

SÄÄSTÖILLÄKÖ PÄIHDEHUOLLON RAKENNEMUUTOKSEEN I

JUKKA MÄKI

Julkisten menojen vähentämiselle ei nykyisessä tilanteessa ole vaihtoehtoja. Tähän on myös sosiaali- ja terveydenhuollon osaltaan sopeuduttava. Sosiaalisista tulonsiirroista ja palveluiden järjestämisestä kertyvät sosiaali- ja terveydenhuollossa menot. Tasa-arvon edistäminen ja eri väestöryhmien tarpeisiin vastaaminen ovat olleet hyvinvointikoneistomme rakentamisen lähtökohtia. Näitä lähtökohtia näytetään nyt murrettavan ja purettavan laman kiihdyttämällä voimalla.

Tavoitteen ollessa julkisten kustannusten vähentäminen ja yksilön oman vastuun painottaminen tulisi etujen tai palvelujen uudelleenpriorisoinnissa pelkän poliittisen tarkoitushakuisuuden tai asenteellisuuden lisäksi käyttää myös järkeä. On kyettävä vähintäänkin osoittamaan, että aiotuilla leikkauksilla saavutetaan myös todellista säästöä. Kun julkinen valta leikkaa tarpeenmukaisia palveluja, välttämättömät kustannukset joko siirtyvät jonkun muun maksettavaksi tai palautuvat muina kustannuksina takaisin – pahimmassa tapauksessa korkojen kanssa.

Päihdehuollon leikkauksissa on tapahtumassa juuri näin. Huono-osaisista huono-osaisimmat osoitetaan maksumiehiksi; tarpeenmukaisten palvelujen saanti evätään. Tosiasiassa yhteiskunta näin tekemällä on kasvattamassa tulevaa taakkaansa, sekä sosiaalisessa että taloudellisessa mielessä. Päihdeongelmainen läheisineen kärsii ongelmansa nahoissaan entistä raskaammin – kuten kai moralistit haluavatkin – mutta laskun siitä maksaa myös yhteiskunta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset valtion vuoden 1993 talousarvion mukaan ovat noin 49,4 miljardia markkaa. Täysin käsittämättömältä tuntuu, että leikkaukset monissa kunnissa on aloitettu päihdehuollon laitostuntoutuksesta, johon koko maassa rahaa kului vuonna 1991 noin 200 miljoonaa markkaa! Vaikka koko päihdehuolto lopetettaisiin, ei tällä noin 500 miljoonalla markalla olisi mitään merkitystä tässä konkurssissa (Mäki 1992).

Tarpeellisten palveluiden järjestämisessä säästöjä ei saada leikkaamalla palveluja vaan tehostamalla niiden käyttöä, kohdentamalla niitä paremmin ja kehittämällä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta.

SÄÄSTÖJEN KOHDISTUMINEN PÄIHDEHUOLTOON

Kesän 1992 selvitykset (mm. Heikkilä & Lehto 1992; Lehto & Lamminpää 1992) osoittivat kuntien säästöjen kohdistuneen erityisesti lapsiperheisiin, vanhuksiin ja päihdeongelmaisiin. Erityisesti vähennettiin päihdeongelmaisten laitospalveluita. Lapsiperheet ja vanhukset saivat vielä 1990-luvun alussa merkittäviä etuuskien lisäyksiä; nyt niitä leikkattiin. Sen sijaan vastaavana aikana päihdehuolto ei saanut mitään lisää, joten sen suhteellinen asema heikkeni eniten.

Pahin on kuitenkin vasta edessä. Kuntien säästötarpeet ovat suurimmillaan vuosina 1993–1995. Päihdehuollon osalta leikkauk-

set oletettavasti jatkuvat. Nykyisessä tilanteessa päihdeongelmat kuitenkin kärjistyvät entisestään ja palvelujen tarve sitä kautta vain kasvaa. Leikkausten sijasta tarvittaisiin lisää palveluja, joiden avulla luotaisiin yhteiskunnallisia säästöjä.

