

Torjunta vai poisto?

Päihdepalvelujen kehitys laman jälkeen

OLAVI KAUKONEN

Päihdepalvelujen 1990-luvun kehitystä on arvioitu aikaisemmin pääosin poikkileikkausaineistojen valossa. Ne antavatkin hyvän kuvan esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän päihde-ehdoisen työnjaon kehityksestä, asiakasrakenteessa tapahtuneista muutoksista ja asiakkaiden päihteiden käyttöön liittyvistä muutoksista (Kaukonen & Haavisto 1996; Nuorvala & al. 2000 & 2004). Tässä artikkelissa tavoitellaan ennen muuta päihdepalvelujen kehitystä suhteessa niiden yhteiskunnalliseen paikkaan ja vaikuttavuuteen 1990-luvun laman jälkeisenä aikana. Tähän tarkoitukseen erilaiset pitkittäistarkastelut ja -aineistot ovat toimivampia.

Mitä sitten tiedetään päihdepalvelujen yhteiskunnallisesta ja yksilöllisestä merkityksestä tai vaikuttavuudesta? Kohtalaisen paljon, jos asiaa arvioidaan eri maissa kansainvälisesti kertyneen tutkimustiedon valossa. Toisaalta on todettava, että suomalainen hoitotutkimus kokonaisuudessaan on edelleen vähäistä.

Vaikka on ilmeistä, että palvelut eivät toimi esimerkiksi erityisen tehokkaina yleisen alkoholi-politiikan välineinä (Babor & al. 2003), niiden merkitys on huomattava esimerkiksi yleisten terveydenhuollon kustannusten hillitsemisessä (Longbaugh & al. 1983; Holder & Parker 1992), väestön terveydentilan edistämisessä ja jopa alkoholiehtoisen kuolleisuuden vähentämisessä (Romelsjö 1987). Palvelut tuottavat hyvinvointia, tasa-arvoa ja ehkäisevät eriasteista syrjäytymistä.

Suomesta samansuuntaista, joskin epäsuoraa näyttöä on löydettävissä päihdepalvelujärjestelmää ja sen muutoksia koskevista tutkimuksista. Alueellisen katkaisuhuoltoaseman lakkauttaminen johti vuoden seuranta-aikana kuntien päihde-ehdoisten terveydenhuoltomenojen tuntuvaan kasvuun (Kaukonen & Halmeaho 1996). Tutkittaes-

sa poikkileikkausaineiston valossa Suomen kuntien päihdepalvelupolitiikkojen eroja voitiin havaita samantyyppinen yhteys: alueellinen päihteiden käytön taso määritteli yleisesti ja ensisijaisesti eri palveluihin kohdentunutta kysyntää, mutta mitä enemmän kunnassa oli tarjolla päihdehuollon erityispalveluja, sitä vähemmän päihde-ehdoisia hoitoja kysyttiin sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluista tai psykiatrisesta osastohoidosta ja päinvastoin (Kaukonen 2000).

Päihdeongelmien hoito on vaikuttavaa myös yksilötasolla ja myös saavutetulla raittiudella mitaten. Satunnaistetuissa tutkimuksissa hoitotulosta voidaan pitää kansainvälisesti hyvänä, mikäli 10–15 prosenttia hoidetuista on kokonaan raittiina vuoden kuluttua hoidon päättymisestä. Juomista onnistuu kuitenkin selvästi vähentämään noin kaksinkertainen määrä – eräiden tutkimusten mukaan jopa 70–80 prosenttia – ja erilaisissa sosiaalisissa ja terveydellisissä haitoissa tapahtuu merkittävää vähenemistä valtaosalla hoitoon päässeistä asiakkaista. Myös vastaisen kuntoutuksen tarve vähenee selvästi (Behandling ..., 2001a). Kuntoutus on siis taloudellisesti, sosiaalisesti ja inhimillisesti kannattavaa, vaikka osa asiakkaista jatkaisikin päihteiden käyttöä suhteellisen pian yksittäisen kuntoutusjakson jälkeen.

Sen sijaan laitos- ja avokuntoutuksen tai erikoistuneen hoitopaikan ja esimerkiksi perusterveydenhuollon tarjoamalla kuntoutuksella ei ole osoitettu olevan tuloksellisuuseroja (ks. Behandling ..., 2001 a & b). Eri maissa ja eri ajanjaksoina toteutettujen tutkimusten tulokset ovat luonnollisesti vain varauksin sovellettavissa suomalaiseen yhteiskuntaan, mutta hyvinkin erilaiset sekä avo- että laitoshoidossa toteutettavat päihdekuntoutusohjelmat ovat osoittautuneet hyödyllisiksi ja vaikuttaviksi, suunnilleen samassa suhteessa

sa kuin esimerkiksi vaikea-asteisen mielenterveysongelman hoidossa. Sen sijaan tilastolliset erot erilaisten hoito-ohjelmien tai orientaatioiden tehokkuudessa tai vaikuttavuudessa jäävät vähäisiksi tai häviävät kokonaan seurantajakson pidentyessä.

Miten päihdepalveluja koskevaa päätöksentekoa sitten tulisi järkevällä tavalla suunnata? Tutkimustietoa tiivistäen ja suomalaisen päihdepalvelujärjestelmään sovittaen voidaan sanoa ainakin, että

- vieroitushoito ja siihen usein liittyvä oireenmukainen lääkitys on pääsääntöisesti hyvin tuloksellista, ja sitä tulisi olla kaikissa kunnissa saatavissa lähipalveluperiaatteella.

- avopalveluiden saatavuus on yhteiskunnallisen vaikuttavuuden näkökulmasta keskeistä, koska ne ovat helpommin asiakkaiden saavutettavissa, hinnaltaan edullisempia ja vaikuttavuudeltaan vertailukelpoisia laitoskuntoutukseen nähden.

- moniongelmaisten ja psyykkisistä sairauksista kärsivien asiakkaiden kuntoutukseen tulee liittää muuta hoitoa mieluiten integroidusti – asiakkaan siirtelyn sijasta samaan yksikköön keskityin palveluin.

- hoito- tai työskentelysuhteen laadulla on selvästi suurempi merkitys onnistuneen kuntoutuksen edellytyksille kuin erilaisilla viitekehysillä: itse kunkin hoidollisen orientaation sisällä on suurempia onnistuneisuuseroja kuin erilaisten orientaatioiden välillä (ks. Kaukonen 2002a & 2004).

Näitä suhteellisen yleisiä, mutta jo päihdepalvelupolitiikan ohjenuoriksi kelpaavia, parhaiten kansainvälisessä hoitotutkimuksessa vahvistusta saaneita periaatteita vasten on mahdollista arvioida yleisellä ja valtakunnallisella tasolla päihdepalvelujen kehitystä 1990-luvun laman jälkeisenä aikana.

Toistaiseksi ei ole onnistuttu osoittamaan mitään hoidollista lähestymistapaa ylivertaiseksi muihin nähden tai valikoimaan erityishoitoihin niihin parhaiten soveltuvia asiakkaita. Valikointia hyödyllisemmältä näyttää yleinen palvelukynnyksen alentaminen. Hoidon saatavuus on tietysti palvelujen vaikuttavuuden ehto – ilman palvelujen saatavuutta ei ole vaikutuksiakaan – mutta myös toisin päin, palvelujen saavutettavuutta voidaan pitää suoraan keskeisimpänä hoidon vaikuttavuuden mittarina. Millään palvelukynnyksellä ei näytä olevan vaikuttavuutta tai kustannuksia hillitsevää merkitystä, pikemminkin päin-

vastoin: heikentämällä hoitoon pääsyn mahdollisuuksia saadaan aikaan kasvavia suoria tai välillisiä vaihtoehtokustannuksia.

Kuntoutuksen onnistuneisuus riippuu myös sen yhteiskunnallisista ehdoista. Ei ole olemassa mitään tutkimustietoja siitä, mitä seurauksia kuntoutuksen vaikuttavuudelle on ollut kymmenen viime vuoden aikana Suomessa toteutetuilla päihdepalvelujärjestelmän rakenteellisilla ja toiminnallisilla muutoksilla. Tarkastelen tässä artikkelissa ensin järjestelmässä tapahtuneita muutoksia ja kiinnitän huomiota erityisesti erityispalveluina tuotetun hoidon saatavuuden kehitykseen, koska se kuvaa suorimmin myös sekä kuntoutuksen kokonaisu-yhteiskunnallisessa vaikuttavuudessa tapahtuneita muutoksia että asiakkaiden palveluoikeuksien toteutumista. Seuraavaksi teen lyhyen katsauksen hyvinvointipolitiikan ja syrjäytymismekanismien muutoksiin ja arvioin, mitä mahdollisuuksia palvelujärjestelmällä muuttuneessa tilanteessa on ehkäistä sosiaalista syrjäytymistä. Aineistoina käytän tutkimuskirjallisuutta, virallisia rekisteritietoja sekä Stakesin päihdetapauskentöjen aineistoa.

