

Huono-osaisuus mutkistuu – kuudes päihdetapauskanta 2007

YRJÖ NUORVALA – PETRI HUHTANEN – RAIJA AHTOLA – LEENA METSO

Johdanto

Vuoden 2007 syksyllä toteutettiin kuudes päihdetapauskanta. Laskentoja on tehty vuodesta 1987 lähtien neljän vuoden välein. Aina lokakuun toisena tiistaina on kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköistä pyritty saamaan tietoa päihde-ehdoista asioinneista, ei kuitenkaan lasten päivähoidosta. Laskentaan on kuulunut myös kirkon diakonia- ja perhetyö. Laskenta on ollut vuorokauden mittainen, ja tavoitteena on ollut saada kuva päihde-ehdoista asioinneista, palvelujen käyttäjistä, käytetyistä päihteistä ja tapahtuneista muutoksista. Päihdetapauskanta tarkoitetaan päihdeongelmaiseksi tunnistetun asiakkaan asiointia yksikössä, päihtyneenä asiointia tai päihteisiin liittyvään kertahaittaan, kuten tapaturmaan, liittyvää asiointia. Kysymys on siis asioinneista eikä asiakkaista, koska sama asiakas on saattanut käyttää laskentavuorokauden aikana useampia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Tietoja kerättiin lomakekyselyllä, jossa on tiedusteltu asiakkaiden taustatietoja, asiointia sosiaali- ja terveydenhuollon eri palveluissa ja käytettyjä päihteitä. Laskennoissa on korostettu, että lomakkeisiin ei tule merkitä mitään sellaisia tietoja, jotka paljastaisivat asiakkaan tai potilaan henkilöllisyyden. Päihdetapauskanta kysymyksineen on analyysin liitteenä (liite 1). Kysymykset ovat pääosin olleet eri laskennoissa samoja, joskin muutamia kysymyksiä on vaihdeltu kulloisenkin ajankohdan tietotarpeen mukaan. Näin viimeisimmässä 2007 suoritettussa laskennassa kysyttiin ensimmäisen kerran erikseen buprenorfiinin käytöstä, masennuksesta ja erilaisista vammaisuuden muodoista.

Eri palvelujen käytön volyymin mittarina päih-

detapauskanta ei ole kovinkaan hyvä verrattuna esimerkiksi A-klinikoiden vuositilastoihin. Tuloksiin vaikuttavat mm. osoitetietojen puutteellisuudet ja toimintayksiköiden työntekijöiden vastaamisaktiivisuus. Laskennalla saadaan kuitenkin tietoa myös sellaisista yksiköistä, kuten terveyskeskuksista ja sosiaalitoimistoista, joissa päihdeasiointeja ei tilastoida. Lisäksi päihdetapauskanta käsitteenä laajempi kuin hoitoilmoitusrekisterin tilastot, jotka perustuvat terveydenhuollon osalta tautiluokitukseen.

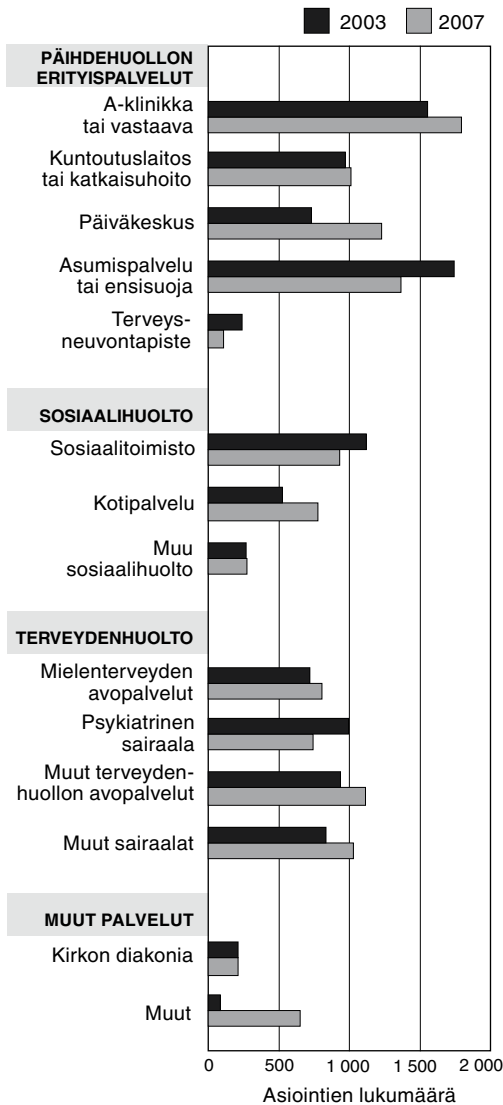
Tässä artikkelissa käsitellään päihde-ehdoista asiointeja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä, palvelujen käyttäjien ominaisuuksia, mielenterveysongelmia, vammaisuutta, eri päihteiden käyttöä ja peruspalveluissa asiointia sekä arvioidaan palvelujärjestelmää ja päihdetapauskantaa menetelmänä.

Vertailukohteenä käytetään ensisijaisesti vuoden 2003 laskentaa, mutta myös vuosien 1987, 1991, 1995 ja 1999 laskentojen tuloksia käytetään.

Palvelujen käyttö – 3,5 miljoonaa päihde-ehdoista asiointia vuodessa?

Vuoden 2007 laskennassa kertyi kaikkiaan 12 070 päihdetapausta, mikä on enemmän kuin koskaan aikaisemmin (10 953 tapausta vuonna 2003). Vuoden 2007 laskennassa kaikista päihde-ehdoista asioinneista noin kolmannes tapahtui terveydenhuollon yksiköissä, ja terveydenhuollon osuus on viimeisten laskentojen aikana pysynyt suunnilleen tällä samalla tasolla. Vuonna 1999 oli terveydenhuollossa havaittavissa selvää siirtymistä fyysisten sairauksien hoidosta mielenterveyspalvelu-

Kuvio 1. Päihdeasiukkaat eri palveluissa vuosina 2003 ja 2007



jen käyttöön (Nuorvala & al. 2000). Tämä suuntaus tasoittui vuonna 2003, jolloin 16 prosenttia kaikista päihdetapauksista raportoitiin mielen-terveyspalveluista, kuten edellisessä vuoden 1999 laskennassakin (Nuorvala & al. 2004). Vuonna 2007 terveyspalveluissa suuntaus kääntyi kuitenkin taas somaattisen terveydenhuollon palvelujen lisääntymiseen (Nuorvala & al. 2008). Avopalvelujen käyttö lisääntyi jonkin verran vuonna 2007, ja sen osuus oli 62 prosenttia. Vajaa puolet asioinneista tapahtui päihdehuollon erityispalveluissa, kuten aikaisemminkin.

Kuviossa 1 esitetään, miten päihdetapaukset

jakautuivat eri toimintayksikkötyyppien kesken laskentavuorokausina 2003 ja 2007 (Kuvio 1).