Miksi säästöt sitten kohdistuivat ensivaiheessa päihdehuoltoon, vaikka se kustannustekijänä on kunnalle marginaalinen? Asiaa on selitetty paniikkisäästämisen seurauksena sekä asenteiden kovenemisena päihdeongelmaisia kohtaan. Säästettiin, mistä voitiin ja missä vastus oli vähäisintä. Kunnan kannalta helpointa oli säästää ostopalveluista ja erityisesti marginaaliryhmien palveluiden osalta. Kun leikkauksia vielä voitiin – joskus syystäkin – perustella yleisellä lausumalla hoitaa tarvittavat palvelut kunnan itsensä toimesta, toimenpide oli helposti ja nopeasti tehtävissä.

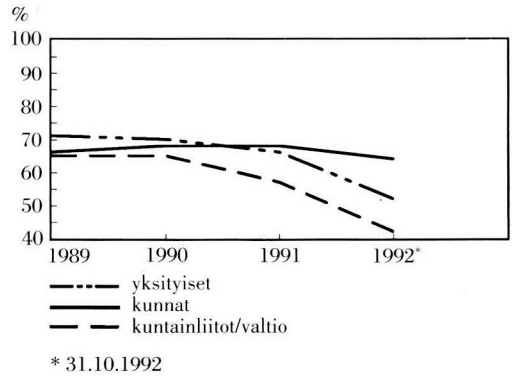
Syrjäytyneet ihmiset joutuvat helposti objektin asemaan, koska vallassa olevat eivät pysty asettumaan heidän asemaansa. Heille on tärkeämpää pitää huolta kannattajiensa – enemmistön – tarpeista.

PALVELUIDEN JÄRJESTÄMISMUOTO MÄÄRITTÄÄ KUNNAN PÄIHDEHUOLLON SAATAVUUTTA

Viime syksynä sosiaali- ja terveysministeriössä tehty selvitys Päihdekuntoutus lamasyksynä 1992 (Mäki 1992) osoitti, että päihdehuollon järjestämistapa kunnassa säätelee laitospalveluiden saatavuutta. Hoitopääsy ei juuri vaikeutunut, mikäli palvelut voitiin osoittaa oman kunnan laitoksesta. Sen sijaan kunnissa, jotka olivat ostopalvelujen (tai kuntainliiton) varassa, hoitoon pääsy vaikeutui olennaisesti. Selvitys kertoo jopa suoranaista hoitopääsyn estämisestä.

Laman tullessa kunnat pyrkivät turvaamaan oman palvelujärjestelmänsä toimivuuden (kuvio 1). Tätä on kritisoitu ostopalvelutuottajien taholta mm. sillä, että ostopalveluna laitoshoitopäiväkustannus olisi usein huokeampi kunnalle. Tätä on kuitenkin vaikea osoittaa. Tarkastelussa tulisi ottaa huomioon

Kuvio 1. Päihdehuollon kuntoutuslaitosten ja katkaisuhuoltoasemien käyttöasteet ylläpitäjätahon mukaan vuodesta 1989 vuoden 1992 lokaan loppuun



myös palvelujen laatu, osuvuus asiakkaan tarpeisiin sekä synergiaedut, jotka tulevat käytettäessä kunnan muuta täydentävää palvelujärjestelmää jne.

Kuntalaisen kannalta palveluiden järjestämismuoto – ainakin päihdehuollon osalta – määrittää palvelujen saantia. Tässä suhteessa uuteen valtionosuusjärjestelmään siirtymisen synnyttää aiheellisia epäilyjä järjestelmän kyvystä huolehtia edes entisessä määrin erityisryhmien palveluiden saannista.

Lainsäädännöstä voidaan johtaa, että palveluiden järjestämistavasta riippumatta kunnan on hoidettava lakisääteiset tehtävänsä, joihin päihdehuoltokin kuuluu.

