

PÄIHDE-EHTOINEN ASIOINTI SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA: VUOSIEN 1995 JA 1999 PÄIHDETAPAUSSLASKENTOJEN VERTAILU

YRJÖ NUORVALA & LEENA METSO & OLAVI KAUKONEN & KARI HAAVISTO

Stakes toteutti päihdetapauslaskennan tiistaina 12.10.1999. Lasten päivähoitoa lukuun ottamatta kyseisen vuorokauden ajalta kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista kerättiin tietoa päihde-ehdoista asioinneista. Laskentaan haluttiin mukaan päihdeiden ongelmakäyttäjät, päihtyneenä asioineet ja ne, jotka hakivat apua päihdeiden kertakäyttöön liittyvän haitan, kuten tapaturman, vuoksi. Työntekijöitä pyydettiin täyttämään lomake kustakin tällaisesta asioinnista.

Lomakkeella kerättiin tietoa asiakkaan sukupuolesta, iästä, siviilisäädystä, asumisesta, työssäolosta, sosiaalisesta asemasta, käytetyistä päihteisistä ja palvelujen käytöstä. Kysymyksistä osa koski vain joko avohuoltoa tai ympärivuorokautisia palveluja. Laskenta tehtiin nimettömänä korostaen, että lomakkeeseen ei tule merkitä mitään sellaisia tietoja, jotka paljastaisivat asiakkaan henkilöllisyyden. Laskennan tulokset kertovat päihde-ehdoista asioinneista eikä niinkään yksittäisistä asiakkaista, koska sama henkilö oli saattanut käyttää useampia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kyseisen vuorokauden aikana.

Vastaavia laskentoja on tehty aikaisemminkin neljän vuoden välein vuosina 1987, 1991 ja 1995 lokakuun toisena tiistaina (ks. Nuorvala & Vertio 1989; Nuorvala & Lehto 1992; Kaukonen & Haavisto 1996). Lomakkeen sisältö on ollut eri vuosina pääpiirteittäin sama. Vuoden 1999 aineisto on vertailukelpoinen vuonna 1995 toteutetun laskennan tuloksiin, koska laskentalomakkeen jakelu oli näissä kattavin. Näinä kahtena vuotena myös annettiin laskennasta ennakkoon informaatiota yhtä laajasti. Tarkastelun pääpaino on näissä kahdessa laskennassa, mutta tämän lisäksi seuraavassa tehdään myös vertailuja vuosiin 1987 ja 1991.

PÄIHDETAPAUSSLASKENTA KATTAVANA
POIKKILEIKKAUSAINEISTONA

Käsitettä päihdetapaus ei voi määritellä yksiselitteisesti. Viimekätinen tulkinta tilanteesta jäi lomaketta täyttävän työntekijän viitekehyksen ja kokemuksen varaan. Onkin ilmeistä, että tästä syystä laskentojen tulokset sisältävät myös ”väriä positiivisia” tapauksia. Toisaalta voi olettaa, että päihdetapauksia jäi tunnistamatta tai kirjaamatta esimerkiksi kiireen tai asiointitilanteen vuoksi. Voi olla, että lääkkeiden ja huumeiden käyttöä ei tunnisteta yhtä herkästi kuin alkoholin käyttöä. Kun lääkkeitä ja huumeista puhutaan paljon, niihin toisaalta ehkä kiinnitetään aiempaa enemmän huomiota. Lisäksi laboratoriotestit ovat 1990-luvulla kehittyneet nopeasti ja niiden käyttö on yleistynyt, mikä voi näkyä enenevänä huumeiden ja lääkkeiden tunnistamisena.

Kadon tarkka arviointi on vaikeaa. Kato on voinut syntyä useammalla tavalla: se on voinut olla asiakaskohtaisiin tekijöihin liittyvää tai yksittäisen työntekijän, toimintayksikön osasto tai koko toimintayksikkö on voinut jättää vastaamatta. Ei ole tiedossa, onko kyselyyn vastaaminen ollut jollakin tavalla selektiivistä. Aineiston luotettavuutta voidaan kuitenkin jossain määrin arvioida vertaamalla sitä esimerkiksi hoitoilmoitusrekisterin tietoihin tai päihdehuollon erityispalveluita koskeviin tilastoihin (Haavisto & Ahtola & Kaivonurmi & Kaukonen & Metso & Simpura 1996).

Päihdetapauslaskenta ei anna suoranaista tietoa vallitsevasta valtakunnallisesta päihdetilanteesta. Laskennan tulokset eivät myöskään kerro, millaisia ovat ne päihdeiden käyttäjät, jotka eivät osaa tai halua käyttää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tai eivät ole niiden tarpeessa. Tarkastelun ulkopuolelle jäävät myös keskinäiseen

apuun perustuvat AA- ja NA-ryhmät, A-killat ja muu vapaaehtoistoiminta.

