

# Missä viipyy päihdekuntoutujien etujärjestö?

ILKKA HALONEN

Alkoholi- ja päihderiippuvuus on lääketieteen kansainvälisissä diagnoosiluokituksissa määrittely sairauksiksi muiden sairauksien tavoin. ICD-10-diagnoosiluokituksessa alkoholi- ja päihderiippuvuudella on tunnus F 10.2 ja muut päihderiippuvuudet luokitellaan tunnuksilla F11–F19. Tähän tosiasiastaan ei millään tavoin vaikuta se, onko sairaus jossain määrin ”itse aiheutettu”. Vastaavia sairauksia ovat bulimia, anoreksia, osin keuhkosityöpiä tai aikuisiän diabetes, joita on kutsuttu elämäntapasairauksiksi. Riippuvuuksista työnarkomania, bodausaddiktio, seksiriippuvuus, puhumattakaan läheisriippuvuuksista ovat tai eivät ole sairauksia aivan sen mukaan, kuinka yhteiskunnan päättäjät ja kenttätasolla lääketieteen auktoriteetit ne milloin mitenkään määrittävät ja luokittelevat.

Kansaneläkelaitos korvasi ruutiinimaisesti päihderiippuvaisten laitoshoidon ja -kuntoutuksen *sairausvakuutuspäivärahan* muodossa 90-luvun puoliväliin asti, jopa ns. laman aikana. Kelan Etelä-Suomen hallintolätkärin kiertokirje 90-luvun loppuvuosina vaikutti osaltaan menettelytavan muutokseen. Sen jälkeen juuri mikään viranomainen tai instituutio sosiaalitoimistoista Kelaan ei ole hoidon-aikaisten etuuksien kohdalla toiminut johdonmukaisella tavalla.

Peruskäytännöksi on vakiintunut laitospäiväraha-anomusten päihderiippuvaisten sairausvakuutuspäiväraha-anomusten hylkääminen. Eri kuntien tai jopa saman suurkunnan sisällä eri paikallistoimistojen välillä on ollut täysin vastakkaisia käytäntöjä. Yksi toimisto on hylännyt, toinen hyväksynyt päivärahoikeuden. Tätä Kelan mielivaltaista ja lainvastaista toimintaa on jatkunut 5–7 vuotta ainakin Etelä-Suomen alueella.

Päihdehuoltolain perusteella kunnan on järjestettävä päihdehuollon palvelut sellaisiksi, kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Tarve laitoshoidon osalta seulotaan yleensä sosiaalitoimistoissa ja A-klinikoilla, joskus terveyskeskuksissa tai sairaaloissa.

Kansaneläkelaitoksen oman ohjeistuksen mukaan *kuntoutusraha* on ensisijainen sosiaalivakuutusjärjestelmän mukainen etuus päihdehuollon laitospäivärahaan verrattuna. Kuntoutusrahaa voidaan maksaa joko päihdehuoltolain tai kansanterveyslain – joskus työterveyslain – perusteella.

Päihdehuoltolain perusteella maksettavalla kuntoutusrahalla on kuitenkin ehtonsa: hoitoon tulo on tapahduttava työterveys- tai työpaikan hoitoonohjausjärjestelmän kautta, kuntoutuksen on tapahduttava Kelan hyväksymässä yksikössä ja

perustuttava asianmukaiseen kuntoutussuunnitelmaan. Tällä perusteella *työtön ei voi saada kuntoutusrahaa*, koska hän ei voi täyttää ainakaan ensiksi mainittua kriteeriä. Edustamaani päihdeyksikköön hakeutuvista asiakkaista hyvin merkittävä osa on työttömiä ja erityisesti pitkäaikaistyöttömiä.