Uudet palvelumarkkinat

1980-luvun lopulle tultaessa Suomessa oli suhteessa väestön määrään ja päihteiden kulutuksen tasoon yksi maailman kattavimmista – ja myös laitosvaltaisimmista – päihdehuollon erityispalveluverkostoista (Klingemann & al. 1992). Päihdehuollon palvelut oli kuitenkin järjestetty pääosin osaksi sosiaalihuollon hallintorakennetta, ne olivat kohtuuhintaisia ja kapasiteetti oli varsin tehokkaassa käytössä.

Suomalaisen päihdekuntoutuksen ehdot ja rakenteet muuttuivat kuitenkin merkittävästi 1990-luvun laman jälkimainingeissa, jolloin kunnissa tehtiin huomattavia kavennuksia järjestöjen ja kuntayhtymien päihdehuollon ostopalvelumenoihin, erityisesti laitospuolella (Kaukonen & Mäki 1996). Pysyvämpiä muutoksia tehtiin kuitenkin vasta 1990-luvun puolivälistä alkaen noususuhdanteen oloissa, kun sekä valtion että kuntien palvelujen ylläpitoon sitoutumisen aste väheni. Kunnat purkivat noin kolmanneksen omasta päihdehuollon erityispalvelukapasiteetistaan ja siirtyivät enenevästi ostopalvelujen käyttöön. Järjestöt ovatkin tuottaneet tilalle nopeasti sekä avo- että laitosmuotoisia päihdehuol-

lon erityispalveluja. Kunnille jäi enenevästi palvelujen tilaajan ja maksajan rooli, samalla sekä valtion että kuntien päihdepolitiikat alkoivat menettää sisällöllistä ohjausotettaan. Kunnat ovat ulkoistaneet myös päihdepolitiikan sisällöllisen asiantuntemuksen, siis sen tilaajaosaamisen, jota ostopalveluihin nojaava kunnallinen päihdepolitiikka edellyttäisi.

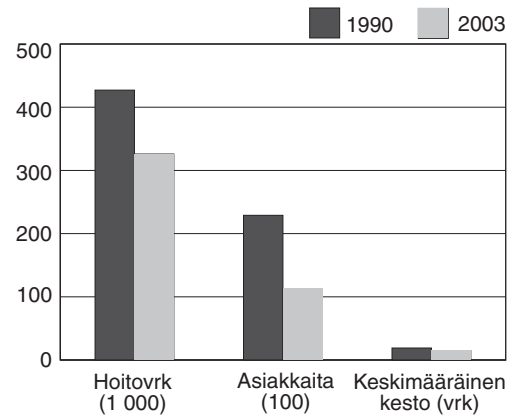
Kun päihdehuollon erityispalveluja 1970-luvulla yhteiskunnallistettiin, kaksi vuosikymmentä myöhemmin niitä ”järjestöitiin” uudelleen. 1990-luvun alussa noin kolmannes päihdehuollon erityispalveluista tuotettiin järjestöpohjaisesti, kymmenen vuotta myöhemmin pitkälti yli puolet. Erikoistuneet huumehoitopalvelut ovat yleistyneet – jopa niin, että voidaan puhua erikoistuneen huumehoidon ekspansiosta 1990-luvun lopulta alkaen. Niistäkin vuosikymmenen lopulla tuotettiin järjestöpohjaisesti noin 60 prosenttia (Kaukonen 2002b).

Laman jälkeen kuntoutusyksiköitä onkin perustettu suhteellisen nopeasti lisää. Laitoskuntoutusyksiköitä (katkaisuhoidon osia ja kuntoutuslaitoksia) oli 50 vuonna 1990. Niistä lakkautettiin muutamia, mutta vuoden 2003 tilaston mukaan laitostyöyksiköitä oli taas jo 62. Uudet yksiköt ovat tosin paikkaluvultaan pienempiä kuin vanhemman sukupolven kuntoutuslaitokset (Päihdetilastollinen vuosikirja 2004). Kuviossa 1 on kuvattu palvelujen toiminnan muutoksia vastaavalla aikavälillä.

Laitoskuntoutuksessa on tapahtunut selvä toiminnallinen muutos. Kun vuonna 1990 hoitovuorokausia tuotettiin vuosittain lähes 450 000, vuonna 2003 vastaava luku oli runsaat 300 000. Asiakasmäärät puolittuivat liki 23 000:n tasosta noin 11 000:een, ja keskimääräinen laitoshoidon kesto lyheni 15 vuorokauteen (vuonna 1990 vastaava luku oli 19). Tarkastelussa ovat mukana sekä katkaisuhoidon osat että kuntoutuslaitokset, näistä edellisissä hoitoajat ovat aina olleet lyhyempiä. Vuonna 2003 kuitenkin kolme neljäsosaa (77 %) kaikkien laitosten hoitokausista kesti enintään kaksi viikkoa. Yli kuukauden hoitokausia toteutui noin 10 prosenttia kaikista (Päihdetilastolliset vuosikirjat 1997–2004).

Laitoskuntoutuksen kehitystä voi arvioida sekä myönteiseksi että ongelmalliseksi: hoitotutkimusten perusteella voidaan sanoa, että pitkistä laitossijoituksista luopuminen on ollut oikeasuuntainen kehitys hoitoresurssien vaikuttavan käytön kannalta. Asiakkaita ei ole myöskään inhi-

Kuvio 1. Päihdehuollon kuntoutuslaitosten ja katkaisuhoidon osien hoitovuorokaudet (tuhansina), eri asiakkaiden lukumäärät (satoina) sekä laitoshoidon keskimääräinen kesto (vuorokausina) vuosina 1990 ja 2003



Lähde: Päihdetilastollinen vuosikirja 2004; vuoden 1990 luvut Kaukonen 1995

millisistä syistä aiheellista laitostaa pidemmiksi ajoiksi kuin on hoidon kannalta tarpeen.

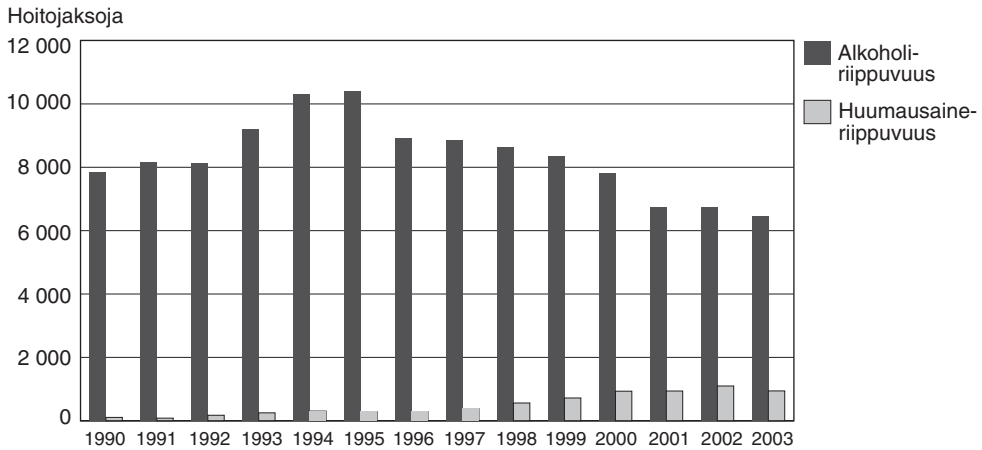
Ongelmallinen kehityskulku liittyy puolestaan siihen, että vaikka hoitokausit ovat radikaalisti lyhentyneet, niihin näyttää siitä huolimatta pääseen alle puolet siitä asiakasmäärästä, joka 1990-luvun alussa hoidettiin. Erityisen ongelmallisenä kehitystä voidaan pitää, kun päihdehoitojen kulutus ja päihdehoitoajat ovat juuri 1990-luvun puolivälistä alkaen olleet tuntuvassa kasvussa.

Huomionarvoista tässä yhteydessä on, että sairaalahoidot eivät enää ole uudella vuosituonnella kompensoineet niukentunutta laitoshoidon osaa samalla tavalla kuin edellisen vuosikymmenen alkupuolella (kuviot 2).

