

TYÖPAPEREITA

TUULA KEKKI, AIRI PARTANEN

Päihdepalveluiden seudullinen kehitys 2008



Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

postimyynti: Stakes / Asiakaspalvelut PL 220, 00531 Helsinki
puhelin: (09) 3967 2190, (09) 3967 2308 (automaatti)
faksi: (09) 3967 2450 • Internet: www.stakes.fi

© Kirjoittajat ja Stakes

Taitto Raili Silius

ISBN 978-951-33-2266-3 (nid.)

ISSN 1795-8091 (nid.)

ISBN 978-951-33-2267-0 (PDF)

ISSN 1795-8105 (PDF)

Stakes, Helsinki 2008

Valopaino Oy

Helsinki 2008

Esipuhe

Kunta- ja palvelurakennemuutoksessa pyritään varmistamaan asiakaslähtöiset, kansalaisia yhdenmukaisesti kohtelevat, vakaalla ja laajalla alueellisella pohjalla toimivat tehokkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut myös tulevaisuudessa. Edessä on paljon kehitettävää ja monenlaisia haasteita, ennen kuin tavoite saavutetaan päihdepalveluiden osalta.

Suomalaista päihdepalvelujärjestelmää kuvaa nykyisellään monimuotoisuus ja pirstaleisuus ja palveluihin pääsy vaihtelee paikkakunnittain päihdepalveluiden toteuttamistavasta riippuen. Päihdepalveluja tarjotaan sekä terveydenhuollon että sosiaalitoimen palveluissa. Erityisesti pienillä paikkakunnilla päihdepalvelut ovat voineet olla terveystieteissä toteutettavia lyhytaikaisia katkaisuhoidoja, ja päihdetyön erityisosaamista vaativat ja pitkäaikaisemmat päihdepalvelut on usein hankittu sosiaalihuollon piiristä ulkopuolisina ostopalveluina. Suurissa kunnissa on voinut puolestaan olla laaja kunnallinen päihdepalveluiden tarjonta ja lisäksi osa päihdehuollon erityispalveluista on hankittu ulkopuolisilta palveluiden tuottajilta. Psykiatrinen erikoissairaanhoido on lisännyt päihdepsykiatrisia palvelujaan erityisesti opiaattiriippuvaisten hoidon osalta. Huomattavan osan päihdepalveluista erityispalveluista tuottavat nykyisellään ei-kunnalliset toimijat. Kaikkiaan yli puolet päihdehuollon erityispalveluista on tällä hetkellä ei-voittoa tuottavien järjestöjen tai yksityisten palveluntuottajien tuottamia palveluja.

Päihdepalveluiden tarve on viime vuonna selvästi lisääntynyt. Alkoholin käyttö on 2000-luvun puolivälissä kasvanut voimakkaasti alkoholin hinnan alennuttua ja halvemmän alkoholin saatavuuden lisääntyttyä, mikä puolestaan on lisännyt selvästi alkoholiin liittyviä sosiaalisia ja terveyshaittoja. 1990-luvun puolivälisestä lähtien lisääntyneen ja 2000-luvulla tasaantuneen huumeiden käytön myötä syntyneet huumeongelmat näkyvät edelleen pitkäaikaisena moniongelmaisuuksena. Uutena ilmiönä on alkanut näkyä myös ikääntyneiden päihdeongelmat alkoholinkäyttöään selvästi lisänneen määrän sukupolven jäädessä eläkkeelle. Samanaikaisesti mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien asiakkaiden osuus päihdeasiakkaista näyttää yleistyneen.

Tähän raporttiin on koottu tietoa päihdeatilanteesta ja siihen liittyvistä haasteista, päihdepalveluiden kehittämisen taustalla vaikuttavista valtakunnallisista ohjelmista, seudullisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittämisestä sekä nykyisistä seudullisten päihdepalveluiden järjestämismalleista tulevaisuuden päihdepalvelujärjestelmän kehittämisen tueksi. Raporttia toivotaan voitavan hyödyntää päihdepalvelujärjestelmän seudullisessa kehittämisessä haettaessa eri alueille sopivia ratkaisuja palvelujen järjestämisessä. Liitteenä olevien kuvausten toivotaan antavan ideoita päihdepalveluiden järjestämiseen tulevaisuudessa nykyistä kattavammin ja monipuolisemmin niin peruspalveluissa kuin päihdetyön erityisosaamista vaativina päihdetyön palveluina.

Helsingissä 15.10.2008

Airi Partanen
Kehittämispäällikkö
Stakes

Tiivistelmä

Kekki, Tuula & Partanen, Airi: Päihdepalveluiden seudullinen kehitys 2008. Stakes, Työpapereita 38/2008. Helsinki 2008. 80 s. 17 € ISBN 978-951-33-2266-3

Raportissa esitellään päihdehuollon nykytilaa, viimeaikaisia muutoksia sekä tulevaisuuden haasteita. Keskiössä ovat seudullinen päihdetyö sekä erilaiset päihdepalveluiden organisoimistavat. Raportissa lainataan aikaisempaa tutkimuskirjallisuutta ja poliittisia ohjelmapapereita kuvaamaan päihdetilanteen ja -huollon ajankohtaisia ilmiöitä valtakunnan tasolla. Toiseksi käytetään päihdepalveluita järjestävien ja kehittävien tahojen haastatteluja sekä heidän tuottamia dokumentteja kuvaamaan päihdehuollon järjestämistapoja, kehittämishankkeita sekä päihdetyön ajankohtaisia ilmiöitä kuntatasolla.

Päihdehuollon kehittämisen taustalla vaikuttavat asiakasmäärien kasvun aiheuttamat paineet, koska päihdehuollon määrärahat eivät ole kasvaneet samassa suhteessa palveluiden kysynnän kanssa. Erityispalveluiden sijaan päihdeongelmaisia pyritään hoitamaan yhä enemmän perusterveydenhuollossa. Peruspalveluiden päihdeosaaminen ja avohoidon resursointi eivät ole kuitenkaan edenneet toiminnallista muutosta vastaavasti. Terveystieteiden odotetaan vahvistavan perusterveydenhuollon roolia ja kohdistavan sinne myös enemmän resursseja.

Kunta- ja palvelurakennemuutokset antoi vauhtia päihdepalveluiden seudulliselle kehittämiselle. Seutukunnallisten päihdepalveluiden avulla asiakkaita kyetään palvelemaan varsin kattavasti ympäri maata. Vaatimus sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä lähipalveluina turvaa osaltaan se, etteivät kuntien omat palvelut jää kehittymättä eivätkä päihde- ja mielenterveyspalveluissa vaadittava erityisosaaminen ja asiantuntijuus katoa palveluiden mukana.

Monien kehittämishankkeiden yhteisenä tavoitteena on kuntien perustoimintojen tukeminen sekä perus- ja erityispalveluiden lähentäminen. Kolmantena tavoitteena on erikoissairaanhoidon, työterveyshuollon ja kolmannen sektorin yhteistyöhön kehittäminen. Tavoitteena on vahvistaa lähipalveluita sekä madaltaa hoitoon pääsyn kynnyksiä. Hyvinä käytäntöinä mainitaan jalkautuvat/liikkuvat palvelut, päihde- ja mielenterveystoimen työntekijöiden muodostamat työparit, avopäihdetyöntekijät ja monitoimipalvelupisteet, jossa tarjotaan akuuttia apua päihde- ja mielenterveysongelmiin.

Kunnissa on järjestetty jalkautuvia palveluita erityisesti syrjäytyneiden päihdeongelmaisten tavoittamiseksi sekä niin kutsuttujen päihdeperheiden ja päihdekuntoutuksesta kotiutuvien henkilöiden tukemiseksi. Liikkuvat palvelut vahvistavat myös kunnan peruspalveluiden työntekijöiden jaksamista ja osaamista, kun esimerkiksi päihde- ja mielenterveystoimen työntekijät konsultoivat muita viranomaisia.

Haastatteluiden mukaan suurimpana haasteena ei ollut hoitopaikkojen määrä suhteessa kysyntään, vaan kankeat hoitoonohjaus- ja maksusitoumuskäytännöt. Kannatettavana käytäntönä pidetään keskitettyä hoitoonohjausyksikköä. Kunnissa kaivataan myös yhteisesti sovittuja kriteerejä hoitoon ohjauksesta, jotta asiakkaat saisivat tasapuolisesti ja oikeudenmukaisesti tarvitsemiaan palveluita.

Päihdehuollon muutostuulet vaikuttavat rakenteellisten järjestelyjen lisäksi hoitokäytäntöihin. Yhteisöllisyys, yksilöterapia ja sosiaalinen tuki ovat vähentyneet lääketieteellisen otteen vahvistuessa. Sosiaalityön osuuden ja osaamisen on todettu marginalisoituvan päihde- ja mielenterveyshoidossa. Päihdehuoltoa pidetään edelleen hyvin laitoskeskeisenä, vaikka 2000-luvulla laitoshoidosta on siirrytty yhä enemmän avohuollon ja tuetun asumisen suuntaan. Laitospalveluiden käytön vähentäminen ei johdu päihdeongelmaisten hoidon tarpeen vähenemisestä, vaan siihen vaikuttaa kuntien pyrkimys rajoittaa sosiaalitoimen kustannuksia. Laitoshoitojen käytön väheneminen voi johtaa kalliimpien sairaalahoitojen lisääntymiseen.

Päihdehuollon palveluita tuotetaan nykyisin hyvin eri tavoin kunnan omana toimintana, yhteistyössä A-klinikkasäätiön kanssa, kuntayhtymissä, päihdepalvelusäätiöissä tai ostosopimuksilla muiden järjestöjen ja yksityisten yritysten kanssa. Järjestämistapojen keskinäinen vertailu on vaikeaa, vaikka niissä esiintyykin joitain laadullisia eroja. Kustannusvertailua vaikeuttaa se, että päihdepalvelut edustavat kunnan talouden kannalta pientä osuutta. Resurssit ja hallinnon byrokraattisuus oli yksiä erottavia tekijöitä. Järjestämistavasta riippumatta haastateltavat olivat sitä mieltä, että seudullisuus ja suuret yksiköt mahdollistavat päihdetyön kehittämisen, laadun ja erikoistumisen.

Avainsanat: Päihdepalvelut, sosiaali- ja terveyspalvelut, yleiset ja erityispalvelut, seudullisuus

Sisällys

Esipuhe	3
Tiivistelmä	5
1 Johdanto	9
1.1 Selvitystehtävä ja aineisto	10
2 Päihdetyötä ohjaavat valtakunnalliset ohjelmat ja säädökset	11
2.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelmat	11
2.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon politiikkaohjelmat	12
2.3 Muita sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisia ohjelmia ja hankkeita	14
2.4 Päihdetyöhön liittyvät valtioneuvoston periaatepäätökset	15
2.5 Ajankohtaiset lainsäädännön muutokset	15
3 Päihdepalveluiden käyttö ja tulevaisuuden tarpeet	18
3.1 Päihdepalveluiden asiakkaat	18
3.2 Päihdepalveluiden käyttö	19
3.3 Päihteiden käyttö	19
3.4 Päihdetilanne ja palvelutarpeet ikäryhmittäin	21
4. Päihdepalveluiden organisointi	24
4.1 Päihdepalvelut	24
4.2 Mielenterveyspalvelut	25
4.3 Asiakkaiden pääsy päihdepalveluihin	27
4.4 Järjestöjen rooli	29
5 Seudullinen kehitys	30
5.1 Päihdetyö perus- ja erityispalveluissa	31
5.2 Suunnitelmia ja linjanvetoja palveluiden järjestämisestä	32
5.3 Seututyön haasteita	34

6	Päihdehuollon pullonkauloja ja ratkaisutapoja vuonna 2008.	39
6.1	Päihdetyön toimintaedellytykset kunnissa	39
6.2	Visioita päihdehuollon muutoksista	45
6.3	Politiikka- ja kehittämisohjelmien tavoitteet ja käytännön todellisuus	47
6.4.	Seudullisuus päihdepalveluissa.	48
6.4.1	Päihdehuollon seudullisia järjestämistapoja	48
6.4.2	Mielenterveys- ja päihdepalvelujen seudulliset kehittämishankkeet	51
6.4.3	Paras-hanke päihdepalveluiden seudullisuuden kehittäjänä	53
7.	Johtopäätökset	55
	Lähteet	57
Liitteet	Päihdepalveluiden seutukunnallisia järjestämismalleja	60
Liite 1.	Sosiaali- ja terveyspalveluiden kuntayhtymät	60
Liite 2.	Päihdepalvelusäätiöt	63
Liite 3.	Kumppanuussopimus kunnan ja palveluiden tuottajan välillä	65
Liite 4.	Päihdehuollon kuntayhtymät	66
Liite 5.	Muita kuntarajat ylittäviä päihdehuollon erityispalveluiden kokonaisuuksia	68
Liite 6.	Päihde- ja mielenterveystyön seudullisia kehittämishankkeita	71
Liite 7.	Haastatteluteemat	79

1 Johdanto

Päihdepalvelut ovat niitä sosiaalihuollon palveluja, joita on luonteva kehittää perusterveydenhuollon palvelujen yhteydessä kokonaisuutena kunta- ja palvelurakennemuutoksessa. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton yhteisessä kirjeessä kunnille (8.3.2007) painotetaan sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon kehittämistä eheänä toiminnallisena kokonaisuutena. Siinä myös todetaan, että kuntarajat ylittävällä seudullisella yhteistyöllä voidaan parantaa palveluiden saatavuutta sekä parantaa tuottavuutta tehokkaammalla resurssien käytöllä. Vaikka seudullisessa palveluiden järjestämisessä kootaan erityisosaamista yhteen, palveluiden toteuttamisessa korostuvat lähipalvelut sekä kunnan tai yhteistoiminta-alueen palveluiden että laajempaa väestöpohjaa edellyttävien palveluiden osalta. Palveluiden seudullinen kehittäminen haastaa myös uudenlaisten yhteistyömuotojen kehittämiseen. Seudullinen palveluiden järjestäminen luo haasteita myös johtamiselle – tarvitaan moniammatillista muutosjohtamista.

Päihteiden lisääntynyt käyttö on johtanut huono-osaisuuden syvenemiseen ja päihdeongelmaisten terveydentilan heikentymiseen. Hyvinvointierojen kasvu, sosiaalisten ongelmien vaikeutuminen ja syrjäytyminen ovat sosiaali- ja terveystoimelle mittava haaste. Työmarkkinoiden murroksen seurauksena työttömyys ja työmarkkinoilta sivussa oleminen ovat olennaisesti korkeammalla tasolla. Väestömuutoksen ja perheiden epävakautumisen seurauksena palveluja tarvitsevia ihmisiä on enemmän. Julkinen sektori on pyrkinyt vastaamaan muuttuneisiin olosuhteisiin tehostamalla toimintojaan markkinaehtoisesti ja ydintehtäviin keskittymällä. Niukat resurssit ovat johtaneet tarpeeseen kehittää toimintaa, mutta myös toiminnasta tinkimiseen ja kohdentamiseen. Keskeisiä tekijöitä ovat kustannusten karsinta ja hillintä, tuottavuuden lisääminen sekä toimenpiteiden ja palvelujen vaikuttavuuden lisääminen. Hyvinvointivaltion tehostamisen yhtenä ristiriitana on ollut, että arviointi ja mittaaminen ovat tulleet osaksi toimintakulttuuria myös siellä, missä toiminnan motiivit ja eetos ovat perinteisesti lähteneet auttamisenhalusta. (STM 2007, 15–17.)

Päihdepalveluista on usein tingitty, vaikka päihdeongelmat ovat lisääntyneet. Päihdeongelmat kuuluvat niihin ongelma-alueisiin, joissa tarvitaan laaja-alaista palvelutarjontaa hoitavista ja kuntouttavista palveluista päihteiden käytön haittojen vähentämiseen tähtääviin palveluihin. Hoitamattomat päihdeongelmat maksavat yhteiskunnalle enemmän kuin päihdeongelmien hoitaminen. Päihdeongelmien hoidossa vaikuttavuustavoitteiden on tärkeä ulottua päihteiden käytön lopettamisesta tai vähentämisestä päihteistä aiheutuvien haittojen tai kärsimyksen lieventämiseen.

Alkoholin kokonaiskulutus on kasvanut voimakkaasti 2000-luvulla alkoholin hinnan laskun ja saatavuudessa tapahtuneiden muutosten seurauksena. Kulutuksen kasvu on puolestaan johtanut vakavien alkoholihaittojen kuten alkoholikuolemien ja alkoholiin liittyvän sairastuvuuden kasvuun sekä sosiaalisten ongelmien lisääntymiseen. Näihin monella tavalla kasvaviin haasteisiin tulevaisuuden uudistuneen palvelujärjestelmän tulisi pystyä vastaamaan – toisaalta päihteettömyyteen tähtäävillä, vaikuttavilla palveluilla kuin myös päihteiden käytön haittojen vähentämiseen tähtäävillä palveluilla silloin, kun ei ole mahdollista ensisijaisesti vaikuttaa päihteiden käytön lopettamiseen.

Tässä raportissa on koottu tietoa päihdepalvelujärjestelmän nykytilasta ja tulevaisuuden haasteista. Raportissa esitellään päihdepalveluiden kysyntää ja käyttöä, päihdepalveluiden seudullisia järjestämismalleja ja kehittämishankkeita. Luvussa kaksi kuvataan sosiaali- ja terveyspalveluja – erityisesti päihdepalveluja – linjaavia poliittisia ohjelmia sekä lainsäädäntöä. Nämä ohjelmat ja lait muodostavat ne arvot, normit ja rakenteet, joilla päihdepalveluita kehitetään yhä laadukkaammiksi, kysyntää vastaavaksi ja tulevaisuuden tarpeita ennakoiviksi. Luvussa kolme esitellään ikäryhmittäin poliittisissa ohjelmissa painopisteiksi nostettujen eri asiakasryhmien päihdetilannetta sekä palveluntarvetta. Ohjelmissa painotetaan työssä käyvien päihdeongelmaisten kuntoutuspalveluiden merkitystä. Uutena ilmiönä päihdepalvelujärjestelmässä näyttävät ikäihmiset, joiden päihteiden käyttöön ja palveluiden tarpeeseen on vasta viime vuosina havahduttu. Nuorten päihteiden käyttö on jatkuvan mielenkiinnon ja huolen kohteena. Luvussa neljä kuvataan kunnallisten ja järjestöjen tarjoamia päihde- ja mielenterveyspalveluita Suomessa. Päihdepalveluiden osalta esitellään viimeaikaisten tutkimusten valossa päihdehuollon asiakkaiden erityispiirteitä sekä asiakkuuksia eri päihdepalveluissa. Luvussa viisi tarkastellaan päihdepalveluiden järjestämistä seudullisesta näkökulmasta. Seudullisilla palveluilla nähdään olevan ehdottomat vahvuutensa, mutta käytännössä seutukuntien yhteistyössä on myös haasteensa. Luvussa kuusi paneudutaan kunnallisen ja seutukunnallisen päihde- ja mielenterveystyön nykytilaan keskittyen kuntien ja seutukuntien toimintaedellytyksiin, seudullisuuden haasteisiin sekä visioihin tulevaisuuden päihdepalveluista.

1.1 Selvitystehtävä ja aineisto

Tässä raportissa keskitytään sosiaali- ja terveyspalveluissa tehtävään korjaavaan päihdetyöhön. Sosiaali- ja terveystoimen sisällä päihdetyö sivuaa useita erityisaloja, kuten mielenterveystyötä, lastensuojelua ja vanhustenhuoltoa. Tässä raportissa tarkastellaan näistä erityisesti päihde- ja mielenterveystyön yhtymäkohtia. Raportissa käsiteltäviä teemoja ovat

- Päihdetyö sosiaali- ja terveydenhuollon rajamaastossa
- Päihdetyö perus- ja erityispalveluissa
- Palveluntarpeen ennakointi ja kehittämishaasteet
- Päihdepalveluiden seudullinen järjestäminen
- Järjestöjen rooli ja mahdollisuudet päihdetyössä

Raportissa hyödynnetty aineisto koostuu kahdesta erityyppisestä materiaalista. Raportissa lainataan aikaisempaa tutkimuskirjallisuutta ja poliittisia ohjelmapiirteitä kuvaamaan päihdetilanteen ja -huollon ajankohtaisia ilmiöitä valtakunnan tasolla (luvut 2–4). Toinen aineisto sisältää päihdepalveluita järjestävien ja kehittävien tahojen tuottamaa kirjallista materiaalia sekä puhelinhaastattelussa saatua tietoa päihdehuollon järjestämistavoista, kehittämishankkeista sekä päihdetyön ajankohtaisista ilmiöistä kuntatasolla (luvut 5 ja 6). Päihdepalvelujen seudullisen kehittämisen nykytilaa käsitelleitä puhelinhaastatteluita tehtiin kaikkiaan 21. Haastattelussa käsitellyjä teemoja olivat päihdepalveluiden järjestämistavat, niiden vahvuudet ja heikkoudet, päihde- ja mielenterveyspalveluiden yhtymäkohdat, kokemukset eri kuntien sekä kuntien ja järjestöjen yhteistyöstä, hyvät käytännöt, tulevaisuuden visiot sekä kehittämistarpeet.

Haastateltaviksi valittiin sellaisten organisaatioiden edustajia, joissa oli toimivat ja kehittyneet yhteistyöperinteet sosiaali- ja terveystoimen kesken päihde- ja mielenterveystoimen järjestämisessä. Lisäksi valintakriteereinä pidettiin innovatiivisuutta, kehittämistyötä ja laaja-alaista toimijaverkostoa. Malleja ja hankkeita etsittiin STM:n ja Stakesin tietokannoista sekä sairaanhoitopiirien, maakuntaliittojen ja osaamiskeskusten internetsivulta. Vastuuhenkilöille lähetettiin sähköpostilla tiedustelu halukkuudesta osallistua puhelinhaastatteluun. Muutamit henkilöt kieltäytyivät haas-

tattelusta vetoamalla siihen, että päihdepalveluiden seudullinen järjestämistapa on vielä kesken tai ettei sitä voi esitellä esimerkillisenä tapauksena sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellisten ongelmien vuoksi. Kaksi tahoa antoi vastauksensa kirjallisena sähköpostitse. Puhelinhaastattelut (n = 21) kestivät puolesta tunnista tuntiin ja niistä kirjoitettiin käsin muistiinpanoja puhelun aikana. Haastateltavat henkilöt toimivat useimmin toimitus-, päihdetyön- tai sosiaalijohtajina tai projektipäällikköinä ja -koordinaattoreina. Kaikki 24 tavoitettua henkilöä on toiminut päihde- tai mielenterveystyössä pitkään. Raportissa on käytetty lähteenä myös erilaista kirjallista materiaalia, jota löytyi internetistä tai joita haastateltavat toimittivat raportin kirjoittajille.

Raportin tuloksia ei voi yleistää koskemaan koko Suomea, sillä kohteena ovat sellaiset seutukunnat tai alueet, joilla päihdetyö on monipuolista ja organisoitua. Tässä raportissa esiteltyjen seutukunnallisten järjestämismallien ja hankkeiden lisäksi Suomessa on toki muitakin edistykseksiä malleja ja projekteja. Raportti ei ole siten täysin kattava. Toiseksi raportissa käsitellään päihde- ja mielenterveystyötä vain palveluiden järjestäjien ja suurten kuntien näkökulmasta.

2 Päihdetyötä ohjaavat valtakunnalliset ohjelmat ja säädökset

2.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmat

Lain kunta- ja palvelurakennemuutuksesta (169/2007) tarkoituksena on luoda edellytykset *kunta- ja palvelurakennemuutukselle*. Uudistuksen tärkein tavoite on väestön terveyden ja hyvinvoinnin sekä laadukkaiden palveluiden turvaaminen asuinpaikasta riippumatta myös tulevaisuudessa. Kuntien ja valtion välistä tehtäväjako tarkistetaan siten, että kuntien vastuulla olevien palvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen sekä kuntien kehittämiseen on vahva rakenteellinen ja taloudellinen perusta. Uudistuksessa korostuu laaja-alainen ennaltaehkäisevä toiminta, joka edellyttää, että kunnan ja valtion hallinnonalojen palvelut sovitetaan yhteen sosiaali- ja terveyspalvelujen kanssa. Kunta- ja palvelurakennemuutistus tarjoaa mahdollisuuksia joustavoittaa palvelurakenteita, kehittää erityispalveluita, uudistaa henkilöstön tehtävärakenteita ja osaamista sekä ennen kaikkea löytää uusia keinoja lisätä työn vaikuttavuutta. (STM 2002.) Paras-uudistuksella vahvistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen väestöpohjaa perustamalla kuntaliitoksia ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueita. Terveyttä, toimintakykyä ja hyvinvointia edistämällä ja sosiaalisia ongelmia ehkäisemällä pyritään hallitsemaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarpeen ja kustannusten kasvua. Paras-hankkeen kustannustavoitteet ovat välittömiä: seudullisessa palvelujärjestelmässä kustannukset jaetaan kuntien väkilukuun suhteuttaen, eikä kunnan käyttämien palvelujen mukaan, kuten nykyisin useimmiten tapahtuu. (STM 2008, 17, 27.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelma (Kaste) vuosille 2008–2011 on jatkoa jo päättyneille sosiaalialan ja terveydenhuollon valtakunnallisille kehittämishankkeille. Kaste-ohjelman tavoitteena on a) osallisuuden lisääntyminen ja syrjäytymisen väheneminen, b) terveyden ja hyvinvoinnin lisääntyminen sekä terveyserojen kaventuminen ja c) palveluiden laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden parantuminen sekä alueellisten erojen vähentyminen. Kaste-ohjelman (STM 2008/a) linjausten mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön hyvä ammatillinen osaaminen ja riittävä määrä sekä ammatillisen työn hyvä johtaminen vaikuttavat muun muassa palveluiden laadun ja saatavuuden parantumiseen koko maassa.

Kaste-ohjelman (STM 2008/a) keskeisten linjausten mukaan terveyttä ja hyvinvointia ei voida parantaa vain palveluja tehostamalla tai lisäämällä. Ihmisten elinoloja voidaan parantaa vahvistamalla ennalta ehkäisyä, varhaista puuttumista sekä palvelujen saatavuutta. Hoidon tarpeen vähentyessä voidaan estää kustannusten kasvu yli käytettävissä olevien voimavarojen. Hallituskauden tavoitteena on, että terveys- ja hyvinvointi lisääntyvät yleisesti, mutta erityisesti toimenpiteitä kohdistetaan heikoimmassa asemassa olevien tilanteen parantamiseksi. Yhteiskunnassa jo tapahtuneet muutokset ja erityisesti edessä olevat väestömuutokset, alueellisten erojen kasvamisen ja työvoiman tarjonnan supistuminen edellyttävät merkittäviä muutoksia koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään. Erityisesti perusterveydenhuoltoa on tarkoitus vahvistaa siten, että terveyskeskus on koko väestön peruspalvelu, jolla on asiantuntijarooli paikallisessa ja alueellisessa hyvinvointipolitiikassa. Hallitusohjelman pohjalta on jo käynnistetty perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä tiivistävä uudistamishanke, jossa kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidolaki yhdistetään laiksi terveydenhuollosta (ks. luku 2.4).

Kaste-ohjelmassa käsitellään päihteiden käyttöä syrjäytymisen ja huono-osaisuuden näkökulmasta, johon liittyvät kiinteästi terveydelliset ongelmat, työllistämisvaikeudet sekä palveluiden hajanaisuus. Ohjelman mukaan tupakoinnilla, alkoholinkäytöllä ja ylipainolla on keskeinen merkitys useiden kansansairauksien synnissä. Kun näitä riskitekijöitä vähennetään, kavennetaan tehokkaimmin myös terveyseroja. Ohjelmassa huomioidaan tarve ylläpitää osatyökykyisten ja työelämästä syrjäytymisvaarassa olevien työ- ja toimintakykyä, rakentaa heille työllistymispolkuja ja löytää mielekästä tekemistä. Vaikeimmin työllistyvät ovat pääosin työvoimahallinnon sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaita, ja heille on kasaantunut muun muassa mielenterveys- ja päihdeongelmia. Palveluiden hajanaisuus koettelee erityisesti ikääntyneitä, päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiviä, lapsiperheitä ja pitkäaikaissairaita. (STM 2008/a.)

2.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon politiikkaohjelmat

Terveyden edistämisen politiikkaohjelman tavoitteena on vahvistaa työkykyä ja -hyvinvointia edistäviä käytäntöjä sekä tunnistaa varhaisessa vaiheessa niitä uhkaavat tekijät. Työikäisen väestön työkyvyn ylläpitäminen ja vahvistaminen nostaa työllisyysastetta ja hillitsee samalla terveydenhuollon palveluista, sairauspoissaoloista ja varhaisesta eläköitymisestä aiheutuvia kustannuksia. Poliitiikkaohjelman yhteiskunnalliset vaikuttavuustavoitteet jäsentyvät osa-alueisiin seuraavasti:

- terveyden edistämisen rakenteiden vahvistaminen
- kansansairauksien ehkäisyyn vaikuttavien elintapamuutosten aikaansaaminen (lasten ja nuorten sekä työikäisen väestön ylipainoisuuden vähentäminen, päihteiden käytön ja tupakoinnin vähentäminen)
- terveitä elämäntapavalintoja edistävien työ- ja elinolosuhteiden kehittäminen
- sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen vahvistaminen ja terveyden edistämisen uusien työmuotojen kehittäminen
- järjestöjen toiminnan ja roolin vahvistaminen terveyden edistämisen, erityisesti osallisuuden ja yhteisöllisyyden tukena. (Terveyden edistäminen 2007.)

Pitkät työttömyyskaudet tai sairauslomat voivat syrjäyttää väestön työelämästä, joten ohjelmassa halutaan tukea nopeaa työhön paluuta sairastumisen jälkeen. Toimiva, ennaltaehkäisyä painottava työterveyshuolto, hyvä johtaminen, tiivis yhteistyö eri osapuolten kesken ja työntekijöiden vaikutusmahdollisuudet lisäävät hyvinvointia työelämässä. Ohjelman mukaan erityisesti mielenterveysongelmien kasvu on huomioitava sairauspoissaolojen syynä. Työntekijän henkistä hyvinvointia voidaan parantaa hänen voimavarojaan tukemalla ja työpaikan työolosuhteita kehittämällä. (Terveyden edistäminen 2007, 4, 12.)

Työttömien terveys on erityinen huolenaihe, koska suuri osa perusterveydenhuollon palveluista saadaan nykyisin työterveydenhuollon kautta. Pitkäaikaistyöttömät tarvitsevat heille räätälöityjä keinoja päästäkseen takaisin työelämään. Sosiaali- ja terveysministeriön johdolla on käynnistetty pitkäaikaistyöttömien terveydenhuoltohanke, jota toteutetaan yhdessä työvoiman palvelukeskusten kanssa. Hankkeessa tuotetaan erilaisia malleja:

- Yrityksille ja muille organisaatiolle tuotetaan työterveyshuollon tilaajan opas hyvän työterveyshuoltokäytännön laatuksiteerit täyttävistä asiantuntijapalveluista.
- Päihdehuollon mini-interventiotoiminta vakiinnutetaan osaksi työterveyshuollon käytäntöä.
- Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuoltoon luodaan toimintamalli terveyskeskusten, kuntayhtymien ja työvoiman palvelukeskusten käyttöön. (Terveiden edistäminen 2007, 4, 12.)

Työikäisistä masennuksen suhteen riskiryhmään voivat kuulua muun muassa pitkäaikaisesta työstressistä tai työuupumuksesta kärsivät, vakavasti somaattisesti sairaat, päihdeongelmaiset, pitkäaikaistyöttömät tai henkilöt, joilla on muuten psykososiaalisesti vaikea elämäntilanne (esimerkiksi läheisen vaikea sairaus, avioero tai muu kuormittava perhetilanne). Työterveyshuolto työn ja sairauksien asiantuntijana on tärkeä toimija sekä ennaltaehkäisyä että masennuksen hoidon ja kuntoutuksen näkökulmasta.

Terveiden edistämisen politiikkaohjelmassa sivutaan päihteitä koulutuksen, mini-intervention, päihdeäitien ja mielenterveyden näkökulmista. Ohjelman mukaan Stakes tukee päihdetyön koulutuksen kehittämishankkeen (2006–2008) avulla päihdetyön opettajien verkostoitumista sekä oppilaitosten ja opettajien päihdetyön koulutuksen kehittämistä. Alkoholin käytön riskien arviointia ja mini-intervention käyttöä tehostetaan perusterveyden- ja työterveyshuollossa sekä laajennetaan niiden käyttöä erikoissairaanhoidon sekä sosiaalipalveluihin. Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee esityksen raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten kattavan hoidon järjestämiseksi. Politiikkaohjelman mukaan sosiaali- ja terveysministeriössä valmisteilla olevassa kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa luodaan linjaukset sekä toimintamallit mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämiseksi. (Terveiden edistäminen 2007.)

Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelmassa tavoitellaan lapsiperheiden hyvinvoinnin lisäämistä ja syrjäytymisen ehkäisyä. Keinoina mainitaan muun muassa matalan kynnyksen palvelujen lisääminen, lapsiperheiden köyhyyden vähentäminen, lasten ja nuorten terveellisten elämäntapojen vahvistaminen sekä elämänhallintataitojen edistäminen ja nuorten motivoiminen koulutukseen. Hallitus on tehnyt määräraharauksen koko kehyskaudelle nuorten syrjäytymisen ehkäisyyn ja työllisyyden parantamiseen. Tavoitteena on luoda kokonaisuus, jossa nuorisotyö, koulu, työhallinto sekä sosiaali- ja terveystoimi toimivat yhdessä syrjäytymisen ennaltaehkäisemisessä. Ohjelman mukaan on tärkeää selkiyttää eri viranomaisten vastuunjako lasten ja nuorten tarvitsemassa tukitoiminnassa ja arvioida tukipalvelujen saavutettavuutta ja riittävyyttä. Tavoitteena on vähentää syrjäytymisvaarassa olevien nuorten määrää muun muassa työpajatoiminnan ja ehkäisevän nuorisotyön laajentamisen ja vakiinnuttamisen kautta. Ohjelmassa mainitaan päihteet terveellisten elämäntapojen ja tukipalveluiden tarpeen yhteydessä. Tukipalvelut turvataan lapsille ja nuorille etenkin silloin, kun perheessä esiintyy väkivaltaa, mielenterveys- tai päihdeongelmia. Tukemalla perheiden arjen hyvinvointia, vähentämättä syrjäytymistä ja lisäämällä lasten ja nuorten osallistumista voidaan vähentää pitkällä aikavälillä pahoinvoinnista aiheutuvia kustannuksia. (Lapset, nuoret ja perheet 2007.)

2.3 Muita sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisia ohjelmia ja hankkeita

Hyvinvointi 2015 -ohjelman taustalla ovat hyvinvointipolitiikan toimintaympäristössä tapahtuneet rakenteelliset muutokset ja tarve pohtia laaja-alaisesti hyvinvointipolitiikan suuntaa. Rakenteellisista muutoksista mainitaan taloudellinen globalisaatio, syrjäytyminen ja uudet sosiaaliset ongelmat sekä väestön ikääntyminen. Hyvinvointi 2015 -ohjelman tavoitteiksi asetettiin muun muassa löytää malleja, joilla edistetään kaikilla politiikan lohkoilla hyvinvointia, sosiaalista turvallisuutta ja toimeentulon parantamista ja samalla ehkäistään sosiaalisten ongelmien syntymistä. Muina tavoitteina on etsiä ratkaisuja yksilöllisen selviytymisen ja yhteisöllisen tuen tasapainottamiseksi sekä arvioida valtion, kuntien, järjestöjen ja yksityisten yritysten roolia sosiaalipalveluiden järjestämisessä. Keskeisimmät kehittämiskohteet liittyvät sosiaalihuollon yhteistyöhön terveydenhuollon, työhallinnon sekä asuntotoimen kanssa. Myös sosiaalitoimen yhteistyö Kelan, poliisin, koulun, nuorisotyön sektoreiden sekä kolmannen sektorin kanssa tulee ottaa huomioon. Hyvinvointi 2015 -ohjelman mukaan keinona palvelujen laadun parantamiseen voisi olla asiakkaan aseman ja valinnanvapauden vahvistaminen julkisissa tai julkisvaroin tuetuissa palveluissa. Asiakkaan valinnanvapaus palveluita ja palveluntarjoajia valittaessa voisi tehostaa palveluiden tuottamista ja karsia huonon palvelun tarjoajat pois. (STM 2007.)

Ohjelman kytkeytyy päihdekysymyksiin käsitellessään lasten, nuorten sekä työelämässä olevien hyvinvointia. Lasten hyvinvointia uhkaa päihde- ja mielenterveysongelmien kasvu sekä raskaana olevien äitien päihteiden käyttö. Ohjelman mukaan neuvoloiden, päivähoidon sekä koulujen henkilökunnan koulutusta perheväkivallan ja päihteidenkäytön tunnistamiseen ja hoitoon ohjaamiseen tulisi parantaa. Myös neuvolajärjestelmää tulisi kehittää siten, että sen palveluihin kuuluisi vanhempainryhmiä, parisuhteen tukemista ja kotikäyntejä jo siinä vaiheessa, kun ongelmat eivät ole vielä kärjistyneet. Syrjäytymisen ehkäisyssä nähdään tärkeänä nuoren pitäminen kiinni koulu- tai työelämässä. Syrjäytyneiden nuorten auttaminen edellyttää moniammatillista otetta, jossa yhdistyy päihdehuollon, sosiaalitoimen ja työvoimaviranomaisten palveluketju. Pajakoulut ja oppisopimusjärjestelmä korostuvat työmarkkinoille kiinnittymisen välineinä. Yhteiskuntapoliittisesti vaikein ryhmä ovat koulutusta aktiivisesti vieroksuvat nuoret, joiden osalta haasteena on yhteiskuntaan integroiminen ylipäänsä. Tälle ryhmälle keskeistä on luottamukseen perustuva, terapeuttispainotteinen viranomaisyhteistyö sosiaalitoimen, päihdehuollon ja poliisin välillä. Työelämässä olevien aikuisten hyvinvoinnin lisäämiseksi on kehitettävä rakenteita ja käytäntöjä, joilla edistetään varhaista matalan kynnyksen puuttumista työpaikkakiusaamiseen sekä päihde- ja mielenterveysongelmiin työpaikoilla. Työyhteisöjen yleiseksi käytännöksi tulee vakiintua varhainen ja ei-leimaava puuttuminen työntekijöiden uupumiseen sekä päihde- ja mielenterveysongelmiin. (STM 2007.)

Masto-hanke¹ on asetettu edistämään hyvinvointia lisääviä käytäntöjä työelämässä ja vähentämään masennusperusteista työkyvyttömyyttä. Masto-hankeen tavoitteena on lisätä mielenterveyspalveluiden saatavuutta ja toimivuutta masennuksen aiheuttaman pitkän työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi. (Terveyden edistäminen 2007; www.stakes.fi/masto.)

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa valmistellaan STM:n asettamassa Mieli 2009 -työryhmässä. Suunnitelmassa esitetään mielenterveys- ja päihdetyön keskeiset kehittämissuunnitelmat, hahmotellaan mielenterveys- ja päihdepalveluiden tulevaisuuden järjestämismalleja, sekä tehdään ehdotuksia mielenterveys- ja päihdetyön hyvien käytäntöjen yleistämisestä ja ohjauskeinojen kehittämisestä. Suunnitelma valmistuu vuoden 2008 loppuun mennessä. (Asettamispäätös 10.4.2007, STM)

1. Masennuksen vuoksi työeläköitymisen vähentämiseen tähtäävä hanke

2.4 Päihdetyöhön liittyvät valtioneuvoston periaatepäätökset

Valtioneuvosto teki vuonna 2003 periaatepäätöksen alkoholipolitiikan linjauksista, jonka pohjalta käynnistettiin *Alkoholiohjelma* 2004–2007. Ensimmäisen ohjelmakauden jatkona olevassa Alkoholiohjelmassa vuosille 2008–2011 on kirjattu alkoholipolitiikan yleiseksi tavoitteeksi alkoholista aiheutuvien haittojen vähentäminen. Valtioneuvoston aiempaan periaatepäätökseen edelleen nojautuvan Alkoholiohjelman tulee tähdätä edelleen erityisesti seuraavien kolmen tavoitteen saavuttamiseen:

- Alkoholien aiheuttamia haittoja lasten ja perheiden hyvinvoinnille vähennetään merkittävästi
- Alkoholijuomien riskikäyttöä ja siitä aiheutuvia haittoja vähennetään merkittävästi
- Alkoholijuomien kokonaiskulutus käännetään laskuun

Periaatepäätöksen mukaan nämä kolme tekijää koskevat ongelmakäyttäjien lisäksi runsaasti, mutta satunnaisesti alkoholia käyttäviä henkilöitä. Tavoitteiden toteutuminen koskettaa myös henkilöitä, jotka eivät käytä alkoholia lainkaan. Väkivallan uhka koskettaa koko väestöä ja laiminlyönti erityisesti lapsia. (Alkoholiohjelma 2008–2011.)

Alkoholiohjelma perustuu julkisen vallan, elinkeinoelämän ja kansalaisyhteiskunnan vapaaehtoiselle kumppanuudelle. Tavoitteena on, että alkoholiohjelman ja muiden kumppanien tuella kunkin toimijan haittoja ehkäisevät toimenpiteet vaikuttavat entistä tehokkaammin. Ohjelmassa korostetaan ongelmien ehkäisyn ja varhaisen puuttumisen tärkeyttä. Paikallisen tason ja lähiyhteisöjen vaikutusmahdollisuuksia haittoja aiheuttaviin olosuhteisiin tulee lisätä. Keinojen tulee perustua julkisen vallan, elinkeinoelämän ja kansalaisyhteiskunnan yhteistoimintaan. Alkoholien kulutuksen kasvu lisää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarvetta. Valtioneuvosto tukee kuntia alkoholiongelmissa kärsivien ja heidän läheistensä palveluiden turvaamisessa päihdehuoltolain ja päihdepalveluiden laatusuosituksen mukaisesti. Kunnat voivat tehostaa alkoholiongelmissa kärsivien palveluja kehittämällä yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja sekä varmistamalla asianmukaisten erityispalveluiden saatavuus. Toimintakautena 2008–2011 vahvistetaan alueellista ja seudullista alkoholihaittojen ehkäisyä. Lääninhallitukseen palkataan aluekoordinaattoreita, jotka huolehtivat, että alkoholiohjelman toimintalinjat näkyvät sekä alueellisissa että kunnallisissa päihdestrategioissa. (Alkoholiohjelma 2008–2011.)

Valtioneuvoston huumausainepolitiikkaa koskevan periaatepäätöksen (2007) mukaan hoitopalveluita kehitetään ja hoidon tarjontaa lisätään, jotta kansalaiset saisivat yhdenvertaisesti tarvitsemansa palvelut. Huumeidenkäyttäjille tarjotaan monipuolisesti riippuvuuden luonteeseen sopivia erilaisia hoitovaihtoehtoja ja muun muassa opioidiriippuvaisten hoitoon pääsyä helpotetaan. Tavoitteena on myös lisätä sellaista hoitoa, terveysneuvontaa ja tukea, jolla vähennetään huumeongelmiin liittyviä haittoja, kuten sairauksia, mielenterveysongelmia ja oheisrikollisuutta. Vastuutahoina mainitaan sosiaali- ja terveys-, opetus- ja sisäasiainministeriö sekä päihdehuollon järjestöt. (VN 2007.)