Käytetyimpiä erityishuollon palveluja olivat A-klinikat ja vastaavat polikliiniset yksiköt (näihin sisältyvät ne opioidiriippuvaisten erilliset korvaushoitoyksiköt, jotka eivät ole hallinnollisesti terveydenhuollossa), päihdehuollon asumispalvelut sekä päiväkeskukset. Päiväkeskuksissa oli havaittavissa selvää asiointien lisääntymistä. Tämä voi selittyä ainakin osittain vuoden 2003 laskennan osoitteistojen puutteista, jotka herättivät keskustelua. Vuoden 2003 laskennassa näytti siltä, että päiväkeskusten asiakaskäynnit olisivat kääntyneet laskuun. Päiväkeskuksista tulleet viestit antoivat kuitenkin toisenlaisen kuvan (Lund 2008). Vuonna 2007 asumispalvelujen käytön vähentymisen taustalla voi taas olla se, että laskennan luokittelussa käytettiin ensi kertaa rajatumpaa käsitettä ”päihdehuollon asumispalveluyksikkö”. Huomiota herättää kotipalvelun ja muiden tarkemmin luokittelemattomien palvelujen päihdeehtoisen käytön lisääntyminen. Viimeksi mainitua selittää pitkälti uudenlaisten työmuotojen ilmaantuminen, joista on erityisesti mainittava työtoiminta.

Yhden vuorokauden aikana tapahtuneiden päihde-ehtoisten asiointien perusteella voi yrittää arvioida, kuinka paljon tällaisia asiointeja kertyy sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa vuositasolla. Kysymys on siis avohoidossa tapahtuvista käynneistä ja laitoksissa ympärivuorokautisessa hoidossa olevista. Laskentavuorokautena todetuista päihdetapauksista avohoidossa oli noin 7 500 ja ympärivuorokautisissa palveluissa noin 4 500 tapausta. Useat avohoidon yksiköt eivät juuri tarjoa palveluja viikonloppuisin ja pyhinä. Siksi arvioitaessa vuosittaista päihde-ehtoista asiointia avopalveluissa kertoimena on käytetty 250:tä vuorokautta. Vastaavana laitoshoidon kertoimena on 360 vuorokautta. Tällöin karkeasti arvioiden avopalveluissa tapahtuu vuodessa 1 900 000 ja ympärivuorokautisessa hoidossa 1 600 000 päihde-ehtoista asiointia. Tämä merkitsee sitä, että vuoden aikana sosiaali- ja terveydenhuollossa kohdataan 3,5 miljoonaa päihdetapausta.

Osasta avohoidon yksiköitä, kuten A-klinikoita, saadaan tarkkaa vuosittaista tilastotietoa. Vastaavasti hoitoilmoitusrekisteri tuottaa tietoa ympärivuotisesta palvelujen käytöstä sairaaloissa. Sen sijaan minkäänlaista tilastotietoa ei ole saatavilla monista palveluista, kuten esimerkiksi sosiaalitoi-

mistoista, terveyskeskuksista ja psykiatrisista avopalveluista. Näillä yksiköillä on merkittävä asema päihdeongelmaisten auttamisessa. Taulukossa 1 pyritään arvioimaan päihdetapausten vuosittaista määrää eräissä avopalveluissa edellä kuvatulla tavalla käyttämällä kerrointa 250, paitsi sairaaloiden ja psykiatristen sairaaloiden poliklinikoiden osalta, missä kertoimena on 360.

Taulukossa 1 oleviin arvioihin on syytä suhtautua varauksellisesti, ja niitä on pidettävä vain suuntaa antavina. On myös pidettävä mielessä, että läheskään kaikilla päihdetapauksiksi luokitelluilla ei ole pähteiden käyttöön liittyvää diagnoosia. On lisäksi varmaa, että päihdetapauseläykä ei eri syistä tavoita kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköitä ja myös vastaamatta jättämistä tapahtuu. Tämän kadon arviointi on äärimmäisen vaikeaa, ellei peräti mahdotonta. On hyvin ilmeistä, että laskentavuorokautena kaikki päihdetapaukset eivät tule esille ja raportoiduiksi. Näin myös edellä esitettyjen vuosittaisen päihdetapausten määrät voivat olla todellisuudessa suurempia.

Palvelujen käyttäjien profiili

Vuonna 2007 naisten osuus päihde-ehdoisissa asioinneissa oli noussut 28 prosenttiin. Se on ollut tasaisessa kasvussa vuoden 1987 laskennasta lähtien, jolloin naisten osuus oli 16 prosenttia. Tämä on ehkä selvin laskennoissa todettu pitkän ajan muutos. Jokaisessa laskennassa naisten osuudessa on havaittu tasainen kahden prosenttiyksikön kasvu, mikä kuvastaa naisten päihdehaittojen lisääntymistä.

Kaikissa laskennoissa esiin noussut huonosisuus on säilynyt. Vuonna 2007 ansiotyössä oli vain 12 prosenttia ja työttömänä kolmannes asiakkaista. Toimihenkilöiden osuus oli kolme prosenttia. Eläkeläisten osuus oli suurin, ja se oli kohonnut 42 prosenttiin. Perhesuhteiltaan yksinäisiä oli kolme neljästä.

Palvelujen käyttäjien asumistilanne näytti hieman kohentuneen. Omassa tai vuokra-asunnossa vuonna 2007 asui 66 prosenttia, kun vuonna 2003 tämä osuus oli 60 prosenttia. Kuitenkin asunnottomien osuus oli edelleen kahdeksan prosenttia, ja heidän absoluuttinen määränsä oli jopa hieman noussut vuodesta 2003. Tämä tarkoittaa lähemmäs tuhatta asunnottoman asiointia palveluissa yhden vuorokauden aikana. Lisäksi seitsemän prosenttia asiakkaista asui erilaisissa

Taulukko 1. Vuoden aikana tapahtuvien päihde-ehdoisten asiointien arvioitu lukumäärä sosiaali- ja terveydenhuollon eräissä avopalveluissa

sosiaalitoimisto	230 000
kotipalvelu	190 000
päiväkeskus	310 000
terveyskeskus	180 000
sairaalan poliklinikka	60 000
mielenterveystoimisto	110 000
psykiatrisen sairaalan poliklinikka	130 000
yhteensä	1 210 000

asuntoloissa, joiden tasosta ei ole tietoa. Miehillä asunnottomuus on yleisempää kuin naisilla. Avo- tai avioliitossa olevien osuus oli pieni, vain kuusi prosenttia. Asunnottomat ovat jonkin verran muita palvelujen käyttäjiä nuorempia. Heillä iän keskiarvo oli 43 vuotta, kun se muilla oli 47. Myös huumeiden käyttäjien asunnottomuus on selvästi yleisempää kuin muilla asiakkailla. Asunnottomilla esiintyi masennusta harvemmin kuin muilla, mutta muut mielenterveyden häiriöt olivat yleisempiä. Laitoshoidossa olevilla asunnon puuttuminen oli lähes puolella mainittu yhtenä syynä siihen, että palveluja ei voitu järjestää avo- huollossa vaan ympärivuorokautisissa palveluissa. Asunnottomuus voi näin johtaa epätarkoituksenmukaiseen palvelujen käyttöön. Asunnottomuus ja sen aiheuttama noidankehä voi olla keskeinen tekijä, joka estää päihdeongelmalsilta sosiaali- ja terveyspalvelujen käytön ja siten vaikeuttaa heidän kuntoutumistaan (Nuorvala & al. 2007).

