

## ALKOHOLIONGELMIEN HOIDON SHS-ARVIOINTIKRITEERISTÖ

Kunnallinen sosiaali- ja terveystoimi on voimakkaassa murroksessa. Kasuvat menot ja laskevat tulot ovat aiheuttamassa vaikeasti hallittavan tilanteen. Samaan aikaan – ja osittain juuri edellä mainitusta syystä – monessa kunnassa toteutetaan suuria organisaatiouudistuksia. Esimerkiksi Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa tehdään tuoteistamisajattelun mukaista jakoa viranomaistointiin ja palvelutoimintaan (Tampereen..., 1992). Edellisestä tulee palveluiden ostaja ja jälkimmäisestä niiden tuottaja.

Mitä nämä kehityskulut merkitsevät alkoholiongelmien hoidolle? Yksi myönteisistä seurauksista on varmasti se, että hoidolle voidaan asettaa entistä suurempia laatuvaatimuksia. Tässä kuitenkin törmätään myös pulmiin: kuka määrittelee ja millä perusteella hoidon laadun? Kyseessä on todella aito ongelma, sillä Suomessa ei ole kehitetty palveluiden ostajille tarkoitettuja, tutkittuun tietoon perustuvia hoidon arviointimenetelmiä. Alkoholiongelmien sekä kokeellinen että eikokeellinen hoitotutkimuskin on ollut Suomessa verrattain vähäistä (Koski-Jännes 1992, 14–15).

Edellä kuvattu sosiaali- ja terveystoimen hallinnon muutos yhdessä arviointi- ja seurantavälineistön alkeellisuuden kanssa voi johtaa sattumanvaraiseen päätöksentekoon, pahimmassa tapauksessa mielivaltaan ja korruptioon. Hoidon laadulliseen kehittämiseen panostanut laitos ei välttämättä saa sille kuuluvaa huomiota osakseen, kun viranomaistoi-

minta päättää palveluiden ostamisesta. Markkinointiin ja suhdetoimintaan keskittynyt laitos saattaa ajaa sen ohi. Tällaisten väärinkäytösten ehkäisemiseksi kehitimme alkoholiongelmien hoidon arviointimenetelmän, joka perustuu vahvaan koti- ja ulkomaiseen tutkimusevidenssiin. Nimitämme sitä SHS-kriteeristöksi.

Tutkimus valmistui Tampereen opetusosiaalikeskuksessa osana Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan laitoksen ja Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen välistä yhteistyötä. Opetusosiaalikeskuksessa kehitetään myös päihdeongelmien hoidon seurantamodiikkia. Seurantaprojekti on esitutkimusvaiheessa.

### SHS-KRITEERISTÖ

Arviointikriteeristö koostuu viidestätoista osiosta. Se ei varmastikaan sisällä kaikkia asiakkaan selviytymiseen vaikuttavia hoidon osatekijöitä. Kyseessä ovat pikemminkin hoidon keskeiset ytimet, eräänlaiset alkusolut. Nykyinen kriteeristö ei ole lopullinen, vaan sitä täydennetään uuden tiedon ilmaantuessa.

1. *Matsaus hoitolaitoksen yleisenä toimintaperiaatteena.* Usko siihen, että olisi kehitettävissä yksi, universaalisesti tehokas alkoholiongelmien hoitomuoto, on romahtanut. Matsauksella tarkoitetaan käytäntöä, jossa annostellaan sopivaa hoitoa sopiville asiakkaille sopivaan aikaan. Se edellyttää käytännössä

sitä, että laitoksella on tarpeen vaatiessa tarjota erilaisia hoitovaihtoehtoja. Matsauksen avulla on voitu ratkaisevasti parantaa hoitotuloksia (L. Miller 1991; W. Miller 1992).

2. *Asiakkaiden kognitiivinen/persoonallinen tyyli.* Refleksiivisyys/impulsiivisuus on yksi kognitiivinen tyylidimensio. Käsitteellinen kompleksisuus/simpleksisyys on toinen. Näiden ominaisuuksien huomioon ottamisella on oleellinen merkitys hoitosisältöjen omaksumisen kannalta (L. Miller 1991; W. Miller 1992).

3. *Terapeuttien kognitiivinen/persoonallinen tyyli.* Jotkut työskentelyorientaatiot sopivat kognitiivisten/persoonallisten tyyliseikkojen takia paremmin toisille terapeuteille kuin toisille. Lisäksi lukuisat psykoterapiatutkimukset osoittavat terapeuttien myötäelämisen taidolla olevan huomattava vaikutus hoidon tuloksellisuuteen (Rachman & Wilson 1980).