2.5 Ajankohtaiset lainsäädännön muutokset

Palvelujärjestelmän uudistaminen edellyttää myös taustalla olevan lainsäädännön uudistamista. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä pyritään tiivistämään yhdistämällä nykyiset kansanterveys- ja erikoissairaanhoidot *terveydenhuoltolaiksi*. Terveysneuvontolain valmistelun lisäksi on käynnistetty sosiaali- ja terveydenhuollon hallintolain valmistelu, jotta myös sosiaalihuoltoa voitaisiin kehittää samansuuntaisesti terveydenhuollon rinnalla. Tavoitteena on väestön yhdenvertaisuus palvelujen saatavuudessa ja siten väestöryhmien välisten ja alueellisten

terveyserojen kaventaminen. Uudistus vähentää järjestelmäkeskeisyyttä ja eri hallinnonalojen välisiä rajoja. Palvelurakennemuutoksen toteuttamiseksi kehitetään erityisesti perusterveydenhuoltoa, sosiaalityötä, ensihoitoa sekä mielenterveys- ja päihdetyötä. Kuntien terveystalvuuja koskeva järjestämistävastuu säilytetään, ja yksityinen sekä kolmas sektori täydentävät kuntien palvelutuotantoa. (STM 2008/a.) Kuntien on laadittava osana kunnan strategian ja taloussuunnitelman valmistelua suunnitelma kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia edistävästä sekä terveysongelmia ehkäisevistä toimista, palveluista ja niihin varattavista voimavaroista. (STM 172/2008.)

Terveydenhuoltolain ehdotus sisältää useita asiakaslähtöisyyttä korostavia muutoksia. Siinä esitetään, että potilaalla olisi mahdollisuuksia käyttää joitakin terveydenhuollon palveluja yli kuntarajojen. Peruspalveluja olisi mahdollisuus käyttää työssäkäyntialueen sisällä, ei vain kotikunnassa. Potilaalla olisi oikeus valita nykyistä vapaammin missä terveydenhuollon toimintayksikössä hänet tutkitaan ja missä erityisvastuualueella toimivassa yksikössä häntä hoidetaan. Potilaan asemaa vahvistaisi lisäksi oikeus valita hoitava lääkäri tai hoitaja. Potilaan mahdollisuutta saada erikoissairaanhoidon palveluja lähempänä asuinpaikkaansa ehdotetaan parannettavaksi tuomalla näitä toimintoja esimerkiksi terveyskeskuksiin. Perusterveydenhuollon vahvistamiseksi terveyskeskusten työtapoja, -olosuhteita ja johtamista uudistetaan keinoina lääkäri-hoitaja -työparityöskentely, väestövastuun rajaaminen nykyistä pienempiin väestöpohjiin sekä yleislääketieteen osaamisen vahvistaminen. (STM 172/2008.)

Terveydenhuoltolakiehdotuksessa on kaksi vaihtoehtoa terveydenhuollon palvelujen järjestämiseksi. Toisessa vaihtoehdossa erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämistävastuu olisi kunnilla tai yhteistoiminta-alueilla sekä laajaa väestöpohjaa edellyttävien palveluiden osalta kuntayhtymissä sairaanhoitopiireillä. Terveyskeskuksissa tai yhteistoiminta-alueilla olisi perusterveydenhuollon lisäksi erikoissairaanhoidon perustason toimintaa. Sairaanhoitopiirien minimiväestöpohja olisi 150 000 asukasta. Kunnassa tai yhteistoiminta-alueella, joka vastaa perusterveydenhuollosta on oltava vähintään noin 20 000 asukasta. Toisessa vaihtoehdossa kunnat voisivat muodostaa yhteistoiminta-alueen sijasta terveystalvuuja, joka vastaa sekä kansanterveystalvuuja että erikoissairaanhoidosta. Alle 150 000 asukkaan maakuntiin sovellettaisiin pääsääntöisesti tätä vaihtoehtoa. Laadun varmistamiseksi erityisosaamista vaativia palveluja keskitettäisiin nykyistä enemmän, mikä merkittäisi sairaanhoitopiirien määrän vähentämistä tai nykyistä selvästi tiiviimpää erityisvastuualueyhteistyötä. (STM 172/2008.)

Päihdepalveluiden järjestämistä osalta terveydenhuoltolakiesityksessä viitataan päihdehuoltolakiin (41/1986). Päihdepalveluiden järjestäminen perustuu vuodelta 1986 olevaan *päihdehuoltolakiin*. Sen mukaan päihdepalveluita tulee järjestää kunnassa ilmenevän tarpeen mukaan sekä asiakkaan itsensä että hänen läheistensä palvelutarpeita huomioiden ja painottaen vapaaehtoisia, oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja avohoitoa.

Päihdehuoltolain lisäksi päihdeongelmaisten hoitopalveluja koskevia määräyksiä löytyy myös muusta sosiaali- ja terveydenhuoltoä käsittelevästä yleisestä tai erityislainsäädännöstä. Viime vuosien aikana on muutettu muun muassa tartuntatautilakia ja -asetusta, kuntoutuslainsäädäntöä ja opiaattiriippuvaisten lääkehoitoä koskevaa asetusta.

Vuoden 2004 alussa voimaan tullessiin *tartuntatautilain* (583/1986) ja -asetuksen muutoksiin sisältyi useita tartuntatautiä seurantaä ja torjuntaä tehostavia muutoksia. Ne koskevat muun muassa tartuntatautiäpausten rekisteröintiä, ilmoitusvelvollisuutta ja ilmoittamista tietosisältöä sekä tartuntatautiätoiminnan vastuujärjestelyjä. Uuteen asetukseen on lisätty määräys, jonka mukaan terveyskeskusten on tartuntatautiä vastustamistyössä huolehdittava suonensisäisiä huumeita käyttävien terveysneuvonnasta ja tartuntatautiä ehkäisyn kannalta tarpeenmukaisesta käyttövälineiden vaihdosta. Säädökset määrittelevät uusina vastuuhenkilöinä sairaanhoitopiirin tartuntatautiädeista vastaavan lääkärin ja terveyskeskuksen tartuntatautiädeista vastaavan lääkärin. Tartuntatautiärekisterin yksilökohtaisten tietöä hyväksikäyttö on nyt mahdollista sairaanhoito-

piiriin lisäksi myös terveyskeskuksessa. Sairaanhoidopiiriin ohjaavaa alueellista roolia korostetaan entistä selkeämmin.

Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista säädetyn lain (566/2005) ja asetuksen (646/2005) mukaan kuntoutujalla on oikeus päihdehoidon tukeen (kuntoutusrahan), jos kuntoutus on tarpeellista kuntoutujan työelämässä pysymiseksi, työelämään palaamiseksi tai työelämään pääsemiseksi. Kuntoutusrahaa myönnetään vain, jos kuntoutus suoritetaan Kansaneläkelaitoksen hyväksymässä päihdehuollon kuntoutuslaitoksessa ja että kuntoutus perustuu hoito- tai kuntoutusohjelmaan. Lain (902/2005) tarkennuksen mukaan päihdehuollon kuntoutuspalveluja antavalla kuntoutuslaitoksella tulee olla valvonnasta vastaavan lääninhallituksen lupa terveyden- tai sosiaalipalvelujen antamiseen. Lisäksi kuntoutuslaitoksella tulee olla päihdekuntoutuksen kannalta asianmukaiset tilat ja laitteet sekä toiminnan edellyttämä henkilöstö. Kuntoutuksen osalta voidaan suorittaa harkinnanvaraista korvausta ylläpito- ja muista kustannuksista sekä kuntoutuksen jälkeiseltä ajalta harkinnanvaraista kuntoutusavustusta, jos se on kuntoutujan työllistymisen kannalta erityisen tarpeellista.

Sosiaali- ja terveysministeriön antamalla *asetuksella opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta* (33/2008) pyritään lisäämään hoitoja vastaamaan nykyistä tarvetta painottamalla hoidon porrastusta ja hoitojen aloittamista poliklinikoilla, lisäämällä lääkkeiden annostelua kotona ja jakamalla yhdistelmävalmistetta hoitoyksikköjen ohella apteekkeista. Opioidiriippuvaisen hoidon tarve voidaan arvioida ja hoito toteuttaa sellaisessa terveyskeskuksessa, päihdehuollon yksikössä tai vankeinhoitolaitoksen terveydenhuollon yksikössä, jotka täyttävät hoidon antamiseen vaadittavat henkilöstöresurssit ja muut edellytykset. Perustason toimintayksikköjen ei enää tarvitse tehdä hoidon aloituksesta ennakoilmoitusta lääninhallitukselle, ja hoitojen arviointi sekä aloitus voidaan tehdä laitoshoidon sijaan poliklinikoilla. Vaativissa tapauksissa hoidon tarve arvioidaan ja hoito aloitetaan sairaanhoidopiiriin kuntayhtymän toimintayksikössä, Järvenpään sosiaalisairaalassa tai valtion mielisairaalassa. Hoitoa voidaan jatkaa yhteistyössä hoidon aloittaneen yksikön kanssa edellä mainituissa yksiköissä, joilla on siihen riittävät edellytykset. Korvaushoito tulee hoidon pitkäkestoisuuden vuoksi pyrkiä toteuttamaan mahdollisimman lähellä potilaan asuinpaikkaa. Asetus mahdollistaa buprenorfinia ja naloksonia sisältävän yhdistelmävalmisteen toimittamisen apteekista potilaan allekirjoittaman apteekkisopimuksen perusteella. Päätös lääkkeen luovutuspaikasta tehdään hoitopaikassa lääketieteellisin ja hoidollisin perustein. Erityishuomio on kiinnitettävä tähän asti ulkomailta korvaushoitolääkkeitä hakeneisiin. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus N:o 33; STM tiedote 14/2008.)

Hoitotakuu astui voimaan maaliskuun alussa 2005. Kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain muutoksilla säädettiin kiireettömille hoidoille ja tutkimuksille tietyt määräajat. Perusterveydenhuollossa (A-klinikat, työterveyshuolto, terveyskeskukset ja vankeinhoiton terveydenhuolto) päihdeongelmien kiireettömän hoidon piiriin kuuluvat alkoholin katkaisuhuolto, lääkeriippuvuuden hoito avohoidossa, komplisoitumaton huumeriippuvuus, opiaattikorvaushoitojen aloitus ja toteutus koulutetun tiimin avulla sekä päihdeperheiden tuki yhdessä sosiaaliviranomaisten kanssa. Lain mukaan potilaan tulee saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteys terveyskeskukseen. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä potilaan yhteydenotosta, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Terveyskeskuksessa hoito aloitetaan tavallisesti jo ensimmäisellä käyntikerralla, mutta jos näin ei voida tehdä, hoitoon on päästävä viimeistään kolmessa kuukaudessa. Jos terveyskeskuksessa annetaan erikoissairaanhoitoa, siihen on päästävä viimeistään kuudessa kuukaudessa. Terveyskeskuksen on järjestettävä hoito hankkimalla se muilta palveluntuottajilta, jos ei voi itse antaa hoitoa lain mukaisissa enimmäisajoissa. Sairaalaan pääsy edellyttää lääkärin lähetettä. Sairaalassa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmessa viikossa lähetteen saapumisesta sinne. Jos tutkimuksissa todetaan, että potilas tarvitsee sairaalahoitoa, se on aloitettava viimeistään kuudessa kuukaudessa hoidon tarpeen arvioinnista.

3 Päihdepalveluiden käyttö ja tulevaisuuden tarpeet

Päihdepalveluiden asiakasmäärät ovat 2000-luvun alussa vaihdelleet. Alkoholin hinnanlaskun jälkeen päihdehuollon erityispalveluiden käyttö on lisääntynyt ja sairaaloissa alkoholiin liittyvien sairaalahoitajaksojen määrä on kasvanut. Päihdeongelmaiset hakeutuvat päihdehoitoon aikaisempaa huonommasta kunnossa. Päihdehuollon erityispalveluissa laitospäihdehoitoon hoitajakset ovat pidentyneet 2000-luvun aikana. Päihdepalvelujen asiakasmäärät eivät ole lisääntyneet. Pidentyneet hoitajakset viestivät huonokuntoisemmista asiakkaista sekä huumeiden käyttäjien ja sekakäyttäjien osuuden lisääntymisestä. (SM 2005; Kaukonen 2005).

3.1 Päihdepalveluiden asiakkaat

Syksyllä 2007 suoritetun päihde-ehtoisia sosiaali- ja terveydenhuollon asiointeja kuvaavan päihdetapauslaskennan (Nuorvala et al. 2008) mukaan yli 50-vuotiaiden päihdeasiakkaiden osuus kasvoi ja keski-ikä nousi 47 vuoteen. Muutos oli päinvastainen kuin neljä vuotta aikaisemmin, jolloin edellinen päihdetapauslaskenta tehtiin. Tuolloin nuorten osuus kasvoi ja asiakkaiden keski-ikä nuoreni hieman. Naisten osuus päihdeasiakkuuksista on lisääntynyt 20 vuodessa 16 prosentista 28 prosenttiin. Joka toinen päihdeasiakkaista kärsi mielenterveyshäiriöistä, ja masennus oli yleisintä. Huumeita, lääkkeitä ja korvikealkoholia käyttäviä asiakkaita tavattiin viime syksyn laskennassa aiempaa vähemmän. (Nuorvala et al. 2008.)

Huumehoitoon asiakkaat ovat alkoholiongelmaisia asiakkaita nuorempia, mutta heillä on havaittu olevan vastaavanlaista huono-osaisuuden kertymistä kuin alkoholin vuoksi hoitoon hakeutuneilla päihdeongelmaisilla, eli työttömyyttä, asunnottomuutta, alhainen koulutus taso sekä fyysisiä ja psyykkisiä sairauksia. Päihdehuollon huumeasiakkaita käsittelevän selvityksen (Stakes 2007/a) mukaan opiaatit olivat yleisin (41 %) päihdehoitoon hakeutumiseen johtanut ensisijainen ongelmapäihde. Muita ensisijaisia päihdehoitoon johtaneita ongelmapäihdeitä olivat stimulantit (21 %), alkoholin ja huumeiden sekakäyttö (17 %) ja kannabis (14 %). Sekakäyttö oli yleistä, lähes kahdella kolmesta oli mainittu ainakin kolme ongelmapäihdettä. (Stakes 2007/a.) Kyselyn aikana 44 prosenttia asiakkaista oli hoitokontaktissa päihdehuollon avohoitoon (52 %), sosiaali- ja terveydenhuollon yleisten palvelujen avohoitoon (27 %), terveysneuvontapisteeseen (18 %) ja itsehoitoryhmään (10 %). Hoitoon hakeutuminen oli tapahtunut pääsääntöisesti (37 %) oma-aloitteisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon yleisten palveluiden kautta hoitoon oli hakeutunut joka kolmas (30 %), päihdehuollon palveluiden kautta joka viides (20 %) Alaikäisistä 16 prosenttia ohjautui hoitoon vanhempiansa tuella ja 63 prosenttia lastensuojelun kautta. (Stakes 2007/a.)

STM:n puhelinkyselyiden (Renko & Vuorinen 2006; Korhonen 2007; Heiskanen & Korke 2008) vastausten perusteella ilmeni, että kymmenen suurimman kaupungin laitostarkkaisu- ja vieroitushoidon asiakasmäärissä ei ollut tapahtunut muutosta viime vuosina. Alkoholin osalta asiakaskunnassa oli yhä enemmän moniongelmaisia henkilöitä ja yleisesti iäkkäiden, naisten ja sekakäyttäjien määrien todettiin kasvaneen. Vastausten perusteella huumeita käyttävä asiakas-kunta oli useimmilla paikkakunnilla pysynyt entisellään, vaikka joissain kaupungeissa hoitoon oli hakeutunut entistä nuorempia ja psyykkisesti oirehtivia pitkäaikaiskäyttäjiä. Huumeita käyttävien asiakkaiden fyysinen kunto on heikentynyt viime vuosina lähes säännönmukaisesti. Samoin asiakkailta oli havaittavissa lisääntyvissä määrin moniongelmaisuuksia ja kaksoisdiagnooseja. Yhä useammin asiakkaita täytyy lähettää fyysisten tai psyykkisten ongelmien vuoksi yksiköistä sairaalahoitoon. (Emt. 2006 & 2007 & 2008.)

3.2 Päihdepalveluiden käyttö

Päihdehuollon erityispalveluiden asiakasmäärät vähenivät 2000-luvun alussa, mutta kääntyivät nousuun 2004 tehdyn alkoholin hinnanlaskun myötä (taulukko 1). Kaikille päihdeongelmallisille tarkoitetuista palveluista erityisesti A-klinikoiden ja katkaisuhuoltoyksiköiden asiakasmäärät ovat kasvaneet. Huumeiden käyttäjille tarkoitettujen terveysneuvontapisteiden asiakasmäärät ovat kasvaneet 2000-luvulla niiden toiminnan laajentuessa.

Sairaaloiden vuodeosastojen hoitojaksoissa oli nähtävissä 2000-luvun alussa vähenemistä alkoholidiagnooseihin liittyvien vuodeosastojaksojen osalta, mutta vuoden 2004 alkoholin hinnan lasku lisäsi nopeasti niihin liittyvien hoitojaksojen määrää selvästi. Huumausainediagnooseihin perustuvat hoitojaksot ovat olleet puolestaan 2000-luvulla vähenemässä. (Taulukko 2)

Taulukko 1. Päihdehuollon erityispalveluiden asiakkaat 2000–2006

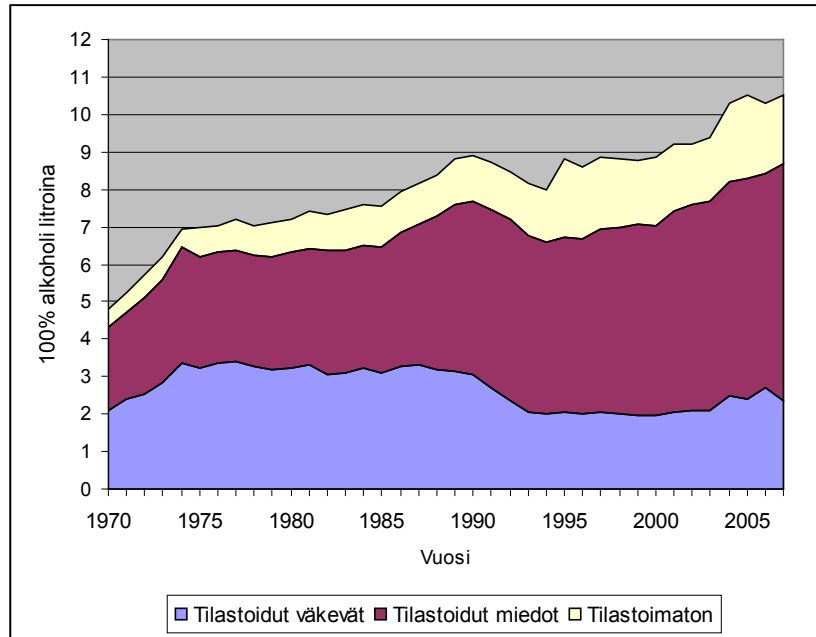
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
A-klinikat	42 115	42 030	41 716	41 710	42 977	42 775	44 443
Nuorisoasemat	5 601	5 604	5 186	5 428	5 274	5 939	5 803
Terveysneuvontapisteet	4 800	8 400	9 300	9 300	10 400	11 800	
Katkaisuhoito	10 136	9 345	8 962	9 223	10 091	9 641	10 569
Kuntoutus	6 827	6 898	6 568	6 774	6 848	7 152	6 979
Ensisuojat	1 090	1 006	1 113	1 421	1 386	1 291	1 258
Asumispalvelut	3 833	3 705	3 994	3 960	3 652	3 809	3 820

Taulukko 2. Sairaaloiden vuodeosaston hoitojaksot alkoholi- ja huumeidiagnooseilla 2000–2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Alkoholi päädiagnoosina	25 955	24 615	24 570	24 181	26 419	26 711	26 016
Alkoholi pää- tai sivudiagnoosina	34 197	32 996	33 004	32 511	36 126	36 914	36 463
Huumausaine päädiagnoosina	6 553	6 590	6 673	6 366	6 383	5 902	6 370
Huume pää- tai sivudiagnoosina	9 008	9 148	9 219	8 989	9 079	8 725	9 016

3.3 Päihteiden käyttö

Alkoholin kokonaiskulutus on yli kaksinkertaistunut kolmessakymmenessä vuodessa (kuvio 1). Keskioluen vapauttaminen elintarvikeliikkeisiin, kioskeille ja huoltoasemille lisäsi keskioluen kulutusta väkevien alkoholijuomien kulutuksen päälle 1970- ja 1980-luvuilla. Laman aikana 1990-luvulla keskioluen kulutus kasvoi ja väkevien kulutus väheni, mutta molempien kulutus on jatkanut sen jälkeen kasvuaan. Vuoden 2004 alkoholiverotuksen alentaminen ja EU:n matkustajatuonnin vapauttaminen ovat lisänneet alkoholin kokonaiskulutusta. Sekä väkevien että mietojen alkoholijuomien kokonaiskulutus on noussut vuoteen 2008 mennessä ennätyselliselle 10,5 litran tasolle 100 prosenttisenä alkoholina mitattuna (kuvio 1).



Lähde: Päihdetilastollinen vuosikirja 2008

Kuvio 1. Alkoholin kokonaiskulutus 100 % alkoholina 1969–2007

Taulukko 3. Päihteidenkäyttäjien määriä eri tutkimusten ja tilastojen mukaan vuonna 2000, 2003 ja 2006

	Vuosi			Lähde
	2000	2003	2006	
Alkoholin suurkuluttajia (lkm)			250 000–500 000	Stakes
Raittiit aikuisväestössä (%)	9		12	Stakes
Alkoholin kulutus asukasta kohti (litraa 100%:sta alkoholia)	8,8	9,4	10,3 litraa	Stakes
Alkoholikuolemat (sairaudet ja myrkytykset) (lkm)	1 494	1 572	2 032	Tilastokeskus
Huumekekeilut 15–69-vuotiailla (%)	10 (1998)	12 (2002)	13	Stakes
Huumekekeilut 15–34-vuotiailla (%)			20	Stakes
Opiatiriippuvaisia (lkm)			3 700–4 900	Stakes
Korvaushoidossa (lkm)	n. 200	n. 500	n. 1 000	STM
Terveysneuvontapisteiden asiakkaat		9 300	11 800 (-05)	Stakes
Uusia C-hepatiittitartuntoja	1 739	1 264	1 157	KTL
Huumekuolemat	171	147	183	HY oikeuslääketiet.laitos

Taulukossa 3 on koottuna tietoa ja arvioita erilaisista päihteiden käyttäjäryhmistä sekä päihdehaitoista eri vuosina². Alkoholin kulutus on lisääntynyt, mutta myös raittiiden määrä on kasvanut. Huumekekeilujen määrä on hieman kasvanut. Korvaushoito ja terveysneuvontapisteet tavoittavat yhä enemmän huumeiden käyttäjiä. Päihdekuolemat ovat lisääntyneet 2000-luvun

2. Kaikista ilmiöistä ei ole tilastotietoa olemassa joka vuodelta, koska useimmat kyselyt toteutetaan kahden tai neljän vuoden välein.

aikana. C-hepatiittitartunnat ovat vähentyneet oleellisesti. Seuraavassa luvussa käsitellään tarkemmin nuorten, työikäisten ja ikäihmisten päihteiden käyttöä ja käytöstä aiheutuvia haittoja.

3.4 Päihdetilanne ja palvelutarpeet ikäryhmittäin

Nuoret

Kouluterveyskyselyihin perustuvien analyysien mukaan (Rimpelä et al. 2007; Luopa 2006) mukaan kokonaiskuva nuorten hyvinvoinnin kehityksestä on myönteinen. Elinolot ja kouluolot ovat parantuneet tai pysyneet ennallaan. Päihteiden käytössä on tapahtunut paljon myönteistä kehitystä viime vuosina: tupakointi ja huumekekoilut ovat vähentyneet ja raittius lisääntynyt. Tupakointia kokeillaan ja päivittäinen tupakointi aloitetaan vanhempana kuin aikaisemmin. Läheskään kaikki eivät enää kokeile tupakkaa ja 18-vuotiaiden tupakointi saattaa olla kääntymässä laskuun. Raittiiden osuus nuorista kasvoi edelleen vuosien 2005 ja 2007 välillä. 14-vuotiaista raittiita on 60 prosenttia, 16-vuotiaista noin neljännes. Myös toistuva alkoholin käyttö ja humalajuominen ovat edelleen vähentyneet. Poikkeuksen muodostavat kuitenkin 18-vuotiaat pojat, joista viikoittain tosi humalaan juovia oli edelleen 12 prosenttia. (Rimpelä et al. 2007.)

Vuoden 2006 nuorisobarometrin mukaan miehistä 23 prosenttia ja naisista 14 prosenttia on täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että on hyväksyttävää käyttää mietoja huumeita, kuten kannabistuotteita. Huumeiden kokeilijoita tuttavapiirissään tietävien ja huumetarjouksia saaneiden osuudet 15–64-vuotiaista suomalaisista kasvoivat vuosituhannen vaihteessa, mutta ovat sen jälkeen pienentyneet. Selvimpää muutokset ovat olleet 15–24-vuotiaiden ikäryhmässä. (Piispa et al. 2008.) Uusia huumeiden kokeilijoita ja käyttäjiä ei mahdollisesti ilmaannu siinä määrin kuin kymmenen vuotta sitten, mutta käytön kasvun vuosien jäljiltä huumeilla on Suomessa huomattavasti aikaisempaa vahvempi asema sekä nuorten kaupunkilaisten juhlimiskulttuurissa että päihteiden ongelmakäytössä (Rönkä & Virtanen 2007).

Toisaalta päihteiden käytön kehityksessä nähdään viitteitä kehityksen mahdollisesta käänntymisestä terveyden kannalta kielteisen suuntaan. Alkoholiuomien veronalennus ja alkoholin tuontikiintiöiden poistaminen ovat lisänneet etenkin 18-vuotiaiden poikien humalajuomista. Mikäli tätä kehitystä ei pystytä katkaisemaan esimerkiksi veroja uudelleen nostamalla, haitat tulevat lisääntymään varttuneempien nuorten keskuudessa. Sosiaalinen altistuminen huumeille ei ole enää vähentynyt kahden viime vuoden aikana. Vuosituhannen vaihteesta jatkunut myönteinen kehitys on pysähtynyt. (Rimpelä et al. 2007.)

Useiden tutkimusten (mm. Rimpelä et al. 2006) mukaan lasten ja nuorten hyvinvoinnissa on tapahtunut viime aikoina kahtiajakautumista: valtaosa voi entistä paremmin, mutta pienelle osalle lapsista ja nuorista kasaantuu entistä enemmän huono-osaisuutta. Hyvinvoinnin polarisoituminen näkyy lastensuojelun toimenpiteissä, päihteiden käytössä sekä palveluiden käytössä. Hyvinvoinnin ja myös pahoinvoinnin eri ulottuvuudet kasautuvat voimakkaasti samoille nuorille. Kun näiden marginaaliryhmien hyvinvointi heikkenee, palvelukuormitus kasvaa eikä nuorison enemmistön hyvinvoinnin lisääntyminen tuo vastaavaa kevennyttä palvelutarpeeseen. (Rimpelä et al. 2006.)

Lasten määrän vähentyessä asiakasmäärät peruspalveluissa, kuten neuvoloissa ja päivähoidossa ovat vähentyneet. Sen sijaan kaikissa ongelmia käsittelevissä palveluissa asiakasmäärät ovat lisääntyneet ruuhkaksi asti. Palvelutarpeeseen vaikuttaa edelleenkin 1990-luvun laman pitkä varjo: tuolloin leikattiin sekä perhepoliittisia etuuksia että lapsiperheiden palveluja, jolloin ongelmat pääsivät kasautumaan. (Taskinen 2007, 26.) Nuorisoasemien asiakasmäärät ovat laskeneet, mikä saattaa heijastaa rauhoittunutta huumetilannetta. Toisaalta voidaan arvella, että alkoholia runsaasti käyttävät nuoret alkavat näkyä tulevaisuudessa myös nuorisoasemien asiakasmäärien lisääntymisenä. (Partanen & Kuusisaari 2007.) Terveyden edistämisen politiikkaohjelman (2007) mukaan peruskoulunsa päättäneiden, riskiryhmään kuuluvien nuorten jatkokoulutuksen ja työ-

elämään integroitumisen turvaamiseksi tarvitaan moniammatillisia ja räätälöityjä toimenpiteitä. Koulupudokkaiden määrää vähentämällä voidaan kaventaa terveyseroja nuoruus- ja aikuisiässä sekä vähentää sosiaali- ja terveysten palvelujen kuormitusta. (Emt. 2007.)

Työikäiset

Monet kansantauteihin liittyvät elintavat, kuten tupakointi ja ruokatottumukset, ovat pitkällä aikavälillä kehittyneet myönteisesti Suomen työikäisessä väestössä. Sen sijaan alkoholinkäytön, ylipainon ja työmatkaliikunnan kehitys ei ole ollut samalla tavalla myönteistä. Vuonna 2007 joka neljäs (26 %) mies ja joka viides (17 %) nainen tupakoi päivittäin. Pitkällä aikavälillä miesten tupakointi on vähentynyt, ja naisten tupakointi pysyi pitkään 1980-luvun puolivälin tasolla, mutta on parin viime vuoden aikana kääntynyt laskuun. Ruokatottumukset ovat pitkällä aikavälillä muuttuneet ravintosuosituksen mukaiseen suuntaan. Alkoholinkäyttö on puolestaan lisääntynyt Suomessa 1980-luvun alusta lähtien ja raittiiden osuus vähentynyt. Vuonna 2007 kymmenesosa (11 %) miehistä ja joka seitsemäs (14 %) naisista ilmoitti, ettei ollut käyttänyt alkoholia viimeksi kuluneen vuoden aikana. Miehistä 41 prosenttia ilmoitti juoneensa vähintään kahdeksan annosta alkoholia viikossa, naisista 30 prosenttia kertoi käyttäneensä vähintään viisi annosta alkoholia viikossa vuonna 2007. (Helakorpi et al. 2008.) Työ ja terveys Suomessa 2006 -tutkimuksen mukaan työssäkäyvistä miehistä 53 prosenttia ja naisista 19 prosenttia on audit-kyselyn mukaan sellaisia alkoholin riskikuluttajia, että heille aiheutuu alkoholin käytöstä terveydellisiä riskejä. (www.ttl.fi)

Alkoholin käytöstä aiheutuvat haitat, kuten sairastavuus ja kuolleisuus ovat lisääntyneet viime vuosien aikana. Sairauksista erityisesti aivo-oireyhtymät (8 %) ja maksasairaudet (17 %) ovat lisääntyneet terveydenhuollossa. (Stakes 2006.) Tilastokeskuksen (2005) tutkimuksen mukaan alkoholisairaudet ja myrkytykset ohittivat johtavana kuolinsyynä sepelvaltimotaudin vuonna 2005 työikäisten miesten keskuudessa. Työikäisillä naisilla alkoholisyöty olivat lähes yhtä yleinen kuolemansyy kuin rintasyöpä. Alkoholiperäisen kuolleisuuden kasvu on ollut erityisen nopeata vuosina 2004 ja 2005. Vuonna 2006 alkoholisyihin kuoli kaikkiaan 2 032 henkeä, mikä on noin 150 enemmän kuin vuonna 2004. Pitkäaikaiseen alkoholinkäyttöön liittyvien alkoholisairauksien aiheuttama kuolleisuus pysyivät edellisen vuoden tasolla. Välittömästi alkoholin käyttöön liittyvät myrkytyskuolemat sen sijaan lisääntyivät hieman. Alkoholin käyttö lisää myös tapaturmaan joutumisen vaaraa ja on osallisena usein myös itsemurhissa. Vuonna 2006 päihtyneenä tapaturmaan ja väkivaltaan kuoli 1 001 henkeä ja päihtyneen uhrina kuoli 16 henkeä. Alkoholin käytön seurauksena Suomessa kuoli yhteensä 3 049 henkeä eli 200 henkeä enemmän kuin vuonna 2004 ja 550 henkeä enemmän kuin vuonna 2003. (Tilastokeskus 2005, Stakes 2006 & 2007.)

Ikäihmiset

Vaikka eläkeikäisten keskimääräinen alkoholinkäytön taso on matalampi kuin työikäisten, alkoholin käyttö on lisääntynyt suhteellisen tasaisesti 1990-luvun alusta lähtien. Nuorena runsaan alkoholinkäytön omaksuneet käyttävät myöhemmälläkin iällä enemmän alkoholia kuin nuorena niukan linjan omaksuneet ikätoverinsa. Ikääntyvien alkoholin kulutuksen voidaan odottaa lisääntyvän edelleen tulevaisuudessa, koska työikäisen väestön terveyskäyttäytymistä seuraavan tutkimuksen tulokset kertovat, että keväällä 2004 toteutetun alkoholiveron alennuksen jälkeen viikoittainen runsas alkoholinkäyttö lisääntyi erityisesti keski-ikäisten miesten joukossa. (Sulander et al. 2006.) Joka kolmannella ikääntyneellä alkoholin suurkuluttajalla alkoholin kulutuksen on arvioitu alkaneen kuitenkin vasta keski-ikänsä jälkeen.

Riskitekijöinä ikääntyneiden mielenterveys- ja alkoholiongelmiin mainitaan yksinäisyys ja elämän tarkoituksettomuus leskeksi jäämisen ja ystävien poismenon jälkeen sekä yksin asuvien vanhuksien turvattomuus. Näihin ongelmiin liittyen myös lääkkeiden liikakäyttö voi lisääntyä. Yksin asuvien vanhusten määrä tulee kasvamaan, koska miesten elinajan ennuste on edelleen useita vuosia alempi kuin naisilla. Sosiaaliset verkostot ovat tärkeitä ikääntyneiden elämän tar-

koituksettomuuden, yksinäisyyden ja turvattomuuden torjunnassa sekä mielenterveysongelmien ehkäisyssä. (STM 2007, 41.) Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksen (STM 2008/b) mukaan kuntien ikääntymispoliittisiin strategioihin on perusteltua sisällyttää erillinen dementiaoireisten palvelukokonaisuuksia koskeva osio, jossa otetaan huomioon myös moniongelmaisten, kuten päihdeongelmista kärsivien, dementoituneiden ihmisten palvelutarpeet. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhtenä keskeisenä sisältönä on varhainen puuttuminen terveydentilan ja toimintakyvyn heikkenemiseen, päihteiden väärinkäyttöön, väkivaltaan ja kaltoin kohteluun sekä muihin sosiaalisiin ongelmiin. (STM 2008.)

Ikääntyneiden neuvontakeskuksista luodaan koko maan kattava matalan kynnyksen toimipisteverkosto osittain kuntien yhteistyönä. Neuvontakeskuksissa annetaan tietoa, neuvontaa ja ohjausta palveluista, liikunta- ja muista harrastusmahdollisuuksista, järjestöjen toiminnasta, asumisvaihtoehdoista, apuvälineistä ja tapaturmien ehkäisystä. Neuvontapisteissä voidaan myös arvioida ja seurata toimintakykyä ja terveydentilaa. Toimintamallissa kunnat, järjestöt, seurakunnat ja vapaaehtoiset tekevät yhteistyötä. (Terveyden edistäminen 2007, 14.)

Suurten ikäluokkien lähestyminen eläkeikää merkitsee haastetta sekä ikääntyville kohdennetuille palveluille että päihdepalveluille. Kansanterveyslaitoksen tutkimuksen mukaan 65 vuotta täyttäneistä miehistä runsaat kymmenen prosenttia ja naisistakin kolmisen prosenttia oli viimeksi kuluneen vuoden aikana vähentänyt alkoholinkäyttöä terveyssyistä. Miehistä noin neljälle prosentille kimmokkeen alkoholinkäytön vähentämiseen oli antanut terveydenhuoltohenkilöstön kehoitus. Alkoholinkäytön riskeihin ja koettuihin haittoihin suhteutettu neuvonta eli mini-interventio onkin todettu toimivaksi keinoksi sekä eläkeikäisen että työikäisen väestön alkoholihaittojen vähentämisessä. (STM 2006:6.)

Ikääntyvien päihdeongelmaisten määrä tulevaisuudessa on kasvava ongelma myös asumis- ja palveluiden järjestämisessä, koska heidät koetaan vaikeasti sijoitettaviksi esimerkiksi vanhusten asumis- ja palveluiden yhteyteen. Pienissä kunnissa on havaittu tarve perustaa seudullinen erityispalveluja tarjoava asumis- ja palveluyksikkö, koska yksittäisen kunnan asiakaspaikkojen tarve ei ole riittävän suuri oman yksikön perustamiseen. Olemassa olevissa palveluissa pystytään tarjoamaan palvelut suurimmalle osalle ikääntyviä päihdeongelmaisia kiinnittämällä huomiota henkilöstön osaamiseen, koulutukseen, määrään ja rakenteeseen sekä asenteellisiin valmiuksiin. (Hirvonen 2007.) Sininauhaliiton Liika on aina liikaa - ikääntyminen ja alkoholi - hankkeessa kehitetään uusia toimintamalleja päihde- ja ikääntyville kohdennetuissa palveluissa, kuten kotihoidossa. (www.tippavaara.info/)

4 Päihdepalveluiden organisointi

Päihdepalveluja toteutetaan sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluina. Päihdehuollon erityispalvelut sijoittuvat pääosin sosiaalihuollon puolelle. Päihdehuollon erityispalveluiden lähtökohtana on palveluiden matalakynnyksisyys, asiakkaan omaehtoinen hoitoon hakeutuminen ja avohoitopainotteisuus. Päihdehuollon erityispalveluiden avohoito on asiakkaalle maksutonta. Laitoshoidon varten asiakas tarvitsee yleensä maksutoumuksen kotikuntansa sosiaalitoimistosta.

Tässä luvussa tarkastellaan päihdepalvelujärjestelmän lisäksi mielenterveyspalvelujen järjestämistä, koska päihdeongelmat ja mielenterveysongelmat esiintyvät usein samanaikaisina ongelmina. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden sijoittuminen eri organisaatioihin on ollut heikentämässä mielenterveys- ja päihdeongelmista samanaikaisesti kärsivien asiakkaiden hoitopalvelujen saatavuutta. Asiakkaat ovat joutuneet liikkumaan kahden palvelujärjestelmän välillä – sosiaalihuollon piirissä toimivista päihdehuollon erityispalveluista terveydenhuollon puolella toimiviin psykiatriisiin palveluihin ja päinvastoin – jolloin riski palveluiden ulkopuolelle tipahdamiseen on kasvanut.

4.1 Päihdepalvelut

Päihdepalvelujärjestelmä koostuu sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa tehtävästä päihdetyöstä sekä päihdehuollon erityispalveluista. Päihdetyön peruspalveluita tarjoavat sosiaalitoimistot ja lastensuojelu, mielenterveys- ja terveyskeskusten vastaanotot ja vuodeosastot, sairaalat ja psykiatriset sairaalat. Päihdehuollon erityispalveluja tarjoavat avomuotoisina A-klinikat, nuorisoseinät ja päiväkeskukset sekä laitoshuoltoisina katkaisu- ja kuntoutuslaitokset.

Vuonna 2004 yli puolet kunnista järjesti päihteiden käyttäjien avo- ja laitoshuoltoisen katkaisu- ja vieroitushoidon joko kokonaan tai osittain terveyskeskuksessa. Ympäri vuorokautinen katkaisuhoito toteutettiin useimmiten terveyskeskuksissa ja katkaisuhoitoasemilla. Huumeusainekäyttäjien ympärivuorokautinen vieroitushoito järjestettiin useimmiten katkaisuhoitoasemilla, kuntoutuslaitoksissa ja erikoissairaanhoidossa. Kolmannes kunnista ilmoitti, ettei huumeongelmaisten avomuotoista vieroitushoitoa järjestetty lainkaan ja neljännes kunnista ei järjestänyt sitä laitoshuoltoisena. Terveysneuvontapisteitä on lähinnä suurissa kaupungeissa, ja lähikuntien huumeiden käyttäjät käyttivät jossain määrin näitä palveluita. Opiaattiriippuvien korvaus- ja ylläpitohoitoa järjesti noin kaksi kolmasosa kunnista. Useimmiten hoito järjestettiin muualla kuin oman kunnan alueella. Lähes puolet kunnista raportoi, ettei korvaushoitoon ilmennyt tarvetta. Päihdeongelmaisten ympärivuorokautinen hoito jakaantuu melko tasaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden välillä. Pitkäaikainen laitoshuolto jää valtaosin sosiaalihuollon toimialueella toimivien kuntoutuslaitosten vastuulle. Tämä on kustannustehokasta verrattuna sairaalahoitoon, sillä päihdehuollon laitoshuollon kustannukset jäävät yleensä selvästi pienemmiksi kuin terveydenhuollon sairaalahoito. (SM 2005, 119–122.)

Suurin osa päihdehuollon erityispalveluissa käyvistä asiakkaista käyttää avomuotoisia A-klinikoiden tai nuorisoseinien palveluja. A-klinikoiden asiakasmäärä on kasvanut 2000-luvulla vuositasolla lähes 45 000 asiakkaaseen ja nuorisoseinien asiakasmäärät ovat vaihdelleet 5 200–5 900 asiakkaan välillä. Katkaisuhoitoon hoidettujen asiakkaiden määrä on noussut 10 600 asiakkaaseen ja kuntoutusyksiköissä hoidettujen asiakkaiden määrä on vaihdellut 6 600–7 200 asiakkaan välillä. Yli puolet päihdehuollon erityispalveluista tuotetaan järjestöjen sekä yksityisten palveluntuottajien tuottamana. Suurin yksittäinen palveluiden tuottaja on ei-voittoa tuottava A-klinikasäätiö. Arviolta noin 40 prosenttia päihdehuollon erityispalveluista on A-klinikasäätiön tuottamia palveluja.

Esimerkki: Päihdepalveluiden kustannusvertailu Lapissa

Päihdepsykiatristen palveluiden kartoituksessa vertailtiin sosiaalihuoltona toteutettavaa päihdehoitoa ja erikoissairaanhoidona toteutettavaa psykiatrista osastotoimintaa. Erityisesti esille tuli erikoissairaanhoidona tuotetun ”päihdepsykiatrian” selkeästi korkeampi hinta. Syynä tähän on se, että pääsääntöisesti psykiatriset osastot hoitavat vahvalla resurssilla hyvinkin kapeaa potilasryhmää. Psykiatrisessa päihdehoidossa pääpaino on lääketieteellisen hoidon toteuttamisessa, vieroitusoireiden hallinnassa ja päihdeongelman sijasta tausta- tai oheissairauksissa. Päihdehuollossa psykososiaalisen kokonaiskuntoutuksen perinne vaikuttaa olevan sitä vastoin hyvinkin vahva, kuten myös kyky hyvinkin erilaisten päihdeongelmien kohtaamiseen. (Päihdehuollon kehittäminen Lapin...2008.)

Riitta Hakala (2008) on koonnut tietoja seurauksista, joita sosiaali- ja terveystoimen eri sektoreille aiheutuu päihdehuollon erityispalveluiden puuttumisesta. Hänen mukaansa Länsi-Pohjassa hoidon saamista vaikeuttaa muun muassa välimatkat päihdepalveluihin, päihdehuollon päivystysvastaanoton rajallisuus, moninkertainen hoidontarpeen arviointi sekä nykyiset maksituumuskäytännöt. Samanaikaisesti erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon jonojen kanssa päihdehuollon laitoksissa on vajaakäyttöä eikä tarjolla olevia päihdepalveluja hyödynnetä tehokkaasti. Päihdehuollon erityispalvelujen ja päihdetyön erityisosaamisen puute näkyy muun muassa seuraavilla tavoilla nykyisessä palvelujärjestelmässä Länsi-Pohjassa:

- sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa päihdeasiakkaat koetaan usein vaikeiksi ja turhauttaviksi hoitaa
- hoidon ja kuntoutuksen suunnitteleamattomuus ja lyhytjänteisyys, mistä seurauksena huonot hoito- ja kuntoutumistulokset
- laitoshoitopainotteisuus
- akuuttihoito ja terveyspalvelujen käyttö korostuu
- jatkohoito puuttuu katkaisuhoidon jälkeen, jolloin alkanut kuntoutumisprosessi katkeaa
- hoitoon hakeutumattomuus ja päihdeongelmaisten syrjäytyminen
- päihdetyön kokonaisuuden koordinoimattomuus
- kirjavat käytännöt, kuntakohtaiset erot palveluiden saamisessa ja järjestämisessä

Riittämättömistä päihdehuollon erityispalveluista on yleisesti seurauksena:

- päihdepalvelujen ulkopuolelle jää yhä suurempi joukko päihdeongelmaisia
- asiakkaiden ”pompottelu” palvelujärjestelmän sisällä
- työtapojen yksipuolistuminen ja kehittämistyön puuttuminen
- laituskuntoutusjaksojen lyhyys, jolloin hoito tai kuntoutus jää kesken
- tukiasuntotarpeen kasvu
- terveyspalveluiden ja erikoissairaanhoidon käytön lisääntyminen. (Hakala 2008.)

