Miten päihdepalveluiden tarvetta on mahdollista mitata?

Esimerkkinä tarveanalyysissa seitsemän kuntaa

TANJA HIRSCHOVITS-GERZ & KRISTIINA KUUSSAARI & KERSTIN STENIUS & TUUKKA TAMMI

Johdanto

Suomessa toimeenpannaan parhaillaan mittavaa sosiaali- ja terveydenhuollon (sote) palvelurakenneuudistusta. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tullaan keskittämään nykyisiä kuntia suuremmille alueille. Uudistus luo uusia haasteita palvelujärjestelmän tarveperustaiselle toteuttamiselle. Muun muassa päihdeongelmien osalta hoidon tarpeesta on niukasti tietoa.

Päihdehuollon erityispalvelujärjestelmällä on pitkät perinteet suomalaisessa hyvinvointipalvelupolitiikassa (Kaukonen 2000; Stenius & al. 2015). Päihdeongelmaisille tarkoitettuja sekä perus- että erityistason palveluja järjestetään osana kuntien yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, joita tuottavat kunnat itse, kolmannen sektorin toimijat sekä yksityiset palveluntuottajat (Kaukonen & Stenius 2005). Päihdehuoltolaki (1986) edellyttää, että kunnat järjestävät palvelut sisällöltään ja laajuudeltaan kunnassa esiintyvää tarvetta vastaavasti. Laki ei kuitenkaan anna ohjeita kunnassa esiintyvän tarpeen määrittelylle (ks. esim. Arajärvi 2013). Palveluiden tarjonta vaihteleekin alueellisesti ja paikallisesti (Stenius & al. 2012), ja erityisesti pienillä paikkakunnilla päihdepalveluiden saatavuus voi olla vähäinen (Kekki & Partanen 2008).

Palveluiden tarvetta voi tarkastella yksilötasolla arvioimalla alkoholin kulutusta ja juomisen aiheuttamia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia seurauksia yksilölle sekä hänen lähipiirilleen. Tiedetään, että mitä aikaisemmin päihteiden riskikäyttöön puututaan, sitä suuremmalla todennäköisyydellä haittoja voidaan ehkäistä ja korjata (esim. Seppä 2010). Palveluiden tarvetta tulisi kuitenkin arvioida myös väestötasolla, ja tämän arvion tulisi olla lähtökohtana palvelujärjestelmien suunnittelussa ja kehittämisessä. (Babor & al. 2008; Ritter 2011; 2014.)

Tässä artikkelissa arvioimme aikuisväestön päihdepalveluiden tarvetta ja sen ulottuvuuksia seitsemässä kunnassa. Aineistoina käytämme kansallisia tilasto- ja rekisteritietoja. Tarpeen arvioinnin viitekehyksinä ovat Alison Ritterin (2011; 2014) väestön palveluiden tarpeiden arviointimallit sekä Thomas Baborin ja kumppaneiden (2008) teoreettinen malli hoitojärjestelmien väestövaikutuksista. Selvitämme, miten eri muuttujien (päihteiden kulutus, hoidon käyttö, päihteiden käytön lieveilmiöt sekä haavoittuvaisuutta ja huono-osaisuutta kuvaavat tilastot) avulla voi kuvata kunnissa esiintyvää palveluiden tarvetta. Tarkastelemme, miten näistä osista voisi rakentaa kunnan päihdepalveluiden tarvetta kuvaavan profiilin.

Osittain epätäydellisten rekisterien ja muiden tilastojen avulla voi vain karkeasti arvioida paikallista hoidon tarvetta. Varovaisuuteen on syytä etenkin silloin, kun kuntia vertaillaan keskenään. Tilastoja tulee tarkastella paikallisen palvelujärjestelmän rakenteen ja työnjaon näkökulmasta. Tilastollinen kuvaaminen varsinkin säännöllisin väliajoin toistettuna voi kuitenkin olla merkittävänä

Tutkimus on osa Suomen Akatemian rahoittamaa Päihteet mielessä -tutkimushanketta (https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/paihteet-mielessa-palveluintegraatio-ja-paihdeongelmien-paikallinen-maarittely; ks. myös Stenius & al. 2015).

apuna hoitojärjestelmien suunnittelussa ja kehittämisessä. Artikkelimme tavoitteena on avata keskustelua paikallistason päihdepalveluiden tarpeiden arvioimisesta olemassa olevien tietovarantojen avulla.