4. *Asiakkaiden ja terapeuttien yhteensopivuus.* Jos asiakas ja terapeutti ovat esimerkiksi kognitiiviselta tyyliltään oleellisesti toisistaan poikkeavia, sillä on todennäköisesti haitallisia vaikutuksia hoitoon. Yhteensopivuuden optimoinnilla voidaan parantaa hoitotuloksia (L. Miller 1991; W. Miller 1992).

5. *Asiakkaiden kognitiiviset häiriöt.* Ongelmallinen alkoholin käyttö heikentää sekä välittömästi että välillisesti keskushermoston toimintaa (Parsons & al. 1987). Kognitiiviset häiriöt heikentävät menestymistä hoidossa (Alterman & al. 1989; Leber & al. 1985). Osalle asiakkaista pitää tämän vuoksi suunnata didaktisesti intensiivisempää hoitoa.

6. *Toipumisprosessin yksilöllinen vaihe.* Asiakkaat poikkeavat huomattavasti toisistaan valmiudessa lopettaa ongelmajuominen (Prochaska & al. 1992). Hoito pitää suunnata toipumisprosessin yksilöllisen vaiheen mukaan.

7. *Hoitosisältöjen kulttuurinen yhteensopivuus asiakkaiden kanssa.* Hoitosisällöt eivät saa olla asiakkaille kulttuurisesti vieraita, sillä se vaikeuttaa niiden omaksumista (Alasuo-tari 1990; Saarnio 1990).

8. *Neuvonta alkoholin käytön vaikutuksista.*

Jo vähäinenkin informaatio alkoholin käytön vaikutuksista tuottaa hyviä tuloksia (Edwards & al. 1977; Suokas 1992). Etenkin varhaisvaiheen ongelmajuojat hyötyvät informaatiosta.

9. *Sosiaalisten taitojen opetus.* Monipuolinen tutkimusevidenssi osoittaa sosiaalisten taitojen opetuksen hyödyllisyyden alkoholiongelmien hoidossa (W. Miller 1992).

10. *Itsehallintamenetelmien opetus.* Itsehallinnalla on oleellinen merkitys esimerkiksi retkahduksenehkäisyssä ja kontrolloidun juomisen ylläpitämisessä (W. Miller 1992).

11. *Stressinhallinnan opetus.* Erilaisilla rentoutusmenetelmillä – jopa aerobicilla – on myönteisiä vaikutuksia alkoholiongelmien hoidossa (W. Miller 1992).

12. *Behavioraalinen perheterapia.* Strukturoitu perheterapiamuoto, jossa kiinnitetään huomiota erityisesti perheen arkielämän toimintajärjestelmään. Pyrkimyksenä vaikuttaa mahdollisimman suoraan niihin perheessä vaikuttaviin tekijöihin, jotka ylläpitävät ongelmallista alkoholin käyttöä (W. Miller 1992).

13. *Multimodaalinen yhteisöhoito.* Englanniksi Community Reinforcement Approach eli CRA. Kombinaatio tehokkaiksi havaituista menetelmistä – behavioraalista perheterapiaa, sosiaalisten taitojen opetusta sekä lisäksi työpaikan hankkimista, ryhmätoimintaa ja niin edelleen. CRA on osoittautunut kontrolloiduissa hoitotutkimuksissa selvästi perinteisiä hoitoja tehokkaammaksi (W. Miller 1992).

14. *Systemaattinen jatkohoito.* Lauri Keson (1988) väitöskirjatutkimuksessa, jossa verrattiin Järvenpään sosiaalisairaalan hoitoa ja myllyhoitoa, yksi keskeisistä tuloksista oli kummankin hoitomuodon tuloksellisuuskäyrien identtinen muoto. Retkahduksissa tapahtui noin kahden kolmen kuukauden kuluttua hoidon päättymisestä dramaattinen lisäys. Laitohoito on hoitoprosessin ensimmäinen vaihe; se, mitä tapahtuu laitosjakson jälkeen, ratkaisee asiakkaan selviytymisen. Systemaattinen jatkohoito on oleellinen osa hoitoprosessia.

15. *Systemaattinen seuranta*. Minkä tahansa ammattikunnan olisi vaikeata kehittää työnsä ilman palautetta. Asianmukaisen seurannan pitäisi aina sisältyä alkoholiongelmien hoitoon (W. Miller 1989). Lisäksi seuranta viestii asiakkaille, että heidän hyvinvointistaan kannetaan huolta.