Vuoden 2003 laskennassa 40–59-vuotiaat olivat suurin päihdepalveluja käyttävä ryhmä, kuten aikaisemminkin. Vuonna 2003 havaittiin kuitenkin selvää kasvua ikäryhmässä 20–29-vuotiaat. Puhuttiinkin päihdeasiakkaiden alkavasta sukupolven vaihdoksesta (Metso & Nuorvala 2004; Nuorvala & Metso 2004). Vuonna 2007 tilanne näytti kuitenkin toiselta. Tapahtui selvää absoluuttista ja suhteellista kasvua 50-vuotiaiden ja sitä vanhempien asioinneissa, jotka lisääntyivät peräti lähes 1 500 asioinnilla. On mahdollista että, alkoholin ja erityisesti väkevien juomien hintojen aleneminen ja saatavuuden helpottuminen ovat lisänneet yli 50-vuotiaiden juomista. Heillä alkoholi on pääasiallinen päihde, ja väkevien juominen miehillä tässä ikäryhmässä on yleisempää kuin nuoremmilla (Mäkelä & al. 2007).

Vuonna 2003 kysyttiin ensimmäistä kertaa, onko asiakkaalla rahapeliongelmia. Vuonna 2003 rahapeliongelmia raportoitiin viidellä prosentilla ja vuonna 2007 neljällä prosentilla. ”Ei tietoa”-vastauksia oli kumpanakin vuonna 29 prosentilla, ja on varsin oletettavaa, että tähän ryhmään kuuluu myös sellaisia, joilla on ongelmia pelaamisessa.

Mielenterveyden ongelmat

Vuoden 2003 laskennassa kysyttiin ensimmäistä kertaa, onko asiakkaalla sellainen lääkäriin toteama mielenterveyden häiriö, joka ei liity päihetisiin. Silloin tällainen mielenterveyden häiriö raportoitiin 37 prosentilla tapauksista: naisilla mielenterveyden häiriö esiintyi lähes puolella ja miehillä kolmanneksella asiakkaista (Nuorvala & al. 2004). Vuoden 2007 laskennassa kysyttiin erikseen sekä asiakkaalla todettua masennusta että muuta mielenterveyden häiriötä. Masennusta oli 30 prosentilla ja muu mielenterveyden häiriö oli todettu 25 prosentilla asiakkaista. Vuonna 2007 sekä miesten että naisten mielenterveyden häiriöt näyttivät lisääntyneen. Masennus tai muu mielenterveyden häiriö oli kaikkiaan 48 prosentilla tapauksista. Kumpikin häiriö esiintyi samanaikaisesti koko aineistosta seitsemällä prosentilla. Masennus tai muu mielenterveyden häiriö oli 44 prosentilla miehistä ja 60 prosentilla naisista. Sekä vuonna 2003 että vuonna 2007 tietoa mielenterveydestä ei saatu 15 prosentissa tapauksista.

Mielenterveyden häiriöt näyttävät siis lisääntyneen päihdeongelmaisten keskuudessa. Tosin saattaa olla, että masennuksen erikseen kysyminen on lisännyt jossain määrin mielenterveyshäiriöiden raportointia. Muutenkin on mahdollista, että on tapahtunut mielenterveyden häiriöiden yliportointia, koska kaksoisdiagnooseista on viime vuosina käyty vilkasta keskustelua. Lisäksi käytössä olevia tautiluokituksia on kritisoitu mm. siitä, että mielenterveyshäiriöiksi luokiteltavien sairauksien määrä on ollut jatkuvassa kasvussa, joten niitä myös havaitaan aiempaa runsaammin (ks. esim. Parker 2007; Shorter 2005).

On uskottavaa, että päihdetapauslaskennan tuloksiin sisältyy lääketieteellisen diagnostisessa mielessä sekä vääriä positiivisia että negatiivisia tapauksia. Laskentojen aineisto on kuitenkin sen verran suuri, että niistä saatuja tietoja voi hyvin pitää vähintään suuntaa antavana.

Mielenterveyden häiriöt olivat vanhemmil-

la harvinaisempia kuin nuorilla asiakkailla. Alle 35-vuotiailla masennus tai muu mielenterveyden häiriö esiintyi miltei kolmella viidestä, mutta 60-vuotiailla ja sitä vanhemmilla vain noin kolmanneksella. Mielenterveyden häiriöt olivat myös harvinaisempia vain alkoholia käyttäneillä (42 %) kuin niillä, joilla oli ongelmia lääkkeiden (62 %) tai huumeiden (56 %) kanssa. Tämän aineiston pohjalta ei kuitenkaan voi tehdä mitään päätelmiä mielenterveyden häiriöiden ja eri päihteiden käytön välisistä syy- ja seuraussuhteista.

Odotetusti mielenterveyden ongelmia kohdatiin suhteellisesti eniten psykiatrisissa sairaaloissa ja avohoidon yksiköissä. Määrällisesti kuitenkin päihdehuollon erityispalveluista A-klinikat ja vastaavat kuntoutuslaitokset sekä katkaisuhuoltoasemat kohtasivat suunnilleen yhtä paljon mielenterveyden häiriöistä kärsiviä kuin psykiatriset yksiköt. Alle 35-vuotiaat päihdetapaukset asioivat selvästi useammin psykiatrisissa yksiköissä ja edellä mainituissa päihdehuollon erityispalveluissa kuin 55-vuotiaat ja sitä vanhemmat.

Vammaisuus

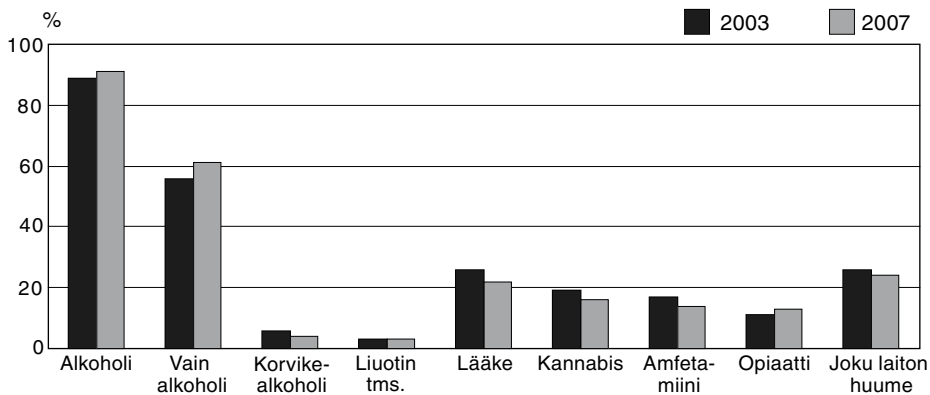
Vammaisten saamat palvelut ovat olleet viime aikoina keskustelun kohteena myös päihdehuollossa, ja käynnissä on ollut useita heille tarjottavien palvelujen kehittämiseen tähtäviä hankkeita. Vuoden 2007 päihdetapauslaskennassa kysyttiin ensimmäistä kertaa asiakkaiden pitkäaikaista haittaa aiheuttavaa vammaisuutta.