4.2 Mielenterveyspalvelut

Mielenterveyslain mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Kasvun ja kehityksen ongelmien ja mahdollisten psyykkisten häiriöiden varhainen tunnistaminen on ehkäisevää mielenterveystyötä, ja sitä tehdään perusterveydenhuollon, neuvolan, kouluterveydenhuollon ja työterveyshuollon palveluissa. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut eli mielenterveyspalvelut.

Kuntoutusjärjestelmän kehittämisessä ja kuntoutuksen kohdentamisessa erityistä huomiota tulisi kiinnittää työelämässä olevien työkyvyn ylläpitämiseen, päihde- ja mielenterveyskuntoutujiin, työmarkkinoilta syrjäytyvien työllistymiseen, sosiaalisen kuntoutuksen tarpeessa oleviin, oppimisvaikeuksissa oleviin lapsiin ja syrjäytymisuhan alaisiin nuoriin sekä ikääntyvään väestöön. (Terveydenhuoltolakitöryhmän...2008.)

Erikoissairaanhoidon muutos vuonna 1991 toi psykiatrian erikoisalaksi muiden erikoisalojen rinnalle sairaanhoitopiireissä. Tämä on ollut pääosin positiivinen muutos, mutta samanaikainen psykiatrian avohoitopalvelujen siirtyminen kuntiin ilman riittävää yhteensovittamista muiden psykiatrian erikoissairaanhoidon palvelujen ja perusterveydenhoidon psykiatrisen työn kanssa on aiheuttanut hoitoketjujen ja – järjestelmän sekä rahoituksen pirstaloitumisen. (Terveydenhuoltolakitöryhmän...2008.)

Terveyskeskuksessa annetut mielenterveyspalvelut voidaan jakaa kahteen ryhmään: normaaliin terveyskeskustoimintaan ja erikoissairaanhoidon kuuluvien mielenterveystoimistojen ja -keskusten toimintaan. Noin 50 prosenttia maamme kunnista on järjestänyt psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluja ainakin osittain kunnan omana toimintana perusterveydenhuollon yhteyteen. Mielenterveystoiminnan mukainen avohoitopainotteinen psykiatrisen hoito ei ole toteutunut. Palvelujen pirstoutuminen on luonut osittain liian pieniä yksiköitä, jotta erikoistunutta, pitkäjänteistä erikoissairaanhoidoa olisi voitu toteuttaa vakavien psyykkisten sairauksien hoidossa. Myös liikkuvaa työtä, kotiin vietyä intensiivistä hoitoa toteutetaan niukasti. Tehtyjä käypä-hoito suosituksia ei ole viety käytäntöön. Hoitoratkaisuissa ovat vaikuttaneet taloudelliset resurssit ja osaaminen. Psykiatrisen sairaalahoidon on tehostunut osastopaikkojen vähenemisen ja hoitajaksojen lyhenemisen myötä, mutta esimerkiksi pakkohoitotoimenpiteitä toteutetaan runsaasti. Viime vuosikymmenenä etenkin nuorisopsykiatriset sairaansijat ovat lisääntyneet. Avohoidon riittämättömyys saattaa lisätä sairaalahoidon käyttöä. Terveyskeskusten vuodeosastoilla psykiatrisella päädiagnoosilla hoidettavat potilaat ovat olleet pääosin dementia- ja päihteiden väärinkäyttäjiä, skitsofreniapotilaita ja depressiopotilaita. Viime vuosina yleistyneet depressio- ja päihdehoitajat ovat paikoitellen korjanneet tilannetta avohoidossa peruspalveluissa, mutta edelleenkin erityisesti terveyskeskuslääkäreiden valmiudet hoitaa näitä sairauksia eivät vastaa valmiuksia hoitaa somaattisia kansansairauksia. (Terveydenhuoltolakitöryhmän...2008.)

Esimerkki: Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiskohteita Keski-Uudellamaalla

Mielenterveys- ja päihdetyön seudullisen palveluverkoston kehittämishanke Keski-Uudellamaalla on edesauttanut työntekijöiden verkostoitumista ja saattanut alkuun työkäytäntöjen vertailua ja yhtenäistämistä. Työskentelyn aikana nousi muun muassa seuraavia työn sisältöihin ja rakenteisiin liittyviä kehittämiskohteita:

1. Kuntien tulisi perustaa yhteinen Mielenterveys- ja päihdetyön neuvottelukunta, jonka tehtävänä olisi seurata seudullista päätöksentekoa ja tehdä aloitteita mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi seudulla.
2. Mielenterveys- ja päihdepalveluille tulisi luoda seudulla yhteiset laatuvaatimukset ja palveluiden, myös ostopalveluiden, laadunhallinta ja arviointi tulisi kytkeä osaksi jokapäiväistä työtä. Palveluja kilpailutettaessa olisi hinta- ja laatuvaatimusten lisäksi otettava huomioon palvelun käyttäjän toivomukset.
3. Kuntien tulisi yhtenäistää toimintakäytäntöjään ja koota palveluista tietopankki sekä luoda seudullinen sosiaali- ja terveysneuvonta. Työnkierron järjestäminen kunnat rajat ylittäen edesauttaisi toimintakäytäntöjen yhtenäistämistä.
4. Kaikkiin terveyskeskuksiin tulisi saada psykiatrisia sairaanhoitajia. Seudullisesti organisoidut mielenterveys- ja päihdetyön konsultaatioreunat voisivat toimia peruspalveluissa toimivien työntekijöiden tukena. (Kärkkäinen 2005, 43–49.)

4.3 Asiakkaiden pääsy päihdepalveluihin

Päihdetapauskannan (Nuorvala et al. 2008) mukaan vuonna 2007 yleisin paikka päihdeasiakkaan kohtaamiseen eri hoitopaikkatyypeistä oli A-klinikka tai vastaava. Myös päiväkeskuksissa ja kotipalvelussa tavattiin päihdeasiakkaita entistä useammin. Kaikista päihde-ehdoista käynneistä vajaa kolmannes tehtiin terveystalouteen. Osuus oli sama kuin neljä vuotta aiemmin. Avopalvelujen osuus kasvoi 62 prosenttiin edellisen laskennan 56 prosentista. Päihdehuollon erityispalveluja käytti päihdeasiakkaista nyt 46 prosenttia, kun edellisellä kerralla osuus oli 48 prosenttia. (Nuorvala et al. 2008.) Vuosituhannen vaihteen jälkeen tilanne huumehoidossa on tasaantunut. Esimerkiksi terveysneuvontatoiminta ja lääkehoidon asema ovat vakiintuneet. Opiaattiriippuvaisten korvaus- ja ylläpitohoito on siirtymässä aiempaa enemmän terveyskeskuksiin. Päihdepalvelujärjestelmä on uuden haasteen edessä, kun resursseja joudutaan jakamaan lisääntyneen alkoholin käytön aiheuttamien haittojen ja huumehoidon kesken. (Rönkä & Virtanen 2007, 41.)

STM:n selvitysten (Renko & Vuorinen 2006; Korhonen 2007; Heiskanen & Korko 2008) mukaan kymmenessä Suomen suurimmassa kaupungissa ei ollut jonoa alkoholikatkaisun laitoshoitopaikoille. Joka toiseen yksiköistä olisi päässyt hoitoon jo saman päivän aikana, lähes kaikkiin kahden vuorokauden kuluessa. Jonotuskäytännöt vaihtelivat hieman yksiköittäin. Useimmissa yksiköissä ei ollut jonoa lainkaan, mutta hoitoa ei välttämättä ollut mahdollista saada kyseisenä päivänä, koska laitoshoitopaikat olivat täynnä. Useissa laitoshoidon tarjoavissa yksiköissä paikat täyttyivät alkuvuokasta, mutta vain harvoin jonoa oli viikon loppupuolellakaan. Laitoshoitopaikkojen määrät vaihtelivat keskimäärin kymmenestä noin kahteenkymmeneen. Alkoholikatkaisun hoitojaksojen pituudet vaihtelivat asiakkaan kunnan perusteella päivästä muutamaan viikkoon. Keskimääräinen pituus oli noin viidestä seitsemään vuorokautta. Kahden tai kolmen viikon hoitoajat selittyivät yleensä sillä, että asiakkaat jonottavat pidempiaikaisesti kuntoutuspalveluihin, ja kotiutuminen hoitojen välillä saattaisi olla riski raitistumiselle. Kuntoutuspalveluihin pääsy vaatii yleensä asiakkaan tilan arviointia, jolloin arviointi- ja maksusitoumuspäätöksen saaminen saattaa pitkittää katkaisua. Osa katkaisuhoidon asiakkaiden pidemmistä hoitojaksoista selittyi puolestaan asiakkaiden entistä huonommalla kunnolla. Asiakkaiden moniongelmaisuuksien vuoksi katkaisuhoidon on ollut vaikea saada onnistumaan avohoidon. (Emt. 2006 & 2007 & 2008.)

Hoitojakson jälkeen palveluita pyritään suunnittelemaan ja tarjoamaan asiakkaiden tarpeiden ja toiveiden mukaan tukemaan heidän kuntoutumistaan. Useammassa yksikössä ilmaistiin huoli asiakkaiden yhä korkeammista päihtymystiloista ja esitettiin toiveita selviämisesmien perustamisesta. Useat tarkastelun kohteena olleet yksiköt toimivat vastaajien mukaan minimimiehityksellä ja laadukkaiden palvelujen tuottaminen edellyttäisi henkilökunnan lisäystä. Lisäksi sijaisjärjestelyjen suhteen useampi yksikkö ilmoitti olevansa hankalassa tilanteessa. (Renko & Vuorinen 2006.)

Huumevieroitushoidon osalta sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton antamat päihdepalvelujen laatusuosituksen eivätkä tällä hetkellä toteudu. Huumevieroitushoitoon pääsyä saattoi STM:n soittokierroksen (Korhonen 2007) toteutusajankohtana joutua odottamaan keskimäärin viikosta kolmeen viikkoon. Jonojen pituudet vaihtelivat yksiköittäin voimakkaasti. Toisaalta kiireellisimpien tapausten (esim. lastensuojelun asiakkaat) hoito järjestetään tarvittaessa samana päivänä. Lähes kaikki yksiköt arvioivat, että jatkokuntoutuspaikkoja laitoshoidon on hyvin saatavilla, mutta maksusitoumuksien odottaminen saattaa joskus hidastaa kuntoutukseen pääsyä, ja toisaalta estyä kokonaan, jos maksusitoumusta ei saada. Tämä on huomattavissa myös muun päihdekuntoutuksen osalta. (Emt. 2007.) Laitoshoitopaikkojen määrät vaihtelivat kymmenen molemmin puolin. Useimmissa katkaisuhoidoyksiköissä muutama hoitopaikka oli varattu huumevieroitukseen tuleville. Lisäksi muutamassa paikassa oli varattu hoitopaikat myös lääkkeitä käyttäjille. Huumeongelmaisia ei kuitenkaan otettu useaa sisälle samaan aikaan henkilökuntaresurssien vähäisyyden vuoksi. Huumevieroituksen hoitojaksojen pituudet vaihtelivat yhdestä vuorokaudesta neljään viikkoon. Keskimääräinen pituus oli noin 14 hoitovuorokautta.

Useimmat vastaajista eivät olleet havainneet jonojen pituudessa tai asiakasmäärissä merkittäviä muutoksia. (Renko & Vuorinen 2006.)

Päihdehaittojen suhteen vuosi 2004 oli eräänlainen vedenjakaja. Tuolloin alkoholiveron laskun ja matkustajatuonnin rajoitusten poistumisen myötä alkoholin käyttö ja siitä aiheutuvat haitat kohosivat huomattavasti. Kun tarkastellaan päihdepalveluja pääkaupunkiseudun tasolla ajanjaksolla 2003–2005, huomataan asiakasmäärien hieman lisääntyneen avo- ja laitospalveluissa ja vähentyneen vastaavasti hieman päihdehuollon asumispalveluissa. Asiakasmäärien kasvun voidaan tulkita kertovan päihdeongelmien kasvusta, sillä yhä useampi henkilö on päihdehuollon erityispalvelujen tarpeessa. (Söderholm 2007.)

Päihdebarometrin (Piispa et al. 2007) mukaan kunnissa ja kuntayhtymissä koetaan puutetta palveluista erityisesti ehkäisevässä päihdetyössä, päiväkeskustoiminnassa, asumispalveluissa ja mini-interventioiminnassa. Sen sijaan katkaisuhoidon, A-klinikoiden ja kuntouttavan laitoshoidon palvelut suuri enemmistö kuntavastaajista arvioi riittäviksi. Ongelmia palvelujen riittävydessä näyttää olevan lähinnä pienemmissä (alle 20 000 asukkaan) kunnissa. Vuoden 2005 Päihdebarometriin verrattuna palvelujen riittämättömyyttä korostaneiden osuus kasvoi kuntavastaajien keskuudessa kaikkien muiden palvelujen paitsi A-klinikkapalvelujen ja katkaisuhoidon kohdalla. Selvin huolen lisääntyminen tapahtui huumeiden käyttäjien hoidon ja terveysneuvonnan sekä asumispalveluiden ja päiväkeskustoiminnan arvioinnissa. Pienissä kunnissa korostettiin palvelutarpeiden säilyneen ennallaan, mutta erityisesti suurissa kaupungeissa palvelutarpeiden koettiin lisääntyneen. Useimmin palvelutarpeiden lisääntymistä nähtiin ehkäisevässä päihdetyössä, harvimminkin huumeiden käyttäjien terveysneuvonnassa. (Piispa et al. 2007.) Päihdehuollon erityispalvelujen käyttöä on rajoittanut kuntien sosiaalitoimen varaamien resurssien loppuminen jo kesken vuoden (Terveydenhuoltolakitöryhmän...2008).

Kokonaisuutena ottaen päihdepalveluja ei Kaukosen (2005) mielestä ole taloudellisessa mielessä varsinaisesti leikattu, vaan pikemminkin lisätty korvamerkityllä valtionavustuksella. Varsinaista yksityistämistäkään ei ole tapahtunut, sillä jokseenkin kaikki palveluntuottajat ovat voittoa tuottamattomia, yleishyödyllisiä järjestöjä. Hänen mukaansa seuraavanlaisia poliittis-hallinnollisia korjausliikkeitä olisi syytä tehdä valtakunnallisesti, kunnallisesti ja alueellisesti:

- Kuntien tulisi lisätä palvelujen tilaajaosaamistaan. Palvelujen markkinoistaminen ilman toimivia markkinoita näyttää kokonaisuutena katsoen olleen tehotonta (palvelujen määrä suhteessa panoksiin) ja kohdentuneen valikoivasti (palvelujen luonne ja saavutettavuus suhteessa tarpeisiin). Se on myös heikentänyt palvelujen yhteiskunnallista vaikuttavuutta ja päihdepalvelujärjestelmän legitimitettä.
- Jonkinasteinen hoitotakuujärjestelmä olisi ulotettava erityisesti päihdehuollon akuuttipalveluihin pääsemiseksi, jotta ainakin ne asiakkaat, jotka ovat halukkaita hoitoon, tulevat autetuiksi. Alkoholihoidon 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 terveyspolitiikka tulisi palauttaa päihdepalvelupolitiikkaan: 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. (Kaukonen 2005, 316–320.)

Pelkkä asiakaspaikkojen tai toimipisteiden lisääminen ei korjaa palvelujärjestelmän rakenteellisia ongelmia, jotka muodostavat kynnyksiä ja esteitä palvelujen piiriin pääsulle (ks. Inkeroinen

& Partanen 2006, 44). Matalan kynnyksen palveluista on viime vuosina puhuttu paljon, mutta samaan aikaan, kun lähinnä järjestöjen ylläpitämät yksittäiset toimipisteet ovat madaltaneet kynnyksiään, näyttää palvelujen piiriin pääseminen muodostuneen aiempaa vaikeammaksi niin sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa kuin päihdehuollon erityispalveluissakin (Söderholm 2007, 19). Vuoden 2006 Sosiaalibarometri nosti esille muun muassa työttömien sekä päihde- ja mielenterveysongelmaisten puutteelliset palvelut ja kasvaneen palvelutarpeen. Samalla huomio kiinnittyi ensisijaisten etuuksien matalaan tasoon, mikä vaikeuttaa erityisesti vaikeimmassa tilanteessa olevien väestöryhmien selviytymistä. (Emt.)

4.4 Järjestöjen rooli

1990-luvun puolivälistä alkaen valtion ja kuntien sitoutuminen palvelujen ylläpitoon on vähentynyt. Kunnat ovat purkaneet noin kolmanneksen omasta päihdehuollon erityispalvelukapasiteetistaan ja siirtyneet ostopalvelujen käyttöön. Järjestöt ovat tuottaneet tilalle nopeasti sekä avo- että laitosmuotoisia päihdehuollon erityispalveluja. (Kaukonen 2005, 312–313.) Sosiaali- ja terveysjärjestöt sekä yritykset³ tuottivat vuonna 2004 noin neljäsosan sosiaalipalveluista ja noin viidesosan terveysterveyspalveluista. Yritysten ja järjestöjen tuottamat sosiaalipalvelut ovat selvästi lisääntyneet 1990-luvulla ja toimipaikkojen määrä nelinkertaistui kymmenessä vuodessa (vuonna 2004 noin 3 300). Yksityinen päihdehuolto sekä ensi- ja turvakodit ovat lähes kokonaan (yli 90 %) järjestöjen ylläpitämiä. Järjestöjen osuus eri sosiaalipalveluista on suurin päihdehuollossa, sillä osa A-klinikoista, katkaisuhuoltoyksiköistä ja kuntoutusyksiköistä ja lähes kaikki päihdehuollon asumispalveluyksiköt ovat järjestöjen ylläpitämiä. Osa järjestöjen kehittämistä palveluista on vuosien kuluessa siirtynyt kuntien vastuulle. (Särkelä et al. 2005, 27; Kauppinen & Niskanen 2007.) Arviolta kaikkiaan noin puolet päihdehuollon erityispalveluista on kunnallisesti tuotettuja.

Sosiaali- ja terveysjärjestöjen tarjoamat palvelut eroavat julkisista ja yritysmuotoisista palveluista muun muassa siten, että järjestöillä on edellytyksiä kehittää ja tarjota palveluja julkisia toimijoita joustavammin sekä hallinnollisia ja ammatillisia sektorirajoja ylittäen. Monet järjestötoiminnot tavoittavat ihmisiä, jotka eivät hakeudu julkisen palvelujärjestelmän piiriin. Yksi esimerkki tällaisesta ryhmästä on ihmiset, joilla on sekä päihde- että mielenterveysongelma. Järjestöjen ja kuntien yhteistyössä on saatettu sopia käytännöistä, joissa kunnan sosiaalityöntekijä päivystää ajoittain järjestön toimintakeskuksessa, koska keskuksen asiakkaat eivät välttämättä tule sosiaalitoimistoon. Koska toiminta ei ole tiukkoihin hallinnollisiin rakenteisiin ja suunnittelujärjestelmiin sidottua, järjestöt ovat pystyneet kehittämään toimintatapoja, joissa yhdistetään ammatillista osaamista arkipäivän sosiaaliseen tukeen sekä vertais- ja vapaaehtoistoimintaan. Lisäksi ne ovat kehittäneet palveluja alueille, joilla julkinen palvelutuotanto on vaikeaa kohde-ryhmän pienen määrän tai vaadittavan erityisasiantuntemuksen vuoksi ja joilla yritysmäinen palveluntuotanto ei kysynnän vähäisyyden tai satunnaisuuden vuoksi ole kannattavaa. (Särkelä et al. 2005, 29, 90; Kauppinen & Niskanen 2007, 47.) Koska viranhaltijat ja lääkärit voivat vaihtua usein, niin kolmannen sektorin merkitys palveluohjauksen ja neuvonnan tuottajana voi kasvaa entisestään. Järjestöillä on pitkät perinteet vapaaehtoistyövoiman rekrytoimisesta, kouluttamisesta ja välittämisestä. Esimerkiksi Salon seudun mielenterveysseura kouluttaa depressiokouluohjaajia muidenkin toimijoiden tarpeisiin, koska ohjaajista on suuri tarve. (Ukkola-Kettula 2005.)

Julkisella sektorilla ja järjestöillä voi olla erilaisia odotuksia yhteistyöstä. Julkisen sektorin toimijat mieltävät järjestöt merkittäviksi palveluntuottajiksi. Niiden toivotaan helpottavan julkiseen palvelujärjestelmään kohdistuvia paineita, vaikka niille ei suoranaisesti siirrettäisikään

3. Yrityksiin lukeutuvat yksityiset liikkeen- ja ammatinharjoittajat, avoimet yhtiöt, kommandiitti- ja osakeyhtiöt sekä osuuskunnat. Järjestöihin lukeutuvat aatteelliset yhdistykset ja säätiöt. (Kauppinen & Niskanen 2007, 28.)

julkisen vallan vastuulla olevia tehtäviä. Järjestöt puolestaan näkevät perustehtäväkseen jäsentensä edunvalvonnan, yhteisöllisyyden ylläpitämisen, vapaaehtois- ja vertaistukitoiminnan. (Möttönen & Niemelä 2005, 153.) Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa (2007) mainitaan kansalaisjärjestöjen tärkeä rooli vertaistuen antajina, yhteisöllisyyden vahvistajina, uusien toimintamuotojen kehittäjinä ja julkisen palvelujärjestelmän kumppanina. Monet tekijät ovat tosin heikentäneet viime vuosina järjestöjen toimintamahdollisuuksia kuten verotustulkinnat, yleishyödyllisyyden määrittely, kilpailusäädökset ja valtion sekä kuntien toiminta-avustusten jäädyttäminen tai vähentäminen. (Terveyden edistäminen 2007, 15.)

5 Seudullinen kehitys

1990-luvulla kuntien talousahdingon ja uusien ajattelutapojen myötä alettiin ymmärtää, että seudullisuus ja alueellisuus avaavat uusia mahdollisuuksia kunnalliseen yhteistyöhön ja sitä kautta monipuolisten hyvinvointipalvelujen toteuttamiseen olemassa olevilla resursseilla. Monessa kunnassa koettiin positiivisena, ettei kaikkia palveluita tarvitse tuottaa itse eikä uuden tehtävän tuleminen kunnan vastuulle edellytä aina uusien virkojen perustamista. Tehtävien hoitaminen onnistuu myös resursseja uudelleen kohdentamalla. (Virtanen 2005, 45–47.)

Päihdepalveluiden laatusuosituksissa (STM 2002) esitettiin, että valtaosassa maata voitaisiin siirtyä seudulliseen palvelujärjestelmään, jossa saavutettaisiin muun muassa seuraavia etuja:

- Alueellisesti olisi mahdollista määritellä/sopia kohtuullinen palvelujen taso sitomalla palvelujen määrä ja laatu päihteiden kulutuksen muutoksiin
- Kustannussäästöjä syntyisi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, kun asiakastyön voimavarat voitaisiin keskittää kokonaan hoitoon ja kuntoutukseen sen sijaan, että nykyjärjestelmässä osa asiakastyöstä kuuluu maksusitoumuskäytäntöihin.
- Kaikille asiakkaille voitaisiin taata tarpeenmukainen hoito (alueellinen tasa-arvo).
- Valtakunnallisia palveluja olisi mahdollista käyttää edelleen tarpeen mukaan.
- Eri tahot voivat verkostoitua keskenään, jolloin heidän osaamisensa yhdistyy ja sitä voidaan hyödyntää paremmin. (STM 2002, 44.)

Seudullinen kehittäminen sai vauhtia kunta- ja palvelurakennemuutoksen myötä. Päihdehuollon palvelut ovat sellaisia sosiaalihuollon piirissä toteutettavia palveluja, jotka kiinteästi liittyvät puitelain lähtökohtana olevaan terveydenhuoltoon. Vuonna 2007 annetun puitelain 5 § velvoittaa perusterveydenhuollon ja siihen kiinteästi liittyvät sosiaalitoimen tehtävät järjestettäväksi kaikissa kunnissa vähintään 20 000 asukkaan väestöpohjalla. Alle 20 000 asukkaan kunnat valitsevat itse tavan, jolla lain edellyttämä väestöpohja saavutetaan: tekemällä kuntaliitoksia, perustamalla yhteistoiminta-alue, luovuttamalla tehtäviä sairaanhoitopiirille vai jollain muulla tavoin. Yhteistoiminta-alueen organisaatiomuotona voi olla kuntayhtymä tai yhteistoiminnassa hoidettavien tehtävien sopiminen alueen yhden kunnan hoidettavaksi⁴ (isäntäkuntamalli). Uuden kuntarakenteen tavoitteena ovat elinvoimaiset ja toimintakykyiset kunnat, jotka kehittävät aluettaan aktiivisesti ja järjestävät palvelut tehokkaasti. Kuntien itsehallinnon tulee säilyä ja kuntalaisten

4. Seutukunnallisia malleja ovat muun muassa hankintasopimukset, tilaaja-tuottaja-malli, isäntäkuntamalli, kunnallinen liikelaitos, kuntayhtymä ja ostopalvelu. Lähipalvelukonsepteja ovat muun muassa kumppanuus palveluiden järjestämisessä, ostopalvelut yhteisöiltä sekä yhteispalvelu.

mahdollisuus vaikuttaa demokraattiseen päätöksentekoon on turvattava. Puitelain tarkoituksena ei ole vähentää kuntien velvoitteita näissä tehtävissä. (Stakes 2007b, 17; www.kunnat.net)

Vaikka päihdepalveluiden järjestämisvastuu olisi seudullinen, palvelut voidaan tuoda myös lähiympäristöön. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä siihen osana kuuluva ehkäisevä päihdetyö toteutuvat parhaiten ihmisen arkiympäristöissä. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen tärkein tavoite on väestön terveyden ja hyvinvoinnin sekä laadukkaiden palveluiden – kuten päihdetyön kokonaisuuden – turvaaminen asuinpaikasta riippumatta. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteydet kunnan muuhun toimintaan eivät saa katketa vaan laaja-alaisen sektorirajat ylittävän yhteistyön edellytyksien on säilyttävä. (Stakes 2007b, 17.)

5.1 Päihdetyö perus- ja erityispalveluissa

Puitelain 5 §:n mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon yleisten palvelujen lähipalveluina tuotamiin päihdepalveluihin kuuluvat alkoholin ja muiden päihteiden käytön riskien arviointi ja riskien vähentämisen tähtäävä terveysneuvonta, alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen ja mini-interventio, perustason katkaisuhoido terveyskeskuksen avohoidossa tai vuodeosastolla, hoitoon motivointi ja lievien päihdeongelmien hoito, tarvittaessa päihdehuollon erityispalveluihin hoitoon ohjaaminen, pitkäaikaiseen jatkohoitoon ja -päihdekuntoutukseen osallistuminen ja päihtyneiden akuuttien ongelmien (esimerkiksi tapaturmat ja sairaudet) hoito. (Stakes 2007b, 21–22.)

Lähipalveluina tuotettavia päihdehuollon erityispalveluja ovat muun muassa hoidon tarpeen arviointi ja palveluohjaus, avohoito, matalan kynnyksen palvelut ja päiväkeskukset huono-osaisimmille päihdeongelmallisille. Erityispalveluihin kuuluvat myös asiantuntija- ja konsultaatiopalvelut. Palvelut voidaan järjestää esimerkiksi jalkautuvan päihdetyöntekijän tai A-klinikan sivuvastaanottopisteen avulla tai isomman kunnan tai yhteistoiminta-alueen omassa päihdeyksikössä. Päihdehuollon kokonaissuunnittelu- ja organisointivastuu kuuluu kunnalle tai yhteistoiminta-alueelle. Huomattava osa päihdehuollon erityispalveluista ostetaan nykyään järjestöiltä ja yksityisiltä palveluntuottajilta. Kokonaisuus jää helposti hajanaiseksi, jolloin päihdehuollon koordinointiin ja ostopalvelujen laadun valvontaan onkin kiinnitettävä erityistä huomiota. (Stakes 2007b, 22.)

Erityispalveluja varten muodostetaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiset laajan väestöpohjan kuntayhtymät, joihin jokaisen kunnan on kuuluttava. Kuntayhtymät rakentuvat uudistuksen alkuvaiheessa nykyisten sairaanhoitopiirien aluepohjalle, mutta tarve väestöpohjan vahvistamiseen koskee myös erityispalveluiden järjestämistä. Laajan väestöpohjan kuntayhtymät korvaavat nykyiset sairaanhoitopiirit ja kehitysvammahuollon erityishuoltopiirit. Tämä mahdollista myös sen, että myös sosiaalihuoltoon syntyy koko maan kattava erityispalveluista vastaava organisaatio. (STM 2008, 27.) Seudullisesti järjestettävät päihdehuollon erityispalvelut on järkevä koota yhdeksi toiminnalliseksi kokonaisuudeksi, mutta erityisosaaminen tulisi tarjota myös kuntien lähipalvelujen käyttöön. Näin varmistetaan keskitetty suunnittelu, lähipalvelujen työntekijöiden kouluttaminen sekä konsultaatio. Erityispalveluista voidaan myös jalkauttaa työntekijä yksittäisten kuntien tai isoimmissa kunnissa asuinalueen käyttöön muun muassa työpariksi asiakastilanteisiin ja konsultoivaksi asiantuntijaksi tiimeihin sekä työryhmiin. (Stakes 2007b, 21.)

Puitelain 6 §:n mukaisesti laajaa väestöpohjaa edellyttävinä palveluina kuntayhtymätasolla tulee tuottaa:

- päihdehuollon erityispalveluja: avomuotoisia A-klinikka- ja nuorisoasemapalveluja sekä laitospalveluina katkaisu- ja kuntoutuspalveluja asiakastyötä kyseisissä yksiköissä, jalkautuvan päihdetyön mallisia lähipalveluita, asiantuntija- ja konsultaatiopalveluja lähipalveluille sekä kehittämis- ja koulutustoimintaa

- vaativan tason päihdehuollon laitosmuotoista katkaisu- ja kuntoutushoitoa: muun muassa raskaana olevat päihteiden käyttäjät, kaksoisdiagnoosiasiakkaat, moniongelmaiset, huumeiden käyttäjät ja vapautuvat vangit, tahdosta riippumaton hoito, perhetyö
- joidenkin pienten tai uusien erityisryhmien laitospalvelut: esimerkiksi venäjänkieliset palvelut, maahanmuuttajapalvelut, vammaisten, alaikäisten sekä geriatrinen asiakkaiden päihdekuntoutus. (Stakes 2007b, 22.)

Erityisesti sekä päihde- että mielenterveysongelmista kärsivien hoidossa on tärkeä yhdistää molempien alojen osaaminen. Asiakkaan tulisi saada tarvitsemansa palvelut yhteen sovitusti, ei erillisinä ja peräkkäisesti toteutettuina. Avohoidossa tämä edellyttää esimerkiksi nykyiset organisaatorajat ylittävien konsultaatiokäytäntöjen, työparityöskentelyn ja muiden yhteistyömallien kehittämistä. (Stakes 2007b, 21.) Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksissa (STM 2001) todetaan, että kuntalaisia autetaan peruspalveluissa, ensisijaisesti avohoidossa, ja niiden järjestämisessä huomioidaan seudullisen yhteistyön mahdollisuudet. Kunnan sosiaali- ja terveydenhuollosta vastaavat viranhaltijat ja luottamuselimet vastaavat yhteistyössä kunnan muiden toimialojen kanssa siitä, että kunta järjestää tarvittavat kuntoutuspalvelut omana toimintana, ostopalveluina tai seudullisena yhteistyönä. (Emt.)

5.2 Suunnitelmia ja linjanvetoja palveluiden järjestämisestä

Hallituksen iltakoulun (21.11.2007) mukaan 290 kuntaa aikoo saavuttaa lain edellyttämän 20 000 asukkaan väestöpohjan muodostamalla sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen, joita muodostuisi noin 70–75. Esimerkiksi terveyskeskuskuntayhtymien määrä näyttäisi vähenevän yli puolella. Suurehko osa kunnista suunnittelee antavansa yhteistoiminta-alueelle vain yksittäisiä sosiaalihuollon tehtäviä. Sosiaalitoimen ja terveystoimen tehtävät eriytyvät tällöin toisistaan ja sosiaalitoimi hajautuu. Hallinnolliset rajat ovat ongelmallisia asiakkaiden palvelujen sujuvan järjestämisen, kustannusten kasvun hallinnan ja tuottavuuden lisäämisen kannalta. Kuntaliitoskunnissa on paremmat edellytykset sosiaalitoimen ja terveydenhuollon tehtävien integraatiolle. (Hallituksen iltakoulu 2007.) Perusterveydenhuolto, päihdehuolto sekä lasten ja nuorten hyvinvointiin liittyvät tehtävät aiotaan järjestää entistä enemmän yhteistyössä (www.kunnat.net)

Sosiaalibarometrin (Eronen et al. 2008) mukaan 42 prosenttia kunnista arvioi tuottavansa yhteistoiminta-alueella päihdehuollon avopalveluja ja lastensuojelun laitospalveluja sekä 38 prosenttia kunnista mielenterveyspalveluja. Päihdehuollon laitospalvelujen tulevaa järjestämistapaa ei osaa vielä arvioida 15 prosenttia kunnista. (Emt. 2008, 12.) Vuonna 2004 tehdyn kuntakyselyn mukaan 31 prosenttia kunnista järjesti päihdepalvelut omassa kunnassaan, 31 prosenttia seudullisena yhteistyönä, 26 prosenttia muiden yksittäisten kuntien kanssa ja 12 prosenttia maakunnallisesti tai sairaanhoitopiirin kanssa (Poikajarvi & Perttilä 2006, 15).

Paras-uudistuksen myönteisimpien vaikutusten odotetaan näkyvän sosiaalihuollon erityispalveluissa. Isossa osassa kuntia Paras-uudistuksen ei odoteta tuottavan erityisen suuria muutoksia esimerkiksi päihdeongelmaisten palveluihin. Silloin kun muutoksia on tulossa, arvioidaan tilanteen useammin kohenevan kuin heikkenevän. Päihde- ja mielenterveyspalveluissa myönteisiä vaikutuksia ennakoitiin noin kolmannes terveyskeskusten johdosta ja yli 40 prosenttia sosiaalijohdosta. Osalla alueista mielenterveyspalvelujen tuleva kehitys koetaan kuitenkin päihdepalvelujen tulevaisuutta selvästi kielteisemmin, sillä heikentyvää kehitystä arvioitiin niissä viidennes sosiaalijohdosta ja lähes joka neljäs terveyskeskusjohtaja. (Eronen et al. 2008, 13.)

Sosiaalibarometrissa (Eronen et al. 2008) heikoimmaksi hyvinvointi arvioitiin pitkäaikais-työttömillä, useista ongelmista kärsivillä, ylivelkaantuneilla, huumeongelmaisilla, vankilasta vapautuneilla, perusturvan varassa elävillä, alkoholi-ongelmaisilla ja mielenterveyden häiriöistä kärsivillä. Järjestöt ovat erityisesti huolissaan avohuollon palveluja tarvitsevien vanhusten, päih-

de- ja mielenterveysongelmaisten sekä pitkäaikaistyöttömien palvelujen turvaamisesta tulevaisuudessa. Järjestöjen näkökulmasta päihde- ja mielenterveyspalveluiden puutteet eivät parannu merkittävästi Paras-uudistuksessa, vaan päinvastoin nämä palvelut voivat jäädä muiden palvelujen jalkoihin. Erityispalvelujen siirtyminen yhteistoiminta-alueelle voi viedä palvelut näiden ryhmien ulottumattomiin. Syrjäytymisen ehkäisy on nostettu esille sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisessa kehittämissuunnitelmassa (Kaste). Kuntatoimijat ja järjestöjohto ovat nostaneet esiin tarpeen nykyistä vahvemmasta normiohjauksesta, jotta näiden ryhmien palveluihin syntyy parannusta. Vaikeiden ja usein myös kasautuvien sosiaalisten ongelmien ratkaiseminen ja syrjäytymiskiirteen katkaisu ovat erityisesti sosiaalityön ammatillisen osaamisen aluetta. Kyse on siis ainakin osittain palvelujärjestelmän ja sen sisällä erityisesti sosiaalityön vahvistamisen haasteesta. (Eronen et al. 2008, 13–14, 21–22.)

Esimerkki: Arvio seudullisuuden hyödyistä Pohjois-Karjalassa

Pohjois-Karjalassa tehdyn kyselyn (2003) mukaan kuntalaiset arvioivat seudullisen tuottamisen tarkoittavan useammin palveluiden siirtymistä kauemmaksi kuin lähemmäksi. Enemmistö uskoi seudullisuuden turvaavan palvelutarjontaa ja parantavan palvelun laatua. Palveluiden käyttämisen uskotaan kallistuvan, mutta palveluiden tuottamisen halventuvan. Palveluiden käytön yli kuntarajojen uskottiin mahdollistuvan seudullisuuden myötä. Yksittäisen kunnan itsenäisesti tuottamien palveluiden kannatus on varsin korkealla useissa palveluissa. Kuntayhteistyötä ja seudullista palvelutuotantoa kannatetaan erityisesti iltaisin ja viikonloppuisin tapahtuvissa lääkäripalveluissa, sosiaali- ja kriisipäivystyksessä sekä päihdehuollon palveluissa. Kaikissa arvioitavana olleissa palveluissa kunta tai kunnat yhteistyössä nimettiin useimmin parhaimmiksi palveluntuottajiksi. Järjestöt tai yksityiset yritykset yksittäisinä palveluntuottajina eivät saa suurta kannatusta missään palveluissa. Sosiaalipalveluja ei olla valmiita siirtämään toisiin kuntiin, mutta terveyspalveluja ollaan valmiita käyttämään toisissa kunnissa. (Eronen et al. 2003, 99–102, 115–117.)

STM:n tekemän (Lindström 2007) soittokierroksen perusteella näytti kesällä 2007 siltä, että monissa kunnissa oli päätetty ensin perustaa yhteinen terveydenhoidon kuntayhtymä ja vasta seuraavassa vaiheessa pohtia sosiaalihuollon järjestämistapaa. Sosiaalipalveluiden osalta kunnissa harkittiin, mitä osia sosiaalipalveluista liitetään terveydenhuollon kuntayhtymään ja mitkä niistä toteutetaan jollain muulla mallilla. Järjestämistavasta riippumatta kunnat haluavat tiivistää yhteistyötä terveydenhuollon kanssa mahdollisimman hyvien hoitoketjujen luomiseksi. Osa kunnista oli päättänyt toteuttaa sosiaalipalvelut perusterveydenhoidon kuntayhtymässä, jolloin esimerkiksi päihdehuolto ja sosiaalipäivystys ovat sopimusperusteisia, suuren kaupungin tuottamia palveluita. (Lindström 2007.)

Useissa suomalaisissa kunnissa oli meneillään tai suunnitteilla kuntaliitoksia vuosina 2007–2008. Liitosten aiheuttamien muutosten ennakoitiin ja arvioitiin paikallistasolla vaikeaa. Myönteisen näkemyksen mukaan keskittämisellä voidaan saada aikaan parempia palveluyksiköitä, mutta toisaalta yhdistyminen mahdollistaa myös lähialueiden säilymisen toimintakykyisinä. Kielteisten näkemysten mukaan kuntaliitos ei takaisi nykyisentasoisia palveluita lähialueilla. Alueen pienissä kunnissa on pelätty kuntaliitoksen aiheuttamia ongelmia, kuten byrokratian kasvamista ja nykyisten palvelujenkäyttäjien aseman heikkenemistä. Kuntaliitosten lisäksi jotkut suuremmat kunnat kannattivat myös ajatusta yhdistetystä sosiaali- ja terveystoimesta. Kunnissa on kokemuksia myös kuntayhtymän purkamisesta. Purkamisesta seurasi alkuvaiheessa toimintojen päällekkäisyyttä ja yliresursointia, mutta se nähtiin myönteisenä, sillä uusien sopimusten myötä kuntiin on mahdollista saada uusia lääkäriresursseja, joista nyt on ollut pulaa. Osa kunnista oli päättänyt jäädä seudun suurkuntahankkeen ulkopuolelle. Päätöksen taustalla oli muun muassa halu pitää lähipalvelut kunnan piirissä ja säilyttää itsenäisyys päätöksenteossa.

5.3 Seututyön haasteita

Seutukunnallisia hankkeita käsitelleen arviointitutkimuksen (Virtanen & Tonttila 2005) mukaan kuntien yhteistyöhistoria muodostaa tärkeän lähtökohdan kehittämiseksi. Alueilla, joilla kuntien välisellä yhteistyöllä on pitkät perinteet ja yhteistyötä tehdään laajalla sektorilla, hankkeet ovat auttaneet nostamaan esiin uusia yhteistyöalueita ja toimintamalleja sekä vahvistaneet yhteistointaverkostoja ja ammattitaitoa ja tiedon jakamista. Tuloksia syntyy vasta pitkällisen käytäntöjen hioutumisen ja kumppanuuksien muodostumisen myötä. Muutosvastarinnan ylittäminen edellyttää täsmällistä, syvällistä ja vahvasti tulevaisuuteen luotaavaa informaatiota uusien toimintamallien soveltamisen vaikutuksista (erityisesti taloudellisista) yksittäisen kunnan kannalta. Jos tätä informaatiota ei ole tarjolla päätöksenteon tueksi, sitoutuminen jää heikoksi tai tukeudutaan olemassa oleviin järjestelyihin. Alueilla, joilla kuntien välinen yhteistyöhistoria on lyhyt tai sitä ole lainkaan, hankkeet ovat avanneet keskusteluyhteyksiä ja muodostaneet foorumeja yhteiselle asioiden pohtimiselle. (Virtanen & Tonttila 2005, 38–56, 68.)

Kuntatoimijat korostavat sitä, että yksi hanketoiminnan merkittävimmistä motiiveista on kuntien toimintatapojen tehostaminen taloudellisten resurssien niukentuessa. Tutkijat pitävät tätä kansantaloudellisessa mielessä puolustettavana tulkintana, mutta ongelmallisena, mikäli kehittäminen mielletään kunnissa pelkästään säästämiseksi sen sijaan, että aidosti lähettäisi kehittämään uusia ja ennakkoluulottomia palvelumalleja ja asiakaslähtöisiä toimintamuotoja.

