryhmien päihde-ehtoisten asiointien osuus erilaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käytöstä?
- Miten 55–64-, 65–74- ja yli 75-vuotiaiden päihde-ehtoisten asiointien osuudet vaihtelevat sukupuolen ja erilaisten muiden taustaominaisuuksien mukaan?
- Mitä päihteitä 55 vuotta täyttäneet päihdeasiakkaat käyttävät?
- Mitä sosiaali- ja terveyspalveluja edellä mainittujen ikäryhmien mies- ja naispuoliset päihdeasiakkaat käyttävät?
- Missä määrin ja missä palveluissa 55 vuotta täyttäneet asioivat päihtyneenä?

Aineisto ja menetelmät

Päihdetapauslaskennan aineisto on kerätty neljän vuoden välein lokakuun toisena tiistaina. Tässä artikkelissa analysoimme vuonna 2015 kerättyä aineistoa. Vuonna 2015 tietoja kerättiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden lisäksi myös vankiloista, vankiterveydenhuollosta ja yhdyskuntaseuraamustoimistoista. Asiakas on otettu mukaan Päihdetapauslaskentaan, jos hän on täyttänyt ainakin yhden seuraavista päihde-ehtoisuuden kriteereistä: (1) hän on päihteiden ongelmakäyttäjä, (2) hän asioi päihtyneenä tai (3) hän asioi jonkin päihteiden käyttöön liittyvän kertaluonteisen haitan (kuten tapaturman) takia. Tiedot kerättiin lomakekyselyinä. Lomakkeessa oli toimintayksikköä ja annettuja palveluja koskevia kysymyksiä ja lisäksi siinä kysyttiin tietoja asiakkaiden taustoista ja päihteiden käytöstä. Lomake löytyy Päihdetapauslaskennan verkkosivulta osoitteesta www.thl.fi/paihdetapauslaskenta. Tiedonkeruun prosessiin ja aineiston luotettavuuteen koskevia kysymyksiä on kuvattu tarkemmin toisaalla (Samposalo ym. 2018; Kuussaari ym. 2017). Tiedonkeruun yleisiä periaatteita ovat käsitelleet myös Kuussaari, Rautiainen ja Grainger tämän julkaisun ensimmäisessä artikkelissa. Laskentavuorokauden aikana 13.10.2015 kirjattiin 10 851 päihde-ehtoista asiointia, joista valtaosa (n=10 650) kohdistui sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin; niiden lisäksi 201 tapausta kohdistui vankiloihin, vankiterveydenhuoltoon ja yhdyskuntaseuraamustoimistoihin. Olemme jakaneet 55 vuotta täyttäneet kolmeen ikäryhmään: 55–64-vuotiaat (n=1 899), 65–74-vuotiaat (n=1 203) ja 75-vuotiaat ja tätä vanhemmat (n=533). Lisäksi mukana tarkasteluissa on vertailuryhmänä alle 55-vuotiaiden ikäryhmä (n=7 017). Aineistosta jäi pois 199 tapausta, joissa asiakkaan ikä ei ollut tiedossa. Näin ollen tässä tarkastelussa on mukana 10 652 päihde-ehtoista asiointia.

Aineiston analyysimenetelminä on käytetty frekvenssejä ja ristiintaulukointeja. Analyysit on tehty SPSS Statistics 26 versiolla.

Tulokset

55 vuotta täyttäneiden henkilöiden asiointien osuus, elämäntilanne ja sosioekonominen asema

55 vuotta täyttäneiden osuus kaikista tehdyistä asioinneista on 34 prosenttia (n=3 635). Näistä asioinneista valtaosa on miesten tekemiä kaikissa tarkastelun kohteena olevissa ikäryhmissä. Naisten osuus kuitenkin kasvaa siten, että 55–64-vuotiaista naisia on 24 prosenttia, 65–74-vuotiaista naisia on 27 prosenttia ja 75-vuotiaista ja vanhemmista naisten osuus on 33 prosenttia. Taulukkoon 3.1 on kerätty tietoja asiakkaiden siviilisäädystä, pääasiallisesta toiminnasta, asumistilanteesta ja samanaikaisista päihde- ja mielenterveyshäiriöistä.

Taulukko 3.1. Asiakkaiden siviilisäätö, pääasiallinen toiminta, asumistilanne ja samanaikaiset päihde- ja mielenterveysongelmat ikäryhmittäin ja sukupuolittain vuonna 2015 (%)

	Alle 55-vuotiaat		55–64-vuotiaat		65–74-vuotiaat		75-vuotiaat tai vanhemmat	
	Miehet (n=4 868)	Naiset (n=2 086)	Miehet (n=1 435)	Naiset (n=453)	Miehet (n=865)	Naiset (n=328)	Miehet (n=354)	Naiset (n=176)
Siviilisäätö								
Avoliitto, avioliitto, rekisteröity parisuhde	17	29	15	28	20	27	26	20
Naimaton	63	47	39	22	29	13	18	8
Eronnut	13	17	31	34	30	25	24	13
Leski	1	2	3	8	8	22	22	49
Ei tietoa	6	4	11	8	13	13	10	7
Puuttuva tieto	1	1	1	0	1	1	1	3
Pääasiallinen toiminta								
Ansiotyössä	9	11	5	8	1	0	0	0
Työttömänä	53	50	26	25	2	1	0	0
Eläkkeellä	20	15	59	59	95	94	97	100
Opiskelija	6	8	0	0	0	0	0	0
Kotiäiti/-isä	0	5	0	0	0	0	0	0
Muu/ei tietoa	10	11	8	7	2	4	3	0
Puuttuva tieto	1	1	2	1	0	0	0	0
Asumistilanne								
Oma tai vuokra-asunto	59	71	62	67	64	71	75	83
Tukiasunto, asuntola tai yhteismajoitus	19	12	25	23	26	15	16	9
Kokonaan vaille asuntoa	8	5	4	1	2	1	1	1
Muu	9	7	2	2	2	3	2	1
Ei tietoa	6	5	6	7	6	9	6	6
Puuttuva tieto	0	1	1	1	0	2	0	0
Samanaikaiset päihde- ja mielenterveysongelmat								
Kyllä	49	59	34	46	28	42	19	39
Ei	34	27	43	36	51	42	63	48
Ei tietoa	16	12	20	16	19	15	15	9
Puuttuva tieto	2	2	2	3	2	1	3	5

Päihdeasiakkaiden siviilisäätö profiloituu ikäryhmien ja sukupuolen mukaan siten, että naiset ovat miehiä useammin parisuhteessa ja miehet puolestaan naisia useammin naimattomia. Asiakkaiden siviilisäätö ei suoraan kuvaa eri ikäryhmiin kuuluvien sosiaalisia lähisuhteita. Näyttää kuitenkin siltä, että etenkin 55 vuotta täyttäneiden miespuolisten päihdeasiakkaiden elämässä perhe-elämä on harvinaisempaa kuin naisilla ja sosiaaliset suhteet rakentuvat mahdollisesti muun kuin perheen ympärille.

Lähes 60 prosenttia 55–64-vuotiaista miehistä ja naisista on eläkkeellä. Tutkimuksessa kysytään eläkkeellä olemisesta yleensä eikä tarkenneta sitä vanhuus- tai työkyvyttömyyseläkkeisiin. Ikänsä puolesta 55–64-vuotiaat eivät pääsääntöisesti vielä ole vanhuuseläkkeen piirissä, joten suuri osa heistä on todennäköisesti työkyvyttömyyseläkkeellä. Valtaosa 55–64-vuotiaista mies- ja naispuolisista päihdeasiakkaista on siis syrjässä työelämästä.

Asumistilanne on kohtuullisen vakaa kaikissa päihdeasiakkaiden ikäryhmissä. Naisilla on useammin oma tai vuokra-asunto, kun taas miehet asuvat useammin erilaisissa tukiasunnoissa tai ovat asunnottomia. Vanhimmassa ikäryhmässä asunnottomuus on hyvin harvinaista.

On yleistä, että päihdeiden ongelmakäyttäjät kärsivät useista sairauksista yhtä aikaa. Päihdeongelmien lisäksi päihdeiden käyttäjillä saattaa olla erilaisia terveysongelmia sekä muita kuin päihdeiden käyttöön liittyviä mielenterveyden häiriöitä (esim. Levola 2018; Messer ym. 2017). Päihdetapauslaskennassa kysyttiin, onko asiakkaalla päihdeiden käytön lisäksi joitain lääkärin toteamia mielenterveys-häiriöitä. Noin puolella alle 55-vuotiaista miehistä ja lähes 60 prosentilla naisista on samanaikaisia päihde- ja mielenterveyshäiriöitä. Kaikissa ikäryhmissä naisten samanaikaiset päihde- ja mielenterveyshäiriöt ovat yleisempiä kuin miesten. Taulukosta 3.1 nähdään myös, että iän karttuessa samanaikaiset päihde- ja mielenterveysongelmat vähenevät ja miesten ja naisten välinen ero kasvaa.

Päihteiden käyttö

Taulukossa 3.2 kuvataan viimeisen vuoden aikaista päihteiden käyttöä ja eri päihteiden samanaikaista käyttöä ikäryhmittäin.

Taulukko 3.2. Käytetyt päihteet ja eri päihteiden samanaikainen käyttö ikäryhmittäin vuonna 2015 (%)

	Alle 55-vuotiaat (n=7 017)	55–64-vuotiaat (n=1 899)	65–74-vuotiaat (n=1 203)	75-vuotiaat tai vanhemmat (n=533)
Viimeisen vuoden aikainen päihteiden käyttö				
Alkoholi	71	87	88	89
Lääkkeet (pääntymystarkoituksessa)	30	10	7	7
Kannabis	31	4	1	0
Eri päihteiden samanaikainen käyttö				
Kyllä, viimeisten 12 kk aikana	44	11	7	8
Kyllä joskus, mutta ei viimeisen 12 kk aikana	12	6	3	2
Ei	22	48	49	52
Ei tietoa	19	33	39	35
Puuttuva tieto	2	2	2	3

Alkoholi on valtapäihde kaikissa ikäryhmissä. Joka kymmenennellä 55–64-vuotiaalla on ollut myös viimeisen vuoden aikaista lääkkeiden päihdekäyttöä ja neljällä prosentilla kannabiksen käyttöä. Niillä, joilla on ollut viimeisen vuoden aikana eri päihteiden samanaikaista käyttöä, käyttö on suurimmalla osalla lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäyttöä. Esimerkiksi yli 75-vuotiailla, joille oli merkattu eri päihteiden samanaikaista käyttöä, yhdeksällä kymmenestä tämä on lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäyttöä (ei näy taulukossa). Kyse ei tällöin välttämättä ole tarkoituksellisesta päihteiden yhteiskäytöstä, vaan lääkkeiksi on todennäköisesti kirjattu esimerkiksi asianmukaisesti käytettyjä unilääkkeitä tai somaattisiin sairauksiin määrättyjä lääkkeitä.

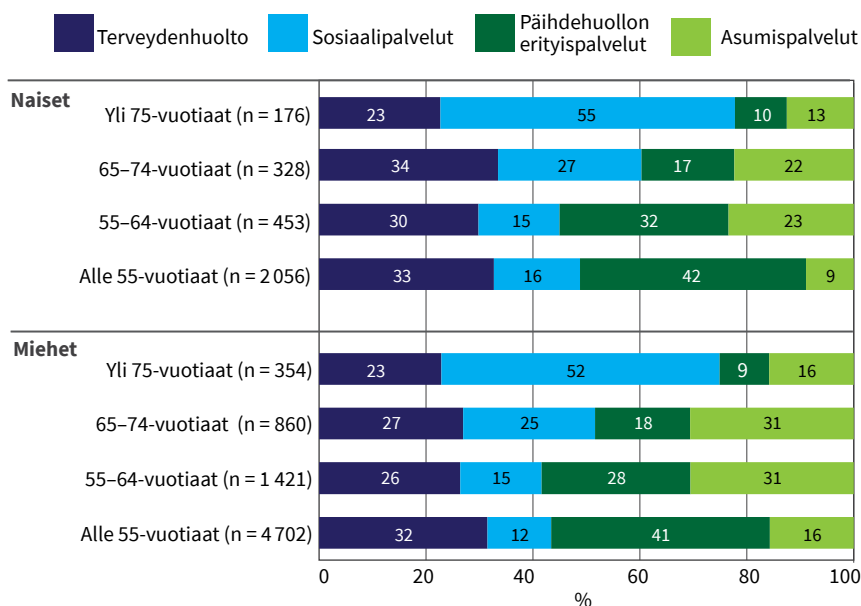
Asiointien kohdistuminen

Päihdeasiakkaat asioivat eri puolilla sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää. Järjestelmä on jaettu neljään sektoriin asiointien sisällön ja laadun perusteella. (Tästä tarkastelusta on jätetty pois vankilat, vankiterveydenhuolto ja yhdyskuntasseuraamus-toimistot pienen tapausmäärän (n=201) takia.)

1. Terveydenhuolto kattaa asiointien terveyskeskuksissa (avohoito, vuodeosasto, yhdistetyt päihde- ja mielenterveyspalvelut). Lisäksi siihen kuuluvat psykiatrinen poliklinikka, psykiatrinen sairaala, yleissairaala sekä yksityiset lääkäriasemat ja sairaalat. Merkittävä osa (n. 1/3) koko Päihdetapauslaskennan aineiston (n=10 650) päihde-ehtoisista asioinneista kohdistuu terveydenhuoltoon.
2. Sosiaalipalveluihin lasketaan sosiaalitoimiston palvelut (esim. maksusitoumusten hoito, asumiseen liittyvät kysymykset, toimeentulotuki), kotihoito, kirkon diakonia- tai perhetyö, päivä- ja työtoiminta, alaikäisten laitokset ja ammatillinen perhehoito, ensikodit sekä kasvatus- ja perheneuvolat. Noin 1/5 koko aineiston asioinneista sijoittuu tähän luokkaan.
3. Päihdehuollon erityispalveluja tarjoavat A-klinikat, päiväkeskukset sekä katkaisu- ja kuntoutuslaitokset. Erityispalveluja saa lisäksi katkaisuhuoltoasemilta, terveysneuvontapisteistä, nuorisoasemilta, ensisuoja- ja selviämisasemilta. Erityispalvelujen osuus koko aineiston asioinneista on noin 1/3.
4. Asumispalvelut on erotettu omaksi luokakseen. Niitä ovat päihdehuollon asumispalvelut (esim. tukiasuminen), mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut ja ikääntyneiden asumispalvelut (esim. tehostettu palveluasuminen). Noin 1/5 koko aineiston asioinneista kohdistuu asumispalveluihin.

Aikaisempi tutkimus on osoittanut, että vanhemmat ikäryhmät käyttäytyvät sikäli samalla tavalla kuin nuoremmat, että naisten asioinneista suurempi osuus kohdistuu terveydenhuoltoon ja sosiaalipalveluihin, kun puolestaan miesten asioinneista suurempi osuus suuntautuu asumispalveluihin (Kuussaari ym. 2012). Kuvion 3.1 mukaan tämä pitää edelleen paikkansa asumispalvelujen osalta sekä osittain myös terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen osalta. Päihdehuollon erityispalveluissa sukupuolten välillä ei ollut mainittavia eroja sen enempää aikaisemmassa tutkimuksessa kuin tässä tarkastelussa.

Kuvio 3.1 paljastaa kuitenkin merkittäviä eroja päihde-ehtoisten asiointien kohdentumisessa.



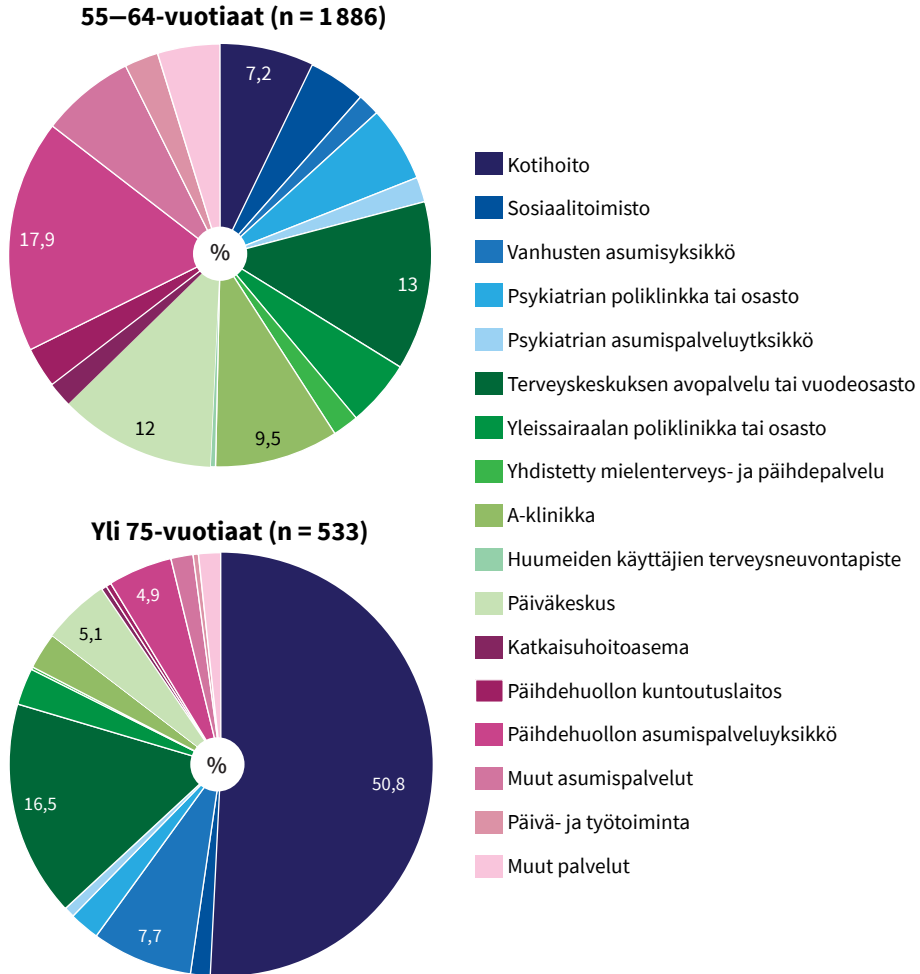
Kuvio 3.1. Terveydenhuollon, sosiaalipalvelujen, päihdehuollon erityispalvelujen ja asumispalvelujen käyttö sukupuolen ja ikäryhmän mukaan vuonna 2015 (%).

Nämä erot koskevat nimenomaan 55 vuotta täyttäneitä. Mitä vanhemmasta ikäryhmästä on kyse, sitä todennäköisemmin asiointi kohdistuu sosiaalipalveluihin. Vielä 55–64-vuotiaiden ikäryhmässä eroa ei juuri ole nuorempiin, mutta yli 75-vuotiaiden ryhmässä yli puolet asioinneista koskee sosiaalipalveluja.

Vastaavasti päihde-ehtoiset asioinnit päihdehuollon erityispalveluissa hupenevat hupenemistaan siirryttäessä nuoremmista vanhempiin ikäryhmiin. Alle 55-vuotiaissa päihdehuollon erityispalveluiden osuus on reilut 40 prosenttia, mutta yli 75-vuotiaissa enää noin 10 prosenttia.

Asiointi terveydenhuollossa vähenee iän lisääntyessä, mikä saattaa kielii esimerkiksi siitä, että iäkkäämmät eivät siirry terveydenhuollon palvelupisteisiin yhtä vaivattomasti kuin nuoremmat. Asumispalvelujen käyttö puolestaan korostuu 55–74-vuotiailla miehillä.

Iän merkitystä sille, mitä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja päihdeasiakkaat käyttävät, voidaan vielä tarkentaa. Kuviossa 3.2 olemme jakaneet sosiaali- ja terveystalouden neljä sektoria 16 sellaiseen palvelutyyppeihin, jossa koko aineistossa on yli 100 asiointia. Havainnollistaaksemme palvelujen käytön eroja katsomme tarkemmin 55–64-vuotiaiden ja yli 75-vuotiaiden ikäryhmiä.



Kuvio 3.2. Palvelujen käyttö 55–64-vuotiailla ja yli 75-vuotiailla vuonna 2015 (%).

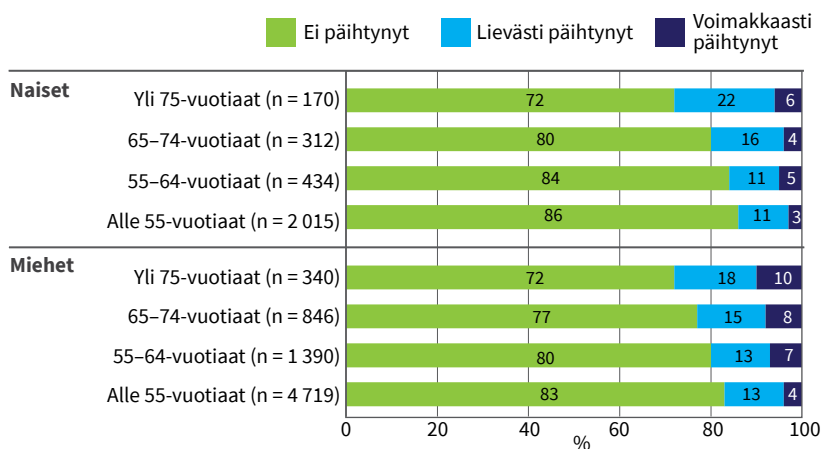
Kuviosta näemme, että käyntien jakauma eri palveluihin on tasaisempi nuoremilla kuin vanhemmilla. Kuvioihin on merkitty prosentiosuudet kunkin ikäryhmän viidestä yleisimmästä palvelutyypistä. 55–64-vuotiailla nämä ovat: 1) päihdehuollon asumispalvelu (18 %), 2) terveyskeskuksen avopalvelu- tai vuodeosasto (13 %), 3) päiväkeskus (12 %), 4) A-klinikka (10 %) ja 5) kotihoito (7 %). Yli 75-vuotiailla asiointi kohdistuu 1) kotihoitoon (51 %), 2) terveyskeskuksen avo- tai vuodeosastoon (17 %), 3) vanhusten asumisyksikköön (8 %), 4) päiväkeskukseen (5 %) ja 5) päihdehuollon asumispalveluyksikköön (5 %).