Teoreettiset lähtökohdat

Ritterin (2011) mukaan väestötason hoidon tarpeen (*need*) käsitteellä viitataan kaikkiin niihin ihmisiin, jotka täyttävät päihdediagnoosin kriteeristön tai käyttävät päihteitä haitallisesti ja riskialttiisti ja jotka voisivat potentiaalisesti hyötyä hoidosta. Tähän joukkoon kuuluvat sekä ne henkilöt, jotka tarvitsevat hoitoa, hakeutuvat hoidon piiriin ja saavat hoitoa (*met demand*), tarvitsevat, pyrkivät hoitoon, mutta eivät saa sitä (*unmet demand*), mutta myös ne, jotka saattaisivat sopia hoidon piiriin, mutta eivät hakeudu, tahdo tai pääse hoitoon (*non-demand but need*) sekä vielä ne, jotka saavat hoitoa hyötymättä siitä (*met non-need*). Näin määriteltyinä hoidon kysyntä (*demand*) ja tarve (*need*) ovat osittain päällekkäisiä käsitteitä.

Tässä artikkelissa kartoitetaan erikseen hoidon piirissä olevien määrää (saavutettu hoito eli kohdattu kysyntä, *met demand*) sekä arvioidaan toisaalta useiden muuttujien avulla niiden suhteellista määrää, jotka voisivat tarvita hoitoa (*need*).

Ritter (2011) jakaa tarpeen arviointimenetelmät kuuteen luokkaan: 1) kysynnän kuvaamiseen, jossa kohdatun kysynnän aineistona käytetään muun muassa hoitorekisteriaineistoja, 2) päihteiden käytön ja ongelmakäyttäytymisen esiintyvyyden kuvaamiseen väestössä (aineistona muun muassa surveyt), 3) (kansainväliseen) vertailuun (*benchmarking*), jossa on aineistona edellisten lisäksi muun muassa alkoholin kokonaiskulutustilastot, 4) moni-indikaattori-menetelmiin, joissa on lisäksi esimerkiksi ajallisen perspektiivin tarkastelua, 5) tarveperustaiseen suunnittelumalliin, jossa on hyödynnetty edellisten lisäksi kvalitatiivisia menetelmiä (mallinnetaan alueen palveluvalikko ja päihteitä käyttävien sosiodemografiset taustatekijät) sekä 6) systeemidynaamiseen mallintamiseen, jossa edellisten lisäksi hyödynnetään asiakaspolkujen systemaattista tarkastelua ja kustannustehokkuuden arviointimalleja.

Palvelutarpeen mallintamisen prosessi lähtee siis liikkeelle palveluissa asioinnin kuvaamisesta ja päätyy systeemidynaamiseen mallintamiseen, jossa huomioidaan paikallinen toimintaympäristö, kysyntä ja palvelujärjestelmä vuorovaikutteisena rakenteena hoito- ja palveluprosesseineen (vrt. Babor & al. 2008).

Yhdistämme artikkelissa useampia arviointimenetelmiä. Aineistomme koostuvat päihdepalveluiden kysyntää kuvaavista hoitorekistereistä ja päihteiden käyttöä kuvaavista kyselyaineistoista sekä alkoholin myyntiluvuista. Lisäksi käytössämme on tilastotietoja ja indikaattoreita, joiden avulla kuvaamme väestön sosiodemograafisia taustatietoja ja paikallista toimintaympäristöä (esim. köyhyys, mielenterveysongelmat) (vrt. Babor & al. 2008). Toimintaympäristön kuvaamisessa käytämme muuttujia, joiden voidaan välillisesti ajatella vaikuttavan päihdepalveluiden tarpeen syntymiseen. Tavoittelemme moni-indikaattori-menetelmää, jossa huomioidaan mahdollisimman laajasti käytössämme olleet rekisteri- ja kyselyaineistot.