Kunnissa pidetään yleisesti hyvänä asiana sitä, että Paras-hanke on kannustanut kuntia kehittämään seudullista yhteistyötä. Kuntaliiton Paras-puntari tuo kuitenkin esille useita uudistukseen kohdistuvia uhkakuvia. Seudulliset yhteistyöhankkeet, suunnitelmien toteutus ja sisällölliset kysymykset ovat jääneet keskustelun ulkopuolelle kuntien keskittyessä täyttämään Paras-hankkeen muodollisia ehtoja. Kunnissa myös epäillään, että suunnitelmia tehdessä ei osata katsoa tarpeeksi kauas tulevaisuuteen tai tarpeeksi syvälle palvelujen järjestämisen rakenteisiin. Seutuyhteistyö alueilla on tuottanut vähän konkreettisia ratkaisuja, eikä yhteistyötä ole onnistuttu kunnolla hankkeistamaan. Suuret erot kuntien palvelurakennekulttuureissa ovat myös omiaan aiheuttamaan ongelmia yhteisten linjojen rakentamiselle. Lisäksi laissa mainittujen kiinteästi perusterveydenhuoltoon liittyvien sosiaalitoimen tehtävien tarkempi määrittely olisi auttanut kuntien näkemuserojen ratkaisemiseksi. Ongelmallisena pidetään Paras-hankkeen antamaa heikkoa tunnustusta paikallisenä näkemyselle. Kolmas sektori on aktiivinen palvelujen järjestämisessä, mutta puitelaki ei tarjoa juurikaan apua sen aseman määrittelyyn. (www.kunnat.net)

Esimerkki: Seudullisen yhteistyön ja päihdetyön haasteita Etelä-Karjalassa

Seudullista yhteistyötä estäviä tekijöitä olivat PARAS-hankkeen ja kuntaliitosprosessien aiheuttama lisätyö sekä palvelujen järjestämiseen liittyvä epävarmuus. Yhteistyön esteenä nähtiin myös kuntien ja organisaatioiden väliset rajat, kuntien taloudellinen tilanne ja kuntien erilaiset tarpeet. Useiden hankkeiden ja projektien yhtäaikaisuus sekä työntekijöiden perustyön vaatavuus ja määrä saavat ihmiset uupumaan ja innostus yhteistyöhön vähenee. Päihdetyön alhainen arvostus sosiaali- ja terveystalouden osana, erilaiset näkemykset päihde- ja mielenterveyden tarpeellisuudesta sekä vaihteleva halukkuus paneutua päihdehuollon asiakkaisiin tekee yhteistyön hankalaksi. Päihdetyötä kokonaisuudessaan ei pidetä ”trendikäänä”, joten yhteistyötäkään ei pidetä tarpeellisenä. (Hallahuhta 2008.)

Kuntarajat ylittävä yhteistyö

Kaupunkiseutusuunnitelmien laadinnan yhteydessä on noussut näkyville seutujen sisäisiä jännitteitä, kuntien välisiä kilpailuasetelmia ja luottamuspulaa, mikä hidastaa yhteisen näkemyksen syntymistä elinvoimaisesta seudusta. Yhteinen näkemys tarvitaan, jotta pystytään määrittämään seudulliset tavoitteet ja jotta toimenpiteet niiden saavuttamiseksi voivat olla tehokkaita ja niihin

sitoudutaan. Kuntakohtaiset intressit ylittävät vielä seutuintressit ja kilpailu ajaa kokeilunhalun ja uusien innovaatioiden edelle. Verkostotyötä on helpompi tehdä lähikuntien kanssa eli samankaltaisuus, läheisyys ja traditio ovat avainsanoja. (Kuntaliitto 2008, 10–13, 62.)

Seudullisten hankkeiden arviointitutkimuksen (Virtanen & Tonttila 2005) mukaan seudullinen yhteistyö tai kahden kunnan välinen yhteistyö sai hieman vähemmän kannatusta kuin kunnan sisäinen yhteistyö. Seutuajattelu ei ole kaikissa kunnissa edennyt toiminnan tasolle, vaan kunnan itsenäisyyttä mitataan oman palvelutarjonnan kattavuudella. Palvelujen seudullinen järjestäminen ei ole avain kaikkien kehittämishaasteiden ratkaisemiseen, vaan uudelle toimintamallille tulee olla olemassa selkeä ”tilaus” ja sen soveltamisen edellytykset täytyy olla kunnossa. Muutamissa hankkeissa nousi esiin ”pakkoseudullistamisen” ilmapiiri, joka osaltaan heikensi toimijoiden sitoutumista hankkeen päämäärään. (Virtanen & Tonttila 2005, 42, 63.)

Kunnat ovat nähneet palvelujen rajat ylittävässä käytössä keskeisenä ongelmana kustannustenjaon kuntien välillä. Vapaasti hakeuduttavissa palveluissa palvelun sijaintikunta, usein keskustaupunki, kantaa päävastuun palvelun järjestämisestä koituvista kustannuksista. Kustannustenjakoon liittyvät asiat hankaloittavat kuntien välistä sopimista perusterveydenhuollon sekä sosiaalitoimen palvelujen käytöstä. Myös tietojärjestelmien yhteensopimattomuus vaikeuttaa palvelujen yhteiskäyttöä. Jos potilas- ja asiakastietoja ei pystytä siirtämään kuntien välillä yhteen sopimattomien tietojärjestelmien vuoksi, ei palvelujen käyttökään ole mahdollista. Oman haasteensa tuo palvelujen tuottaminen ja järjestäminen molemmilla kotimaisilla kielillä. Kuntien välisiin sopimuksiin perustuvan palvelujen rajat ylittävän käytön hallinta on vaikeaa, kun eri palveluista solmitaan eri yhteistyösopimuksia ja sopimuksissa mukana olevien kuntien kokoonpanot vaihtelevat. (Kuntaliitto 2008, 13.)

Esimerkki: Seutuyhteistyön uhkakuvia Etelä-Savossa

Etelä-Savossa tehtyjen haastatteluiden mukaan seutuyhteistyössä ilmenee alueellisia esteitä (välimatkat ja erilaiset palvelutarveprofiilit), inhimillisiä esteitä (asenteet ja yhteistyön tradition puuttuminen) sekä rakenteellisia esteitä (henkilöstö- ja resurssipula, mallien puuttuminen). Suurimpina esteinä nähtiin suunnitteluresurssien puuttuminen. Ulkoapäin tuotettuja malleja pidettiin vieraina, ja kunnan omien tarpeiden huomioon ottamista suunnittelussa tärkeänä. Lisäksi nousi esiin toive osaamisen pysymisestä omassa kunnassa ja huoli oman kunnan itsenäisestä asemasta. Yhteistyön edistyminen edellyttää valmiutta katsoa kokonaisuutta oman kunnan mittakaavaa laajemmalti sekä valmiutta luopua pelkästään oman kunnan etua ajavasta näkökannasta. (Heino, 2004, 27–28.)

Suuret ja pienet kunnat

Pienten ja keskisuurten kuntien näkemyksistä nousee esille huoli olemassa olevien, toimiviksi koettujen rakenteiden monimutkaistumisesta ja palvelujen etäännyttämisestä erityisesti lähi- ja peruspalvelujen saatavuuden heikentymisen, palvelurakenteen muuttumisen vähemmän selkeäksi, palveluketjujen katkeamisen ja yhteistyösuhteiden ohentumisen perusterveydenhuollon kanssa. Myönteisimpiä vaikutuksia odotetaan sosiaalipalveluissa henkilöstön erityisosaamisen hyödyntämiseen ja erityispalvelujen saatavuuteen, uusien toimintatapojen kehittymiseen sekä yhteistyöhön naapurikuntien kanssa. Suurempien toimintayksiköiden ja palvelualueiden arvioitiin vähentävän parhaimmillaan pienen organisaation haavoittuvuutta ja helpottavan pätevän henkilöstön rekrytointia. Kaupunkimaisten kuntien ja erityisesti asukasluvultaan suurten kaupunkien näkemyksissä painottuvat erotteluvina seikkoina taloudelliset hyödyt, kuten palvelujen tehokkuus ja tuottavuus. Suurissa kaupungeissa luotetaan keskimääräistä enemmän myös palveluketjujen eheyden lisääntymiseen, yhteistyön paranemiseen perusterveydenhuollon ja naapurikuntien kanssa sekä asiakkaiden osallistumismahdollisuuksien lisääntymiseen palvelujen suunnittelussa. Kaupunkien läheisydessä sijaitsevien maaseutumaisten kuntien odotukset uudistuksen

tuottamista vaikutuksista ovat monin paikoin hyvin myönteiset. Toinen ääripää löytyy harvaan asutulta maaseudulta, jossa osa uudistuksen ennakoituista vaikutuksista näyttäytyy muita selvästi kielteisempänä. (Eronen et al. 2008, 11–12.)

STM:n tekemän puhelinkyselyn mukaan vaikuttaa siltä, että pienet kunnat pitävät hyvinä neuvottelukumppaneina toisia pieniä kuntia tai korkeintaan pienikokoisia kaupunkeja. Yhteistyötä pidetään mahdollisena noin 20 000 asukkaan kaupungin kanssa, mutta jo 50 000 asukkaan kaupungin pelätään haluavan liittää lähialueet osaksi itseään. Pienet kunnat kaipaavat tasavertaisia kumppaneita riippumatta siitä, millaista yhteistoimintaa palvelutuotannossa on tarkoituksena kehittää. Perusterveydenhoidon luovuttaminen sairaanhoitopiirille on koettu houkuttelevaksi usein siksi, että ratkaisu ensinnäkin saattaa vähentää paineita kuntaliitoksiin, ja toiseksi vähentää kunnan omaa vastuuta palveluiden järjestämisestä. Erikoistason sosiaalipalvelut pyritään Paras-hankkeen yhteydessä joko yhdistämään entiseen sairaanhoitopiiriin tai vaihtoehtoisesti hoitamaan tilauspalveluina. Joissain kohdissa kunnat eivät ole päässeet yksimielisyyteen, mistä erikoispalvelut pitäisi hankkia uuden asetelman myötä. (Lindström 2007).

Tarkastelussa mukana olleille yli 50 000 asukkaan kaupungeille yhteistä oli huoli alueen pienten kuntien ratkaisusta ja oman maakunnallisen kokonaisuuden säilymisestä riittävän vahvana ja kilpailukykyisenä. Kaupungeissa on myös tunnettu kiinnostusta palvelutuotannon ohjaamiseen tilaaja-tuottaja-mallin avulla. Suurehkot kaupungit ovat yleensä jo toimineet alueensa keskeisinä palvelutuottajina muun muassa kansanterveys sopimuksen velvoittamina. Tästä syystä on ymmärrettävää, että ne tahtoisivat selkeästi määritellyn aseman oman alueensa palvelujen organisointisuunnitelmissa. (Lindström 2007.)

Sektorirajat ylittävä yhteistyö

Kaste-ohjelman mukaan on turvattava sosiaali- ja terveydenhuollon hyvä yhteistyö ja vältettävä sosiaalitoimen jakautuminen. Asiakkaan näkökulmasta on keskeistä, että onnistutaan välttämään eri hallintotasojen vastuiden epämääräisyys ja muodostamaan saumattomat palvelukokonaisuudet. Kun sosiaalihuollon peruspalvelut pidetään yhdellä hallinnontasolla, tuottavuus paranee ja siirtyminen yhtenäisiin maksuihin, käytäntöihin ja tietojärjestelmiin helpottuu. Hallintorajat ja organisaatioiden erisuuntaiset taloudelliset kannusteet saattavat haitata ehjän palvelukokonaisuuden syntymistä. Yhtenäiset prosessit lisäävät yhtä aikaa palvelujen käyttäjien tyytyväisyyttä ja taloudellista tehokkuutta. Järjestelmäkeskeisyyttä ja eri hallinnonalojen ja ammattiryhmien välisiä rajoja palvelujen järjestämisessä on vähennettävä. (STM 2008, 27–31.)

Sosiaalibarometrin (Eronen et al. 2008) mukaan Paras-uudistuksella tavoitellaan saumatonta yhteyttä perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon välillä, mutta paikallistasolta välittyvä huoli yhteyden heikkenemisestä uudistuksen myötä. Noin puolet yhteistoiminta-alueeseen päätyneistä sosiaalitoimista arvioi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteyden säilyvän yhteisen organisaation avulla. Osassa kunnista arvioidaan, että sosiaalihuollon yhteistyö paranee hieman useammin erikoissairaanhoidon kuin perusterveydenhuollon kanssa. Sosiaalibarometrin mukaan näyttää siltä, että uudistus on vahvistamassa ennen kaikkea sektoreiden sisäistä eli eri kuntien sosiaalitoimien ja toisaalta eri kuntien terveyskeskusten yhteistyötä. Sosiaalijohto arvioi Paras-uudistuksen vaikutukset myönteisiksi kuntansa sosiaalipalveluihin. Sen sijaan sosiaali- ja järjestöjohto arvioivat lähipalvelujen saatavuuden ja asiakkaiden mahdollisuuden osallistua palvelujen suunnitteluun heikentyvän selvästi. Kaikki tahot – sosiaali-, terveys- ja järjestöjohto – uskoivat palvelurakenteen selkeyden ja palveluketjujen eheyden kärsivän selvästi. Erityinen huoli järjestöissä liittyy niiden osallistumismahdollisuuksien heikkenemiseen sosiaalipalvelujen suunnittelussa. Järjestöt arvioivat uudistuksen vaikuttavan myönteisimmin erityispalvelujen saatavuuteen. Terveyskeskusten johdon arviot Paras-uudistuksen vaikutuksista perusterveydenhuollon palveluihin ovat sosiaalipalveluarvioita kriittisemmät. Tuntuvimmin uudistuksen odotetaan tuovan kohennusta

yhteistyöhön muiden terveyskeskusten kanssa, uusien toimintatapojen kehittämiseen sekä henkilöstön erityisosaamisen hyödyntämiseen. (Eronen et al. 2008, 5–12.)

Esimerkki: Yhteistyöstä yhteiseen rakenteeseen Kainuussa

Palveluorganisaation rakenne ja sen pohjalta määrittävät talouden ja toimivallan realiteetit saattavat joko olennaisesti tukea tai olla esteenä toimintamallin laaja-alaiselle alueelliselle implementaatiolle. Erityisesti erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon mielenterveystyön sekä riippuvuuksien hoitopalveluiden sijoittuminen eri organisaatioihin näytti muodostuvan erääksi keskeiseksi implementaation esteeksi. Kainuun hallintokokeilun suunnittelun yhteydessä mielenterveys- ja päihdepalveluiden suunnittelusta vastannut työryhmä tuotti näille palveluille yhteisen maakunnallisen toimintasuunnitelman. Hallinnollisesti palvelut kuuluvat samaan tulosalueeseen muun terveydenhuollon kanssa ja ne muodostavat yhteisen vastuualuekokonaisuuden. (Saari 2008, 19.)

Olavi Kaukonen (2005) on arvellut sosiaalityön osaamisen marginalisoituvan hoidollisuutta korostavassa päihde- ja mielenterveystyössä. Päihdehuollon erityispalvelujen orientaatio on medicalisoitunut; päihdeongelman sosiaalityöperustaisen lievittämisen sijasta kiinnostuksen kohteena on yleisemmin addiktiokäyttäytyminen. Näkökulma on siten kääntynyt päihteiden käytöstä ja siitä aiheutuvista konkreettisista ongelmista työotteeseen, jossa ongelmana nähdään yksilöllinen riippuvuus ja sen hallinta. (Kaukonen 2005, 320.) Päihdeongelman tarkastelu ensisijaisesti riippuvuusongelmana voi kapeuttaa ongelmaan tarjottavat ratkaisut terapeuttisiin, terveydenhuollon orientaatioon pohjautuviin hoitomuotoihin. Terveydenhuollolla on suuri vastuu muun muassa päihteisiin liittyvien akuuttien ongelmien, samanaikaisten mielenterveys- ja päihdeongelmien ja lääkehoidon tarjoajana. Päihdeongelmiin yhdistyvät usein työhön, opiskeluun, toimeentuloon, asumiseen ja yleiseen syrjäytymiseen liittyvät ongelmat, jotka painottavat erityisesti sosiaalityön erityisosaamiseen kuuluvaa, arkielämään liittyvän tuen tarvetta. (Inkeroinen & Partanen 2006, 45; ks. myös Leinonen 2008.)

Kilpailuttaminen

Terveyskeskuksista viidesosa sekä sosiaalitoimista ja työvoimatoimistoista 15 prosenttia tuottaa kaikki palvelut itse. Mikäli palvelut hankitaan joltain muulta palveluntuottajalta, ne joudutaan hankintalain mukaan kilpailuttamaan. Kilpailuttaminen hyvinvointipalvelujen kentässä on laajaa: terveyskeskuksista 59 prosenttia ja sosiaalitoimista 51 prosenttia ilmoitti kilpailuttaneensa palvelujaan vuoden 2007 aikana. Kilpailuttamisen ei katsota sopivan kaikkiin palveluihin palvelujen erityisluonteen sekä asiakkaiden tilanteiden vuoksi. Asiakkaiden näkökulmasta kilpailuttamisen pelätään aiheuttavan asiakas- ja hoitosuhteiden sekä palveluketjujen katkeamista sekä vaikeuttavan ehkäisevää työtä ja palvelujen kehittämistä. Sosiaalitoimien johto jättäisi kilpailuttamisen ulkopuolelle lastensuojelun ja asumispalvelut sekä sellaiset sosiaalipalvelut, jotka on rakennettu pitkäkestoisesti ja monipuolisesti ihmisten yksilöllisiä tarpeita ajatellen. Terveyskeskuksissa kilpailuttamisen katsotaan soveltuvan heikoimmin yleisesti perusterveydenhuollon perustyyöhön ja ennaltaehkäiseviin palveluihin. (Eronen et al. 2008, 15–16.)

Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitossa arvellaan kilpailuttamisen tulleen sosiaali- ja terveyspalveluiden hankintaan pysyvästi. Hyvinvointipolitiikalle asetut yleiset tavoitteet, poliittinen ohjaus ja valvonta asettavat yksityiselle palvelutuotannolle omat reunaehdonsa. Kunnat ovat pääsääntöisesti yksityisten palveluiden ostajia ja maksajia. Aito markkina- ja kilpailutilanne edellyttäisivät maksukykyisiä, itsenäisiä ja resursseiltaan muuten riittävän vahvoja asiakkaita, asiakkaiden omaan rahoitukseen pohjautuvia palveluita ei uskota syntyvän etenkin huonossa ihmisten tarvitsemiin palveluihin, eikä alueelta ei ole saatavissa voittoa. Markkinoiden vahvistamisen ja vapaan kilpailun edistämisen tavoite eivät ratkaise sitä ongelmaa, miten tavoittaa avun tarpeessa olevat ihmiset riittävän varhain ja estää heidän syrjäytymisensä. Järjestöjen huoli

on, että tilaaja-tuottaja – mallin laaja käyttöönotto osana kunta- ja palvelurakenne-uudistusta merkitsee nykyistä vahvempaa hyvinvointipalveluiden markkinoistamista sekä ehkäisevän työn ja sosiaalipolitiikan ohentumista paikallisesta ja alueellisesta toiminnasta (www.stkl.fi.) Huolta koettiin ennen kaikkea palveluiden laadusta, koska se on järjestöjen kokemuksen mukaan aliarvostettu tekijä ja sille annetaan riittämättömästi painoarvoa hintaan nähden. Kunnat ovat voineet vaatia korkeampaa laatua kuin mistä ne ovat valmiit maksamaan. (Kittilä 2004.)

Olavi Kaukonen (2005) mukaan uusi julkishallinnollinen ajattelu on sujahtanut luontevasti suomalaiseen päihdepalvelujärjestelmään, koska palveluja tuottanut järjestökenttä on ollut perinteisesti vahva. Kilpailuttamisen pelisääntöjä ja rajoja arvioitaessa on hänen mielestään tärkeää huomioida, ettei sosiaali- ja terveystalouden alueella voida puhua aidoista markkinoista. Uudet palvelumarkkinat eivät toimi markkinoiden tavoin, koska päihdehuollon erityispalveluja on saatavilla vain suurimmissa kaupungeissa ja koska näissäkään ei varsinaisen kilpailuttaminen juuri ole mahdollista. Kilpailutettavia palveluntuottajia on käytännössä vain yksi tai palveluntuottajat ovat erikoistuneet siten, että markkinat on käytännössä jaettu. (Kaukonen 2005, 317.)

Esimerkki: Tilaaja-tuottaja-mallin periaatteet Tampereella

Palvelutuotantoa ja sen ohjausta kehitetään mm. siirtymällä talouden ja toiminnan suunnittelussa prosessiohjaukseen ja palvelujen järjestämisessä tilaaja-tuottaja-malliin. Päihdekuntoutumisen prosessi koostuu monien yksiköiden, tehtäväalueiden ja hallintokuntien sekä toimittajaverkoston työstä. Prosessilähtöinen toiminta edellyttää poikkihallinnollisen hallintokuntarajoja ylittävän ja alueellisesti verkottuvan toimintakulttuurin syventämistä. Yksittäisen toimittajan kanssa palveluiden hankinta perustuu jatkossakin puite- ja ostosopimuksiin tai yhteisöavustuksiin ja viime kädessä asiakasohjauksessa valittuun hoitopaikkaan. Kehitteillä olevassa tilaaja - tuottaja -mallissa palvelujen tilaaminen erotetaan niiden tuottamisesta. Pidemmällä tähtäimellä kaupungin omaa palvelutuotantoa kehitetään osaamiskeskusajattelun ja sisäiseen liikelaitostamisen ja yrittäjyyden suuntaan. Kaupunki järjestää palvelut kunnan omana toimintana, yhteistyössä toisten kuntien tai muiden julkisyhteisöjen kanssa tai ostopalveluina yksityisiltä ja yhteisöjen palveluntuottajilta. Parhaan tuotantotavan valinta edellyttää tuotantotapojen vertailua. Luotettava ja tasapuolinen vertailu edellyttää tietoa palveluvaihtoehdoista ja niiden tuloksellisuudesta. Sosiaalityön tehtäväalue tukee näyttöön perustuvan sosiaalityön kehittämistä. Ostettavat palvelut on kaupungin hankintaohjeen mukaan kilpailutettava. Palvelun tilaajana kaupunki kuvaa ostamansa palvelut ja asettaa niille laatuvaatimukset. Palvelua tarjoava toimittaja tekee omat palvelu- ja prosessikuvauksensa vastaamaan ostajan odotuksia. Palvelun asiakaslähtöinen räätälöinti ja yksilölliset tavoitteet hiotaan asiakkaan, hänen sosiaalityöntekijänsä ja hoitoyksikön kesken. (Tampereen kaupungin päihdepoliittinen...2005.)

Ulkomaiset kokemukset tilaaja-tuottajamalleista ovat kirjavia. Parhaimmillaan osaavalla tilaamisella on pystytty terävöittämään terveydenhuollon suunnittelua ja toimintaa. Usko tuottajien kilpailuttamisella saavutettaviin pysyviin taloudellisiin etuihin on kuitenkin hiipunut, ja tulokset näyttävät jääneen usein ohimeneviksi. Perinteinen hintaa ja määrällistä palvelujen ostamista korostava tilaaminen näyttää terveydenhuollossa jäävän vähitellen taka-alalle. Sen asemasta korostetaan selkeästi aikaisempaa enemmän strategiseen kumppanuuteen perustuvia sopimusperusteisia järjestelyjä palvelujen tilaajien/järjestäjien ja tuottajien kesken. Strategisilla sopimuksilla tuottajien toimintaa pyritään ohjamaan ja kannustamaan entistä paremmin väestön terveystarpeita tyydyttävään suuntaan. (Konttinen 2005.)

6 Päihdehuollon pullonkauloja ja ratkaisutapoja vuonna 2008

Tässä luvussa kuvataan päihdehuollon nykytilaa keväällä 2008 tehtyjen päihdehuollon edustajien haastatteluiden⁵ perusteella. Luvussa tarkastellaan asiakaskunnan ja päihdetyön muutoksia viime vuosina. Ajankohtaisten ilmiöiden ja tulevaisuuden visioiden lisäksi käsitellään pysyväisluonteisia vaikeuksia, jotka toistuvat päihdetyössä vuodesta ja paikkakunnasta toiseen. Kolmanneksi tarkastellaan valtakunnallisten ohjelmien ja paikallisen päihdetyön tavoitteiden ja haasteiden yhdenpitävyyttä. Lopuksi kuvataan seudullisuuden merkitystä päihdetyössä ja esitellään erilaisia päihde- ja mielenterveyspalveluiden organisoimistapoja. Useat päihdeongelmaiset kärsivät myös mielenterveysongelmista ja asioivat päihdehuollonpalveluiden ohella myös mielenterveystoimistoissa. Joillain paikkakunnilla mielenterveystoimi paikkaa päihdehuollon puutteita. Seutukunnissa on vireillä useita sektorirajat ylittäviä hankkeita ja työparitoiminta on yleistymässä. Tässä luvussa käsitellään päihde- ja mielenterveyspalveluita rinnakkain. Pääpaino on kuitenkin päihdehuollon palveluissa.

Lähes kaikissa haastatteluissa mainittiin asiakkaiden kunnan heikentyneen huomattavasti viime vuosien aikana. Esimerkkinä mainittiin 30–40-vuotiaat asiakkaat, joilla on vaikeita pysyviä fyysisiä ja hermostollisia vaurioita. Tämä asiakasryhmä tarvitsee hoidossa olleessaan avustajia arkiaskareiden hoitamiseen sekä esteettömiä tiloja itsenäisen liikkumisen onnistumiseksi. Naisten ja lapsiperheiden osuus on kasvanut. Asiakaskunnan ikärakenne ei ole viime vuosina nuorentunut, vaan päinvastoin vanhentunut ja moni haastateltava mainitsi uutena palveluita tarvitsevana asiakasryhmänä alkoholidentikot (ks. myös Nuorvala 2008). Asiakaskunnan huono-osaisuutta kuvaa asiakkaiden edunvalvonnan tarpeen lisääntyminen.

Viranomaisten asenteiden nähdään muuttuneen suopeammiksi päihdeongelmaisia kohtaan ja kunnissa on vahva tahto puuttua syrjäytyneiden ja huono-osaisten kuntalaisten ongelmiin. Päihdeongelmat mielletään koko väestöä koskeviksi ongelmiksi, ei pelkästään pienen syrjäytyneen väestönosan ongelmiksi. Myötämielisyydestä ja hyvästä tahdosta huolimatta useiden kuntien taloudellinen tilanne on heikko ja päihdehuollon budjetti ei ole kasvanut päihdeongelmien lisääntyessä. Lapsiperheet, vanhuksat, somaattisesti sairaat, vammaiset ja työttömät tarvitsevat vaihtelevalla volyymillä kunnasta riippuen sosiaalihuollon palveluita, ja päihdeongelmaiset ovat vain yksi ryhmä avuntarvitsijoiden joukossa. Kielteisiä asenteita esiintyy kunnissa edelleen ja erityisesti lääkäreiden kielteinen suhtautuminen päihdeongelmaisia kohtaan vaikuttaa muun muassa päihdelääkäripulaan, kun avoimiin virkoihin ei ole hakijoita. Yhtenä syynä terveyskeskuslääkäreiden kielteiselle asenteelle pidetään sitä, että päihdeongelmaiset asioivat paljon päivystyspoliklinikoilla, ja he saattavat olla tällöin erittäin huonossa kunnossa. Toiseksi päivystyspoliklinikoilla saattaa olla huonot edellytykset kohdata aikaa ja kärsivällisyyttä vaativia päihdeongelmaisia asiakkaita.

6.1 Päihdetyön toimintaedellytykset kunnissa

Päihdehuoltolain mukaan kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tulee kehittää siten, että niiden piirissä pystytään antamaan päihdeiden ongelmakäyttäjille perustason hoitoa sekä tarvittaessa ohjaamaan erityispalveluihin. Haastateltavien päihdehuollon edustajien mukaan seutukuntien peruspalveluiden taso vaihtelee hyvin paljon palveluiden ja ammattiosaamisen suhteen. Suuressa osassa kuntia päihdepalvelut koostuvat A-klinikasta sekä sosiaali- ja terveystoi-

5. Raporttia varten haastateltiin 21 päihdehuollon edustajaa ja kehittämishankkeiden työntekijää.

men peruspalveluista, ja laitoshoidon hankitaan muualta. Useilla paikkakunnilla ei ole varsinaista katkaisuhuoltoasemaa ja yleisimmin katkaisuhoidon järjestetään terveyskeskuksissa ja sairaaloissa. Haastateltavien mukaan A-klinikan palvelut ovat monipuolistuneet useissa kaupungeissa 2000-luvulla. Tähän on vaikuttanut asiakasprofiilin monimuotoistuminen, päihteiden käytön lisääntyminen, käytöstä aiheutuvien ongelmien vaikeutuminen sekä moniongelmaisten asiakkaiden määrän kasvu.

Joissain kunnissa päihdeongelmaiset kasaantuvat mielenterveystoimen palveluihin päihdepalveluiden puuttuessa. Mielenterveystoimessa ei ole useinkaan tarvittavaa erityisosaamista päihdeproblematiikasta. Erityisesti tämä korostuu nuorisopsykiatriassa. Nuorisopsykiatrian resurssit ovat heikot useilla paikkakunnilla ja nuoria otetaan vaihtelevalla käytännöllä aikuispsykiatrian palveluiden piiriin. Usein kunnissa on vajetta sekä päihdetyöntekijöistä että mielenterveystoimen työntekijöistä. Kunnissa on tavallisesti päihdetyön tai terveyden edistämisen yhdyshenkilö, mutta mielenterveystyössä ei ole vastaavaa henkilöresurssia. Mielenterveyspalveluissa suurimpana heikkoutena pidetään avohuoltoa, johon ei ole siirretty riittävästi resursseja, kun psykiatrisia laitoksia on lakkautettu. Mielenterveyshoitajien puutetta korvataan muilla järjestelyillä, kuten perheklinitien palveluilla, kotipalvelulla, -sairaanhoidolla ja kotiaivustajilla. Ikäihmisten työryhmät tarjoavat konsultointia mielenterveysasioissa sekä kriisiapua akuuteissa tilanteissa ja huolehtivat lääkityksestä ja mahdollisesta lääkkeiden valvotusta laskusta. Joillain paikkakunnilla A-klinikka on suljettuna kesällä tai aukioloaika on lyhennetty. Päihdetyöntekijävajeeseen voidaan saada helpotusta käyttämällä sijaisina muiden toimipisteiden tai esimerkiksi mielenterveystoimiston työntekijöitä.

Työntekijäpuutteen paikataan monipuolisesti erilaisilla järjestelyillä, mutta haastateltavat kantoivat huolta työntekijöiden jaksamisesta sekä asiakkaiden oikeudesta saada laadukasta asiantuntijapalvelua sosiaali- ja terveydenhuollon resursseista riippumatta. Työntekijöiden määrää koskevat laatusuositukset eivät toteudu kunnissa ja tähän yleisesti tunnustettuun haastateltavat toivoivatkin sosiaali- ja terveysministeriön tukea. Moni haastateltava kertoi suositusten ja käytännön olevan kaukana toisistaan, sillä työvoimaa on pahimmillaan vain puolet suositusten tasosta.

Järjestöjen rooli vaihtelee kunta- ja seutukuntatasolla erittäin paljon päihdepalveluiden järjestämisessä. Joillain alueilla järjestöt voivat vastata kokonaan esimerkiksi päihdehuollon asumispalveluista. Toisilla alueilla järjestöt osallistuivat lähinnä vertaistukiryhmien ja päiväkeskusten ylläpitoon. Haastateltavat antoivat myönteistä palautetta järjestöjen kanssa tehtävästä yhteistyöstä ja korostivat niiden asemaa heikoimmassa asemassa olevien asiakasryhmien äänenkannattajina. Järjestöt tavoittavat sellaisia asiakasryhmiä, jotka jäävät herkästi julkisten palveluiden ulkopuolelle ja tarjoavat sellaisia palveluita, joita kuntien ei ole taloudellisesti kannattavaa järjestää asiakasryhmien pienuuden vuoksi. (ks. Särkelä et al. 2005; Kauppinen & Niskanen 2007.)

Haastateltavat mainitsivat omina päihdetyön vahvuuksinaan pitkän ja vankan kokemuksen, palveluiden uudistamisen ajanhermolla, ammattitaitoisen henkilöstön, fyysiset puitteet, toimivat avopalvelut, hyvät verkostot ja kehittämistoiminnan. Heikkouksina mainittiin lähinnä henkilöresurssit. Hyvinä päihdetyön käytäntöinä mainittiin:

- somaattisten, sosiaalisten ja psykiatristen palveluiden yhteistyö
- mini-interventio
- erikoissairaanhoidon jalkauttaminen normaalipalveluiden tueksi
- jalkautuvat palvelut verkostopalavereissa ja kuntoutuksesta kotiutumsvaiheessa
- avopäihdetyöntekijän palvelut eri ikäryhmille
- järjestöjen välinen verkostoituminen
- kehittämyksiköiden, hankekehittäjien ja ammattikorkeakoulujen kehittämistyö

Kehittämistyö kunnissa

Päihdetyön kehittäminen kunnissa ja seutukunnissa seuraa valtakunnallisten ohjelmien tavoitteita: palveluiden kehittäminen laatusuosituksen mukaan, asiakkaiden tasa-arvoisuus ja oikeudenmukaisuus palvelujen saamisessa sekä alueellisten erojen vähentyminen. Kunnissa on pyritty vastaamaan palveluiden kysyntään ikä- ja asiakasryhmittäin. Psykososiaaliset palvelut on rakennettu kunnissa ja kuntayhtymissä tavallisesti elämänkaari-ajattelun mukaan. Organisaatiotavasta riippumatta tavoitteena on aina asiakkaiden kokonaisvaltainen palveleminen ja tukeminen. Tarve palveluiden kehittämiseen syntyy arkisessa asiakastyössä ja kyvyssä reagoida ennakkoidusti tuleviin kehitysnäkymiin. Päihdeperheiden tukemiseksi kunnissa on meneillään erilaisia hankkeita, joissa paneudutaan tarpeiden mukaan perheen arkielämän, vanhemmuuden, työnteon tai päihitteettömyyden tukemiseen. Kuntoutumisyksiköihin on remontoitu perhekuntoutustiloja ja kunnissa on kehitetty erilaisia avohuollon menetelmiä, kuten jalkautuvaa perhetyötä ja vertaistukiryhmiä. Työelämästä hoitoon ohjatuille kehitetään välimuotoisia palveluita A-klinikan ja kuntoutuslaitoksen rinnalle. Tavoitteena on muun muassa kehittää avopalveluita ja avokuntoutusryhmiä, jotka mahdollistavat asiakkaan työssäkäynnin hoitajakson aikana. Työterveyshuolto on liitetty verkostoon yhä tiiviimmin. Myös ikäihmisille on kehitetty avo- ja laitoshoidon välimuotoisia hoitopalveluita päihdepalveluiden, kotihoidon ja vanhustyön yhteistyönä.

Monien kehittämishankkeiden yhteisenä tavoitteena on kuntien perustoimintojen tukeminen sekä perus- ja erityispalveluiden lähentäminen. Kolmantena tavoitteena on erikoissairaanhoidon, työterveyshuollon ja kolmannen sektorin yhteistyöhön kehittäminen. Taustalla vaikuttaa tarve vahvistaa ja turvata lähipalveluita. Tavoitteena on madaltaa hoitoon pääsyn kynnyksiä ja tarjota palveluita kaikille päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiville henkilöille. Hyviä käytäntöjä kehittämistyön perusteella ovat jalkautuvat/liikkuvat palvelut, avopäihdetyöntekijät ja monitoimipalvelupisteet. Esimerkiksi psykososiaalisessa yksikössä voidaan yhdistää psykiatrisen avohoidon, päihdehuollon ja perheneuvolan sekä sosiaalitoimen palveluita yhdeksi toiminnalliseksi kokonaisuudeksi. ”Yhden luukun -periaatetta” pidetään hyvänä erityisesti moniongelmaisille asiakkaille ja perheille.

Kehittämishankkeissa on yhteistä tarve siirtää hankkeessa tuotetut käytännöt kunnan omiksi pysyviksi palveluiksi kuntien palvelujärjestelmää. Usealla haastateltavalla oli kokemuksia hankkeissa kehitettyjen uusien mallien ja työtapojen toimivuudesta, mutta niiden juurruttaminen käytäntöön ei useinkaan onnistu. Syynä tähän on kuntien haluttomuus toiminnan rahoittamisen kehittämishankkeeseen saadun rahoituksen päätyttyä. Hankekoordinaattoreiden mukaan kehittämistyötä vaikeuttaa lisäksi se, että hankkeiden ei haluta aiheuttavan kuntien päihdehuololle kustannuksia. Hoitoon ohjaaminen saattaa esimerkiksi tehostua hankkeen aikana, mutta hoitosuoritukset eivät lisääny, koska päihdehuoltoon varatut niukat resurssit eivät mahdollista hoidon tehostamista.

Päihde- ja mielenterveyspalveluiden yhteistyö

Päihdetyöntekijän ja mielenterveyshoitajien yhteistyötä kuvataan sujuvaksi ja säännölliseksi terveystoimen sisällä esimerkiksi terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa. Mielenterveystoimistojen yhteistyö päihdehuollon kanssa sitä vastoin on vasta kehittämistyön alla. Yhteistyötä on pyritty vahvistamaan täydennyskoulutuksella, mutta koulutuksen tarjonta ei tavoita kattavasti kaikkia toimipisteitä eivätkä kaikki työntekijät ole halukkaita osallistumaan tarjottuun koulutukseen. Joissain kunnissa on järjestetty mielenterveys- ja päihdeongelmista yhteinen koulutusohjelma, jossa tavoitteena on esimerkiksi luoda yhteinen konsensus hoitopoluista, joissa huomioidaan asiakasnäkökulma, tehokkuus, laatu ja kustannukset. Prosessimaisilla ammattilaisten täydennyskoulutuksilla, kuten päihdeneuvojakoulutuksilla, on pystytty kehittämään toimintaa ilman organisatorisia muutoksia. A-klinikkasäätiö on järjestänyt valtakunnallista koulutusta päihde- ja

mielenterveysproblematiikasta sekä päihdepalvelusäitiöt ja kehittämishankkeet seutukunnallista koulutusta.

Mielenterveystoimistojen ja psykiatristen sairaaloiden kanssa tehdään asiakaskohtaista yhteistyötä, kuten järjestetään verkostopalavereja tai tarjotaan konsultaatiota. Hyvänä käytäntönä pidetään sitä, että mielenterveystoimiston ja A-klinikan työntekijä muodostavat työparin. Jalkautuvan työparin vahvuuksina pidetään ehkäisevää työtettä sekä palveluiden koordinoimista kodin ja sairaalan välillä. Työparityöskentelystä on jäänyt pääsääntöisesti positiivisia kokemuksia. Toisena hyvänä käytäntönä pidetään ympärivuorokautista mielenterveystyön akuuttipäivystystä, kuten kriisitaloa, psykiatrian päivystyskeskusta tai -poliklinikkaa, johon asiakas voi hakeutua itse tai työntekijät voivat ohjata hänet esimerkiksi terveyskeskuksesta sinne. Päivystyksessä arvioidaan hoidon tarve ja kiireellisyys. Yksi haastateltavista kiteytti asian näin: ”*Kaikki kynnyksen mataloittamiseen tähtäävät toimenpiteet ovat hyviä*”. Erikoissairaanhoidon palveluilta odotetaan joustavuutta: palveluiden on mentävä ihmisten luo ja kriiseihin on vastattavat nopeasti. Moni haastateltava painotti ennalta ehkäisevän päihdetyön merkitystä, sillä korjaavaa työtä ei koettu riittäväksi.

Päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiville henkilöille on pyritty tarjoamaan palveluita keskitetysti päihdepsykiatrian kehittämishankkeissa. Näissä hankkeissa on ollut tavoitteena, ettei asiakas vaihda hoitopaikkaa kesken kuntoutuksen, vaan hyödynnetään samanaikaisesti kahden sektorin erityisosaamista työntekijöiden konsultoidessa tai liikkussa toimipisteiden välillä asiakkaan sijasta. Mielenterveyshäiriöistä ja kaksoisdiagnoosista kärsiviä asiakkaita pyritään hoitamaan päihdehoitopaikoissa resurssien ja asiakkaan selviytymisen mukaan. Moni haastateltava mainitsi mielenterveysongelmaisten selviytyvän hyvin päihdehuoltolaitoksissa. Jos asiakkaan tila vaatii, hänet siirretään psykiatriseen hoitoon, mutta tähän ei ole kuitenkaan usein tarvetta. Erään haastateltavan mielestä mielenterveystoimen ja päihdehuollon yhdistäminen organisatorisesti ja tiivis verkostotyön perinne takaavat näiden kahden sektorin onnistuneen yhteistyön. Muussa tapauksessa yhteistyö ei toimi eikä yhteistä vastuunkantoa löydy. Mielenterveys- tai päihderiippuvuus ei saa olla palveluista poissulkeva tekijä, ja työnjaon on oltava selkeä.

”Kunnan eri sektorit ovat tarkkoja rajoistaan, tulostavoitteistaan ja tulosalueiden tehtäväkentästä. Hankkeiden tarkoituksena on kaataa perusterveydenhuollon, päihdehuollon ja psykiatristen palveluiden raja-aitoja. Samoin on ylitetty perus- ja erityispalveluiden sekä järjestöjen raja-aitoja. Tavoitteena on luoda ilmapiiriä, että asiakkaat kuuluvat kaikille. Avohoidon resurssit eivät ole riittävät, joten esimerkiksi poikkihallinnollisissa hankkeissa on koulutettu mielenterveyshoitajia rattijuopumusasiakkaiden kohtaamisesta ja mini-interventiosta. Henkilökunnan pitää vastata asiakkaiden muuttuviin tarpeisiin”.

Paikkakunnilla, joissa päihde- ja mielenterveyspalvelut oli yhdistetty samaan hallinnolliseen organisaatioon tai tulosityksikköön, yhdistäminen koettiin joko kielteisesti, myönteisesti tai neutraalisti.

Joidenkin haastateltavien mukaan kahden sektorin yhdistäminen saattaa vaarantaa kaikkein huono-osaisimpien päihdeongelmaisten tilannetta. Tällöin nämä kaksi sektoria eivät kasva tasapuolisesti, vaan toinen kärsii toisen kohentuessa. Muutamilla paikkakunnilla esimerkiksi mielenterveystoimissa oli paljon enemmän työntekijöitä kuin päihdehuollossa. Jotkut haastateltavista kokivat, että päihdeongelmaisten hoito kuluttaa yhteisiä määrärahoja mielenterveyspalveluista. Joissain kunnissa oli havaittu, että yhdistämisen myötä mielenterveys- ja päihdetyöntekijät etäännyivät toisistaan omien asiakkaidensa luokse ja asiakkaat jakautuivat työntekijöille mekaanisesti pääasiallisen ongelman perusteella. Keskittävässä rakenteessa esiintyy siten kahtiajakautumisen vaara. Vastaavasti koettiin, että huumeiden käyttäjien palvelut eivät saa kehittyä alkoholistien palveluiden ehdoilla eikä alkoholi- ja huumeongelmaisia voi laittaa kilpailemaan resursseista ja hoitopaikoista. Laitos- ja avohoitoa ei asetettu vastakkain, vaan niitä molempia pidettiin tärkeinä

osina hoitoprosessin kokonaisuudessa. Laitos- ja avopalvelut ovat tehokkaita kohdistettaessa ne eri asiakasryhmille heidän tarpeidensa mukaan.

Myönteisenä päihde- ja mielenterveyspalveluiden yhdistämisen kokeneet totesivat, että päihde- ja mielenterveystyön osaaminen oli kasvanut, yhteistyö syventynyt ja uudeksi työkäytännöksi oli otettu työparit. Konsultointi ja verkostopalaverit oli helppo järjestää tuttujen työntekijöiden kesken toimipisteiden fyysisen läheisyyden ja yhteisen työkuultuurin takia. Yhteinen johtoryhmä ja yhdessä tuotettu BSC-kortisto auttavat päihde- ja mielenterveystyön koordinoinnissa. Päihde-työn asema vahvistuu yhteisen organisaation myötä.

Neutraalissa näkökulmassa sektoreiden hallinnollisilla järjestelyillä ei ole vaikutusta päihde- ja mielenterveystyön keskinäiseen organisointiin ja yhteistyöhön. Yhteistyön syvyys riippuu ennemminkin työntekijöiden ”henkilökemiasta”, johtamiskäytännöistä ja yhteistyöperinteestä.