## MENETELMÄT

### LAITOKSET

Tutkimuksen kyselylomake lähetettiin syyskuussa 1992 kahdeksantoista Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen säännöllisesti käyttämään päihdehoitolaitokseen. Viisitoista laitosta vastasi kyselyyn. Kahden laitoksen (toinen oli katkaisuhuoltoasema ja toinen huumehoitoyksikkö) vastauksia ei otettu huomioon, sillä tutkimuksessa haluttiin keskittyä alkoholiongelmien pitkäaikaiseen laitoshoitoon. Lopullinen tutkimusaineisto koostui kolmentoista laitoksen vastauksista. Niistä kuusi oli varsinaisia kuntoutuslaitoksia ja seitsemän hoitokoteja tai ensisuoja. Tyypittely on karkea eikä välttämättä kuvaa kovin onnistuneesti laitoksia. Nimikettä tärkeämpää on se, mitä niissä tehdään.

### KYSELYLOMAKE

Kysely lähetettiin yhteisesti Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan laitoksen ja Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen nimissä. Saatekirjeessä selostettiin tutkimuksen taustaa ja päämääriä. Laitoksia pyydettiin vastaamaan seuraaviin kysymyksiin:

1. Millainen on laitoksenne hoidon konkreettinen sisältö? Emme ole niinkään kiinnostuneita hoitoideologioista vaan todellakin siitä, miten päihdeongelmia hoidetaan laitoksesanne käytännön tasolla. Jos hoitosisällöissä on osastoikohtaisia eroja, ilmoittakaa ne erikseen.

2. Arvioikaa, mitkä ovat ne hoitonne konkreettiset elementit, jotka tuottavat tuloksia.

Toisin sanoen mitkä tekijät hoidossanne auttavat asiakkaita lopettamaan päihteiden käytön tai vähentämään oleellisesti sitä.

3. Kuinka hyvin arvioitte hoitonne tehoavan eli missä määrin asiakkaat lopettavat päihteiden käytön tai vähentävät sitä oleellisesti juuri hoitonne takia? Tehoako hoitonne paremmin johonkin toiseen asiakasryhmään kuin toiseen?

Miksei laitoksille esitetty suoraan SHS-kriteerien mukaisia kysymyksiä? Sitä emme halunneet tehdä, sillä se olisi todennäköisesti johtanut epäluotettaviin tuloksiin. Kyllä laitosten pitäisi olla perillä siitä, mikä on tärkeää alkoholiongelmien hoidossa. Sitä vartenhan ne on perustettu.

### KYSELYN ANALYSOINTI

Ensimmäinen tutkimustehtävä oli laitosten hoitosisältöjen arviointi SHS-kriteeristöllä. Suoritimme sen toisistamme riippumatta. Jos arviot poikkesivat toisistaan, lopullinen tulos ratkaistiin yhteisen keskustelun perusteella. Toinen tutkimustehtävä oli arvioida laitosten esittämien vaikuttavuustietojen perusteluja. Arviot perustuivat suoraan kyselyssä saatuihin tietoihin.

### TULOKSET

Tuloksia ei raportoida laitospöytäkirjoissa, sillä tarkoituksena ei ole osoitella yksittäisiä laitoksia. Ne saavat itse tehdä tuloksista omat johtopäätöksensä. Taulukossa I esitetään arviokriteereiden frekvenssit.

Useimmissa tutkimuksen kohteena olleissa laitoksissa oli kiinnitetty huomiota systemaattiseen jatkohoitoon. Tämä ei sinänsä ole yllättävä tulos, sillä päihdehuollon koulutuksessa ja tutkimuksessa on jo kauan korostettu jatkohoidon tärkeyttä (ks. Murto 1978; Mäkelä 1978). Matsaus hoitolaitoksen yleisenä toimintaperiaatteena sai seuraavaksi eniten pisteitä. Sekin on ollut jatkuvasti esillä päihde-