On syytä huomioida, että mikään käyttämistämme tilastotiedoista ei ole yksiselitteinen. Päihteiden käytöstä aiheutuvien ongelmien määrä sekä sen seurauksena muodostuva palveluiden tarve, on yhteydessä alkoholin ja huumeiden kulutuksen tasoon ja käyttötapoihin. (Päihdepalveluiden laatusuositukset 2002, 43; Metso & al. 2012).

Palveluiden tarvetta voi yrittää arvioida sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin kohdistuvien päihde-ehtoisten asiointien määriä tarkastelemalla (Kuussaari & al. 2012). Palveluissa asiointimäärät kertovat jotakin palveluiden tarpeista, mutta siihen vaikuttaa myös palvelujärjestelmien paikalliset järjestämistavat, hoidon laatu ja sen volyymi (Stenius & al. 2012; Luopa & al. 2014; Storbjörk 2014). Tiedämme, että palvelujen tarjonta luo kysyntää, mutta myös että on olemassa erilaisia ilmiöitä, jotka estävät ihmisiä hakeutumasta hoitoon, vaikka he hyötyisivät avusta tai haluavat apua.

Hoidon tarpeesta kertovat mahdollisesti myös erilaiset päihteiden käyttöön liittyvät lieveilmiöt (esim. päihtyneiden säilöönotot ja päihteisiin liittyvä rikollisuus), joita hoito olisi kenties voinut estää tai vähentää (Warpenius & Tigerstedt 2013; Tigerstedt & Huhtanen 2013). Lieveilmiöt kertovat ongelmista, joskus hoidon puutteista, mutta myös yhteiskunnan instituutioiden, esimerkiksi poliisin, sosiaalihuollon ja terveydenhuollon, työnjaosta. Päihdeongelmien syntyyn ja hoidon tarpeeseen vaikuttavat myös elinolot sekä yleinen huono-osaisuus, kuten työttömyys, heikko taloudellinen tilanne ja asunnottomuus. Ilman työtä, asuntoa ja perhettä päihteitä käyttävä ihminen on hyväosaisia riippuvaisempi ammatillisesta avusta päihdeongelmien ratkaisemisessa (Babor & al.

Taulukko 1. Kuntien väkiluku, 65 vuotta täyttäneet ja tulotaso vuonna 2011*

	Hämeen-linna	Vantaa	Espoo	Jyväs-kylä	Lahti	Vaasa	Kotka	Koko maa
Väestö, keskiväki-luku	67 049,5	201 528	250 204,5	131 439	101 948	5 992,5	54 827,5	5 388 272
65 vuotta täyttäneet, % väestöstä	20,9	12,7	12,1	14,8	19,7	17,5	21,5	18,1
Asuntokun-nan käytet-tävissä ole-va rahatulo, mediaani, €	30 017	34 060	41 586	28 326	26 573	29 835	27 892	31 108

Lähteet: Tilastokeskus: tulot ja kulutus/tulonjaon kokonaistilasto; THL, Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet

* Tietyn vuoden keskiväkiluku on kahden peräkkäisen vuoden väkilukujen keskiarvo. http://www.stat.fi/meta/kas/keskivakiluku.html

2008). Avun tarpeen arvioiminen on siis vaikeaa mutta kuitenkin tärkeää, sillä palvelupolitiikalla on suuri merkitys sekä asiakkaille että palvelujärjestelmän hallittavuudelle ja kokonaiskustannuksille (mm. Jääskeläinen & Österberg 2013).