Kun päihdehuollon erityispalveluissa hoitokausit vähenivät vuodesta 1990 noin 52 prosenttia, niukentunut palvelujen tarjonta näkyi jokseenkin yhtä suurena kasvuna sairaalahoidoissa. 1990-luvun puolivälistä alkaen päihdehoitokausit ovat kuitenkin myös sairaaloissa vähentyneet nopeasti (27 %). Yhteenlasketunakin ensisijaisesti alkoholi- ja huumeriippuvuuden perusteella sairaaloissa hoidettiin vuonna 2003 harvempia potilaita kuin vuonna 1990 pelkästään alkoholipotilaita.

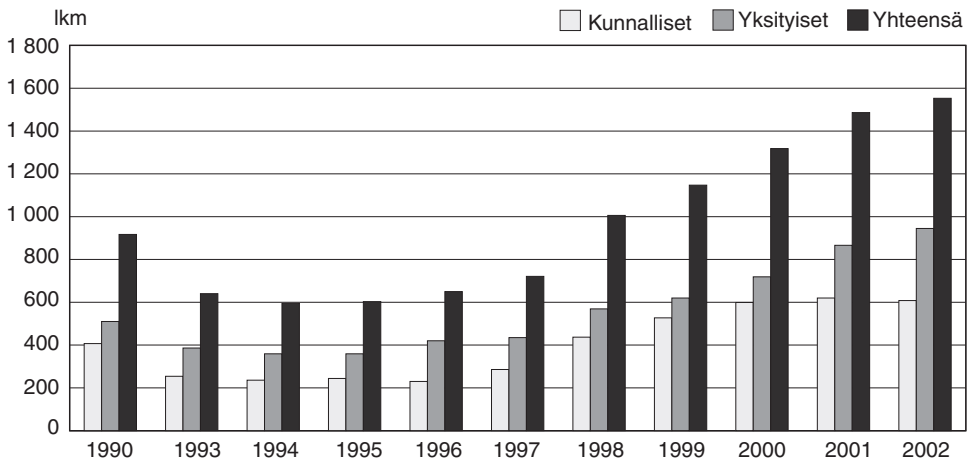
Kokonaisuutena päihdehuollon laitoshoidon osien kuntoutusta tuotetaan selvästi vähemmän suhteessa väestöön, asiakaskuntaan tai päihdehoito-

Kuvio 2. Alkoholi- ja huumeriippuvuuden (pääsairaus) perusteella toteutetut hoitajaksot sairaaloissa 1990–2003



Lähde: Stakes, sairaaloiden hoitoilmoitusrekisteri

Kuvio 3. Henkilöstön määrä kunnallisissa ja yksityisissä päihdehuollon laitoksissa 1990–2002



Lähde: Työssäkäyntitilasto ..., 2005

jen esiintyvyyteen kuin ennen lamaa. Tätä taustaa vasten kannattaa arvioida vielä kertaalleen sekin, miten suuri rakennemuutos lopulta tapahtui päihdehuollon laitostuntoutusjärjestelmässä. Tiedetään, että kunnat aluksi säästivät laitospalvelujen ostoissa ja seuraavassa vaiheessa lakkauttivat omia laitossyksiköitään. Valtion päihdehuoltolaitokset otettiin muuhun käyttöön tai siirrettiin järjestöille. Käytettävissä ei ole tilastoja laitostokannan mahdollisesti muuttuneesta kapasiteetista, paikkaluvusta tai käyttöasteesta, mutta hen-

kilötyövuosien määrän kehitys kertoo ehkä tätäkin enemmän päihdelaitosten toimintaedellytyksistä (kuviot 3).

Tilastokeskuksen työssäkäyntitilasto ei kerro avohoidon työntekijöiden määrän kehityksestä 1990-luvulla, mutta pelkästään laitostuntoutuksen resursseja arvioiden lama ja oletettu rakennemuutos näyttävät pikemminkin 1990-luvun alkupuolella tapahtuneilta notkahduksilta kuin pysyvältä rakennemuutokselta. Yksityisen päihdehuollon resurssit ovat kaksinkertaistuneet kuva-

tulla ajanjaksolla, ja kokonaisuutena laitostuntoutuksessa oli vuonna 2002 noin kolmannes enemmän henkilöstöä kuin vuonna 1990.

Päihdehuollon avopalvelut toimivat matalamman kynnyksen periaatteen mukaan kuin laitostuntoutus; avohoitoon ei tarvita lähetteitä tai maksusitoumuksia, ja maksuasetuksen perusteella polikliininen päihdehoito on asiakkaalle maksutonta. Avohoitoa ei myöskään 1990-luvulla alun alkaen leikattu. Avomuotoisia päihdehuollon erityispalveluyksiköitä (A-klinikoita ja vastaavia) oli vuonna 1990 koko maassa 70, vuonna 2003 niitä oli jo 92. Seuraavassa on esitetty näiden volyymitaan keskeisimpien avopalvelujen, A-klinikoiden ja nuorisoasemien palvelutoiminnan kehitystä samalla aikavälillä (kuvio 4).

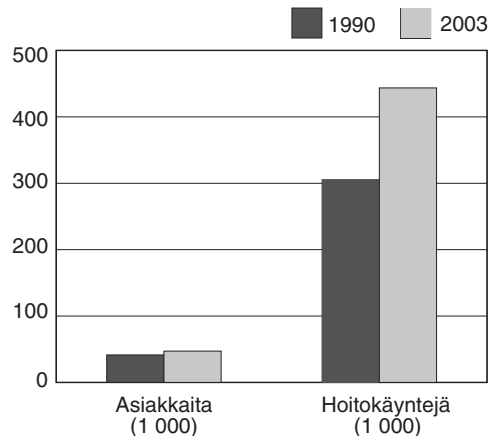
Hoito- ja vaikuttavuustutkimusten valossa olisi järkevää korvata laitoshoidon avohoidolla. Avohoidon määrätietoinen kasvattaminen ei kuitenkaan ole lisännyt asiakkaiden hoitoon pääsyn mahdollisuuksia likikään samassa suhteessa kuin kapasiteetin kasvattaminen antaisi olettaa. Vuositasolla hoidetaan vain noin seitsemän tuhatta asiakasta enemmän kuin vuonna 1990; hoitokäynnit sen sijaan ovat lisääntyneet noin 140 000:lla.

Kun laitoshoidossa kuntoutuksen kesto on vähennetty, avohoidossa intensiteettiä on lisätty siinä määrin, että uusia asiakkaita ei juuri tunnu mahtuvan palvelujärjestelmään. Avohoito on muuttunut erittäin valikoivaksi. Toimintatapojen muutoksiin saattaa olla useita syitä, jotka eivät käytetyistä tilastoaineistoista selviä. Avopalveluiden työtavat suosivat joka tapauksessa enenevästi sosiaalisimpia päihdeongelmaisia, siis asiakkaita, jotka kykenevät päihdeongelmistaan huolimatta noudattamaan ajanvarauskäytäntöjä ja sitoutumaan intensiivisiin hoitosuhteisiin (kuvio 5).

Kuvio 5 kertoo, että päihdehuollon avopalvelut eivät käytännössä ole aikoihin olleet kovin helposti tai kynnyksettömästi lähestyttäviä. Lähetteitä tai maksusitoumuksia ei tarvita, mutta aitoa polikliinista, ilman ajanvarausta tapahtuvaa hoitoon hakeutumistakaan ei suosita. Tällaisia ilman etukäteisvarausta tehtyjä asiakaskäyntejä oli vuonna 2003 enää alle kolmannes, kun niitä vielä 1980-luvun lopulla oli lähes puolet. Päihtyneinä eivät päihdeongelmaiset myöskään tarvitsemaan palveluja saa tai edes hae: vuonna 1987 vähintään lievästi päihtyneinä asioi 15 prosenttia, vuonna 2003 enää kuusi prosenttia.