Vaikuttaa siltä, että yli 75-vuotiaiden saamat päihdepalvelut tähtäävät asiakkaan tilanteen ylläpitämiseen pikemmin kuin asiakkaan kuntouttamiseen. Siihen viittaa neljän yleisimmän palvelutyypin laajuus (yhteensä 81 %). Päihdetapauskannan

aineiston perusteella ei voi yksiselitteisesti sanoa, millä tavalla palvelujen tarjonta on suhteessa niiden kysyntään. On myös mahdollista, että kotihoidon hallitsevuus johtuu siitä, että sen asiakkaat valikoituvat herkemmin Päihdetapauslaskentaan, koska asiakasta tavataan usein. Silti kuvion perusteella uskallamme sanoa, että iäkkäimmille ihmisille on tarjolla erittäin vähän päihdehuollon erityispalveluja. Eniten erityispalveluja heille annetaan päihdehuollon asumispalvelujen muodossa (mikä sekin on säilyttävää toimintaa), mutta kuntouttavaa palvelua iäkkäimmät asiakkaat eivät ole saaneet nimeksikään (kuvion ulkopuolelta: A-klinikat 3 %, päihdehuollon kuntoutuslaitos 0,4 % sekä yhdistetyt mielenterveys- ja päihdepalvelut 0,2 %).

Päihtyneenä asiointi

Valtaosa kaikista ikäryhmistä asioi selvin päin. Tämä tulos oli odotettu. Ikäryhmittäinen tarkastelu siitä, kuinka suuri osuus päihdeasiakkaista oli asioidessaan lievästi päihtynyt, voimakkaasti päihtynyt tai selvin päin toi kuitenkin yllätyksen (kuvio 3.3).



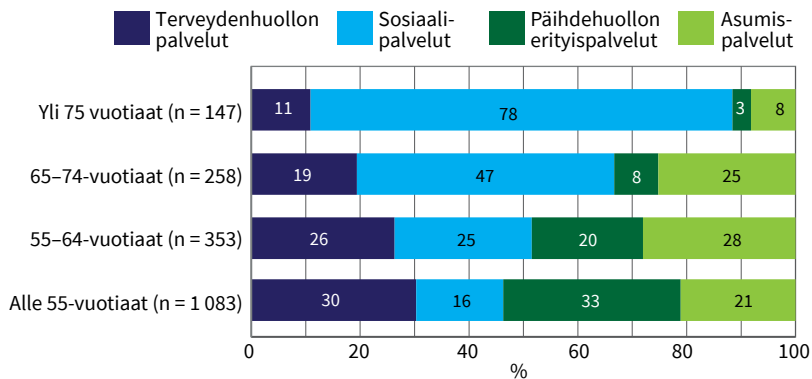
Kuvio 3.3. Päihtyneenä asioineet iän ja sukupuolen mukaan vuonna 2015 (%).

Sekä miehillä että naisilla päihtyneenä asiointien osuudet ovat sitä isompia mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse. Alle 55-vuotiaista miehistä 17 prosenttia on asioinut lievästi tai voimakkaasti päihtyneinä, naisista puolestaan 14 prosenttia. Vanhimmissa eli 75 vuotta täyttäneiden ryhmässä vastaavat luvut ovat 28 prosenttia niin miehillä kuin naisilla.

Yksi selitys tälle tulokselle voi piillä edellä esitetyissä kuvioissa 3.1 ja 3.2. Niiden mukaan kotihoidon osuus päihde-ehtoisista asioinneista kasvaa tuntuvasti iän

karttuessa. Tämä tarkoittaa sitä, että mitä vanhemmasta asiakkaasta on kyse, sitä todennäköisemmin tarjottava sosiaali- ja terveyspalvelu kohtaa asiakkaan arjen keskellä tämän kodissa, omassa yksityisessä tilassa. Palvelu siirtyy siis asiakkaan määräämälle reviirille. Asiaan vaikuttanee myös se, että vanhemman väen alkoholinkäyttö tapahtuu nuorempaan väestöön verrattuna useammin kotioiloissa ja jakaantuu tasaisemmin viikon eri päiville (Tigerstedt ym. 2018). Muissa palveluissa kuin kotihoidossa suunta on päinvastainen: asiakas siirtyy muiden hallitsemalle julkiselle alueelle. Ennalta sovitut käyntiajat – esimerkiksi terveyskeskukseen, sosiaalitoimistoon tai A-klinikalle – voivat osaltaan motivoida asiakasta esiintymään selvin päin. Myös turvallinen liikkuminen palveluun voi edellyttää, että humalatilaa vältetään.

Lopuksi katsoimme erikseen niitä asiakkaita, jotka ovat asioineet joko lievästi tai voimakkaasti päihtyneinä. Selvitimme missä kohtaa sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää he ovat asioineet. Koska miesten ja naisten osuudet päihtyneenä asioineista ovat kutakuinkin samat (ks. kuvio 3.3) emme erottaneet miehiä ja naisia toisistaan.



Kuvio 3.4. Päihtyneenä asiointi eri palveluissa ikäryhmittäin vuonna 2015 (%).

Mitä vanhempi ikäryhmä on, sitä isompi on päihtyneinä sosiaalipalveluissa asiointien osuus. Yli 75-vuotiaista lähes 80 prosenttia lievässä tai vahvassa humalassa olleista on käyttänyt nimenomaan sosiaalipalveluja. Kuvion 3.2 perusteella voimme päätellä, että sosiaalipalvelu tässä yhteydessä tarkoittaa kotihoitoa. Tämä puolestaan vahvistaa yllä tekemäämme johtopäätöstä, jonka mukaan juomisen itsekontrolli on ponnottomampaa omassa kodissa kuin sen ulkopuolella.

Myös tämä kuvio (3.4) puhuu sen puolesta, että päihdehuollon erityispalveluja tarjotaan niukalti vanhemmille ikäryhmille. Päihtyneenä asioineista 55–64-vuotiaista 20 prosenttia on asioinut päihdehuollon erityispalveluissa, mutta yli 75-vuotiaista enää kolme prosenttia.

Pohdinta

Vanhimpien ikäryhmien alkoholinkäyttö on lisääntynyt viime vuosikymmeninä (Heldán & Helakorpi 2014; Tigerstedt ym. 2018 ja 2020). Tämä liittyy muun muassa eläkeikäisten parantuneeseen terveydentilaan, elinajanodotteen kohoamiseen, tulojen nousuun, juomiskulttuurin muutoksiin ja sukupolvivaikutuksiin. Muutos on sen verran iso, että se muodostaa merkittävän haasteen myös palvelujärjestelmälle ja se onkin syytä ottaa huomioon tulevia palvelurakenteita kehitettäessä.

Eläkeikäisten päihteiden käyttöön liittyvästä asioinnista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa on olemassa niukasti suomalaista tutkimuskirjallisuutta. Tässä tutkimuksessa tarkastelimme yli 55-vuotiaiden tekemiä päihde-ehdoisia asiointeja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Käsittelimme tuloksia kolmessa ikäryhmässä (55–64-vuotiaat, 65–74-vuotiaat ja yli 75-vuotiaat) ja lisäksi joidenkin kysymysten yhteydessä vertailimme tietoja alle 55-vuotiaiden ikäryhmään. Tutkimus olisi ollut luontevaa rajata esimerkiksi 65 vuotta täyttäneisiin. Halusimme kuitenkin ottaa mukaan myös 55–64-vuotiaat, koska aikaisemmassa tutkimuksessa on viitteitä ns. varhain vanhenneiden ryhmästä, jossa rankka elämänaikainen päihteiden käyttö on aiheuttanut henkilöille monenlaisia haasteita (Vilkko ym. 2013). Tämän tutkimuksen tulokset kertovat, että mukaan valittujen kolmen ikäryhmän taustat, päihteiden käyttö ja palveluiden käyttö eroavat toisistaan.

Vuonna 2015 kolmannes (34 %) kaikista Päihdetapauslaskennan asioinneista oli 55 vuotta täyttäneiden tekemiä. Terveydenhuollon osalta tiedetään, että vuonna 2015 vuodeosastojen päihdesairauksiin liittyneistä hoitajaksoista 35 prosenttia oli 55 vuotta täyttäneiden hoitajaksoja. Perusterveydenhuollon avohoidon päihdetyön potilaista 55 vuotta täyttäneiden osuus oli puolestaan 38 prosenttia. Sen sijaan erikoissairaanhoidon päihdesairauksien vuoksi tehdyistä käynneistä 55 vuotta täyttäneiden osuus oli vuonna 2015 selvästi matalampi (14 %). (Päihdetilastollinen vuosikirja 2016.) Vaikka edellä mainitut tiedot eivät ole täysin vertailtavissa Päihdetapauslaskennan tietoihin, näyttää siltä, että Päihdetapauslaskennassa 55 vuotta täyttäneiden päihde-ehdoisten asiointien osuus oli jokseenkin samalla tasolla kuin terveydenhuollon vuodeosastoilla ja perusterveydenhuollon avohoidossa päihteiden vuoksi hoidettujen samanikäisten osuudet.

Suurin osa 55 vuotta täyttäneiden päihde-ehdoisista asioinneista oli miesten tekemiä. Naisten osuus kuitenkin kasvoi vanhemmissa ikäluokissa. Tämä selittyy ainakin osittain sillä, että naiset elävät pidempään ja heidän osuutensa etenkin vanhimmissa ikäluokissa on miehiä suurempi (ks. esim. Tilastokeskus 2020). Muita mahdollisia syitä voivat olla juomatapojen muutokset ja hoitoon hakeutumisen käytännöt. Kun tarkastellaan 55 vuotta täyttäneiden ikäryhmää, on luonnollista, että eläkkeellä olevien osuus korostuu. Tässä tutkimuksessa kuitenkin myös 55–64-vuotiaiden eläkkeellä olevien päihdeasiakkaiden osuus oli merkittävän korkea eli lähes 60 prosenttia sekä miehillä että naisilla. Kaikissa kolmessa ikäryhmässä miehet olivat naisia useammin naimattomia. Miehet olivat myös naisia useammin eronneita,

etenkin vanhemmissa ikäluokissa. Asumistilanne oli kaikissa 55 vuotta täyttäneiden ikäryhmissä hyvä: omassa tai vuokra-asunnossa asuvien osuus kohosi iän myötä samalla kun tuki- yms. epävakaiden asumisjärjestelyjen osuus väheni.

Samanaikaiset päihde- ja mielenterveysongelmat olivat yleisempiä naisilla kuin miehillä. Tästä on havaintoja myös muissa tutkimuksissa (Kuussaari ym. 2019; Lundgren ym. 2014). Vaikuttaa siltä, että vanhemmissa ikäryhmissä samanaikaisten päihde- ja mielenterveysongelmien osuudet vähenivät sekä naisilla että miehillä. On vaikea sanoa, liittyykö tämä siihen, että iän myötä mielenterveysongelmat todella vähenevät, vai ehkä ennemminkin siihen, että vanhemmissa ikäryhmissä ei enää tehdä päihde- ja mielenterveysdiagnoseja yhtä herkästi kuin nuoremmille. Huomionarvoinen havainto oli myös se, että miesten ja naisten välinen kuilu mielenterveysongelmissa kasvoi vanhemmissa ikäryhmissä. Voisiko tämä selittyä sillä, että etenkin miesten osalta diagnoseja jää kokonaan tekemättä?

55 vuotta täyttäneillä päihdeasiakkailta alkoholi oli pääasiallinen päihde vielä suuremmassa määrin kuin heitä nuoremmilla asiakkailla. Lääkkeiden käyttö päihety mystarkoituksessa oli varsin harvinaista; sama koski eri päihteiden samanaikaiskäyttöä ja kannabiksen käyttöä. Lääkkeiden väärinkäytön osalta havainto on samansuuntainen kuin Pätsin ja kumppaneiden tutkimuksessa (2020), jossa todetaan, että lääkkeiden väärinkäyttö oli nuoremmissa ikäryhmissä todennäköisempää kuin 55–69-vuotiailla. Lääkkeiden ja alkoholin samanaikaiskäyttö ei Päihdetapauslaskennan aineiston perusteella näyttänyt isolta ongelmalta. Silti tämä ryhmä on syytä huomioida sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Samanaikaisesti käytetyillä lääkkeillä ja alkoholilla saattaa olla ennalta arvaamattomia yhteisvaikutuksia, joista sekä asiakkaiden että työntekijöiden on hyvä olla tietoisia. Alkoholin ja lääkkeiden samanaikainen käyttö vaarantaa erityisen herkästi varsinkin iäkkäiden henkilöiden pitkäaikaissairauksien hyvän hoidon (vrt. myös Ryan ym. 2013).

Selvitimme myös sitä, mihin kohtaan palvelujärjestelmää iäkkäämpien päihdeasiakkaiden asioinnit kohdistuivat. Havaitimme, että mitä vanhemmasta asiakkaasta oli kyse, sitä vähemmän tukea hän sai päihdehuollon erityispalveluista. Vaikutelmaksi jää, että päihdehuollon erityispalvelujärjestelmä on Suomessa kohdistettu lähinnä työikäiselle väestölle. Peräti puolet yli 75-vuotiaiden miesten ja naisten päihde-ehtoisista asioinneista kohdistui sosiaalipalveluihin ja siellä erityisesti kotihoitoon. Vaikuttaakin siltä, että yli 75-vuotiaiden saamat päihdepalvelut tähtäävät asiakkaan tilanteen ja toimintakyvyn säilyttämiseen pikemmin kuin asiakkaan kunnouttamiseen.

Tiedetään, että päihteitä käyttävät kotihoidon asiakkaat haastavat työntekijöitä monella tapaa (Karlsson & Gunnarsson 2018; Koivula ym. 2015). Onkin tärkeä nostaa esiin kysymyksiä, jotka liittyvät kotihoidon työntekijöiden päihdeosaamiseen, työn riittävään resursointiin ja yhteistyöhön esimerkiksi päihdehuollon työntekijöiden tai kokemusasiantuntijoiden kanssa (vrt. myös Heino ym. 2019). On myös tärkeää kehittää kotiin vietävää päihdekuntoutusta ja asiakkaan tarvitsemaa yksilöllistä tukea. Tällaista toimintaa onkin jo joissain kunnissa saatavilla. Esimerkiksi Vantaalla

on mahdollisuus kotona annettavaan vieroitushoitoon sekä päihdekuntoutukseen (ks. Päihdepalvelu kotiin...). Tampereella 65 vuotta täyttäneiden on mahdollista saada alkoholikatkaisuhoidon kotiin vietävänä palveluna. Niin ikään Tampereella pyritään kotikäynneillä tukemaan päihde- ja mielenterveysasiakkaiden toimintakykyä, arjen hallintaa ja kotona asumista. (Ks. Konsti – kotiin suunnattu...) Sininauhaliiton Pilke-toiminnassa tarjotaan puolestaan 60 vuotta täyttäneille nykyisille tai entisille päihdeongelmista kärsiville tai kärsineille henkilöille vertaistuellista ryhmätoimintaa, joka on ammatillisesti ohjattua. Pilke-ryhmät toimivat matalalla kynnyksellä ja niihin on mahdollista osallistua myös päihtyneenä. Pilke-toimintaa on tällä hetkellä pääkaupunkiseudulla ja Varsinais-Suomessa (ks. Mitä on Pilke®-toiminta).

Lopuksi tarkastelimme päihtyneenä asiointia. Sekä miehillä että naisilla päihtyneenä asioineiden osuudet olivat isompia mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse. Tämä ehkä odottamaton tulos selittyy ainakin osittain sillä, että juuri kotihoidon osuus päihde-ehtoisista asioinneista kasvaa tuntuvasti iän karttuessa. Tällöin esiin tulee yksityisessä tilassa tapahtuva päihteiden käyttö ja siihen liittyvät erilaiset haastavat tilanteet. Jos asiakas sen sijaan itse siirtyy palveluja antavaan paikkaan, on mahdollista, että hän jossain määrin kontrolloi omaa päihteiden käyttöönsä. Tai hän voi jättää esimerkiksi varatun ajan käyttämättä, jos hän ei pysty keskeyttämään päihteiden käyttöönsä. Omassa kodissa ja yksityisessä tilassa tällainen kontrollointi ei kuitenkaan ole välttämätöntä ja näin ollen kotiin vietävien palvelujen työntekijät saattavat kohdata yllättäviäkin tilanteita.

Päihdetapauslaskennan aineiston analyysi osoittaa, että alkoholinkäytön yleistyminen vanhemmissa ikäryhmissä heijastuu myös sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukenttään. Tämä tulos oli odotettavissa. Vanhempien ikäryhmien palvelujen käytössä ja sen kohdistumisessa ilmeni kuitenkin seikkoja, joita aikaisemmat tutkimukset eivät ole havainneet. Näiden havaintojen syventäminen olisi tärkeätä ja edellyttäisi Päihdetapauslaskentaa rikkaamman aineiston keräämistä.

Kirjallisuus

- Ahlström, Salme & Mäkelä, Pia (2009) Alkoholit ja iäkkäät Suomessa. Yhteiskuntapolitiikka, 74(6), 674–678.
- Gunnarsson, Evy (2013) Alkoholmissbruk och självbestämmande – en kartläggning av den svenska hemtjänstens förutsättningar att arbeta med äldre personer med alkoholproblem. Nordic Studies on Alcohol and Drugs 30:227–242.
- Haarni, Ilka & Hautamäki, Lotta (2008) Ikääntyvät juomatavat. Elämänkokemus ja muuttuva suhde alkoholiin. Helsinki: Gaudeamus.
- Heino, Taina & Kyyhkynen, Tuula & Vänskä, Riitta & Pehkonen, Aini (2019) Kahlitseva häpeä – juomisen vaikutukset ikääntyneillä naisilla. Teoksessa Pehkonen, Aini & Kekoni, Taru & Kuusisto, Katja, toim. Oikeus päihdehuoltoon. Tampere: Vastapaino, 195–217.
- Helldán, Anni & Helakorpi, Satu (2014) Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2013 ja niiden muutokset 1993–2013. Raportti 15. Helsinki: THL.
- Karlsson, Lis Bodil & Gunnarsson, Evy (2018) Squalor, chaos and feelings of disgust: care workers talk about older people with alcohol problems. Ageing & Society 38(8), 1624–1644. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0144686X17000228>
- Koivula, Riitta & Vilkkonen, Anni & Tigerstedt, Christoffer & Kuussaari, Kristiina & Pajala, Satu (2015) Miten iäkkäiden henkilöiden alkoholiongelmien näkyvät kotihoidon työntekijöiden työssä? Yhteiskuntapolitiikka 80 (5), 482–489.
- Konsti - kotiin suunnattu tuki päihde- ja mielenterveysasiakkaille. Luettu 27.10.2020. Saatavilla <https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/matalan-kynnyksen-palvelut/konsti.html>
- Kulmala, Emmi & Koivula, Riitta (2015) Kotona asuvien iäkkäiden alkoholinkäyttö – kirjallisuuskatsaus. Työpöytäpaperi 33/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kuussaari, Kristiina & Ronkainen, Jenni-Emilia & Partanen, Airi & Kaukonen, Olavi & Vormaa, Helena (2012) Kuntoutukselta katkaisua. Päihdetapauslaskenta palvelujärjestelmän kuvaajana. Yhteiskuntapolitiikka 77 (6), 640–655.
- Kuussaari, Kristiina & Kaukonen, Olavi & Partanen, Airi & Samposalo, Hanna & Vormaa, Helena (2017) Päihdepalveluiden rakenteen ja työnjaon maakunnittaiset erot vuonna 2015. Yhteiskuntapolitiikka 82(3), 262–273.
- Kuussaari, Kristiina & Karjalainen, Karoliina & Niemelä, Solja (2020) Mental health problems among clients with substance use problems: a nationwide time-trend study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01753-3>
- Levola, Jonna (2018) Alcohol problems in depression. Screening, patterns of drinking and relationship with quality of life. Acta Universitatis Tamperensis 2392. Tampere university press, Tampere 2018.
- Lundgren, Lena & Wilkey, Catriona & Chassler, Deborah & Sandlund, Mikael & Armelius, Bengt-Åke & Armelius, Kerstin & Brännström, Jan (2014) Integrating addiction and mental health treatment within a national addiction treatment system: using multiple statistical methods to analyze client and interviewer assessment of co-occurring mental health problems. Nordic Studies on Alcohol and Drugs 31:59–70.
- Messer, Thomas & Lammers, Gero & Müller-Siecheneder, Florian & Schmidt, Raluca-Florela & Latifi, Sahar (2017) Substance abuse in patient with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. Psychiatry Research 253, 338–350.
- Mitä on Pilke®-toiminta? Sininauhaliitto. Luettu 27.10.2020. Saatavilla <https://www.ikaantyneidenpahdetyo.fi/toimintaa/pilketoiminta>

Päihdepalvelu kotiin. Luettu 27.10.2020. Saatavilla https://www.vantaa.fi/terveys-ja_sosiaalipalvelut/paihteet_ja_mielenterveys/ongelmana_alkoholi_tai_laakkeet/paihdepalvelu_kotiin

Päihdetilastollinen vuosikirja 2016: Alkoholi ja huumeet. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131756/P%3a4ihdetilastollinen%20vuosikirja%202016_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pätsi, Salla-Maaria & Lintonen, Tomi & Karjalainen, Karoliina (2020) Lääkkeiden väärinkäyttö suomalaisessa aikuisväestössä. *Lääkärilehti* 42/2020, 188–192. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/123120/laakkeiden_vaarinkaytto_suomalaisessa_2020.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Rao, Tony (2014) The role of community nursing in providing integrated care for older people with alcohol misuse. *British Journal on Community Nursing* 19(2), 80–84.

Ryan, Marian & Merrick, Elizabeth L. & Hodgkin, Dominic & Horgan, Constance M. & Garnick, Deborah W. & Panas, Lee & Ritter, Grant & Blow, Frederic C. & Saitz, Richard (2013) Drinking patterns of older adults with chronic medical conditions. *Journal of General Internal Medicine* 28 (10), 1326–1332.

Samposalo, Hanna & Kuussaari, Kristiina & Hirschovits-Gerz, Tanja & Kaukonen, Olavi & Partanen, Airi & Vormaa, Helena (2018) Tarpeenmukaiset palvelut kaikille? Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa Kaakkois-Suomen ja Lapin alueilla. *Yhteiskuntapolitiikka* 83 (1), 50–61.

Tigerstedt, Christoffer & Härkönen, Janne & Mäkelä, Pia & Parikka, Suvi & Vilkkonen, Anni (2020) Drinking patterns among Finns aged 60 years and over from the 1990s onwards. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 37(5), 470–480. <https://doi.org/10.1177/1455072520954334>

Tigerstedt, Christoffer & Mäkelä, Pia & Vilkkonen, Anni & Pentala-Nikulainen, Oona (2018) Miten eläkeikäiset juovat? Teoksessa Mäkelä, Pia & Härkönen, Janne & Lintonen, Tomi & Tigerstedt, Christoffer & Warpenius, Katariina, toim. Näin Suomi juo. Suomalaisten muuttuvat alkoholinkäyttötavat. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 178–189.

Tilastokeskus (2020). Väestö ja perheet. <https://www.stat.fi/tup/tasaarvo/index.html/vaesto-ja-perheet>

Vesa, Eila & Orjasniemi, Tarja & Skaffari, Pia (2017) Ikääntyvien päihdeongelmaisten naisten tuen tarpeet ja kotiin jalkautuvan päihdetyön mallin kehittäminen. *Gerontologia* 31:1, 23–36.