Edelleen Kelan ohjeiden mukaan työtönkin voi saada kuntoutusrahaa *kansanterveyslain* perusteella. Tätä kuitenkin käytännössä sovelletaan äärimmäisen harvoin. Ensinnäkin koko kuntoutusrahaetus on 24:ää Uudenmaan kuntaa, joiden väestöpohja on 1,2 miljoonaa henkilöä, edustaville lähettäjätahoille jokseenkin tuntematon asia. A-klinikan, sosiaalitoimiston tai muun lähettäjätahon on *ennen hoitoon tuloa* tehtävä *kuntoutuspäätös* Kelan lomakkeella KU 114. Käytännössä olemme hoitoa toteuttavana kuntayhtymäpohjaisena tahona joutuneet toistuvasti tiedottamaan kuntien edustajille koko kuntoutusrahan olemassaolosta ja ensisijaisuudesta sekä tarvittavista menettelytavoista. Kun asiaa koskenut Kelan muistio on ilmestynyt jo vuonna 1999, Kela on mielestäni pahasti laiminlyönyt kentälle suunnatun tiedotus- ja koulutustehtävän. Ja toiseksi eräät kunnat ovat keskinäisissä neuvotteluissaan sopineet Kelan pai-

kallisedustajien kanssa, että työtömät eivät saa kuntoutusrahaa, eli A-klinikka ei voi käyttää kansanterveyslain suoma mahdollisuutta, vaikka lähettäjänä olisi myös terveydenhoitoa edustava A-klinikan oma lääkäri.

Onko tässä byrokratiaviidakkossa jokin ihme, että jotkut Ridasjärven päihdehoitokeskuksen asiakkaat jatkavat hoitoaikanaan työmarkkinatuella – siis periaatteessa käytettävissä työvoimana työtön-työtön-lomakkeita täytäten. En tiedä, onko tämä laillista tai laitonta, mutta joka tapauksessa hiljakseen vakiintunut käytäntö. Ongelmia tulee vain, mikäli kotiosoitteeseen – jos sellaista on – sattuisi tulemaan huomiotta jäänyt työtarjous: seurauksena on karenssi. Tämä on kuitenkin osoittautunut yksinkertaisimmaksi käytännöksi laitostuntoutuksen ajalta. Tosin mikäli asiakas on samalla riippuvainen sosiaalitoimistosta, häntä usein kehoitetaan hakemaan sairausvakuutuspäivärahaa tai pannaan hoitoon pääsyn ehdoksi sairausvakuutuspäivärahan hakeminen. Näin ilmeisesti vanhasta muistista, koska kuntoutusrahan ensisijaisuudesta on puutteelliset tiedot.

Vielä muutama sana sairausvakuutuspäivärahasta päihdekuntoutuksessa. Kuten jo totesin, suurin osa päihdeperustein tehdyistä anomuksista hylätään ainakin Etelä-Suomessa. Harvat sitkeät päihderiippuvaiset ovat päihdeasiamiehen avulla saaneet valitusportaana toimivalta tarkastuslautakunnalta tulkinnan, jonka mukaan heillä on samanlainen päivärahoikeus kuin muillakin sairauksista kärsivillä. Lisäksi eduskunnan apulaisoikeusasiamies on päättänyt, että kuntoutuslaitoksessa oleva asiakas on oikeutettu päivära-

haan samoin perustein kuin muutkin hakijat.

Käytännössä Kela jatkaa edelleen lainvastaista toimintaansa antamalla paikallistasolla hylkäyspäätöksiä jokseenkin mieltävaltaisesti. En ole nähnyt yhtään yksilöllisesti perusteltua hylkypäätöstä, vaan aina on perusteenä ollut sama lakipykälä, jonka mukaan ”teitä ei voida katsoa työkyvyttömäksi, koska...”