Näkövammoja tuli esille neljällä prosentilla ja kuulovammoja kahdella prosentilla päihdeasiakkaita. Liikuntavamma oli 11 prosentilla, mikä asettaa haasteita hoitopaikoille, joista osa toimii vanhoissa ja huonokuntoisissa rakennuksissa. Kehitys-, aivo- tai neurologisia vammoja todettiin 12 prosentilla asiakkaista, mutta on todettava, että vastaukset sisältävät hyvin erityyppisiä vammoja. Kysyttiin myös muita vammoja, mutta kysymykseen saatujen vastausten kirjo oli niin laaja, ettei yksiselitteisten tulosten esittäminen ja tulkinta ole mahdollista.

Käytetyt päihteet – onko huumetilanne tasaantumassa?

Vuoden 2007 päihdetapauslaskennassa alkoholi on edelleen säilynyt tärkeimpänä päihteenä ko-

Kuvio 2. Käytetyt päihteet prosentteina vuosina 2003 ja 2007



ko aineistossa, jossa oli 12 070 päihdetapausta. Kuten aikaisemminkin, noin yhdeksän kymmenestä asiakkaasta käytti alkoholia. Alkoholin asema näyttää jopa vahvistuneen, kun pelkästään alkoholia päihteenä käyttävien määrä kasvoi yli 1 200 tapauksella (Kuvio 2). Tämä voi olla seurausta vuoden 2004 alkoholin hinnan alennuksista. Hinnan alennukset näyttävät lisänneen erityisesti suurkuluttajien alkoholikuolleisuutta (Herttua & al. 2007).

Korvikealkoholin käytössä näyttää tapahtuneen edelleen myönteistä vähenemistä. Liuotinten käyttö on pysynyt samalla kolmen prosentin tasolla kuin aiemminkin.

Lääkkeiden päihdekäyttö lisääntyi vuodesta 1999 vuoteen 2003. Vuonna 2007 sen käytön määrä näyttää kuitenkin kääntyneen hienoiseen absoluuttiseen ja suhteelliseen laskuun.

Vuonna 2007 kannabiksen ja amfetamiinin käyttöä raportoitiin sekä absoluuttisesti että suhteellisesti vähemmän kuin vuonna 2003. Nämä ovat olleet päihdetapauslaskentojen mukaan käytetyimpiä laittomia huumeita. Opioidien käyttö näyttää sen sijaan jonkin verran lisääntyneen. Heroiinin ja muiden opioidien käyttö väheni, kun taas buprenorfiinin lisääntyi. Vuonna 2003 heroiinia käytti kahdeksan prosenttia ja uusimmasa laskennassa kuusi prosenttia asiakkaista. Sen sijaan buprenorfiinia oli käyttänyt huumeena jo yksi kymmenestä. Yksi selitys opioidien käytön kasvulle löytynee siitä, että opioidiriippuvaisten lääkkeellinen korvaushoito on lisääntynyt nopeasti. Tällä hetkellä on arviolta 1 000 korvaushoidossa olevaa opioidiriippuvaista asiakasta. Useat heistä käyvät päivittäin hakemassa lääkkeensä ja ovat

siksi olleet myös päihdetapauslaskennan kohteena laskentavuorokautena.

Päihdetapauslaskennasta saa tietoa myös Suomessa harvemmin käytetyistä huumausaineista. Vuonna 2007 ekstaasia käytti kuusi prosenttia, LSD:tä neljä prosenttia, kokaiinia neljä prosenttia ja sieniä yksi prosentti päihdetapauksista. Näiden huumausaineiden käytössä oli havaittavissa lievää kasvua. Gammasta tai lakasta saatiin tietoa vuonna 2007 ensimmäisen kerran. Näitä huumeita käytti yksi prosentti asiakkaista.

Pistämällä huumeita käyttäviä vuonna 2003 ilmoitettiin olevan 19 prosenttia ja viimeisimmässä laskennassa 15 prosenttia asiakkaista. Tässä kyselymyksessä ”Ei tietoa”-vastausten osuus oli kuitenkin sekä vuonna 2003 että 2007 yli viidennes.

Vaikuttaa, että huumetilanne olisi hoitopaikoista vuonna 2007 saatujen tietojen perusteella ainakin jossain määrin tasaantumassa eikä ainakaan oleellisesti muuttunut, kun verrataan tilannetta vuoden 2003 päihdetapauslaskennan tuloksiin. Silloin oli havaittavissa hyvin selvä laittomien huumausaineiden käytön kasvu. Huumetilanteen mahdollisesta stabiloitumisesta on viitteitä myös koko väestöä koskevassa kyselytutkimuksessa (Hakkarainen & Metso 2007). On mahdollista, että huumeiden käytön profiili on muuttumassa niin, että eniten käytetyistä huumeista, kannabiksesta ja amfetamiinista, ollaan siirtymässä buprenorfiiniin ja muihin nykyään harvinaisempiin tai uusiin huumeisiin. On myös mahdollista, että alkoholin hinnan laskun seurauksena huumeiden käyttö on korvautunut osin lisääntyneellä alkoholin kulutuksella.

Päihdetapauslaskennoissa todettu vuosien 1999

ja 2003 välillä tapahtunut huumeiden käyttäjien määrän suurehko kasvu voi joiltakin osin selittyä sillä, että tänä aikana luotiin uudentyypisiä palveluja, kuten matalan kynnyksen yksikköjä ja tarjottiin mahdollisuuksia korvaushoitoon opioidiriippuvaisille.

Huumeiden käyttäjille tarkoitettuihin terveysneuvontapisteisiin tehtiin vuonna 2005 yli 80 000 käyntiä (Stakes 2007). Päihdetapauslaskennassa näistä matalan kynnyksen yksiköistä saatiin kuitenkin hyvin niukasti vastauksia. Tämä on ymmärrettävää, koska asiakkaat voivat asioida anonyymeinä eikä heistä systemaattisesti kerätä tietoa. Siksi voikin olla, että osa huumeongelmasta on tässä tutkimuksessa jäänyt piiloon.

Päihde-ehdoiset asiinnit perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen avopalveluissa

Peruspalvelujen merkitystä on painotettu kunta- ja palvelurakennehankkeessa (PARAS-hanke) ja sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissohjelmassa (KASTE).

Seuraavassa tarkastellaan, millaiset asiakkaat käyttävät sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluita (taulukko 2). Peruspalvelu-käsite ei aina ole yksiselitteinen: Mikä on sen suhde esimerkiksi lähipalveluihin? Poliittisessa kielenkäytössä voidaan peruspalveluilla tarkoittaa eri asioita riippuen tilanteesta. Kansalaisten mielessä peruspalvelut voidaan nähdä eri asioita tarkoittavina, eivätkä ammattilaistenkaan näkemykset ole välttämättä yhteneviä. Myös lainsäädäntö määrittelee asioita eri tavoin. Esimerkiksi päihdehuoltolaissa puhutaan päihdehuollon erityispalveluista ja sosiaali- ja terveydenhuollon yleisistä palveluista. Erityispalveluita ovat päihten ongelmakäyttäjien hoitoon erikoistuneet yksiköt, kuten A-klinikat ja katkaisuhuoltoasemat, kun taas yleisiksi luokiteltuja palveluja ovat kaikki muut, esimerkiksi psykiatriset avo- ja laitospalveluja tarjoavat yksiköt.