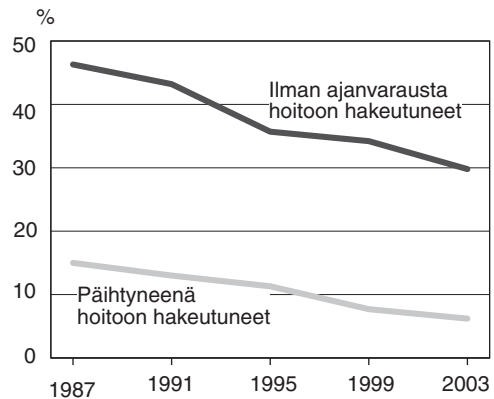
Asiakkaiden ongelmat ja tilanteet ovat varmasti monimutkaistuneet, mutta päihdepalvelujen tu-

Kuvio 4. Päihdehuollon avopalveluiden asiakkaiden ja hoitokäyntien määrät (tuhansina) vuonna 1990 ja 2003



Lähteet: Päihdetilastolliset vuosikirjat 1997–2004

Kuvio 5. Päihtyneenä ja ilman ajanvarausta päihdehuollon avohoidon erityispalveluihin (A-klinikat, nuorisoasemat ja vastaavat) hakeutuneet asiakkaat päihdetapauskäynteissä (% kaikista asioinneista) vuosina 1987, 1991, 1995, 1999 ja 2003

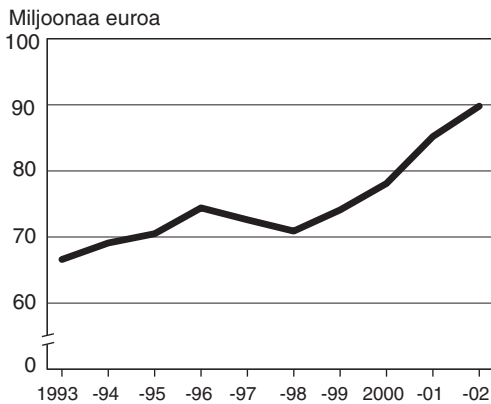


Lähde: Päihdetapauskäynteiden ..., 2004

loksellisuuden tai vaikuttavuuden näkökulmasta mikään tutkimuksellinen näyttö ei puhu sen puolesta, että hoitoaikoja ja -jonoja tulisi avohuollosakaan kasvattaa tai tuottaa muulla tavoin hoitoon pääsulle yhä korkeampia kynnyksiä. Olisiko kyse siitä, ettei asiakaslähtöisille palveluille ja toiminnalle löydy maksajaa? Alueellisesti ja paikallisesti tilanne voi vaihdella, mutta ainakaan valtakunnallisten kustannustietojen valossa näin ei näytä olevan (kuvio 6).

Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastotietokan-

Kuvio 6. Kuntien päihdehuollon järjestämiseen ja tuottamiseen käyttämät nettomääräiset käyttökustannukset yhteensä 1990–2002



Lähde: Stakes, Sotka; rahan arvon muutos julkisten menojen hintaindeksin mukaan, 1995 = 100

nasta on saatavissa tietoja vuodesta 1993 lähtien. Kuvion 6 tiedot on muunnettu euroiksi rahan arvon muutos huomioon ottaen. 1990-luvun alkupuolelta alkaen kustannukset ovat nousseet käyvässä hinnoissa nopeasti, noin 65 miljoonasta eurosta noin 108 miljoonaan euroon. Rahan arvon muutos huomioon ottaen kuntien päihdehuollon nettokustannukset ovat lähinnä 2000-luvun alkuvuosina kohonneet myös reaalisesti runsaat 23 miljoonaa euroa.

Pelkkä rahan puute ei näyttäisi olleen suurin syy palvelujen saatavuuden heikentymiseen – eikä lisäraha välttämättä korjaa palveluniukkuutta kuin pieneltä osin: vuosina 2002 ja 2003 kunnille ja kuntayhtymille myönnettiin korvamerkittynä valtionavustuksina yhteensä runsaat 15 miljoonaa euroa huumehoidon kehittämishankkeisiin. Päihdehuollon puitteissa summa on huomattava, kun vielä kuntien vastuulle jäi keskimäärin 50 prosentin kustannusvastuu hankkeiden rahoituksesta. Tästä kohdennetusta avustuksesta vain osa on ehtinyt vaikuttaa kuviossa 6 esitettyihin kokonaismenoihin.

Kokonaisuutena noin 30 miljoonan euron lisäpanostuksella kehitettiin toimintaa ja tiivistettiin yhteistyötä, mikä varmasti on ollut järkevää ja tarpeellista. Silti seurantatiedot kertovat, että koko summalla saatiin varsinainen hoitopaikka vain parille sadalle huumeongelmalliselle, hoidon jatkuvuudesta ei kaikin osin ole korvamerkityn valtionavustuksen jälkeen takeita, eivätkä huumeongelmaisten hoitojonot ole juuri lyhentyneet (Vil-

likka 2004). Vuonna 2003 korvaushoidossa arvioitiin olleen noin 500–600 asiakasta. 1990-luvun lopulta alkaen yleistyneet huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteet ovat puolestaan olleet kansallinen menestys; vuonna 2002 ne olivat tavoittaneet jo yli 9 000 asiakasta, kun tilastolliset arviot samalta vuodelta kertoivat kovien huumeiden käyttäjiä olleen Suomessa kaikkiaan 16 000–21 000 (Nuorvala & Metso 2005; Partanen & al. 2004).

Päihdepalveluja ei siis Suomessa kokonaisuutena ottaen ole taloudellisessa mielessä varsinaisesti leikattu. Pikemminkin niitä on lisätty. Varsinaista yksityistämistäkään ei ole tapahtunut; jokseenkin kaikki palveluntuottajat ovat voittoja tuottamattomia, yleishyödyllisiä järjestöjä. Ainoastaan palvelujen hallinto ja päätöksenteko on yksityistetty, mikä näyttää osaltaan tuottavan ohjauksongelmia sekä valtiolle että kuntapäätäjille. On perusteltua puhua hyvinvointivaltion – ja sen sisällä päihdehuollon – hajautetusta, asiakaskohtaisesta sopeutuksesta. Asiakkaista – ei niinkään palvelujärjestelmästä – on tullut palvelutoiminnan joustovara.

Kokonaisuutena erityisesti akuuttipalvelujen saatavuus on 2000-luvulle tultaessa selvästi heikentynyt. Vaikka laitosmuotoisia palveluja tuotetaan aikaisempaa lyhyempinä jaksoina, hyöty koituu aikaisempaa harvemmalle: kuntoutettavien määrä on puolittunut. Avohoitopalveluihin pääsy näyttää niin ikään ongelmalliselta huolimatta siitä, että palveluja on tuntuvasti lisätty. Kokonaisuutena päihdepalvelujen toiminnalliset muutokset ovat tuottaneet erityisesti huono-osaisimmille asiakkaille käytännössä rakenteellisen esteen palveluihin pääsulle, ja päihdehuollon yhteiskunnallinen vaikuttavuus on nopeasti heikentymässä.

Juuri nyt siihen ei olisi varaa. 1990-luvulla lisääntynyt huumeiden käyttö on enenevästi lisännyt palvelutarpeita, mutta erityisen suuria haasteita tuottavat vuonna 2004 toteutetut alkoholipolitiikan muutokset. On oletettavissa, että alkoholin kulutus kasvaa hyvinkin lyhyellä aikavälillä jopa viidenneksen.

Alkoholin kokonaiskulutus kasvoi nopeasti 1980-luvun loppuvuosina, laman aikana se laski, mutta pian vuosituhatosen vaihteen jälkeen saavutettiin aikaisempi ennätystaso uudelleen. Sittemmin kokonaiskulutus on kasvanut keskimäärin viiden prosentin vuosivauhtia. Vuonna 2004 toteutetulla alkoholin reippaalla hintojen alenuksella ja tuontikiintiöiden poistolla oletettiin

päästävän jo lyhyellä aikavälillä noin 11 litran kokonaiskulutuksen tasoon. Tämä lisää palvelukysyntää useilla kymmenillä prosenttiyksiköllä vieläpä suhteellisen nopeasti, mikäli alkoholin kokonaiskulutuksen ja haittojen suhteesta tehtyihin aikaisempiin tutkimustuloksiin on nojaaminen: kulutustaan lisäävät jokseenkin kaikki kuluttajaryhmät, mutta eniten ne, jotka aikaisemminkin ovat tottuneet juomaan runsaasti (Room 2002).

Alkoholipolitiikka on siis entistä vähemmän hyvinvointipolitiikkaa ja entistä enemmän vero- ja finanssipolitiikkaa, mutta myös toteutettu sosiaali- ja terveystaloudellista muuttanut luonnetaan. Samoin ovat muuttuneet sosiaalisen tai yhteiskunnallisen syrjäytymisen mekanismit.

Politiikan muutos ja syrjäytymisilmiöiden muuntuminen

Markkinaorientaatio omaksuttiin Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa ennen muuta siksi, että siihen liitettiin lupaus kustannusten hillinnästä ja tehokkuudesta. Raija Julkusen (2001, 60) mukaan olennaiset hyvinvointivaltion sopeutukseen liittyvät toimenpiteet eivät olekaan olleet ensisijaisesti 1990-luvun lamatalouden ja siihen liittyvän kriisitietoisuuden seurausta, vaan perustuneet edellisen vuosikymmenen kuluessa toteutettuihin hyvinvointivaltion hallintatapojen ja -mekanismien muutoksiin.