Hoitokontaktista katkoon

Päihdeongelmaisten tunnistamisen ja ongelmiin puuttumisen koetaan tuottavan vaikeuksia kuntien peruspalveluissa (mm. Kekki & Kajander 2008; Inkeroinen & Partanen 2006). Julkisuu-
dessa esiintyy myös toisinaan väitteitä hoitopaikkojen vähyydestä. Päihdebarometrin (Piispa et al. 2007) mukaan katkaisuhoidon, A-klinikoiden ja kuntouttavan laitoshoidon palvelut arvioitiin suurimmassa osassa kuntia riittäviksi. Vastaavasti tähän raporttiin haastatellut päihdehuollon edustajat ilmoittivat, että osa laitostuntoutusyksiköistä toimii vajaakäytöllä. Tässä selvityksessä kipukohtia eivät olleet hoidon tarpeen tunnistaminen tai hoitopalveluiden määrä, vaan hoitoon ohjaamisen kankeus. Mahdollisia hoitoon ohjaavia tahoja on periaatteessa useita, mutta kunnissa käytetään mahdollisuutta rajallisesti.

”Peruspalveluiden taso ja hoitoon ohjaukseen käytännöt ovat kirjavia sopimuskunnissa. Lähete- ja maksusitoumuskäytännöt kunnissa ovat hankalia ja kunnissa on portinvartijoita rajoittamassa asiakkaiden hoitoon pääsyä. Käypä hoito -suositukset eivät toteudu.”

Yhtenä suurena epäkohtana on hoitoonohjaukseen käytäntöjen kirjavuus ja jäykkyys. Haastateltavat kritisoivat hoitoonohjaus-, lähete- ja maksusitoumuskäytäntöjä. Kannatettavana käytäntönä pidetään keskitettyä hoitoonohjausyksikköä, jossa huolehditaan sekä kuntaosuuden että asiakasmaksuosuuden järjestämisestä. Kunnissa kaivataan myös yhteisesti sovittuja kriteerejä hoitoon ohjauksesta, jotta asiakkaat saisivat tasapuolisesti ja oikeudenmukaisesti tarvitsemiaan palveluita.

”Katkolle voi tulla terveyskeskuslääkärin läheteellä. Terveystieteidenhuollossa ei mietitä päihdehuollon budjettia niin kuin sosiaalitoimessa. Kuntoutukseen vaikuttaa sosiaalihuollon budjetti. Ristiriita, kun terveystoimi hoitaa ja sosiaalitoimi maksaa. Päihdepalvelut ovat pirstoutuneet sosiaali- ja terveystoimeen.”

Joissain kunnissa päihdehuollon palveluihin pääsee ainoastaan ruuhkautuneen A-klinikan kautta. Toisinaan hoitoon ohjauksen tekee terveyskeskuslääkäri. Suurissa kunnissa palveluverkosta pidetään sekavana ja hoitoon pääsyä vaikeana tästä hajanaisuudesta johtuen. Haastattelussa kannatetaan hoitoon ohjaukseen osallistuvien tahojen lisäämistä, jotta hoitoon pääsy madaltuisi ja nopeutuisi. A-klinikan, kunnan sosiaalityöntekijän ja terveyskeskuslääkärin rinnalla asiakkaan voisi ohjata hoitoon esimerkiksi työterveyslääkäri tai koulukuraattori. Usein kuntien päihdehoito ja päihdeongelmaisten tukeminen on jätetty yksittäisten lääkäreiden, sairaanhoitajien, sosiaalityöntekijöiden ja psykologien aktiivisuuden ja motivaation varaan. Kunnissa ei ole riittävästi päihdelääkäreitä ja -työntekijöitä, vaan kuntien työntekijät tekevät päihdetyötä muun työn ohella.

”Jonoja alkaa tulla ja ollaan viety viestiä kaupungille, tuloksetta. Ensikontakti asiakkaaseen saadaan, mutta siitä eteenpäin, edes hoidon tarpeen arviointiin ei pääse. Katkoon on jonoa, kuntoutukseen ei. Hoitamaton massa alkaa siirtyä hoitopalveluihin ja avohoito tukkeutuu, mutta kolmas sektori on tullut apuun. Suoritteiden määrä ei kasva, koska työntekijöitä ei ole palkattu lisää eivätkä työntekijät pysty ottamaan vastaan yhtään enempää asiakkaita. Ymmärrys on tosin lisääntynyt myös päätöksentekotasolla”.

Katkosta jatkohoitoon

Vaikka 1990- ja 2000-luvulla päihdehuollon laitoshoidosta on siirrytty yhä enemmän avohuollon ja tuetun asumisen suuntaan, päihdehuoltoa pidetään edelleen hyvin laitoskeskeisenä. Päiväkeskustoiminnassa on vahvistunut kuntouttava ote, esimerkkeinä erilaiset työ- ja ryhmätoiminnat. Haastattelussa ei esiintynyt yhtä ideaalimallia laitospäihdehuollon järjestämistavasta. Terveyskeskusten hoitoa arvostetaan, mutta erillisissä päihdekuntoutusyksiköissä tarjottavaa hoitoa kuvataan laadukkaammaksi ja niissä on mahdollisuus muun muassa vertaistukeen. Henkilökuntaa on myös tavallisesti enemmän kuin perusterveydenhuollon palveluissa. Päihdehoitoa tarjoavat haastateltavat kritisoivat sitä, että yksi laitos ei pysty hoitamaan koko aluetta, vaan heidän toimipaikkansa rinnalle tarvittaisiin vahvat peruspalvelut ja erikoistuneita erityispalveluita. Yhteisöhoitoon perustuva laitospäihdehoito ei sovi kaikille. Avustavaa henkilöstöä ei ole eikä esimerkiksi sairaanhoitajan palveluita ympärivuorokautisesti. Päihdehoitoa järjestävien mielestä asiakasnäkökulma on tärkeää ja asiakkailla tulisi olla valinnanvaraa hoitopaikkaa valittaessa (ks. terveydenhuoltolakiuudistus 2.4). Yksi joustava kuntoutustapa on Jyväskylän Seudun Päihdehoito- ja kuntoutuskeskuksessa kehitetty ryhmämuotoinen avokuntoutusohjelma, jossa aiemmin laitospäihdehoitona toteutettu perinteinen neljän viikon ohjelma voidaan suorittaa intensiivisenä 20 ryhmäpäivän mittaisena, kuuden viikon aikana tapahtuvana kurssina kotoa, asumispalveluista tai säätiön laitoshoidosta käsin, mikäli asiakkaan tilanne edellyttää ympärivuorokautista perushoitoa. Lisäksi työelämästä hoitoon ohjatuille on kehitetty oma ryhmämuotoinen 12 kerran avokuntoutusohjelma..

Hoitojatkumossa katkaisusta jatkohoitoon on suuria puutteita. Vaikka kuntoutuksessa järjestetään asiakkaalle verkostopalaveri hoitajakson päättyessä, ei kunnissa ole riittävästi jatkohoitoa tarjolla. Hoitopaikat järjestävät intervalli- ja kriisihoitoa sekä tukijaksoja varsinaisen päihdekuntoutuksen jälkeen. Jatkohoidon puuttuessa kunnissa on panostettu tuettuun asumispalveluun ja ohjattu asiakkaita vertaistukiryhmiin ja päiväkeskustoimintaan. Haastatteluiden mukaan asiakkailla on järjestynyt jonkinlainen asuntolapaikka kuntoutushoidon jälkeen, vaikka he olisivat olleet asunnottomia hoitoon tullessaan. Asumispalveluiden käytön kasvun nähdään johtuvan osittain siitä, ettei kuntoutus toimi tai jatkohoitoa ei ole saatavilla. Palveluiden kysyntä on paikoitellen johtanut siihen, etteivät asumisväljyyttä koskevat suositukset toteudu. Kuntoutumiskeskuksia arvosteltiin ”liian laitospäihdehoitona ja liian vähän kodinomaisena” eivätkä suositukset esimerkiksi asumisväljyyden osalta toteudu. Tavoitteena on lisätä hoidon ja tuen porrasteisuutta kohti itsenäisempää asumista. Jatkohoidon tarjoajina mainittiin erityisesti järjestöt, jotka tekevät kuntoutusta palvelua tarvitsevan asiakkaan kotona. Järjestöjen tarjoamat päiväkeskus- ja asumispalvelut toimivat usein hankerahoituksella, mikä hankaloittaa toiminnan kehittämistä ja pitkäjänteistä suunnittelua.

Huumehoitopalvelut

Joillain paikkakunnalla oli lakkautettu huumeiden käyttäjien hoito-osasto, katkaisuhuolto-osasto ja järjestöjen kuntoutusyksiköitä heikon kysynnän takia. Haastateltavat arvelivat, ettei hoidontarve ole vähentynyt, vaan kunnat pyrkivät säästösyistä järjestämään kyseiset hoitopalvelut itse terveyskeskuksissa. Hoitoa halutaan kustannussyistä ostaa mieluummin kuin ylläpitää omaa kuntoutusyksikköä.

”...talousahdinko, kunnat eivät ohjaa asiakkaita tai ohjaavat niin harvoin, ettei siitä kerry rahaa. Asiakkaat eivät taistele oikeuksistaan, joten heidän hoidostaan voidaan säästää”.

Hoitopaikkojen lopettamisen ohella oli nähtävissä määrärahojen väheneminen ja kilpailun koveneminen. Palveluiden kysyntä seuraa viiveellä päihdeiden kulutuksen kasvua, joten tulevaisuudessa hoitopaikkoja arvellaan tarvittavan taas enemmän. Olavi Kaukosen (2000) mukaan vuosituhannen vaihdetta on luonnehdittu erikoistuneen huumehoidon laajentumisvaiheeksi, jolloin aiemmin alkoholiongelmiin keskittyntä päihdepalvelujärjestelmää täydennettiin uudennlaisilla huumeongelmallisille suunnatuilla palveluilla. Huumeiden käyttäjien palveluihin oli siten panostettu aikaisempina vuosina ja heidän palveluntarpeensa koettiin vastaavan tarjontaa varsin hyvin. Yhtenä uutena palveluna mainittiin seudullisen matalan kynnyksen liikkuvat palvelut, joilla on tavoitettu huumeiden käyttäjiä, jotka eivät ole aikaisemmin onnistuneet kiinnittymään hoitopalveluihin tai joilla ei ole aikaisempia hoitokokemuksia. Huumeiden käyttäjiä koskevat hankkeet suuntautuvat korvaushoidon kehittämiseen sekä terveysneuvontapisteiden perustamiseen. Haastateltavien mukaan huumeiden käyttäjien määrä tai asiakkuudet hoitopalveluissa eivät ole vähentyneet kunnissa. Asiakkuudet siirtyvät hyvin hitaasti ja harvoin päihdehuollon erityispalveluista kuntien peruspalveluihin. Tähän vaikuttavat osaltaan kielteiset asenteet huumeiden käyttäjiä kohtaan ja pelko asiantuntemuksen riittämättömyydestä. Haastateltavien mukaan opiaattiriippuvaisten lääkkeellinen korvaushoito ei ole siirtynyt toivotulla tavalla terveyskeskuksiin, samoin kuin ajokelpoisuuden arvioinnit tehdään edelleen useimmiten A-klinikoilla.

6.2 Visioita päihdehuollon muutoksista

Jotkut haastateltavista näkivät päihdepalveluiden eriarvoistuvan ja asiakkaita luokiteltavan ”toisen luokan kansalaisein ja prima-asiakkaisiin” sen mukaan, keitä kannattaa hoitaa. Kahtiajaon nähdään tapahtuneen jo psykiatriassa. Päihdehuollossa kehityksen ensimerkkejä on myös havaittavissa, sillä asiakaskuntaan on tullut itse hoitonsa kustantavia hyväosaisia henkilöitä, samoin työnantajat maksavat työntekijöidensä hoitoja. Vaikka kuntien päihdetyötä tekevät viranomaiset asennoituvat päihdeongelmaksiin suopeasti, kahtiajakautunut asennoituminen esiintyy kunnan muiden viranomaisten ja päättäjien kohdalla paikallisesti ja valtakunnallisesti. Marginaalissa olevat tippuvat palvelujärjestelmän ulkopuolelle eivätkä kunnat pidä heidän kuntouttamistaan ensisijaisena. Yhteiskunnalliset arvot ovat koventuneet, mikä on aiheuttanut yleistä kurjistumista. Valtakunnan tasolla ei panosteta riittävästi päihdeasiakkaiden aseman heikkenemiseen ja politiikassa esiintyy yhä kovempia asenteita huono-osaisia kohtaan. Päihdepalvelut eivät vaadi kovia satsauksia valtakunnallisesti, joten palvelutilanteen korjaaminen edellyttää ainoastaan poliittista tahtoa.

Esimerkki: Mainiemen työntekijöiden visioita päihdetyön muutoksista

Kuntoutustoiminta tulee muuttamaan avopainotteisemmaksi ja tämä asettaa suuren haasteen kuntien päihdetyölle, päihdekuntoutuslaitoksille ja päihdetyön erityisosajille. Kuntien on muutettava palvelurakenteitaan ja toimintamuotojaan yhteistyössä palveluntuottajien kanssa. Verkostomaiset työskentelymallit tulevat entistä suurempaan rooliin. Yksi ratkaisu löytyy jalkautuvan työntekijän mallista, jossa päihdetyön asiantuntija menee mukaan päihdeasiakkaan verkostoon yhtenä toimijana tai toimii perustyön konsulttina päihdeasioissa. Arviointiosaamisen merkitys kuntoutumisen onnistumisen ja työn kehittämisen kannalta nousi merkittävänä tekijänä esiin tulevaisuuden kehityslinjana. Asiakkaan tilanearvio on pystyttävä tekemään entistä paremmin, samoin myös oman toiminnan ja menetelmien arviointi on osattava liittää yhteen asiakkaassa tapahtuvan muutoksen kanssa. Palvelujen tuottajien odotetaan sovittavan palvelunsa liittyviksi kunnan omaan palveluketjuun. Markkinoihin liittyvien kehitysnäkymien mukaan lisääntyvät kilpailutusveloitteet sosiaali- ja terveyspalvelujen hankinnassa muokkaavat palvelujen tuottamisen sisältöä ja toimintaympäristöjä yhä syvemmin markkinalähtöisiksi, mikä luo uudennlaisia suhteita eri toimijoiden välille. Palveluyrittäjät ja -yritykset ovat kilpailijoita ja mahdollisia yhteistyökumppaneita sekä

sopimushankkijoita. http://www.paihdekehitys.fi/tiedostot/tulevaisuuden_muis-telu_mainiemi_raportti2.pdf

Sosiaalityön osuuden ja osaamisen on todettu (Leinonen 2008; Kaukonen 2005) marginalisoituvan hoidollisuutta korostavassa päihde- ja mielenterveystyössä. Tätä raporttia varten tehdyissä haastattelussa nousi esiin vastaava muutos. Päihdehuollossa todettiin yhteisöhoidollisuuden ja sosiaaliseen tukeen perustuvan hoidon vähenevän lääkehoidon kustannuksella. Muutama haastateltava kertoi sosiaalityön panoksen vähentyneen mielenterveystoimessa, sillä sosiaaliohjaajan tilalle on esimerkiksi palkattu sairaanhoitaja. Sosiaalityön vahvistamista kaivataan sekä aikuis- että lastenpsykiatria. Toisaalta terveystoimessa on havaittu asiakkaan elämäntilanteen merkitys kuntoutuksen kannalta ja opittu kysymään myös asiakkaan sosioekonomisesta tilanteesta.

Kilpailutukseen suhtauduttiin kaksijakoisesti: toisaalta rehti kilpailu koettiin myönteiseksi asiaksi laadun kannalta, mutta toisaalta pelättiin hinnan vaikuttavan laatua enemmän palvelun-tilaajan valinnoissa. Joidenkin haastateltavien mielestä uusilla pienillä päihdepalveluja tuottavilla yrityksillä ei ole välttämättä riittävää ammattitaitoa. Kuntien hankinnoissa ei ole riittävästi osaamista kilpailutuksesta ja tarjouksia valitaan mielikuvien perusteella. Palveluiden tuottajien mielestä kunnat priorisoivat hintaa laadun sijaan eivätkä ole valmiita maksamaan tietynhintaisia palveluita. Pohjanmaa-hankkeessa on havaittu, että sirpaleisessa palvelujärjestelmässä vallitsee tuottajien markkinat, eivätkä tehokkuus ja laadukkuus ole keskeisellä sijalla. Kilpailutusta pidetään myös kalliina järjestelynä. Osa haastateltavista totesi kilpailua esiintyneen aina ja kohdistuneen ennen Raha-automaattiyhdistyksen rahoitukseen. Olavi Kaukosen (2005) mukaan kunnat ovat menettäneet sisällöllistä ohjausotettaan ja päihdepalvelujen sisällöllistä asiantuntemusta, kun niille on kilpailutuksen myötä jäänyt enenevästi pelkästään palvelujen tilaajan ja maksajan rooli.

Alla olevaan taulukkoon on koottu haastatteluissa esiintyneitä näkemyksiä päihdetyön nykytrendeistä ja tulevaisuuden haasteista. Suurin osa tulevaisuuden näkymistä oli myönteisiä. Kielteisenä kehityksenä pidettiin erityisesti lääkehoidon roolin kasvua ja yhteisöhoidollisen hoito-orientaation vähenemistä. Haastateltavien mukaan päihdeasiakkaiden hoidossa tarvitaan sekä lääkehoitoa että yhteisöllisyyttä. Lääkehoidon tarve on suuri varsinkin hoitoprosessin alussa, mutta pitkäkestoisessa hoidossa nähdään vaarana sosiaalisen ja hoidollisen tuen väheneminen lääkehoidon jäädessä merkittävimäksi hoitosuhteessa. Avohoitopainotteisuudella nähtiin olevan sekä hyviä että huonoja puolia. Haasteista ajankohtaisin oli haastateltujen mielestä päihde- ja mielenterveystyön osaamisen ja toisaalta yhteistyön vahvistaminen. Päihdepalveluihin kaivattiin psykiatrista osaamista, jotta pystyttäisiin paremmin kohtaamaan kaksoisdiagnoosipotilaiden tarpeet. Osa asiakkaista tarvitsee laitoshoidoa, ja sillä on tärkeä merkitys myös yhteisöllisyyden kannalta.

Taulukko 4. Yhteenveto päihdetyön nykytrendeistä ja tulevaisuuden haasteista

Nykytrendi	Haasteet
Jalkautuva työ	Hankkeiden siirtäminen pysyväksi toiminnaksi
Lääketeollinen orientaatio	Hoitoonohjaus
Teknologian käyttö, esim. videoyhteydet	Päihdepalveluiden ja lastensuojelun yhtymäkohdat
Kumppanuudet ja sopimukset	Toiminnallinen hoito-ote
Verkostotyö	Lääkäripula ja henkilöstöresurssit
Avohoito laitoshoidon sijaan	Erityispalveluiden toimivuus peruspalveluiden kanssa
Tuettu asuminen	Toiminnan arviointi ja kehittämistyö
Kilpailutus ja tuotteistaminen	Tarpeeseen vastaaminen vs. "sitä tehdään, mistä saa rahaa"
Ehkäisevä päihdetyö	Psykiatrin osaaminen

6.3 Politiikka- ja kehittämisohjelmien tavoitteet ja käytännön todellisuus

Tämänhetkissä politiikkaohjelmissa ja sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmissa nousee kansalaisten hyvinvoinnin lisäämisen ohella kolme muuta tavoitetta: sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaaminen, riittävyys ja työhyvinvointi, palveluiden laatu sekä kustannukset. Asiakasnäkökulmaa sivutaan useissa ohjelmissa ja se kulkee ohjelmissa sisäänrakennettuna, välillisenä tavoitteena. Kaikissa ohjelmissa käsitellään päihdehuoltoa ja päihdeongelmaisia henkilöitä. Päihdehuollon erityiskysymykset koskevat päihde-, työterveys- ja mielenterveystyön yhtymäkohtia sekä päihdepalvelujen hajanaisuutta. Ohjelmissa nostetaan esiin päihteiden käyttäjät lasten vanhempina, työntekijöinä ja ikääntyneinä palveluiden tarvitsijoina. Ohjelmissa huomioidaan päihde- ja mielenterveysongelmien aiheuttamat haitat asiakkaille itselleen, heidän läheisilleen ja työyhteisöjen hyvinvoinnille sekä haasteet palveluiden tarjoajille.

Käytännön todellisuus on ristiriitainen politiikka- ja kehittämisohjelmien tavoitteiden kanssa. Kunnissa olevat ratkaisemattomat heikkoudet koskevat erityisesti työntekijäresursseja ja lääkäripulaa sekä psykiatrisen osaamisen puutetta. Haastateltavien mukaan entistä huonokuntoisempia päihdeasiakkaita hoidetaan entistä vähäisemmällä työntekijäresursseilla.

Resurssit heijastuvat myös päihdekuntoutusten keston, jatkohoidon järjestämiseen ja kuntoutuksen sisältöön, kuten ryhmätoiminnan ja muun ohjatun toiminnan monipuolisuuteen. Kukaan haastatelluista ei kuitenkaan miellä, että hoidon laatu olisi heikentynyt, vaan hoito- ja tukimuodot ovat yksipuolistuneet. Asiakkaat eivät pääse riittävän usein työntekijän vastaanotolle eivätkä he saa tarpeeksi tukea sosioekonomisiin ongelmiinsa. Työntekijävajeen lisäksi palveluiden saatavuutta heikentävät lähetekäytännöt sekä hoitoon pääsyn kynnykset, kuten huonot aukioloajat ja välimatkat (ks. kynnyksistä Inkeroinen & Partanen 2006, 44). Haastateltavien mukaan palveluiden laatu on huomion kohteena jatkuvasti. Hoitopaikoissa ja hankkeissa laaditaan laatukriteerejä ja henkilökunnalle järjestetään laadun kehittämispäiviä. Sopimus- ja jäsenkunnat edellyttävät hoidolta laatua ja näitä kysymyksiä käsitellään myös erilaisissa johtoryhmissä. Päihdetyön vaikuttavuutta ei erityisemmin käsitelty haastatteluissa.

Haastateltavien näkemys asiakaskeskeisyyden asemasta päihdehuollossa vaihtelee seutukunnasta tai hankkeesta riippuen. Joidenkin mielestä päihdehoito on mennyt asiakaskeskeisempään suuntaan ja toisten mielestä asiakaskeskeisyys on päinvastoin vähentynyt. Myönteinen asiakasnäkökulma ilmenee asiakkaan elämäntilanteen kokonaisvaltaisessa huomioimisessa ja yksilöllisten palveluketjujen rakentamisessa. Asiakasnäkökulma heikkenee kunnan päättäessä asiakkaan puolesta, mihin hoitopaikkaan hänet ohjataan.

Sekä päihde- että mielenterveysongelmista kärsivien asiakkaiden osalta nähdään tärkeäksi tarjota palveluita yhteen sovitetusti, ei erillisinä ja peräkkäisesti toteutettuina. Avohoidossa tämä edellyttää konsultaatiokäytäntöjen, työparityöskentelyn ja muiden yhteistyömallien kehittämistä. (Stakes 2007, 21.) Niin politiikka- ja kehittämisohjelmissa kuin aikaisemmissa tutkimuksissakin korostetaan jalkautuvien palveluiden ja palveluohjauksen merkitystä päihdetyössä. Kunnissa on järjestetty jalkautuvia palveluita erityisesti huumeiden käyttäjien tavoittamiseksi sekä niin kutsuttujen päihdeperheiden ja päihde- tai mielenterveyskuntoutuksesta kotiutuvien henkilöiden tukemiseksi. Liikkuvat palvelut hyödyttävät myös kunnan peruspalveluiden työntekijöiden jakamista ja osaamista. Päihde- ja mielenterveystoimen työntekijät voivat esimerkiksi konsultoida muita viranomaisia ja osallistua verkostopalaverihin. Liikkuvat palvelut ovat ensisijaisen tärkeitä turvattaessa päihdetyön erityispalveluiden säilymistä lähialueilla. Liikkuvat työntekijät voivat vastata palveluohjauksesta tai se voi sisältyä kunnan sosiaali- ja terveyspalveluissa tehtävään perustyöhön. Palveluohjaus on merkittävä työtapo syrjäytyneiden päihdeongelmaisten tavoittamiseksi sekä palveluketjujen turvaamiseksi kaikissa päihde- ja mielenterveysongelmaisten asiakasryhmissä.

6.4 Seudullisuus päihdepalveluissa

Tässä luvussa tarkastellaan päihdehuollon nykyisiä seudullisia toteuttamismalleja, edellisellä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiskaudella käynnistettyjä laajoja mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishankkeita ja niistä saatuja kokemuksia päihdepalveluiden seudullisesta kehittämisestä sekä Paras-hankkeen myötä jatkunutta seudullista kehitystä.

6.4.1 Päihdehuollon seudullisia järjestämistapoja

Päihdehuollon palveluita tuotetaan nykyisin hyvin eri tavoin kunnan omana toimintana, yhteistyössä A-klinikkasäätiön kanssa, kuntayhtymissä, päihdepalvelusäätiöissä tai ostosopimuksilla muiden järjestöjen ja yksityisten yritysten kanssa (ks. Kuntaliitto 2008). Esimerkiksi A-klinikoita (n = 75) kunnallisia on 61 ja A-klinikkasäätiön ylläpitämiä 14. A-klinikkasäätiöllä sopimus kaikkiaan noin sadan kunnan päihdepalveluiden tuottamisesta. Päihdehuollon laitospalveluja tuottavia kuntayhtymiä on kolme, ja niissä jäsenkuntien määrä vaihtelee 24–71 välillä. Laitoskatkaisu- ja kuntoutusyksiköiden taustatahoina ovat useimmiten säätiöt, järjestöt ja yksityiset palveluntuottajat.

Kunnan omana toimintana toteutettujen päihdepalveluiden lisäksi päihdepalveluja tuotetaan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymissä (ks. tarkemmin liite 1). Kainuun maakunta-kuntayhtymässä päihde- ja mielenterveyspalvelut on koottu yhdeksi kokonaisuudeksi aikuisten mielenterveys- ja riippuvuuksien hoitoyksikössä. Hoitopalvelut toteutetaan valtaosin seudullisesti avohoitopainotteisina lähipalveluina, joita päihdeongelmien osalta toteuttaa Kainuun A-klinikka ja kuntiin sijoittuvat työntekijät. Myös päiväkeskustoiminta on osa A-klinikan toimintaa. Laitosmuotoista päihdekatkaisuhoitoa tarjoavat terveyskeskussairaalat, joihin voi hakeutua kaikista kunnista terveyskeskusten päivystävien lääkäreiden kautta. Pitempiä aikaista laitospalveluita ostetaan päihdehoitolaitoksista. Kainuussa on suunniteltu oman päihdehoitoyksikön perustamista, joka vastaisi seutukunnassa katkaisuhoidoista ja pidemmistä kuntoutusjaksoista. Toisena esimerkkinä sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymästä on Päijät-Hämeen kuntayhtymä, joka perustettiin vuonna 2007. Kuntayhtymän alaisuudessa toimii kuntien ylläpitämä peruspalvelukeskus, joka tuottaa kunnille sosiaali- ja perusterveydenhuollon lähi- ja keskitetyt palvelut. Sosiaali- ja terveystieteillä on päihdepalveluiden yleinen koordinaatiovastuu. Päihdepalveluja toteutetaan avopalveluina sosiaali- ja perusterveydenhuollon toimialalla päihde- ja mielenterveys-palvelulinjalla, ja niitä hankitaan kumppanuussopimus pohjaisesti Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden alueella toimivista kaikista kolmesta päihdehuollon kuntayhtymästä, järjestöiltä ja yhdistyksiltä.

Suomessa toimii tällä hetkellä kaksi päihdepalvelusäätiötä (ks. tarkemmin liite 2). Jyväskylän seudun Päihdepalvelusäätiö perustettiin vuonna 2002 ja Kuopion Päihdepalvelusäätiö vuonna 2005. Perustajina ovat kunnat, sairaanhoitopiiri sekä paikalliset ja valtakunnalliset järjestöt. Kunnat tuottavat itse päihdehuollon peruspalveluita ja säätiö tuottaa alueellisesti sosiaalihuollon erityispalvelutyyppejä päihdehuollon palveluita sekä myös erikoissairaanhoidon vastuulla olevista päihdepalveluista. Jyväskylässä tuotetaan lisäksi säätiötyyppisesti myös työhön kuntoutuvien, vammaisten ja ikääntyneiden palveluja, ja tällä hetkellä alueella on meneillään säätiöiden yhteistoiminnan kehittäminen. Yhteistä säätiömuotoisesti toteutetuille sosiaalihuollon erityispalveluille on se, että niitä tuotetaan erityisryhmille, jotka ovat usein yhteiskunnassa heikossa asemassa ja syrjäytymisvaarassa, jolloin säätiöiden perustajina olevat kunnat, sairaanhoitopiirit ja järjestöt yhdessä muodostavat vahvan, sekä arkikokemuksesta että ammatillista erityisasiantuntemusta sisältävän palvelukokonaisuuden. Palvelujen käytön ohella tärkeässä roolissa ovat yhteisölliset tukimuodot ja vertaistukijärjestelmät.

Päihdepalveluja ja niiden kehittämistä toteutetaan myös kumppanuussopimuksen pohjautuvana muun muassa Hämeenlinnan alueella ja uuden Salon kunnan ja uuden Kouvolan kunnan alueella (ks. tarkemmin liite 3). Kumppanuussopimukset on solmittu A-klinikkasäätiön kanssa. Kumppanuussopimuksissa on sovittu palvelukokonaisuuksien tuottamisesta suoritepohjaisten palveluiden tuottamisen sijaan. Kunnan kanssa tehtävässä yhteistyössä painotetaan päihdepalveluiden laatua ja vaikuttavuutta. Kuntien oman ja asiakasmaksuista tulevan rahoituksen lisäksi kehittämistyöhön on käytettävissä A-klinikkasäätiön ja Raha-automaattiyhdistyksen järjestöille myöntämää kehittämisrahoitusta.

Suomessa on tällä hetkellä kolme päihdehuollon kuntayhtymää (Hämeen, Itä-Suomen ja Uudenmaan päihdehuollon ky., ks. tarkemmin liite 4), joihin kuuluu noin kolmannes kunnista. Niiden tehtävänä on päihdehuollon erityispalveluiden tarjoaminen laitos- ja avokuntoutuksen keinoin. Painotukset avo- ja laitosmuotoisten päihdepalvelujen tuottamisessa vaihtelevat kuntayhtymissä. Kaikilla kolmella kuntayhtymällä on monipuolisia laitosmuotoisia päihdepalveluja tuottava yksikkö. Hämeen päihdehuollon kuntayhtymä painottaa sopimukseen ja ennakoitiin pohjautuvaa palveluntuotantoa ja laaja-alaista alueen kuntien päihdepalvelujen kehittämistoimintaa. Itä-Suomen päihdehuollon kuntayhtymä tarjoaa perinteisten päihdepalvelujen lisäksi työelämä-, valmennus- ja työharjoittelupaikkoja työvoimatoimistojen päihdekuntoutujille. Uudenmaan päihdehuollon kuntayhtymä tarjoaa monipuolisia laitosmuotoisia päihdepalveluja kriisihoidosta iäkkäiden ja vajaakuntoisten palveluihin.

Muita seudullisia palveluiden järjestämistapoja löytyy sekä uusissa muodostuvissa kunnissa että jo vakiintuneissa alueellisissa palveluiden tarjonnassa (ks. tarkemmin liite 5). Uusista kunnista Salon kunta yhdistää uuden kunnan sosiaali- ja terveystoimen perusturvatoimialaksi. Sen osana on psykososiaalisten palveluiden tehtäväalue, johon kuuluvat myös päihdepalveluiden koordinaatio. Osa päihdepalveluista tuotetaan peruspalveluina terveyskeskuksissa ja tulevaisuudessa myös päihdekatkaisuhoidojen toteuttamista suunnitellaan siirrettäväksi peruspalveluille. Salon kunta tekee tiivistä yhteistyötä säätiöiden ja järjestöjen kanssa, ja on solminut kumppanuussopimuksen päihdehuollon avomuotoisten erityispalveluiden tuottamisesta A-klinikkasäätiön kanssa. Ammattilaisten antamien palveluiden rinnalla kehitetään vertaistukitoimintaa. Kymessä päihdepalvelujen toteuttajana toimii A-klinikkasäätiö, joka tuottaa monipuolisia avo- ja laitosmuotoisia päihdehuollon erityispalveluja sekä kehittää ehkäisevää ja varhaisvaiheen päihdetyötä. Oulussa puolestaan päihdepalveluiden järjestämis- ja tuottamisvastuu on Oulun kaupungilla. Oulun kaupungin päihdepalveluilla on keskeinen rooli päihdehuollon erityispalvelujen tuottajana ja päihdepalvelujen kehittäjänä koko Oulun seudun alueella. Päihdepalvelut pyritään profiloimaan entistä enemmän seudullisiksi palveluiksi Oulun ympäristössä. Osa palveluista hankitaan myös ostopalveluina. Etelä-Savossa päihdepalvelut tuotetaan seutukunnittain niin, että päihdehuollon erityispalvelut tukevat kuntien omia avopalveluita. Monella paikkakunnalla toimii sektorirajat ylittävä päihdetyön kehittämis- ja suunnitteluryhmä.

Järjestämistapojen keskinäinen vertailu on vaikeaa, vaikka niissä esiintyykin joitain laadullisia eroja. Kustannusvertailua vaikeuttaa se, että päihdepalvelut edustavat kunnan koko talouden kannalta pientä osuutta. Resurssit ja hallinnon byrokraattisuus ovat eräitä erottavia tekijöitä. Haastateltavien mukaan kunnat kannattavat kuntayhtymää osakeyhtiön tai säätiön sijaan, koska ne haluavat itse osallistua päätöksentekoon. Järjestämistavasta riippumatta haastateltavat olivat sitä mieltä, että seudullisuus ja suuret yksiköt mahdollistavat päihdetyön kehittämisen, laadun ja erikoistumisen.

Muutama haastateltava piti ulkopuolista palveluntuottajaa, kuten A-klinikkasäätiötä tai päihdesäätiötä, neutraalina tahona, johon ei kohdistu samanlaisia jännitteitä kuin kuntiin kohdistuu esimerkiksi isäntäkuntamallissa. Isäntäkuntamallin heikkouksiksi on aikaisemmin (Lindström 2007) todettu se, että se tuottaa hallinnollista sekavuutta monine lautakuntineen, ja lisäksi keskeisenä pidetty palvelujen kehittäminen ja uudelleensuunnittelu jää puolinaiseksi. Vastaavasti

päihdehuollon kuntayhtymää pidetään puolueettomana toimijana, joka sijoittuu yksityisen ja kunnallisen toiminnan välimaastoon. Kuntayhtymissä on heikoimmat mahdollisuudet kehittää toimintaa tai käynnistää hankkeita esimerkiksi Raha-automaattiyhdistyksen rahoituksella.

Päihdepalvelusäätio on esimerkki yhteistoimintaorganisaatiosta, joka perustuu julkisen ja kolmannen sektorin yhteistyöhön. Toiminnan lähtökohtana on palvelujärjestelmien kehittäminen ja palveluiden tuottaminen asiakkaiden näkökulmasta. Päihdepalvelusäätion kaltainen yhteistoimintajärjestelmä onkin nähtävä yhtenä ratkaisuna, jonka avulla kunnat pystyvät hoitamaan paremmin yhteiskunnalliset velvollisuutensa ja järjestöt pystyvät vaikuttamaan siihen, että päihdetyötä tehdään asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. Asiakkaiden kannalta järjestöt nostavat huono-osaisimpien palveluntarpeita esiin ja tuovat heidän näkökulmaansa esiin hallintoelimissä, joissa järjestöt ovat jäseninä. Järjestöt ovat tiiviisti mukana kehittämistoiminnassa. Yhteistoimintaorganisaatioissa kuntien ja järjestöjen edustajat voivat myös osallistua päätöksentekoon, koska he kuuluvat organisaation hallinnollisiin elimiin, hallitukseen ja valtuuskuntaan. Säätiöiden etuna pidetään byrokratian vähyyttä ja hallinnon keveyttä. Joustavuus näkyy esimerkiksi toimitilamuutoksissa, kirjanpidossa ja taloudenhoidossa. Kirjanpito, palkkahallinto ja atk-asiat voidaan kilpailuttaa, ja ne voidaan ostaa halvemmalla kuin mitä ne kaupungin palveluina maksaisivat.

Jotkut haastateltavat kokivat, että päihdehuollon kuntayhtymässä on heikommat taloudelliset resurssit kuin muissa järjestämistavoissa. Toisaalta esimerkiksi Mainiemessä on työntekijöitä enemmän kuin mitä laatusuosittavat ja päihdehoitoihin on jonoa useiden muiden kuntoutuslaitosten kärsiessä asiakaspulasta. Toiseksi päihdehuollon kuntayhtymän vähäisten rahojen käytöstä on päättämässä runsaslukuinen joukko eli niiden hallinto on varsin byrokraattinen ja raskas⁶. Raskas byrokratia on myös kallis kokouspalkkioineen ja matkakuluineen, sillä Suomen kolmessa päihdehuollon kuntayhtymässä on 24–71 kuntaa. Hyvänä puolena pidetään demokraattisuutta ja sitä, että kunnat saavat äänensä kuuluviin, mutta demokraatialla on siten myös varjopuolensa. Päihdehuollon kuntayhtymässä uskotaan saatavan tehtyä päätöksiä paremmin kuin jos jokaisen kunnan kanssa tehtäisiin erikseen sopimukset. Demokraattisuuden lisäksi hallinto on varsin poliittinen, sillä kuntayhtymän hallituspaikat määräytyvät kunnallisvaalien perusteella. Hallituksen jäsenet ovat puolueiden edustajia, luottamusmiehiä tai johtotason henkilöitä. Edustajat vaihtuvat hallinnossa siten neljän vuoden välein. Haastatteluissa nousi myös esiin kanta, ettei päihdehuollon kuntayhtymä ole kalliimpi kuin muutkaan järjestelyt ja mahdollisuus demokraattiaan on teoreettinen.

Kunnan tuottamien palveluiden etuna on mahdollisuus kehittää palveluja kiinteänä osana muuta palvelujärjestelmää, mutta heikkoutena saattaa olla kunnassa olevan väestöpohjan riittämättömyys tarjota riittävän monipuolisia palveluja. Myös päihdehuollon kuntayhtymissä ja päihdepalvelusäätioissä kunnat ovat jäseninä, mutta kuntien vaikutusvalta ei kuitenkaan ole niin suuri kuin kunnan kokonaan omistamissa palveluissa. Päihdehuollon erityispalveluita eniten tuottavalla A-klinikkasäätioillä on vahvuutenaan pitkän toiminta-ajan kuluessa kertynyt laaja-alainen päihdetyön asiantuntijuus, ja kuntien kanssa tehtävien kumppanuussopimusten etuna on kunnan vahva osallistuminen palveluiden laadun ja vaikuttavuuden kehittämiseen.

6. Kuntayhtymän ylintä päätösvaltaa käyttää yhtymävaltuusto, johon kunkin jäsenkunnan valtuusto valitsee yhden varsinaisen jäsenen ja yhden varajäsenen. Yhtymähallitus vastaa kuntayhtymän hallinnosta ja taloudenhoidosta sekä yhtymävaltuuston päätösten valmistelusta, täytäntöönpanosta ja laillisuuden valvonnasta sekä muista kuntalaisia, perussopimuksessa sekä muissa säännöissä sille määrättyistä tehtävistä. Perussopimuksen mukaisesti yhtymähallitus valitaan kunnallisvaalikaudeksi. Yhtymävaltuusto valitsee tarkastuslautakunnan, jonka jäsenet ja varajäsenet ovat myös yhtymävaltuuston jäseniä.

Taulukko 5. Päihdepalveluiden organisointitavat ja niiden vahvuudet ja heikkoudet palvelujärjestelmän kehittämisen kannalta

	Kunnan järjestämät palvelut	Päihdehuollon kuntayhtymä	Päihdepalvelusäätiö	A-klinikkasäätiö	Muut hoito- palveluiden tuottajat (järjestöt, kunnat)
Suhde kuntaan	Järjestäjä ja tuottaja	Jäsen	Jäsen	Ulkopuolinen palvelun tuottaja, kumppani	Ulkopuolinen palvelun tuottaja
Hallinto	Osana kunnan hallintorakennetta	Erillinen, melko raskas hallintoorganisaatio	Erillinen, ohut hallintoorganisaatio	Erillinen, ohut hallintoorganisaatio	Erilliset hallintoorganisaatiot
Yleisyys	Useimmiten kunta järjestää ja tuottaa avopalvelut	Kolme kuntayhtymää, kuntia 24–71 /kuntayhtymä	Kaksi (Jkl, Kuopio)	Sopimuksia n. 100 kunnan kanssa	Ei tietoa
Rahoituspohja (Palvelut/ Kehittämistyö)	Kunta / Kunta, valtionavustukset	Kunta / Kunta, valtionavustukset	Kunta / Kunta, valtionavustukset, RAY	Kunta / A-klinikka-säätiö, RAY, kunta	Kunta/ Järjestöt: RAY
Palvelut	Kunnan päihdehuollon avopalvelut, jossain määrin laitospalveluja	Päihdehuollon alueelliset erityispalvelut, työhön valmennuspalvelut yms.	Päihdehuollon avo- ja laitostuotoisia erityispalveluja, kehittämistyö	Kumppanuus-sopimus pohjaisia päihdehuollon erityispalveluja avo- ja laitospalveluina, alueellinen kehittäminen	Erlaisia kohdennettuja palveluja
Vahvuudet	Yhtenäinen hallintorakenne palvelujärjestelmää kehitettäessä	Laaja väestöpohja	Kunnat mukana, monitoimijaisuus, alueellinen erityisosaaminen, alueellinen kehittäminen	Valtakunnallinen ja alueellinen erityisosaaminen, monipuoliset palvelut	Palveluiden monimuotoisuus
Heikkoudet	Väestöpohjan riittävyys erityisosaamisen kehittymiselle	Suppea tehtävä, rajoittuminen laitoshoidon	Palvelujärjestelmän kokonaisuuden kehittämisen haasteellisuus, resursointi	Palvelujärjestelmän hallinnollisen kehittämisen haasteellisuus	Tuotettavien palveluiden sisältäminen hoitojatkumoon

6.4.2 Mielenterveys- ja päihdepalvelujen seudulliset kehittämishankkeet

Päihde- ja mielenterveyspalveluita on pyritty tuomaan lähemmäs toisiaan laajoissa mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämishankkeissa (ks. tarkemmin liite 6). Osa hankkeista on painottanut mielenterveys- ja päihdepalveluiden samanaikaista kehittämistä, osassa painotus on ollut enemmän päihde- tai mielenterveyspalveluissa. Tähän raporttiin on nostettu sellaisia suurempia kehittämishankkeita, joissa painotuksena on ollut joko mielenterveys- ja päihdepalvelujen samanaikainen kehittäminen tai päihdepalveluiden kehittäminen.

Vantaan Sateenvarjo-hanke on kehittänyt perusterveydenhuollossa tehtävää mielenterveys- ja päihdetyötä osana laajempaa seudullista mielenterveys- ja päihdepalveluiden kokonaismallia. Tavoitteena on ongelmien tunnistaminen ja matalan kynnyksen hoidon aloittaminen kaikissa ikäryhmissä nykyistä aikaisemmassa vaiheessa erityisesti depression ja alkoholin suurkulutuksen osalta. Työssä on korostettu moniammatillisuutta sekä perus- ja erikoispalveluiden yhteistyötä. Työmuotoja, joita hankkeessa on kehitetty, ovat lapsiperheiden depression tunnistaminen ja hoito neuvolatyössä, nuorten vakavan masennuksen ennaltaehkäisy kouluterveydenhuollossa, kotihoidon tehostettu mielenterveys- ja päihdetyö, terveyskeskuksen depressio- ja päihdehoitamallit sekä konsultoivan psykiatrin työmalli.