Vilkkonen, Anni & Finne-Soveri, Harriet & Sohlman, Britta & Noro, Anja & Jokinen, Sari (2013) Kotona asuvan ikäihmisen kohtuutta runsaampi alkoholin käyttö ja omaisen hoivavastuu. Teoksessa Warpenius, Katariina & Holmila, Marja & Tigerstedt, Christoffer, toim. Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 63–77.

Vilkkonen, Anni & Sulander, Tommi & Laitalainen, Elina & Finne-Soveri, Harriet (2010) Miten iäkkäät suomalaiset juovat? Teoksessa Mäkelä, Pia & Mustonen, Heli & Tigerstedt, Christoffer, toim. Suomi juo. Helsinki: THL, 142–153.

4 Päihdekuntoutukseen liittyvän toimeentuloturvalainsäädännön kehittyminen

Tarmo Rusanen

Ydinviestit

- Vuoden 1963 sairausvakuutuslain myötä päihdekuntoutukseen liittyvä toimeentuloturva vakiintui universaaliksi huoltolahoidon (nyk. laituskuntoutus) ajalta.
- Vuoden 1991 kuntoutuslainsäädännön uudistuksessa ensisijainen toimeentuloturva eli kuntoutusraha koski aluksi vain työssä olevia kansalaisia. 2000-luvulle tultaessa kuntoutusrahan myöntämisen kriteerejä lavennettiin vähitellen siten, että ne koskivat myös syrjäytymisvaarassa olevia henkilöitä.
- Vuoden 2005 kuntoutuusuudistuksen keskeinen vaikutus päihdekuntoutukseen liittyvään toimeentuloturvaan oli, että kuntoutukseen voidaan ohjata myös sosiaalihuoltolain perusteella, eikä kuntoutukseen ohjautumisen tavalle asetettu ehtoja.
- 2010-luvulle tultaessa kuntoutukseen liittyvää lainsäädäntöä kohdennettiin aikaisempaa enemmän ehkäisemään syrjäytymistä, päihdeongelmia ja huono-osaisuuden kasautumista. Tähän pyrittiin vastaamaan lainsäädännössä siten, että siinä korostettiin avomuotoisen ja ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksia sekä työelämäsidonaisuutta.
- Yksilöiden oma aktiivisuus ja vastuu painottuvat aikaisempaa enemmän kuntoutuksessa sekä siinä, millaista toimijuutta kuntoutukseen liittyvän toimeentuloturvan lainsäädäntö edellyttää.

Juho Saaren (2015) mukaan yhteiskunnan syvimmissä ja pimeimmissä notkelmissa elää muukalaisia, joihin useimpien poliitikkojen, virkamiesten ja väestön suuren enemmistön katseet eivät ulotu, ja joista ei juurikaan politiikassa keskustella. Päihteiden käytöstä kärsivät henkilöt ovat yksi tällainen ryhmä. Ongelmallisesti päihteitä käyttävät henkilöt jäävät marginaaliryhmänä helposti huomiotta yhteiskunnan interventioita suunniteltaessa ja toteutettaessa. Myös sosiaalipoliittisissa reformeissa he jäävät varjoon, ja usein katoavat keskustelusta kokonaan. Yksi syy tähän on päihteiden käyttöön kytkeytyvä stigma ja ajatus siitä, että päihdeongelma voidaan kokea itse aiheutettuna. Osin siksi päihdekuntoutujien sosiaaliturva on ollut leikkausten kohteena ilman suurta vastarintaa. Eeva Ekqvistin (2021) mukaan suomalaisessa päihdehuollossa tarpeenmukaisen ja oikea-aikaisen palvelun saaminen ei ole itsestäänselvyys (ks. myös Kaukonen 2019; Kuusisto & Ranta 2020; Partanen & Kuussaari 2019; Poikonen & Kekoni 2019). Esimerkiksi laitospäihdekuntoutukseen

pääsyä edeltää vahva tarveharkinta ja yksi kuntoutuksen keskeinen ja osin kuntoutujasta riippumaton reunaehto on maksusitoumuksen pituus, joka usein määrittää myös kuntoutuksen keston. Lyhytkestoisenkin päihdehoidon on kuitenkin todettu olevan taloudellisesti kannattavampaa kuin hoitamatta jättämisen (Mäntysaari 2006; ks. myös Kallio 2005; Kaukonen 2005; Rautiainen 2020.)

Heidi Poikonen ja Taru Kekoni (2019) ovat analysoineet päihdepalveluiden asiakkaan oikeuksien toteutumista palveluiden yhdenvertaisen saavutettavuuden näkökulmasta. Heidän mukaansa tätä voidaan arvioida viiden eri ulottuvuuden avulla. Ulottuvuudet ovat 1) institutionaalinen, 2) informatiivinen, 3) taloudellinen, 4) fyysinen sekä 5) kokemuksellinen saavutettavuus. Taloudellinen saavutettavuus liittyy siihen, että päihdepalveluiden tulisi olla asiakkaan saavutettavissa taloudellisten resurssien puutteesta huolimatta. (Poikonen & Kekoni 2019.) Päihdekuntoutuksen aikainen toimeentuloturva määrittää siis asiakkaan palveluoikeuksien toteutumista taloudellisen saavutettavuuden näkökulmasta.

Ilkka Halosen (2004) mukaan Kansaneläkelaitos (Kela) korvasi rutiininomaisesti päihteiden käytöstä kärsivien henkilöiden laitoshoidon ja -kuntoutuksen aikaisen toimeentulon sairausvakuutuspäivärahan muodossa 90-luvun puoliväliin asti, jopa syvän laman aikana. Kelan Etelä-Suomen hallintolääkäriin kiertokirje 90-luvun lopulla vaikutti osaltaan menettelytavan muutokseen. Halosen mukaan tämä on romuttanut viranomaisten johdonmukaisen toiminnan hoidonaikeisten etuuksien ratkaisuisissa. Peruskäytännöksi näyttää vakiintuneen laituskuntoutuksessa olevien päihteiden käytöstä kärsivien henkilöiden sairausvakuutuspäiväraha-anomusten hylkääminen. Lisäksi eri kuntien ja jopa saman kunnan sisällä olevien Kelan eri paikallistoimistojen välillä on ollut toisistaan poikkeavia käytäntöjä. Halonen katsoo, että Kelan mielivaltaista ja lainvastaistakin toimintaa jatkui useita vuosia erityisesti Etelä-Suomen alueella. (Halonen 2004.) Riitta Toivianen (2008) mukaan samanikäisesti, kun hoitoon pääsy on selvästi vaikeutunut, ovat päihteiden käytön aiheuttamat haitat ja ongelmat lisääntyneet merkittävästi. Tähän Toivianen näkee syiksi esimerkiksi vuoden 2004 alkoholiveron alennuksen ja 1990-luvun lopun lisääntyneen huumeiden käytön. Hän päätyy lopulta kysymään, nähdäänkö päihderiippuvuus jo nyt sairautena, johon ei tule panostaa yhteiskunnan varoja?

Ilpo Helénin ja Mikko Jauhon (2003) mukaan kroonikot tai muuten vaikeasti sairaat sekä riskiryhmät, jotka kuluttavat valtaosan terveydenhuollon voimavaroista, saattavat joutua priorisoinnin kohteeksi. Voimavarojen huomattava väheneminen mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien henkilöiden hoidossa voi ennustaa tätä kehitystä. Helén ja Jauho täsmentävät, että määrärahojen karsiminen johtaa laatiin ohjeita siitä, minkälaisia ja kenen sairauksia pidetään ensisijaisena. Heidän mukaansa vaatimus priorisoinnista merkitsee epäsuorasti sen tunnustamista, ettei kaikilla välttämättä ole enää tasaveroista oikeutta terveyteen. On siis syntymässä (tai kenties jo syntynyt) uudenlainen kansalaisuuden hierarkia. (Helén & Jauho 2003.)

Aiempi tutkimustieto viittaa siihen, että päihdekuntoutukseen liittyvässä toimeentuloturvassa ja siihen liittyvissä käytännöissä on tapahtunut merkittäviä

muutoksia viime vuosikymmeninä. (Holopainen 2004; Hyvärinen 1996; Muta-lahti 1995; Mutalahti1996a; Mutalahti1996b; Suoninen 1992; Tarvainen 2007; Tervo 1998; Tervo 1999; Tervo 2003.) Muutoksista huolimatta päihdekuntoutukseen liit-tyvän toimeentuloturvan lainsäädännön kehittymisestä ei kuitenkaan ole aiempaa tutkimusta.

Tässä tutkimuksessa päihdekuntoutuksella tarkoitetaan sellaista päihteiden käytöstä kärsivien henkilöiden kuntoutusta, joka on lainsäädännön perusteella oikeuttanut toimeentuloturvaan. Päihdekuntoutus käsitteenä määrittetty ja rajautuu siis aineistolähtöisesti lainsäädännön pohjalta. Toimeentuloturva tarkoittaa puoles-taan lainsäädäntöön perustuvia rahamääräisiä vakuutusperustaisia etuuksia, joilla yhtäältä pyritään turvaamaan kuntoutuksen aikaisia taloudellisia menetyksiä ja toi-saalta varmistamaan vähävaraisten hoitoon pääsy. Tarkastelun kohteena on ensisi-jainen toimeentuloturva, joka muodostuu sairausvakuutusperustaisista etuuksista eli sairauspäivä- ja kuntoutusrahasta (Arajärvi 2002). Tämä mahdollistaa päihteiden käytöstä kärsivien henkilöiden sosiaalivakuutuksellisen aseman kehityksen ar-vioinnin.

Laajimpana päihdepalveluita ja päihdekuntoutukseen liittyvää toimeentulo-turvaa määrittävänä kehänä on yhteiskunta, jonka sisällä on päihdepalveluita tuot-tava institutionaalinen ja organisatorinen taso, ja kaiken keskellä yksilö läheisineen. Rakenteellinen taso muodostuu yhteiskunnassa kulloinkin vallitsevasta ymmärryk-sestä ja poliittisesta tahtotilasta ja sitä koskevasta päätöksenteosta sekä sille kulloin-kin tarpeelliseksi katsotuista ja säädellyistä resursseista. (Kekoni & Poikonen 2019.) Poliittinen tahtotila kiteytyy lainsäädännössä, joka määrittää esimerkiksi päihde-ongelman hallintaan käytettäviä resursseja (Kemppainen 2004). Lainsäädäntö on poliittisen prosessin tulos, josta on saavutettu riittävä yksimielisyys. Lainsäädäntöä tutkimalla voidaan hahmottaa yhteiskunnassa vallitsevia arvoja ja tavoitteita (Pur-honen ym. 2016). Tästä näkökulmasta voidaan tutkia myös päihdekuntoutukseen liittyvää toimeentuloturva ja sitä koskevaa lainsäädäntöä. Sosiaalipolitiikan näkö-kulmasta keskeisiä ovat kriteerit, joiden perusteella oikeus tiettyihin etuuksiin syn-tyy ja etuuden suuruus määräytyy. (Hellsten 2014.) Lainsäädännön kehittymistä tutkimalla voidaan siis selvittää sosiaalipolitiikan tavoitteita ja etuus-kriteereiden kehittymistä ja muutoksia, joiden perusteella esimerkiksi oikeus päihdekuntoutuk-sen aikaiseen toimeentuloturvaan syntyy. Tämä artikkeli kuvaa sitä, kuinka päih-dekuntoutuksen aikaisen toimeentuloturvan lainsäädäntö on kehittynyt ja millaisia muutoksia siinä on tapahtunut. Tutkimuskysymyksiä on

- Kuinka päihdekuntoutukseen liittyvän toimeentuloturvan lainsäädäntö on kehittynyt ja millaisia muutoksia siinä on tapahtunut?

Täsmentävät alakysymykset ovat

1. Kuinka päihdekuntoutukseen liittyvän toimeentuloturvan myöntämisen kriteerit ovat kehittyneet ja muuttuneet lainsäädännöissä?
2. Millaista poliittista tahtoa ja tavoitteita lainsäädännöt kuvastavat?

Tutkimusaineisto

Tutkimusaineistona ovat vakuutusperustaiset eli ensisijaista päihdekuntoutuksen aikaista toimeentuloturvaa puitteistavat lainsäädännöt ja niitä koskevat hallituksen esitykset ja asetukset vuodesta 1962 lähtien tähän hetkeen asti (Taulukko 4.1). Aineistoksi rajautui vuoden 1963 sairausvakuutuslaki ja sitä koskeva hallituksen esitys sekä vuodesta 1990 lähtien kuntoutusrahaa määrittävä lainsäädäntö ja niitä koskevat hallituksen esitykset niiltä osin, kun ne ovat vaikuttaneet päihdekuntoutukseen liittyvään toimeentuloturvaan. Vuosi 1962 rajautui tarkastelun lähtökohdaksi, koska silloin tehtiin ensimmäinen sairauspäivärahaa koskeva hallituksen esitys. Lait ja niitä koskevat hallituksen esitykset on haettu Finlex-tietokannasta. Tietokannasta löytyivät kaikki lait. Hallituksen esitykset ovat tietokannassa vuodesta 1992 lähtien. Tätä aiemmat esitykset pyysin Eduskunnan kirjastosta. Tutkimusaineiston valinta oli kaksivaiheinen:

1. Vaihe: Tutkimukseen valittiin mukaan ne kuntoutusrahaa koskevat lakimuutokset ja niitä koskevat hallituksen esitykset, joissa esiintyivät sanat päihde, päihdekuntoutus ja sosiaaliturva eri muodoissaan vuodesta 1962 lähtien.

2. Vaihe: Aineisto rajattiin lakimuutoksiin ja niitä koskeviin hallituksen esityksiin, jotka jollain tapaa ovat muovanneet päihdekuntoutukseen liittyvää toimeentuloturvaa. Aineiston ulkopuolelle jäi kolme kuntoutusrahaa koskevaa lakimuutosta HE 207/1994, HE 68/2010 ja HE 133/2018. Hallituksen esityksessä 207/1994 luovuttiin päihdekuntoutukseen liittyvän toimeentuloturvan parantamisesta, koska maan taloudellinen tilanne oli vaikea. Asiaa sinällään pidettiin tärkeänä. Hallituksen esitys 68/2010 koski ainoastaan kuntoutuspsykoterapiaan liittyvää kuntoutusrahaa. Hallituksen esitys 133/2018 koski ainoastaan NEET¹-nuorten ammatillisen kuntoutuksen kuntoutusrahaa.

¹ NEET on lyhenne määritelmästä ”Not in Employment, Education or Training”. Käsitteellä tarkoitetaan nuoria, jotka eivät ole työssä, koulutuksessa tai esimerkiksi varusmies- tai siviilipalvelussa.

Taulukko 4.1. Tutkimusaineistot

Lait ja asetukset:
Sairausvakuutuslaki 364/1963
Kuntoutusrahalaki 27.3.1991/611
Kuntoutusraha-asetus 7.6.1991/893
Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 15.7.2005/566
Lainvalmisteluaineistot (hallituksen esitykset):
HE 129/1962 Hallituksen esitys sairausvakuutuslaiksi
HE 259/1990 Hallituksen esitys Eduskunnalle kuntoutusta koskevan lainsäädännön uudistamiseksi
HE 171/2001 Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain sekä kuntoutusrahalain 14 ja 15 §:n muuttamisesta
HE 3/2005 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista
HE 127/2005 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain 18 §:n muuttamisesta
HE 128/2013 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain muuttamisesta
HE 201/2014 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain muuttamisesta

Aineiston analyysi

Lakilähteet ovat tiiviitä ja paljon informaatiota sisältäviä tekstimassoja. Sairausvakuutuslakia, kuntoutusta ja kuntoutusrahaa määrittävä lainsäädäntö sisältää myös muiden sosiaali- ja terveysongelmien, kuin päihdeongelman hoitoa. Tällöin haasteena on hahmottaa ne kohdat, jotka ovat päihdekuntoutukseen liittyvän toimeentuloturvan kehityksen kannalta oleellisia. Aluksi olen lukenut ja silmäillyt aineiston kokonaan läpi ja etsinyt mainintoja päihteisiin ja päihdeongelmaan liittyen:

Esimerkki 1

” sekä *päihdehuollon* piirissä olevien työhön kuntoutettavien sosiaalihuollon asiakkaiden toimeentulo tulisi korvata aukottomasti ” (HE 259/1990, 7).

Lisäksi olen samalla kartoittanut sitä, millaisia laajempia sosiaalipoliittisia tavoitteita aineistosta nousee esiin:

Esimerkki 2

” Hallituksen sosiaalipoliitiikan lähtökohtana on pohjoismaisen hyvinvointiyhteiskunnan säilyttäminen. Tavoitteena on kehittyvä yhteiskunta, joka takaa kaikille mahdollisuuden oman elämänsä hallintaan ja aktiiviseen osallistumiseen. ” (HE 171/2001, 2.)

Tämän jälkeen olen keskittynyt kohtiin, jotka määrittävät päihdekuntoutuksen aikaista toimeentuloturvaa:

Esimerkki 3

” Lain rajoitukset aiheuttavat erityisesti työttömille vaikeuksia järjestää toimeentulo kuntoutuksen ajalta ” (HE 127/2005, 2).

Lopuksi olen pyrkinyt tulkitsemaan sosiaalipoliittisten tavoitteiden ja päihdekuntoutukseen liittyvän toimeentuloturvan välistä suhdetta eli sitä, kuinka sosiaalipoliittiset tavoitteet näkyvät päihdekuntoutukseen liittyvän toimeentuloturvan lainsäädännössä.

Analyysimenetelmänä olen käyttänyt aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Sara-järven ja Tuomen (2018) mukaan aineistolähtöisessä analyysissa pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Siinä analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. Tässä tutkimuksessa analyysiyksikköinä olivat eripituiset lausumat, jotka käsittelevät poliittisia tavoitteita (Esimerkki 2) sekä niitä kriteerejä (Esimerkki 4), joilla oikeus etuuksiin syntyy. Olen ryhmitellyt tekstiä aineistolähtöisesti näihin kahteen eri pääluokkaan.

Esimerkki 4

” Sitä maksettaisiin työikäisille eli 16–64-vuotiaille, jos kuntoutuksen tavoitteena on työelämässä pysyminen, työelämään palaaminen tai sinne tulo ja työssäkäynti ei ole kuntoutusaikana mahdollista ” (HE 259/1990).

Lähestyin aineistoa kronologisesti. Tämä auttoi hahmottamaan aineiston keskeisiä kehitys- ja muutostiloja. Tulokset raportoidaan siten, että etenen analyysissa vanhimmasta uusimpaan lakimuutokseen. Samalla esitän keskeiset havainnot, tulokset, näkökulmat ja pohdinnat analyysiyksiköihin liittyen. Tulososion loppuun olen laatinut taulukon, jossa esitän ja kiteytän analyysin keskeiset tulokset.

Tulokset

Vuoden 1963 sairausvakuutuslaki

Hallituksen esityksessä Eduskunnalle sairausvakuutuslaiksi vuonna 1962 todetaan, että ”nykyaikaisessa yhteiskunnassa kuuluu julkisen vallan tehtäviin huolehtia siitä, että jokaisen kansalaisen toimeentulo on riittävässä määrin turvattu” (HE 129/1962). Tässä kuvastuu lakiesityksen sisältö ja henki, sekä konsensus ja sosiaalipoliittinen tahtotila saada edistettyä sairauden aikaista toimeentuloturvaa 1960-luvun Suomessa.

Laki pyrki turvaamaan kaikkien sairaanhoidon kustannusten tai työajan menestysten korvaamisen. Vuoden 1963 sairausvakuutuslain neljännessä pykälässä todettiin, että vakuutetulla oli oikeus saada sairauden perusteella korvausta tarpeellisen sairaanhoidon kustannuksista, ja sairaudesta johtuvasta työkyvyttömyydestä päivärahaa, sekä raskauden ja synnytyksen perusteella korvausta ja äitiysrahaa niistä johtuvista tarpeellisista kustannuksista (L 364/1963, 4 §). Muotoutuneiden kriteerien myötä oleelliseksi kysymykseksi nousi, miten sairaus ja siitä johtuva työkyvyttömyys määrittyivät. Vuoden 1962 hallituksen esityksessä todettiin, että sairauden käsitettä ei tarvitse määritellä erikseen, vaan sen osalta pitäydytään vakiintuneissa käytännöissä (HE 129/1962, 2). Korvattavan työkyvyttömyyden käsite puolestaan määriteltiin lain 14 pykälässä. Työkyvyttömyydeksi määrittyi sellainen sairaudesta johtuva tila, jonka takia vakuutettu oli kykenemätön tekemään töitä. (L 364/1963, 14 §.) Päihdekuntoutuksen kannalta oleellinen kysymys oli, määrittyikö päihdeongelma sairaudeksi, josta voidaan maksaa päivärahaa.

Päihdekuntoutuksen liittyvän toimeentuloturvan näkökulmasta oleellista oli, että laissa ja siihen liittyvässä hallituksen esityksessä ei ole suoria mainintoja päihdeongelmista. Olavi Kaukosen (2000) mukaan sairausvakuutuslain esitöissä pohdittiin myös päihdeongelmien sairausluonnetta. Soveltamiskäytännöksi vakiintui, että asiakkaan hakeutuessa huoltolahoitoon (nyk. laituskuntoutus), lääkärin tuli todistaa työkyvyttömyys ja asiakkaan tuli hakea etuutta eli sairauspäivärahaa. Se oli tulosisonnainen, joten se koski kaikkia vakuutettuja riippumatta työmarkkina-asetuksesta. Työttömällä ja tulottomalla etuus oli siten pienempi kuin ansiotyössä olevalla, mutta kaikki olivat siihen oikeutettuja. Myös Antti Holopainen (2004) kirjoittaa, että lakia tulkittiin 1990-luvun alkupuolelle saakka niin, että sen 14 pykälän mukaiset sairauskriteerit täyttyivät automaattisesti, jos potilas oli alkoholi- tai päihderiippuvuuden vuoksi päihdehuoltolain mukaisessa laitoshoidossa. Näin siitä huolimatta, että useat sosiaalialan tutkijat ja ammattilaiset kyseenalaistivat päihderiippuvuuksien sairausluonteen vastoin vallitsevaa kansainvälistä lääketieteellistä näkemystä. Päihdeongelma määrittyi siis sairausvakuutuslain myötä korvattavaksi sairaudeksi, jos se lääkärin todistuksen mukaan tarvitsi laituskuntoutusta. Vuoden 1963 sairausvakuutuslain myötä päihdekuntoutukseen liittyvä toimeentuloturva

vakiintui universaaliksi siinä mielessä, että sitä sovellettiin yhdenmukaisesti ja -vertaisesti koko maassa.