Vuosittain kerätään erilaisia tietoja, jotka liittyvät myös päihdeiden ongelmakäyttäjien hoitoon (esim. Hoitoilmoitusrekisteri, Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhteenvelo, A-klinikkasäätiön tilastot). Eri tilastokeruut eivät kuitenkaan kata läheskään kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikköjä. Ulkopuolelle jäävät kokonaan esimerkiksi terveyskeskusten avohoito, mielen-terveystoimistot, sosiaalitoimistot, päiväkeskukset, kasvatus- ja perheneuvolat sekä kirkon diakoniatyö. Näiden osalta ei ole toistaiseksi saatavilla tilastotietoja päihde-ehtoisista asioinneista. Päihdetapauslaskenta antaa näin poikkileikkauksen tyyppisen mahdollisuuden seurata palvelujen käytön kehitystä, asiakaskunnan rakennetta ja päihde-ehtoisen asioinnin esiintyvyyttä myös näiden yksiköiden osalta.

Osa nykyisin kerättävästä tilastotiedosta on diagnoosipohjaista, ja tässä suhteessa laskenta tuottaa laajempiulotteisen kuvan sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuvista päihteisiin liittyvistä asioinneista. Laskennalla saadaan keräytyksi asiakkaiden sosiaalisesta taustasta, eri päihdeiden käytöstä ja palveluiden käytöstä sellaista monipuolisempaa ja tarkempaa informaatiota, jota ei tavoiteta muilla tiedonkeruumenetelmillä.

Päihdetapauslaskenta ei ole nykyisiin muihin tilastointijärjestelmiin nähden päällekkäinen. Se on tällä hetkellä ainoa taloudellinen tapa saada poikkileikkaustietoa koko sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuvasta päihde-ehtoisesta asioinnista, muutoksista ja kehityksestä.

PÄIHTEISIIN LIITTYNYT PALVELUJEN KÄYTTÖ, TYÖNJAKO JA SEN MUUTOKSET

Taulukossa 1 on esitetty päihde-ehtoisten asiointien jakautuma eri sosiaali- ja terveydenhuollon yksikkötyypeissä vuosina 1995 ja 1999. Siinä on lisäksi kuvattu avo- ja ympärivuorokautisen hoidon osuutta, asiointien jakautumista sosiaali- ja terveydenhuollon kesken sekä päihdehuollon erityispalveluissa ja muissa yksiköissä tapahtuvaa asiointia.

Luvut eivät ole täysin vertailukelpoisia aiempien laskentojen tuloksiin (ks. esim. Kaukonen & Haavisto 1996), koska vuosina 1987 (n = 7 031) ja 1991 (n = 7 631) laskenta kohdistettiin suppeampaan joukkoon sosiaali- ja terveydenhuollon

toimintayksikköjä. Vuosina 1995 ja 1999 kyselyn jakelut olivat vertailukelpoiset.

Päihde-ehtoisia asiointikertoja todettiin vuoden 1999 yhden vuorokauden laskennassa 11 535 ja lisäystä vuoden 1995 laskentaan oli 14 prosenttia (Nuorvala & Metso & Haavisto 2000). Runsas puolet vuoden 1999 päihdetapauksista tunnistettiin avohoollon palveluissa. Avo- ja ympärivuorokautisten palvelujen osuudessa ei tapahtunut muutoksia vuoteen 1995 nähden. Vuosina 1995 ja 1999 terveydenhuollon osuus oli runsas kolmannes, noin kaksi kolmesta päihde-ehtoisesta asioinnista tapahtui sosiaalihuollossa.

Vaikka terveydenhuollon asiointien osuus näyttää pysyneen ennallaan vuosina 1995 ja 1999, sen sisällä on tapahtunut muutoksia osuuksissa ja määrissä. Suurin muutos tapahtui mielenterveyspalveluissa, joissa päihdeasiointien määrä nousi 40 prosenttia. Tämä merkitsee, että kaikista terveydenhuollossa havaittujen päihdeasiointien osuus mielenterveyspalveluissa oli vuonna 1999 jo lähes puolet.

Sosiaalihuollon päihdehuoltoon erikoistumattomissa palveluissa vuoteen 1995 verrattuna sosiaalitoimistojen osuus oli laskenut jonkin verran määrällisesti ja myös suhteellisesti. Noin joka kahdeskymmenes käytti edelleen kodinhoitopalveluja.

Yli 40 prosenttia päihde-ehtoisista asioinneista tapahtui päihdehuollon erityispalveluissa. Päihdehuollon asumispalvelut ovat vuodesta 1987 olleet eniten käytettyjä ja niiden osuus oli edelleen kasvussa. Toisella sijalla olleet A-klinikat ovat säilyttäneet edelleen asemansa ja noin joka kymmenes asiointi tapahtui niissä. Päiväkeskuksia on 1980-luvun loppupuolelta perustettu useita ja niiden palvelujen käyttö on ollut voimakkaassa nousussa. Vuoden 1999 laskentavuorokautena niiden palvelujen piirissä oli lähes 1 000 päihde-ehtoista asiointia. Kuntoutuslaitosten käytössä tapahtui puolestaan jonkin verran laskua.

PÄIHDEASIAKKAIDEN SOSIAALINEN TAUSTA

Laskennassa kysyttiin asiakkaiden sukupuolta, siivilisäätystä, ikää, työssäoloa, sosiaalista asemaa ja asumistilannetta. Näistä tiedoista on koottu keskeisiä tuloksia toimintayksikkötyypeittäin taulukoon 2. Terveydenhuollolla tarkoitetaan tässä somaattisen terveydenhuollon avo- ja laitospalveluja.