*Taulukko 1.* Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen käyttämien päihdehoitolaitosten (n = 13) hoitosisältöjen arviointia SHS-kriteeristöllä, tilastoyksikkönä laitos

kriteeri	f
Matsaus hoitolaitoksen yleisenä toimintaperiaatteena	7
Asiakkaiden kognitiivinen/persoonaalinen tyyli	0
Terapeuttien kognitiivinen/persoonaalinen tyyli	1
Asiakkaiden ja terapeuttien yhteensopivuus	1
Asiakkaiden kognitiiviset häiriöt	2
Toipumisprosessin yksilöllinen vaihe	1
Hoitosisältöjen kulttuurinen yhteensopivuus asiakkaiden kanssa	0
Neuvonta alkoholin käytön vaikutuksista	4
Sosiaalisten taitojen opetus	6
Itsehallintamenetelmien opetus	4
Stressinhallinnan opetus	3
Behavioraalinen perheterapia	2
Multimodaalinen yhteisöhoito	2
Systemaattinen jatkohoito	10
Systemaattinen seuranta	0

hoitoa koskevassa keskustelussa. Sekä matsauksen että jatkohoidon osalta on kuitenkin muistettava, että tämä aineisto ei kerro niiden toteutuksen todellisesta onnistuneisuudesta.

Seuraavaksi eniten saivat pisteitä sosiaalisten taitojen opetus, neuvonta alkoholin käytön vaikutuksista, itsehallintamenetelmien opetus sekä stressinhallinnan opetus. Tämä lieenee seurausta päihdehoidossa viime vuosina tapahtuneesta kognitiivisten terapioiden esiinmarssista (ks. Koski-Jännes 1985; Marlatt 1985).

Muiden kriteerien suhteen tulokset olivat varsin heikkoja. Esimerkiksi yhdessäkään laitoksessa ei harjoitettu jatkuvaa hoitoseurantaa. Myös terapeuttien ominaisuuksiin sekä heidän yhteensopivuuteensa asiakkaiden kanssa kiinnitettiin yllättävän vähän hu-

miota. Behavioraalisen perheterapian ja multimodaalisen yhteisöhoidon vähäinen käyttö on sekin huolestuttavaa, sillä tutkimukset (esim. Koski-Jännes 1992) osoittavat asiakkaan sosiaalisella verkostolla olevan oleellinen merkitys toipumisprosessissa.

Yksittäisten laitosten saavuttamien pistemäärien mediaani oli 4 pistettä ja vaihteluväli 0–11 pistettä. Useimmilla niistä on siis hoitosisällöissä vielä parantamisen varaa.

Seuraavaksi tarkasteltiin laitosten esittämien vaikuttavuustietojen perusteluja. Itse vaikuttavuutta ei tarkasteltu, sillä se olisi edellyttänyt dokumentointia niiden laitosten osalta, joissa on tehty julkaistua tutkimusta. Ne eivät olisi pysyneet anonyymeinä.

Kahdessa laitoksessa oli tehty sekä kokeellista tutkimusta että seurantatutkimusta. Viisi laitosta perusteli hoitajensa vaikuttavuutta arvioilla. Kuusi laitosta ei esittänyt minkäänlaisia tietoja.

Kahta laitosta lukuun ottamatta tiedot hoitojen vaikutuksista olivat hämmästyttävän hatarat. Kuka voisi nimetä jonkin muun tuotanto- tai palvelutoiminnan sektorin, jonka tuotteilla käydään kauppaa yhtä vähäisen ja heikosti perustellun informaation turvin?

## JOHTOPÄÄTÖKSET

SHS-kriteeristö ei antanut järin myönteistä kuvaa tutkimuskohteena olleiden laitosten toiminnasta. Niissä oli otettu yllättävän vähän huomioon niitä seikkoja, jotka ovat tutkimusten mukaan tärkeitä alkoholiongelmien hoidossa. Useimmilla laitoksilla ei myöskään ollut esittää systemaattisia tietoja hoitojen vaikutuksista.

Entä vastasivatko laitosten antamat tiedot niiden todellisia hoitokäytäntöjä? Voidaankin väittää, että laitokset eivät ehkä kyenneet riittävän hyvin verbalisoimaan hoitosisältöjensä. Tutkimusaineisto ei valitettavasti anna mahdollisuutta vastata tähän kysymykseen. Se edellyttäisi toisenlaista, huomattavasti työlämpää kenttätutkimusta, johon meillä ei

tässä vaiheessa ollut mahdollisuutta.

Laitosten pitäisi kaiken kaikkiaan kiinnittää enemmän huomiota hoitojensa erittelyyn, sillä vastaukset olivat monesti melkoisen ym-päripyöreitä. Miten hoitoonohjauksesta vastaavat työntekijät voivat informoida asiakkaitaan ja tehdä muita johtopäätöksiä sellaisen tiedon perusteella? Tarvitaan selkeää tietoa hoitojen sisällöstä, vaikuttavista tekijöistä sekä siitä, mitä asiakkaille tapahtuu hoitojen jälkeen.