Vuoden 1991 kuntoutuslainsäädännön uudistus

Vuoden 1990 hallituksen esityksessä (HE 259/1990) eduskunnalle kuntoutusta koskevan lainsäädännön uudistamisen keskeiseksi sosiaalipoliittiseksi tavoitteeksi hahmottui pyrkimys säilyttää kansalaisten työ- ja toimintakyky mahdollisimman pitkään. Lisäksi pyrkimyksenä oli lisätä kansalaisten aktiivisen elämän mahdollisuuksia. (HE 259/1990,1.) Työ- ja toimintakyky asettuivat esityksessä tärkeiksi kansalaisten hyvinvointia määrittäviksi tekijöiksi, joita tarvittaessa pyrittiin ylläpitämään kuntoutuksen avulla. Keskeinen sosiaalipoliittinen tavoite ainakin käsitteellisellä tasolla oli siis myös yleisemmin kansalaisten toimintakyvyn parantaminen.

Vuoden 1990 hallituksen esityksessä (HE 259/1990) tunnistettiin toimeentuloturvan tärkeys kuntoutuksen jatkuvuuden ja vakauden turvaamiseksi. Esityksen mukaan kuntoutuksen tehokas toteuttaminen edellytti lakisääteisen kuntoutuksen aikaisen toimeentuloturvan järjestämistä. Esityksellä pyrittiin poistamaan niitä keskeisiä toimeentuloturvaan liittyviä puutteita, jotka olivat olleet esteenä kuntoutuksen tehokkaalle toteuttamiselle. Tässä yhteydessä viitattiin muun muassa siihen, että kuntoutusjaksoille ohjautuivat muita helpommin ne henkilöt, joilla oli oikeus sairaspäivärahaan. Epäyhtenäisen ja riittämättömän toimeentuloturvan puuttuminen oli ollut omiaan aiheuttamaan kuntoutujalle epävarmuutta, kuntoutushalukkuuden vähenemistä ja kuntoutujien välistä epätasa-arvoa. Joissakin tapauksissa kuntoutusajan toimeentuloturvan puuttuminen oli muodostunut esteeksi kuntoutukseen hakeutumiselle. Esityksessä siis tunnistettiin ja tuotiin esiin se, että toimeentuloturva määritteli keskeisesti kuntoutusta, siihen pääsyä ja sen toteutumista.

Esityksessä (HE 259/1990) kiinnitettiin myös huomiota päihdekuntoutukseen liittyvään toimeentuloturvaan. Päihdekuntoutukseen liittyvän toimeentuloturvan myöntökriteerien näkökulmasta esityksessä ulotettiin turva koskemaan lähinnä työhön kuntoutettavia. Kuntoutuksen aikainen toimeentuloturva ehdotettiin järjestettäväksi kuntoutusrahan avulla. Ensisijaiseksi kohderyhmäksi määriteltiin työpaikan hoitoon ohjausjärjestelmän tai työterveydenhuollon kautta kuntoutukseen ohjautuneet eli työssä olevat kansalaiset. Sitä maksettaisiin työikäisille, jos kuntoutuksen tavoitteena oli työelämässä pysyminen, työelämään palaaminen tai sinne tulo. Oikeus kuntoutusrahaan muotoutui siis vahvasti työelämäsidonnaiseksi. Lisäksi esityksessä yhdeksi keskeiseksi tavoitteeksi hahmottui toimeentuloturvan yhdenvertaisuus kuntoutujien välillä. Yhdenvertaisuus kuitenkin rajautui koskemaan vain kuntoutujien keskinäisten toimeentuloturvaetuuksien yhdenvertaisuutta. Koko väestön näkökulmasta kuntoutuksen aikaisen ensisijaisen toimeentuloturvan eli kuntoutusrahan myöntökriteerit eivät muodostuneet erityisen tasa-arvoisiksi tai yhdenvertaisiksi. Esimerkiksi työttömien oikeus kuntoutusrahaan jäi varsin epätodennäköiseksi

ja erityisen tulkinnanvaraiseksi. Työttömät, joiden työhön paluun ennuste jäi alhaiseksi, jäivät myös kuntoutusrahaetuuden ulkopuolelle.

Vuoden 1990 esitys tavoitteli siis erityisesti työikäisten työllisten työkyvyn ylläpitämistä, palauttamista tai työkyvyn menetyksen ehkäisemistä. Lakiesityksessä pientä joustoa tälle toi harkinnanvarainen kuntoutusavustus, jota voitiin myöntää, jos se oli työllistymisen kannalta erityisen tarpeellista. Tässä yhteydessä korostettiin, että harkinnanvaraista kuntoutusavustusta voitiin myöntää myös työkykyiselle hakijalle siinä tapauksessa, että häntä uhkasi työkyvyttömyys. (HE 259/1990, 30.)

Kuntoutusrahaa voitiin myöntää myös perhekuntoutuksessa oleville tietyin ehdoin (HE 259/1990, 18). Sekä vuoden 1990 hallituksen esityksen, että sen myötä laaditun kuntoutusraha-asetuksen (893/1991) perusteella myös perhekuntoutuksen ajalta oikeus kuntoutusrahaan oli sidottu keskeisesti työelämään ja -markkinoihin. Eli mikäli palaaminen, pysyminen tai tuleminen työelämään on epätodennäköistä, oikeus ensisijaiseen toimeentuloturvaan evättiin.

Oleellinen kriteeri kuntoutukseen pääsyyn liittyen oli, että vakuutetuilla ei ollut subjektiivista oikeutta kuntoutukseen. Kuntoutuksen antaminen riippui Kelan päättävien elinten vahvistamista toiminnan sisältöä ja menettelytapoja koskevista ohjeista. Palvelujärjestelmä siis määräiti käytännössä oikeutta kuntoutukseen ja sen toteutumiseen. Esityksessä todettiinkin, että lainsäädäntö ei sinänsä ole vielä tae kuntoutustoiminnan riittävälle kehitymiselle. Vuoden 1990 hallituksen esityksessä tunnistettiin puutteita palvelujärjestelmässä ja asetettiin sille tavoitteita, kriteerejä ja velvollisuuksia. Esityksessä todettiin, että uudistus tähtäsi siihen, että kuntoutettava voisi aikaisempaa paremmin saada tietoa kuntoutusta tuottavasta organisaatiosta ja sen tarjoamista kuntoutuspalveluista. Tässä yhteydessä Kelalle annettiin velvollisuus tarvittaessa selvittää kuntoutujan kuntoutusmahdollisuuksia, kun asiakas oli ollut 60 päivää sairauspäivärahalla. Lisäksi palveluihin pääsy ei saanut riippua asiakkaan kyvykkyydestä hakea palveluita. Esityksessä todettiin, että tämän periaatteen toteuttaminen edellytti selkeää työnjakoa, yhteistoimintaa sekä asiakkaan neuvontaa ja opastusta. (HE 259/1990.)

Työllistyvien työttömien ja opiskelijoiden määräytymisperusteiden tarkistus

Vuoden 2001 hallituksen esityksessä Eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain sekä kuntoutusrahalain 14 ja 15 pykälien muuttamisesta keskeisenä sosiaalipolitiikan lähtökohdana oli pohjoismaisen hyvinvointiyhteiskunnan säilyttäminen. Tavoitteeksi asetettiin yhteiskunta, joka takaisi kaikille mahdollisuuden oman elämänsä hallintaan ja aktiiviseen osallistumiseen. Esityksen yleisperusteluissa korostui yksilön vastuu. Keskeisiksi painopistealueiksi hahmotettiin toimet, joilla voidaan ehkäistä huono-osaisuuden kasautumista. Köyhyyttä ja syrjäytymistä ehkäisemällä haettiin erityisesti ratkaisuja pitkäaikaistyöttömien, mielenterveys- ja päihdeongelmista

kärsivien, ylivelkaantuneiden ja heidän perheidensä kasautuviin elämäntilanteiden ja toimeentulo-ongelmiin. (HE 171/2001.)

Vuoden 2001 hallituksen esityksessä siis mainittiin päihdeiden käytöstä kärsivät henkilöt, mutta siinä ei ollut mainintoja päihdekuntoutukseen liittyvästä toimeentuloturvasta. Esityksen nykytilan arvioissa todetaankin, että kuntoutusrahan osalta tilanteet, joissa kuntoutuja voi jäädä ilman kuntoutusrahaa, liittyivät pääsääntöisesti lääkinnälliseen kuntoutukseen (HE 171/2001). Varsinaisen sisällön osalta vuoden 2001 esityksessä tarkistettiin lähinnä työllistyvien työttömien ja opiskelijoiden kuntoutusrahan määrä ja suoja-aika. Keskeinen muutos oli, että kaikilla on oikeus vähintään 10,09 euron suuruiseen sairauspäivärahaan ja kuntoutusrahaan 55 päivää kestäneen työkyvyttömyyden jälkeen. (HE 171/2001.) Päihdekuntoutukseen liittyvän toimeentuloturvan näkökulmasta kriteerien muutos merkitsi sitä, että nyt myös opiskelijoilla ja pidempään tulottomana olleilla mahdollisesti työllistyvillä työttömillä oli oikeus kuntoutuksen aikaiseen kuntoutusrahaan.

Kuntoutusta ja kuntoutusrahaa koskevan lainsäädännön rakenteen selkiyttäminen

Vuoden 2005 hallituksen esityksen (HE 3/2005) tavoitteena oli selkeyttää Kelan järjestämää kuntoutusta ja kuntoutusrahaa koskevan lainsäädännön rakennetta siten, että kuntoutusrahasta ja kuntoutuksen aikaisten kustannusten korvauksesta säädettäisiin samassa laissa kuin Kelan järjestämästä kuntoutuksesta. Kelalla ei ollut päihdekuntoutuksen järjestämisvelvollisuutta, joten tämä esitys ei siis suoraan vaikuttanut päihdekuntoutukseen liittyvään toimeentuloturvaan. (HE 3/2005, 10.)

Esityksessä todettiin, että etuuksien myöntämisperusteet riippuivat siitä, millaisesta kuntoutusmuodosta oli kysymys (HE 3/2005, 9). Päihdekuntoutukseen liittyvän toimeentuloturvan osalta tämä oli merkinnyt sitä, että vain tietynlaisesta Kelan hyväksymästä laitospalvelusta oli ollut mahdollista saada kuntoutusrahaa. Lakiesityksessä ei kuitenkaan nostettu esiin ja käsitelty päihdekuntoutuksen liittyvän toimeentuloturvan sidonnaisuutta kuntoutusmuotoon. Esityksessä tunnistettiin ongelmaksi se, että säännösten tavoitteen- ja julistuksenomaisuus jätti auki monia toimeenpanoon liittyviä kysymyksiä. Tässä yhteydessä vielä tarkennettiin, ettei oikeuksista ja velvollisuuksista tulisi säätää asetuksen, saati sitten alemman tasoisen ohjeen, tasolla. (HE 3/2005, 9.)

Vuoden 2005 esityksen ja lakimuutoksen vaikutus päihdekuntoutukseen liittyvän toimeentuloturvan myöntökriteerien suhteen oli, että kuntoutus voi perustua myös sosiaalihuoltolain (710/1982) mukaiseen huoltosuunnitelmaan päihdehuoltolain mukaisen kuntoutussuunnitelman lisäksi. Aiemmin oli edellytetty, että kuntoutuksen hakeuduttiin työterveyshuollon tai työpaikan hoitotoimintajärjestelmän kautta päihdehuoltolain nojalla. (HE 3/2005, 26.) Tämä muutos oli merkityksellinen erityisesti ei-työllisten toimeentuloturvan osalta.

Pitkäaikaistyöttömien päihteiden käyttäjien kuntouttaminen

HE 127/2005 keskeiseksi sosiaalipoliittiseksi tavoitteeksi hahmottui päihteitä ongelmallisesti käyttävien pitkäaikaistyöttömien kuntouttaminen takaisin työelämään maksamalla heille päihdekuntoutuksen ajalta kuntoutusrahaa. Esityksessä ehdotettiin, että yksilökohtaisen kuntoutuksen edellytyksenä oleva vaatimus kuntoutukseen hakeutumisesta työpaikan hoitoonohjausjärjestelmän tai työterveyshuollon kautta poistettaisiin. (HE 127/2005,1.) Esityksessä keskeinen tunnistettu ongelma oli, että lain voimassa ollessa työttömien toimeentuloturva päihdekuntoutuksen ajalta oli toteutunut hyvin vaihtelevasti. Heille ei voitu maksaa Kelan päihdekuntoutusrahaa, jos kuntoutus oli järjestetty päihdehuoltolain perusteella. Toimeentulon turvaamiseksi näkökulmasta tämä oli erityisen ongelmallista pitkäaikaistyöttömille. Työttömien vaikeudet päihdekuntoutuksen aikaisen toimeentuloturvan järjestämisessä olivat saattaneet johtaa kuntoutuksen tarpeettomaan viivästymiseen ja siten heikompaan vaikuttavuuteen. (HE 127/2005.)

Esityksessä (HE 127/2005) ehdotettiin, että kuntoutusrahan myöntämisen kannalta olisi riittävää, että kuntoutuspäätös oli tehty päihdehuoltolain perusteella, kuntoutus perustui asianmukaiseen suunnitelmaan, ja että kuntoutusta annettiin laitoksessa, joka täytti sille asetetut edellytykset. Kuntoutukseen ohjautumistavalle ei asetettaisi mitään erityisvaatimuksia eli se voisi tapahtua edelleen työterveyshuollon kautta tai työttömien osalta julkisen terveydenhuollon, sosiaalitoimiston tai A-klinikan kautta. Esityksessä kuitenkin korostettiin, että kuntoutusrahaoikeuden laajentaminen ei avaisi automaattisesti oikeutta kaikille päihdekuntoutukseen hakeutuville kuntoutujille. Kuntoutusrahan myöntämisedellytyksenä säilyi edelleen se, että kuntoutus oli tarpeellista kuntoutujan työelämässä pysymiseksi tai työelämään pääsemiseksi. Tämän edellytyksen täyttymistä tuli harkita erityisesti silloin, kun kysymyksessä oli kuntoutusrahan myöntäminen päihteitä ongelmallisesti käyttävälle työttömälle. (HE 127/2005.)

Lisäksi esityksessä arvioitiin, että reilusti yli puolet päihdekuntoutujista sai toimeentulonsa työttömyysturvaetuuksista, sairausvakuutuspäivärahasta tai eläkkeestä. Tästä voi päätellä, että päihdekuntoutukseen liittyvän kuntoutusrahan tarve erityisesti työsuhteen ulkopuolella olevien keskuudessa oli huomattava. Lopuksi esityksessä arvioitiin, että muutoksen kustannukset eivät kasvaisi kovin suuriksi, koska käytännössä kuntoutusraha korvaisi useimmassa tapauksessa työttömyyspäivärahan. (HE 127/2005.) Vuoden 2005 lakimuutoksen myötä oikeus päihdekuntoutukseen liittyvään ensisijaiseen toimeentuloturvaan laajeni siis erityisesti työttömien osalta. Oikeutta kuntoutusrahan pyrittiin kuitenkin edelleen säätämään niin, että se kohdistui vain niihin työttömiin, joiden työllistyminen oli todennäköistä.

Päihdetausta ja ammatillinen kuntoutus

Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen esityksen (128/2013) ja hallitusohjelman mukaisesti hallitus toimi aktiivisesti työelämäasioiden kehittämisessä. Päämääränä oli edistää työntekijöiden suojelua sekä tuottavuuden ja työllisyysasteen nostoa. Työkyvyttömyys tunnistettiin merkittävimmäksi työuraa lyhentäväksi tekijäksi. Kuntoutuksen tavoitteeksi asetui ammatti tai työ, joka turvaa kuntoutujan toimeentulon tai josta hän saa lisäansiota esimerkiksi eläkkeen lisäksi. (HE 128/2013, 12.) Esityksessä mainittiin, että kuntoutuksen onnistumisen parantamiseksi varmistetaan oikea-aikaisen ja viivytyksettömän kuntoutuksen toteutuminen. Erityishuomio suunnattiin varhaisvaiheen ennakoivan kuntoutustarpeen tunnistamiseen. (HE 128/2013, 7.)

Kuntoutusrahan osalta esityksessä käsiteltiin ainoastaan ammatilliseen kuntoutukseen liittyvää toimeentuloturva. Lakiesityksessä mainittiin, että lakimuutoksen myötä myös sellaiset henkilöt täyttäisivät ammatillisen kuntoutuksen myöntöedellytykset, joilla pelkkä sairaus, vika tai vamma yksinään ei aiheuttaisi työ- tai opiskelukyvyn ja ansiomahdollisuuksien heikentymistä, mutta joiden kokonaistilanne olisi sellainen, että työ- tai opiskelukyky ja ansiomahdollisuudet olisivat olennaisesti heikentyneet tai niiden arvioitaisiin olennaisesti heikentyvän. Lakiesityksessä siis lavennettiin ammatilliseen kuntoutukseen pääsemisen kriteerejä. Esityksessä täsmennettiin, että kokonaistilanteeseen vaikuttavia, työ- ja opiskelukykyä ja ansiomahdollisuuksia heikentäviä tekijöitä olisivat esimerkiksi alentunut fyysinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky, velkakierre, pitkittynyt työttömyys, pitkittynyt asunnottomuus, sosiaalisten tai elämänhallinnan taitojen puute, *päihdetausta* tai syrjäytymisvaara. (HE 128/2013, 11.)

Päihdekuntoutukseen liittyvän toimeentuloturvan myöntökriteerien muutoksen näkökulmasta oleellista lakimuutoksessa oli se, että päihdetaustan ja heikentyneen kokonaistilanteen omaavien henkilöiden oikeutta kuntoutusrahan siirrettiin ammatillisen kuntoutuksen piiriin. Päihteiden käytöstä kärsivien näkökulmasta Kataisen hallituksen ohjelmasta syntyy vaikutelma, että päihdekuntoutus pyrittiin näiltä osin valjastamaan työllisyysasteen nostoon.

Työskentelyn ja kuntoutuksen yhteensovittaminen

HE 201/2014 tavoitteena oli pyrkimys edistää työnteon ja kuntoutuksen yhteensovittamista. Lisäksi kuntoutusta haluttiin kehittää sisällöllisesti asiakaslähtöiseen ja avopalvelupainotteiseen suuntaan. Esityksen keskeinen ehdotus oli kuntoutusrahan maksaminen osakuntoutusrahana, jos kuntoutuja työskenteli kuntoutuspäivänä osa-aikaisesti. (HE 201/2014, 4.) Keskeinen muutos kuntoutusrahan kriteereissä oli se, että esityksessä ehdotettiin kuntoutusrahan oikeuttavan kuntoutuksen päivittäistä vähimmäispituutta muutettavaksi kuudesta neljään tuntiin. Muutoksen

keskeinen peruste ja tavoite oli, että kuntoutuspäivän vähimmäispituuden alentaminen mahdollistaisi aikaisempaa tehokkaampia kuntoutusohjelmia. (HE 201/2014, 6.)

Vuoden 2014 kuntoutusrahaa koskevassa lakimuutoksessa ei eksplisiittisesti käsitelty päihdekuntoutukseen liittyvää toimeentuloturva. Päihdekuntoutukseen liittyvän toimeentuloturvan myöntökriteerien muutoksen näkökulmasta lakimuutoksen voi kuitenkin nähdä niin, että päihteitä ongelmallisesti käyttäviä pyrittiin lakimuutoksella siirtämään ja ohjaamaan tehostetusti avomuotoisen kuntoutuksen piiriin, jossa kuntoutuja työskentelisi osa-aikaisesti. Kuntoutusrahaan liittyvä lainsäädäntö näyttääkin kehittyneen niin, että laiveammilla kriteereillä pyrittiin luomaan mahdollisuuksia tunnistaa ja reagoida aikaisempaa herkemmin kuntoutustarpeisiin ohjaamalla kuntoutujia asiakaslähtöisen ja avomuotoisen kuntoutuksen piiriin. Lakimuutoksella pyrittiin siis hyödyntämään kaikki sellainen potentiaalinen työkyky, joita kansalaisten keskuudessa saattaisi olla.

Taulukkoon 4.2 on koottu yhteenveto tutkimuksen tuloksista.

Taulukko 4.2. Yhteenveto tuloksista.

Laki ja sitä koskeva hallituksen esitys	Keskeiset poliittiset tavoitteet	Myöntökriteerien keskeiset muutokset
1963 Sairausvakuutuslaki (HE 129/1962)	Universaali sairauden aikainen toimeentuloturva	Laitoshuollossa oleville päihdeasiakkaille päiväraha lääkärin-todistuksen perusteella
1991 Kuntoutusrahalaki (HE 259/1990)	Työ- ja toimintakyvyn säilyttäminen	Kuntoutuksen tavoitteena oltava työelämässä pysyminen, työelämään palaaminen tai sinne tulo Työpaikan hoitoon ohjauksjärjestelmän tai työterveydenhuollon kautta kuntoutukseen ohjautuneet
2001 Kuntoutusrahalain 14 ja 15 §:n muuttaminen (HE 171/2001)	Köyhyys ja syrjäytymisongelmien ehkäiseminen, mm. päihteiden käytöstä kärsivät	Kaikilla oikeus vähintään 10,09 euron suuruiseen kuntoutusrahaan 55 päivää kestäneen työkyvyttömyyden jälkeen
2005 Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 15.7.2005/566 (HE 3/2005)	Kelan järjestämän kuntoutuksen ja kuntoutusrahaa koskevan lainsäädännön rakenteen selkiyttäminen	Kuntoutus voi perustua myös sosiaalihuoltolain (710/1982) mukaiseen huoltosuunnitelmaan päihdehuoltolain mukaisen kuntoutussuunnitelman lisäksi
2005 Laki Kelan kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain 18 §:n muuttamisesta (HE 127/2005)	Päihteiden käytöstä kärsivien pitkäaikais-työttömien kuntouttaminen takaisin työelämään	Kuntoutuksen ohjautumistavalle ei erityisvaatimuksia, työttömän kysymyksessä ollessa se voi tapahtua julkisen terveydenhuollon, sosiaalitoimiston tai A-klinikan kautta
2013 Kelan kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain 6 ja 7 §:n muuttaminen (HE 128/2013)	Työntekijöiden suojelu sekä tuottavuuden ja työllisyysasteen nosto	Ammatillisen kuntoutuksen kriteeriksi riittää heikentynyt kokonaistilanne, mm. päihdetaustasta johtuen
2014 Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi Kelan kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain muuttamisesta (HE 201/2014)	Pyrkimys edistää työskentelyn ja kuntoutuksen yhteensovittamista	Kuntoutusrahaan oikeuttavan kuntoutuksen päivittäisen vähimmäispituuden muuttaminen kuudesta neljään tuntiin

Pohdinta

Olen tässä artikkelissa hahmotellut päihdekuntoutukseen liittyvän toimeentuloturvan lainsäädännön kehitystä. Olen tulkinnut lainsäädäntöä poliittisen tahdon ja prosessin kiteytymänä sekä tarkastellut erityisesti sitä, kuinka ne ovat vaikuttaneet niiden kriteerien kehitykseen, jotka oikeuttavat päihdekuntoutuksen aikaiseen toimeentuloturvaan.