Huolestuttavin piirre on kuitenkin päihdehuoltolain hengen ja kirjaimen täydellinen laiminlyönti. Myös kuntayhtymäpohjaisen laitoksemme 24 jäsenkuntaa Uudeltamaalta noudattavat tai ovat noudattamatta lakia täysin satunnaisesti. Päihdehuolto sosiaalihuollonkin marginaalisektorina on muodostunut jo syrjäytyneiden ihmisten edelleen syrjäyttämisen välikappaleeksi. Byrokratia jäsenkunnissamme on tehnyt hoitoon pääsyn yhä vaikeammaksi. Eräs suuri jäsenkunta on perustanut sensuuri- ja kontrolliyksikön, joka kokoontuu joka toinen viikko ja jonka päätös laitoshoidosta tarvitaan, vaikka kyseessä on oma jäsenkunta, ei nk. ostopalvelusopimus. Moniko ehtii juoda tai ”narkata” itsensä hengiltä hoitopaikkaa odottaessaan? Jotkin isot tai keskisuuret jäsenkunnat ovat yhdistäneet tai yhdistämässä omia sosiaali- ja terveyspalveluitaan. Tämä voi olla pitkällä aikavälillä mielekästä, mutta ainakin siirtymävaiheessa päihderiippuvaisen hoitoon pääsy voi mutkistua, kun tarvitaan sekä sosiaali- että terveysviranomaisen läheteet. Lisäksi voi olla kädenväntöä siitä, maksetaanko hoito päihdehuollon erityismäärärahoista vai yleisistä terveys- ja sosiaalitoimen rahoista, tuleeko ns. kuntaosuus toiselta momentilta kuin asiakasosuus jne.

Eräässä keskisuudessa jäsenkunnassa päihdehuollon määrärahoja leikattiin vuoden 2003 loppupuolella 30–40 prosenttia. Tässä vain muutama esimerkki.

Laman aikana 10 vuotta siten oli jotenkin ymmärrettävää, että kunnilta loppuivat rahat. Eräskin kunta antoi tuolloin asiakkaalle kolmen vuorokauden maksusitoumuksen. Pelkkä katkaisuhoido edellyttää vähintään viikkoa.

Nyt kun Suomen bruttokansantuote on ollut jatkuvassa kasvussa ainakin vuoden 1996 jälkeen ja Suomi on eräin mittarein maailman kilpailukykyisin maa, on vaikea ymmärtää julkisen sektorin köyhyyttä muuta kuin yhteiskunnan arvojen rajuna muutoksena amerikkalaisen hyvinvointiyhteiskunnan suuntaan. Köyhien, työttömien, asunnottomien, mielenterveysongelmaisten, päihderiippuvaisen – lyhyesti syrjäytyneiden – painaminen ei kyykkyy vaan rähmälleen ei ole vain visio, vaan tätä päivää.

Syrjäytyminen passivoi ihmisen toiminnan. Päihdeongelmaan liittyy henkilökohtainen häpeä, josta ihminen pääsee irti parhaiten vertaisryhmien ja ammattiavun yhteistyöllä pitkien ajanjaksojen kuluessa. Olen joskus kirjoittanut, että henkilökohtainen ongelma voi olla vain henkilöllä, jolla on jonkinlainen yhteiskunnallinen asema ja identiteetti, esimerkiksi julkisuuden henkilönä. Tämä taisi olla silloin, kun Ahti Karjalainen oli median hampaissa ongelmansa takia. Harva muistaneekin, että Matti Nykänen esiintyi 80-luvulla Raittiuskasvatusliiton mannekiinina Suomen Hiihtoliiton luvalla.

Pursimiehenkadun asuntolan yläpetillä tai Herttoniemen asuntolan lattian muovipatjoilla

ei asu henkilökohtainen, vaan sosiaalinen ongelma. Ja kuitenkin siellä asuu yksilöitä, ihmisiä, joilla on sama arvo ja samanlaiset perustarpeet kuin kenellä tahansa meistä.

Koko 32-vuotisen päihdetyöntekijän urani aikana olen mieltänyt, missä viiptyy päihderiippuvaisten oma etujärjestö. Miksi meillä on vahvat järjestöt sydäntautisilla, syöpöpotilailla, keuhkovammaisilla, munuaispotilailla, näkö- ja kuulovammaisilla, jopa mielenterveyskuntoutujilla?