Tämän tarkastelun kannalta oleellisia muutoksia olivat vuosien 1984 ja 1992 valtionosuuslainsäädännön muutokset, joiden vaikutukset osin kumuloituvat negatiivisella tavalla, vaikka päätavoitteet olivat hyvinkin erilaiset: edellinen kannusti tuottamaan mahdollisimman paljon suoritteita, jälkimmäinen puolestaan palvelujen ostajan ja tuottajan erottamista toisistaan. Kärjistäen sanottuna 1980-luvulla erotettiin palvelut asiakkaan kokonaistilanteesta ja luotiin pohja tuotteistamisajattelulle, 1990-luvulla palvelupolitiikka erotettiin palvelutoiminnasta. Molemmat insenttiivit ovat toimineet hyvin ja leikkaukset ovat onnistuneet, kuten edellä on esitetty. Potilaat näyttävät voivan sitäkin huonommin.

Pidempään taustalla vaikuttaneen poliittis-hallinnollisen ideologian kypsä hedelmä on niin sanottu uusi julkishallinnollinen ajattelu (Osborne & Gaebler 1993), jonka mukaan valtiolle kuuluu informaatio-ohjauksen rooli (peränpitäjä) ja

paikallisyhteisöille varsinainen toiminta (soutaminen). Sen mukaan byrokratia tulisi korvata yrittäjämäisellä hallinnolla, joka siirtää toimintavastuuta yksilöille, markkinoille ja paikallisyhteisöille. Valtio siis keksitään uudelleen, mutta myös erilaisena, aikaisempaa hajautetumpana, ja toimintatavoiltaan muuttuneena (Törrönen 2004, 17).

Suomalaiseen päihdepalvelujärjestelmään ajattelu on sujahtanut luontevasti, koska palveluja tuottanut järjestökenttä on ollut perinteisesti vahva. Uudet palvelumarkkinat eivät kuitenkaan itse asiassa toimi markkinoiden tavoin, koska päihdehuollon erityispalveluja on saatavilla vain suurimmissa kaupungeissa ja koska näissä ei varsinainen kilpailuttaminen juuri ole mahdollista: kilpailutettavia palveluntuottajia on käytännössä vain yksi tai palveluntuottajat ovat erikoistuneet siten, että markkinat on käytännössä jaettu.

Uuden markkinoistetun hyvinvointipolitiikan sisältämä tehokkuuslupaus ei ole täyttynyt, sen sijaan kunnista tuli 1990-luvulla eri hallinto- ja palvelusektoreiden keskinäisen resurssikilpailun temmellyskenttiä, kuntoutuksesta tavaraa, palveluntuottajista kauppiaita ja asiakkaista välttämätön paha: mitä näkymättömämpi ja vaivattomampi asiakas, sen parempi. Nikolas Rose (1998) on viitannut tähän sosiaalisten ongelmien hallintatapojen muutokseen kuvaamalla sitä yhteiskunnan hallintajärjestelmien neutralisoimiseksi ”puhdistamalla ne sosiaalisista periaatteista”.

Syrjäytymisen ja huono-osaisuuden ongelma on hyvinvointivaltion testi. Jos huono-osaisuus syvenee tai laajenee, se ei voi olla koskettamatta valtiotakaan. Pysyväisluonteista taloudellista ja sosiaalista huono-osaisuutta ovat 1990-luvun puolivälistä alkaen pitäneet yllä esimerkiksi työmarkkinoiden muutos ja rakennetyöttömyys (Kortteinen & Tuomikoski 1998), suhteellisesti heikentynyt perustoimeentuloturva (Heikkilä 2003) ja myös heikentyneet yhteiskunnalliset vaikutusmahdollisuudet (Saarela 1998). Sosiaalinen huono-osaisuus on muuttunut, pitkitynyt ja syventynyt vuoden 1990 jälkeen. Päihdeongelmallisilla erilaiset ongelmat kumuloituvat, ja juuri kaikkein huono-osaisimmilla ja vaikeimmin päihdeongelmallisilla asiakkailla on muuttuneilla kuntoutusmarkkinoilla suurin riski jäädä riittävien palvelujen ulkopuolelle.

Kohtuullisen sosiaaliturvan Suomessa on totuttu ajattelemaan, että juuri hyvin toimivat palvelut torjuvat syrjäytymistä silloinkin, kun sosiaaliturvaa on heikennetty (Kaukonen 2002a). Päihdei-

siin liittyvän syrjäytymisen ehkäisy on oleellisesti muuttunut vaikeasti ennakoitavaan suuntaan. 1980-luvulta alkaen on korostettu verkostomaisista toimintatapoista vastauksena syrjäytymisuhkiin ja väliinpuotoamisen ongelmiin. On ajateltu, että sektoroituneissa palveluissa tehokkaimpia tapoja ehkäistä näitä ongelmia ovat palveluverkkojen tiivistäminen ja asiakaskohtaisen palveluohjauksen vahvistaminen. Palveluverkoista, -ketjuista, -portaista tai -ohjauksesta on kuitenkin hyötyä vain, jos palvelut periaatteessa toimivat ja joustavat ohjauksen ja asiakkaiden tarpeiden suuntaan. Rakenteelliseksi muodostuneisiin ongelmiin ei innokkaimmallakaan ohjauksella pystytä vaikuttamaan.

Ruotsalainen työelämän tutkija Hans Berglund teki jo vuonna 1974 hyödyllisen tuntuisen syrjäytymisdynamiikan käsite-erottelun. Hän erotti toisistaan ”torjunnan” ja ”poiston”. Torjunta on mikrotason diskriminointia, avointa syrjintää, joka ilmenee yksittäisten ihmisten tarkoituksellina tekoina tai toimenpiteinä, vaikka onkin luonteeltaan yhteiskunnallista ja kulttuuriperustaista. Poisto taas on persoonatonta, kasvotonta syrjäyttämistä, joka perustuu yliyksilöllisiin makrotason prosesseihin, joiden takana ovat erilaiset talous- ja toimintarakenteiden muutokset ilman, että niihin suoranaisesti liittyisi tarkoituksellista yksilöiden tai ryhmien syrjäyttämisen ajatusta (Helne & Karisto 1992).

Juuri poistomekanismit ovat vahvistuneet laman jälkeisessä Suomessa. Työelämän poistomekanismeista hyvänä esimerkkinä toimii rakennetyöttömyys, joka on sitkistynyt ja pitkitynyt. Tämän artikkelin aihetta läheisempi esimerkki poistomekanismista voisi olla huumeiden käyttäjien kohtelu Suomessa 1990-luvulla. Huumeiden käytön ja huumeongelmien lisääntyessä puhuttiin paljon huumeiden käyttäjien hoidon merkityksestä; siitä huolimatta huumerikoksista epäiltyjä tai tuomittuja oli vuosikymmenen loppuun tultaessa noin kaksinkertainen määrä verrattuna niihin, jotka olivat hoidettavana huumeongelmansa vuoksi (Kaukonen 2000). Poistomekanismin toiminta – siis paljon puhuttu repessiivinen huumeainepolitiikka – perustui sekä huumeiden ristiriitaiseen yhteiskunnalliseen asemaan Suomessa että palvelujen järjestämisen hitauteen.

Huumeiden käyttäjien hoitomahdollisuuksia on sittemmin kehitetty hyvin nopeasti (Kaukonen 2002b), mutta koko järjestelmän toimintaa

katsoen rakenteelliset ongelmat ovat kärjistyneet – ja edelleen kärjistymässä, kun tilannetta katsotaan vuoden 2004 alkoholipoliittisten ratkaisujen valossa. Nyt päihdepalvelujärjestelmä itse näyttää poistavan aikaisempaa rivakammalla otteella nykyiseen sosiaaliterapeuttiseen toimintatapaan soveltumattomat juopot.

Tämän vuoksi myös nykyinen palvelujen kehittämisen yhteistoiminnan tehostamiseen ankkuroituva perusdoktriini on kriisiytymässä (Rantala 2004). Yhteistyö, verkottuminen ja palveluohjaus ovat edelleen varsin hyviä välineitä silloin, kun palvelujärjestelmä rekisteröi ongelmat ja lähtee niitä lievittämään ja kun palvelun saamisen esteenä on joko asiakkaan kyvyttömyys käyttää palveluja tai palveluissa esiintyvä torjunta – asiakas on taitamaton tai vaikkapa habitukseltaan tai käytökseltään vähemmän attraktiivinen autettava. Vaikeaksikin koettu asiakas on useimmiten ainakin jossakin määrin yhteistoiminnan ja tiiviin palveluohjauksen avulla autettavissa. Tunnistettuun yksilökohtaiseen torjuntaan on mahdollista vaikuttaa.