Tässä artikkelissa peruspalveluina pidetään sosiaalitoimistoja, kotipalvelua ja terveyskeskusten avovastaanottoja. Seuraavaksi verrataan niissä tapahtuneita päihde-ehdoisia asioiteja vuoden 2007 päihdetapauslaskennan koko aineiston tuloksiin. Tavoitteena on tarkastella, eroavatko sosiaalitoimistojen, kotipalvelun ja terveyskeskusten asiakkaat toisistaan ja millaisia erot ovat koko aineistoon nähden.

Koko aineistossa perhesuhteiltaan yksinäisten määrä on suuri. Vain noin viidennes oli naimisissa tai avoliitossa. Terveyskeskuksissa asioivista sen sijaan yli kolmannes elää parisuhteessa, ja kotipalvelun piirissä tämä osuus on vain 13 prosenttia. Vanhimmat asiakkaat ovat luonnollisesti erilaisten tarpeidensa vuoksi kotipalvelun piirissä, kun taas nuoremmat käyttävät sosiaalitoimistojen palveluja. Ansiotyössä kaikista asiakkaista oli vain 12 prosenttia. Terveyskeskuksissa asioineista töissä oli viidennes. Sosiaalitoimistoissa asioineista yli 60 prosenttia oli työttömiä, kun koko aineistossa heitä oli kolmannes. Asunnottomia oli terveyskeskuksissa asioineista vähemmän kuin koko aineistossa.

Kotipalvelussa selvä enemmistö oli vain alkoholia käyttäviä ja lääkkeiden päihdekäyttö oli harvinaisempaa kuin muissa yksiköissä. Laittomia huumeita raportoitiin sosiaalitoimistojen ja terveyskeskusten asiakkaiden keskuudessa vähemmän kuin koko aineistossa, ja kotipalvelua saavilla huumeiden käyttö oli hyvin harvinaista.

Laskennassa kysyttiin, oliko asiakas käyttäytynyt toimintayksikössä laskentavuorokautena tai aikaisemmin uhkaavasti tai väkivaltaisesti. Tällaista käyttäytymistä oli koko aineistossa 12 prosentissa tapauksista, sosiaalitoimistoissa ja terveyskeskuksissa suunnilleen yhtä paljon. Huomioita kiinnittää kotipalveluissa havaittu uhkaava tai väkivaltainen käyttäytyminen. Melkein neljäsosa kotipalvelun päihdetapauksiksi arvioituista asiakkaista oli käyttäytynyt uhkaavasti tai väkivaltaisesti. Tietoon on kuitenkin suhtauduttava varautuneesti. Tutkimuksen kysymys oli siinä mielessä huonosti muotoiltu, että siinä kysyttiin kahden eri asiaa: Väkivaltaista käyttäytymistä ja uhkaavaa käyttäytymistä. Väkivaltaisen käyttäytymisen määrittely lienee melko yksiselitteistä, kun taas uhkaavaksi koettu asiakkaan käytös voi olla paljon riippuvaisempi subjektiivisista tuntemuksista. Esimerkiksi A-klinikoilla oli ilmennyt uhkaavaa tai väkivaltaista käyttäytymistä vain viidellä prosentilla asiakkaista. Tämä voi johtua monista tekijöistä, kuten asiakkaiden valikoinnista, ajanvarausjärjestelmistä, tottumuksesta asiakkaiden aggressiiviseen tai vastaavaan käyttäytymiseen tulkitsematta tilannetta kuitenkaan uhkaavaksi, kyvystä ehkäistä vihamielistä käyttäytymistä tai hyvästä ja luottamuksellisesta hoitosuhteesta. Varauksista huolimatta ei ole kuitenkaan syytä ummistaa silmiä kodinhoidon työntekijöiden kokemalta uhatuksi tulemisen tunteelta. Kotipal-

Taulukko 2. Peruspalveluissa päihde-ehdoisesti asioineiden piirteitä

	Kotipalvelu N = 775	Sosiaalitoimisto N = 932	Terveyskeskus (avo) N = 722	Koko aineisto N = 12 070
län keskiarvo	67	41	46	47
Mies	75 %	69 %	73 %	72 %
Naimisissa/avoliitossa	13 %	17 %	35 %	22 %
Ansiotyössä	1 %	7 %	20 %	12 %
Työtön	3 %	62 %	31 %	33 %
Eläkeläinen	94 %	18 %	29 %	42 %
Asunnoton	0 %	6 %	4 %	8 %
Alkoholi ainoa päihde	85 %	64 %	69 %	61 %
Lääkkeiden päihdekäyttö	10 %	19 %	21 %	22 %
Laittomien huumeiden käyttö	2 %	17 %	18 %	24 %
Käyttäytynyt uhkaavasti tai väkivaltaisesti	23 %	11 %	11 %	12 %
Jokin mielenterveyden häiriö	41 %	38 %	44 %	48 %
Masennus	27 %	24 %	30 %	30 %
Muu mielenterveyden häiriö	17 %	19 %	18 %	25 %

velussa kohtaamiset tapahtuvat asiakkaan kodissa, asiakas voi olla päihtynyt, ammattiala on naisvaltainen ja työntekijä on usein yksin. Uhkatilanteet voivat olla mahdollisia. On mietittävä keinoja, joilla uhkaavia tilanteita voitaisiin tarvittaessa vähentää, kuten esimerkiksi parityöskentelyä.

Päihteisiiin liittymättömiä mielenterveyden häiriöitä esiintyi koko aineistossa lähes puolella asiakkaista. Häiriöitä oli todettu kotipalvelussa, sosiaalitoimistoissa ja terveyskeskuksissa vähemmän kuin koko aineistossa. Tämä koski masennusta ja erityisesti muita mielenterveyden häiriöitä. Terveyskeskuksissa havaittiin kuitenkin 30 prosentilla asiakkaista masennus, mikä on yhtä paljon kuin koko aineistossa. Masennuksen runsaako toteaminen terveyskeskuksen potilailla voi olla yhteydessä erilaisiin masennuksen hoidon aktiivisiin kehittämishankkeisiin, kuten esimerkiksi depressiohoitaja-mallin yleistymiseen.

Päihdetapausaineiston perusteella voi päätellä, että peruspalveluissa terveyskeskukset näyttävät tavoittavan jossain määrin parempiosaisia asiakkaita. He ovat harvemmin asunnottomia, perheettömiä ja useammat ovat töissä. Kokonaisuudessaan on vaikeata arvioida onko peruspalvelujen ja muun järjestelmän välinen suhde järkevä. Peruspalveluissa kohdataan harvemmin mielenterveyden häiriöitä ja laittomien huumeiden käyttöä. Kysymys voi olla järkevästä työnjaosta, mutta pahimmillaan pallottelusta tai jopa torjunnasta.

Onko päihdepalvelujen joustavuus lisääntynyt?

Päihdepalvelujen joustavaa saatavuutta avohuollossa on seurattu vuodesta 1987 lähtien kysymällä, onko asiakas asioinut päihtyneenä, tullut ajanvarauksella ja asioinut virka-aikana.

Laskennat ovat osoittaneet, että päihtyneenä asiointi on lähes systemaattisesti vähentynyt avohuollon yksiköissä. Päihtyneenä asioineiden osuudet on esitetty taulukossa 3.