Vuoden 1963 sairausvakuutuslaissa ja sitä koskevassa hallituksen esityksessä ei käsitelty eksplisiittisesti lainkaan päihdekuntoutukseen liittyvää toimeentuloturvaa. Kaukosen (2000) mukaan lain valmistelussa kuitenkin pohdittiin päihdeongelman sairausluonnetta. Sen perusteella sovelluskäytännöksi muotoutui, että asiakkaan hakeutuessa huoltolaan vapaaehtoisesti, hänelle voitiin myöntää lääkärintodistuksen perusteella sairauspäivärahaa kuntoutuksen ajalta. Vuoden 1991 kuntoutuslainsäädännön uudistuksessa kiinnitettiin erityistä huomiota päihdekuntoutukseen liittyvään toimeentuloturvaan. Lakiuudistusta koskevassa hallituksen esityksessä (HE 259/1990) tuotiin esiin, että päihdekuntoutuksen aikainen toimeentuloturva oli toteutunut hyvin eri tavoin riippuen siitä, minkä lainsäädännön perusteella kuntoutuksen hakeuduttiin. Joissain tapauksissa päihkeitä käyttävä asiakas oli jäänyt kokonaan ilman toimeentuloturvaa. Lakiesityksessä tunnistettiin toimeentuloturvan keskeinen rooli kuntoutuksen toteutumisessa. Vuoden 1991 kuntoutusrahan myöntökriteerit koskivat ainoastaan työssä olevia tai työhön takaisin sairaslomalta kuntoutettavia.

Päihdekuntoutukseen liittyvää ensisijaista toimeentuloturvaa eli kuntoutusrahaa koskevan lainsäädännön kriteereihin palattiin seuraavan kerran vuonna 2001. Tällöin Paavo Lipposen toisen hallituksen ohjelmassa mainittiin muun muassa päihdeongelmien ehkäiseminen. Lainsäädännön tasolla se merkisi työllistyvien työttömien ja opiskelijoiden kuntoutusrahan vähimmäismäärän suoja-ajan pidentystä. Vuoden 2005 kuntoutuslainsäädännön uusimisen tavoitteena oli lähinnä lainsäädännön selkiyttäminen. Päihdekuntoutukseen liittyvän toimeentuloturvan näkökulmasta se sisälsi kuitenkin oleellisia parannuksia. Ensinnäkin kuntoutusrahaan oikeuttavia kuntoutuspäätöksiä voitiin muutoksen myötä tehdä myös sosiaalihuoltolain perusteella. Lisäksi vuonna 2005 tehtiin erillinen hallituksen esitys (HE 3/2005), jolla pyrittiin palauttamaan päihteiden käytöstä kärsiviä pitkäaikaistyöttömiä takaisin työelämään. Tässä hallituksen esityksessä oleellinen muutos aikaisempaan oli se, että kuntoutukseen ohjautumistavalle ei asetettaisi erityisvaatimuksia. Vuoden 2013 hallituksen esityksen (HE 128/2013) julkilausuttu keskeinen tavoite oli puolestaan työntekijöiden suojeleminen ja työllisyysasteen nosto. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että asiakkaan heikentyneen kokonaistilanteen takia helpotettiin asiakkaan pääsyä ammatilliseen kuntoutukseen. Tämä saattoi koskea myös päihteiden käytöstä kärsiviä. Vuoden 2014 lakimuutoksen (HE 201/2014) tavoitteena oli työnteon ja kuntoutuksen yhteensovittaminen. Tähän pyrittiin muuttamalla

kuntoutusrahan oikeuttavan kuntoutuksen päivittäinen vähimmäispituus kuudesta neljään tuntiin.

Päihdekuntoutukseen liittyvän toimeentuloturvan lainsäädännön kehityksen tarkastelussa keskiöön hahmottuu eheä työsubjekti, jonka keskeisin ominaisuus on työkyky. Lainsäädäntöä on kehitetty siten, että kuntoutuksen avulla on pyritty palauttamaan ja ylläpitämään kansalaisten työkykyä. Päihdekuntoutukseen liittyvän ensisijaisen vakuutusperustaisen toimeentuloturvan lainsäädännön kehittyminen historiallinen dynamiikka rakentuu niin, että vuoden 1963 sairausvakuutuslain eli hyvinvointivaltion keskeisen peruspilarin syntymisen myötä päädyttiin universaaliin koko maan kattavaan kaikkia kansalaisia yhdenvertaisesti kohtelevaan käytäntöön (Holopainen 2004, Poikonen 2013). 1991 kuntoutusuudistuksen oikeus ensisijaiseen toimeentuloturvaan rajautui huolehtimaan jo työssä olevien työ- ja toimintakyvyn säilymisestä. Uudelle vuosituhannele siirryttäessä lainsäädännössä nousi esiin pyrkimyksiä ehkäistä muun muassa syrjäytymistä ja huono-osaisuuteen liittyviä päihdeongelmia kuntoutuksen avulla. 2010-luvulle tultaessa kuntoutusrahan oikeuttavia kriteerejä muokattiin avomuotoista ja ammatillista kuntoutusta suosiviksi.

Päihdekuntoutukseen liittyvän kuntoutusrahan lainsäädännön tarkastelun perusteella voidaan todeta, että työkyvyn ja kuntoutuksen käsitteiden välillä on kiinteä suhde. Lainsäädäntö ei näytä tunnistavan subjektiivista hyvinvointia, vaan arvioinnin ja kuntoutuksen kohteena on pääsääntöisesti asiakkaan työkyky, jota asiantuntijat arvioivat. Päihdekuntoutukseen liittyvän toimeentuloturvan lainsäädännön kehitystä voi tulkita niin, että samalla kun 2000-luvulle tultaessa kuntoutusrahan myöntökriteerejä lavennettiin, niin taustalta hahmottui yhteiskuntapoliittinen kehitysdynamiikka, joka pyrki palauttamaan työmarkkinoille kaiken potentiaalisen kuntoutettavissa olevan työvoiman. Lainsäädännön kehityksen tarkastelusta syntyykin vaikutelma, että kuntoutuksen aikainen toimeentuloturva linkittyy erityisesti työmarkkinoiden, talouden ja jopa yrityselämän tarpeisiin. Kuntoutuksesta tulee enenevästi työtoimintaa ja ammatillista kuntoutusta, ja kuntoutujasta tulee käytännössä vähintään osa-aikainen työntekijä. Päihdekuntoutukseen liittyvän toimeentuloturvan myöntökriteerien voidaan nähdä liikkuneen tähän suuntaan erityisesti heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevien osalta. Esimerkiksi työttömät on vasta 2000-luvulla otettu kuntoutusrahan piiriin eli heidän sosiaalivakuuksellinen asemansa näyttää jossain määrin kohentuneen. Mutta samalla lainsäädännön kehityksen ja muutoksen tarkastelun perusteella kuntoutuksen koko paradigma näyttää kuitenkin muuttuneen avomuotoista ja ammatillista kuntoutusta suosivaksi työhön palauttavaksi järjestelmäksi myös päihteiden käytöstä kärsivien osalta.

Päihdekuntoutukseen liittyvän ensisijaisen toimeentuloturvan universaaliuus näyttää lainsäädännössä hajonneen. Hyvinvointivaltion syntymisen myötä 1960-luvulla päädyttiin universaaleihin periaatteisiin ja käytäntöihin. 1990-luvun kuntoutuslainsäädännön yksi pyrkimys oli paikata sairausvakuutuksen päivärahan jättämiä aukkoja esimerkiksi päihdekuntoutukseen liittyvässä toimeentuloturvassa.

Kuntoutusrahan myöntökriteerit kuitenkin sulkivat jo lähtökohtaisesti työsuhteen ulkopuolella olevilta mahdollisuuden kuntoutusrahaan. Uudelle vuosituhannele tultaessa kuntoutusrahan myöntökriteerejä on lavennettu, ja niiden voidaan lainsäädännön tasolla nähdä liikkuneen yhdenvertaisempaan suuntaan erityisesti vuoden 2005 lakimuutosten myötä. 2010-luvulle tultaessa kuntoutusrahan myöntökriteerit päihteitä ongelmallisesti käyttävien osalta ovat liikkuneet asiakaslähtöiseen, avomuotoiseen ja ammatillista kuntoutusta suosivaan suuntaan. Tämän voinee nähdä parantaneen vielä kohtalaisen toimintakykyisten syrjäytymisuhassa olevien päihteitä ongelmallisesti käyttävien yhdenvertaisuutta lainsäädännön tasolla. Toisaalta tämän kehityksen on vaikea nähdä parantavan esimerkiksi laituskuntoutuksen tarpeessa olevien huono-osaisten asemaa. Päinvastoin – näyttää siltä, että jos heidän työkykyään ei saada palautettua kohtalaisen lyhyellä ja tehokkaalla kuntoutuksella, jäävät huonokuntoiset ja -osaiset päihteiden käytöstä kärsivät viimesijaisen toimeentuloturvan varaan.

Ilpo Helén & Mikko Jauho (2003) hahmottavat kaksi merkittävää tekijää tasarvon rapautumisen taustalta. Ensimmäisenä on kysymys siitä, kuinka vastata rajallisin voimavaroin kansalaisten periaatteessa rajattomasti kasvaviin tarpeisiin. Toinen tekijä kumpuaa 1980-luvun lopulta alkaneesta yhteiskuntapolitiikan uusliberalistisesta suunnanmuutoksesta, jonka myötä hyvinvointipalvelujen laajeneminen loppui, ja koko julkisen talouden pääasiaksi nousi toimintakulujen karsiminen ja kustannustehokkuus (Julkunen 2001). Samalla uuden julkishallinnon markkinalähtöisten mallien mukainen toiminnan organisointi tuli pysyväksi ottilaksi sosiaali- ja terveyshallinnon aloilla (Eräsaari 2006). Tämä uhkaa erityisesti marginaalissa olevia väestöryhmiä. Päihdeongelman kontekstissa priorisointi näyttää toteutuvan osin niin, että sitä ei välttämättä tunnusteta hoitoa edellyttäväksi sairaudeksi. Yhteiskunnassamme ja sairausvakuutusjärjestelmässä oikeus terveyteen ja esimerkiksi päihdekuntoutuksen aikaiseen toimeentuloturvaan edellyttää tunnistettua ja tunnustettua sairautta. Esimerkiksi 90-luvun lopulla Kelan ohjeistus piiritoimistoille osoittaa, että ainakaan Kelan mielestä edes vakava päihderiippuvuus ei ole sellaisenaan sairauspäivärahaan oikeuttava korvattava sairaus, vaan yksilöllä tulee olla myös muita sairauksia (Holopainen 2004, Kaukonen 2000).

Ilpo Helénin (2016) mukaan markkinat ohjaavat aikaisempaa enemmän yhteiskuntien toimintaa. Kansalaiset ovat alkaneet muuttua sosiaalivaltion terveyskansalaisista terveyspalvelujen asiakkaiksi ja terveydenhoidon kuluttajiksi. Henkilökohtaisen vastuun ja harkitsevuuden korostaminen esiintyy lähes poikkeuksetta markkinoiden luomissa asiakkuuden ja kuluttajuuden keskusteluissa. Tutkijat yhdistävät tähän uusliberalistisen tendenssin purkaa kollektiivista sosiaaliturvaa ja korostaa yksilöiden vastuuta omasta elämästään ja hyvinvoinnistaan. (Helén 2016.) Terveyspolitiikan näkökulmasta arvioiden päihdekuntoutukseen liittyvän ensisijaisen toimeentuloturvan lainsäädännön kehittyminen näyttää siis noudattavan yleisiä yhteiskuntapoliittisia kehityslinjoja. Helénin kuvaama kehitystendenssi näkyy selkeästi sekä päihdekuntoutukseen liittyvän toimeentuloturvan lainsäädännön

kehityksessä, että koko kuntoutusparadigmassa. Kaukosen (2005) mukaan avohoittoa on kasvatettu määrätietoisesti, mutta se ei kuitenkaan ole lisännyt asiakkaiden hoitoon pääsyn mahdollisuuksia samassa suhteessa kuin kapasiteetin kasvattaminen antaisi olettaa. Avohoito on muuttunut valikoivaksi. Kun laitoshoidossa kuntoutuksen kestoja on lyhennetty, avohoidon intensiteettiä on lisätty siinä määrin, että uusia asiakkaita ei juuri tunnu mahtuvan palvelujärjestelmään. Avopalveluiden toimintaperiaatteet suosivat joka tapauksessa asiakkaita, jotka kykenevät päihdeongelmistaan huolimatta noudattamaan ajanvarauskäytäntöjä ja sitoutumaan intensiivisiin hoitosuhteisiin.

Sanna Marinin hallitusohjelman (2019) mukaan hallitus pyrkii vähentämään riippuvuuksia. Ohjelmassa puhutaan muun muassa mielenterveys- ja päihdelainsäädännön uudistamisesta sekä päihdestrategian kirjoittamisesta. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriön kolumnissa todetaan ministeri Krista Kiurun aloittaneen kevään 2020 aikana lääkinnälliseen kuntoutukseen sekä mielenterveyteen liittyvät pyöreän pöydän keskustelut, joiden tavoitteena on ollut muun muassa arvioida palvelujen sisältöjen ja rakenteiden uudistamistarvetta. Kuntoutuksen roolia pohditaan osana sote-uudistusta yhdessä sidosryhmien ja asiantuntijoiden kanssa. (STM 2020.)

Vaikuttaa siis siltä, että Marinin hallituksella on tahtoa ja aikomusta kehittää päihdekuntoutusta. Päihdekuntoutuksen kehittämisen pohjana ovat kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset (2017). Komitean raportissa on 55 ehdotusta, joilla kuntoutusjärjestelmää voitaisiin parantaa. Siinä todetaan, että suurimmat ongelmat kuntoutuksessa ja hoidossa liittyvät tilanteisiin, joissa yksilöllä on monenlaisia ongelmia (esimerkiksi päihdeongelma, pitkäaikaistyöttömyys, monet päällekkäiset sairaudet) (STM 2017). Raportissa siis tunnistetaan päihteitä ongelmallisesti käyttävät henkilöt yhdeksi keskeiseksi kuntoutusta tarvitsevaksi ryhmäksi. Raportissa käsitellään myös Kelan maksaman kuntoutusrahan yleisiä korvaus- ja myöntökriteerejä. Vaikka raportissa nostetaan esiin myös päihteiden käytöstä kärsivät henkilöt, siinä ei kuitenkaan tarkemmin käsitellä päihdekuntoutukseen liittyvää toimeentuloturva koskevia kysymyksiä. Raportista tulee vaikutelma, että kuntoutusjärjestelmä on näiltä osin kunnossa ja toimiva. Tämän tutkimuksen nojalla vaikuttaa kuitenkin siltä, että erityisesti Kelan käytännöt päihdekuntoutukseen liittyvän toimeentuloturvan myöntämisessä tulisi selvittää. Kannustavatko ja edistävätkö ne kansalaisten terveyttä perustuslain (Perustuslaki 731/1999, 19 §) hengen mukaisesti?

Tällä hetkellä on meneillään sosiaaliturvauudistus (STM 2021). Sosiaaliturvakomitea hahmotteli kesällä 2020 sosiaaliturvan neljä keskeistä ongelmakokonaisuutta: (1) sosiaaliturvan monimutkaisuus (2) sosiaaliturvan yhteensovittaminen (3) viimesijainen turva, perusturva ja asuminen sekä (4) palvelujen ja etuuksien yhteensovittaminen. Komitean työ on alkuvaiheessaan ja jatkuu yli seuraavan vaalikauden.

Tässä tutkimuksessa olen tarkastellut lainsäädäntöä järjestelmätasolla. Analyysi ei kuitenkaan tarjoa vastauksia siihen, kuinka esimerkiksi päihdekuntoutukseen liittyvä toimeentuloturva on toteutunut käytännössä. Kela tekee ratkaisut

etuuskriteerien täyttymisestä ja siitä, kenelle kuntoutusrahaa myönnetään. Olisikin tärkeää tutkia ja arvioida sitä, miten Kela on tulkinnut lainsäädäntöä ja ennen kaikkea, kuinka päihdekuntoutukseen liittyvä ensisijainen toimeentuloturva eli kuntoutusraha on toteutunut käytännössä.

Kirjallisuus

Arajärvi, Pentti (2002) Toimeentuloturvan oikeellisuus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 68. Helsinki.

Ekqvist, Eeva (2021) Kuntoutujien hyvinvoinnin ja toivon kokemukset sekä näkemykset tulevaisuudesta laitospäihdekuntoutuksen aikana. Tampere: Yliopistopaino.

Eräsaari, Leena (2006) New Public Management on julkisen sektorin vääryyksien isä. Teoksessa Tuula Helne & Markku Laatu (toim.) Vääryyskirja. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 87–102.

Halonen, Ilkka (2004) Missä viiptyy päihdekuntoutujien etujärjestö? Yhteiskuntapolitiikka 69 (2), 216–218.

Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (2003) Kansalaisuus ja kansanterveys. Helsinki: Gaudeamus.

Helén, Ilpo (2016) Elämän politiikat. Yhteiskuntatutkimus Foucault'n jälkeen. Helsinki: Tutkijaliitto.

Hellsten, Katri (2014) Kenelle ja millä perusteella lapsilisää? Teoksessa Laura Kalliomaa-Puha & Toomas Kotkas & Marketta Rajavaara (toim.) Harkittua? Avauksia sosiaaliturvan harkintavallan tutkimukseen. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 62–95.

Holopainen, Antti (2004) On aika lopettaa päihdepotilaiden syrjintä. Yhteiskuntapolitiikka 69 (4) s. 433–436.

Hyvärinen, Seppo (1996) Kuntoutukseen useimmiten päihdehuoltolain nojalla: Kelalla päihdeongelmaisten kuntoutusrahan maksuvelvollisuus. Sosiaalivakuutus, 34 (4) s.8–10.

Julkunen, Raija (2001) Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Tampere: Vastapaino.

Kallio, Tarja (2005) Päihdeasiakkaiden haasteet ja mahdollisuudet: Pystyvyys, koherenssin tunne, kontrolliodotus ja hoito. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Kaukonen, Olavi (2000) Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. Stakes tutkimuksia 107. Helsinki.

Kaukonen, Olavi (2005) Torjunta vai poisto? Päihdepalvelujen kehitys laman jälkeen. Yhteiskuntapolitiikka 70 (3), 311–322.

Kaukonen, Olavi (2019) Päihdehuollon kehitys ja sosiaaliset oikeudet. Teoksessa Aini Pehkonen & Taru Kekoni & Katja Kuusisto (toim.) Oikeus päihdehuoltoon. Tampere: Vastapaino, 23–48.

Kemppainen, Erkki (2004) Kuntoutuksen tavoitteet, keinot ja oikeusluonne. Teoksessa Vappu Karjalainen & Ilpo Vilkkumaa (toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 71–79.

Kuusisto, Katja & Ranta, Johanna (2020) Psykososiaalisen päihdetyön asema Suomessa 1900-luvulta nykypäivään. Teoksessa Johanna Moilanen & Johanna Annola & Mirja Satka (toim.) Sosiaalityön käänneet. Jyväskylä: SoPhi 144, 112–140.

Mäntysaari, Mikko (2006) Syrjiikö sosiaalityö? Teoksessa Tuula Helne & Markku Laatu (toim.) Vääryyskirja. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 115–134.

- Mutalahti, Timo (1995) Päihdehuollon laitosisiakkaan itsemääräämisoikeuden rajat. *Sosiaaliturva* 83 (16), 13–16.
- Mutalahti, Timo (1996a) Pitkä tie päihdekuntoutukseen. *Sosiaaliturva* 84 (3), 28.
- Mutalahti, Timo (1996b) Päihdehuollon asiakkaan oikeudellinen asema. Päihdeasiamiesprojektin loppuraportti. *Stakes raportteja* 193. Saarijärvi.
- Partanen, Airi & Kuussaari, Kristiina (2019) Päihdeongelmaisten palvelujärjestelmä muokkautuu yhteiskunnallisten muutosten myötä. Teoksessa Aini Pehkonen, Taru Kekoni & Katja Kuusisto (toim.) *Oikeus päihdehuoltoon*. Tampere: Vastapaino, 315–347.
- Poikonen, Heidi (2013) Päihdehuollon lainsäädännöllinen kehitys. *Oikeus* (42) 4 s. 405–425.
- Poikonen, Heidi & Kekoni, Taru (2019) Asiakkaan oikeudet ja niihin vaikuttavat tekijät päihdepalveluissa. Teoksessa Aini Pehkonen & Taru Kekoni & Katja Kuusisto (toim.) *Oikeus päihdehuoltoon*. Tampere: Vastapaino, 49–82.
- Purhonen, Sari & Ashorn, Ulla & Viitanen, Elina & Rissanen, Pekka & Lehto, Juhani (2006) Kansalaisten yhdenvertaisuus etuuksien saajina kuntoutuksen lakiviidakossa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 43, 283–294.
- Rautiainen, Elina & Linna, Miika & Rynnänen, Olli-Pekka & Laatikainen, Tiina (2020) Do the Costs of AUD-Related Health and Social Care Services Vary Across Patient Profiles? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 81 (2), 144–151.
- Saari, Juh (2015) Huono-osaiset: Elämän edellytykset yhteiskunnan pohjalla. Helsinki: Gaudeamus.
- Sarajärvi, Anneli & Tuomi, Jouni (2018) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- STM (2017) Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41.
- STM (2020) Ministerit Kiuru ja Pekonen: Nyt on kuntoutuksen uudistuksen aika. Sosiaali- ja terveysministeriön kolumni 27.5.2020. <https://stm.fi/-/ministerit-kiuru-ja-pekonen-nyt-on-kuntoutuksen-uudistuksen-aika> (luettu 1.1.2021)
- STM (2021) Sosiaaliturvauudistus. <https://stm.fi/sosiaaliturvauudistus> (luettu 5.4.2021)
- Suomen perustuslaki (1999) Perustuslaki 731/1999, 19 §. Ajantasainen lainsäädäntö. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731> (luettu 7.4.2021)
- Suoninen, Lea (1992) Kuntoutussuunnitelmasta huolimatta moni mielenterveys- ja päihdeasiakas jää heitteille. *Sosiaaliturva* 80 (12), 18–19.
- Tarvainen, Minna (2007) Palvelupyynnöllä tarpeet esiin: Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asiakasohjaus teki Tampereesta taitavan tilaajan. *Sosiaaliturva* 95 (16), 8–9.
- Tervo, Marjo (1998) Päihdehuollon asiakkaan oikeus hoitoon ja sen toteutumisessa ilmeneviä ongelmia tapausten valossa. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Tervo, Marjo (1999) Päihdeasiakkaalla oikeus hoitoon. *Sosiaaliturva* 87 (21), 26–27.
- Tervo, Marjo (2003) Päihdeasiamies valvoo päihdeasiakkaan oikeuksia. *Sosiaaliturva* 91 (15), 8–9.
- Hallitusohjelma (2019) Oikeudenmukainen, yhdenvertainen ja mukaan ottava Suomi. <https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma/oikeudenmukainen-yhdenvertainen-ja-mukaan-ottava-suomi>

5 Päihdehuolto osana sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta ja strategista ohjausta

Airi Partanen

Ydinviestit

- Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisen uudistuksen tavoitteet ja periaatteet ovat hyviä lähtökohtia päihdeiden ongelmallisesta käytöstä kärsivien henkilöiden varhaisen tuen, hoidon ja kuntoutuksen parantamiseksi.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisen uudistuksen lisäksi on suunnitteilla päihdehuollon lainsäädännön uudistaminen niin, että päihdehoito ja -huolto sisällytettäisiin sosiaali- ja terveydenhuollon yleislainsäädäntöön.
- Päihdetyön strategisia ohjelmaohjauksen linjauksia sisältyy hoidon osalta mielenterveysstrategiaan sekä päihde- ja riippuvuusstrategiaan että mielenterveysstrategiaan ja ehkäisevän päihdetyön osalta päihde- ja riippuvuusstrategiaan.
- Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen edellyttää vaikuttavien sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmien käyttöä ja tietohjauksen edelleen kehittämistä.
- Moniulotteista ja pitkäjänteistä päihdepalvelujärjestelmän tutkimusta tarvitaan arvioimaan sitä, miten palvelujärjestelmän muutos onnistuu päihdeongelmiin liittyvien haittojen vähentämisessä, hoidossa ja kuntoutuksessa.