Jos sen sijaan asiakkaan palvelujen saamisen esteenä on rakenteellisia poistomekanismeja, tilanne on laadullisesti toinen. Tiedon vaihdosta, informaatio-ohjauksesta tai asennekasvatuksesta ei ole apua, jos palveluihin ei ole pääsyä. Tarvitaan toisentyyppejä ja kattavampia toimenpiteitä. Kuviossa 7 nelikentässä on kuvattu päihdepalvelujen kehittämisen näkökulmasta torjunnan ja poiston mekanismeja ja niihin vaikuttamisen tapoja. Typologia on – kuten aina – karkea yleisty.

Ruudun 1 tilanteessa palvelujärjestelmän rasvaus eli palveluohjaus ja verkostotyöskentely ovat riittäviä toimenpiteitä, kun kyse on asenteellisista, tiedon puutteisiin liittyvistä tai asiakkaan neuvonnalla korjattavista ongelmista. Tätä työsarkaa riittänee joka tapauksessa sosiaali- ja terveydenhuollon monitoimijaisessa kentässä. Jos sen sijaan palvelutarjonta on niukentunut ja palvelujen saamisen ehdot ovat muuttuneet, palveluihin tarvitaan aikaisempaa enemmän investointeja tai muita korjaavia interventioita, jotta asiakkaat saisivat tarvitsemansa palvelut ja jotta palvelujärjestelmän yhteiskunnallinen vaikuttavuus pysyisi edes ennallaan. Korjaus on periaatteessa mahdollista toteuttaa myös paikallisina päätöksinä, ja niin käytännössä esimerkiksi lisättyjen huumehoitopalvelujen osalta tehtykin (ruutu 2).

Osa viime vuosien toimenpiteistä on liittynyt hyvinvointivaltion arvojen ja normien terävöittämiseen (ruutu 3). Vaikeiden ongelmien kanssa

Kuvio 7. Palveluista syrjäytymisen mekanismit ja niihin vaikuttaminen

	Torjunta: huono tiedon kulku, asenne- ongelmat tai toimimaton yhteistyö	Poisto: järjestelmän rakenteelliset ongelmat	
Vaikuttamisen tapa	Alueellinen	<p><i>Rasvaus:</i></p> <p>Informaatio-ohjaus, tiedon lisääminen, palveluohjaus, verkostot, yhteistoiminnan vahvistaminen</p> <p>1</p>	<p><i>Lisääminen:</i></p> <p>Palvelujen riittävyyden turvaaminen, kapeikkojen paikantaminen ja korjaus</p> <p>2</p>
	Valtakunnallinen	<p>3</p> <p><i>Hyvinvointivaltion arvojen ja normien terävöittäminen:</i></p> <p>Laatuhankkeet, kumppanuusohjelmat ja resurssilisäykset</p>	<p>4</p> <p><i>Hyvinvointivajeiden paikantaminen ja paikkaaminen:</i></p> <p>Asiakkaiden oikeuksien vahvistaminen. Päihdepalvelujen paikan ja toiminnan uudelleenmäärittely</p>

kamppailevat asiakastyöntekijät tai edes päättäjät eivät aina näe edes keskeisen normiston merkitystä. Pähhteisiin liittyvistä hyvinvointivajeista ja -ongelmista tulee paikallistasolle valutettuna helposti järjestysongelmia, joihin vastataan jo kokonaan eri tavoin: tiukentamalla palveluihin pääsyn kriteerejä tai kiristämällä erityisryhmien kontrollia ja lisäämällä sanktioita (esim. Törrönen 2003). Hyvinvointivaltiollisten arvojen ja toimenpiteiden yhtenäistämistä on tavoiteltu esimerkiksi laatimalla päihdepalvelujen laatusuosituksia (2002). Laatusuosituksissa on korostettu palvelujen riittävyyttä, asiakaslähtöisen yhteistoiminnan sujuvuutta, mutta myös kuntien vastuuta palvelukokonaisuuden toiminnasta. Uutta kumppanuusajattelua, valtion kasvavaa roolia ja myös sitoutumista kasvaviin päihdehuollon kustannuksiin edustaa myös kansallinen alkoholiohjelma (2004), jonka taustalla on hallituksen alkoholipolitiikkaa koskeva periaatepäätös.

Päihdepalveluista syrjäytyminen on kuitenkin hankalasti arvioitava ilmiö. Riskin toteutumista yksilöittäin tai ryhmittäin on vaikea seurata, koska tietojärjestelmiin ei jää mitään merkintää niistä asiakkaista, jotka eivät sinne koskaan pääse. Epäsuorasti kuvaa on mahdollista rakentaa erilaisten päihdelastollisten osoittimien kautta, kuten edellä on tehty. Hyvinvointivajeiden paikantaminen ja paikkaaminen palvelujen avulla (ruutu 4) edellyttävät päihdepalveluihin kohdennettua tutkimusta, mutta myös sen arviointia, tulisi-ko palvelupolitiikan ja -hallinnon puolella määritellä päihdepalvelujen paikkaa ja toimintaorientaatiota nykyisestä poikkeavalla tavalla.

Toiminnallisiin ongelmiin vaikutetaan informaatio-ohjauksen keinoin, rakenteellisten kysymysten ratkaisemiseen tarvitaan pysyväisluonteisia resurssilisäyksiä, mutta myös palvelupolitiikan uudenlaista määrittelyä ja ohjausta. Nykyisen informaatio- ja resurssiohjauksen lisäksi ainakin asiakkaan asemaa tulisi selkiyttää ja vahvistaa (vrt. Heikkilä 2005).

Arviointia

Yksilöllinen päihdekuntoutus on varmasti yhtä vaikuttavaa kuin 1990-luvun alussakin; työntekijät ovat hyvin koulutettuja ja osaavat työnsä. Päihdepalvelujen yhteiskunnallinen vaikuttavuus on kuitenkin nopeasti heikentynyt samaan aikaan, kun eri pähhteiden kulutuksen tiedetään kasvaneen tuntuvasti ja alkoholin kulutuksen odotetaan alkoholipoliittisten muutosten myötä edelleen kasvavan jopa hyppäyksellisesti. Lipsuminen palvelujen syrjäytymistä ehkäisevän perustehtävän hoitamisessa on jokseenkin suorassa suhteessa palvelujen heikentyneeseen saatavuuteen ja saavutettavuuteen: erityisesti huono-osaisimmilla asiakkailla on entisestään kasvanut riski jäädä palveluverkon ulottumattomiin.

Paikallishallinnolla ei ole toistaiseksi olemassa sellaista seurantajärjestelmää, jolla kansalais- tai asiakasryhmäkohtaisia hyvinvointivajeita ja palvelutarpeita olisi mahdollista tunnistaa. Näiden ryhmien tunnistaminen on myös valtakunnallisessa tilastoinnissa tai seurannassa jokseenkin satunnaista. Voidaan kuitenkin listata ryhmiä, joi-

den on jo pitkään ollut vaikea ponnistautua palvelujärjestelmän piiriin. Tällaisia ovat mielenterveysongelmista kärsivät päihdeongelmaiset, valtaosa vankilatuomion saaneista lainrikkojista sekä sellaiset pitkäaikaisesti työelämän ulkopuolelle jääneet, joiden elämäntapaan päihdeiden käyttö liittyy erityisen tiiviisti. Näiden ryhmien kuntoutukseen tavoittaminen olisi yksilöllisesti, yhteiskunnallisesti ja myös kokonaistaloudellisesti kannattavaa, koska vaihtoehtokustannukset kuntoutuksen ulkopuolelle jättämisestä muodostuvat korkeammiksi kuin pystyvämmillä tai sosiaalisemmilla päihdeongelmaisilla.

Onko päihdehuolto enää kiinnostunut sosiaalisista kysymyksistä? Lisääntynyt valikointi antaa ymmärtää, että päihdeet ja päihtymys eivät enää ole päihdehuollon erityispalveluiden keskeisen kiinnostuksen ja työn kohteena, vaan pikemminkin jokin muu. Tässä käytetyt aineistot eivät anna tähän vastausta, mutta hyvä arvaus voisi olla, että päihdehuollon erityispalvelujen orientatio on medikalisoitunut; päihdeongelman sosiaalityöperustaisen lievittämisen sijasta (ongelmana päihdeiden käyttö ja siitä aiheutuvat konkreettiset ongelmat) kiinnostuksen kohteena on yleisemmin addiktiokäyttäytyminen (ongelmana yksilöllinen riippuvuus ja sen hallinta).