Ei ole uskottavaa, että päihdeasiakkaiden päihtyneisyys olisi vähentynyt erityisesti nyt, kun alkoholin kokonaiskulutus on kasvanut. Pikemminkin päihtyneitä asiakkaita ilmeisesti karsitaan tiukkojen normien perusteella. Näin siitäkin huolimatta, että sosiaali- ja terveysministeriö on antanut päihtyneen henkilön akuuttihoitosta ohjeet, joissa korostetaan päihtyneen henkilön oikeutta saada asianmukaista palvelua ja kohtelua (STM 2006). Erityistä huomiota herättää se, että kotipalvelussa, jossa päihdetapauksia oli aikaisempaa enemmän, asiakkaista päihtyneenä oli 50 prosenttia, kun kodinhoitaja kävi heidän luonaan.

Myös ilman ajanvarausta tapahtuva asiointi oli vähentynyt, vaikka monet päihdeongelmaiset tarvitsisivatkin välitöntä apua juuri akuuteissa tilanteissa (taulukko 4).

Virka-ajan ulkopuolella tapahtuva asiointi on

Taulukko 3. Asiakkaan päihtyneisyys avopalveluissa prosentteina vuosina 1987, 1991, 1995, 2000, 2003 ja 2007

	% 1987	% 1991	% 1995	% 1999	% 2003	% 2007
Sosiaalitoimisto	29	26	25	24	23	23
Mielenterveyspalvelu	24	15	14	11	8	6
Terveydenhuolto	59	47	41	40	40	36
A-klinikka tai vastaava	15	13	12	7	6	6

Taulukko 4. Ilman ajanvarausta tapahtuva asiointi avopalveluissa vuosina 1987, 1991, 1995, 1999, 2003 ja 2007

	% 1987	% 1991	% 1995	% 1999	% 2003	% 2007
Sosiaalitoimisto	49	35	42	41	46	41
Mielenterveyspalvelu	29	15	15	12	18	12
Terveydenhuolto	66	55	49	44	44	40
A-klinikka tai vastaava	46	43	36	34	30	28

vähäistä avopalveluissa. Vuonna 2003 virka-ajan ulkopuolisia asiointeja oli kahdeksan prosenttia, ja vuonna 2007 ne olivat laskeneet kuuteen prosenttiin. Mahdollisuuksien puute asioida virka-ajan ulkopuolella voi kaventaa esimerkiksi työssä olevien päihdepalvelujen käyttöä. Työmarkkinajärjestöjen laatimassa suosituksessa, joka käsittelee mm. työpaikkojen hoitoonohjausta, todetaan että lähtökohtaisesti hoidossa käynti tapahtuu työajan ulkopuolella (Suositus päihdeongelmien... 2006).

Kokonaisarviona voi todeta, että päihteisiin liittyvien asiointien kynnykset ovat avohuollossa edelleen korkeita ja käytännöt ovat ehkä jopa tiukentuneet. Erityisesti huumeiden käyttäjille on viime vuosina kuitenkin perustettu melko runsaasti erityyppisiä matalan kynnyksen yksiköitä. Tämä on sinänsä hyvää kehitystä. Vaarana on kuitenkin, että vanha palvelujärjestelmä niin peruspalveluissa kuin erikoistuneissa yksiköissä torjuu ja sysää vaikeaksi kokemansa asiakkaat matalan kynnyksen yksiköiden harteille. Silloin näiden asiakkaiden keskeiset hoidolliset ja muut avun tarpeet jäävät herkästi tyydyttämättä. Matalan kynnyksen yksiköillä ei useinkaan ole sellaisia resursseja, joilla ne yksin voisivat vastata näihin moninaisiin tarpeisiin.

Pohdintaa – päihdetapauslaskennan arviointia metodina nyt ja tulevaisuudessa

Päihdetapauslaskentoja on tehty kuusi vuodesta 1987 neljän vuoden välein. Näistä laskennoista saatu materiaali antaa mahdollisuuden tarkastella, mitä päihdepalvelukentällä ja sen käyttäjissä on tapahtunut. Päihdetapauslaskennan erityisenä etuna on, että se tuottaa tietoa päihde-ehdoista asioinneista sellaisissa yksiköissä, joista ei ole saatavilla vastaavaa tilastotietoa, kuten esimerkiksi sosiaalitoimistoista ja terveyskeskuksista. Päihdetapaus on myös käsitteenä laajempi kuin lääketieteellinen päihteisiin liittyvä diagnoosi. Päihdetapauslaskenta tuottaa siis sellaista tietoa, jota ei toistaiseksi millään muulla keinolla voi saada.

Päihdetapauslaskennoilla on omat rajoituksensa. Toiminnan laajuuden mittarina laskenta on hyvin epätarkka verrattuna esimerkiksi A-klinikoilta saataviin tilastoihin. Toisaalta laskentojen aineisto on sen verran suuri, että se antaa mahdollisuuden tarkastella, millainen työnjako vallitsee sosiaali- ja terveydenhuollon kentällä sen eri yksiköiden välillä.

Päihdetapauslaskentojen ongelma on myös kato, jonka suuruuden ja vaikutuksen selvittäminen on pulmallista. Väestöön suunnatuissa kyselytutkimuksissa on voitu havaita vastanneiden osuuden laskua. Viimeisimmässä laskennassa saa-

tiin vastauksia kuitenkin enemmän kuin koskaan aikaisemmin, joten on mahdollista, että väestökyselyissä todettu vastaamattomien osuuden kasvu ei ulotu päihdetapauslaskennan kaltaisiin kyselytutkimuksiin. Kadon yhtenä syynä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden puutteelliset osoitteistot. Niitä ei ole keskitetysti mitenkään saatavilla, ja osoitteita on kerättävä eri tahoilta. Tämä ongelma ei tietenkään koske vain päihdetapauslaskentaa, vaan kaikkia tutkimuksia, joiden kohteena sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on muuttunut vuodesta 1987. On ilmaantunut uusia toimintamuotoja, kuten huumeiden käyttäjien matalan kynnyksen yksiköitä, vanhusten palvelutaloja ja erilaisia työtoiminnan muotoja, joita eri viranomaiset toteuttavat yhteistyössä. Lisäksi vanhassa toiminnassa on tapahtunut muutoksia, kuten mielenterveyspalveluissa, joita nykyisin toteutetaan sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Myös lainsäädäntömuutokset, kuten mahdollisesti toteutuva uusi terveydenhuoltolaki, saattavat muuttaa pal-

TIIVISTELMÄ

Nuorvala, Yrjö – Huhtanen, Petri – Ahtola, Raija – Metso, Leena: Huono-osaisuus mutkistuu – kuudes päihdetapauslaskenta 2007

Vuonna 2007 lokakuussa toteutettiin koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskeva yhden vuorokauden kestävä kuudes päihdetapauslaskenta, jossa päihde-ehdoisia asiointea todettiin 12 070. Näitä laskentoja on tehty vuodesta 1987 lähtien, ja ne ovat mahdollistaneet eri palveluissa asioinnin, asiakaskunnan ominaisuuksien, eri päihteiden käytön ja näissä tapahtuneiden muutosten seuraamisen.