Taulukko 1. Päihdetapausten jakautuminen toimintayksikkötyypeittäin 1995 ja 1999

	1995		1999	
	N	%	N	%
Sosiaalihuolto, päihdehuollon erityispalvelut	4 540	44,8	5 097	44,2
A-klinikka	1 181	11,7	1 278	11,1
Nuorisoasema	46	0,5	68	0,6
Päiväkeskus	753	7,4	957	8,3
Katkaisuhoitoasema	313	3,1	293	2,5
Kuntoutuslaitos	664	6,6	566	4,9
Asumispalvelu	1 456	14,4	1 785	15,5
Ensisuoja	127	1,3	150	1,3
Sosiaalihuolto, muut yksiköt	1 984	19,6	2 061	17,8
Kotipalvelu	447	4,4	564	4,9
Lastensuojelulaitos	130	1,3	205	1,8
Sosiaalitoimisto	1 320	13,0	1 164	10,1
Vanhainkoti	49	0,5	89	0,8
Kasvatusneuvola	38	0,4	39	0,3
Terveystieteiden yksiköt	3 480	34,3	3 943	34,2
Mielenterveystoimisto	370	3,7	441	3,8
Psykiatrisen sairaalan osasto	848	8,4	1 117	9,7
Psykiatrisen sairaalan poliklinikka	123	1,2	322	2,8
Terveystieteiden keskus, avohoito	756	7,5	742	6,4
Terveystieteiden keskus, kotisairaanhoidon osasto	141	1,4	140	1,2
Terveystieteiden keskus, vuodeosasto	367	3,6	491	4,3
Yksityinen lääkäriasema	101	1,0	86	0,7
Yksityinen sairaala	10	0,1	11	0,1
Yleissairaalan poliklinikka	247	2,4	167	1,5
Yleissairaalan osasto	517	5,1	426	3,7
Muut yksiköt	135	1,3	434	3,8
Kirkon diakoniatyö	85	0,8	359	3,1
Muu avopalvelu	50	0,5	55	0,5
Muu laitospalvelu	-	-	20	0,2
Yhteensä	10 139	100	11 535	100
Avohuolto yhteensä	5 658	55,8	6 382	55,3
Ympäri vuorokautinen hoito yhteensä	4 481	44,2	5 153	44,7

Psykiatrisiin taas kuuluvat mielenterveystoimistot ja psykiatrisen sairaaloiden osastot sekä poliklinikat. A-klinikkoihin sisältyvät nuorisoasemat, päihdehuollon kuntoutuspalveluihin katkaisuhoitoasemat ja kuntoutuslaitokset sekä asumispalveluihin hoitokotityyppiset yksiköt ja ensisuojat.

Naisten osuus päihdeasiakkaina on kasvanut tasaisesti 1970-luvulta lähtien. Vuonna 1999 heidän osuutensa oli jo lähes neljännes. Naisten osuus oli suurin psykiatrisissa palveluissa ja polikliinisessä päihdehuollossa. Ensisuojissa olleista 94 prosenttia oli miehiä. Asumispalveluissa, katkaisuhoitoasemilla ja päiväkeskuksissa useampi kuin neljä viidestä oli miehiä.

Asiakkaiden keski-ikä oli vuonna 1999 46 vuotta ja se on pysynyt suunnilleen ennallaan. Nuorimpien, alle 20-vuotiaiden ikäryhmä on ollut aina laskennoissa pieni (vuonna 1999 4 %). Kasvua näkyi selvimmin viiden prosenttiyksikön nousuna (1995 16 %, 1999 22 %) ikäryhmässä 50–59-vuotiaat. Nuoremmat ikäryhmät, alle 40-vuotiaat asioivat suhteellisesti eniten mielenterveyspalveluissa, kuntoutuspalveluissa ja sosiaalitoimistoissa. Vanhempia, noin 50-vuotiaita tavataan suhteellisesti enemmän muussa terveydenhuollossa, asumispalveluissa ja ensisuoissa. Perhesuhteiltaan yksinäisiä oli kumpanakin laskentavuonna miltei neljä viidestä, mikä vastaa pitkälti

Taulukko 2. Päihdeasiakkaiden sosiaalinen tausta eräiden piirteiden mukaan vuosina 1995 ja 1999, toimintatyyppiä ja koko aineistossa