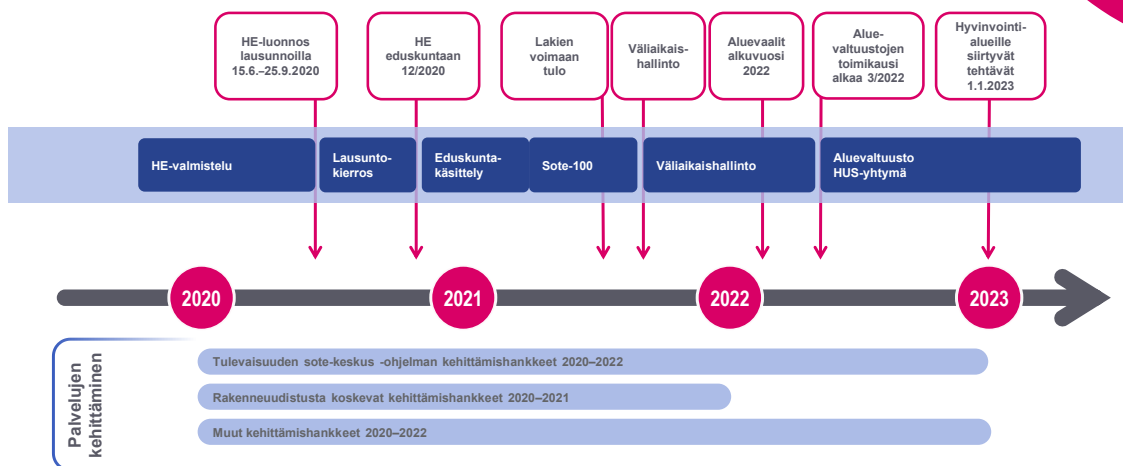
Päihdeongelmiin apua tarjoava sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on muokkautunut vuosikymmenien aikana erilaisten yhteiskunnallisten muutosten myötä. Muutoksiin ovat vaikuttaneet laajat sisällölliset säädösohjauksen muutokset, valtion rahoitusohjaus sekä strateginen ohjelmaohjaus. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä on nyt suuren rakenteellisen muutoksen kynnyksellä. Mihin suuntaan se ohjaa päihdepalvelujen kehitystä?

Kunnallisesta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä alueelliseen järjestämiseen

Nykyisenkaltainen kunnallinen päihdehuoltojärjestelmä sai alkunsa 1970-luvulla, kun ensimmäisiä kunnallisia avohoitoa tarjoavia A-klinikoita alettiin perustaa huoltoloiden rinnalle. Päihdehuollon erityispalvelujen pohjana on vuoden 1986 päihdehuoltolaki (41/1986). Lain tultua voimaan kumoutui laki päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huollosta (1961) ja irtolaislaki (1936). Alkujaan palveluiden järjestämiseen liittyneistä tehtäväkohtaisista valtionavuista siirryttiin 1990-luvulla kuntien laskennallisiin valtionosuuksiin. Se merkitsi samalla myös kunnallisen itsehallinnon kasvua, kun keskushallinto luopui suurimmasta osasta kohdennettuja talouden ohjausvälineitä. (Partanen & Kuussaari, 2019.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista uudistusta on valmisteltu useamman hallituskauden aikana. Mikäli sosiaali- ja terveydenhuollon alueellinen uudistus tullaan hyväksymään eduskunnassa pääministeri Sanna Marinin hallitusohjelman pohjalta (Osallistava ja osaava Suomi 2019) tehdyn hallituksen esityksen (HE 2019) mukaisena, se tulee muuttamaan palvelujärjestelmää huomattavasti. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjäksi on esitetty 21 hyvinvointialuetta. Näiden lisäksi Helsingin kaupunki järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävät alueellaan ja HUS-yhtymä vastaa tiettyjen erikoissairaanhoidon tehtävien järjestämisestä Uudellamaalla. Erityistason palveluille muodostetaan viisi yhteistyöaluetta. Alueellinen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu merkitsee aikaisempaa keskittyneempää ja vahvemmin valtion ohjauksessa olevaa palvelujärjestelmää. Valtionohjaus tulee perustumaan palvelujen järjestämiseen liittyvään monipuoliseen arviointiin. Muutoksen on suunniteltu tulevan voimaan vuoden 2023 alusta (kuvio 5.1). Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on myöntänyt sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistusta tukevaan alueelliseen valmisteluun 120 miljoonaa euroa vuosiksi 2020–2021 (Valtionavustukset 2020).

Sote-uudistuksen aikataulu 2020–2022



Kuvio 5.1. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuksen aikataulu 2020–2022 (Lähde: Kuopila 2020).

Hyvinvointialueita koskevassa palvelujen rahoituksen uudistuksen valmistelussa on hyödynnetty Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) laatimia malleja, jotka huomioivat huomattavasti aiempaa paremmin alueelliset erot muun muassa asukkaiden sairastavuudessa ja sosioekonomisessa asemassa, kuten tuloissa ja koulutuksessa (Häkkinen ym. 2020). Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarvetekijöitä ja painokertoimia määritettäessä on huomioitu palveluiden käyttö päihdehäiriöiden vuoksi (HE 2019).

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja koskevissa erityislaeissa säädettäisiin jatkossa, tuleeko toiminta kokonaan vai osaksi hyvinvointialueiden hoidettavaksi (HE 2019). Näistä päihdehoitoon ja -kuntoutukseen liittyviä lakeja ja asetuksia ovat päihdehuoltolaki (1986), sosiaalihuoltolaki (2014), terveydenhuoltolaki (2010), tartuntatautiasetus (2017) ja opioidikorvaushoitoasetus (2008). Vastuu palveluiden järjestämisestä siirrettäneen sellaisenaan kunnilta hyvinvointialueille. Näiden lakien lisäksi päihdetyötä koskee laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä (2015), jossa päävastuu määriteltäneen kunnalle osana muuta kunnalle jäävää hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuuta. Myös hyvinvointialueiden edellytetään osallistuvan alueensa väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen yhteistyössä alueen kuntien kanssa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon alueelliseen uudistukseen valmistautuminen on aloitettu palvelujen sisällöllisellä kehittämisellä Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa (Sote-uudistus 2020), jota THL tukee ja koordinoi (THL 2020). Ohjelmaa toteutetaan alueellisilla kehittämishankkeilla, jotka rahoitetaan

valtionavustuksilla vuosina 2020–2022. STM myönsi Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmaa toteuttaville hankkeille valtionavustuksia yhteensä noin 70 miljoonaa euroa. (Valtionavustukset 2020). Lähes kaikissa hankkeissa on mainittu päihteitä käyttävien henkilöiden palvelujen kehittäminen. Päihdeongelmiin liittyvän varhaisvaiheen tuen ja matalan kynnyksen palvelujen kehittäminen on yleensä esitetty osana perustason mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämistä, mutta harvassa hankesuunnitelmassa on tarkemmin eritelty päihteiden käyttöön liittyviä palvelumuotoja. Joissakin suunnitelmissa on viitattu esimerkiksi huumeiden käytön lisääntymiseen tai nimetty yksityiskohtaisemmin kehitettäviä päihdepalveluja, kuten selviämisasematoimintaa tai huumeiden käyttäjien terveysneuvontatoimintaa.

Päihdehuollon erityislainsäädännöstä yleislainsäädännössä määriteltyyn päihdehoitoon ja -huoltoon?

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen liittyvän kunnan ja maakunnan välisen työnjaon määrittelyn lisäksi päihdehuoltolaissa (1986) on todettu olevan laajempain uudistamistarvetta, samoin kuin mielenterveyslaissa (1990). Kummankin lainsäädännön on todettu olevan vanhentunutta, eivätkä ne ohjaa riittävästi palvelujärjestelmää. Riittämättömän sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteistyön on arvioitu heikentävän erityisesti niiden mielenterveys- tai päihdeongelmista kärsivien palveluja, jotka tarvitsevat sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon palveluja tai monia eri palveluja. (STM 2016a.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksella pyritään peruspalvelu- ja avohoitopainotteisiin palveluihin ja palvelujen integraatioon. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen liittyvää kuntien ja hyvinvointialueiden välistä työnjakoa määrittävän erityislainsäädännön uudistuksen ei kuitenkaan arvioida vaikuttavan riittävästi integraation saavuttamiseksi mielenterveys- ja päihdepalvelujen rakenteiden tasolla. Palveluja tarvitsevien tai heidän läheistensä avun, tuen ja hoidon hakemisen on arvioitu viivästyvän, koska mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat nykyisen lainsäädännön pohjalta muusta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmästä erillisiä ja usein myös aliresursoituja. Mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvän somaattisen hoidon yhdenvertaisessa toteutumisessa on todettu olevan myös puutteita. Jotta näitä muista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista erillään olevista palvelujärjestelmistä ja aliresursoinnista johtuvia ongelmia voitaisiin ratkaista, STM on esittänyt useita eri vaihtoehtoja mielenterveys- ja päihdehuoltolakien uudistamiseksi: 1) lakien uudistaminen erillisinä erityislakeina, 2) yhdistetyn mielenterveys- ja päihdehuoltolain valmistelu, ja 3) mielenterveys- ja päihdehuoltolakien tahdosta riippumaton hoitoa koskevat säännösten siirtäminen muuhun asiakkaiden ja potilaiden

asemaa ja itsemääräämisoikeutta koskevaan lainsäädäntöön, ja mielenterveys- ja päihdetyötä koskevan muun sisällöllisen ohjauksen sisällyttäminen terveydenhuoltolakiin, sosiaalihuoltolakiin ja vammaisten palveluja koskevaan lainsäädäntöön. (STM 2016a, STM 2016b.)

Näistä kolmesta esitetystä vaihtoehdosta STM on edennyt lainsäädännön uudistuksen valmistelussa kolmannen vaihtoehdon pohjalta. STM on jo pitkään valmistellut itsemääräämisoikeuden rajoittamista koskevaa lainsäädäntöuudistusta. Tässä uudistuksessa erillisistä laeista löytyvää itsemääräämisoikeuden rajoittamista koskeva sääntely on pyritty kokoamaan yhteen lakiin ja täydennetty sitä myös niiden palvelujen osalta, joissa käytännössä rajoitetaan itsemääräämisoikeutta, mutta jotka eivät kuulu nykyisen itsemääräämisoikeutta koskevan sääntelyn piiriin. STM on valmistellut itsemääräämisoikeuden rajoittamista koskevan lainsäädäntöuudistuksen rinnalla mielenterveys- ja päihdetyötä koskevan sääntelyn uudistamista niin, että sääntely siirtyisi nykyisistä erillislaeista sosiaalihuoltolakiin ja terveydenhuoltolakiin. Ehdotettu uusi itsemääräämisoikeuden rajoittamista koskeva lainsäädäntö lähetettiin lausuntokierrokselle kesällä 2018, ja tavoitteena oli saada mielenterveys- ja päihdehuoltolakeja koskeva uudistusehdotus lausuntokierrokselle syksyllä 2018. Molempien lainsäädäntöuudistusten käsittely kuitenkin keskeytyi silloisen sote-lainsäädäntöuudistuksen kaatumiseen ja Sipilän hallituksen eroamiseen. (STM 2018, Valtioneuvosto 2019.)

Mielenterveys- ja päihdehuoltolakien uudistaminen on sisällytetty pääministeri Marinin hallituksen ohjelmaan. Niiden uudistaminen on mainittu mielenterveysstrategian valmistelun yhteydessä: ”Laaditaan aiempaa valmistelua hyödyntäen mielenterveysstrategia, joka näkee mielenterveyden pääomana, turvaa mielenterveysoikeudet ja -palvelut, linkittää ne olemassa oleviin rakenteisiin, ehkäisee itsemurhia ja vahvistaa ammattilaisten osaamista. Samalla uudistetaan mielenterveys- ja päihdelainsäädäntö.” Hallitusohjelmaan sisältyy myös useita sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttäjien itsemääräämisoikeuden vahvistamista koskevia mainintoja, mutta se ei sisällä kuitenkaan mainintaa itsemääräämisoikeuden rajoittamista koskevasta lainsäädäntöuudistuksen kokonaisuudesta. (Osallistava ja osaava Suomi 2019.) Mielenterveys- ja päihdehuoltolakien uudistaminen sekä itsemääräämisoikeuden rajoittamista koskeva lainsäädäntöuudistus eivät ole toistaiseksi edenneet laajan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta koskevan lainsäädäntövalmistelun (HE 2019) vuoksi.

Strateginen ohjelmaohjaus

Marinin hallitusohjelmaan (Osallistava ja osaava Suomi 2019) sisältyvä ja vuoteen 2030 ulottuva mielenterveysstrategia (2020) valmistui vuoden 2020 alussa. Strategialla pyritään mielenterveyspolitiikan ja siihen liittyvien toimenpiteiden jatkuvuuden, tavoitteellisuuden ja yli hallituskausien ulottuvan ajantasaisuuden varmistamiseen. Strategiassa linjataan viisi mielenterveyspoliittista painopistettä: mielenterveyspääomana, lasten ja nuorten mielenterveyden rakentuminen arjessa, mielenterveysoikeudet, ihmisten tarpeiden mukaiset, laaja-alaiset palvelut sekä hyvä mielenterveysjohtaminen. Strategia sisältää myös ehdotukset tavoitteiden saavuttamiseksi. Strategia sivuaa ehkäisevää päihdetyötä ja kattaa päihdepalvelut.

Mielenterveysstrategian ensimmäinen painopiste korostaa sitä, että mielenterveys vaikuttaa kaikkeen, ja on pääomaa, josta pidetään huolta ja johon sijoitetaan. Toinen painopiste tuo esille sen, että lapsuuden ja nuoruuden kasvuolosuhteet vaikuttavat merkittävästi mielenterveyteen ja hyvän mielenterveyden rakentumista on tuettava varhaislapsuudesta lähtien. Kolmas painopiste, mielenterveysoikeudet, painottaa työtä mielenterveysongelmiin kohdistuvien ennakkoluulojen, syrjinnän, virheellisten käsitysten ja vastakkainasettelun lopettamiseksi. Neljäs painopiste tähdentää, että laaja-alaisen, yhteen sovitettujen ja helposti saatavilla olevien palvelujen pitää vastata ihmisen tarpeita. Itse ongelmia kokevien rinnalla on palvelujen suunnittelussa huomioitava myös omaiset. Viides painopiste koskee suunnitelmallista ja tietoon perustuvaa, hallinnolliset rajat ylittävää mielenterveysjohtamista.

Mielenterveysstrategian tavoitteiden mukaisia toimenpiteitä toteutetaan muun muassa osana Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmaa. Lisäksi STM avasi mielenterveysstrategian toteutumista tukevat erilliset valtionavustushaut kesällä 2020. Valtionavustuksia oli haettavana mielenterveysosaamisen vahvistamiseen kunnissa (STM 2020a), itsemurhien ehkäisyyn (STM 2020b) ja työelämään kuntouttavien mielenterveyspalvelujen pilotointiin (STM 2020c). Valtionavustusten hakuilmoituksessa on todettu, että mielenterveysosaamiseen sisältyy myös päihdeosaaminen. Päihteitä ei ole erikseen mainittu itsemurhien ehkäisyyn liittyvässä valtionavustushaussa, mutta päihteiden ongelmakäyttöä on tarkasteltu itsemurhien ehkäisyohjelmassa. Siinä on painotettu, että päihtyneiden tai päihde- ja riippuvuusongelmista kärsivien itsemurhavaaran vakavuutta arvioidaan kuten muillakin itsemurhavaarassa olevilla (Mielenterveysstrategia 2020). Työelämään kuntouttavasta IPS -toimintamallista (Individual Placement and Support eli Sijoita ja valmenna -toimintamalli) on saatu hyviä työllistymistuloksia skitsofreniaan, kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön tai depression sairastuneiden lisäksi persoonallisuushäiriö-, päihdehäiriö- ja autismitkirjon häiriö -diagnoosien saaneiden keskuudessa (Raivio ym. 2020).

Mielenterveysstrategian rinnalla muita päihteisiin liittyviä strategisia välineitä ovat vuoteen 2025 ulottuva Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma (THL 2020c), joka pohjautuu lakiin ehkäisevän päihdetyön toimeenpanosta (2015), sekä

päihde- ja riippuvuusstrategia, jota on valmisteltu sateenvarjomaisena strategisena kokonaisuutena. Päihde- ja riippuvuusstrategialla on viisi painopistettä: 1) vahvistetaan päihteitä käyttävien, riippuvuushaittoja kokevien ja päihdepalveluiden piirissä olevien ihmisten sekä heidän läheistensä oikeuksien toteutumista, 2) vahvistetaan yhteistyötä, tiedonkulkua, asiantuntemusta ja tietoperustaa, 3) tehostetaan alkoholi-, tupakka- ja nikotiini, huumausaine- ja rahapelipoliittisia toimia, 4) varmistetaan ehkäisevän päihdetyön ja päihde- ja riippuvuuspalveluiden laatu, saavutettavuus ja saatavuus, ja 5) varmistetaan päihde- ja riippuvuusasiantuntemus ja yhteistyövaltionneuvostotasolla.



Kuvio 5.2. Päihde- ja riippuvuustyön strateginen ohjaus ja strategian suhde muihin ohjelmiin ja strategioihin (Lähde: Kotovirta ym. 2021).

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelmalla on kuusi painopistettä: 1) ehkäisevän päihdetyön valtakunnalliset, alueelliset ja paikalliset rakenteet ovat kunnossa, 2) haitoista viestitään tutkittuun tietoon perustuen yksilöiden valintojen ja sosiaali- ja terveystieteiden tueksi, 3) riskikäyttö ja haitat tunnistetaan sekä tukea tarjotaan varhaisessa vaiheessa, 4) paikallista alkoholi-, tupakka- ja rahapelipolitiikkaa toteutetaan suunnitellusti ja laajassa yhteistyössä, 5) haittojen ehkäisyyn panostetaan lähiyhteisöissä, ja 6) ammattilaisilla on riittävästi ehkäisevän päihdetyön osaamista. (THL 2020c.) Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelman puoliväliarviointi on valmistunut keväällä 2021 (Markkula ym. 2021).

Päihde- ja riippuvuusstrategia (Kotovirta ym. 2021) sisältää ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelmaan liittyviä painotuksia, huumausainepoliittisen valtioneuvoston periaatepäätöksen ja rahapelipoliittisen ohjelman valmisteluun liittyviä periaatteita sekä alkoholilain väliarviointiin, päihdehuoltolain uudistukseen ja tupakkapoliittiseen työryhmään liittyviä kirjauksia.

Päihdepalvelujen kehityksen suunta sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ja strategisen ohjauksen viitoittamana

Päihdepalvelujen tulevaisuutta ohjaavat normiohjaus, strateginen ja resurssiohjaus sekä tieto-ohjaus ovat tällä hetkellä muutoksessa (kuvio 5.3). Tämä asettaa suuria vaatimuksia muutosten toimeenpanolle. Vaikka normiohjauksen osalta ei ole vielä tämän artikkelin kirjoittamisen ajankohtana tiedossa se, eteneekö sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus Marinin hallituksen antaman HE:n (2019) mukaisesti, seuraavassa pohditaan kuitenkin sen pohjalta päihdepalvelujen kehityssuuntaa. Normiohjauksen, strategisen ja resurssiohjauksen rinnalla on huolehdittava myös siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevä henkilöstö muuttaa toimintatapojaan. Tieto-ohjaus on yksi työväline siihen.