Terveydenhuollon osuus asioinneista on viimeisimmässä laskennoissa pysytellyt noin kolmasosana. Vuonna 2007 terveydenhuollon sisällä tapahtui siirtymää psykiatristen palvelujen käytöstä somaattiseen terveydenhuoltoon. Edelleenkin asioitiin eniten A-klinikoilla, asumispalveluissa ja päiväkeskuksissa. Hyvin karkeasti voi arvioida, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tapahtuu vuodessa vähintään 3,5 miljoonaa päihde-ehdoista asiointia.

Naisten osuus on vuodesta 1987 noussut tasaisesti, ja vuonna 2007 se oli 28 prosenttia. Huono-osaisuus, kuten asunnottomuus ja työttömyys, on tullut esille kaikissa laskennoissa. Viimeisimmässä laskennassa 50-vuotiaiden tai sitä vanhempien määrä kasvoi peräti lähes 1 500 tapauksella, kun taas edellisessä vuoden 2003 las-

velukenttää. Tämä edellyttäisi toimintayksikköjen luokituksen osittaista uudistamista päihdetapauslaskennoissa niin, että vertailukelpoisuus aikaisempiin laskentoihin säilyisi mahdollisimman hyvin.

Päihdetapauslaskentojen sarjaa on mielekästä jatkaa, koska se antaa kuvan pitkän aikavälin kehityksestä. Se antaa mahdollisuuden arvioida, miten erilaiset päihdepoliittiset toimenpiteet, kuten alkoholin hinnan alennus, voivat heijastua palvelujen käyttöön. Laskennoilla voidaan seurata myös asiakaskunnan rakennetta, kuten sukupuolta, ikää ja toistuvasti havaittua huono-osaisuutta sen monissa muodoissaan sekä eri päihteiden käyttöä. Laskennoilla voidaan tarkastella sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen työnjakoa ja paljastaa myös, kuinka järjestelmätasolla päihdeasiakkaita voidaan torjua, kun heidät koetaan organisaatioiden rasitteena. Laskentojen tuloksia on mahdollista käyttää päihdepalveluja koskevien päätösten tukena, ja niiden avulla arvioida järjestelmän kehittämistä myös asiakkaiden tarpeiden näkökulmasta.

kennassa tämä vanhimman ikäryhmän osuus oli laskusuunnassa ja nuorempien taas osuus kasvusuunnassa.

Päihteistä riippumattomat mielenterveysongelmat näyttivät olevan yleisiä ja vaikuttivat lisääntyneen vuodesta 2003. Mielenterveyden häiriöitä esiintyi miltei puolella. Masennusta oli 30 prosentilla, ja jokin muu mielenterveyden häiriö raportoitiin neljäsosalla. Liikuntavammoja esiintyi 11 prosentilla ja peliongelmia neljällä prosentilla.

Alkoholi oli selkeästi käytetyin päihde, ja sen käyttöä raportoitiin yhdeksällä kymmenestä. Vuodesta 1999 vuoteen 2003 laittomien huumausaineiden ja lääkkeiden päihdekäyttö kasvoi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita käyttäneiden keskuudessa. Vuonna 2007 tämä kehitys näytti pysähtyneen tai jopa kääntyneen hienoiseen laskuun. Poikkeuksen tästä suunnasta muodostaa kuitenkin opioideihin kuuluva buprenorfiini, jonka käyttö oli selvästi yleistynyt. Vuonna 2007 sitä käytti joka kymmenes.

Päihdetapauslaskenta on tällä hetkellä ainoa menetelmä, jolla voidaan saada päihde-ehdoista asioinneista melko kattavaa tietoa koko sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Kun muita metodeja ei ole, on hyvä, että laskentojen sarjaa jatketaan. Menetelmää joudutaan kuitenkin jonkin verran kehittämään, jotta se vastaisi paremmin tämän päivän todellisuutta.

KIRJALLISUUS

- HAKKARAINEN, PEKKA & METSO, LEENA: Huumeekysymyksen muuttunut ongelmakuva. Vuoden 2006 huumeekyselyn tulokset. Yhteiskuntapolitiikka 72 (2007): 5, 541–552
- HERTTUA, KIMMO & MARTIKAINEN, PEKKA & MÄKELÄ, PIA: Viina tappoi eniten yksinäisiä miehiä. Dialogi 17 (2007): 2, 40–41
- LUND, PEKKA: Päihdetyön päiväkeskus. Katoava työmuoto vai tärkeä osa palveluketjua? Helsinki: Sininauhaliitto, 2008
- METSO, LEENA & NUORVALA, YRJÖ: Huumeasiakkaat yleistyivät sosiaali- ja terveyspalveluissa. Dialogi 14 (2004): 3, 40–41
- MÄKELÄ, PIA & MUSTONEN, HELI & ÖSTERBERG, ESA: Onko juomalajilla väliä? Yhteiskuntapolitiikka 72 (2007): 6, 641–649
- NUORVALA, YRJÖ & METSO, LEENA: Päihdepalvelut. Teoksessa: Heikkilä, Matti & Roos, Milla (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Helsinki: Stakes, 2004
- NUORVALA, YRJÖ & METSO, LEENA & KAUKONEN, OLAVI & HAAVISTO, KARI: Päihde-ehdotin asiointi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa: vuosien 1995 ja 1999 päihdetapauslaskentojen vertailu. Yhteiskuntapolitiikka 65 (2000): 3, 246–254
- NUORVALA, YRJÖ & METSO, LEENA & KAUKONEN, OLAVI & HAAVISTO, KARI: Muuttuva päihdeasiakkuus. Päihdetapauslaskennat 1987–2003. Yhteiskuntapolitiikka 69 (2004): 6, 608–618
- NUORVALA, YRJÖ & HUHTANEN, PETRI & AHTOLA, RAIIJA & METSO, LEENA: Päihdeasiakkaat entistä vanhempia. Dialogi 18 (2008): 3, 39–40
- NUORVALA, YRJÖ & HALMEAHO, MATTI & HUHTANEN, PETRI: Verukkeiden verkossa. Teoksessa: Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko & Lehtelä, Kirsi-Marja (toim.): Pääsy kielletty. Poiskäännyttämisen politiikka ja sosiaaliturva. Helsinki: Stakes, 2007
- PARKER, IAN: Revolution in Psychology. Alienation to emancipation. Lontoo: Pluto Press, 2007
- SHORTER, EDWARD: Psykiatrian historia. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto, 2005.
- STAKES: Päihdetilastollinen vuosikirja 2007. Alkoholili ja huumeet. SVT sosiaaliturva. Helsinki: Stakes, 2007
- STM: Päihtyneen henkilön akuuttihoito – sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet. Selvityksiä 65. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2006
- SUOSITUS PÄIHDEONGELMIEN ENNALTAEHKÄISYSTÄ, PÄIHDEASIOIDEN KÄSITTELYSTÄ JA HOITONOHJAUKSESTA TYÖPAIKOILLA. Akava, EK, KiT, KT, SAK, STTK, VTML, 2006.