	1995	1999		1995	1999
	N= 10 139 %	N=11 535 %		N= 10 139 %	N=11 535 %
Naisten osuus			Terveydenhuolto	28	30
Koko aineisto	22	24	Psykiatria	23	25
Sosiaalitoimisto	24	25	Päihdehuollon laitospalvelu	57	64
Terveydenhuolto	21	23	Asumisapalvelu	37	32
Psykiatria	27	32	Eläkeläisiä		
A-klinikka ja vastaava	27	29	Koko aineisto	39	41
Päiväkeskus	13	17	Sosiaalitoimisto	23	19
Päihdehuollon laitospalvelu	20	21	Terveydenhuolto	42	43
Asumisapalvelu	12	16	Psykiatria	53	50
Alle 40-vuotiaita			A-klinikka ja vastaava	19	19
Koko aineisto	35	33	Päiväkeskus	34	38
Sosiaalitoimisto	42	41	Päihdehuollon laitospalvelu	22	17
Terveydenhuolto	27	23	Asumisapalvelu	55	59
Psykiatria	49	48	Asunnottomia		
A-klinikka ja vastaava	40	39	Koko aineisto	9	9
Päiväkeskus	26	21	Sosiaalitoimisto	6	6
Päihdehuollon laitospalvelu	45	44	Terveydenhuolto	4	5
Asumisapalvelu	23	26	Psykiatria	12	12
Yksinäisiä			A-klinikka ja vastaava	3	2
Koko aineisto	77	79	Päiväkeskus	7	5
Sosiaalitoimisto	82	82	Päihdehuollon laitospalvelu	23	25
Terveydenhuolto	67	66	Asumisapalvelu	12	13
Psykiatria	76	78	Toimihenkilöitä		
A-klinikka ja vastaava	66	69	Koko aineisto	5	5
Päiväkeskus	86	84	Sosiaalitoimisto	4	4
Päihdehuollon laitospalvelu	76	80	Terveydenhuolto	5	5
Asumisapalvelu	90	93	Psykiatria	4	5
Työttömiä			A-klinikka ja vastaava	14	12
Koko aineisto	40	39	Päiväkeskus	4	2
Sosiaalitoimisto	66	65	Päihdehuollon laitospalvelu	7	6
Terveydenhuolto	49	48	Asumisapalvelu	3	2
Psykiatria	56	49			

>>>

myös aikaisempien laskentojen tuloksia.

Päihdeasiakkaat olivat kokonaisuutena ottaen edelleen sosiaalisesti huono-osaisia vuonna 1999. Työssäolo oli harvinaista. Vain noin joka kymmenes oli töissä. Työttömänä oli noin kaksi viidestä. Sosiaalitoimistojen ja kuntoutuspalvelujen asiakkaista oli työttömänä kaksi kolmesta. Työssä käyviä löytyi suhteellisesti eniten A-klinikoilta (23 %) ja somaattisesta terveydenhuollosta (16 %).

Myös eläkeläisten osuus oli suuri (41 %). Eläkeläisistä yli puolet (54 %) oli vuonna 1999 alle

56-vuotiaita. Suhteellisesti eniten näitä nuorempia eläkeläisiä oli psykiatrisissa palveluissa (41 %), asumispalveluissa (29 %) ja ensisuojoissa (29 %). Suhteellisesti vähiten heitä kohdattiin kuntoutuslaitoksissa (8 %) ja polikliinisessä päihdehuollossa (11 %).

Kaksi kolmesta asui omassa tai vuokra-asunnossa vuoden 1995 ja 1999 laskennoissa. Tuki-asumisen määrä on ollut jonkin verran kasvussa ja sen osuus oli vuonna 1999 seitsemän prosenttia. Asuntoloissa asumisessa on tapahtunut huippu-

Taulukko 3. Eri päihteiden käyttö ja sekakäyttö päihdetapauslaskennoissa 1995 ja 1999, %

	1995	1999
Alkoholi	94	91
Korvike	10	8
Liuotin	3	3
Lääkeaine	23	22
Kannabis	9	11
Amfetamiini	6	9
Opiaatti	2	5
Vain alkoholi	63	62
Sekakäyttö (vähintään kaksi päihdettä)	33	33
Laiton huumausaine	11	15
Huumausaine (ei kannabis)	7	11

vuodesta 1991 (18 %) laskua, mutta se oli vieläkin vuonna 1999 yhdeksän prosenttia. Vailla asuntoa olevien osuus oli pysynyt yhdeksässä prosentissa, ja laskennassa 1999 heidän määränsä oli kasvanut miltei tasan tuhanteen tapaukseen. Suhteellisesti eniten asunnottomia oli kuntoutuslaitoksissa (29 %) ja ensisuojuissa (25 %) sekä vähiten A-klinikoilla ja nuorisosemilla (2 %).

Toimihenkilöiden osuus oli päihdeasiakkaiden keskuudessa vähäinen. Suhteellisesti eniten heitä tavattiin polikliinisen päihdehuollon asiakkaissa. Työntekijöitä oli noin kaksi viidestä koko aineistossa.

MONIPÄIHTEISYYS LISÄÄNTYNYT

Päihdetapauslomakkeella kysyttiin asiakkaan käyttämiä päihteitä. Asiakas saattoi käyttää yhtä tai useaa päihdettä, joten taulukossa 3 prosenttiluvut eivät summaudu sataan.

Luvut paljastavat kiistatta alkoholin hallitsevan aseman suomalaisten päihde-ehdoissa sosiaali- ja terveydenhuollon asioinneissa. Vaikka alkoholin osuudessa on ollut hieman laskua, sitä käytettiin edelleen yhdeksän kymmenestä. Korvikkeiden ja liuottimien käyttö on pysynyt suunnilleen ennallaan. Lähes joka kymmenes oli edelleen korvikkeiden käyttäjä.