Laajassa ja pitkäaikaisessa Pohjanmaa-hankkeessa painopisteenä on ollut paikallisen hyvinvointipolitiikan kehittäminen, sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden integroitu kehittäminen sekä poikkihallinnollinen kehittämistyö. Päihde- ja mielenterveystyössä on kehitetty päihde- ja

mielenterveysstrategiatyötä, kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoa, psykiatrisen ja päihdekuntoutuksen tarpeen tunnistamista ja arviointia, avohoitokeskeistä, laadukasta ja vaikuttavaa kuntoutusta, kotikuntoutuksen muotoja, kuntouttavan työtoiminnan monipuolisuutta ja laadukkaan kuntouttavan asumisen alueellista kattavuutta. Käyttöön otettuja varhaisen puuttumisen toimintamalleja ovat mielenterveyden ensiapukoulutus, varhainen puuttuminen (Varpu-malli), lastensuojelun tarpeen alkukartoitus (Baro), mini-interventio peruspalveluissa, nuorten miesten syrjäytymisen ehkäisyä kuntien, puolustusvoimien ja siviilipalvelukeskuksen yhteistyössä (Aikalisä) sekä vastuullinen alkoholinmyynti.

Lapin mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishankkeessa on nostettu esille aikuisväestön mielenterveys- ja päihdepalveluiden sekä lasten ja nuorten psykososiaalisten erityispalveluiden kehittäminen. Hankkeessa vahvistetaan seudullisen yhteistyön edellytyksiä Lapin erityisolosuhteet huomioiden. Kuntien perustoimintojen tukemista sekä työterveyshuollon ja kolmannen sektorin toimintaa on kehitetty tiiviissä yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa. Päihdeongelmaisten tukeminen on ollut usein yksittäisten työntekijöiden aktiivisuuden varassa ja suuri vastuu päihdeongelmaisten hoidosta on ollut mielenterveystoimistoilla. Pienten kuntien kannalta keskeisiä kehittämisalueita ovat alkoholisairauksien ja katkaisuhoidojen oikea porrastus ja ajoitus, kohtuuhintaisen ja kokonaisvaltaisen kuntoutustoiminnan säilyttäminen ja kehittäminen sekä päihdepsykiatristen valmiuksien lisääminen tarvetta vastaavaksi. Hankkeessa painottuvat hoitoketjujen kehittäminen sekä depression varhainen toteaminen ja puuttuminen. Pitkäaikaissairaiden tukemiseksi kehitetään alueen kuntoutus- ja asumispalveluita. Mielenterveyspalveluiden suunnittelussa huomioidaan potilaiden, omaisten ja lähiverkoston tukeminen sekä mahdollistetaan heille hoitoprosessiin osallistuminen.

Itä-Uudellamaalla on kehitetty seudullisia päihdepalveluja. Siinä on kartoitettu alueella tarjottavia päihdehuollon erityispalveluja ja esitetty päihdepalveluiden kehittämistä muun muassa perustamalla katkaisuhoidoasema ja selviämisasema. Projektissa painotetaan päihdehuollon sekä somaattisen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon työntekijöiden yhteistyötä, perusterveydenhuollon kehittämistä päihde- ja mielenterveyshoitajien työmalleilla ja päihdehuollon erityispalvelujen työntekijöiden liikkuvuuden lisäämistä ja asumispalveluiden kehittämistä.

Lappeenrannan PPS-hankkeessa kehitettiin erityisesti varhaista päihdeongelmiin puuttumista mini-interventiotaitojen vakiinnuttamiseksi työkäytäntöihin, katkaisu- ja vieroitushoitoa sekä perus- ja erityis- että avo- ja laitoshoidossa, päihdepsykiatrisen osaamisen sekä tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen kehittämistä osana seudullisia päihdehuollon erityispalveluja sekä asumispalveluja lisäämällä päihdehuollon tuettujen ja valvottujen asumispalveluiden seudullista saatavuutta sekä valmistelemalla vaikeasti asutettavien päihdeongelmaisten tukiasumisen toimintamallia.

Ylä-Savon mielenterveystyön ja päihdehuollon kehittämishankkeessa on organisoitu uudelleen aikaisemmat päihde- ja mielenterveyspalvelut siten, että alueen mielenterveystyö toimii ikäkausiryhmittäin ja päihdetyön avotyöntekijät integroituvat näihin ikäkausityöryhmiin. Ikäkausityöryhmät tarjoavat perusterveydenhuollon mielenterveystyön, sosiaalityön perhe- ja kasvatusneuvola- ja päihdepalveluja sekä erikoissairaanhoidon palveluja. Organisaatorakenne mahdollistaa myös muiden palveluiden yhdistymisen, mikäli Paras -hankkeen myötä muodostuu yhteinen sosiaali- ja terveydenhuoltoalue. Hankkeessa aloitettiin uusina toimintoina ikäihmisten mielenterveystyöryhmä, psykiatrisen sairaalan yhteydessä seudullisesti toimiva Mielenterveys- ja päihdeosasto, jossa osana on myös selviämisasema. Yksikön palvelut ovat tarjolla ilman lähetettä matalan kynnyksen periaatteella Ylä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymän jäsenkunnille ja sopimuksesta myös muiden kuntien asukkaille. Uuden yksikön henkilökunnan koulutus painottui päihdetyön lisäksi somaattisen terveydentilan arviointiin. Sosiaalityön rooli korostuu päihderiippuvuuden katkaisun jälkeen. Kuntouttava päihdetyö nojautuu vahvasti kolmannen sektorin toiminnan varaan, jota tehdään yhteistyössä julkisen sektorin kanssa.

Länsi-Pohjan Sateenkaari-hankkeessa tehtävänä oli päihdepalvelujen seudullinen ja toiminnallinen kehittäminen katkaisuhoidosta tuettuun asumiseen eri toimijoiden kumppanuudella ja moniammatillisella yhteistyöllä. Hankkeen tavoitteina oli kehittää seudullinen palvelujen tuottamistapa, jolla turvataan laadukkaita ja riittävät erityispalvelut taloudellisesti ja lähellä seudun asukkaiden asuinpaikkaa, tietoteknologian käyttö palveluiden tuottamisessa, päihdepalveluiden turvaaminen ja kehittäminen laatusuosituksen mukaisiksi ja asukkaiden tasa-arvoisuus ja oikeudenmukaisuus palvelujen saamisessa. Erityisiä kehittämisaikavälisiä alueita ovat nuorten päihdetyö, päihdepsykiatria ja päihdeperheiden palvelut. Hankkeessa esitettiin perusterveydenhuollon päihdetyön vahvistamista terveyskeskuksiin nimettävillä päihdehoitajilla, päihdehuollon erityispalveluiden kokoamista päihdepalvelukeskukseksi, jonka tehtäväksi kaavailtiin A-klinikkapalveluiden, laitoshoidon, asumispalveluiden, päiväkeskustoiminnan ja päihdeongelmaisten kotikuntoutuksen järjestäminen.

Hankkeissa saatuja kokemuksia hyödynnetään vuoden 2008 lopussa valmistuvassa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa, jossa tarkastellaan ensimmäistä kertaa mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmää ja hahmotetaan palvelujärjestelmän virtaviivaistamista tuomalla kaksi erillään kehittyntä ja eri hallintokuntien alla toimivaa palvelujärjestelmää yhteen, joissa kuitenkin hoidetaan tällä hetkellä osittain samantyyppisiä asiakkaita. Päihdepalvelut ovat kehittyneet sosiaalihuollon puolella asiakkaan omaehtoiseen, asiakkaan omasta ongelmanmäärittelystä lähtevään, moniammatillisesti toimivaan työskentelymalliin, jossa sosiaalityöllä on tärkeä rooli. Mielenterveyspalvelut ovat puolestaan kehittyneet terveydenhuollon orientaatiosta lähtevinä ja erillisinä palveluina pitkään, kunnes 1990-luvulla ne liitettiin erikoissairaanhoidon muiden lääketieteiden erikoisalojen rinnalle.

Hankkeissa saatujen kokemusten pohjalta näyttää siltä, että näiden kahden järjestelmän kehittämisessä on onnistuttu poikkisektoriaalisella ja pitkäjänteisellä työllä erityisesti peruspalveluissa, joissa päihde- ja mielenterveyshoitajamallit näyttävät yleistyvän. Päihde- ja mielenterveysosaamisen lisääminen ja työn kehittäminen niin neuvola- kuin kotipalveluissa on tuottanut uusia toimintamalleja varhaiseen puuttumiseen. Kotiin vietävistä palveluista on kehitetty erityisesti kuntoutuspalveluja. Erikoispalvelujen osalta päihde- ja mielenterveyspalveluilla on edelleen oma roolinsa integroidun päihdepsykiatrisen hoidon kehittämisen rinnalla.

Kehittämistyössä on ollut hyvänä lähtökohtana kattava hoitoketjun tarkastelu varhaisvaiheen puuttumisesta asumispalveluihin. Laaja-alaisimmillaan kehittämistyötä on tehty hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkökulmasta tarttumalla sekä hoidon ja kuntoutuksen että asumispalveluiden ja työvoimakuntoutuksen kehittämiseen. Yhteistä kehittämisessä on myös laaja-alainen julkisen ja kolmannen sektorin palveluntuottajien ja järjestötoiminnan yhteistyö.

6.4.3 Paras-hanke päihdepalveluiden seudullisuuden kehittäjänä

Paras-hankkeen suorat vaikutukset päihdehuollon järjestämiseen ovat vielä vähäisiä. Useissa kunnissa on meneillään kuntaliitoksia, joka vaikuttaa potentiaalisen asiakasmäärän kasvamiseen tai vähenemiseen sen mukaan, ovatko kunnat liittymässä vai poistumassa nykyisestä seutukunnasta. Muutama haastateltava myönsikin, että kunnissa mietitään enemmän organisaatioiden muotoja kuin sisältöjä. Kuntaliitossa on myös havaittu, että seudulliset yhteistyöhankkeet ja sisällölliset kysymykset ovat jääneet taka-alalle kuntien keskittyessä Paras-hankkeen muodollisiin ehtoihin (www.kunnat.net).

Eräs haastateltava visio toiminnan laajentamista kuntayhtymästä suurempaan kokonaisuuteen, jolloin organisaatioita yhdistämällä toimipisteiden olisi mahdollista erikoistua esimerkiksi katkaisu-, huume-, kaksoisdiagnoosi- tai perhehoidon suuntaan. Erikoistuminen nähtiin tärkeänä hoidon laadun kannalta. Lisäksi erikoistuminen vaikuttaa toiminnan ulkoisiin olosuhteisiin. Esimerkiksi katkaisuhoidotyksikössä tulee olla henkilökuntaa ympäri vuorokauden. Perhehoitoa

on mielekästä järjestää sellaisessa paikassa, jossa on edellytykset hoitaa samanaikaisesti useaa perhettä ja tarjota siten vertaistukea. Kuntakokoonpanojen lisäksi Paras-hankkeen myötä kunnissa mietittiin vaadittavien lähipalveluiden järjestämistä pysyvänä toimipaikkana, lähipalvelupisteenä tai liikkuvana työparikäytäntönä. Yhtenä varteenotettavana vaihtoehtona harvaan asutuilla seuduilla pidettiin ”monitoimilähipistettä”, jossa tarjotaan akuuttia apua päihde- ja mielenterveysongelmiin. Päihde- ja mielenterveyspalveluiden säilyminen kunnissa koettiin tärkeäksi, jotta erityisosaaminen ja asiantuntijuus eivät katoa palveluiden myötä.

Haastateltavien mukaan seutukunnallinen yhteistyö on etupäässä taloudellisesti mielekästä. Päihdetyön kokonaiskoordinaatio paranee, ja tätä tukee seutukunnallisen strategiatyön laadinta, joka on käynnissä useilla alueilla. Haastateltavat edustivat palvelun tuottajan ja kehittäjän roolia, joten palveluiden ostajien näkökulma ei välity tästä raportista. Pienten kuntien vastauksissa olisi saattanut korostua ammatillisen erityisosaamisen turvaaminen tai helpotus, kun päihdepalveluiden erityispalveluita ei tarvitse järjestää oman kunnan toimintona. Kehittämishankkeiden vastuuhenkilöiden mukaan verkosto- ja kehittämistyötä on helpompi tehdä pienten kuin suurten lähikuntien kanssa, sillä pienissä kunnissa hierarkkisuus ja byrokraattisuus ovat vähäisempää ja toisaalta kokeiluhalu ja innostuneisuus suurempaa. Samankaltaisuuden, läheisyyden ja tradition on todettu (Kuntaliitto 2008) muodostavat perustan luontevalle yhteistyölle eri kuntien kesken. Tässä selvityksessä avainsanoja olivat traditio, demokratia ja arvostava keskusteluyhteys. Monissa kunnissa on moniammatillisia päihdetiimejä, terveyden edistämisen työryhmiä tai muita vastaavia tahoja, jotka pitävät päihdeasioita näkyvillä. Kunnista löytyy ammattitaitoa päihde- ja mielenterveyskysymyksissä sekä halua toimia myös itsenäisesti:

”Kunnissa osataan jo paljon. Kehittämisyksikkö on tukenut sitä ja rikastanut yhteistyötä, mutta mestarointiin ei kannata ruveta”.

Haastateltavien mukaan kunnat ovat kiinnostuneita kuntayhtymien, päihdepalvelusäätöiden ja muiden palveluntarjoajien järjestämisen hoidon laadusta ja sisällöstä. Kunnat saattavat esimerkiksi esittää toivomuksia entistä strukturoidummista hoitokokonaisuuksista tai uusista palveluntarjoajista eri asiakasryhmille. Laitoskuntoutuksen osalta hankaluutena koetaan se, että kaikki kunnat eivät ole budjetoineet edelleenkään laitoskuntoutukseen määrärahoja. Päihdehuollon budjetti ylittyy niissäkin kunnissa, joissa budjetti on laadittu. Joissain tapauksissa asiakkaita tulisi hoitoon enemmän kuin kuntien ja palveluntarjoajien väliset sopimukset sallivat. Hoitopaikat voisivat siten vastaanottaa enemmän asiakkaita kuin mitä kunnat lähettävät. Kunnissa on yleisesti ymmärrystä päihdeongelman luonteesta ja asiakkaita ohjataan hoitoon useita kertoja retkahduksista tai hoidon keskeytyksistä huolimatta.

Yksi Paras-hankkeen vaikutuksista päihdehuoltoon on vaatimus tarjota palveluja myös päihtyneille henkilöille. Erään haastateltavan mukaan myös terveydenhuoltolaki tuo helpotusta määrätessään, että kiireellistä apua on annettava välittömästi asiakkaan päihtymyksestä huolimatta. Useilla paikkakunnilla ollaan perustamassa selviämisasemaa joko seutukunnan järjestämänä omana palveluna tai hankkeena. Selviämisasema-hankkeissa sairaanhoitaja käy poliisilaitoksen putkalla aamuisin ja pyrkii ohjaamaan säilöön otettuja henkilöitä hoitoon. Haastateltavien mukaan käytäntö on osoittautunut tehokkaaksi tavaksi ohjata hoitoon sekä erilaisten palveluiden suurkuluttajia että hoitopalveluiden ulkopuolella olleita päihdeongelmaisia. Yhteistyö kunnan eri viranomaisten kanssa on ollut luontevaa ja selviämisasemat ovat helpottaneet kunnan peruspalveluiden, kuten terveyskeskusten ruuhkaantumista. Joillain selviämisasemilla on myös omaa katkaisuhoidon tarjontaa, jolloin kunnilta kysytään maksusitoumusta selviämisasemalle tulleiden asiakkaiden katkaisuhoidon järjestämiseksi.

7 Johtopäätökset

Kunta- ja palvelurakennemuutoksissa kunnilla säilyy sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä vastuu. Yksityiset palveluntuottajat sekä järjestöt ja muu kolmas sektori täydentävät kuntien omaa palvelutuotantoa. Järjestöjen vertaistuen, tukihenkilötoiminnan, päihdehuollon päiväkeskusten ja muiden arkeen sisältöä ja tukea antavien toimintamallien käyttöä on tärkeä lisätä ja kytkeä ne nykyistä tiiviimmin hoito- ja kuntoutuspalveluihin. Paras-uudistuksen tavoitteena on kehittää kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen eheää kokonaisuutta. Kun palvelut organisoidaan nykyistä suuremmilla väestöpohjilla, myös palvelujen laadun ja saatavuuden odotetaan parantuvan.

Päihdepalveluiden järjestämisessä ja päihdeosaamisessa on havaittavissa suurta vaihtelevuutta, sillä Suomessa on kaupunkeja ja kuntia, joissa on vahvat palvelut ja osaaminen ja vastaavasti sellaisia kuntia, joista nämä molemmat puuttuvat. Päihdepalveluiden asiakkaat ovat siten eriarvoisessa asemassa keskenään riippuen siitä, missä kaupungissa tai kunnassa he asuvat. Alueellisen eriarvoisuuden arvellaan olevan suurempaa päihdepalveluiden tarjonnassa kuin muissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Seutukunnallisten päihdepalveluiden avulla päihdeasiakkaita kyetään kuitenkin palvelemaan yhdenmukaisemmin ympäri maata. Päihdepalveluiden järjestäminen sosiaali- ja terveydenhuollon lähipalveluina varmistaa kuitenkin sen, etteivät kuntien omat palvelut jää kehittymättä näiden tukeutuessa isäntäkuntiin, päihdepalvelusäätiöihin tai kuntayhtymiin.

Päihdehuollon erityispalveluiden lisäksi suuri osa päihteiden ongelmakäyttäjistä kohdataan sosiaali- ja terveystoimen peruspalveluissa, kuten terveyskeskuksissa ja mielenterveystoimistoissa. Kuntien peruspalvelut ja päihdehuollon avomuotoiset erityispalvelut, kuten A-klinikat ovat ruuhkautuneet, kun taas kuntoutuslaitokset käyvät vajaateholla. Asiakasmäärien epätasaiseen jakautumiseen vaikuttavat useat tekijät, mutta etupäässä tämä johtuu avohoitopainotteisuudesta ja hoitoonohjauksikäytännöistä. Pitkäkestoisempien, päihteettömyyteen tähtäävien yhteisöhoitoa tarjoavien palveluiden käyttö on vähentynyt. Laitospalveluiden käytön väheneminen ei kuitenkaan johdu päihdeongelmaisten hoidon tarpeen vähenemisestä, vaan siihen vaikuttaa myös kuntien pyrkimys rajoittaa sosiaalitoimen kustannuksia. Päihdeongelmasta toipumiseen tarvitaan monipuolisia hoitovaihtoehtoja avopalveluista lyhytaikaiseen laitostarkkaisuhoitoon ja pitkäkestoisempaan laitostuntoutukseen. Laitoshoitojen käytön väheneminen samanaikaisesti hoidon tarpeen kasvaessa voi johtaa kalliimpien sairaalahoitojen lisääntymiseen.

Erikoissairaanhoidon ja päihdehuollon erityispalveluiden sijaan päihdeongelmaisia pyritään nykyisin hoitamaan yhä enemmän perusterveydenhuollossa ja tätä kehityssuuntaan on tärkeä jatkaa. Tämä edellyttää kuitenkin sosiaalitoimen vahvistamista perusterveydenhuollossa. Peruspalveluiden päihdeosaaminen ja avohoidon resursointi eivät ole edenneet toiminnallista muutosta vastaavasti. Terveystoimintolain odotetaan vahvistavan perusterveydenhuollon roolia ja kohdistavan sinne myös enemmän resursseja. Avohoitopainotteisuus on ominainen piirre 2000-luvun sosiaali- ja terveydenhuollossa: vanhuksia tuetaan asumaan omissa kodeissaan ja mielenterveys- ja päihdeongelmallisille tarjotaan laitostuntoutuksen sijaan itsenäistä asumista, avohuollon tukea ja vertaistukiryhmiä. Avomuotoisen päihdehoidon hoitomuotoja on syytä edelleen kehittää ja monipuolistaa esimerkiksi ryhmämuotoisten työmuotojen, perheiden kanssa tehtävän työn ja myös kotiin vietävien palveluiden osalta, jolloin yksilön lisäksi voidaan huomioida myös hänen perheensä sekä tuen tarvitsijana että muutosta tukevana voimavarana.

Päihdehuollon muutostuulet vaikuttavat rakenteellisten järjestelyjen lisäksi hoitokäytäntöihin. Yhteisöllisyys, yksilöterapia ja sosiaalinen tuki ovat vähentyneet lääketieteellisen otteen vahvistuksessa. Yksilöterapian sijaan tarjotaan ryhmämuotoisia hoitomuotoja, mikä on edullisempaa, kun yksi työntekijä pystyy ottamaan vastaan useita asiakkaita kerrallaan. Alkoholi- ja päihdeongelmaisten kasvavaan hoidontarpeeseen vastaaminen on kunnissa tällä hetkellä ajankohtaista, ei niinkään huumeongelmaisten palveluiden kehittäminen. Samoin on havaittavissa, että kunnissa ei ole tarvetta uusille

kuntoutuslaitoksille, vaan katkaisuhuotoyksiköille, selviämisasemille ja asumispalveluille. Erityisryhmät, kuten raskaana olevat päihteiden käyttäjät ja perheet tarvitsevat uusia hoitopalveluita. Somaattisesti vaikeasti sairaiden päihteiden käyttäjien hoidontarve on tunnistettu, kuten myös työssä käyvien päihdeongelmaisten palveluiden kysyntä. Päihdeongelmien lisääntyminen sekä mielenterveysongelmien kytkeytyminen niihin edellyttävät päihde- ja mielenterveysosaamisen lisäämistä niin sosiaali- ja terveydenhuollon peruskoulutuksessa kuin täydennyskoulutuksessa sekä uusien työmuotojen kehittämistä.

Paras-hankkeen tiimoilta on tehty päätöksiä yhteistoiminta-alueista, muttei sitovia päätöksiä sosiaali- ja terveystoimen sijoittumisesta samaan tai eri organisaatioon. Päihdehuollon seudulliset järjestämistavat ovat useassa kunnassa vielä suunnitteluasteella, samoin päihde- ja mielenterveystoimen hallinnolliset järjestelyt. Mielenterveystoimi tekee luontevasti yhteistyötä terveystoimen kanssa, mutta työmuotojen hiominen on kesken sosiaalitoimen kanssa. Kunta- ja palvelurakennemuutos ja sitä tukeva KASTE-ohjelma sekä vuoden 2009 alussa valmistuva mielenterveys- ja päihdesuunnitelma ohjaavat päihdepalveluiden kehitystä. Sen lisäksi haastateltavat korostivat päihdepalvelujen kehitykseen vaikuttavina tekijöinä päihteiden käyttötavoissa tapahtuvia muutoksia, päihdepalveluihin suunnattavia resursseja ja poliittista tahtoa päihdeongelmaisten hoidon kehittämiseen.

Kunta- ja palvelurakennemuutos tarjoaa hyvän mahdollisuuden päihdepalveluiden kehittämiseen laajemmalla pohjalla ja systemaattisemmin. Haasteellista on kuitenkin se, että päihdepalveluiden ei useinkaan nähdä olevan palvelujärjestelmän keskiössä, vaan päihdeongelmat nähdään marginaalisina ja päihdeongelmaiset koetaan pikemminkin häiriöitä tuottavina asiakkaina kuin hoitoa varsinaiseen päihdeongelmaansa tarvitsevinä asiakkaina.

Päihteisiin liittyvät terveysongelmat – somaattiset sairaudet ja mielenterveysongelmat – ovat lisääntyneet ja myös niihin vastaamiseen tulee keskittää sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroja nykyistä enemmän. Hyvin paljon päihdeongelmaisia tavataan somaattisen terveydenhuollon piirissä, jossa tulee kehittää työmuotoja ja -käytäntöjä päihdeongelmien kokonaisvaltaisemmaksi kohtaamiseksi. Terveyskeskuksissa työskentelevät päihde- ja mielenterveyshoitajat, päihdehuollon erityispalveluiden ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon työntekijöiden jalkautuva työskentely terveyskeskuksissa sekä konsultaatioiden lisääminen vahvistavat terveyskeskusten mahdollisuuksia vastata nykyistä paremmin päihde- ja mielenterveysongelmiin. Palvelujärjestelmän tulee kehittyä erityisesti lähipalveluiden osalta niin, että asiakkaan ei tarvitse hakea erikseen hoitoa kahdesta erilaisesta hoitojärjestelmästä, vaan hän pääsee hoitoon yhden matalakynnyksisen oven kautta, olipa kyseessä päihde- tai mielenterveysongelma tai näiden yhdistelmä.

Päihde- ja mielenterveysongelmaiset ovat usein sosiaalisesti huono-osaisia. Parisuhteen puuttuminen, työttömyys, toimeentulon niukkuus ja asuinolosuhteiden epävakaus on leimallista vaikeasti päihdeongelmaisten elämäntilanteessa. Tämä korostaa sosiaalityön osaamisen vahvistamisen tarvetta, kun kehitetään perusterveydenhuollon päihde- ja mielenterveyspalveluja. Yhdistetyt sosiaali- ja terveyskeskukset, joissa on sekä päihde- että mielenterveystyön erityisosaamista, mahdollistavat Paras-uudistuksen tavoitteeksi asetetun sosiaali- ja terveydenhuollon eheän palvelukokonaisuuden syntyminen. Sosiaalisesti huono-osaisien päihde- ja mielenterveysongelmaisten tukemiseen tarvitaan julkisten sosiaali- ja terveydenhuollon hoito- ja kuntoutuspalveluiden lisäksi järjestöjen ja kolmannen sektorin tuottamia arkipäivän tukea antavia asumis- ja päiväkeskus- ja tukihenkilötoimintaa. Tämä kaikki asettaa haasteeksi sekä julkisten, yksityisten että järjestöjen toiminnan nykyistä paremman koordinoimisen niin, että päihdeongelmista kärsivä asiakas ja hänen läheisensä saavat tarvitsemaansa monialaista tukea.

Lähteet

- Eronen, Anne & Londén, Pia & Perälähti, Anne & Siltaniemi, Aki & Särkelä, Riitta (2008): Sosiaalibarometri 2008. Ajankohtainen arvio kansalaisten hyvinvoinnista, palveluista ja palvelujärjestelmän muutoksesta. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Eronen, Anne & Londén, Pia & Perälähti, Anne & Siltaniemi, Aki (2003): Sitkeät seutukunnat. Pohjoiskarjalaisten kokemuksia hyvinvoinnista ja palveluista. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry & Pohjois-Karjalan Sosiaaliturvayhdistys ry. Hakapaino Oy, Helsinki.
- Hakala, Riitta (2008): Päihdehuollon erityispalveluiden seudullinen järjestäminen Länsi-Pohjassa. Länsi-Pohjan Sateenkaari - erityispalvelujen turvaaminen yhteistyössä 2006–2008.
- Hallituksen iltakoulu 21.11.2007: Iltakoulun linjaukset kunta- ja palvelurakennemuutoksen etenemisestä ja jatkototeutuksesta. Sisäasianministeriö, opeusministeriö & sosiaali- ja terveysministeriö.
- Heino, Taina: Päihdetyön seudullisuuden toteutuminen Etelä-Savossa. VEP-raportti. Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus ISO.
- Heiskanen, Maria & Korko, Liina (2008): Ympäri- vuorokautisen katkaisu- ja vieroitushoidon sekä korvaushoidon saatavuus heinäkuussa 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisematon käsikirjoitus.
- Helakorpi Satu & Prättälä Ritva & Uutela Antti (2008): Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2007. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B6 /2008. Yliopistopaino, Helsinki.
- Hämeenlinnan A-klinikkatoimi (2007): Toimintakertomus.
- Hirvonen, Sirpa (2007): Ikääntyneiden päihdeongelmaisten palvelukotiselvitys Etelä-Karjalassa. Socom, Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus.
- Inkeroinen, Tiia & Partanen, Airi (2006): Päihdepalveluiden tila 2005. Stakes, Työpapereita 7/2006.
- Kauppinen, Sari & Niskanen, Tapani (toim.) (2007): Yksityinen palveluntuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. SVT Sosiaaliturva 2007, Stakes. Yliopistopaino, Helsinki.
- Kaukonen, Olavi (2005): Torjunta vai poisto? Päihdepalveluiden kehitys lama jälkeen. Yhteiskuntapolitiikka 70 (2005):3, 311–322.
- Kittilä, Riitta (2004): Sosiaali- ja terveysjärjestöjen kilpailuttamiskokemukset. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöjärjestö YTY ry, Helsinki.
- Konttinen, Mauno (toim.) (2005): Tilaaja-tuottajamalli terveydenhuollossa. Stakesin asiantuntijoiden näkemyksiä. Stakes, Työpapereita 10/2005, Helsinki.
- Korhonen, Soili (2007): Ympäri- vuorokautisen katkaisu- ja vieroitushoidon sekä korvaushoidon saatavuus elokuussa 2007. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisematon käsikirjoitus.
- Kroger, Juha (2007): Itä-Uudenmaan päihdehuollon seudullinen kehittämisprojekti.
- Kymen A-klinikkatoimi 2007. Toimintakertomus. A-klinikkasäätiö.
- Kärkkäinen, Hilkka (2005): KUUMA – Mielenterveys- ja päihdetyön seudullisen palveluverkoston kehittäminen – Seutukehittäjä. Projektin loppuraportti. www.sosiaalitalo.fi
- Lapin hyvinvointistrategia 2010. Lapin liitto.
- Lapset, nuoret ja perheet (2007). Hallituksen politiikkaohjelma.
- Leinonen, Anu (2008): Sosiaalipalvelut muutoksessa – Paras vai palveluaukko? Tutkimussuunnitelma ParasSos-tutkijaryhmälle. Stakes, Työpapereita 14/2008. Valopaino Oy, Helsinki.
- Lindström, Samu (2007): Paras-hankkeen toteutumiseen liittyviä seudullisia suunnitelmia eräissä kunnissa. Yhteenvetoja puhelinkeskusteluista kuntien sosiaalitoimen virkamiesten kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Haastatteluaineisto ja julkaisematon käsikirjoitus.
- Luopa, P. & Pietikäinen, M. & Puusniekka, R. & Jokela, J. & Sinkkonen, A. (2006): Nuorten hyvinvointi Etelä-Suomen, Itä-Suomen ja Lapin Lääneissä 2000–2006.
- Makkonen, Teija (2004): Päihdetyö näkyväksi Pohjois-Karjalassa. Selvitys päihdetyön ja -palveluiden nykytilasta ja kehittämistarpeista Pohjois-Karjalassa. Raportti. Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus ISO.
- Möttönen, Sakari & Niemelä, Jorma (2005): Kunta ja kolmas sektori. Yhteistyön uudet muodot. Keuruu, PS-kustannus.
- Nuorvala, Yrjö & Huhtanen, Petri & Ahtola, Raija & Metso, Leena (2008): Päihdeasiakkaat entistä vanhempia. Dialogi 3/2008, 39–40.
- Partanen, Airi & Kuussaari, Kristiina (2007): Päihdepalvelujärjestelmän haasteet 2000-luvulla. Teoksessa: Heikkilä, Matti & Lahti, Tuukka (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Stakes, Yliopistopaino, Helsinki.
- Piispa, Matti & Helakorpi, Satu & Laitalainen, Elina & Uutela, Antti & Jallinoja, Piia (2008): Huumekontaktit ja huumemielipiteet. Tutkimus työikäisistä suomalaisista 1996–2007. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B5/2008. Kansanterveyslaitos, Yliopistopaino, Helsinki.
- Piispa, Matti & Kujasalo, Anne & Laari, Liisa & Lindeberg, Marjo & Opari, Päivi & Tella, Suvi & Varamäki, Ritva (2007): Päihdebarometri 2007: Ajankohtaiskatsaus kuntien ja järjestöjen päihde-tilanteeseen. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 5/07, Helsinki.
- Poikajarvi, Kristiina & Perttilä, Kerttu (2006): Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnissa. Raportti kunnanjohtajien ja luottamusmiestöjen kyselystä 2004. Stakes, Työpapereita 4/2006, Helsinki.

- Päihdehuollon kehittäminen Lapin sairaanhoitopiirissä ja laajemminkin Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella. Työryhmän loppuraportti ja esitys. 2008.
- Rimpelä, Arja & Rainio, Susanna & Huhtala, Heini & Lavikainen, Hanna & Pere, Lasse & Rimpelä, Matti (2007): Nuorten terveystapatutkimus 2007. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:63. Helsinki.
- Rimpelä, Matti & Luopa, Pauliina & Räsänen, Minna & Jokela, Jukka (2006): Nuorten hyvinvointi 1996–2005 – Eriytyvätkö hyvinvoinnin ja pahoinvoinnin kehityssuunnat? Teoksessa: Kautto, Mikko (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2006. Stakes, Gummerus, Vaajakoski.
- Renko, Elina & Vuorinen, Virpi (2006): Ympärivuorokautisen katkaisu- ja vieroitushoidon saatavuus elokuussa 2006. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisematon käsikirjoitus.
- Rönkä, Sanna & Virtanen, Ari (toim.) (2007): Huu- metilanne Suomessa 2007. Kansallinen huume- vuosiraportti EMCDDA:lle. verkkajulkaisu www.stakes.fi/reitox
- Saari, Mauno (2008): Kainuun hallintokokeilu ja mie- lenterveyspalvelut: Organisaatorakenne toimin- nan kehittämisen tukena. Mieli 2008. Kansallisten mielenterveyspäivien taustamateriaali, luennot ja posterit. Stakesin työpapereita 6/2008. Helsinki.
- SM (2005): Lääninhallitusten keskeiset arviot perus- palveluiden tilasta 2004. Lääninhallitusten suo- rittama toimialansa peruspalveluiden arviointi. Sisäministeriön julkaisu 19/2005. Sisäasianmi- nisteriö, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus N:o 33 opioi- diriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä. Annettu Helsingissä 17 päivänä tammikuuta 2008.
- Stakes (2006): Päihdetilastollinen vuosikirja 2006. Al- koholi ja huumeet. Sosiaaliturva ja Stakes.
- Stakes (2007a): Päihdehuollon huumeasiakkaat 2006 – Narkotikaberoende klienter inom missbrukar- vårdens 2006. Tilastotiedote 16/2007, 6.9.2007. Sosiaaliturva 2007. Stakes. Helsinki.
- Stakes (2007b): Ehkäisy ja hoito. Laadukkaan päihde- työn kokonaisuus. Tukiaineisto, hyvinvoinnin edistäminen. Stakes, Paintek.
- STM (2001): Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toiminta- ohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmän esitys. Helsinki, 2001. (Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Helsinki.
- STM (2002): Päihdepalvelujen laatusuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Helsinki.
- STM (2005): Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:5. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- STM 2006:6: Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet -esite.
- STM (2007): Hyvinvointi 2015 -ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Sosiaali- ja terveys- ministeriön julkaisuja 2007:3. Yliopistopaino, Helsinki.
- STM (2008/a): Sosiaali- ja terveydenhuollon kansalli- nen kehittämisohjelma KASTE-ohjelma 2008– 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:6. Helsinki.
- STM (2008/b): Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki 2008.
- STM tiedote 14/2008: Opioidiriippuvaisten korvaus- hoito vastaamaan paremmin nykyistä tarvetta.
- STM tiedote 172/2008: Ehdotus uudeksi terveyden- huoltolaiksi on valmistunut.
- Sulander T., Helakorpi S., Nissinen A., Uutela A (2006): Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, keväällä 2005 ja niiden muutokset 1993–2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B1/2006, Helsinki.
- Söderholm, Satu (2007): Pääkaupunkiseudun päih- dehuoltojärjestelmä 2000-luvulla – Tilastollista tarkastelua. Socca, työpapereita 2007:1.
- Särkelä, Riitta & Vuorinen, Marja & Peltosalmi, Juha (2005): Sosiaali- ja terveysjärjestöjen mahdolli- suudet palveluiden ja tuen tuottamisessa. Sosi- aali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.
- Tampereen kaupungin päihdepoliittinen suunnitelma vuosille 2005–2008. Raittius- ja päihdeasiain neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveystoimi/Rait- tius- ja päihdehuolto. Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 2/2005. Tampere
- Taskinen, Sirpa (2007): Katsaus lasten ja nuorten palveluiden kehitykseen. Teoksessa: Heikkilä, Matti & Lahti, Tuukka (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Stakes, Yliopistopaino, Helsinki.
- Terveyden edistäminen. Hallituksen politiikkaoh- jelma.
- Terveydenhuoltolakitöryhmän muistio (2008): Uusi terveydenhuoltolaki. Tarkastamaton ennako- painos. Yliopistopaino, Helsinki.
- Tilastokeskus 2005: Kuolemansyyt 2005. Tiedote 31.10.2006.
- Ukkola-Kettula, Aino (2005): Salon seutukunnan hy- vinvointipoliittinen ohjelma 2005–2015. Salon seudun kehittämiskeskus.
- Valtioneuvoston periaatepäätös huumeainepoliitti- sesta yhteistyöstä vuosille 2008–2011. Helsinki, 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:22.
- Virtanen, Petri & Tonttila, Jarkko (2005): Palve- lujärjestelmä toimivaksi. Seutukunnallisten kehittämishankkeiden ja terveydenhuollon pal- velujärjestelmän kehittämiskokeilujen arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:7. Helsinki 2005.
- Virtanen, Petri (2005). Houkutteleva työyhteisö. Hel- sinki: Edita Prima Oy.
- Virkkunen, Jaakko & Engeström, Yrjö & Miettinen, Reijo (2007): Sosiaalihuollon kehittämistoimin- nan tulevaisuus: projekteista konseptikehittämi-

seen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:49. Helsinki.

VN 2007: Valtioneuvoston periaatepäätös huumaus-ainepoliittisesta yhteistyöstä vuosille 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:22. Helsinki.

Vuorenmaa, Maritta & Löytty, Lasse (2008): Kohti pohjalaista hyvinvointia. Arviointinäkökulmia Pohjanmaa-hankkeen ensimmäiseen toimintakauteen vuosina 2005–2007. Stakes, Työpapereita 13/2008. Helsinki.

Internet-osoitteet

www.kunnat.net

www.stkl.fi

www.tippavaara.info

Haastattelut:

Esko Blåfield, toimitusjohtaja, Kuopion päihdepalvelusäätiö

Matti Hämäläinen, aluejohtaja, A-klinikkasäätiö, Hämeenlinna

Jorma Posio, kehittämisspäällikkö, Lapin sairaanhoitopiiri

Juha Luukinen, vastuualuepäällikkö, Aikuisten mielenterveyspalvelut, Kainuu

Eero Pirttijärvi, kehittämisspäällikkö, Jyväskylän päihdepalvelusäätiö

Hilkka Vihlerlehto, päihdehuollon johtaja, Tuustaipaaleen kuntoutumiskeskus

Markku Ahtikari, päihdehuollon johtaja, Ridasjärven kuntoutumiskeskus

Maikki Kiviluoto, kehittämisspäällikkö, Mikkeli

Kimmo Mäkelä, projektipäällikkö, Mainiemen kuntoutumiskeskus

Tellervo Posio, sosiaalijohtaja, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä

Tarja Rissanen, projektipäällikkö, Mielenterveystyön ja päihdehuollon kehittämishanke, Ylä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymä

Maria Andersson, sosiaalityön johtaja, Porvoo

Markku Aumakallio, päihdehuollon johtaja, Lappeenrannan A-klinikka, PPS-hanke

Mikko Tamminen, projektipäällikkö, SOCCA, Pääkaupunkiseudun päihdehuollon kehittämishanke

Satu Söderholm, tutkijasosiaalityöntekijä, SOCCA, Pääkaupunkiseudun päihdehuollon kehittämishanke

Reijo Malila, päihdehuollon johtaja, Mainiemen kuntoutumiskeskus

Heli Lahtinen, aluejohtaja, A-klinikkasäätiö /Kymen A-klinikkatoimi

Sari Marita Ikäheimo, projektikoordinaattori, Kainuu, Kaide-hanke

Terttu Valkeapää-Turunen, sosiaalityöntekijä, Kainuun A-klinikka

Riitta Hakala, päihdetyön seutukehittäjä, Länsi-Pohjan Sateenkaari

Lauri Kuosmanen, projektikoordinaattori, Sateenvarjo-hanke, Vantaa

Kirjallinen vastaus

Saara Lång, Pohjanmaan maakuntien päihdetyön kehittämiskeskus & Minna Laitila, Pohjanmaa-hanke

Päivi Viisainen, projektityöntekijä, Päihdetyön palvelujen kehittämishanke, Salo

Liitteet Päihdepalveluiden seutukunnallisia järjestämismalleja

Tässä luvussa esitellään erilaisia päihde- ja mielenterveystyön hankkeita, jotka toimivat yksittäistä kuntaa laajemmalla alueella sairaanhoitopiirissä, maakunnassa tai seutukunnassa. Kuvaukset perustuvat seutukuntien tuottamaan kirjalliseen materiaaliin ja puhelinhaastatteluiden pohjalta tehtyihin päivityksiin. Tarkoituksena ei ole esitellä kunnallisia ja seutukunnallisia hoitopalveluita, vaan kuvata päihdepalveluiden organisointia, rahoitusta, erityispiirteitä, hankkeita ja kehittämistyötä.

Maakunnan seudulliset mallit ovat uudenlaisia päihdetyön toteuttamisen muotoja. Niissä korostuvat lähipalvelunomaisuus, ennaltaehkäisyyn ja verkostoyhteistyön tehostaminen sekä uusien toimintamallien kehittäminen ja avoimuusmallit. Usein niillä onkin kokonaiskuva asiakkaiden tilanteesta sekä myös koordinoijan rooli palvelujärjestelmässä. Projekteissa toteutuu erilainen tapa tehdä päihdetyötä: jalkautuminen, ennakkoluulottomuus sekä uskallus ja rohkeus viedä palveluja asiakkaan arkiympäristöön. (Makkonen 2004, 24.)

Liite 1. Sosiaali- ja terveystyöpalveluiden kuntayhtymät

Kainuun maakunta -kuntayhtymä

Kainuun maakunta -kuntayhtymässä⁸ erikoissairaanhoidon ja kuntien mielenterveysyksiköt ovat yhdenyhtyneet yhdeksi kokonaisuudeksi aikuisten mielenterveys- ja riippuvuushoitopalveluiden -vastuualueella. Aikuisten mielenterveys- ja riippuvuushoitopalvelut toteutetaan valtaosin seudullisesti avohoitopainotteisina lähipalveluina yhteistyössä asiakkaan ja hänen lähimmän sosiaalisen verkostonsa kanssa. Osastokatkaisua päihdeongelmiin antavat terveyskeskussairaalat (Kajaani, Kuhmo, Sotkamo, Suomussalmi). Osastokatkaisuun voi hakeutua kaikista kunnista terveyskeskusten päivystävien lääkäreiden kautta. Pitempiä aikoja laitoskuntoutusta ostetaan päihdehoitolaitoksista. Aikuisten mielenterveystyöpalvelut vastaavat yli 18-vuotiaiden kainuulaisen psykiatrisesta avo- ja sairaalahoidosta. Tarpeenmukaisen hoidon toteutumiseksi palvelut on järjestetty seutukunnallisesti tavoitteena tarjota asiakkaille sujuvia lähipalveluita, tarvittaessa kotikäynteinä. (www.kainuu.fi)

Riippuvuushoitopalvelujen tulosityksikön muodostavat johtaja, Kainuun A-klinikan henkilökunta Kajaanissa, päiväkeskuksen työntekijä sekä päihdetyöntekijät (riippuvuushoitotyöntekijät) Kuhmossa, Sotkamossa ja Suomussalmella. A-klinikan lääkäripalvelut saadaan Kajaanin terveyskeskuksesta. Hyrynsalmella 50 % avopalvelun ohjaajan työpanoksesta kuluu mm. asumisen tukemiseen ja ohjaukseen sekä ajokelpoisuuden seurantaan. Puolet toisen sosiaalityöntekijän työstä Sotkamossa kohdistuu lähinnä kroonisten päihdeongelmaisten tukipalveluihin. Yhteistyössä asiakkaan ja hänen verkostonsa kanssa kootaan tapauskohtaiseen työryhmään ne työntekijät, jotka ovat tarpeenmukaisia asiakkaan tilanteen ja selviytymiskyvyn parantamiseksi.