AA ei ole ohjelmansa mukaan etujärjestö, vaan periaatteittensa mukaan välttää kaikkea yhteis-

kunnallista kannanottoa ja vaikuttamista. A-Kiltojen Liitto toki toimii jonkinlaisena etujärjestönä, mutta sekin on keskittynyt pääasiassa omien jäsentensä virkistys- ja vertaistoimiin. Toki se on saanut muiden yhteisöjen avulla aikaan RAY:n tuella toimivan valtakunnallisen päihdeasiamiehen, joka juristina pystyy edunvalvontaan. Mutta tehokkain ihminen ei voi olla sama kuin joukkovoimaan perustuva etujärjestö.

Kuka perustaisi Päihdekuntoutujien Keskusliiton, jolla olisi kanttia neuvottelukumppanina asettaa mm. Kansaneläkelai-

tos, työvoimaviranomaiset ja asuntoviranomaiset vastuuseen niille kuuluvista velvoitteista? Heitän pallon ensi sijassa niille kuntoutujille, jotka ovat toipumisprosessissaan päässeet niin pitkälle, että itsetunto ja usko yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen ovat palanneet tai palaamassa. Vertaistuki ja muu sisäinen toiminta ovat päihdekuntoutujalle elintärkeitä. Ulospäin suuntautuva toiminta ja edunvalvonta eivät mielestäni ole mitenkään ristiriidassa vertaisavun kanssa.

## Rintasyöpätestien psykologiaa ja matematiikkaa

OSMO TAMMISALO

Suuri ja musta syntymämerkki keskellä selkää on sen omistajalle kutakuinkin yhdentekevä. Mutta jos merkki on kasvoissa, se vaikuttaa koko elämään. Fyysisestä piirteestä tulee psykologinen ominaisuus. Sama pätee naisen rintoihin. Ne ovat merkittävä naisen hyvinvointiin vaikuttava psykologinen tekijä. Tämä tulee esille viimeistään silloin, kun nainen tulee ikään, jossa rintasyöpäseulonnat ovat ajankohtaisia.

Pohdiskelin tuttavani mammografiakokemusten innoittamana, mitä esimerkiksi sairaalapsykologin tulisi tietää rintasyöpästä ja sen tutkimisesta. Yllättävää kyllä, matematiikka ja vieläpä todennäköisyyslaskut ovat

tässä psykologillekin tärkeitä apuvälineitä.

Aloitetaan kysymyksestä, onko populaatiotason mammografiatutkimuksista hyötyä. Ja jos on, niin minkälaista? Terveysviranomaiset esittävät hyödyn useimmiten siten, että testaaminen vähentää rintasyöpään kuoleman riskiä vaikkapa 25 prosentilla. Mitä tämä 25 prosentin suhteellisen riskin pieneminen tarkoittaa? Oletetaan, että tuhat naista osallistuu testeihin ja toinen tuhat naista ei osallistu.

Seuraavien, esimerkiksi kymmenen vuoden aikana ensimmäisestä ryhmästä kuolee rintasyöpään kolme naista, kun testamattomista naisista kuolee neljä.

Kuolleiden määrän pieneminen neljästä kolmeen on tämä 25 prosentin riskin pieneminen. Asia voitaisiin ilmoittaa myös absoluuttisena riskinä, jolloin esimerkkimme lukema onkin vain 0,1 prosenttia. Toisin sanoen, jos tuhatta naista testataan kymmenen vuoden ajan, heistä yksi voidaan pelastaa rintasyöpältä. Kolmas tapa kertoa hyödyistä olisi ilmoittaa testausta tarvitsevien määrä, jotta yksi elämä saadaan pelastettua (esimerkissämme siis tuhat ihmistä). Mammografiahyöty voitaisiin ilmaista myös odotettavissa olevan elinajan keskimääräisenä pitenemisenä. Psykologi Gerd Gigerenzerin (kirjassa *Reckoning with Risk*, 2002)