Lääkkeiden käyttö kasvoi nopeasti vuodesta 1987. Vuosina 1995 ja 1999 lääkkeiden käyttö on asettunut vajaan neljänneksen tasolle. Määrällisesti lääkkeiden käyttö oli lisääntynyt.

Monet selvitykset ja tutkimukset viittaavat siihen, että huumeongelma on vaikeutunut 1990-luvulla (ks. esim. Päihdetilastollinen vuosikirja

1999; Partanen & Metso 1999). Tämä näkyy myös sosiaali- ja terveystalouden käytössä. Kannabiksen samoin kuin amfetamiinin käyttöä esiintyi noin joka kymmenennellä. Opiaattien käyttöä (buprenorfiini ja metadon mukana) oli noin viidellä prosentilla. Laittomia huumeita käytti vuonna 1999 (lääkkeet eivät mukana) 15 prosenttia ja huumausaineita, kun kannabista ei lasketa mukaan, 11 prosenttia. Lisäystä näissä kahdessa ryhmässä verrattuna vuoteen 1995 oli neljä prosenttiyksikköä.

Pelkästään alkoholia käyttävien osuus on laskenut vuodesta 1987. Vuonna 1999 enää kolme viidestä kuului tähän ryhmään. Vähintään kahden päihteen sekakäyttö oli yleistä, ja sitä ilmeni kolmasosalla vuosina 1995 ja 1999. Vuonna 1999 sekakäyttäjistä kahdella viidestä esiintyi ainakin kolme eri päihdettä. Sekakäyttö on käsitteenä kuitenkin epäselvä, eikä kuvaa vain yhdenlaista ilmiötä. Siihen voi sisältyä erilaisia käyttötapoja ja -kulttuureja vaihtelevine tavoitteineen. Se voi tarkoittaa esimerkiksi pyrkimystä voimistaa päihytmistilaa, itselääkintää tai täysin sattumanvaraista ja kaoottista käyttöä (ks. esim. Holopainen 1996; Nuorvala 1991).

Taulukossa 4 on kuvattu pelkästään alkoholia käyttäneiden, korvikkeita ja liuottimia, laittomia huumeita sekä lääkkeitä päihteenä käyttäneiden asiointia sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimintayksikkötyypeissä.

Alkoholin käyttö ainoana päihteenä on vähentynyt kaikissa toimintayksikkötyypeissä. Asumispalveluissa, psykiatrisissa yksiköissä ja kuntoutuspalveluissa pelkästään alkoholia käyttäviä asiakkaita oli enää runsas puolet.

Korvikkeiden ja liuottimien käyttöä tavattiin suhteellisesti useimmin asumispalveluissa ja päiväkeskuksissa.

Huumausaineiden ja lääkkeiden käyttäjien kohtaaminen on puolestaan yleistynyt sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastyössä. Eniten lisäystä asioinneista on tapahtunut laittomien huumeiden osalta kuntoutuspalveluissa, joissa tämä osuus on jo lähes kolmasosa; A-klinikoilla ja mielenterveyspalveluissa se on viidennes. Vähiten huumeiden käyttöä havaittiin muissa terveystalouden palveluissa.

Lääkkeiden päihdekäyttöä tuli esille eniten vuonna 1999 kuntoutuspalveluissa ja psykiatrisissa yksiköissä ja vähiten taas muussa terveydenhuollossa. Vuodesta 1987 monipäihteisyyden yleistynyt ja lääkkeiden ja huumausaineiden käyttö on selvästi lisääntynyt.

Taulukko 4. Eri pähteiden käyttö toimintayksikkötyypeittäin 1987, 1991, 1995 ja 1999

	1987	1991	1995	1999	99-87
Vain alkoholia käyttäneet					
Koko aineisto	84	76	63	62	- 22
Sosiaalitoimisto	82	78	66	64	- 18
Terveystieteiden tutkimuskeskus	90	83	75	74	- 16
Psykiatria	76	71	56	55	- 21
A-klinikka ja vastaava	90	82	66	64	- 26
Päiväkeskus	86	71	59	60	- 26
Päihdehuollon laitostuntoutus	76	72	58	54	- 22
Asumispalvelu	83	71	53	53	- 30
Korvikkeet ja liuottimet					
Koko aineisto	8	9	11	9	+ 1
Sosiaalitoimisto	8	7	8	7	- 1
Terveystieteiden tutkimuskeskus	3	4	4	4	+ 1
Psykiatria	7	6	6	5	- 2
A-klinikka ja vastaava	4	5	9	5	+ 1
Päiväkeskus	.	14	21	15	.
Päihdehuollon laitostuntoutus	13	9	12	9	- 4
Asumispalvelu	12	18	24	19	+ 7
Laitonta huumetta käyttäneet					
Koko aineisto	3	5	11	15	+ 12
Sosiaalitoimisto	3	3	6	13	+ 10
Terveystieteiden tutkimuskeskus	2	2	5	7	+ 5
Psykiatria	7	7	18	21	+ 14
A-klinikat ja vastaava	2	5	13	19	+ 17
Päiväkeskus	.	12	11	12	.
Päihdehuollon laitostuntoutus	8	7	22	28	+ 20
Asumispalvelu	3	4	9	13	+ 10
Lääkkeiden päihdekäyttö					
Koko aineisto	9	13	23	22	+ 13
Sosiaalitoimisto	10	14	24	22	+ 12
Terveystieteiden tutkimuskeskus	8	13	16	16	+ 8
Psykiatria	16	20	33	27	+ 11
A-klinikka ja vastaava	6	11	23	22	+ 16
Päiväkeskus	.	14	21	19	.
Päihdehuollon laitostuntoutus	14	18	28	31	+ 17
Asumispalvelu	6	9	23	23	+ 17

VALIKOIVA AVOHUOLTOJÄRJESTELMÄ

Seuraavassa käsitellään kysymyksiä, jotka koskivat vastaanoton ajanvarausta, päihtyneenä asiointia ja palveluihin käytettyä aikaa avohuollossa vuosina 1987, 1991, 1995 ja 1999.