8. Hyrynsalmi, Kajaani, Kuhmo, Paltamo, Puolanka, Ristijärvi, Sotkamo sekä Suomussalmi

Työryhmää voidaan tarvittaessa täydentää seudullisella ja maakunnallisella henkilöstöllä. Työryhmällä on vastuu asiakkaan hoidosta.

Riippuvuuksien hoitoon erikoistuneita palveluita on tarkoitus käyttää hoitotyössä silloin, kun asiakkaan riippuvuusongelmat on arvioitu erityisosaamista ja moniammatillista verkostotyötä vaativiksi. Suurin osa palveluista tulee järjestää sosiaali- ja terveyshuollon peruspalveluissa. Kainuun A-klinikan työntekijät liikkuvat sovittuina päivinä eri seutukunnissa. Eri seutukunnissa on erilaisia hyviksi havaittuja toimintatapoja, joita sovelletaan Kainuussa. Esimerkiksi Sotkamossa on hyviä kokemuksia päihdeongelmaisten päiväkeskustoiminnan aktivoivasta vaikutuksesta.

Päihdehuollon kehittämiskohteita ovat avokatkaisuhoidon sekä päihderiippuvuuden arvioinnin ja ajokelpoisuuden seurannan järjestäminen ja tehostaminen terveyskeskuksissa, laitospäihdehuollon tarpeenmukainen järjestäminen Kajaanin terveyskeskus- ja sairaalatoiminnassa, A-klinikan lääkäripalvelujen järjestäminen riittäväksi päihdelääkärin puuttuessa maakunnasta, terveyskeskusten toiminta opioidiriippuvaisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpito-hoidossa sekä terveydenhuollon henkilöstön kouluttaminen mini-intervention käyttöön. Kainuussa on suunniteltu oman päihdehoitoyksikön perustamista. Yksikkö vastaisi Kajaanin seutukunnan katkaisuhoidoista ja maakunnan pitempiä hoitajaksoja vaativista katkaisuhoidoista sekä pidemmistä kuntoutusjaksoista.

Päijät-Hämeen alue

Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä on muutettu vuonna 2007 Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymäksi, käyttönimenä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä⁹. Kuntayhtymän toimialat ovat erikoissairaanhoito, sosiaali- ja perusterveydenhuolto sekä ympäristöterveydenhuolto. Kuntayhtymän alaisuudessa toimii kuntien ylläpitämä peruspalvelukeskus, joka tuottaa kunnille sosiaali- ja perusterveydenhuollon lähi- ja keskitetyt palvelut. Yksiköllä on yhteinen hallinto, joka koordinoi eri tulosalueita kahdeksan kunnan perspektiivistä. Yksikön tulosalueita ovat hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, sosiaalipalvelut, kotiasumisen palvelut, terveyden- ja sairaanhoito sekä vastaanottopalvelut. Järjestelmän tavoitteena on varmistaa lähipalvelujen säilyminen kunnissa, mutta samalla arvioida, minkä toimien keskittämisestä voitaisiin hyötyä. Sosiaalipalvelut tarjoavat aikuissosiaalityön ja lapsiperheiden sosiaalityön palveluja sekä sosiaalihuollon erityispalveluja lähi- tai alueellisena palveluna. Terveyden- ja sairaanhoidon vastaanottopalvelut tuottavat muun muassa mielenterveyspalvelut kaikissa sosiaali- ja terveysyhtymän peruspalvelukeskuksen kunnissa. Palvelut tuotetaan lähi- tai alueellisina palveluina pääosin avun tarvitsijan kotikunnassa. (www.phsotey.fi; Lindström 2007.)

Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin kunnat kuuluvat kolmeen päihdehuollon kuntayhtymään. Sosiaalihuollon toimintakentässä kuntien lukumäärän mukaan laajimpana toimijana on Hämeen päihdehuollon kuntayhtymä, jonka toiminta-alueena ovat Kanta- ja Päijät-Häme sekä Pirkanmaa. Hartola ja Sysmä kuuluvat Itä-Suomen päihdehuollon kuntayhtymään ja Orimattila, Myrskylä, Pukkila ja Iitti puolestaan Uudenmaan päihdehuollon kuntayhtymään. Päijät-Hämeen kunnista Lahti ja Heinola ovat päättäneet pysyä omina perusturvapiireinään, eli ne järjestävät itse perustason palvelunsa ja ostavat erikoissairanhoidon palvelut Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymältä. Palvelutuotannon näkökulmasta Lahti järjestää sekä seudullisia palveluja että monien lähikuntien kanssa tehtyihin erilaisiin sopimuksiin perustuvia alueellisia palveluja Päijät-Hämeessä. (www.phsotey.fi.)

9. Kuntayhtymä vastaa Artjärven, Hartolan, Iitin, Myrskylän, Nastolan, Orimattilan, Pukkilan ja Sysmän sosiaalihuollosta ja perusterveydenhuollosta. Lisäksi se tuottaa erikoissairanhoidon palveluja viidelletoista kunnalle (Artjärvi, Asikkala, Hartola, Heinola, Hollola, Hämeenkoski, Iitti, Kärkölä, Lahti, Myrskylä, Nastola, Orimattila, Padasjoki, Pukkila ja Sysmä).

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden perustamista ja toimintojen järjestämistä koordinoiva työryhmän esitti alkuvuodesta 2007, että päihdepalveluiden yleinen koordinaatiovastuu ja kehittämistyö sijoitetaan sosiaali- ja terveysyhtymään. Päihdepalveluissa painopiste tulee asettaa avohuoltoon. Keskeinen jatkotyökohde on perusturvapiirien ja tilaajatoiminnan organisointi muun muassa selkiyttämällä palvelupolkuja ja tehostamalla päihdetyöntekijöiden tekemää palvelunohjausta. Kumppanuusperiaatteelle perustuva sopimusperusteinen palvelutuotanto tulee järjestää tarpeiden ja taloudellisten voimavarojen mukaiseksi. Puitesopimusmenettelyä täydennetään tilaajatoiminnalla. Päihdehuollon toimijoita ovat Päijät-Hämeen alueella kuntayhtymien ja kuntien lisäksi järjestöt ja yhdistykset. Kuntien roolina päihdepalveluissa on vahvasti palvelujen tilaajana toimiminen. Sosiaali- ja terveystieteiden hankkeen myötä tilaaja – tuottaja -toimintaa voidaan toteuttaa niin, että kuntien omistuksessa olevan kuntayhtymän osalta tehdään yksilölliset päätökset palvelujen käyttämisestä ja laskutus kulloiseenkin kuntaan muodostuu käyttöpäivien mukaisesti. Asiakkaiden yksilölliseen tarpeeseen perustuva palveluiden ostojärjestelmä tulee säilyttää koskien lähinnä pieniä palveluntuottajia. Sosiaali- ja terveysyhtymä toteuttaa kilpailutuksen. (www.phsotey.fi)

Liikelaitoksena toimiva peruspalvelukeskus Oiva kuuluu Hollolan kunnan organisaatioon ja vastaa Asikkalan, Hollolan, Hämeenkosken, Kärkölän ja Padasjoen kuntien sosiaali- ja perusterveydenhuollon palveluiden järjestämisestä lukuun ottamatta lasten päivähoitoon palveluita, jotka ovat kuntien sivistystoimen vastuulla. Sosiaalipalveluihin kuuluvat pääsääntöisesti työikäisen väestön sosiaalipalvelut. Palvelut ovat saatavissa pääosin oman kunnan terveysasemilla ja sosiaalipalvelupisteissä, vaikka joiltain osin palveluita järjestetään alueellisesti. Palveluiden järjestämisessä pyritään hyödyntämään koko Peruspalvelukeskus Oivan alueen kuntien voimavarat. Kehittämisen painopisteitä ovat palveluohjaus, kuntouttavat työtavat ja peruspalveluiden turvaaminen. (www.phsotey.fi)

Heimo-hyvinvointipiiri eli Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden piiri on maakunnallinen hanke, jonka tarkoituksena on muun muassa tilaaja-tuottajamallin käyttöönotto sekä päällekkäisten toimintojen ja keinotekoisien rajojen purkaminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sekä terveydenhuollon ja sosiaalitoimen väliltä. Osahankkeen tavoitteena on uudistaa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja määrittelemällä ne kokonaisuuksiksi, joissa keskeisiä ovat poikkihallinnolliset palveluketjut eivätkä yksittäiset toimintayksiköt. Vuosina 2007–2008 pyritään siihen, että sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö nojautuu eri toiminta-alueiden, ammattiryhmien roolien ja tehtävien tunnistamiseen, selkeiden vastuiden määrittämiseen ja yhteisten tavoitteiden mukaiseen itseorganisoitumiseen. Tällöin jokaiselle piiriin työntekijälle syntyy valmius nähdä oma tehtävänsä ja vastuunsa osana isompaa kokonaisuutta. Osahankkeessa kuvataan Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden piiriin seitsemään palvelulinjaan¹⁰ liittyvät keskeiset palvelukokonaisuudet kiinnittäen erityistä huomiota ennaltaehkäisyyn, palvelutarpeen arviointiin, hoito- ja palvelusuunnitteluun, hoidon ja palvelun toteutukseen, yhteistyöhön muiden toimijatahojen kanssa sekä seurantaan ja arviointiin, suunnitelmien tarkistamiseen, jatkohoitoon ja kuntoutukseen. Esimerkiksi päihde- ja mielenterveyspalvelut -palvelulinjassa laaditaan toimenpideohjelma mielenterveysasiakkaiden palveluista. Psykiatrin palveluita osoitetaan perusterveydenhuollon käyttöön ja psykiatrian asiantuntemusta lisätään kotihoidossa. (www.heimohyvinvointipiiri.fi)

10. Palvelulinjat ovat lasten ja perheiden palvelut, aikuisten terveyden- ja sairaanhoitopalvelut, vanhusten palvelut, vammaisten palvelut, päihde- ja mielenterveyspalvelut, erityisryhmien palvelut, ympäristöterveyspalvelut.

Liite 2. Päihdepalvelusäätiöt

Kuopion päihdepalvelusäätiö

Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiö on perustettu helmikuussa 2005. Säätiön perustajajäseninä ovat Kuopion ja Suonenjoen kaupungit, Siilinjärven ja Karttulan kunnat, Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä sekä päihde- ja mielenterveysjärjestöt. Säätiön ensisijainen tehtävä on tuottaa päihdehuollon erityispalveluja sopimuskunnille, mutta palveluita tarjotaan myös muille Pohjois-Savon kunnille. Päihdehuollon erityispalvelujen tuottamisen säätiö aloitti vuoden 2006 alussa, jolloin Kuopion kaupungin toiminnoista avohoito, laitoskatkaisu, laitospainotus ja Päihdepysäkin toiminnat henkilöstöineen ja toimitiloineen siirtyivät Päihdepalvelusäätiölle. Kunnat tuottavat itse päihdehuollon peruspalvelut ja säätiön palvelut linkitetään osaksi koko päihdehuollon palvelujärjestelmää. Järjestöt tuottavat päihdeasiakkaille kuntouttavia tukipalveluja (asumispalvelut, työ- ja päivätoiminta) sekä vertaistukipalveluja. (www.ksps.fi)

Säätiön perustamisen yhtenä tärkeimpänä lähtökohtana on palvelujärjestelmän kehittäminen ja palvelujen tuottaminen asiakkaiden näkökulmasta. Keskeisenä tavoitteena on ollut koota päihdealan toimijaverkostoa – sosiaali- ja terveydenhuolto, päihdehuollon erityispalvelut sekä kolmas sektori – samaan organisaatioon, joka sopii työn painopistealueista, kehittämissuunnitelmista ja yhteisestä työnjaosta. Säätiössä mukana olevat yhteisöt ovat merkittäviä palvelujen tuottajia, ja näitä voidaan hyödyntää asiakkaiden palveluketjujen rakentamisessa. (http://www.isonetti.net/paihdeyto/Blafield_051006.pdf)

Päihdepalvelusäätiö saa tulonsa kunnille myytävistä päihdehuollon erityispalveluista. Valtaosa tuloista tukee Kuopion kaupungilta. Säätiö on solminut palvelusopimuksen Kuopion kaupungin kanssa, jossa se sitoutuu järjestämään palvelut sovitun tasoisesti ja laajuisesti. Kuopiolaiset asiakkaat eivät tarvitse maksusitoumusta, vaan päätökset hoitoon ottamisesta tehdään säätiössä. Muille kunnille palveluja myydään kuntien antamien maksusitoumusten mukaan. Vuoden 2008 alkupuolella laitospaikkojen määrä lisääntyi yhdeksällä, mikä mahdollisti kuntoutuspalvelujen myymisen Pohjois-Savon kunnille. Lisääntyvät katkaisuja vieroituspaikat helpottavat ajoittaista paikkapulaa ja tarjoavat kaikille Kuopion seudun kunnille mahdollisuuden käyttää palveluja. Toimintamalleja katkaisu- ja vieroitushoitoon ohjaamisessa on selkiytetty ja tätä jatketaan edelleen vuonna 2008. (www.isonetti.net/paihdeyto/Blafield_051006.pdf)

Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiö on mukana Tyynelän kehittämiskeskukseen VALMA-hankkeessa (2007–2010). Muita yhteistyökumppaneina ovat Varkauden A-klinikka, Jyväskylän seudun Päihdepalvelusäätiö ja Tyynelän kuntoutuskeskus. Tarkoituksena on kehittää päihdehuollon asiakkaan muutosvalmiuden tunnistamista, ymmärtämistä ja huomioimista päihdetyössä. Säätiön omana hankkeena käynnistyi vuonna 2007 ”Olkari – matalan kynnyksen kohtaamispaikka ja päiväkeskus sekä seutukunnallisen terveysneuvontatyön kehittäminen”. Hankkeessa järjestetään päivätoimintaa huumeita käyttäville, hoitoon kiinnostuneille asiakkaille. Toiseksi hankkeessa kartoitetaan huumeilannetta ja terveysneuvonnan tarvetta Kuopion seudulla ja luodaan koulutusmalli pienten kuntien terveyskeskuksille.

Jyväskylän seudun päihdepalvelusäätiö

Jyväskylän seudun päihdepalvelusäätiö on neljän Keski-Suomen kunnan (Jyväskylän kaupunki, Jyväskylän maalaiskunta, Muurame, Laukaa), Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sekä useiden paikallisten ja valtakunnallisten järjestöjen vuonna 2002 perustama säätiö. Päihdepalvelusäätiö tuottaa päihdehuollon avo- ja laitospainotisia erityispalveluja alkoholin-, lääkkeiden- ja huumeidenkäyttäjille, peliriippuvaisille sekä heidän läheisilleen. Avohoidon palveluita ovat päihdekuntoutusyksikkö, matalan kynnyksen palveluyksikkö Pointti sekä Terveysneuvontapiste Visiitti. Pointin palveluita ovat alkoholi- ja huumeapäivystyspalvelu, terveysneuvontapalvelu sekä liikkuva päihdepalvelu. Laitoshoidon palveluita ovat A-yhteisön alkoholivieroitus sekä arviointi

ja tutkimuspalvelut sekä huumevieroitusosasto. Lisäksi säätiö tarjoaa asiantuntija-, kehittämis- ja koulutuspalveluja sekä ylläpitää tiedotus-, tutkimus-, valistus- sekä muuta säätiön tarkoitusta edistävää toimintaa. Säätiö kehittää päihdehuollon erityisosaamista ja asiantuntemusta, joka hyödyntää ensisijaisesti koko Keski-Suomen aluetta.

Päihdepalvelusäätiö on mukana Keski- ja Itä-Suomen peliriippuvaisten hoidon kehittämis-, tutkimus- ja koulutushankkeen lisäksi kolmessa päihteisiin liittyvässä hankkeessa. Säilöön otettujen hoitoonohjaushankkeen tarkoituksena on kehittää päihtyneiden säilöönottotoimintaa lisäämällä poliisin, sosiaali- ja terveysviranomaisten sekä päihdehuollon välistä yhteistoimintaa. Hankkeen avulla pyritään vähentämään päihtyneiden säilöönottoja ja lisätä rauhallisten päihtyneiden sijoittamista muualle kuin poliisivankilaan. Virtahevon lapset – lapsilähtöisen päihdetyön kehittämishankkeen tavoitteena on parantaa lasten asemaa päihdepalveluja käyttävien asiakkaiden perheissä. Keinoja ovat lasten puheeksi ottaminen työskennellessä aikuisasiakkaiden kanssa, lasten kuulluksi tuleminen omista verkostoissaan, vanhempien voimaannuttaminen (vanhempien kyvykkyys vähentää päihteiden käytöstä lapsille aiheutuvia haittoja lisääntyä) sekä lasten voimaannuttaminen. Vankien ja kriminaalihuollon asiakkaiden kuntoutusjatkumon kehittämissuunnitelman tavoitteena on kehittää vankilasta vapautuvien ja yhdyskuntapalveluun tuomittujen päihdeongelmaisten hoitopalveluita ja verkostoyhteistyötä.

Keski-Suomessa on parhaillaan meneillään Sairaanhoidopiirin hallinnoima, kuntien ja Päihdepalvelusäätiön yhteishanke mielenterveys- ja päihdepalvelujen kokonaisuuden kehittämiseksi. Hankkeen päätavoitteena on kehittää integroitua hoitomallia mielenterveys- ja päihdeongelmien käsittelyyn sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa ja päihdehuollon ja erikoissairaanhoidon erikoispalveluissa huomioiden maakunnan erilaiset seutukunnat ja palvelujärjestelmät. Yhtenä konkreettisena kehittämistoimenpiteenä on päätetty laatia erillinen suunnitelma päihtyneiden selviämisen ja ensihoitoyksikön perustamisesta Päihdepalvelusäätiön palveluiden yhteyteen. Mikäli suunnitelma hyväksytään, käynnistetään Jyväskylän seudulla sairaanhoidopiirin, Jyväskylän kaupungin ja Päihdepalvelusäätiön yhteistoiminnallinen ja -resurssillinen hoitoyksikkö. Lisäksi hankkeessa toteutetaan 16 lähiopetuspäivää sisältävä päihde- ja mielenterveyspalveluiden koulutus.

Liite 3. Kumppanuussopimus kunnan ja palveluiden tuottajan välillä

Hämeenlinnan A-klinikka

A-klinikkasäätiön ylläpitämän A-klinikan palvelut ovat hämeenlinalaisten sekä muiden kumppanuuskuntien¹¹ käytössä sopimuksen mukaisesti. Hämeenlinnan kaupungin ylläpitämät päihdepalvelut on kokonaisuudessaan siirretty A-klinikkasäätiölle 1.1.2006 alkaen. Seudun kunnat ovat tehneet A-klinikkasäätiön kanssa kumppanuussopimuksen palveluiden järjestämisestä ja niiden rahoituksesta. Seudullisia palveluita ovat A-klinikka, matalan kynnyksen toimipaikka Living Room ja katkaisuhuolto. A-klinikkatoimi on sitoutunut järjestämään katkaisuhuoltopaikan kolmen arkipäivän aikana siitä, kun hoidon tarve on todettu. Jos katkaisuhuolto ei järjesty A-klinikkatoimen omassa yksikössä, palvelu järjestetään korvaavassa hoitopaikassa tai avohoitona. Living Roomissa on käynnistetty liikkuva terveysneuvontapiste, joka toimii Hämeenlinnan seudun kaikkien kuntien alueella. Ehkäisevästä päihdetyöstä, kuntoutumisyhteisöstä, asumispalveluista ja nuorten selviämisasemasta on tehty sopimukset Hämeenlinnan kaupungin kanssa. Laitoshoito ostetaan muualta. Periaatteena on asiakaskohtaisuus, jolloin hoitopaikka valitaan yksilön tarpeiden ja ominaisuuksien, kuten iän, hoitopaikan sijainnin tai hoidon keston, perusteella. (Hämeenlinnan A-klinikkatoimi 2007.)

Kumppanuuteen perustuva yhteistyö A-klinikkasäätiön ja seudun kuntien kanssa on edennyt toimintakertomuksen 2007 mukaan hyvään suuntaan. Hämeenlinnan kaupungin ja A-klinikkasäätiön välillä otettiin käyttöön uusittu kumppanuussopimus, jonka painotukset ovat entistä syvemmän ja laaja-alaisemman yhteistyön rakentamisessa rahoittajan ja palveluiden tuottajan välillä. Tavoitteena on suunnata yhteistyö jatkossa yhä vahvemmin suoritteista palvelujen laatuun ja vaikuttavuuteen. A-klinikkatoimen rahoitus koostuu Hämeenlinnan kaupungin ja seudun kuntien rahoituksesta, asiakasmaksuista ja hankerahoituksista. Palveluiden säätiöittämistä ei tehty talouden lähtökohdista, vaan laadun, kehittämistyön ja erityisosaamisen lisäämiseksi. Toiveena oli kuitenkin, että A-klinikkasäätiön kautta saadaan hankerahoitusta toiminnan kehittämiseen sekä kilpailukykyinen perusta RAY:n rahoitukseen. A-klinikkatoimi tukee kuntien peruspalveluita konsultoinnin, koulutuksen ja työnohjauksen keinoin. (Hämeenlinnan A-klinikkatoimi 2007.) A-klinikkatoimen johto koostuu keskus- ja aluejohtajista; kunnissa vastuuhenkilöinä ovat sosiaalihoitajat ja perusturvalautakuntien luottamushenkilöt.

A-klinikkatoimi on mukana Seudullisuus alkoholilupiin -hankkeessa yhteistyössä seutuhallinnon, lääninhallituksen, seudun kuntien ja eri toimijoiden kanssa. Hankkeen keskeisenä tavoitteena on ehkäistä alkoholihaittoja ja mallintaa seudullinen lupalausuntokäytäntö. Paikallinen alkoholipolitiikan Pakka-hanke on muodostanut muun muassa erilaisia työryhmiä, kehittänyt uusia ehkäisevän päihdetyön menetelmiä ja rakentanut verkostollista työkäytäntöä erityisesti alkoholielinkeinon kanssa. (Hämeenlinnan A-klinikkatoimi 2007.)

11. Kumppanuuskuntia ovat Hämeenlinnan kaupunki, Hattulan, Hauhon, Janakkalan, Kalvolan, Lammin, Rengon ja Tuuloksen kunnat.

Liite 4. Päihdehuollon kuntayhtymät

Hämeen päihdehuollon kuntayhtymä ja Mainiemi

Kuntayhtymän tehtävänä on järjestää erityispalveluita laitospääntoutuksen ja avokuntoutuksen keinoin sekä toimia asiantuntijaorganisaationa. Kuntayhtymän perussopimuksen mukaan kuntayhtymän tehtävänä on järjestää jäsenkuntiensa puolesta niiden tarvitsemia päihdehuollon palveluja. Palveluja on tarjottu viime vuosina myös muille kuin jäsenkunnille. Kunnat voivat harkintansa mukaan hankkia päihdehuollon erityispalveluja kuntayhtymältä ja muilta palvelujen tuottajilta tai järjestää ne itse. Tavoitteena on kuntayhtymän aseman vakiinnuttaminen kuntien määrittelemien palvelujen tuottajana sekä selkeä työnjako toiminta-alueella ja maassa toimivien palveluntuottajien kesken. Tavoitteena on myös tarkoituksenmukainen jäsenkuntapohja kunta-uudistukset huomioiden. (Hämeen päihdehuollon kuntayhtymä 2007.)

Kuntayhtymän strategian mukaan kuntayhtymän ja jäsenkuntien suhteet luodaan sellaisiksi, että palvelujen tuottaminen kuntien lukuun perustuu sopimukseen (sopimusohjaus), joissa painotetaan ennakoitua. Kuntayhtymä haluaa olla kehittämässä myös kunta-asiakkuuksia. Palveluja voidaan räätälöidä kuntien tarpeiden mukaan ja kuntayhtymän henkilökunnan asiantuntijuutta voidaan hyödyntää kunnissa monella tavalla. Kuntayhtymä keskittyy erityisesti palveluihin, joita on tarkoituksenmukaista toteuttaa yhtä kuntaa laajemmalla väestöpohjalla palvelun osaamisvaatimusten ja/ tai pienen käyttäjäpohjan vuoksi. Kuntayhtymä tekee yhteistyötä jäsenkuntien kanssa paikallisesti, kunnittain, seudullisesti ja koko kuntayhtymän alueella. Kuntayhtymä huolehtii yhdessä jäsenkuntien kanssa toimivan palvelurakenteen ja – tarjonnan kehittämisestä. Työskentelemällä verkostomaisesti lähellä palvelutarvitsijain arkea kehitetään toimivia ja hyödyllisiä toimintamalleja tukemaan kuntayhtymän palveluyksikköjä, kuntien henkilöstöä ja yksityisiä palveluntuottajia onnistumaan perustehtävässään. (Hämeen päihdehuollon kuntayhtymä 2007.)

Mainiemen päihdetyön kehittämissyksikkö on aloittanut toimintansa 1.8.2007. Kehittämissyksikön perustehtävänä on tukea päihdetyön kehittämistä asiakaslähtöisesti ja käytännöstä lähtevien tarpeiden pohjalta Hämeen päihdehuollon kuntayhtymän alueella, johon kuuluu 39 kuntaa Hämeen ja Pirkanmaan alueella. Suurimpia jäsenkuntia ovat Tampere, Lahti ja Hämeenlinna. Hankesuunnitelman mukaisesti kehittämissyksikkö edistää yhteistyössä alueen kuntien ja erityispalvelujen kanssa ehkäisevän päihdetyön verkostoitumista ja kehittämistä, kehittää päihdetyön erityisosaamista ja sen vaatimaa yhteistyötä kuntien peruspalveluissa, tarjoaa päihdetyön konsultaatiopalveluja ja työnohjausta sekä kehittää muun muassa täydennyskoulutusta. Kehittämissyksikkö tarjoaa arviointi-, asiantuntija- ja kehittämisspalveluita alueen ja kokoa hyviä käytäntöjä päihdetyön kehittämiseksi kuntayhtymän alueella. (<http://www.mainiemikk.fi>)

Ytjän perheeseen -hankkeen päätavoite on päihdeasiantuntemuksen vahvistaminen kuntien lapsiperheille suunnatuissa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa. Osatavoitteina on päihdeosaamisen lisääminen ja jalkautuvan päihdetyön työmenetelmän kehittäminen. Hanke on jatkoa Reitit selviksi -hankkeelle, jossa kokeiltiin pilottikunnissa jalkautuvia päihdepalveluja, minipäiväkeskustoimintaa ja konsultaatiopalveluja. Positiivisten kokemusten perusteella osa kunnista vakinaisti toiminnan. Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamassa Harke -hankkeessa kehitetään opiskelijoiden harjoittelu- ja työssäoppimiskäytäntöjä yhteistyössä Hämeen ammattikorkeakoulun, Pikassos Oy:n ja Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen kanssa.

Itä-Suomen päihdehuollon kuntayhtymä ja Tuustaipale

Itä-Suomen päihdehuollon kuntayhtymän ylläpitämä Tuustaipaleen kuntoutumiskeskus myy hoitopalveluja kuntayhtymän jäsenkunnille (71 kuntaa) ja muille kunnille. Palvelut koostuvat katkaisuhoidosta, kuntoutuksesta ja asumispalveluista, joiden lisäksi kuntoutumiskeskus tarjoaa työelämävalmennus- ja työharjoittelupaikkoja työvoimatoimistojen päihdekuntoutujille. Etelä-

Karjalan kuntien kanssa on käynnistetty neuvottelut alkoholimentikoille tarkoitetun osaston perustamisesta.

Kuntoutumiskeskuksessa on aloitettu laadunhallintajärjestelmän rakentaminen ja palveluiden tuotteistaminen. Eläksä-hanke on tarkoitettu huostaanottovaarassa tai jo huostaan otetuille nuorille. Päihdeperheiden palveluketjujen kehittämishankkeessa (Onni) kehitetään päihdekuntoutuspalveluiden tuottajien keskinäistä sekä palveluiden tilaajien ja tuottajien välistä yhteistyötä. Hankkeen tavoitteena on palveluketjujen sekä laitos- ja avokuntoutuksen yhteistyön kehittäminen. Perhekuntoutusjakso ”Eletään yhdessä” on tarkoitettu päihderiippuvaisille lapsiperheille. Tarkoituksena on estää huostaan ottoja, lisätä perheen hyvinvointia ja tukea arjessa selviytymistä ilman päihteitä. Jakson jälkeen on mahdollista tehdä jalkautuvaa työtä koteihin. Jalkautuva työ on avoimuus työtä perheen ja heidän viranomaisverkostonsa kanssa. (www.tuustaipaleenkuntoutumiskeskus.fi/)

Uudenmaan päihdehuollon kuntayhtymä ja Ridasjärvi

Ridasjärven päihdehoitokeskus on Uudenmaan päihdehuollon kuntayhtymän (24 kuntaa) omistama päihdehuollon laitosmuotoinen erityispalveluyksikkö Hyvinkäällä. Pidempikestoiset kuntoutusohjelmat on rakennettu niin, että peruskuntoutuksen lisäksi niissä painotetaan joko ryhmä- tai työtoimintoja. Iäkkäiden ja fyysisesti sekä psyykkisesti vajaakuntoisten, mutta itsenäisesti toimeentulevien, tarpeeseen on rakennettu oma hoito-ohjelma. Ridasjärvi tarjoaa myös intervalli- ja kriisihoitoa sekä kohdennettua kuntoutusta henkilöille, joilla on taustalla useita päihdehoitoja (OTE- hanke). Ote-hanke on palveluohjauksen kehittämishanke, jonka tavoitteena on opettaa asiakasta toimimaan tavoitteellisesti ja kantamaan vastuuta itsestään. Toinen tavoite koskee palvelujärjestelmän vastaamista asiakkaan tarpeisiin: asiakas oppii hyödyntämään realistisesti palvelujärjestelmää ja palvelujärjestelmä saa paremman otteen asiakkaasta. Yhteistyö asiakkaan kotikunnan toimijoiden ja päihdehoitokeskuksen välillä on tiivistä ennen hoitoa, hoitojakson aikana ja sen jälkeen. (www.ridis.info) Kuntayhtymän lääkäripalvelut on hankittu ostopalveluna.

Liite 5. Muita kuntarajat ylittäviä päihdehuollon erityispalveluiden kokonaisuuksia

Kymen A-klinikkatoimi

A-klinikkasäätiön ylläpitämä Kymen A-klinikkatoimi tuottaa päihdehuollon erityispalveluiden hoito- ja kuntoutuspalveluja, joita ovat A-klinikat, päihdekliniikka, katkaisuhuolto- ja selviämisasiema, kuntoutumiskoti, päiväkeskukset, tuetun asumisen palvelut sekä terveysneuvontapiste. Seudullisista palveluista on tehty ostopalvelusopimukset Kotkan ja Haminan kaupunkien sekä Miehikkälän, Pyhtään, Ruotsinpyhtään ja Virolahden kuntien kanssa. Käynnit A-klinikoilla ja Päihdekliniikalla ovat maksuttomia ostopalvelukuntien asukkaille. Hoitopalveluista tehdään asiakaskohtaiset sopimukset. Valtakunnallinen toiminta tarjoaa päihdehoito- ja koulutuspalveluja koko maan alueelle. Kymen A-klinikkatoimen hoitopalveluyksiköissä tehdään yksiköstä riippuen myös ennaltaehkäisevää ja varhaisvaiheen päihdetyötä, työnohjausta, tiedotusta sekä kehittämis- ja tutkimustyötä. Kymen A-klinikkatoimi vastaa myös opioidiriippuvuuden vieroitus- ja korvaushoidon toteutuksesta Haminassa ja Kotkassa. Hoidon tarpeen arviointi tehdään avohoitotyyppisesti. Katkolla Tulevaisuuteen -tutkimusprojekti kehittää ja arvioi korvaushoitoa Raha-automaattiyhdistyksen rahoituksella. (Kymen A-klinikkatoimi 2007.)

Kotka-Haminan seudun sosiaalinen työllistäminen -projekti toteutui vuosina 2005–2007. Kaakkois-Suomen TE-keskuksen tukemalla projektilla tuotettiin palveluja Kotkan ja Haminan työvoimatoimistojen alueelle. Projektin kohderyhmänä olivat pitkäaikaistyöttömät, päihdeongelmaiset asiakkaat. Asiakkaat työllistyivät projektissa erilaisilla työllistämistukimuodoilla kuten työelämävalmennus ja palkkatuki. Nuorten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoitoyhteisön kehittämisprojekti (2006–2009) kuuluu A-klinikkasäätiön moniongelmaisuuden ja syrjäytymisen vähentämishjelmaan. Projektin tavoitteina on hoitomallin kehittäminen alaikäisille kaksoisdiagnoosinuorille. Projektin tuloksena lähihoito-osasto aloitti toimintansa 1.11.2006. Lähihoito on tarkoitettu 14–17-vuotiaille huostaan otetuille nuorille, jotka tarvitsevat hoitoa päihde- tai mielenterveysongelmien vuoksi. Nelipaikkaisessa hoitoyhteisössä omahoitajuus, terapeuttiset menetelmät ja tiivis perhetyö kuuluvat osaltaan nuoren hoitokokonaisuuteen koulunkäynnin, työtehtävien ja harrastustoiminnan lisäksi. (Kymen A-klinikkatoimi 2007.)

Seudullinen päihdetyö Etelä-Savossa

Etelä-Savossa on neljä seutukuntaa eli Mikkelin, Juvan, Savonlinnan ja Pieksämäen seutukunnat. Päihdehuollon erityispalvelut, kuten A-klinikka ja päihdepoliklinikka täydentävät oman kunnan tuottamia avopalveluita. Joissakin kunnissa käytetään vuorottelun periaatetta, siten että asiakas käy vuorotellen omalla paikkakunnalla avohoitokäynneillä ja kauempana sijaitsevassa erityisyksikössä. Tässä palvelumallissa yhdistyy kaksi hyvää elementtiä: erityispalvelujen konsultoiva rooli ja se, että asiakas saa tarvitsemaansa päihdehuollon avopalvelut läheltä asuinpaikkaansa, mikä on tärkeää varsinkin heikommassa asemassa olevien asiakkaiden kohdalla. Palveluohjauksen avulla asiakkaita on saatu ohjattua enenevässä määrin heille tarkoitettuihin palveluihin. Palveluohjausta voi pitää hyvänä käytäntönä asiakaan, palvelujärjestelmän sekä kunnan näkökulmasta. Mikkelissä huumeasiakkaiden määrä A-klinikalla on kasvanut osittain palveluohjauksen myötä, mikä on vähentänyt painetta esimerkiksi terveydenhuollon sektorilla. Palveluohjaus voi olla erillinen palvelumuoto, mutta palveluohjauksellista työtä voidaan soveltaa myös jo olemassa olevien palveluiden piirissä. Mikkelissä palveluohjaus on selkeästi jo nyt seudullinen malli ja tuonut alueelle palvelun ohella myös koulutusta. (Heino 2004, 29.)

Monella paikkakunnalla toimii sektorirajat ylittävä päihdetyön kehittämis- ja suunnitteluryhmä. Ryhmien kautta vahvistuu näkemys päihdetyön laaja-alaisuudesta, ja uusien sektorirajoja ylittävien toimintamallien kehittämiseksi avautuu mahdollisuuksia. Ryhmissä tulevat monipuolisesti esiin paikkakuntien erilaiset palvelutarpeet. Varhaiseen puuttumiseen, etenkin nuorten kohdalla, on kiinnitetty entistä enemmän huomiota koko maakunnan alueella. Monella paikkakunnalla toimii nuoriin kohdistuvia varhaisen puuttumisen työryhmiä, jotka linjaavat ja koordinoivat työtä. Perinteisen viranomaissektorin lisäksi toimijoiksi on otettu mukaan esimerkiksi vanhempainyhdistyksiä, mikä on tuonut toimintaan kansalaisnäkökulmaa. (Heino 2004, 30.)

Salon seutu

Salon kaupunki ja yhdeksän ympäröivää kuntaa¹² lakkautetaan kesäkuussa 2007 tehdyllä päätöksellä, ja uusi Salon kaupunki perustetaan vuoden 2009 alussa. Salon seudun kuntarakenneselvityksessä on hahmoteltu perustettavaksi seudullinen päihdehuolto. Selvityksessä esitetään, että kuntien yhdistämisen yhteydessä voidaan kansanterveystyön kuntayhtymä purkaa ja yhdistää uuden kunnan sosiaali- ja terveystoimi yhdeksi perusturvatoimialaksi. Tämä mahdollistaa nykyistä paremmat mahdollisuudet muun muassa palvelutuotannon tehostamiseen ja hallinnon rationalisointiin. (ks. <http://kehittamiskeskus.salonseutu.fi/attachements/2006-07-03T13-46-1248.pdf>)

Uuteen Saloon muodostetaan 1.1.2009 psykososiaalisten palveluiden tehtäväalue, jonka tavoitteena on psykososiaalisten palvelujen, kuten päihdepalveluiden koordinointi ja yhteisten käytäntöjen luominen kotihoitoon, asumispalveluihin sekä päivä- ja työtoimintaan. Päihdestrategian mukaisesti päihdetyön painopiste suunnataan ehkäisevään työhön ja varhaiseen puuttumiseen. Terveyskeskuksessa ja neuvolapalveluissa päihteenkäytön tunnistaminen ja varhainen puuttuminen ovat tärkeimmät kehittämiskohteet. Vuosien 2009–2015 aikana erikoissairaanhoidon suunnitelmissa on siirtää päihdekatkaisuhoidojen toteuttamisvastuu peruspalveluille, vahvistaa avopsykiatrisia palveluita laitoshoidosta vapautuvista resursseista ja siirtää toimintaa tarpeenmukaisesti esimerkiksi Vakka – Suomen alueelle. Nykyisin katkaisuhoidot järjestetään pääsääntöisesti Halikon sairaalassa, mutta tulevaisuudessa näiden osastojen resursseja suunnataan varsinaiseen psykiatriseen työhön. Tulevan uuden kunnan keskeisimmät kehittämistarpeet päihdetyössä ovat muun muassa hoitopolkujen selkiyttäminen, päihdehoitotyön tarjoaminen kaikilla palvelun tasoilla mahdollisimman varhain ja mahdollisimman lähellä kuntalaisia avopalveluina sekä katkaisuhoidon siirtäminen erikoissairaanhoidosta kunnan peruspalveluihin.

Salon seudun terveyskeskuksessa on päihdeyksikkö, joka tekee seutukunnallisesti ehkäisevää päihdetyötä ja opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoitoa. Salon A-klinikka järjestää avokatkaisua, jatkokuntoutusta, avohoitoa sekä päivätoimintaan ja asumispalveluita. Salon terveyskeskuksella on meneillään ”Kiinteä ote päihdeongelmaisen hoitoon” -projekti, joka keskittyy päihdeongelman tunnistamiseen ja kehittää toimintamalleja muun muassa päihdeperheiden, tapaturma- ja päiivystyspotilaiden sekä vanhusten päihdehoitoon. Salon A-klinikka on koordinoanut ”Korjaava isku” -työryhmää, joka on koostunut sosiaalityöntekijöistä, päihdeyksikön korvaushoidon työntekijöistä, erityisnuorisotyöntekijöistä, seurakunnan työntekijöistä, A-klinikan edustajista ja muista yhteistyötahoista. Lasten ja nuorten päihdeasioihin liittyen terveyskeskuksen koordinoimana on aloitettu ”Työrukkanen” palaverit, joissa on mukana lastensuojelu, A-klinikka ja mielenterveyskeskus. Seutukunnallisesti on muodostettu ohjaustyöryhmä, jossa on edustettuna päihdetyöstä (terveydenhuolto, A-klinikka ja erikoissairaanhoido) vastaavat ja käytännön asiakastyötä tekevät henkilöt. Ohjausryhmän tehtävänä on kehittää muun muassa tulevaa katkaisu- ja selviämisasemaa.

Salon seudun hyvinvointistrategian mukaan järjestöjen rooli päihde- ja mielenterveysongelmaisten palvelujen tuottajina on merkittävä seudulla. Näistä ongelmista kärsivien määrä ja

12. Halikko, Kiikala, Kisko, Kuusjoki, Muurla, Perniö, Pertteli, Suomensjärvi, Särkisalo

erityispalvelujen tarve kasvavat, jolloin tarvitaan kevyempiä palvelujärjestelmiä. Ammattilaisten antamien palvelujen lisäksi vertaistukitoiminnan merkitys on kasvamassa jatkohoidon tukemisessa. Vertaistukitoimintaa tuottavat kaikki järjestöt ja seurakunta sekä kansalaisjärjestöt. Kunnilla on kumppanuussopimuksia Mielenterveysseuran ja A-klinikkasäätiön kanssa ja tuottavat muun muassa seudun tuetun asumisen palvelut. (Ukkola-Kettula 2005.)

Oulun seudun päihdepalvelusuunnitelma

Oulun seudun kunnat allekirjoittivat vuonna 2002 seutusopimuksen. Seudun kunnat ovat pyrkineet vaikuttamaan muuttuvaan toimintaympäristöön ja vastaamaan uusiin haasteisiin kehittämällä seudullisia toimintamalleja. Oulun seudun päihdepalvelusuunnitelman tarkoituksena on parantaa seudun päihdepalveluiden laatua ja saatavuutta, organisoida päihdepalveluja, toimia päätöksenteon apuvälineenä kuntien päättäjille sekä parantaa päihdepalveluiden kustannustehokkuutta. Suunnitelmassa olevien ehdotusten toimeenpanoa ja päihdepalvelujen organisointimallia jatketaan Titus-hankkeen (Seudullinen tilaaja-tuottajamallin kehittämishanke) puitteissa. Titushankkeessa kehitetään uutta sosiaali- ja terveystalouden seudullista toimintamallia¹³. Hankkeen viitekehikseksi on valittu tilaaja-tuottajamalli seudullisena toimintatapana.

Oulun kaupungin päihdepalveluilla on merkittävä rooli erityispalvelujen tuottajana ja palvelujen kehittäjänä koko Oulun seudun alueella. Suunnitelman laatinut työryhmä piti välttämättömänä sitä, että Oulun päihdetyön palvelut profiloituivat selkeästi seudulliseksi yksiköksi ja ne ovat Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen budjetissa ns. nettobudjetoinnissa. Tämä mahdollistaa Oulun päihdetyön yksikön resurssien tarkistamisen niin, että se kykenisi vastaamaan myös seudun muiden kuntien palvelutarpeeseen tilaaja-tuottajamallin mukaisesti. Ostopalvelusopimukset tulisi kuntien kanssa uusiksi ja niiden sitovuustaso tarkistaa. Suunnitelmassa esitetään muun muassa, että Oulun seudun päihde-erityishoitoon ohjattujen asiakkaiden arviointi ja hoitopaikan määrittely sekä opiaattikorvaushoito keskitetään yhteen yksikköön. Lisäksi huumeita käyttävien kaksois- ja monidiagnoosi-asiakkaiden laitoshoidon keskitetään seudullisesti mielenterveysongelmia hoitavaan laitoksiin. Päihdepalveluiden keskeiset ostopalvelut hankitaan ja kilpailutetaan seudullisesti. Oulun seudulla kehitetään päihdehoitoa yhteistyössä eri viranomaisien, yliopiston, oppilaitosten, järjestöjen ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. (<http://www.ouka.fi/seutu/titus/pdf/paihdepalvelusuunnitelma.pdf>)

13. Hankkeessa ovat mukana Oulun seutu ja sen kaikki jäsenkunnat: Hailuoto, Haukipudas, Kempele, Kiiminki, Liminka, Lumijoki, Muhos, Oulu, Oulunsalo ja Tyrnävä. Ylikiiminki ja Yli-Ii ovat mukana hankkeessa, koska niillä on menossa omat kuntaliitosprosessit Oulun kaupungin kanssa.