Päihdehuoltolain (1986/41) mukaan palvelut tulee järjestää tarpeen perusteella. Kansalaisten tulee olla myös tasavertaisessa asemassa lakisääteisten palvelujen saannin suhteen. Ilmeisestikään näin ei ainakaan päihdehuollon osalta tapahdu (Mäki 1992).

PÄIHDEHUOLLOSSA SÄÄSTÖISTÄ EIVÄT PÄÄTÄ ALAN AMMATTILAISET

Kysyttäessä laitoksilta laman vaikutuksista päihdekuntoutukseen pääsyn vaikeutumi-

seen ilmoitti kunnallisten laitosten lisäksi myös muutama ostopalvelulaitos, ettei hoitoonpääsy ole vaikeutunut. Selvitettäessä tarkemmin tilannetta viimeksi mainittujen osalta vaikutelmaksi jäi, että kunta oli delegoinut hoidosta päättämisen kyseiselle laitokselle tai sen avoimuutta edustavalle yksikölle.

Eli jos hoidon tarve ja siitä päättäminen arvioidaan ammatillisin perustein, myös tarpeenmukainen hoitoonpääsy tulee turvattua. Sen sijaan jos hoitoonpääsystä päättäminen tapahtuu hallinnon toimesta, päätöksenteossa sovelletaan hallinnollisia tai taloudellisia kriteerejä. Selvityksessä (Mäki 1992) tuli tästä esiin varsin häkellyttäviä tapauksia:

– Eräässä kunnassa asiakkaan hoitojakso keskeytettiin kunnassa havaitun määrärahaylityksen johdosta.

– Kunta antoi kahden vuorokauden maksusitoumuksen hoitoon henkilölle, joka oli juonut seitsemän viikkoa.

– Terveyskeskuksen esityksestä huolimatta sosiaalijohtaja evää asiakkaan jatkohoidon, koska ”helmikuun laitosrahat on jo käytetty”. Jonkin ajan kuluttua lääkäri joutuu lähettämään asiakkaan psykiatriseen sairaalaan.

– Erään sosiaalitoimiston läheteessä luki: ”Maksusitoumus myönnetään vain, mikäli hoidosta on hyötyä ja tuloksista näyttöä”. Kyseessä oli puutteellisesti asuva työtön, heikkolahjainen korvikkeita käyttävä, 17 vuotta ongelmaisesti juonut 40-vuotias mies.

– 31-vuotias nainen on sairastanut kaksi haimatulehdusta, työpaikan menetyksen uhkaa. Epäonnistuneita avohoitoyrityksiä. Työterveyshuolto ohjaa laitostuntoutukseen. Maksusitoumus evätään vedoten kunnan säästötavoitteisiin.

Päihdehuollon asema hyvinvointipalveluna on ollut kiistanalainen. Kuntien talousvaikeudet ovat viimeistään osoittaneet, kuinka palveluiden järjestämistapa säätelee sitä, mistä ensimmäisenä leikataan. Yhtenä hyvinvointipalvelun kriteerinä on voitu pitää toiminnan järjestämistä julkisena palveluna. Tässä suhteessa päihdehuolto on selkeästi eronnut muista. Harvassa kunnassa päihdehuollon kokonaisuus tuotetaan julkisilla palveluilla. Paljolti kysymys on sekamallista, jossa avohoito ja tarvittava sairaanhoito on järjestetty

kunnan toimesta. Sen sijaan laitos- ja asumispalvelut sekä päivätoiminta ovat olleet järjestöiltä, yksityisiltä tai uskonnollisilta yhteisöiltä hankittuja. Mitä vaikeammassa asemassa päihdeongelmainen on, sitä epävarmemmalle pohjalle tarvittavat palvelut on järjestetty.