Päihdehuoltolaissa (41/1986) korostettiin hoi-

toon tulon helppoutta ja joustavuutta (Haavisto & Kaukonen & Nuorvala & Niemelä 1997). Kysymys matalan kynnyksen hoitopaikoista on jälleen ajankohtaistunut, kun huumeetilanne on vaikeutunut ja suonensisäinen käyttö tartuntatautiriskeineen yleistynyt. Joustavaa hoitoon pääsyä kuvaavat mahdollisuus tulla ilman ajanvarausta ja

Taulukko 5. Asiakkaan tulo avopalvelujen piiriin ilman ajanvarausta 1987, 1991, 1995 ja 1999, %

	1987	1991	1995	1999
Sosiaalitoimisto	49	35	42	41
Mielenterveyspalvelu	29	15	15	12
Terveystenhoito	66	55	49	44
A-klinikka tai vastaava	46	43	36	34

Taulukko 6. Asiakkaan päihtyneisyys vastaanotolla avopalveluissa, %

	1987	1991	1995	1999
Sosiaalitoimisto	29	26	25	24
Mielenterveyspalvelu	24	15	14	11
Terveystenhoito	59	47	41	40
A-klinikka tai vastaava	15	13	12	7

Taulukko 7. Noin puoli tuntia tai kauemmin kestäneiden vastaanottojen osuudet avopalveluissa vuonna 1999, %

Kaikki yksiköt	61
Miehet	58
Naiset	70
Työssä	71
Työtön	58

myös päihtyneenä asiointi palveluissa. Näiden kahden hoitoon tuloa säätelevän tekijän kehitystä tarkastellaan taulukoissa 5 ja 6.

Ehkä sosiaalitoimistoja lukuun ottamatta muutokset ovat suuria. Kun vuonna 1987 lähes puolet A-klinikoiden ja nuorisosemien asiakkaista tuli ilman ajanvarausta, heidän osuutensa oli laskenut vuonna 1999 kolmannekseen. Mielenterveyspalveluissa päihde-ehtoisista asioinneista vuonna 1999 enää noin joka kymmenes tehtiin ilman ajanvarausta. Kautta linjan on havaittavissa, että mahdollisuudet tulla ilman ajanvarausta ovat kaventuneet. Kysymys ei varmasti ole siitä, että erilaiset kriisitilanteet olisivat vähentyneet, vaan pikemminkin hoitoon tulon kontrollin kiristymisestä.

Myös päihtyneitä asiakkaita tavataan vastaanotoilla yhä harvemmin. Mielenkiintoista on havaita, että mielenterveyspalvelut ovat ottaneet vastaan päihtyneitä asiakkaita suhteellisesti useammin kuin päihdehoitoon erikoistuneet poliklinikat, joiden asiakkaista vuonna 1999 enää seit-

semän prosenttia hakeutui vastaanotolle päihtyneenä. Tässäkin on oletettavasti kysymys toimintapolitiikkojen muutoksista eikä siitä, että asiakas-kunta olisi muuttunut entistä raittiimmaksi.

Vastaanottoaikaa koskeva muuttuja jaettiin kahteen luokkaan: noin puoli tuntia kestäneeseen ja sitä lyhyempänä annettuun palveluun. Vastaanottoajoissa ei ole tapahtunut juuri muutoksia eri päihdetapauslaskennoissa. Sosiaalitoimistoissa noin runsas puolet, mielenterveyspalveluissa yli neljä viidestä, muussa terveydenhuollossa vajaa puolet ja polikliinisessä päihdehuollossa noin kaksi kolmesta sai noin 30 minuuttia tai sitä pidemmän vastaanoton. Tuloksia vuodelta 1999 sukupuolen ja työssäolon osalta esitetään taulukossa 7.

Palveluihin käytetty aika vaihteli selvästi asiakkaan sukupuolen ja työmarkkina-aseman mukaan. Naisille annettiin keskimäärin pidempi palvelu kuin miehille, eikä tämä ero ole 1990-luvulla paljoakaan muuttunut. Myös sosiaalisella huono-osaisuudella oli merkitystä. Työelämässä oli näyttä olevan yhteydessä paneutuvampaan palveluun.