Tiedämme suomalaisten päihdetyöntekijöiden pelkäävän hoitoseurantoja. Se voi olla aiheellistakin siinä mielessä, että toisinaan niitä tulkitaan joko asiantuntemattomuuden tai tarkoitushakuisuuden vuoksi epäasiallisella tavalla. Tämä ei kuitenkaan ole pätevä syy olla tekemättä mitään. Ajatellaanpa vertailuesimerkkinä sydänkirurgiaa. Kuka haluaisi mennä sellaisten kirurgien potilaaksi, jotka eivät tiedä mitään työnsä vaikutuksista? Entä miten he voisivat kehittää leikkausmenetelmiänsä? Tällainen sydänkirurgia ei tietenkään ole mahdollista. Selviytyy potilas leikkauksen jälkeen tai ei, lääkärit tutkivat tarkoin, miksi niin kävi. Siihen vaikuttavat monet, keskenään vuorovaikutuksessa olevat tekijät: perimä, ruokailutottumukset, liikunta, verenpaine ja niin edelleen. Ja tietenkin hoitomenetelmät muiden mukana.

Myös alkoholiongelmista selviytymiseen vaikuttavat hoitomenetelmien ohella lukuisat muut tekijät (Koski-Jännes 1991). Ja mitä kauemmin hoidon päättymisestä on kulunut, sitä suurempi on näiden muiden tekijöiden vaikutus. Asianmukaisessa seurannassa kiinnitetäänkin huomiota mahdollisimman mo-

neen tekijään sekä niiden vuorovaikutukseen. Ilman kunnollista seurantaa hoitosisältöjen – esimerkiksi pätevän matsauksen – kehittäminen on miltei mahdotonta.

Lopuksi on korostettava, että tutkimuskoh-teena olleet laitokset poikkesivat yleiseltä toimintaprofiililtaan toisistaan. Jotkut niistä olivat varsinaisia kuntoutuslaitoksia, jotkut hoitokoteja tai ensisuoja. Edellisille pitää tietenkin asettaa hoitosisältöjen suhteen suu-remmat vaatimukset kuin jälkimmäisille, joi-den primaari tehtävä on auttaa asiakkaita ensi hädässä. Viimeksi mainittua tehtävää ei suin-kaan pidä väheksyä, sillä intensiivisen hoidon aloittaminen ei käy päinsä, ennen kuin asiak-kailla on turvattu inhimillisen elämän perus-edellytykset: ruoka, vaatteet ja asunto. Moni-le ikääntyneille tai muuten vaikeasti toimin-tarajoitteisille alkoholisteille tällainen huo-lenpito voi olla ainoa, mitä on tehtävissä.

Näitä kahta laitostyyppiä ei kuitenkaan saa erotella liian jyrkästi toisistaan, sillä se mer-kitsee samalla myös sosioekonomista erotte-lua. Myös hoitokotien ja ensisuojaen alkoholi-ongelmiaisille asiakkaille pitää taata pätevä hoito. Sitä on korostettava erityisesti nykyi-sessä yhteiskunnallisessa tilanteessa, jossa kuntien viranomaisilla on suuri houkutus punnita hoitopäätöksiään vain ekonomisin perustein.

Työkalujen käyttötapaa riippuu niiden käyt-täjistä. Toivottavasti hoitopalveluiden ostajat tai tuottajat eivät käytä SHS-kriteeristöä mui-den päämäärien kuin todellisten laadullisten parannusten ajamiseen. Epärehellisyys voi-daan paljastaa, sillä kriteeristö on empiirises-ti testattavissa.

## KIRJALLISUUS

Alasutari, P.: *Desire and craving. Studies in a cultural theory of alcoholism.* Tampere: University of Tampere, 1990

Alterman, A. & Holahan, J. & Baughman, T. & Michels, S.: Predictors of alcoholic's acquisition of treatment-related knowledge. *Journal of Sub-*

*stance Abuse Treatment* 6 (1989), 49–53

Edwards, G. & Orford, J. & Egert, S. & Guthrie, S. & Hawker, A. & Hensman, C. & Mitcheson, M. & Oppenheimer, E. & Taylor, C.: *Alcoholism: A controlled trial of "treatment" and "advice"*. *Journal of Studies on Alcohol* 38 (1977), 1004–1031