Normiohjaus			
HE sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksesta, joka on noin 40 lain kokonaisuus. Merkittävimpiä ova sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen, pelastustoimen järjestäminen, maakuntajako, maakuntien hallinnon ja talouden järjestäminen, maakuntien rahoitus, ja kuntien valti-onosuusjärjestelmän muuttaminen.	Sote-100 -kokonaisuudessa substanssilakien ja -asetusten päivittäminen. Päihdetyötä koskevat mm. päihdehuoltolaki, sosiaalihuoltolaki, terveydenhuoltolaki, laki ehkäisevän päihdetyön toimeenpanosta, opioidikorvaushoitoasetus, tartuntatauti-laki- ja asetukset.	Mielenterveys- ja päihdehuoltola-kien laajempi uudistus, jossa toden-näköisimpänä etenemisvaihtoehtona mielenterveys- ja päihdehuoltola-kien tahdosta riippumatonta hoitoa koskevien säännösten siirtäminen muuhun asiakkaiden ja potilaiden asemaa ja itsemääräämisoikeutta koskevaan lainsäädäntöön, ja mie- lenterveys- ja päihdetyötä koskevan muun sisällöllisen ohjauksen sisällyt-täminen terveydenhuoltolakiin, sosi-aalihuoltolakiin ja vammaisten palve-luja koskevaan lainsäädäntöön.	
Resurssi-ohjaus			
Nykyllänsäädännön mukaiset val-tionosuudet kunnille hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä sosi-aali- ja terveyspalvelujen järjestä-miseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudis-tuksen edetessä valtionosuuksien laskentaperusteet muuttuvat ja kun-tien käyttötalousmenoista siirtyy noin puolet hyvinvointialueille. Kun-nille jää päävastuu kunnan väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämi-sestä.	Erilliset kehittämishankerahoitukset, mm. sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta tukevat rahoitukset: tule-vaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -hankkeet sekä rakenteellisen uudis-tamisen tuki. Lisäksi mm. mielen-terveysstrategian toimeenpanon rahoit-tushaut: mielenterveysosaamisen vahvistaminen kunnissa, työelämään kuntouttavien mielenterveyspalve-lujen ”IPS - sijoita ja valmenna”, itse-murhien ehkäisy.	Joitakin kohdennettuja erillisrahoi-tuksia joko toiminnan kehittämiseen tai ylläpitämiseen (mm. päihteitä käyttävien raskaana olevien naisten ja vauvaperheiden palvelujen kehit-täminen).	
Strateginen ohjelmaohjaus			
Päihde- ja riippuvuusstra- tegia (2021–2030), sisältää alkoholi-, huume, tupakka- ja rahapelihaittojen ehkäi- syn strategiset linjaukset.	Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma vuoteen 2025 (sisältyy Päihde- ja riippuvuus-strategiaan).	Muita päihde- ja riippu- vuusstrategiaan liittyviä strategisen ohjauksen kei- noja: Valtioneuvoston peri- aatepäätös huumausaine- politiikasta (valmisteilla hallituskauden 2021–2023 aikana), Rahapelipoliitti- nen ohjelma (valmisteilla, vuoteen 2030), Tupakka- työryhmän työ.	Mielenterveysstrategia vuo- teen 2030. Linjaukset pal- velujen osalta ohjaavat päihdepalvelujen kehit-tämistä.
Tieto-ohjaus			
STM:n terveydenhuollon palveluvali- koimaneuvoston suositukset	Duodecimin Käypä hoito -suositukset	Muu asiantuntijatyöhön perustuva tieto-ohjaus: mm. hepatiitti C-strate- gia ja hoitopolku, opioidikorvaushoi- don käytännön opas	

Kuvio 5.3. Päihdepalvelujen muutosta ohjaavia lainsäädännön, strategisen ja resurssiohjauksen sekä tieto-ohjauksen välineitä.

Nykyiset päihdehuollon erityispalvelut ovat säilyttäneet päihdehuoltolaissa niille määritellyt lähtökohtansa: vapaaehtoisuus, avohoito, avohoidon maksuttomuus asiakkaalle ja moniammatillisen työorientaation pohjalta integroidut palvelut. Palvelujen järjestämisessä painotetaan niiden helppoa saavutettavuutta, joustavuutta ja monipuolisuutta. Päihdehuoltolain mukaan erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettujen palvelujen rinnalla painotetaan sitä, että on kehitettävä yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, joiden piirissä pitää pystyä hoitamaan riittävästi päihteiden ongelmakäyttäjii sekä tarvittaessa ohjaamaan avun ja tuen tarpeessa olevia henkilöitä erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettujen palvelujen piiriin.

Suomeen ei ole kuitenkaan rakentunut päihdehuoltolain pohjalta yhtenäistä päihdehuollon erityispalvelujärjestelmää, vaan palveluiden järjestämistapa vaihtelee kunnan koon ja sijainnin mukaan. Esimerkiksi päihteiden käyttäjien hoitoon keskittyneitä, perustasolla toimivia päihdehuollon avopalveluja voidaan tuottaa kunnallisina A-klinikkapalveluina tai yhdistettyinä perustasolla toimivina mielenterveys- ja päihdepalveluina, kuntayhtymien tuottamina vastaavina palveluina tai niitä voidaan hankkia erilaisin hankintasopimuksin päihdeongelmien hoitoon erikoistuneilta palveluja tuottavilta järjestö- tai säätiöpohjaisilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Ympäri vuorokautisten palvelujen käytössä on maantieteellisiä eroja siten, että päihdesairauksiin liittyvää terveydenhuollon vuodeosastohoitoa käytetään Suomen pohjoisissa ja itäisissä osissa enemmän, kun taas maan etelä- ja keskiosissa käytetään päihdeongelmien hoitoon erikoistuneita päihdehuollon laitospalveluja (THL 2020d). Yhdenvertaisesti ja helposti saatavilla olevien monipuolisten päihdepalveluiden parantaminen vaatii palvelujen kehittämistä.

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskuksen palveluille on asetettu samantyyppisiä lähtökohtia kuin päihdehuoltolaissa: tärkeää on palvelujen helppo tavoitettavuus, monipuoliset palvelut ja moniammatillinen työskentelyote. Palvelujen saavutavuutta parannetaan ottamalla käyttöön digi- ja mobiilipalveluja ja laajentamalla viikonloppu- ja iltavastaanotto toimintaa sekä lisäämällä matalan kynnyksen palvelupisteitä. Palvelujen painopistettä siirretään erikoissairaanhoidosta perustasolle ja vahvistetaan ongelmia ja sairauksia ehkäisevää työtä. Sosiaalihuollon roolia painotetaan aiempaa vahvemmin. Asiakasta palvelevat moniammatilliset tiimit, ja sosiaali- ja terveyskeskuksessa työskentelevien tukena ovat erikoistason konsultaatiot. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskuksen tarjoamat perustason päihde- ja mielenterveyspalvelut on suunniteltu toteutettavaksi valtavirtaistamisen periaatteella ja vahvistuen ongelmien ehkäisyä ja varhaisvaiheen tunnistamista. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusten odotetaan myös helpottavan päihde- ja mielenterveyshäiriöiden vuoksi hoidossa olevien sosiaalisten ongelmien ja somaattisten sairauksien hoitoa, kun palvelujen välillä tehtävää yhteistyötä ja palveluketjujen sujuvuutta lisätään. Erikoissairaanhoidon edellytetään tukevan sosiaali- ja terveyskeskuksissa toteutettavaa hoitoa.

Useat tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskuksen palvelujen tavoitteet tai periaatteet ovat sinänsä hyviä lähtökohtia päihteiden käyttäjien varhaisen tuen, hoidon

ja kuntoutuksen parantamiseksi. Valtavirtaistaminen on verrattavissa päihdehuoltolaissa mainittuun yleisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittämiseen päihdeongelmien hoidon osana. Hyvinvointialueiden on mahdollista koota päihdeongelmiin liittyvää hoidon asiantuntijuutta paremmin kuin nykyisin kuntatasolla. Päihdeongelmien hoidossa tarvittavaa sosiaali- ja terveydenhuollon erityisosamista yhdistävää asiantuntijuutta ei kuitenkaan välttämättä löydy erikoissairaanhoidosta, vaan siihen tarvitaan nykyisiä päihdehuollon erityispalveluja tuottavien ja palveluja kehittävien toimijoiden moniammatillista asiantuntijuutta.

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden kehittämistyössä on tärkeä hyödyntää valtakunnallisia suosituksia. Nykyiset suositukset painottuvat terveydenhuoltoon. Käypä hoito (2020) -suositukset sisältävät kolme päihdelääketieteen suositusta: Alkoholi-ongelman hoito, Huume-ongelman hoito, Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston (Palko 2020) suositukset sisältävät kesällä 2020 julkaistun alkoholiriippuvuuden hoidon ja kuntoutuksen psykososiaalisten menetelmien suosituksen, ja valmiiteilla on huume- ja lääkeriippuvuuden hoidon ja kuntoutuksen psykososiaalisten menetelmien suositus. Näiden suositusten lisäksi hyödynnettävänä on hoitomuotoihin liittyviä tarkempia ohjeita esimerkiksi opioidikorvaushoidosta (Halme 2020) ja hepatiitti-C-tartuntojen hoidosta (STM 2016c, THL 2019). Päihdeongelmiin liittyvien haittojen vähentämiseen, hoitoon ja kuntoutukseen tarvitaan kuitenkin terveydenhuollon asiantuntemuksen rinnalla vahvaa sosiaalityön asiantuntemusta.

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteissä voidaan tarjota aiempaa enemmän apua ja tukea päihdeongelmien varhaisvaiheessa ennen riippuvuuden syvenymistä ja ongelmien kasautumista lisäämällä päihteiden käytön puheeksi ottamista ja mini-intervention käyttöä kaikissa perustason sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Se vaatii onnistuakseen henkilöstön koulutusta sekä tehtyjen toimenpiteiden kirjaamisen tehostamista ja seurantaan (Kesänen ym. 2020). Päihdeongelmien varhaisen tunnistamisen ja tuen antamisen lisääminen ei kuitenkaan poista tarvetta päihdeongelmien hoitoon erikoistuneisiin palveluihin, vaan niitä tullaan tarvitsemaan edelleen.

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden työ nojautuu voimassa olevaan lainsäädäntöön. Sisältölainsäädäntöä päivitetään alueellisen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen edetessä hyvinvointialueille siirtyvän palvelujen järjestämisvastuun mukaisesti. Päihdehuoltolain lisäksi päihdeongelmien hoitoa koskevaa säätelyä sisältyy jo nykyisellään terveydenhuoltolakiin (2010) ja sosiaalihuoltolakiin (2014) sekä asetustasolla opioidikorvaushoitoa koskevaan asetukseen (2018) ja tartuntatautiasetukseen (2017). Terveydenhuoltolaissa ja sosiaalihuoltolaissa määriteltyyn päihdetyöhön on sisällytetty ohjauksen ja neuvonnan lisäksi päihdeongelmista kärsiville tarkoitettua kyseisen lain piiriin kuuluvat tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalvelut tai sosiaalihuollon palvelut. Päihdehuoltolain ja mielenterveyslain laajemman uudistuksen yhteydessä voitaneen tarkemmin määritellä se, mitä näillä palveluilla tarkoitetaan alkaen päihteiden käytön ongelmien varhaisesta tunnistamisesta ja

ulottuen vaikeasta päihderiippuvuudesta kärsivien apuun, tukeen, hoivaan, hoitoon ja kuntoutukseen. Nykyisillä määrittelyillä päihteiden ongelmakäytöstä kärsivien henkilöiden palvelujen tarpeiden kokonaisuus jää hajanaiseksi ja hahmottomammaksi. Lakien ja asetusten päivittämisen lisäksi on hyödynnettävä ja edelleen kehitettävä päihdepalveluja koskevia valtakunnallisia ohjeita ja suosituksia. Vaikka huumeiden käyttäjien terveysneuvonta ja pistosvälineiden vaihto on määritelty STM:n asetuksella, terveysneuvontatyön hyvien käytäntöjen valtakunnallisista ohjeista olisi hyötyä palvelun kehittämisessä osana tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusta.

Ohjelma- ja strategiaohjauksesta voi hakea tukea laadukkaalle ehkäisevälle päihdetyölle ja päihdepalvelujen järjestämiselle. Mielenterveysstrategian viisi linjasta soveltuvat hyvin hyödynnettäviksi päihdetyön ja päihdepalvelujen kehittämisessä. Hyvä mielenterveys on pääomaa, johon päihteiden käyttö vaikuttaa monella tavalla, ei vain terveysriskinä, vaan moniulotteisesti myös sosiaaliseen hyvinvointiin vaikuttavana tekijänä. Päihteiden käytöllä on vaikutuksia lapseen jo sikiöajasta ja varhaislapsuudesta alkaen vanhempien päihteiden käytön myötä. Lapsuuden kokemukset vaikuttavat nuoren omaan hyvinvointiin ja kasvuun ja hänen omaan päihteiden käyttöönsä. Mielenterveysoikeuksia voidaan vahvistaa päihde- ja mielenterveyshäiriöihin liittyvän stigman vastaisella toiminnalla. Vuoden 2019 Mielenterveysbarometrin mukaan 23 % ei haluaisi naapurikseen mielenterveyskuntoutujaa, 62 % ei haluaisi naapurikseen alkoholista ja 81 % ei haluaisi naapurikseen huumeiden käyttäjää (Mielenterveysstrategia 2020). Työtä huume- ja muihin päihdeongelmiin liittyvän stigman vähentämiseksi todella tarvitaan. Asiakkaiden tarpeiden mukaiset laaja-alaiset palvelut koskevat niin mielenterveys- kuin päihdepalveluja. Hyvä, kokonaisvaltainen mielenterveysjohtaminen sisältää myös laaja-alaisen ymmärryksen niin päihteiden käytöstä kuin sen taustalla vaikuttavista yhteiskunnallisista, psykososiaalisista ja kulttuurisista ilmiöistä.

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma toteuttaa ehkäisevää päihdetyötä sen kuuden painopisteen mukaisesti. Ehkäisevä päihdetyö on vaikuttavaa, kun sillä on toimivat rakenteet, se pohjautuu tutkimustietoon ja nojautuu henkilökunnan hyvään osaamiseen. Sen avulla toteutetaan varhaisvaiheen yksilöllisiä interventiota ja paikallistoiminnassa on mukana eri toimijoita, joilla on yhteiset tavoitteet. Yksi mielenterveysstrategian ja ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelman yhteinen iso haaste on lisätä tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusten henkilöstön päihde- ja mielenterveystyön osaamista. Tähän on myös suunnattu Mielenterveysstrategian toimeenpanossa hankerahoitusta.

STM:n valmistelemalla päihde- ja riippuvuusstrategialla (Kotovirta ym. 2021) voidaan selkiyttää erillisiin tupakka-, alkoholi-, huume- ja rahapelipolitiikkalinjauksiin perustuvaa päihde- ja riippuvuustyötä. Muilla siihen sisältyvillä ohjausvälineillä, kuten valmisteltavalla rahapelipoliittisella ohjelmalla (STM 2021) ja valtioneuvoston periaatepäätöksellä huumausainepolitiikasta, tarkennetaan näillä politiikkasektoreilla tehtävää työtä.

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusten kehittämistyölle asetetut tavoitteet voivat auttaa parantamaan myös päihdeongelmiin vastaavia palveluja. Alueellinen päihdeongelmiin vastaavien palvelujen kokoaminen parantaa päihdepalveluiden yhdenvertaista saatavuutta, oikea-aikaisuutta ja jatkuvuutta ja lisää yksilöiden käytettävissä olevaa palveluvalikoimaa hyvinvointialueilla. Palveluiden saavutettavuus ja matalakynnyksisyys on keskeistä myös päihdepalveluille. Toiminnan painotuksen siirtäminen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakoivaan työhön korostaa varhaisvaiheen interventioiden tärkeyttä ja voi auttaa lisäämään esimerkiksi päihteiden käyttöön liittyvän mini-intervention käyttöä. Ehkäisevä päihdetyö vaatii tulevien hyvinvointialueiden ja kuntien välistä hyvää yhteistyötä.

Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen tarkoittaa vaikuttavien hoitomenetelmien käyttöä, hyvän hoitosuhteen merkitystä toipumiselle sekä vertaistuen tuomista ammatillisen hoidon ja kuntoutuksen yhteyteen. Palveluiden monialaisuuden ja yhteen toimivuuden varmistaminen on välttämätöntä vaikeasta päihdeongelmasta toipumisen usein pitkässä ja monivaiheisessa prosessissa. Päihteiden käytöstä aiheutuvan palveluntarpeesta ja palvelujen käytöstä aiheutuvien kustannusten nousun hillitseminen on mahdollista, kun onnistutaan matalakynnyksisten ja osin myös digitaalisuutta hyödyntävien palvelujen kehittämisessä.

Muutosta on myös pysyttävä seuraamaan, mikä korostaa erityisesti tietojärjestelmiin toiminnan kirjaamisen tärkeyttä. Tiedolla johtaminen onnistuu silloin, kun käytettävissä on monipuoliset, laadukkaat ja kattavat seurantatiedot.

Haasteena muutosten ja vaikutusten arviointi – paranevatko päihteitä käyttävien palvelut?

Päihteitä käyttävien ja heidän läheistensä avun, tuen, hoidon ja kuntoutuksen tarpeisiin vastaavia palveluja ollaan kehittämässä monella tavoin osana laajaa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta lainsäädännön ja resurssiohjauksen keinoin. Mikäli sosiaali- ja terveydenhuollon alueellinen uudistus etenee Marinin hallitusohjelman pohjalta tehdyn esityksen (HE 2019) mukaisesti, palvelujen odotetaan muuttuvan helpommin ja varhaisemmassa vaiheessa saavutettavaksi, laadukkaammiksi ja moniammatillista osaamista kokoaviksi. Lisäksi palveluiden yhdenvertaisuuden odotetaan uudistusten myötä kohenevan ja odotuksia on myös aikaisempaa kustannustehokkaammalle palvelutuotannolle.

Strategisen ja tieto-ohjauksen keinot eivät ole kytköksissä alueelliseen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen, joten ne voivat olla osaltaan edistämässä päihdehoidon laatua laajemmasta rakenteellisesta uudistuksesta riippumatta. Strategisen ohjauksen vaikuttavuus riippuu kuitenkin siitä, miten ja millaisilla resursseilla strategioita pystytään toimeenpanemaan. Tieto-ohjaus edellyttää myös toimeenpanoa. Kirjoitetut suositukset eivät muutu itsestään arjen työn hyväksi käytännöiksi, vaan

siihen tarvitaan henkilökunnan koulutusta, resursseja suositusten mukaisen työn tekemiseen sekä myös työn arviointia.

Isona haasteena monien samanaikaisesti tapahtuvien muutosten osalta on se, miten kyetään arvioimaan tavoitteisiin pääsyä ja niiden toteutumista. Saavatko päihkeitä käyttävät kansalaiset uudenaikaisessa palvelujärjestelmässä parempia ja tarpeisiinsa oikea-aikaisesti vastaavia palveluja?

Palvelujen saatavuutta, käyttöä ja vaikuttavuutta koskevalla rekisteritutkimuksella voidaan yrittää arvioida päihdeongelmiin liittyvien palvelujen muutoksia. Lisäksi tarvitaan kuitenkin laajempaa ja monitasoisempaa muutoksen toimeenpääntöön sekä muuttuvaan palvelujärjestelmään liittyvää vaikuttavuustutkimusta. Arvioinnin haasteellisuudesta voi saada kuvaa tarkastelemalla esimerkiksi terveydenhuollon menetelmien implementaatiotutkimusta (Sipilä ym. 2016). Esimerkiksi kansallisia Käypä hoito -suosituksia on tarkasteltu tieto-ohjauksena terveydenhuollon implementaatiotutkimuksen näkökulmasta matriisimuotoisella viitekehysellä, jossa oli määritelty seitsemän arviointikohdetta. Siinä arvioitiin hoitosuosituksen luotettavuutta ja pätevyyttä, implementoinnin edellytyksiä ja toteutusta, muutoksia tiedoissa, taidoissa ja asenteissa sekä muutoksia toimintatavoissa ja prosesseissa, potilaiden terveydessä sekä väestön terveydessä.

Implementaatiotutkimuksella on suuria haasteita, kun tieto-ohjauksen rinnalla on samanaikaisesti muutoksessa niin lainsäädäntö, strategia- kuin resurssiohjauskin. Terveydenhuollon tutkimuksen rinnalla tarvitaan sosiaalihuollon tutkimusta, ja eri tieteenalojen yhdessä tuottamaa nykyistä laaja-alaisempaa tutkimustietoa. Implementaatiotutkimuksen monimuotoinen viitekehys tarjoaa kuitenkin yhden mahdollisen kehikon sen arviointiin, miten palvelujärjestelmän muutos onnistuu päihdeongelmiin liittyvien haittojen vähentämisessä, hoidossa ja kuntoutuksessa ja mitkä asiat vaikuttavat muutoksen toteutumiseen. Tätä varten tarvitaan moniulotteista ja pitkäjänteistä päihdepalvelujärjestelmän tutkimusta.

Kirjallisuus

Ehkäisevän päihdetyön järjestäminen (2015) Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150523>

Halme, Saara (toim.) (2020) Opioidikorvaushoidon käytännön opas. Mielenterveyshallituksen verkkopalvelu. <https://www.mielenterveyshallitus.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/korvaushoito/Pages/default.aspx> (luettu 6.10.2020).

HE (2019) Hallituksen esitys eduskunnalle sote-maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi. STM055:00/2019 Säädösvalmistelu. <https://soteuudistus.fi/lakiluonnos-15.6.2020>

Häkkinen, Unto & Holster, Tuukka & Haula, Taru & Kapiainen, Satu & Kokko, Petra & Korajoki, Merja & Mäklin, Suvi & Nguyen, Lien & Puroharju, Tuuli & Peltola, Mikko (2020) Sote-rahoituksen tarvevakiointi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 6/2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-483-7>

Irtolaislaki (1936) Irtolaislaki 57/1936. Säädosmuutosten hakemisto. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1936/19360057?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=irtolaislaki>

Kesänen, Minna & Strand Teija (2020) Mini-interventio auttaa, rakenteinen kirjaaminen kannattaa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tiedä & toimi. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020060139892>

Kotovirta, Elina & Markkula, Jaana & Pajula, Mari & Paavola, Meri & Honkanen, Reetta & Tuominen, Ismo (2021) Päihde- ja riippuvuusstrategia. Suuntaviivat yhteiselle kehittämistyölle vuoteen 2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:17. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163002/STM_2021_17.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kuopila, Antti (2020) Ajankohtaista sote-uudistuksesta ja rakennehankkeista. Esitys Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -hankkeen Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Yhteistyöryhmässä 18.11.2020.

Käypä hoito (2020) Päihdelääketiede. Sisältää kolme suositusta: Alkoholiongelmaisen hoito, Huumeongelmaisen hoito, Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. <https://www.kaypahoito.fi/suositukset?erikoisala=2455>

Laki päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huollosta (1961) Laki päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huollosta 96/1961. Säädosmuutosten hakemisto. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1961/19610096>

Markkula, Jaana & Rapeli, Saara & Kempainen, Johanna & Kotovirta, Elina (2021) Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma – Väliarviointi ja tehostettavat toimet vuoteen 2025. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2021:3. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163001/STM_2021_13_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Mielenterveyslaki (1990). Mielenterveyslaki 1116/1990. Ajantasainen lainsäädäntö. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mielenterveysstrategia (2020) Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7>

Opioidikorvaushoitoasetus (2008) Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 33/2008. Ajantasainen lainsäädäntö. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080033>

Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta (2019) Sanna Marinin hallitusohjelma. <https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma>

Palko (2020) Terveydenhuollon palveluvalikoima. Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://palveluvalikoima.fi/etusivu> (luettu 6.10.2020).

Partanen, Airi & Kuussaari, Kristiina (2019) Päihdeongelmaisten palvelujärjestelmä muokkautuu yhteiskunnallisten muutosten myötä. Teoksessa Pehkonen, Aini & Kekoni, Taru & Kuusisto, Katja (toim.) Oikeus päihdehuoltoon. Tampere: Vastapaino, 315–347.