LIITE 1

STAKES
Alkoholi- ja huumeetutkimus
9.10.2007

PÄIHDETAPOUSLASKENTA 1(2)

Toimintayksikön nimi Tarkentava nimi Toimintayksikön sijaintikunta

A. KAIKKIA TOIMINTAYKSIKÖITÄ KOSKEVAT KYSYMYKET 1–14	
<p>1 Toimintayksikkötyyppi</p> <p>1 Kotipalvelu 2 Lastensuojelulaitos 3 Sosiaalitoimisto 4 Vanhainkoti 5 Mielenterveystoimisto 6 Psykiatrisen sairaala, osasto 7 Psykiatrisen sairaala, poliklinikka 8 Terveyskeskus, avohoito 9 Terveyskeskus, kotisairaanhoido 10 Terveyskeskus, vuodeosasto 11 Yksityinen lääkäriasema 12 Yksityinen sairaala 13 Yleissairaala, osasto 14 Yleissairaala, poliklinikka 15 A-klinikka 16 Nuorisosaema 17 Huumeiden käyttäjien terveysneuvontapiste 18 Päiväkeskus 19 Katkaisuhuoltoasema 20 Päihdehuollon kuntoutuslaitos 21 Päihdehuollon asumispalveluyksikkö 22 Ensisuoja 23 Kasvatus- ja perheneuvola 24 Kirkon diakonia- tai perhetyö 25 Muu avopalvelu, mikä _____ _____ 26 Muu laitospalvelu, mikä _____ _____</p>	<p>5. Asiakkaan syntymävuosi</p> <p>19 _____</p> <hr/> <p>6. Asiakkaan pääasiallinen toiminta</p> <p>1 Ansiotyössä 2 Työttömänä 3 Eläkeläinen 4 Opiskelija 5 Kotitaloutta hoitava 6 Muu/Ei tietoa</p> <hr/> <p>7. Asiakkaan sosiaalinen asema</p> <p>1 Yrittäjä 2 Toimihenkilö 3 Työntekijä 4 Eläkeläinen 5 Opiskelija 6 Muu/Ei tietoa</p> <hr/> <p>8. Asiakkaan asumistilanne</p> <p>1 Oma asunto 2 Vuokra-asunto 3 Alivuokralainen 4 Tukiasunto 5 Asuntola tai yhteismajoitus 6 Kokonaan vailla asuntoa 7 Asuu vanhempiensa luona 8 Muu/Ei tietoa</p> <hr/> <p>9. Käytetyt päihteet <i>(Ympyröi kaikki käytetyt päihteet)</i></p> <p>1 Alkoholi 10 Heroiini 2 Korvike 11 Buprenorfiini (esim. Subutex) 3 Liuotin 12 Muu opioidi, mikä? 4 Lääkeaine _____ 5 Kannabis 13 Muu huumeausaine, mikä? 6 Amfetamiini _____ 7 LSD _____ 8 Ekstaasi 14 Ei tietoa 9 Kokaiini</p> <hr/> <p>10. Onko asiakas käyttänyt huumeita pistämällä?</p> <p>1 Kyllä 2 Ei 3 Ei tietoa</p>
<p>2. Asiakkaan sukupuoli</p> <p>1 Mies 2 Nainen</p>	
<p>3. Asiakkaan kotikunta: _____ _____</p>	
<p>4. Asiakkaan siviilisäätty</p> <p>1 Naimaton 2 Avoliitossa 3 Naisimissa 4 Asumuserossa tai asuu muuten erillään 5 Eronnut 6 Leski 7 Ei tietoa</p>	

KÄÄNNÄ →

<p>11. Onko asiakas käyttäytynyt uhkaavasti tai väkivaltaisesti tässä toimintayksikössä? (Ympyröi tarvittaessa sekä kohta 1 että kohta 2)</p> <p>1 Kyllä 9.10.2007 2 Kyllä, aikaisemmin 3 Ei 4 Ei tietoa</p>	<p>12. Onko asiakkaalla todettu jokin muu kuin päihteisiin liittyvä mielenterveyden häiriö? (Ympyröi tarvittaessa sekä kohta 1 että kohta 2)</p> <p>1 Kyllä, masennus 2 Kyllä, muu mielenterveyden häiriö 3 Ei 4 Ei tietoa</p>
<p>13. Onko asiakkaalla rahapeliongelmia?</p> <p>1 Kyllä 2 Ei 3 Ei tietoa</p>	<p>14. Onko asiakkaalla jokin seuraavista vammoista? (Ympyröi tarvittaessa kaikki vammat)</p> <p>1 Näkövamma 2 Kuulovamma 3 Liikuntavamma 4 Kehitys-, aivo- tai neurologinen vamma 5 Muu vamma, mikä? _____</p> <p>6 Ei 7 Ei tietoa</p>
<p>B. AVOPALVELUJA ANTAVIA TOIMINTAYKSIKÖITÄ KOSKEVAT KYSYMYKSET 15–19</p>	
<p>15. Asiakkaan tulotapa palvelujen piiriin</p> <p>1 Ajanvaraus 2 Ilman ajanvarausta</p>	<p>18. Asiakkaan näkemys palvelujen piiriin tulon syistä (Ympyröi kaikki tulon syyt)</p> <p>1 Tapaturma 2 Somaattinen sairaus 3 Masennus 4 Muu psyykkinen ongelma 5 Vieroitusoireet 6 Taloudellinen ongelma 7 Sosiaalinen ongelma 8 Ihmissuhdeongelma 9 Itsemurhariski 10 Ei tietoa</p>
<p>16. Palvelujen piiriin tulon aika</p> <p>1 Virka-aikana (klo 8.00–16.00) 2 Virka-ajan ulkopuolella</p>	
<p>17. Arvio asiakkaan päihtyneisyydestä</p> <p>1 Ei päihtynyt 2 Lievästi päihtynyt 3 Voimakkaasti päihtynyt</p>	<p>19. Palveluihin käytetty aika</p> <p>1 Alle 15 minuuttia 2 Noin 15 minuuttia 3 Noin 30 minuuttia 4 Noin 45 minuuttia 5 Noin 60 minuuttia 6 Yli 60 minuuttia</p>
<p>C. VAIN YÖN YLI JATKUVIA PALVELUJA ANTAVIA TOIMINTAYKSIKÖITÄ KOSKEVAT KYSYMYKSET 20–21</p>	
<p>20. Hoidossa olon yhtäjaksoinen pituus laskentapäivänä</p> <p>1 1–3 vuorokautta 2 4–7 vuorokautta 3 8–14 vuorokautta 4 15–30 vuorokautta 5 Yli kuukauden, mutta alle kaksi kuukautta 6 2–3 kuukautta 7 Yli kolme kuukautta, mutta alle kuusi kuukautta 8 6–12 kuukautta 9 Yli vuoden</p>	<p>21. Miksi asiakkaan tarvitsemia palveluita ei ole järjestetty avohuollossa? (Ympyröi kaikki syyt)</p> <p>1 somaattisen sairauden tai vamman vakavuuden vuoksi 2 Vieroitusoireiden vakavuuden vuoksi 3 Psykkisen sairauden (muun kuin päihdeongelman) vuoksi 4 Päihderiippuvuuden vakavuuden vuoksi 5 Perheväkivallan estämiseksi 6 Asunto-ongelmien vuoksi 7 Itsemurhariskin vuoksi</p>

Toimintayksikössä ei laskentavuorokautena ollut päihdetapauksia. (Jos toimintayksikössä ei ollut laskentavuorokautena (9.10.2007) päihde-ehdoisia asiointeja, merkitse rasti ruutuun ja palauta yksi lomake.)