ARVIOINTIA

Kokonaisuutena päihteyseen liittyvä asiointi sosiaali- ja terveyspalveluissa on kasvanut koko 1990-luvun ajan. Kasvu oli nopeinta aikavälillä 1991–1995, jolloin alkoholin kulutus aleni. Huumeiden käyttö ei sinänsä tuottanut vastaavan suuruista hoitopalvelujen kysynnän kasvua. Kyse on ollut pikemminkin palvelujärjestelmän toimintaperiaatteissa tapahtuneista muutoksista.

On muistettava, että päihdetapauslaskennoissa havaitut muutokset eivät suoranaisesti kuvaa väestön päihdeiden käytössä tapahtuneita muutoksia. Tosin tästäkin on viitteitä, esimerkiksi naisten osuus päihdeasiakkaista on kasvanut tasaisesti ja samansuuntaisesti kuin naisten päihdeiden käyttö (Mustonen & Metso & Paakkanen & Simpura & Kaivonurmi 1998). Samoin 1990-luvun aikana lisääntynyt huumeiden käyttö näkyy jo selvästi laskenta-aineistoissa, mutta ainoastaan huumeita käyttäneiden osuus on edelleen pieni. Huumeiden käyttäjät ovat ohjautuneet erityisesti suurten kaupunkien päihdehuollon erityispalveluihin ja mielenterveyspalveluihin, kun taas lääkkeiden päihdekäyttäjät on havaittu eri puolilla maata ja erilaisissa palveluissa (Kaukonen 2000).

Väestössä huumeiden käyttö on selvästi yleisempää kuin esimerkiksi korvikealkoholien käyttö, mutta korvikkeiden käyttäjät ovat puolestaan sosiaalisesti huono-osaisia ja siten varsin riippuvaisia palvelujärjestelmästä. Korvikkeiden käyttö on tietysti helpompi havaita suomalaisessa päihdekulttuurissa kuin lääkkeiden ja huumeiden käyttö. On kuitenkin huomattava, että korvikkeiden ja liuottimien käyttö tuottanee edelleen sosiaali- ja terveyspalveluille lähes yhtä paljon työtä kuin huumeiden käyttö. Palveluissa havaittu päihdeongelman kuva on sekä monipuolistunut että sementoitunut: yhtäältä päihdeasiakkaiden monipäihteisyys on yleistynyt selvästi 1990-luvun aikana, toisaalta kaikki asiakkaat ovat varsin huono-osaisia riippumatta siitä, mitä päihteitä he ovat käyttäneet.

Vaikka huumeiden käyttö on Suomessa erityisesti kaupungistuneiden kuntien ilmiö, ja monipäihteisyys lisääntyy nuorista ikäluokista lähtien (Partanen & Metso 1999; Kaukonen & Metso & Österberg 2000), kovin nuoria päihdeasiakkaita palveluissa rekisteröidään edelleen yllättävän vähän. Yli 60-vuotiaita asiakkaita oli edelleen enemmän kuin alle 30-vuotiaita, ja lastensuojeluyksiköiden osuus laskennan kaikista päihde-ehtoista asiakkuuksista oli sekä suhteellisesti että absoluuttisesti edelleen marginaalinen.

Valtaosa päihdeasiakkuuksista oli edelleen sosiaalitoimen ja varsinkin päihdehuollon erityispalvelujen vastuulla. Palvelujen käytössä korostuu edelleen laitosvaltaisuus. Avopalvelujen käyttö on lisääntynyt ensisijaisesti siitä syystä, että 1990-luvulla on perustettu runsaasti kontakti-intensiivisiä päivätoimintapalveluja huono-osaisimmille asiakkaille. Kokonaisuutena avohoito on suhteellisesti jopa vähentynyt, kun otetaan huomioon päiväkeskuspalvelujen käytön kasvu. Ympäri vuorokautinen hoito ei olennaisesti ole vähentynyt, vaikka vuodepaikka sijaitseekin useammin sairaalassa kuin päihdehuollon kuntoutuslaitoksessa.

Päihdehaittojen hoitoon liittyvä työnjako on siis muuttunut, osin radikaalistikin. Voisi ensin näkin kysyä, onko pitkäjännitteinen laitoskuntoutus jäämässä vähittäin historiaan tai muuttamassa luonnettaan? Katkaisuhuitoasemien ja kuntoutuslaitosten yhteinen osuus hoitovuorokausista oli enää noin puolet asumispalveluissa tuotetuista hoitopäivistä. Kuntoutusjaksot ovat vähentyneet ja lyhentyneet 1980-luvulta alkaen.

Vuonna 1998 jo kaksi kolmesta hoitojaksosta oli pituudeltaan enintään seitsemän vuorokauden mittaisia, ja vuoden mittaan hoidettujen asiakkaiden kokonaisluku oli enää noin 10 000. Yli kuukauden kestäneitä hoitojaksoja oli noin 8 prosenttia kaikista kuntoutuslaitosten ja katkaisuhuitoasemien hoitojaksoista (Päihdetilastollinen vuosikirja 1999).