Asetelman on nähty heijastelevan vallitsevaa moralistista asennoitumista päihdeongelmiin. Kunnallisia palveluita ei haluta järjestää syrjäytyneille. Myöskään alkoholismin sairausluonnetta ei haluta myöntää, vaan kroonikkokin saa vastata yksin itsestään. Sopeutumattomien välttämättömät palvelut ymmärretään mieluusti enintään alamaiseen kohdistuvana viranomaistoimintana, jota määrittelee normeerava ja kontrolloiva toiminta. Toisaalta kurjaliston asia on hyvässä ja pahassa ollut myös hyväntekeväisyyden ja vapaaehtoistoiminnan kenttää. Tärkeintä lieenee ollut erottaa ”hyvä” ”pahasta”.

Vallitsevan hallinnollis-taloudellisen ajattelutavan näkökulma paljastuu toimintastrategiassa, jossa kunta siirtämällä velvoitettensa hoidon ostopalveluilla järjestettäväksi kykenee ratkaisevasti helpommin säätelemään kulujaan kuin tuottamalla palvelut itse. Tämä uusliberalistinen tilaaja-tuottaja-malli hyvinvointipalveluihin siirrettynä aikaansaana ainoastaan koko järjestelmän romuttumisen ja paluun hyvinvointiyhteiskunnasta köyhäinhuoltoon.

PÄIHDEKUNTOUTUKSEN TILA LAMASYKSYNÄ 1992

Ennakkotiedot vuodelta 1992 kertovat avoimuuden ja välimuotoisten palvelujen (kriisi- ja päivystyspalvelut, päivätoiminta, asumispalvelut) kysynnän selvästä kasvusta. Tarpeelliseen laitostuntoutukseen pääsy on oleellisesti vaikeutunut. Samaan aikaan laitospaikoissa on ylikapasiteettia, mikä on johtanut laitosten lakkauttamiseen tai siirtymiseen pakolaishuoltoon. Päihdehuollon kannalta keskeisin ongelma on ollut se, ettei lai-

toshuollosta vapautuvia voimavaroja ole voitu siirtää avopalveluihin.

Vuodesta 1990 laitoskuntoutuksesta on poistunut kuusi laitosta 50:stä. Toiminnan lopettaminen uhkaa vielä useita ostopalveluyksiköitä. Laitospaikkaluku on vähentynyt 18 prosenttia (kuvio 2).

Laitosten käyttöaste oli lokakuussa 1992 laskenut noin 55 prosenttiin. Alle 50 prosentin käyttöaste oli 16 laitoksessa. Näistä vain neljä oli kunnallisia laitoksia (kuvio 3).

Päihdehuollon voimavarat uppoavat tällä hetkellä vajaakäytössä olevien laitosten ylläpitoon ja subventiona ympäristöministeriölle päihdeongelmaisten asumisen järjestämisenä. Avohoidon on selvittävä yli 40 000 asiakkaansa kanssa noin 100 miljoonalla markalla (taulukko 1).

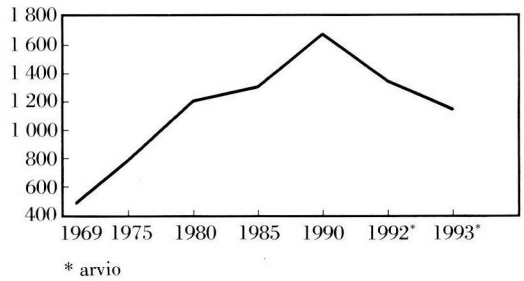
LAITOSTEN YLIKAPASITEETTI

Laitoskuntoutuksen ylikapasiteetin taustalla on avo- ja välimuotoisen kuntoutuksen kasvu. Erityisesti A-klinikkaverkoston laajentuminen, tukiasuntojen ja muiden asumispalvelujen kasvu sekä päivätoiminnan kehittyminen ovat vähentäneet tarvetta laitoskuntoutukseen (taulukko 2). Yhtenä syynä ovat myös 1980-luvun lopulla tehdyt virheinvestoinnit. Uusille ja tarpeellisille hoitomuodoille perustettiin omia laitoksia, vaikka järkevämpää olisi ollut toteuttaa ne jo olemassa olevissa laitoksissa.