Tutkimuskunnat ja aineisto

Taulukossa 1 on kuvaus seitsemän tutkimuskunnan väestöstä iän ja tulotietojen mukaan.[1] Tutkimusaineistoina käytämme tilasto- ja rekisteritietoja sekä kyselyaineistoja. Tiedot on poimittu pääosin Sotkanetistä (www.sotkanet.fi) sekä Terveytemme-sivustolta (www.terveytemme.fi).

Aineistossa on neljä suurta ja kolme keskisuurta kuntaa. Tilastokeskuksen tietojen mukaan yli 65-vuotaiden osuus oli koko maahan verrattuna pieni Espoossa ja Vantaalla ja suurempi Hämeenlinnassa ja Kotkassa. Asuntokuntien keskimäärin käytettävissä olevat tulot vuodelta 2011 olivat Espoossa suuremmat kuin koko maassa ja Lahdessa huomattavasti pienemmät.

Palveluiden käyttö eli hoidon kohdattu kysyntä

Päihdeongelmiin liittyvää asiointia olisi mielekästä tutkia yhtä aikaa kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän osissa ja palvelumuodoissa kokonaispalvelujärjestelmän hahmottamiseksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluista, lastensuojelun laitoksista ja työterveyshuollosta ei kuitenkaan ole systemaattista rekisteritietoa päihdeongelmaisista asiakkaista ja suurimmasta osasta päihdehuollon erityispalveluistakin tietoa on vain summatasolla. Tässä artikkelissa tarkastelemme siis palveluiden käyttöä päihdehuollon erityispalveluiden asiakasmäärien sekä sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla päihdediagnooseilla asioivien asiakkaiden määrän perusteella.

Päihdehuollon erityispalveluita koskevat tiedot pohjautuvat sosiaalipalveluiden toimintatilastoihin, joita Tilastokeskus kerää kunnista vuosittain. Nämä summatason asiakasmäärätiedot jaotellaan toimintayksikkötyypeittäin (Sosiaalipalveluiden toimintatilasto 2012).[2] Tieto päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidetuista potilaista on peräisin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen hoitoilmoitusrekisteristä. Tiedot poimittiin Sotkanetista (www.sotkanet.fi).

- Päihdehuollon asumispalvelut, kunnan kustantamat palvelut / 1 000 asukasta.
- Päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidetut potilaat / 1 000 asukasta.
- Päihdehuollon avopalveluissa asiakkaita, kunnan kustantamat palvelut / 1 000 asukasta vuonna 2011.
- Päihdehuollon laitoksissa hoidossa olleet asiakkaat, kunnan kustantamat palvelut / 1 000 asukasta.

1 Kuntien valintaperusteista tarkemmin Stenius & al. 2012.

2 Rekisteriin kerätään tietoa myös päihdehuollon hoito- ja asumispäivistä vuoden aikana ja tieto eritellään toimintayksikkötyypeittäin asumispalveluyksiköihin, ensisuojiin, katkaisuhoitoasemiin ja kuntoutuslaitoksiin.

Päihteiden käyttö ja ongelmakäyttö väestössä

Alkoholin myyntiä[3] koskevat tiedot poimittiin myös Sotkanetista, ja se saa tässä toimia alkoholikulutuksen likiarviona. Päihteiden ongelmallisen käytön (riskikäyttö, haitallinen käyttö) määrää väestössä tarkastelimme Aikuisväestön alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) aineistolla.[4] Tästä kyselyaineistosta hyödynsimme tietoa kannabiksen käytöstä viimeisen vuoden aikana sekä tietoa alkoholin liiallisesta käytöstä[5]. Kouluterveyskyselystä (Kouluterveyskysely 2015) käytimme Sotkanetista poimittua muuttujaa, jossa selvitettiin läheisten alkoholin käytöstä nuorille aiheutuneita ongelmia. Käytössä olevista muuttujista rakensimme summamuuttujan (ammattikoululaisten ja lukiolaisten vastaukset summattuna ja jaettuna kahdella).