Liite 6. Päihde- ja mielenterveystyön seudullisia kehittämishankkeita

Vantaan Sateenvarjo-projekti (2005–2009)

Sateenvarjo-projekti on vuonna 2005 käynnistynyt seudullinen mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämishanke Vantaan ja Keravan kaupunkien sekä HYKS/Peijaksen sairaalan alueella. Projektin tavoitteena on vuoteen 2009 mennessä kehittää linjassa päihde- ja mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen kanssa seudullinen mielenterveys- ja päihdepalveluiden kokonaisuus, jossa palvelukokonaisuuden painopiste on peruspalveluissa ja ongelmien tunnistaminen ja matalan kynnyksen hoidon aloittaminen kaikissa ikäryhmissä toteutuu nykyistä aikaisemmin. Sateenvarjo-projektin alaprojekteissa on tavoitteena uudenlaiset työnkuvan ja toiminnan mallit, joissa keskeistä on riskiryhmien depression ja alkoholin suurkulutuksen seulominen ja ryhmäinterventiot peruspalveluissa, moniammatillisuus sekä tehostettu yhteistyö peruspalveluiden ja erikoissairaanhoidon välillä. Hankerahoituksella on palkattu 2 osa-aikaisesti terveysasemien henkilökunnasta tekemään päihdetyötä.

Alaprojekteissa on kehitetty ja testattu vuosina 2005–2007 kuutta erilaista työnkuvaa ja toimintaa:

1. Lapsiperheiden depression tunnistaminen ja hoito neuvolatyössä

Keskeistä tässä toimintamallissa on synnytyksen jälkeinen EPDS-seulonta (Edinburgh Postnatal Depression Scale), masennusriskissä olevien tehostettu tuki neuvolassa ja depression ennaltaehkäisy- ja itsehoitoryhmissä. Mallissa on tehostettu työnjakoa ja yhteistyöverkostoa intensiivisemmän hoidon takaamiseksi. Kokenut lastenpsykiatrin sairaanhoitaja on konsultoinut, antanut bedside -opetusta ja kouluttanut neuvolassa ja perheiden kanssa työskenteleviä työntekijöitä yhdessä Sateenvarjo-projektin kanssa. Vuoden 2006 aikana jonot ovat lyhentyneet lasten- ja aikuispsykiatriselle poliklinikoille sekä terveyskeskuksen psykologille mahdollisesti tämän toimintamallin sekä samalla käynnistetyn depression kolmikantamallin seurauksena.

2. Nuorten vakavan masennuksen ennaltaehkäisy kouluterveydenhuollossa

Toimintamallissa on seulottu yläasteikäisten terveystarkastuksen yhteydessä vakavan masennuksen riskiä BDI-13 kyselyllä ja riskissä olevia on ohjattu stressinhallintakurssille. Sateenvarjo-projektissa on suomennettu stressinhallintakurssi-menetelmän manuaalin yläaste- ja lukioikäisille.

3. Depression hoidon kolmikantamalli (depressiohoitajamalli) terveyskeskuksessa

Keskeistä kolmikantamallissa on terveyskeskuksessa ”case managerina” toimiva depressiohoitaja, jonka tehtävänä on depression hoidon seuranta, psykososiaalisen tuen antaminen ja perheen lasten voimien huomioiminen terveyskeskuslääkäreiden depressiopotilaille 1-6 käynnin hoitajaksolla. Kliinisen kokemuksen perusteella kolmikantamalli lisää depression tunnistamista, nopeuttaa toipumista ja vähentää pitkien sairauslomien tarvetta sekä tasa-arvoistaa potilaita laadukkaan hoidon suhteen lääkäripulan aikana.

4. Perustasoa konsultoivan psykiatrin työnkuva

Keskeistä tässä mallissa on erikoissairaanhoidoa edustavan konsultoivan psykiatrin antama tietotaito peruspalveluihin, jossa psykiatrisen asiantuntemuksen tarve lisääntyy asiakkaiden ongelmien monimutkaistuuessa (samanaikainen päihde-, mielenterveys- ja sosiaalinen ongelma). Konsultoiva psykiatri konsultoi ja kouluttaa terveyskeskuksen lääkäreitä, depressiohoitajia, psykologeja sekä

neuvola- ja sosiaalityöntekijöitä. Toiminta mahdollistaa myös kertaluonteiset potilastapaamiset, joissa hoitovastuu säilyy peruspalveluissa. Malli tukee peruspalveluissa henkilökunnan psykiatrista osaamista, häiriöiden tunnistamista ja varhaiselle hoitoa sekä edistää hoidon jatkuvuutta peruspalveluiden ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon välillä.

5. Alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen ja mini-interventio terveysasemalla (päihdehoitamalli)

Alkoholin suurkuluttajien tunnistaminen terveyskeskustyössä Audit-kyselyllä ja Mini-intervention antaminen suurkuluttajille on keskeistä päihdehoitamallissa. Vantaan kahdella terveysasemalla on toiminut osa-aikainen päihdehoitaja, joka on sairaanhoitajan vastaanotolla systemaattisesti seulonut alkoholin suurkulutusta, antanut mini-interventiota sekä toteuttanut päihdeongelmaisten potilaiden seurantakäyntejä.

6. Kotihoidon tehostettu mielenterveys- ja päihdetyö

Tämän mallin keskeinen sisältö on masennuksen ja alkoholin suurkulutuksen seulonta, ryhmämuotoiset interventiot, hoitopolun tehostaminen ja asiantuntijahoitajan työnkuvan kehittäminen vanhenevan väestön mielenterveysongelmien ja lisääntyneiden päihdeongelmien hoidon tehostamiseksi. Sateenvarjo-projektin vanhuksiin ja vammaisiin kohdentuvassa alaprojektissa on seulottu systemaattisesti kotihoidon uusien asiakkaiden masennusoireita ja alkoholin suurkulutusta sekä aikaistettu ongelmiin reagoimista ja hoitoa uusilla, moniammatillisilla toimintatavoilla ja ryhmämuotoisella hoidolla. (http://www.vantaa.fi/i_perusdokumentti.asp?path=1;220;4725;4802;34468)

Itä-Uudenmaan päihdehuollon seudullinen kehittämisprojekti (2006–2008)

Itä-Uudenmaan päihdehuollon seudullisessa kehittämisprojektissa (2006–2008) on mukana kahdeksan Itä-Uudenmaan kuntaa¹⁴. Porvoon kaupunki hallinnoi hanketta ja projektin rahoittajana toimii kuntien lisäksi lääninhallitus. Projektin ohjaustyöryhmään kuuluu edustus jokaisesta kunnasta, erityissairaanhoidosta, perusterveydenhuollosta, ruotsinkielisen sosiaalialan osaamiskeskus Fskc:sta sekä sosiaalialan osaamiskeskus Versosta. Projektin tavoitteena on muun muassa selvittää päihdehuollon nykytila ja esittää kehittämisehdotuksia sekä järjestää jatkokoulutusta terveydenhuollon ja päivähoidon henkilökunnalle, kouluille ja neuvoloille. (Kroger 2007.)

Päihdehuollon erityispalveluita alueella ovat Loviisan ja Porvoon A-klinikat sekä Porvoon Nuorisoasema. Lisäksi käytetään Kymen ja Keravan A-klinikan toimipisteitä sekä Loviisan ja Sipoon vuodeosastoja. Kunnat ovat tehneet ostopalvelusopimuksen A-klinikoille, mutta Nuorisoasemalle edellytetään sosiaalitoimen maksusitoumusta. Itä-Uudenmaan alueella ei ole omaa katkaisuhuoltoasemaa, vaan asiakkaita ohjataan naapurikuntien palveluihin Helsinkiin, Espooseen, Kouvolaan ja Kotkaan. Katkaisuhuoltoon ohjautuminen vaihtelee Itä-Uudenmaan kunnissa johtuen kunnan omista päihdepalveluista ja mahdollisuuksista käyttää naapurikuntien päihdepalveluita. (Kroger 2007.)

Projektiraportin mukaan alueelle perustetaan matalan kynnyksen katkaisuhuoltolaitos. Katkaisuhuoltoasemalle suunnitellaan lisäksi selviytymisasemaa, jossa hoitoon hakeutuminen ei vaadi asiakkaan päihdeettömyyttä. Katkaisuhuoltoasemalla tulee olla ostopalvelusopimus kaikkien Itä-Uudenmaan kuntien kanssa ja kuntien on sitouduttava katkaisuhuoltoaseman käyttöön. Raportissa ehdotetaan myös, että Nuorisoaseman palveluita viedään Askolan ja Sipoon kuntiin lisäämällä työntekijöiden liikkumista ja perustamalla sivuvastaanoton A-klinikan sivutoimipisteiden tai kouluterveydenhuollon yhteyteen. Muiden mukana olevien kuntien päihdehuollon palveluita ei tarvitse kasvattaa, vaan kehittää ja ohjata asiakkaita perusterveydenhuollon piiriin. Asunnottomien

14. Askola, Lapinjärvi, Liljendal, Loviisa, Pernaja, Porvoo, Ruotsinpyhtää ja Loviisa

ja päihdeongelmaisten tukikohtana valmistuu kesällä 2008 uusi asumisyksikkö Koivula. Koivulan tarjoaa ryhmäasuntopaikan, tilapäisen yösijan ja tukiasuntomahdollisuuden. Toiminnan aloittaa Porvoon seurakunta, ja toiminta siirtyy Porvoon kaupungin hallinnointiin 1.1.2009, jolloin on myös kaavailtu aloitettavan katkaisuhuolto. Koivulan palveluja tarjotaan myös muille alueen kunnille, sillä alueella esiintyy tarvetta tuki- ja palveluasuntotoimintaan. Suunnitelman mukaan alueen kaikki katkaisuhoidot voitaisiin keskittää myöhemmin Koivulan uuteen katkaisuhuoltoyksikköön ja tämä palvelisi muiden kuntien lisäksi myös Porvoon sairaalaa. (Kroger 2007.)

Projektiraportissa esitetään yhtenä haasteena päihdehuollon sekä somaattisen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon työntekijöiden yhteydenpito. Kehittämisehdotuksena esitetään, että erikoissairaanhoidosta ja perusterveydenhuollosta valitaan vastaavat päihdetyöntekijät, jotka tapaavat säännöllisin väliajoin päihdehuollon yksikön työntekijöitä. Tapaamisten tarkoituksena on tuoda esille päihdetietoutta ja ratkaista ongelmia, joita asiakastyössä on tullut esille. Lisäksi vastaavat päihdetyöntekijät toimivat linkkinä päihdehuollon ja oman yksikkönsä välillä sekä välittävät tietoa ja koulutusta muulle henkilökunnalle. Erikoissairaanhoidon kanssa on luotu erillisiä hoitopolkuja. Nämä mallit helpottavat asiakkaiden hoitoa sekä parantavat päihdeongelmaisten kanssa työskentelevien tahojen yhteistyötä. (Kroger 2007.)

Itä-Uudenmaan kunta- ja palvelurakennemuutostusta käsittelevän loppuraportin (2006) mukaan alueelle tulisi perustaa lähipalveluyksiköitä, joissa toimisi muun henkilökunnan ohella kaksi mielenterveys- ja päihdetyötä tekevää erikoissairaanhoidajaa. Huomattava osa sosiaalityöstä tehtäisiin lähipalvelutiimeissä osittain moniammatillisena yhteistyönä perusterveydenhuollon kanssa. Sosiaalipalvelut toteutetaan pääasiassa lähipalveluina kuntakohtaisesti, mutta sosiaalityössä on useita toimintoja, jotka voisi olla tarkoituksenmukaista toteuttaa seudullisina palveluina. Yhtenä esimerkkinä mainitaan päihdehuolto. (Itä-Uudenmaan kunta- ja palvelu...2006.)

Mielenterveys- ja päihdehuollon seudullinen kehittäminen Ylä-Savon terveydenhuollon ky:ssä Ylä-Savon mielenterveystyön ja päihdehuollon kehittämishanke

Hanketta hallinnoi Ylä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymä¹⁵. Hankkeessa organisoitiin uudelleen aikaisemmat päihde- ja mielenterveyspalvelut siten, että alueen mielenterveystyö toimii ikäkausiryhmittäin ja päihdetyön avotyöntekijät integroituvat näihin ikäkausityöryhmiin. Aiemmin hankkeena toiminut nuorten ehkäisevää huume- ja päihdetyötä tekevä Iisalmen huume- ja päihdepysäkki Stoppi integroitiin nuorten ikäkausityöhön. Ikäkausityöryhmät tarjoavat erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon mielenterveystyön sekä sosiaalityön perhe- ja kasvatuseuvola- ja päihdepalveluja. Organisaatorakenne mahdollistaa myös muiden palveluiden yhdistymisen, mikäli Paras – hankkeen myötä muodostuu yhteinen sosiaali- ja terveydenhuoltoalue. Lähipalvelujen vastaanotot toimivat Kiuruvedellä, Sonkajärvellä ja Vieremällä. Organisaatiomuutoksessa yhdistettiin nuorten aikuisten psykiatrisen ja kriisiosasto akuuttiosastoksi. Akuuttityöryhmä siirtyi Koljonvirran psykiatrisen sairaalan yhteyteen. Ylä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymä järjestää alueensa väestölle mielenterveys- ja päihdepalveluita psykososiaalisina perus- ja erikoissairaanhoidon palveluina.

Hankkeessa aloitettiin uusina toimintoina ikäihmisten mielenterveystyöryhmä, selviämisyhteisö sekä psykiatrisen sairaalan yhteydessä seudullisesti toimiva Mielenterveys- ja päihdeosasto. Mielenterveys- ja päihdepalveluihin ohjaututaan somaattisen terveydentilan arvion jälkeen lähettyä tai akuuteissa tilanteissa oman yhteydenoton perusteella. Virka-aikana akuuttityöryhmä tekee kiireellisyysarvion, tarvittavan akuuttihoidon ja tarvittaessa huolehtii jatkoajanvarauksesta ikäkausi- tai lähipalveluihin. Virka-ajan ulkopuolella toiminnasta vastaa sairaalan akuuttiosasto.

15. Jäsenkuntia ovat Iisalmi, Kiuruvesi, Sonkajärvi ja Vieremä. Sopimuskuntia ovat Lapinlahti, Pielavesi, Keitele, Varpaisjärvi ja Rautavaara.

Kiireellisyysarvion tekemisellä vältetään jonojen muodostuminen ja varmistetaan asiakkaan oikea-aikaisen hoidon saaminen.

Mielenterveys- ja päihdeosaston yhteydessä toimii terveydenhuollon henkilökunnan ylläpitämä selviämisasema. Yksikön palvelut ovat tarjolla ilman lähetettä matalan kynnyksen periaatteella Ylä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymän jäsenkunnille ja sopimuksesta myös muiden kuntien asukkaille. Hoitoon on mahdollista hakeutua päihtyneenä. Uuden yksikön henkilökunnan koulutus painottui päihdetyön lisäksi somaattisen terveydentilan arviointiin. Sosiaalityön rooli korostuu päihderiippuvuuden katkaisun jälkeen. Yli puolet selviämisasemalle tulijoista siirtyy päihderiippuvuuden katkaisuhuoltoon mielenterveys- ja päihdeosastolle.

Päihdehuollon laitoshoidon käyttö on vähäistä, mutta päihdehuollon avopalvelujen käyn-
tejä ja terveyskeskusten vuodeosastolla päihteiden vuoksi hoidettuja potilaita on muuta maata enemmän. Kuntouttava päihdetyö nojautuu vahvasti kolmannen sektorin toiminnan varaan, jota tehdään yhteistyössä julkisen sektorin kanssa. Päiväkeskus Pysäkillä on toimintaa Iisalmissa, Kiuruvedellä ja Sonkajärvellä. Hankkeena toimii 2006 aloittanut Kriminaalihoitolaitoksen ja Iisalmen nuorison tuki ry:n Jyväällä-hanke vankilasta vapautuville nuorille. Nuorten ehkäisevää päihdetyötä toteuttava Olvi säätiön rahoittama hanke aloitti vuoden 2008 alusta.

Pohjanmaa-hanke (2005–2014)

Pohjanmaa-hanke on kymmenenvuotiseksi suunniteltu päihde- ja mielenterveystyön kehittämishanke, jonka toteuttajia ovat Etelä-Pohjanmaan, Keski-Pohjanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirit, osaamiskeskus SONet BOTNIA ja kolmen maakunnan 55 kuntaa. Hanke painottaa paikallisen hyvinvointipolitiikan edistämistä, sosiaali- ja terveyspalveluiden integroitua kehittämistä sekä poikkihallinnollista kehitystyötä. Ohjelmassa suositellaan mielenterveystyön kehittämistä eri väestöryhmille alueellisen ja monialaisen yhteistoiminnan avulla. Erityisinä kehittämiskohteina nostetaan esiin lasten-, nuorten- ja lapsiperheiden palvelut sekä ikäihmisten palvelut. Pohjanmaa-hankkeen tavoitteita päihde- ja mielenterveyskuntoutuksen osalta ovat muun muassa:

- Avohoitokeskeisen ja kotikuntoutuksen toteutuminen
- Psykiatrisen kuntoutuksen korkea laatu ja vaikuttavuus
- Kuntouttavan asumisen alueellinen kattavuus ja korkea laatu
- Psykiatrisen ja päihdekuntoutuksen tarpeen tunnistaminen ja arviointi
- Kuntouttavan työtoiminnan monipuolisuus
- Päihde- ja mielenterveyskuntoutujien tarpeiden huomioon ottaminen kunnan ja terveydenhuollon suunnitelmissa (www.pohjanmaahanke.fi.)

Etelä-Pohjanmaan ja Pohjanmaan päihdehuolloissa tarjotaan selviämisen- ja katkaisuhuoltoon maakuntien veturikaupungeissa Vaasassa ja Seinäjoella. Tämän lisäksi laajan alueen terveyskeskuksissa on katkaisuhuopotilaita. Keski-Pohjanmaalla ei ole selviämishoitoa ja katkaisuhuolto on sijoitettu perusterveydenhuoltoon. Alueella toimii seitsemän klinikkamuotoista avopalveluyksikköä, joista neljä on kunnan ja kolme perusterveydenhuollon organisaatioon liitettyä yksikköä. Klinikat palvelevat sijaintikuntansa lisäksi laajempaa aluetta. Kolmen maakunnan alueella on kuusi laitospalveluita antavaa yksikköä sekä kolme päihdeongelmaisille tarkoitettua hoitokotia. Ainoastaan yksi yksikkö on kunnallinen ja muut ovat kolmannen sektorin tuottamia palveluja. Päivätoiminta alueella on kolmannen sektorin tuottamaa ja se keskittyy muutamaa kaupunkiin ja kuntaan.

Keski-Pohjanmaalla ja Etelä-Pohjanmaalla on avohuollossa tiivis yhteys mielenterveyspalveluihin ja psykiatriaan päihdeasiakkuuksissa. Pohjanmaa-hanke on tuonut kaksoisdiagnoosiasiakkaan palvelutarvetta esiin ja lisännyt osaamista perus- ja erityispalveluissa näissä asiakkuuksissa. Päihdepalveluiden osalta Keski-Pohjanmaa on lähtenyt kehittämään selviämisen-,

katkaisu-, avo- ja laitostuntoutusyksikköä. Yksikössä on saatavilla psykiatrian erityisosaaminen ja erilaiset tukipalvelut ja Pohjanmaan maakuntien päihdetyön kehittämiskeskus sekä päihde- ja mielenterveystyön hankkeet. Yksikkö on tarkoitettu sijoittamaan fyysisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteyteen.

Pohjanmaa-hankkeessa on otettu käyttöön toimintamalleja koskien mielenterveyden ensiapukoulutusta, varhaista puuttumista (Varpu-malli), lastensuojelun tarpeen alkukartoitusta (Baro), mini-interventiota peruspalveluissa, varhaista puuttumista ja tukea, nuorten miesten syrjäytymisen ehkäisyä kuntien, puolustusvoimien ja siviilipalvelukeskuksen yhteistyössä (Aikalisa) sekä vastuullista alkoholinmyyntiä. Toimintamallein käyttöönottoa on tuettu koulutuksella. Mielenterveys- ja päihdetyön hoito- ja palveluketjujen laatimisessa on huomioitu asiakkaiden tarpeet. Hanke on aktivoitunut koulutuksen keinoin perusterveydenhuollon vastuuta ennalta ehkäisevään työhön ja tavallisten mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitoon. Pohjanmaa-hankkeessa suunnitellaan ja kehitetään hoito- ja tukipalveluita kaksoisdiagnoosipotilaille, ikäihmisille sekä maahanmuuttajille. Työterveydenhuoltoa on kehitetty järjestämällä koulutusta depressiosta, mini-interventiosta ja vaikeiden asioiden puheeksi ottamista. Päihdetyöhön perehtynyt työterveyshoitaja on jalkautunut alueen työterveyshuoltoon. (Vuorenmaa & Löytty 2008, 33–36.)

Lapin mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishanke 2007–2009

Kansallisen terveyshankkeen yhdeksi keskeisimmäksi painopistealueeksi Lapissa on nostettu aikuisväestön mielenterveys- ja päihdepalveluiden sekä lasten ja nuorten psykososiaalisten erityispalveluiden kehittäminen. Hankkeessa lisätään edellytyksiä seudulliseen ja alueelliseen yhteistyöhön. Tavoitteena on toimivien palveluiden turvaaminen Lapin erityisolosuhteissa ja aikaisemmissa mielenterveyshankkeissa kokeiltujen toimintamallien juurruttaminen käytäntöön. Kehitystoiminta kohdentuu etenkin kuntien perustoimintojen tukemiseen sekä työterveyshuoltoon että kolmannen sektorin toimintaan tiiviissä yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa. Koulutusohjelman tavoitteena on vahvistaa työntekijöiden osaamista ja jaksamista sekä kouluttaa Lapin alueelle hankkeiden kautta tuotujen työmenetelmien kouluttajia ja perehdyttäjiä.

Lapissa on kuntien terveyskeskusten lisäksi kaksi terveyskeskuskuntayhtymää (Muonio-Enontekiö ja Pelkosenniemi-Savukoski). Erikoissairaanhoidon järjestetään kahdessa kuntayhtymässä Lapin sairaanhoitopiirissä ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä, joiden keskussairaalat ovat Rovaniemellä ja Kemissä. Molemmista sairaanhoitopiireissä on lisäksi psykiatrinen sairaala ja Lapin sairaanhoitopiirin yhteydessä Lapin päihdekliniikka. Lapin päihdekliniikan tehtävä on tuottaa kunnille päihdehuollon laitostuntoutuspalveluita, tarjota asiantuntemustaan päihdeongelman arvioinnissa ja kuntoutussuunnitelmien teossa sekä suunnitella yhdessä kuntien kanssa lääkinnällisen ja sosiaalisen avokuntoutuksen hoitopolkuja (Päihdehuollon kehittäminen Lapin...2008). Mielenterveyden avopalvelut kunnat hoitavat pääosin itse. Osassa kunnissa on sairaanhoitopiirin ylläpitämä mielenterveystoimisto. Kuntien järjestämät sosiaalitoimen perustoiminnot ja sosiaalihuoltolain mukaiset muut palvelut ovat saatavilla kaikissa kunnissa. (Lapin hyvinvointistrategia 2010, 25.)

Palvelukartoitus osoitti päihdehuollon laitosresurssit varsin hyviksi: tarjonta on monipuolista ja sitä on saatavilla joustavasti, mutta erityistason laitostuntoutus on laadultaan kirjavaa. Avohoidon osalta todettiin varsin yksisuuntaisesti, että resurssit ovat alimitoitettuja. Etenkin pienissä kunnissa palvelut ovat hyvinkin puutteelliset ja päihdeongelmaisten tukeminen on yksittäisten työntekijöiden aktiivisuuden varassa. Perinteisesti Lapissa suuri vastuu päihdeongelmaisten avohoidosta on langennut mielenterveystoimistoille. Valtaosa erikoissairaanhoidon kuntayhtymistä ylläpitää jonkinlaista päihdepsykiatria-nimikkeen alle sijoitettua yksikköä. Lapin sairaanhoitopiirin päihdekliniikan kaltaista sosiaalihuollon päihdekuntoutuslaitosta ei sairaanhoitopiirin ylläpitämässä yksikössä ole. Päihdepsykiatriset yksiköt voidaan jakaa neljään eri ryhmään lähinnä hoitamansa keskeisen potilasryhmän mukaan. Osa osastoista on erikoistunut

hoitamaan narkomaanien vieroitushoitoja, kuten opiaattiriippuvaisten vierotus- ja korvaushoitoja sekä -selvityksiä. Toiset osastoista hoitavat vain vaikeita psykoositason sairauksia sairastavia päihdekäyttäjiä. Erityisesti nuorille potilaille on kehitetty tämän kaltaisia erityisyksiköitä. Kolmas ryhmä on varsin perinteinen katkaisuhuolto-osasto ja neljäntenä kohderyhmänä päihdepsykiatriasta osastohoitoa tarjotaan vaikeaa somaattista sairautta (esim. HIV) sairastaville psyykkisesti oirehtiville huumeongelmallisille. (Päihdehuollon kehittäminen Lapin...2008.)

Pienten kuntien kannalta keskeisiä kehittämisaalueita ovat alkoholisairauksien ja katkaisuhoidojen oikea porrastus ja ajoitus, kohtuuhintaisen ja kokonaisvaltaisen kuntoutustoiminnan säilyttäminen ja kehittäminen sekä päihdepsykiatristen valmiuksien lisääminen tarvetta vastaavaksi. Kuntien omaa päihdetyötä kehitetään ja tuetaan koulutuksella ja ryhmätyönohjauksella. (Päihdehuollon kehittäminen Lapin...2008.) Hankkeessa painottuvat hoitoketjujen kehittäminen sekä depression varhainen toteaminen ja puuttuminen. Pitkäaikaissairaiden tukemiseksi kehitetään alueen kuntoutus- ja asumispalveluita. Mielenterveyspalveluiden suunnittelussa huomioidaan potilaiden, omaisten ja lähiverkoston tukeminen sekä mahdollistetaan heille hoitoprosessiin osallistuminen. Hankkeessa on järjestetty runsaasti koulutusta ja työnohjausta sekä verkostoiduttu kuntien, sairaanhoitopiirien sekä muiden toimijoiden kanssa. Mielenterveystuntoutujien omaisille on järjestetty ryhmäkuntoutuskursseja. Koulutukset ovat käsitelleet muun muassa depressiokouluohjausta, preventiivistä perheinterventiota, mielenterveyden ensiapua sekä päihdeneuvojan työtä. (Loppuraportti 2008.)

Päihdepalvelujen seudullinen kehittäminen 2006–2007 -hanke (PPS-hanke16)

Hankkeessa kehitettiin päihdetyön perus- ja erityispalveluja sekä seudullisesti että laatusuositusten mukaisesti. PPS-hankkeen veturikuntana toimii Lappeenranta yhteistyössä Kaakkois-Suomen Sosiaalialan osaamiskeskus Socomin kanssa. Kehittämistarpeita Etelä-Karjalassa ovat olleet seudullisen yhteistyön lisääminen, peruspalvelujen päihdetyön osaamisen parantaminen, palvelutarjonnan tasapuolisuuden turvaaminen asuinpaikasta riippumatta, asumispalvelujen kehittäminen, laatusuositusten saavuttaminen sekä ns. kaksois- tai kolmoisdiagnoosiassiakkaiden ja palveluverkoston väliinpatoaja-asiakkaiden hoidon parantaminen. Lappeenrannan päihde- ja mielenterveyspalvelujen organisaatiomuutos on myös yksi hankkeen taustatekijöistä. Lappeenrannan päihde- ja mielenterveyspalveluista muodostettiin 1.1.2005 alkaen yksi sosiaali- ja terveystoimen neljästä vastuualueesta, mielenterveyspalvelujen vastuualue. Samalla uusittiin mielenterveys- ja päihdepalvelujen kuntasopimukset. Näihin uusiin kuntasopimuksiin sisältyy mahdollisuus kehittää palveluja yhteistyössä Lappeenrannan kaupungin kanssa. (Hallahuhta 2008.)

Kunnat tarjoavat katkaisuhuotoa terveyskeskuksessa tai ostavat sen Lappeenrannan päihdehuollosta tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Etelä- Karjalan keskussairaalan psykiatrian osastolla annetaan alkoholideliriumin akuuttihoitoa. Lisäksi osastolla on varattu yksi paikka huumevieroituspotilaille. Keskussairaalan ensiapupoliklinikalla annetaan vieroitusoireisiin lääkehoito ja jatkohoito järjestetään sairaalan vuodeosastolla tai psykiatrisella osastolla asiakkaan kunnan mukaan. Osa potilaista lähetetään jatkohoitoon Lappeenrannan päihdehuollon palveluihin. (Hallahuhta 2008.)

Ohjaus- ja projektiryhmien lisäksi hankkeessa on käynnistetty neljä kehittämisryhmää. Varhaisen puuttumisen ja mini-intervention kehittämisryhmän tehtävänä oli sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa työskentelevien päihdetyön osaamisen lisääminen sekä varhaisen puuttumisen, puheeksi oton ja mini-interventiotaitojen vakiinnuttaminen työkäytäntöihin. Ryhmä järjesti mini-interventiokouluttajakoulutuksia ja päihdetyön taitojen lisäämiseen tähtäävää työnohjausta. Katkaisu- ja vieroitushoidon kehittämisryhmän tehtävänä on hoidon kehittäminen

16. Hankkeessa ovat mukana myös Joutsenon kaupunki, Lemin, Luumäen, Taipalsaaren, Savitaipaleen, Suomenniemen ja Ylämaan kunnat sekä Etelä-Karjalan ammattikorkeakoulu ja Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri.

sekä perus- ja erityis- että avo- ja laitoshoidossa. Päihdepsykiatrian kehittämissyhmän tehtävänä on päihdepsykiatrisen osaamisen sekä tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen kehittäminen osana seudullisia päihdehuollon erityispalveluja. Päihdepsykiatrista hoitoa ja kuntoutusta on kehitetty perustamalla Lappeenrannan päihdehuollon kuntoutumisyksikköön päihdepsykiatrisen tutkimus- ja hoito- osasto sekä koulutuksen avulla. Asumispalveluiden kehittämissyhmän tehtävänä on päihdehuollon tuettujen ja valvottujen asumispalveluiden seudullinen lisääminen ja uusien toimintamallien kokeileminen. Lisäksi ryhmä valmisteli vaikeasti asutettavien päihdeongelmaisten tukiasumisen toimintamallia ja kehitti päihdeiden käyttäjien asumiskykyä kartoittavan mittarin, jota kokeillaan päihdehuollon asumispalveluissa. (Hallahuhta 2008.)

Länsi-Pohjan Sateenkaari-hanke (2006–2008)

Länsi-Pohjan kunnissa suurin osa päihdeiden ongelmakäyttäjistä kohdataan sosiaali- ja terveystoimen peruspalveluissa, kuten mielenterveystoimistoissa. Päihdehuollon erityispalveluita Länsi-Pohjan alueella ovat Kemin ja Tornion A-klinikat, Kuntoutumiskoti Törmi Kemissä, Tornionlaakson Suojapirtti ry:n kuntoutuslaitos, asumispalvelut Torniossa sekä päiväkeskukset Kemissä ja Torniossa. Muu päihdehuollon erityispalvelu on lähinnä ostopalveluna järjestettyä laitostuntoutusta ja asumispalvelua Lapin läänistä ja muualta Suomesta. Pienemmissä kunnissa päihdekattaushoitoa annetaan terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Kemillä ja Torniolle on ostopalvelusopimukset Tornionlaakson Suojapirtin kanssa kattaus- ja kuntoutushoidosta. Tornionlaakson Suojapirtti tuottaa päihdepalveluina kattaus- ja vieritushoitoa, päihdekuntoutusta, päihdekuntoutustarveselvityksiä, perhehoitoa, asumispalveluita ja päiväkeskustoimintaa yhteistyössä Ray:n, Kemin ja Tornion kaupunkien, Kemin seurakunnan ja Sininauhaliiton kanssa. Länsi-Pohjan keskussairaalan sosiaalityöntekijät järjestävät päihdepotilaiden jatkohoitoja sairaalahoidon jälkeen. Lisääntyneen alkoholinkäytön myötä päihdeongelmaisista hoidetaan yhä enemmän erikoissairaanhoidossa. Alueen kunnissa ei ole erikseen nimettyä päihdetyöntekijää vaan päihdeasioissa konsultoidaan pääterveysasemalla sijaitsevaa A-klinikkaa. (Hakala 2008.)

Länsi-Pohjan Sateenkaari -kehittämishankkeen¹⁷ tehtävänä oli päihdepalvelujen seudullinen ja toiminnallinen kehittäminen kattaushoidosta tuettuun asumiseen eri toimijoiden kumppanuudella ja moniammatillisella yhteistyöllä. Hankkeen tavoitteina oli kehittää seudullinen palvelujen tuottamistapa, jolla turvataan laadukkaat ja riittävät erityispalvelut taloudellisesti ja lähellä seudun asukkaiden asuinpaikkaa. Muita tavoitteita oli tietoteknologian käyttö palveluiden tuottamisessa, päihdepalveluiden turvaaminen ja kehittäminen laatusuosituksen mukaisiksi ja asukkaiden tasearvoisuus ja oikeudenmukaisuus palvelujen saamisessa. Erityisiä kehittämisalueita ovat nuorten päihdetyö, päihdepsykiatria ja päihdeperheiden palvelut.

Hankkeessa todettiin, että perusterveydenhuollon päihdetyön vahvistamiseksi terveyskeskuksiin on tarpeen nimetä päihdehoitajia, jotka vastaavat päihdeasiakkaiden avokattaushoidosta, hoidon tarpeen arvioinnista ja jatkohoidon järjestämisestä. Toiseksi hankkeessa suunniteltiin päihdehuollon erityispalveluiden kokoamista päihdepalvelukeskukseksi, jonka järjestämisestä ja kustannuksista kunnat vastaavat yhdessä. Päihdepalvelukeskus tulee järjestämään koko seutukunnalle A-klinikkapalvelut, laitoshoidon, asumispalvelut, päiväkeskustoiminnan ja uutena palvelumuotona päihdeongelmaisten kotikuntoutuksen. Osa palveluista tullaan ostamaan muilta palveluntuottajilta tai tuottamaan yhteistyössä niiden kanssa. Päihdepalvelukeskus turvaa päihdetyön erityisosaaminen kaikissa alueen kunnissa. Sosiaali- ja terveystieteiden hankkeen suunnitelmassa päihdepalvelut kuuluvat perhepalveluiden tulosalueeseen, joista voidaan tarvittaessa muodostaa myöhemmin 3–5 tulosyksikköä; esimerkkeinä avohoito ja kuntoutus, päiväkeskus- ja kotikuntou-

17. Hankkeeseen osallistuvat tahot ovat Kemi, Keminmaa, Simo, Tervola, Tornio ja Ylitornio, Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun kuntayhtymä ja Kemi-Tornion kehittämiskeskus.

tustoiminta sekä asumispalvelut. Päihdepalvelukeskuksen konkreettiset edut liittyvät resurssien tiukempaan koordinointiin, yhteisiin linjauksiin avo- ja laitoshoidon tarpeen arvioinnista sekä lähityöntekijöiden palkkaamiseen pieniin kuntiin.

Kemissä ja Torniossa seudullinen päihdepalveluiden järjestämistapa turvaa erityispalveluiden aseman palvelujärjestelmässä, koska kokonaiskustannuksiin osallistuu useampi kunta. Työntekijäresurssien lisääminen ei rasita yksittäistä kuntaa. Suurempi yksikkö mahdollistaa päihdetyön kehittämisen, työntekijöiden erikoistumisen ja palveluiden tarjoamisen ympäri vuoden. A-klinikoiden välillä voidaan tehdä työnjakoa tai erikoistua tiettyihin palveluihin. A-klinikoilla voidaan keskittyä perustyöhön, kun vastuuta päihdetyöstä on jaettu muillekin tahoille (esim. terveyskeskuksiin). Yhtenäiset hoitolinjat takaavat asiakkaille tasavertaiset palvelut. Useamman kunnan tekemät ostopalvelusopimukset muiden päihdepalvelujen tuottajien kanssa turvaavat laadukkaat ja seudun tarpeen mukaiset palvelut. Myös asiakasjärjestöjen kanssa tehtävään yhteistyöhön jää enemmän aikaa.

Uusin kehittämishanke on Ray:n rahoittama ja Sininauhaliiton hallinnoima Tukikohta-hanke huumeidenkäyttäjien matalankynnyksen hoitopaikkojen kehittämiseksi. Paikallista hanketta hallinnoi Suojapirtti ja hankkeessa ovat mukana Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu sekä Tornion ja Kemian kaupungit. Kemissä sijaitseva Tukikohta tuottaa terveysneuvonta palveluita koko seudun huumeidenkäyttäjille ja tarjoaa asiantuntija-apua ja konsultaatiota. Konsultaation saaminen pieniin kuntiin on erityisen tärkeää, koska päihdetyön erityisosaamista ei ole aina saatavilla lähipalveluna. Ensisijaisia konsultoituja ovat A-klinikat. Konsultaatio voi tapahtua akuuttitilanteissa puhelimitse, jonka lisäksi voidaan sopia teema- tai ryhmäkonsultaatio.

Hallinnollisesti päihdepalvelukeskuksen toiminnasta vastaa sosiaali- ja terveystieteissä perhepalveluiden johtaja. Päihdepalvelukeskukseen nimetään vastaava- tai johtava työntekijä tai johtaja, joka vastaa päihdepalvelukeskuksen toiminnasta, toimintojen koordinoinnista ja kehittämisestä. Vaihtoehtoisesti päihdepalvelukeskuksella voi sosiaali- ja terveystieteissä olla yhteinen johtaja jonkin toisen tulosalueen, esim. sosiaalityön kanssa, jolloin se vapauttaa asiakastyöhön enemmän resursseja. Mikäli myös mielenterveyspalvelut tulevat sosiaali- ja terveystieteissä perhepalveluiden- tulosryhmään, on yksi vaihtoehto muodostaa päihde- ja mielenterveyspalveluista yksi tulosalue, missä päihdepalvelukeskus on omana tulosityksikkönä. Hallintomallista riippumatta päihdehuollon erityispalvelut tarvitsevat oman johtajan. Toiminnan seudullinen koordinointi ja johtaminen ovat tärkeitä päihdepalvelujen ja eri toimijoiden yhteistyön kehittämiseksi, päihdetilanteen ja palvelutarpeiden muutosten arvioimiseksi sekä niihin pohjautuvien palvelujen suunnittelemiseksi.

Kunnissa on tällä hetkellä moniammatilliset päihdetiimit sekä terveyden edistämisen työryhmät sekä seudullinen päihdepalvelutiimi. Päihdetyön kehittämisen avuksi kaavailaan jatkossa kahta työryhmää: päihdetyön neuvottelukuntaa ja päihdetyön kehittämistyöryhmää. Päihdetyön neuvottelukunta on moniammatillinen työryhmä, joka seuraa ja arvioi seudun päihdeoloja ja palveluja. Päihdetyön kehittämistyöryhmän tehtävänä tulee olemaan seudun päihdepalveluiden ja päihdepalvelukeskuksen kehittäminen erilaisilla hankkeilla ja koulutuksen avulla. Päihdetyön kehittämistyöryhmässä tulee olemaan edustus päihdepalveluista, Kemi-Tornion ammattikorkeakoulusta, kehittämiskeskus Poskesta sekä yksityisistä palveluntuottajista. Päihdetyön kehittämissuunnitelman tarve ja tehtävä määritellään uudelleen, mikäli Pohjois-Suomeen saadaan päihdetyön kehittämissuunnitelma.

Liite 7. Haastatteluteemat

- Päihdepalveluiden järjestämistavat (lähi, seutu, laaja väestöpohja)
 - päihdepalveluiden järjestämistavan vahvuudet ja heikkoudet
 - päihde- ja mielenterveyspalveluiden yhtymäkohdat
 - seutukunnalliset hankkeet
 - järjestämistavan vaikutukset asiakkaisiin ja henkilöstöön heidän näkökulmastaan
 - vaikutukset kustannuksiin ja muihin resursseihin
 - vaikutukset palveluiden laatuun ja tavoitettavuuteen
 - kokemuksia eri kuntien sekä kuntien ja järjestöjen yhteistyöstä
 - esimerkkejä hyvistä käytännöistä
-
- Tulevaisuuden visiot (palvelu- ja asiakasmuutokset) sekä kehittämistarpeet
 - Päihdepalveluiden vastuutahot ja johto
 - Rahoitus

TYÖPAPEREITA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2008

Timo Hujanen, Mikko Peltola, Unto Häkkinen, Markku Pekurinen. Miesten ja naisten terveysmenot ikäryhmittäin 2006

Työpapereita 37/2008 Tilausnro T37/2008

Arja Hastrup (toim.). Valtakunnalliset neuvolapäivät. 30.–31.10.2008, Paasitorni, Helsinki

Työpapereita 36/2008 Tilausnro T36/2008

Timo Seppälä, Juha Hartikainen, Unto Häkkinen, Merja Juntunen, Miika Linna, Kjell Nikus, Simo Pelanteri, Mikko Peltola, Auvo Rauhala, Antti Vento. PERFECT – Pallolaajennus ja ohitusleikkaus. Toimenpiteiden kustannukset ja vaikuttavuus tuottajatasolla

Työpapereita 35/2008 Tilausnro T35/2008

Miika Linna, Kirsi Vitikainen. Opetuksen ja tutkimuksen aiheuttamat kustannukset sairaaloille vuosina 2004–2006

Työpapereita 34/2008 Tilausnro T34/2008

Suvi Mäkklin, Marjukka Mäkelä. Hoitoon pääsy syöpätaudeissa. Kysely sairaanhoitopiireille elokuussa 2008

Työpapereita 33/2008 Tilausnro T33/2008

Riitta Haverinen, Riitta Haahti (toim.). Annus Socialis Fenniae 2008. Nordiskt socialdirektörsmöte. Sigtna, Sverige 1.–2. oktober 2008

Työpapereita 32/2008 Tilausnro T32/2008

Åse Brandt, Charlotte Löfqvist, Inga Jónsdóttir, Anna-Liisa Salminen, Terje Sund, Susanne Iwarsson. NO-MO 1.0 Liikkumisapuvälineiden vaikuttavuusmittari. Käsikirja

Työpapereita 31/2008 Tilausnro T31/2008

Janne Nikkinen. Sosiaalieettinen näkökulma rahapeliongelmiin ehkäisyyn ja hoitoon

Työpapereita 30/2008 Tilausnro T30/2008

Olli Viljanen, Timo M. Kauppinen, Jouko Karjalainen. Toimeentulotuen uusien asiakkaiden jonotilanne 2008

Työpapereita 29/2008 Tilausnro T29/2008

Maritta Vuorenmaa & Lasse Löytty. Mot ett österbottniskt välbefinnande. Utvärderingssynpunkter på Österbotten-projektets första verksamhetsperiod åren 2005–2007

Diskussionsunderlag 28/2008 Tilausnro T28/2008

Kouluterveyspäivät 2008. 26.–27.8.2008, Paasitorni, Helsinki. Tiivistelmät ja posterit

Työpapereita 27/2008 Tilausnro T27/2008

Maija Ritamo (toim.). Seksuaalisuus ammattihenkilöstön koulutuksessa sekä vammaisten ja pitkäaikais-sairaiden terveyspalveluissa

Työpapereita 26/2008 Tilausnro T26/2008

Mauno Konttinen, Riitta Haahti (red.). Annus Medicus Fenniae 2008. Nordiskt medicinaldirektörsmöte. Mariehamn, Finland 21.–22. augusti 2008

Diskussionsunderlag 25/2008 Tilausnro T25/2008