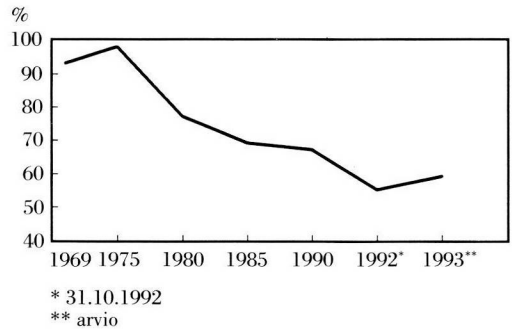
PÄIHDEKUNTOUTUSTA VAI ASUNTOLATOIMINTAA?

Varsinaisia kuntoutuslaitoksia tai katkaisuhoidon yönylipaikoista on vain noin neljännes. Loput ovat erilaisia asumispalveluyksiköitä, jotka vaihtelevat karuista ensisuojusta ja asuntoloista hoitokoteihin ja pieniin asumisyhteisöihin. Mikä on näiden yksiköiden rooli päihdehuollossa? Selkeää kuvaa on vaikea antaa, sillä mitään koko-

Kuvio 2. Päihdehuollon kuntoutuslaitosten ja katkaisuhoidon paikkaluku 1969–1993



Kuvio 3. Päihdehuollon kuntoutuslaitosten ja katkaisuhoidon käyttöasteet 1969–1993



Taulukko 1. Päihdehuollon kustannukset ja investoinnit 1991

	milj. mk
avohoito	102
laitushoito	185
asumispalvelut	161
yhteensä	448

RAY-avustukset	
– toiminta	8
– projektit	8
– investoinnit	16
yhteensä	32

Taulukko 2. Päihdehuollon suoritteet 1991

	asiakkaat	käynti- kerrat	hoito- vuorokaudet
A-klinikat	38 000	290 000	
nuorisoasemat	2 700	25 500	
päiväkeskukset	n. 3 000	n. 300 000	
kuntoutuslaitokset/ katkaisuhuoltoasemat	19 000		357 000
asumispalveluyksiköt	–		–

– = ei tietoa.

Taulukko 3. Päihdehuollon palvelurakennetta kuvaavia tietoja 1991

	lukumäärä	paikkaluku
A-klinikat	63	
nuorisoasemat	8	
päiväkeskukset	n. 100–150	
kuntoutuslaitokset/ katkaisuhuoltoasemat	49	1 578
asumispalveluyksiköt	n. 120	n. 2 550
ensisuojat	20	480

Hoitopaikoista (4 500) 34 % on aktiivikuntoutuspaikkoja.

naisselvitystä ei ole olemassa.

Joka tapauksessa merkille pantavaa on näiden yksiköiden paikkaluvun suuruus, yhteensä noin 3 000 vuodetta kaikista noin 4 500 päihdehuollon paikasta (taulukko 3). Yksiköissä hoidetaan/asutetaan vaikeimmin päihdeongelmaisia kansalaisia. Heitä hoitaa/valvoo päihdehuollon heikoimmin koulutettu ja resurssoitu henkilökunta! On sanomattakin selvää, että kunnan kannalta nämä paikat ovat halvimmat mahdolliset.

Säästötilanteesta johtuen suuntaus kunnissa näyttää suosivan entistä useammin pelkkiä asuttamisratkaisuja. Se, mikä ghetto-asutta-

misen kustannustulos on pitemmällä aikavälillä, ei vielä näytä kiinnostavan. Ei voi välttyä ajatukselta, että moniin näistä yksiköistä on sijoitettu henkilöitä, joille ei enää anneta ”oikeutta” varsinaiseen kuntoutukseen.