Päihdehuoltolaki (1986) Päihdehuoltolaki 41/1986. Ajantasainen lainsäädäntö. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>

Raivio, Helka & Appelqvist-Schmidlechner, Kaija (2020) IPS – Sijoita ja valmenna! -kehittämishanke: Ohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:12. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9870-4>

Sipilä, Raija & Mäntyranta, Taina & Mäkelä, Marjukka & Komulainen, Jorma & Kaila, Minna (2016) Implementointia suomeksi. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2016;132(9):850-7. <https://www.duodecimlehti.fi/duo13109>

Sosiaalihuoltolaki (2014) Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Ajantasainen lainsäädäntö. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>

Sote-uudistus (2020) Sote-uudistus -verkkosivu. <https://soteuudistus.fi/etusivu> (luettu 28.9.2020)

STM (2016a). Arviomuistio: mielenterveyslain ja päihdehuoltolain palvelut 18.1.2016. STM. <https://stm.fi/documents/1271139/1977545/Arviomuistio+mielenterveyslain+ja+p%C3%A4ihdehuoltolain+palvelut.pdf/22c2f719-e424-4c80-81fa-6caf7c9e2d7e>

STM (2016b). Arviomuistio: tahdosta riippumaton hoito ja pakkotoimet mielenterveyslaissa, päihdehuoltolaissa ja muussa sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä 21.1.2016. <https://stm.fi/documents/1271139/1977545/Arviomuistio+rajoitustoimenpiteet+ja+tahdosta+riippumaton+hoito.pdf/c50a7a3c-5610-48df-91bd-7ad3798a424a>

STM (2016c). Suomen C-hepatiittistrategia 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriö, Raportteja ja muistioita 2016:63. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3845-8>

STM (2018). Itsemääräämisoikeutta koskevia lakeja lausunnolle. STM 6.7.2018, tiedote 106/2018. <https://stm.fi/-/itsemaaramisoikeutta-seka-mielenterveys-ja-paihdepalveluja-koskeva-laajalakipaketti-lausunnolle> (luettu 28.9.2020).

STM (2020a) Mielenterveysosaamisen vahvistaminen kunnissa. STM:n vuoden 2020 valtioavustushaut. STM:n verkkosivu. <https://stm.fi/rahoitus-ja-avustukset/valtionavustukset/vuoden-2020-valtionavustushaut#Mielenterveysosaamisen%20vahvistaminen%20kunnissa> (luettu 5.10.2020).

STM (2020b) Itsemurhien ehkäisy. STM:n vuoden 2020 valtioavustushaut. STM:n verkkosivu. <https://stm.fi/rahoitus-ja-avustukset/valtionavustukset/vuoden-2020-valtionavustushaut#Itsemurhien%20ehka%C3%A4isy> (viitattu 5.10.2020).

STM (2020c) Työelämään kuntouttavien mielenterveyspalvelujen ”IPS - sijoita ja valmenna!” -kehittämistä toteuttavat hankkeet. STM:n vuoden 2020 valtioavustushaut. STM:n verkkosivu. <https://stm.fi/rahoitus-ja-avustukset/valtionavustukset/vuoden-2020-valtionavustushaut#Ty%C3%B6el%C3%A4m%C3%A4n%20kuntouttavien%20mielenterveyspalvelujen%20E2%80%9DIPS%20-%20sijoita%20ja%20valmenna!%E2%80%9D%20-kehitt%C3%A4mist%C3%A4%20toteuttavat%20hankkeet> (luettu 5.10.2020).

STM (2021) Vuoteen 2030 ulottuvan rahapelipoliittisen ohjelman valmistelu käyntiin. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 23.3.2021. <https://stm.fi/-/vuoteen-2030-ulottuvan-rahapelipoliittisen-ohjelman-valmistelu-kayntiin> (luettu 1.4.2021).

Tartuntatautiasetus (2017) Valtioneuvoston asetus tartuntataudeista 146/2017. Ajantasainen lainsäädäntö. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170146>

Terveydenhuoltolaki (2010) Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Ajantasainen lainsäädäntö. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

THL (2019) C-hepatiitin hoitopolku: Maksasairauden hoidosta infektion eliminaatioon. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Ohjaus 4/2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-324-3>

THL (2020a) Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivu. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus> (luettu 1.1.2020).

THL (2020b) Kansallinen mielenterveysstrategia. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivu. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kansallinen-mielenterveysstrategia> (luettu 30.9.2020).

THL (2020c) Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivu. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/ehkaisevan-paihde-tyon-toimintaohjelma> (luettu 5.10.2020).

THL (2020c) Tietoikkuna, päihdepalvelut. THL:n verkkopalvelu. <https://proto.thl.fi/tietoikkuna/fi/#/chart?previousView=chart&serviceAreaId=13> (luettu 6.10.2020).

Valtioavustukset (2020). Valtionavustukset. Sote-uudistuksen verkkosivu. <https://soteuudistus.fi/valtiovavustushaut> (luettu 30.11.2020).

Valtioneuvosto (2019) Pääministeri Juha Sipilä jätti hallituksensa eronpyynnön - hallitus jatkaa toimitusministeristönä. Valtioneuvoston tiedote 8.3.2019. <https://valtioneuvosto.fi/-/10616/paaministeri-juha-sipila-jatti-hallituksensa-eronpyynnnon-hallitus-jatkaa-toimitusministeristona> (luettu 30.9.2020).

6 Yhteiskunnan muutos ja päihdepalveluiden tutkimus

Olavi Kaukonen ja Kristiina Kuussaari

Käsillä olevan kokoelman tausta ja lähtökohdat ovat vuoden 2019 Päihdetapauskannan suunnittelussa ja aineiston valmistumisessa. Päihdetapauskannat ovat olleet merkityksellisiä erityisesti sen takia, että ne ovat olleet suhteellisen kustannustehokas keino saada tietoa sosiaali- ja terveystapauskannan päihdehaittoihin liittyvästä asioinnista etenkin siinä vaiheessa, kun suuresta osasta avopalveluita ei vielä kertynyt lainkaan päihdehaittoihin liittyvää rekisteritietoa.

Jo tutkimusaineiston keruun vaiheessa kävi ilmeiseksi, että maailma on muuttunut – pääosin positiiviseen suuntaan, kun kansalaisten itseään koskevien tietojen omistajuutta varjeleva tietosuojalaki oli tullut voimaan (2018). Vaikka laskennassa kerättävät tiedot ovat anonyymeja, voimaan tullut lain tulkinta edellytti, että tiedot tuli kerätä siten, että asiakas oli mukana tietojen keruutilanteessa. Aikaisemmista tiedonkeruista poiketen nyt kerättiin lukumäärätietoja myös tutkimuksesta kieltäytyneistä. Näin saatiin enemmän tietoa tutkimuksen kadon ja luotettavuuden tulkinnan tueksi.

Haasteelliseksi osoittautui jo aikaisemmissakin laskennoissa tunnistettu puute ajantasaisesta ja laadukkaasta sosiaali- ja terveydenhuollon toimipaikkarekisteristä. Sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköitä perustetaan ja lakkautetaan jatkuvasti. Sen lisäksi yksiköiden nimet muuttuvat ja toimipaikkojen osoitteet vaihtuvat. Nimi- ja osoitetietojen kerääminen useista eri tietolähteistä on aikaa vievä ja työläs prosessi, ja varsin altis erilaisille haavoittuvuuksille. Suomessa tulisikin panostaa laadukkaaseen sosiaali- ja terveydenhuollon rekisterin rakentamiseen ja ylläpitämiseen.

Osin edellä mainituista syistä havaintojen määrä puolittui vuoden 2019 Päihdetapauskannassa aikaisempiin laskentoihin verrattuna. Huolimatta juridisista ja saavutettavuusongelmista tälläkin kertaa oli mahdollista hakea riittävää vertailtavuutta aikaisempiin laskentatietoihin, mutta monessa mielessä ollaan luotettavan tiedonhankinnan rajoilla. Laskennat tähtäävät anonyymeihin luonnollisiin totaaliaineistoihin, jolloin katoa ja luotettavuutta on ollut mahdollista arvioida toistuvien, samoille kohderyhmille suunnattujen ja jokseenkin samoilla tietosisällöillä tehtyjen tiedonkeruiden avulla (trendimuutokset). Myös vertailut jatkuvasti kehittyviin rekisteriaineistoihin ovat antaneet mahdollisuuden arvioida osa-aineistojen laatua (esim. Haavisto ym 1996; Nuorvala ym. 2004). Laskenta on ollut tutkimusekonomisesti kevyt menetelmä, johon sosiaali- ja terveydenhuollossa on myös riittävästi totuttu.

Otostutkimukset voisivat olla yksi mahdollinen vaihtoehto tulevaisuudessa. Otantaan perustuvan tutkimuksen toteuttaminen sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä on kuitenkin tällä hetkellä hankalaa, koska ei ole olemassa sellaista

sosiaali- ja terveydenhuollon toimipaikkarekisteriä, josta otanta voitaisiin luotettavasti tehdä. Jos taas kysely tehdään väestökyselynä, osa etenkin huono-osaisimmista asiakkaista jää väistämättä tiedonkeruun ulkopuolelle. Haastattelut ovat huomattavan kalliita, eivätkä välttämättä tavoita sitä päihdeasiakkaiden ryhmää, jonka laskennat ovat tavoittaneet toistaiseksi parhaiten. Haastattelujen avulla on myös hyvin työlästä kerätä tietoja laajasta kirjosta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Käynti- ja kävijäkohtaisilla poikkileikkausaineistoilla saadaan toistaiseksi parhaiten tietoa potilaiden sosiaalisesta asemasta myös terveydenhuollon toimipisteistä, joissa sosioekonomisia tietoja ei rutiininomaisesti kerätä tai kirjata.

Päihdeasiakkaan ja -asiakkuuden käsite voidaan ymmärtää monin tavoin, ja eri tutkimuksissa määrittelyt vaihtelevat. Laskennat tavoittavat erityisesti huono-osaisimpia päihteiden käyttäjiä. Näkökulma on siis ollut enemmän sosiaali- ja terveyskuin hoitopoliittinen, vaikka näkökulmat eivät olekaan toisiaan poissulkevia. On kuitenkin tärkeää saada tietoja juuri siitä osasta palveluita, jossa kohdataan kaikkein huono-osaisimpia asiakkaita.

Siitä, miten palvelut tavoittavat riski- tai suurkuluttajia, tieto olisi hankittava muilla menetelmillä. Heitä on potentiaalisesti suunnilleen kymmenen kertaa enemmän kuin palveluissa tavattavia päihteiden ongelmakäyttäjiä. Tätä käsitteellistä keskustelua olisi syytä käydä sekä yhteiskunnallisesti että palvelututkimuksen näkökulmasta – toistaiseksi käsitteiden käyttö menee virallisissakin keskusteluyhteyksissä hiukan hankalasti ristiin. Hoito- ja palvelupolitiikka on tärkeä osa sosiaali- ja terveyspolitiikkaa, mutta erityisen oleellista on läpivalaista palveluita ja järjestelmän toimintaa ja muutosta siitä näkökulmasta, miten ne tavoittavat haavoittuvassa asemassa eläviä ihmisiä ja perheitä.

Erilaisista päihteistä ja päihteiden käytöstä aiheutuu yhteiskunnalle erilaista kuormaa. Päihdehuollon tai -palvelujen keskinäiseen työnjakoon ja työnjaon muutokseen liittyvää kehitystä on syytä seurata useiden aineistojen valossa, sekä erillistutkimuksin että rekisteriaineistojen avulla. Matalaa kynnystä korostetaan, mutta kynnyskettömiä palveluita ei ole – kaikkialla syntyy toimintapolitiikasta ja erilaisista perustehtävistä aiheutuvaa valikoitumista.

Kaikissa läntisissä yhteiskunnissa päihdetutkimukseen liittyvä intressi on liittynyt etenkin päihdehaittojen aiheuttamiin terveydenhuollon muutoinkin jatkuvasti kohoaviin kustannuksiin. Suomalaisessa järjestelmässä sosiaalihuollon palvelut perustuvat hallintopäätöksiin, terveydenhuollossa diagnoosipohjaiseen ja ammatilliseen hoidon tarpeen arviointiin. Sektoreiden budjetoinnin erot tuottavat mahdollisuuden ja kannusteenkin jatkuvaan soaoptimointiin. Yksi huolen aihe on ollut, että kun sosiaalihuollossa palveluihin pääsyä tavalla tai toisella rajoitetaan, asiakkaat siirtyvät kalliimman erikoissairaanhoidon palveluihin. Näin kävikin 1990-luvun laman aikana, mutta ei ainakaan oleellisessa määrin 2010-luvulla.

Siitä huolimatta julkisessa ja hallinnollisessa puheessa on kuluneella vuosikymmenellä korostunut päihdeongelmien sairausluonne. Päihdeongelmia jäsenetään enenevästi osana mielenterveysongelmia. Se saattaa olla tärkeää asiakkaiden

kokeman syrjinnän ja leimaamisen vähentämiseksi, ja päihdeasiakkaat ovat myös palveluiden keskinäisessä työnjaossa siirtyneet enenevästi laitoshuollosta ja erityis- palveluista terveydenhuollon avopalveluiden piiriin. Hiukan yllättävää on, että päihdehaittoihin liittyvän sosiaaliturvan kehitys on ollut tästä peruslinjasta poikkeava; se ei ole pohjannut ensisijaisesti (universaaliin) sairausvakuutuslakiin ja sitä myötä muuhun sosiaaliturvaan, vaan pikemminkin sosiaalisen kuntoutuksen selvästi valikoivampaan ja katkoksellisempaan sosiaaliturvalainsäädäntöön.

Suuret, runsaaseen päihteiden käyttöön tottuneet ikäluokat ovat sukupolvensa nuorimpia syntymäkohortteja myöten eläkeiässä. Heitä kuntouttavat palvelut eivät enää juurikaan tunnu tavoittavan. Ikääntyneiden päihteidenkäyttäjien tarpeisiin vastataan pääosin kotiin vietävien hoivapalveluiden avulla. Päihteiden käyttöön törmäävien hoivapalveluiden edellyttämää arviointia ei kuitenkaan ole ainakaan valtakunnallisesti tehty.

Ne ikäluokat, joiden tarpeisiin päihdehuollon suomalainen malli pääosin luotiin, ovat siirtyneet eläkkeelle, mutta myös suuren muuton ja murroksen tarvitsema erityispalvelujärjestelmä näyttää olevan haasteiden edessä. Suomalainen yhteiskunta tarpeineen ja palveluineen on nykyään hyvin erilainen kuin 1970-luvun varhainen hyvinvointivaltio.

Tekeillä olevaan sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän kokonaisuudistukseen kohdistuu suuria odotuksia, ei vain palvelujen alueellisen järjestämistavan, vaan myös sen perusluonteen näkökulmasta. Suuri määrällinen ja sisällöllinen tavoite näyttäisi olevan perusterveydenhuollon vahvistaminen siten, että etenkin työelämän ulkopuolella elävä väestö saisi kohtuujassa tarpeen mukaiset palvelunsa. Myös integraatio sekä sosiaali- ja terveydenhuollon että perus- ja erityistason kesken olisi etenkin päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten auttamisessa tärkeää, mutta näitä sisällöllisiä tavoitteita ei saavuteta pelkästään palveluita alueellistamalla.

Pikemminkin näyttää siltä, että alueelliset erot palveluiden saatavuudessa pysyvät sekä alueiden välillä että niiden sisällä myös silloin, kun maakunnan laajuisia sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymiä on perustettu (Kuussaari ym. 2017; Samposalo ym. 2018). Kokonaisuudistukseen liittyy sekä sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön että palveluihin kytkeytyviä ohjelmallisia tavoitteita, joiden toteutuminen edellyttää rakenneuudistuksen lisäksi aktiivista edistämistä ja resursointia.

Päihdepalvelujärjestelmän tutkimukselle ja kehittämiselle on kertynyt erilaisia haasteita, jotka liittyvät vain osittain vaihteleviin tutkimusasetelmiin. Näitä haasteita on arvioitava ja tarvetta perusteltava erityisesti palvelututkimuksen yhteiskunnallisesta relevanssista käsin. Tähän liittyen jatkotutkimuksessa ja palvelujen kehittämisessä olisi otettava huomioon väestörakenteessa, päihteiden käyttökulttuureissa ja palvelujärjestelmissä tapahtuneet muutokset. Tässä kokoelmassa raportoitujen tulosten perusteella on perusteltua esittää ainakin seuraavia kysymyksiä ja ehdotuksia jatkotutkimukselle ja kehittämiselle:

1. Päihdepalveluista kertyneessä tutkimustiedossa alaikäisistä kertyy varsin vähän tietoa, päihdetapauskanta-aineistoissa heitä on ollut kerrasta toiseen alle kaksi prosenttia kaikista päihde-ehdoista asioinneista. Viime aikoina on keskusteltu lasten ja nuorten päihdekuntoutuksen tarpeista. Keskustelua on käyty paljolti yksittäisten lastensuojeluun liittyvien tapahtumien jälkipuintina, mutta asialla on huomattava yhteiskunnallinen merkitys. Pitäisikö alaikäisten päihdeiden käyttöön liittyvää tutkimusta ja kehittämistä tehdä päihdehuollon vai lastensuojelun kontekstissa ja näkökulmasta?
2. Aktiivi-ikäiset ja työelämässä toimivat pääsevät valitsemaan palvelunsa työterveyshuollosta, julkisista palveluista tai yksityiseltä sektorilta. He ovat päihdepalvelututkimusten aineistoissa vähemmistönä. Suunnitteilla olevissa tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskuksissa on syytä kiinnittää huomiota myös riskikuluttajiin ja heidän palvelutarpeisiinsa esimerkiksi mini-intervention keinoin. Vahva tutkimusnäyttö kertoo, että perusterveydenhuollon lyhyet interventiot ovat vaikuttavia, vaikka riskikuluttajat eivät varsinaisesta terapiasta hyödykään.
3. Ikääntyneiden palveluista, niiden laadusta ja riittävydestä on käyty vuosia keskustelua, vanhuspalvelulaki on saatu aikaan ja palveluasumisen henkilöstömitoituksia on tiukennettu. Miten ikäihmisten kotiin vietäviin hoivapalveluihin – joihin ei mitoituksia ole tehty – tulisi hyväksyttävällä ja kestäväällä tavalla liittää soveltuvia päihdekuntoutuksen elementtejä?
4. Väestölliset ja alueelliset erot ovat kasvamassa, eikä hyvinvointialueiden perustaminen (järjestämisvastuun väestöpohjien kasvattaminen) välttämättä vastaa palvelujen keskittymisen ja saatavuuden haasteisiin. Mitkä olisivat riittävät ja toimivat päihdepalvelut muuttotappioalueilla?
5. Päihdehuollon erityispalveluiden käyttö on jatkuvasti vähentynyt, ja sekä avo- että laitospalvelut etsivät paikkaansa sosiaali- ja terveyspalveluiden kentässä ja työnjaossa. 1980-luvulta alkaen erityispalvelut ovat korostaneet kuntouttajan rooliaan. Olisiko mahdollista korostaa erityispalveluiden mahdollisuuksia ja roolia myös sosiaaliturvan toteuttamisessa? Ne tavoittavat hyvin huono-osaisimpia päihdeiden käyttäjiä, joten asiakkaiden työ- ja toimintakyvyn tutkimus olisi erityispalveluille luonteva yhteiskunnallinen tehtävä.
6. Sosiaaliturvan kokonaisuudistusta mietitään erillisessä komiteassa, ja tässä yhteydessä olisi ratkaistava myös päihdekuntoutukseen liittyvän sosiaaliturvan luonne, kattavuus ja suhde muuhun sosiaaliturvajärjestelmään.
7. Suomessa on harrastettu implementaatiotutkimusta varsin niukasti. Tekeillä olevat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän muutokset ja niihin liittyvä ohjelmatyö ansaitsisivat tiiviin ja tukevan seurannan.

8. Alkoholin kokonaiskulutus on vähentynyt johdonmukaisesti vuodesta 2007. Huumeiden käyttö on puolestaan lisääntynyt, ja monipäihteisyys näyttää kasautuneen aikaisempaa pienempään osaan väestöä. Yhä useampia asiakkaita kohdataan terveydenhuollon avopalveluissa päihdehuollon erityispalveluiden sijasta. Kokonaisuutena päihdepalvelujen kustannukset ovat laskeneet. Kehityksen varjopuoli on, että järjestelmän rakenne ei juuri ole viime vuosikymmenen aikana muuttunut, ja etenkin erityislaitokset on jätetty tehottomalle käytölle. Minkälainen palvelujärjestelmä olisi sekä kustannustehokas että ottaisi riittävällä tavalla huomioon asiakkaiden toipumiselle tärkeät psykososiaaliset tekijät?

Suomalainen yhteiskunta ja sen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä ovat monenlaisten muutosten edessä ja keskellä. Päihteiden käytön, väestön ikä- ja aluerakenteen sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden että sosiaaliturvan muutokset välittyvät päihdepalveluihin ja niiden toimintaperiaatteisiin ja työnjakoon suhteellisen nopeasti. Kertovatko muutokset jotakin yleisempää pohjoismaisen institutionaalisen hyvinvointimallin kehityksestä, vai onko kyse vain marginaalissa tapahtuvista liikkahduksista (Sulkunen & Simpura 1997; Rothstein 1988; Julkunen 2017)?

Kirjallisuus

Haavisto, Kari & Ahtola, Raija & Kaivonurmi, Maija & Kaukonen, Olavi & Metso, Leena & Simpura, Jussi (1996) Päihdetapauslaskennat 1995. Aineistojen keruu ja laatu. Stakes, Aiheita 29.

Julkunen, Raija (2017) Muuttuvat hyvinvointivaltiot: eurooppalaiset hyvinvointivaltiot reformoitavina. SoPhi 137, Jyväskylän yliopisto.

Kuussaari, Kristiina & Kaukonen, Olavi & Partanen, Airi & Samposalo, Hanna & Vormaa, Helena (2017) Päihdepalveluiden rakenteen ja työnjaon maakunnittaiset erot vuonna 2015. Yhteiskuntapolitiikka 82(2017):3, 262–273.

Nuorvala, Yrjö & Metso, Leena & Kaukonen, Olavi & Haavisto, Kari (2004) Muuttuva päihdeasiakkuus. Päihdetapauslaskennat 1987–2003. Yhteiskuntapolitiikka 69(2004):6, 608–618.

Rothstein, Bo (1998): Just institutions matter. Cambridge: Cambridge University Press.

Samposalo, Hanna & Kuussaari, Kristiina & Hirschovits-Gerz, Tanja & Kaukonen, Olavi & Partanen, Airi & Vormaa, Helena (2018) Tarpeenmukaiset palvelut kaikille? Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa Kaakkois-Suomen ja Lapin alueilla. Yhteiskuntapolitiikka 83 (2018):1, 50–61.

Sulkunen, Pekka & Simpura, Jussi (1997): Alkoholipolitiikka, valtio ja paikallisyhteisö. Teoksessa Holmila, Marja (toim.) (1997): Yhteisö ja interventio. Alkoholihaittojen paikallinen ennaltaehkäisy. Helsinki: Stakes, tutkimuksia 73: 41–57.