- Alkoholin myynti 100 prosenttisena alkoholina / asukas vuonna 2011.
- Alkoholia liikaa käyttävien osuus prosentteina yli 20-vuotiaasta väestöstä, vuonna 2011 (Kaikkonen & al. 2014).
- Kannabista viimeisen 12 kuukauden aikana käyttäneiden osuus prosentteina yli 20-vuotiaista vuonna 2011 (Kaikkonen & al. 2014).
- Läheisten alkoholin käyttö aiheuttanut ongelmia, prosentteina ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista sekä lukion oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista vuonna 2010 (Jyväskylän ja Vaasan luvut vuodelta 2011).

Päihteiden käytön lieveilmiöt väestössä

Päihteiden käytön lieveilmiöt heijastavat alkoholi- ja huumeongelmia ja osittain hoito- ja tukipalveluiden toimimattomuutta ja kuvaavat näin välillisesti päihdehoidon (ei-kohdattua) kysyntää. Esimerkiksi päihtyneiden säilöönotoista osa koskee vaikeasti päihdeongelmaisia asiakkaita.

- Poliisin tietoon tulleet rattijuopumustapaukset / 1 000 asukasta vuonna 2011.
- Päihteiden vaikutuksen alaisena tehdyistä väkivaltarikoksista syyllisiksi epäillyt / 1 000 asukasta vuonna 2011.
- Päihtyneiden säilöönotot / 1 000 asukasta vuonna 2011. Muuttuja muutettu tässä vastaamaan 100 asukasta.
- Poliisin tietoon tulleet kaikki huumausainerikokset / 1 000 asukasta vuonna 2011.

Väestön sosiaalinen huono-osaisuus ja mielenterveysongelmat

Sosiaalinen huono-osaisuus ja mielentereyden ongelmat altistavat päihdeongelmille. Päihteiden ongelmallinen käyttö taas voi tuottaa ammatillisen hoidon tarvetta etenkin silloin, kun suojaavia tekijöitä (perhettä, työtä, koulutusta) ei ole (vrt. Babor & al. 20008). Tähän artikkeliin valitsimme tutkimusasetelmaamme soveltuvia sosiaalista huono-osaisuutta kuvaavia muuttujia. Useita muita muuttujia, kuten yleinen työttömyysaste, kokeiltiin ja niistä saatiin samansuuntaisia tuloksia. Huono-osaisuutta kuvaavat muuttujat perustuvat eri viranomaistahojen rekistereihin: työttömien määrää koskevat tiedot kertyvät työ- ja elinkeinoministeriön (TEM) työnvälitystilastoon ja toimeentulotiedot kuntien sosiaalitoimen rekistereihin. Lisäksi käytämme mielenterveysindeksiä, joka kuvaa väestön mielenterveydenongelmia.

- Pitkäaikaistyöttömät, prosentteina työvoimasta vuonna 2011.
- Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet, prosentteina vastaavanikäisestä väestöstä vuonna 2011. Ikäryhmien prosenttiosuudet laskettu yhteen (esim. koko maa: 18–24 vuotta 2,9 prosenttia, 25–64 vuotta 2,2 prosenttia ja 65 vuotta täyttäneet 0,1 prosenttia on yhteensä 5,2 prosenttia).
- Asunnottomat yksinäiset / 1 000 asukasta.
- Mielenterveysindeksi, ikävakioitu muuttuja vuosilta 2008–2010. Koko maa saa arvon 100 ja kuntien indeksit vaihtelevat siihen suhteutettuna. Indeksi koostuu kunnissa tapahtuneista itsemurhista, psykoosilääkkeiden erityiskorvattavuuteen oikeutettujen määrästä sekä mielenterveysperustaisten työkyvyttömyyseläkkeiden määrästä.