YHTEENVETO

Päihdehuollon laitostuntoutus on laitosten ylikapasiteetista ja kuntien säästötoimista johtuen joutunut kriisiin. Useita laitoksia uhkaa lopettaminen. Taustalla on avo- ja välimuotoisten palvelujen kehitys, jolla on voitu korvata laitosten käyttöä. Laitoksista vapautuvaa alan ammattihenkilökuntaa ei kuitenkaan kyetä siirtämään ylipaineella työskenteleviin avopalveluihin. Tarpeenmukaiseen laitostuntoutukseen pääsy on vaikeutunut. Hoidosta ei päätetä hoidon tarpeen perusteella. Säästöjen sijasta tapahtuu kustannusten siirtoa ja kasvua muihin julkisiin palveluihin. Päihdehuollon voimavarat menevät vajaakäytössä olevien laitosten ylläpitoon ja päihdeongelmaisten asuttamiseen. Toisaalta tapahtumassa oleva rakennemuutos vastaa sosiaali- ja terveydenhuollossa omaksuttua linjaa tuottaa palvelut osana kunnan peruspalvelujärjestelmää, lähellä asiakkaita, tehokkaammin ja ongelmien varhaisemmassa vaiheessa. Kaikki kunnat eivät kuitenkaan toimi näin vaan jättävät päihdehuollon satunnaisten ostopalvelujen tai vapaaehtoistyön varaan.

EHDOTUS PÄIHDEHUOLLON PALVELURAKENTEEN KEHITTÄMISESTÄ

Edellä kuvatun tilanneanalyysin pohjalta on sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä Päihdekuntoutuksen näköalat lamasyksynä 1992 esitetty ehdotuksia päihdehuollon palvelurakenteen kehittämiseksi.

Kehittämävission lähtökohdaksi esitetään palvelujen järjestämistä osana pienaluepohjaista, moniammatillista väestövastuutoimintaa sosiaali- ja terveysministeriön palvelura-

kennetyöryhmän esitysten suuntaisesti, laitosten- ja asuntolaketän saneerausta, kuntoutuksen järjestämistä avo- ja välimuotoisia palveluita käyttäen niveltäen niihin järjestö- ja muun vapaaehtoistoiminnan. Lisäksi esitetään mm. varhaiskuntoutuksen käyttöä edistävien etuisuuksien kehittämistä, terveyden-

KIRJALLISUUS

Heikkilä, Matti & Lehto, Juhani: Sopeuttaminen vai kriisi? Sosiaali- ja terveydenhuolto laman kourissa. Sosiaali- ja terveyshallitus, Raportteja 74. Helsinki: VAPK-kustannus, 1992

Kaukonen, Olavi: Kiintopisteitä arjessa. Raportti päihdehuollon päivätoimintakeskuksista. Sosiaali- ja terveyshallitus, Raportteja 53. Helsinki: VAPK-kustannus, 1992

Lehto, Juhani & Lamminpää, Kaarina: Ruuhkaa ja leikattua perusturvaa toimeentulotukiluukulla. Sosiaali- ja terveyshallitus, Raportteja 75. Helsinki: VAPK-kustannus, 1992

Mäki, Jukka: Päihdekuntoutuksen näköalat lamasyksynä 1992. Palvelurakennetta kehittämällä

huollon ja eläkejärjestelmien suurempaa vastuunottoa päihdehuollon kehittämisestä ja rahoittamisesta.

Ehdotus on nyt lausunnolla päihdekuntoutuksen eri intressitahoilla. Tämän kirjoituksen jatko-osassa tarkastelen tehtyjä esityksiä ja lausuntokierroksen tuloksia tarkemmin.

nousuun, tehokkaampiin tuloksiin, taloudellisemmin, varhemmin. Monisteita 29. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1992

Palvelurakennetyöryhmän muistio: Työryhmämuistio 17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1992

Sosiaali- ja terveydenhuollon kertomustiedosto 1991. Sosiaali- ja terveysministeriö 1992

Valtion talousarvioesitys vuodelle 1993. Helsinki: VAPK, 1992

Valtioneuvoston kertomukset Eduskunnalle päihdeolojen kehityksestä 1987–1991. Helsinki: VAPK, 1988–1992

Valtioneuvoston päätös Raha-automaattiaivustusten jaosta vuodelle 1991.