Ero voi vaikuttaa pieneltä, mutta sillä on huomattavat käytännön seuraukset: yksilön addiktio-ongelmien kanssa on mahdollista työskennellä pitkään ja perusteellisesti ilman, että mitään kovin olennaista muutosta tapahtuu persoonallisuuden rakenteessa. Toisaalta olisi mahdollista keskittyä suoraan ajankohtaiseen päihdeiden käyttöön, sen käytännön hallintaan ja liitännäisongelmien hoitoon – ja saada huomattavia tuloksia jo kohtuullisin interventioin. Samalla järjestelmään syntyisi tilaa ja toimintamahdollisuuksia niille, jotka muista syistä tarvitsevat pitkäaikaisempaa tukea ja apua. Koko päihdehuollon erityispalvelujärjestelmän kehitystä tarkastellen näyttää kuitenkin pikemminkin siltä, että kyse ei ole pelkästään päihdehuollon itseymmärryksen muutoksesta, vaan järjestelmän toimintaperiaatteiden hitaasta, mutta perusteellisesta muutoksesta ilman, että yhteiskunnalle olisi samalla kehitetty uuteen tilanteeseen soveltuvia ohjausvälineitä.

Mitä sitten olisi tehtävissä? Markkinaorientoitunut vastaus olisi ilman muuta, että järjestelmän käyttöä tulisi tehostaa. Pelkällä mekaanisella tehostamisella on kuitenkin vaativassa ihmistyössä lyhyet jäljet ja mahdollisesti ongelmalliset seura-

mukset, mikäli riittäviä korjausliikkeitä ei tehdä palvelupoliittisella ja rakenteellisella tasolla. Ainaakin seuraavanlaisia poliittis-hallinnollisia korjausliikkeitä olisi syytä tehdä vieläpä varsin nopeasti valtakunnallisesti, kunnallisesti ja alueellisesti:

– Päihdepalveluihin suunnatun tutkimuksen keinoin tulisi täsmentää muuttuneessa tilanteessa nykyistä paremmin koko palvelujärjestelmän riittävyys ja käyttö suhteessa kasvaneeseen ja kasvavaan päihdekuormaan. Erityisessä marginalisoitumisvaarassa olevien päihdeongelmaisten erityisryhmien laatu ja laajuus tulisi selvittää muuntuneissa oloissa.

– Kuntien tulisi lisätä palvelujen tilaajaosaamista. Palvelujen markkinoistaminen ilman toimivia markkinoita näyttää kokonaisuutena katsoen olleen todella tehotonta (palvelujen määrä suhteessa panoksiin) ja kohdentuneen valikoivasti (palvelujen luonne ja saavutettavuus suhteessa tarpeisiin). Se on myös heikentänyt palvelujen yhteiskunnallista vaikuttavuutta ja on omiaan syömään koko päihdepalvelujärjestelmän legitimitettä

– Jonkinasteinen hoitotakuujärjestelmä olisi ulotettava erityisesti päihdehuollon akuuttiin palveluihin pääsemiseksi, jotta ainakin ne asiakkaat, jotka ovat halukkaita hoitoon, tulevat autetuiksi. Alkoholihoidojen kysyntä tulee kasvamaan poikkeuksellisen nopeasti, joten palveluverkon tarpeellinen vahvistaminen ja lisäpanostus tulisi kohdentaa perusterveydenhuollossa tehtävään akuuttihoitoon, joka on periaatteessa kuntalaisten saavutettavissa riippumatta paikkakunnasta.

– Sosiaali- ja terveystalitiikka tulisi palauttaa päihdepalvelupoliittikkaan: kyse on huono-osaisimpien suhteellisen aseman kohentamisesta palvelujen keinoin. Palvelu voidaan toteuttaa monella konseptilla jokseenkin yhtä vaikuttavasti, mutta julkisesti tuotetun hyvinvointipalvelun ydin on hyvinvointivajeiden kompensoiminen. Millään järjestelmän toteuttamalla valikointimekanismilla ei ole tilastollisesti osoitettua positiivista vaikutusta päihdeongelmien hoidossa.

Tutkimusta tietoyhteiskunnassa rahoitetaan ja tehdään joka tapauksessa; päihdepalvelututkimus ja marginaalisosiaalityö tulisi vain palauttaa teemaattisen kiinnostuksen kohteeksi valtakunnallisesti ja paikallisesti. Palvelumarkkinoiden nykyistä parempi ohjaus on todennäköisesti jo kuntien taloudellisessakin intressissä. Hoitotakuun toteuttamiseen liittyviä toimenpiteitä on niitäkin jo terveydenhuollossa käynnistetty, ja sosiaalialan

kehittämisohjelman puitteissa sosiaali- ja terveysministeriön on mahdollista kohdentaa hankerahoitusta suoraan tarpeenmukaisten lähipalveluiden kehittämiseen.

Yhteiskunnan individualisoituminen ja hyvinvointivaltion hajauttaminen saattavat edelleen jatkua, mutta jo suhteellisen harvoilla hyvin koh-

TIIVISTELMÄ

Olavi Kaukonen: Torjunta vai poisto? Päihdepalvelujen kehitys laman jälkeen

Päihdeongelmallisille suunnatut palvelut ovat hyödyllisiä ja tuloksellisia paitsi asiakkaiden kannalta myös yhteiskunnallisesti. Hyvin toimivat päihdepalvelut alentavat terveydenhuollon yleisiä kustannuksia, lisäävät terveyteen liittyvää tasa-arvoa, lievittävät sosiaalisia ongelmia ja lisäävät hyvinvointia. Tutkimusten mukaan on erityisen hyödyllistä tarjota päihdevieroitusta ja kustannustehokkaita avopalveluja helposti tavoitettavilla tavoilla. Vaikeimmin päihdeongelmallisille ja moniongelmaisille olisi erityisen hyödyllistä tarjota yhdeltä luukulta kokonaisvaltaisia palveluja.

Palvelut ovat vaikuttavia vain, jos ne ovat asiakkaiden tavoitettavissa. 1990-luvun laman jälkeen kaikkien päihdehuollon erityispalvelujen saatavuus on kuitenkin selvästi heikentynyt. Vaikka suoritteita tuotetaan aikaisempaa enemmän, laitospalveluihin pääsee enää alle puolet vuoden 1990 asiakasmäärästä. Sairaalahoido ei myöskään enää kompensoi niukentunutta laitostuntoutusta samalla tavalla kuin 1990-luvun alussa; myös päihde-ehtoiset sairaalahoitotaksot ovat vähentyneet, vaikka eri päihteen kulutus juuri 1990-luvun loppuvuosien aikana on noussut uudelle ennätystasolle. Myöskään nopeasti laajentunut avohoido ei ole pystynyt hoidon tarvetta paikkaamaan. Itse asiassa myös avokuntoutuksen kynnykset ovat nousseet, ja erityisesti kaikkein vaikeimmin päihdeongelmaisten pääsy myös avopalveluihin on entistä rajoitetumpaa. Ainoastaan matalan kynnyksen huumehoitopalvelut ovat ta-

dennetuilla toimenpiteillä päihdehuollon palvelujen toiminta ja niiden yhteiskunnallinen paikka määrittyisivät uudelleen siten, että ne olisivat lisääntyvien haasteiden edessä toimintakykyisempiä ja myös yhteiskunnallisesti vaikuttavampia kuin nykyisin.

voittaneet enenevästi asiakkaita.

Palvelujärjestelmä on laajentunut ja sen sekä henkilöstö että kustannukset ovat tuntuvasti kasvaneet 1990-luvun puolivälistä alkaen, vaikka kunnat ovat tehokkuutta ja talouden ennakoitavuutta tavoitellakseen enenevästi ulkoistaneet palvelutuotantoaan. Tehokkuuslupaukset eivät ole täyttyneet. Pikemminkin päihdepalvelujärjestelmän yhteiskunnallinen vaikutavuus on dramaattisesti heikentynyt, vaikka haasteet ovat suuremmat kuin koskaan: vuoden 2004 alkoholi-politiikan muutokset näyttävät lisäävän palvelutarpeita jo suhteellisen nopeasti.

Yhteiskunnallisen syrjäytymisen mekanismit ovat muuttuneet. Enenevästi voidaan puhua rakenteellisesta ja syvenevästä, aiempaa pysyväisluonteisemmasta sosiaalisesta syrjäytymisestä. Nykyisen informaatio-ohjauksen välineet (tiedon lisääminen, palveluohjaus ja verkostotyö) eivät tehoa rakenteellisiin muuttuneisiin ongelmiin, eikä vika ole paikannettavissa sosiaali- ja terveydenhuollon tai päihdealan työntekijöihin. Tuntuvalta korvamerkityn valtionrahoituksen lisäksi näinkin näyttää olleen varsin rajallinen vaikutus. Päihdepalvelujen tutkimusta olisi syytä lisätä ainakin siihen mitaan, että päätöksentekijöillä olisi tieto näiden marginaaliryhmien palvelujen kehityksestä ja sen suunnasta. Sitä edellyttäisi sekä kuntien että valtion ohjauksotteen terävöittäminen. Yhtä tärkeää olisi asiakkaiden palvelu- ja vahvistamisen ja toisaalta päihdepalvelujen paikan uudelleen määrittely lähemmäksi yleistä sosiaali- ja terveyspolitiikkaa ja sen arvopohjaa.