---

3 Alkoholijuomien myynnillä tarkoitetaan alkoholijuomien vähittäismyyntiä ja anniskelua maakunnissa tai pienemmissä alueyksiköissä. Alkoholin myyntilukuihin vaikuttavat sekä rajakauppa että matkailu. Esimerkiksi Lapin muuta maata korkeammat myyntiluvut eivät kerro suoraviivaisesti lappilaisten muita korkeammasta alkoholin kulutuksesta, vaan siitä, että alkoholia myydään alueella paljon etenkin lomailijoiden käyttöön. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2012, 14, 186.)

4 Aineisto on väestörekisteristä poimittu satunnaisotos, jossa kohderyhmänä on 20 vuotta täyttäneet ja sitä vanhemmat henkilöt (Kaikkonen & al. 2014).

5 ATH-tutkimuksessa alkoholin liiallista käyttöä selvitettiin Audit C:n avulla (ks. tarkemmin esim. Audit-C 2014).

Tulokset

Palveluiden käyttö

Kuviossa 1 ja liitetaulukossa 1 (ks. www.julkari.fi) on kuvattu päihdehuollon avo- ja laitoshoidossa sekä asumispalveluissa olleiden asiakkaiden määrät tutkimuskunnittain vuonna 2011. Lisäksi kuviossa on terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastoilla päihteiden vuoksi hoidettujen asiakkaiden määrät.

Kotkassa käytettiin huomattavasti enemmän palveluita, etenkin päihdehuollon avopalveluita, kuin muissa kunnissa ja koko maassa. Hämeenlinnassa palveluiden käyttö oli sen sijaan vähäisintä.

Maan keskiarvon perusteella *päihdehuollon laitospalveluita* saa noin kolmasosa asiakkaista suhteessa avohoidossa olevien asiakkaiden määriin. Päihdehuollon laitoshoidossa suhteellisen paljon asiakkaita oli Kotkassa ja Vaasassa, kun taas Jyväskylässä ja Hämeenlinnassa laitoshoidon asiakasmäärät olivat muita kuntia ja koko maata alhaisempia. *Päihdehuollon asumispalveluiden asiakasmäärät* olivat Jyväskylässä ja Espoossa korkeammat kuin muissa kunnissa ja koko maassa.

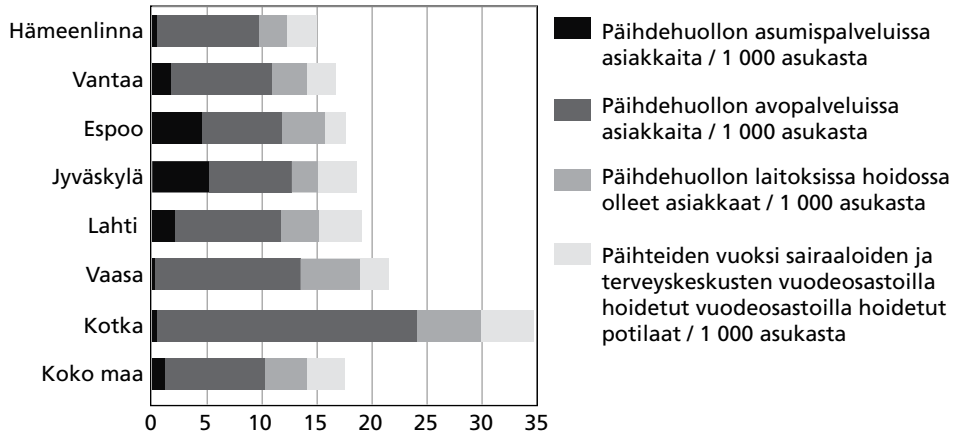
Päihdeasiakkaita hoidetaan myös *sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla*. Eniten päihdeasiakkaita sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla oli Kotkassa (4,8/1 000 as.) ja vähiten Espoossa (1,9/1 000 as.). Kotkassa sekä päihdehuollon laitospalveluiden että terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastojen asiakkaiden määrät olivat suuria. Tämä saattaa kuvata samojen, useita hoitopalveluita tarvitsevien asiakkaiden suurta määrää – tai sitä, että sekä somaattista hoitoa tarvitsevien asiakkaiden määrä että päihdehuollon erityispalveluissa asioivien asiakkaiden on suuri.