Keso, L.: *Inpatient treatment of employed alco-*

holics: a randomized clinical trial on Hazelden and traditional treatment. Helsinki: Helsinki University Central Hospital, Research Unit of Alcohol Diseases, 1988

Koski-Jännes, A.: Alkoholiongelmien hoito kognitiivisen käyttäytymisterapian avulla. Tutkimus- seloste nro 172. Helsinki: Alkoholipoliittinen tutkimuslaitos, 1985

Koski-Jännes, A.: Sekoittavien tekijöiden hallinta kokeellisessa hoitotutkimuksessa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 28 (1991), 231–238

Koski-Jännes, A.: Alcohol addiction and self-regulation. A controlled trial of a relapse prevention program for Finnish inpatient alcoholics. Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies, 1992

Leber, W. & Parsons, O. & Nichols, N.: Neuropsychological test results are related to ratings of men alcoholics therapeutic progress: A replicated study. Journal of Studies on Alcohol 46 (1985), 116–121

Marlatt, G.: Retkahtamisen ehkäisy: itsekontrolliohjelma addiktiokäyttäytymisen hoidossa. Järvenpää: Järvenpään sosiaalisairaala, 1985

Miller, L.: Predicting relapse and recovery in alcoholism and addiction: Neuropsychology, personality and cognitive style. Journal of Substance Abuse Treatment 8 (1991), 277–291

Miller, W.: Follow-up assessment. In: Hester, R. & Miller, W.: Handbook of alcoholism treatment

approaches. New York: Pergamon Press, 1989

Miller, W.: The effectiveness of treatment for substance abuse. Reasons for optimism. Journal of Substance Abuse Treatment 9 (1992), 93–102

Murto, L.: Asunnottomien alkoholistien elinolosuhteet ja elämäntapa sekä yhteiskunnan toimenpiteet. Helsinki: Alkoholitutkimussäätiö, 1978

Mäkelä, R.: Asunnottomien alkoholistien hoito ja kuntoutus. Tampere: Tampereen yliopisto, 1978

Parsons, O. & Butters, N. & Nathan, P.: Neuropsychology of alcoholism. New York: Guilford Press, 1987

Prochaska, J. & DiClemente, C. & Norcross, J.: In search of how people change. Applications to addictive behaviors. American Psychologist 47 (1992), 1102–1114

Rachman, S. & Wilson, G.: The effects of psychological therapy. Oxford: Pergamon Press, 1980

Saarnio, P.: Miten suomalaiset alkoholistit selviytyvät retkahdusriskitilanteissa? Tutkimus huoltola-asiakkaiden selviytymiskeinoista ja niiden tehokkuudesta. Teoksessa: Suomalainen sosiaalityö. Sosiaalipolitiikka 2/1990. Helsinki: Sosiaalipoliittinen yhdistys, 1990

Suokas, A.: Brief intervention of heavy drinking in primary health care: Hämeenlinna study. Helsinki: University of Helsinki, 1992

Tampereen kaupungin lautakuntien alaisen viiranomaistoiminnan johtosääntö. Tampereen kaupunginvaltuuston pöytäkirja 9.12.1992.

## ENGLISH SUMMARY

**Pekka Saarnio & Mari Haliseva & Riitta Saxbäck: Assessment criteria for the treatment of alcoholism (Alkoholi-ongelmien hoidon SHS-arviointikriteeristö)**

Finland's municipal health and welfare services are in the throes of radical transition. Growing expenditure and declining revenues threaten to force the situation out of control. Meanwhile, and partly for this very reason, many local authorities are in the process of implementing broad-scale administrative reforms. For example, the City of Tampere has reorganized its health and welfare authorities into two separate divisions: administration and social services, with one buying in services and the other supplying them.

How, then, will these changes affect the treatment of alcoholism? On the positive side, we can

expect to see an improvement in the standard of services. This, however, presents problems of its own: who defines quality and how can it be defined?

In response, we have developed an assessment method based on sound empirical evidence produced both by Finnish and foreign researchers. The method was tested on thirteen drug and alcohol abuse clinics commissioned regularly by Tampere's health and welfare authorities.

The method did not give a particularly encouraging picture of the institutions that were assessed; on the whole, inadequate provisions were made for many of the things researchers have found to be crucially important in the treatment of alcoholism. Moreover, most of the institutions under assessment failed to keep systematic records of the outcome of treatments.

## KEY WORDS:

***Alcoholism, evaluation, institution, results, treatment***