KIRJALLISUUS

- BABOR, THOMAS & AL.: Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and public policy. Oxford University Press, 2003
- BEHANDLING AV ALKOHOL- OCH NARKOTIKAPROBLEM. En evidensbaserad kunskapssammanställning. Volym I. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2001. 2001a
- BEHANDLING AV ALKOHOL- OCH NARKOTIKAPROBLEM. En evidensbaserad kunskapssammanställning. Volym II. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2001. 2001b
- BERGLIND, HANS: Segregations processer i dagens samhälle. S. 47–58. I: Daun, Åke & Börjeson, Bengt. & Åhls, Sven (red.): Samhällsförändringar och

brottslighet. Stockholm 1974

- HEIKKILÄ, MATTI: Taustamuistio sosiaalialan kehittämishohjelmaan. 2003
- HEIKKILÄ, MATTI: Ohjauksen tarve ja tulevaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa. S. 206–212. Teoksessa: Heikkilä, Matti & Roos, Milla (toim.): Sosiaalili- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Helsinki: Stakes, 2005
- HELNE, TUULA & KARISTO, ANTTI: Syrjäytymisen ongelma. S. 517–531. Teoksessa: Riihinen, Olavi (toim.): Sosiaalipolitiikka 2017. Näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen. Helsinki: WSOY, 1992
- HOLDER, HAROLD & PARKER, R. N.: Effect of alcoholism treatment on cirrhosis mortality: a 20-year

- multivariate time series analysis. *British Journal of Addiction* 87 (1992), 1263–1274
- JULKISTEN MENOJEN HINTAINDEKSI. Helsinki: Tilastokeskus, 2004
- JULKUNEN, RAIJA: Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Tampere: Vastapaino, 2001
- KANSALLINEN ALKOHOLIOHJELMA 2004–2007. Yhteistyön lähtökohdat 2004. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004
- KAUKONEN, OLAVI: Leikatut päihdepalvelut – kuntoutuksesta pysyviin huoltosuhteisiin. S. 158–173. Teoksessa: Uusitalo, Hannu & Konttinen, Mauno & Staff, Mikko (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Raportteja 173. Helsinki: Stakes, 1995
- KAUKONEN, OLAVI: Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. Tutkimuksia 107. Helsinki: Stakes, 2000
- KAUKONEN, OLAVI: Päihdepalvelujen vaikuttavuus. S. 125–139. Teoksessa: Aalto, Anna-Maija & al. (toim.): Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Raportteja 267. Helsinki: Stakes, 2002. 2002a
- KAUKONEN, OLAVI: Päihdepalvelupolitiikka ja hyvinvointivaltion muutos. S. 137–166. Teoksessa: Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka (toim.): Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 2002. 2002b
- KAUKONEN, OLAVI: Päihdepalvelujen vaikuttavuus haajutetussa hyvinvointivaltiossa. S. 40–65. Teoksessa: Soininen, Mali & Sulkko, Seppo (toim.): Puheenvuoroja itäsuomalaisen päihdetyön tulevaisuudesta. Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskusten julkaisuja 1. Joensuu 2004
- KAUKONEN, OLAVI & HAAVISTO, KARI: Päihdetapauslaskenta 1995. *Alkoholipolitiikka* 61 (1996): 2, 130–139
- KAUKONEN, OLAVI & HALMEAHO, MATTI: Asiakkaasta potilaaksi? Tapaustutkimus katkaisuhuoltoaseman lakkauttamisen vaikutuksista läntisellä Uudellamaalla 1995. Raportteja 203. Helsinki: Stakes, 1996
- KAUKONEN, OLAVI & MÄKI, JUKKA: Rakennemuutos vai sopeutus? S. 101–121. Teoksessa: Viialainen, Riitta & Lehto, Juhani (toim.): Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitospalvelujen vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Raportteja 192. Helsinki: STM ja Stakes, 1996
- KLINGEMANN, HARALD & TAKALA, JUKKA-PEKKA & HUNT, GEOFFREY (eds.): *Cure, Care, or Control. Alcoholism treatment in sixteen countries.* Albany: State University of New York Press, 1992
- KORTTEINEN, MATTI & TUOMIKOSKI, HANNU: Työtön. Tutkimus pitkäaikaistyöttömien selviytymisestä. Helsinki: Tammi/Hanki ja jää, 1998
- LONGBAUGH, R. & MCCRADY, B. & FINK, E. & STOUT, R. & MCAULEY, T. & DOYLE, C. & MCNEILL, D.: Cost-effectiveness of alcoholism treatment in partial vs. inpatient settings: six months outcomes. *Journal of Studies on Alcohol* 44 (1983), 1049–1071
- NUORVALA, YRJÖ & METSO, LEENA: Päihdepalvelut. S. 76–91. Teoksessa: Heikkilä, Matti & Roos, Milla (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Helsinki: Stakes, 2005
- NUORVALA, YRJÖ & METSO, LEENA & KAUKONEN, OLAVI & HAAVISTO, KARI: Päihde-ehdotoin asiointi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa: vuosien 1995 ja 1999 päihdetapauslaskentojen vertailua. *Yhteiskuntapolitiikka* 65 (2000): 3, 246–254
- NUORVALA, YRJÖ & METSO, LEENA & KAUKONEN, OLAVI & HAAVISTO, KARI: Muuttuva päihdeasiakkuus. Päihdetapauslaskennat 1987–2003. *Yhteiskuntapolitiikka* 69 (2004): 6, 608–618
- OSBORNE, DAVID & GAEBLER, TED: *Reinventing government. How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector.* New York: A Plume Book, 1993
- PARTANEN, PÄIVI & HAKKARAINEN, PEKKA & HOLMSTRÖM, PEKKA & KINNUNEN, AARNE & LEINIKKI, PAULI & PARTANEN, AIRI & SEPPÄLÄ, TIMO & VÄLKKI, JOUNI & VIRTANEN, ARI: Amfetamiinien ja opiattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2002. *Yhteiskuntapolitiikka* 69 (2004): 3, 278–286
- PÄIHDEPALVELUJEN LAATUSUOSITUKSET. Helsinki: STM ja Suomen Kuntaliitto, 2002
- PÄIHDETAUUSLASKENTOJEN AINEISTOT VUOSILTA 1987, 1991, 1995, 1999 ja 2003. Stakes, 2004
- PÄIHDETILOSTOLLISET VUOSIKIRJAT 1997–2004. Alkoholili ja huumeet. SVT 1997–2004:3. Helsinki: Stakes, 1997–2004
- RANTALA, KATI: Vankilasta vapautuvat huumeiden käyttäjät: sosiaalinen ongelma? Uusintarikollisuuden vähentäminen yksilökohtaisella työotteella ja verkostoituen. Tampereen kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi, 2004
- ROMELSJÖ, ANDERS: Decline in alcohol-related in-patient care and mortality in Stockholm County. *British Journal of Addiction* 82 (1987), 653–663
- ROOM, ROBIN: The effects of Nordic alcohol policies. What happens to drinking and harm when alcohol controls change? NAD Publications 42. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research, 2002
- ROSE, NIKOLAS: Vallan ja vapauden välissä. Hyveen hallinta vapaassa yhteiskunnassa. *Janus* 6 (1998): 1, 1–33
- SAARELA, PEKKA: Selvitys 15–29-vuotiaiden nuorten yhteiskunnalliseen osallistumiseen, politiikan painopisteisiin, tulevaisuuden odotuksiin ja kulttuuripalveluihin liittyvistä käsityksistä. Helsinki: Nuorisosaian neuvottelukunta, 1998
- SOTKA. Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastotietokanta. Stakes, 2004
- TYÖSSÄKÄYNTITILASTO 1990–2002. Helsinki: Tilastokeskus, 2005
- TÖRRÖNEN, JUKKA (toim.): *Valvontaa ja vastuuta. Päihdeet ja julkisen tilan moraalisaantely.* Helsinki: Gaudeamus, 2004
- VILLIKKA, HEIDI: Selvitys huumeiden käyttäjien hoitoon suunnatun vuoden 2002 valtionavustuksen käytöstä. *Selvityksiä* 2004: 12. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004.