Ainakin kuntoutuslaitosten paikka palvelujärjestelmässä on muuttunut. Tähän ovat vaikuttaneet huono-osaispalvelujen – päiväkeskusten ja asumispalvelujen – tarjonnan lisääntyminen. Toisaalta laitosten käyttöä on vähentänyt sairaaloiden päihde-ehtoisten hoitojen nopea lisääntyminen. Erityisesti tämä on nähtävissä vähentyneiden psykiatristen sairaansijojen kasvaneessa käytössä. Psykiatriset sairaansijat vähenivät vuosina 1990–1998 noin 12 300:sta noin 6 200 sairaansijaan (Mielenterveyden kehittämissuosituksen, 2000). Psykiatrinen sairaalahoido on 1990-luvun aikana tehnyt paluuta päihdehuoltoon. Päihdepotilaiden osuus mielisairaaloiden potilaista oli yhtä suuri viimeksi 1970-luvulla (Mäkelä & Säilä 1986). Päihdeasiakkaiden hoito on lisääntynyt myös mielenterveystoimistoissa – mutta yllättävän vähän sairaalahoidoihin verraten. Onko psykiatrisissa palveluissa tapahtunut kehitys myönteistä vai kielteistä, on monisyinen kysymys, johon on tarjottavissa erilaisia oletuksia (Nuorvala 2000).

Kuntouttavien avo- ja laitospalvelujen samanaikainen kiristyminen ja sairaalahoidojen lisääntyminen 1990-luvun alussa ja sittemmin nousukauden aikana tulevat astetta ymmärrettävämmiksi, kun otetaan huomioon avomuotoisten palvelujen käytännön toimintapolitiikkojen muutokset. Sekä päihde- ja mielenterveystyöhön erikoistuneiden että muiden avomuotoisten palvelujen saatavuus on selvästi tiukentunut koko 1990-luvun ajan. Huono-osaisimmat päihteiden käyttäjät, jotka eivät pysty säätelemään päihteiden käyttöönsä tai noudattamaan ennakolta varattuja asiointiaikoja, leikkautuvat todennäköisimmin myös avopalvelujen ulkopuolelle. Tämä taas selittää osaltaan sitä, että asunnottomia ja sekakäyttäjiä oli päihdehuollon kuntoutuslaitoksissa enemmän kuin muualla. Sosiaalisen kuntoutuksen vaihtoehtoiksi ovat nousseet erityisesti aineellista perusturva tarjoavat sosiaalipalvelut ja toisaalta varsinkin psykiatriset sairaalahoidot.

KIRJALLISUUS

Haavisto, Kari & Ahtola, Raija & Kaivonurmi, Maija & Kaukonen, Olavi & Metso, Leena & Simpura, Jussi: Päihdetapauslaskennat 1995. Aiheita 29. Stakes 1996

Haavisto, Kari & Kaukonen, Olavi & Nuorvala, Yrjö & Niemelä, Jorma: Puitteet paperista – raamit rahasta. Alkoholipolitiikka 62 (1997): 4, 292–304

Holopainen, Antti: Sekakäyttö yleistyy – päihdepalvelut ja huumeetutkimus euroaikaan. Tiimi 1996: 3–4, 4–7

Kaukonen, Olavi: Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. Tutkimuksia 107. Stakes 2000

Kaukonen, Olavi & Haavisto, Kari: Päihdetapauslaskenta 1995. Alkoholipolitiikka 61 (1996): 2, 130–139

Kaukonen, Olavi & Metso, Leena & Österberg, Esa: Päihteiden käytön ja päihdepalvelujen alueellinen jakautuminen. Teoksessa: Loikkanen, Heikki A. & Saari, Juho (toim.): Suomalaisen sosiaalipolitiikan rakenne. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto. (Ilmestyy syksyllä 2000)

Mielenterveyspalvelujen kehittämissuosituksen. Julkaisuja 4. Sosiaali- ja terveysministeriö 2000

Mustonen, Heli & Metso, Leena & Paakkanen, Pirkko & Simpura, Jussi & Kaivonurmi, Maija: Suomalai-

set juomatavat 1968, 1976, 1984, 1992 ja 1996. Aiheita 52. Stakes 1998

Mäkelä, Klaus & Säilä, Sirkka-Liisa: Alkoholi-ehtoisten majoitusten jakautuminen eri viranomaisten kesken vuosina 1960–1980. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen vuosikirja XI, 1986

Nuurvala, Yrjö: Päihteiden sekakäyttöä tutkittava. Sosiaali- ja terveyshallitus. Dialogi 1991: 1, 15

Nuurvala, Yrjö: Päihdetapauslaskenta 1999, poikkeileikkaus päihde-ehtoisesta palvelujen käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tiimi 2000: 3

Nuurvala, Yrjö & Lehto, Juhani: Päihdetapauslaskenta vuonna 1991. Alkoholipolitiikka 57 (1992): 4, 264–269

Nuurvala, Yrjö & Metso, Leena & Haavisto, Kari: Päihteisiin liittyvä asiointi lisääntynyt sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Dialogi 2000: 2, 26–27

Nuurvala, Yrjö & Vertio, Harri: Eikö kunnallinen päihdehuolto tavoita nuoria ja ”hyväosaisia”? Sosiaalinen aikakauskirja 1989: 2, 51–55

Partanen, Juha & Metso, Leena: Suomen toinen huumeaalto. Yhteiskuntapolitiikka 64 (1999): 2, 143–149

Päihdetilastollinen vuosikirja 1999. Stakes. SVT, Sosiaaliturva 1999: 2.