Alkoholin myynti sekä päihteiden ongelmallinen käyttö väestössä

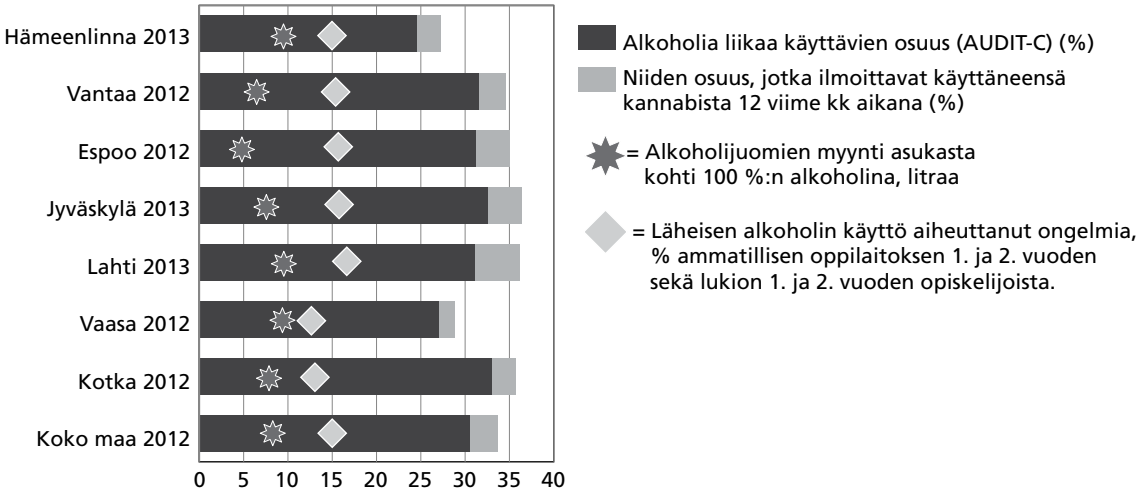
Alkoholia liikaa käyttävien osuus oli maan keskitasoa suurimmassa osassa tutkimuskunnista. Hämeenlinnassa ja Vaasassa liikaa käyttävien osuus oli pienempi. Huolimatta Kotkan korkeasta palveluiden käyttöasteesta, alkoholia liikaa käyttävien osuus ei näyttänyt olevan selkeästi muita kuntia korkeampi. Alkoholin myynnillä ja alkoholia liikaa käyttävien määrällä ei näyttänyt olevan selvää yhteyttä.[6] Lahdessa kannabista käyttäneiden osuus oli selvästi korkein, mutta myös Espoossa ja Jyväskylässä käyttö ylitti maan keskiarvon.

Läheisten alkoholinkäytöstä aiheutuvia ongelmia kysyttiin ammatillisten oppilaitosten ja lukioiden 1. ja 2. luokan oppilailta. Läheisten alkoholin käytöstä aiheutui ongelmia nuorten kokemana vähiten Vaasassa ja Kotkassa, kun taas Lahdessa ja Jyväskylässä niitä oli jonkin verran enemmän kuin koko maan aineistossa. Kotkan osalta tulos oli yllättävä, sillä palveluiden käytön ja myös alkoholia liikaa käyttävien osuuden vuoksi olisi voi-

6 Alkoholin myynti kertoo kuitenkin vain osan alkoholin kokonaiskulutuksesta eikä lainkaan juomisen kasautumisesta tietyille väestöryhmille.



Kuvio 1. Kohdattu kysyntä. Päihdehuollon palveluiden asiakkaat ja sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidetut asiakkaat tuhatta asukasta kohden tutkimuskunnissa vuonna 2011.



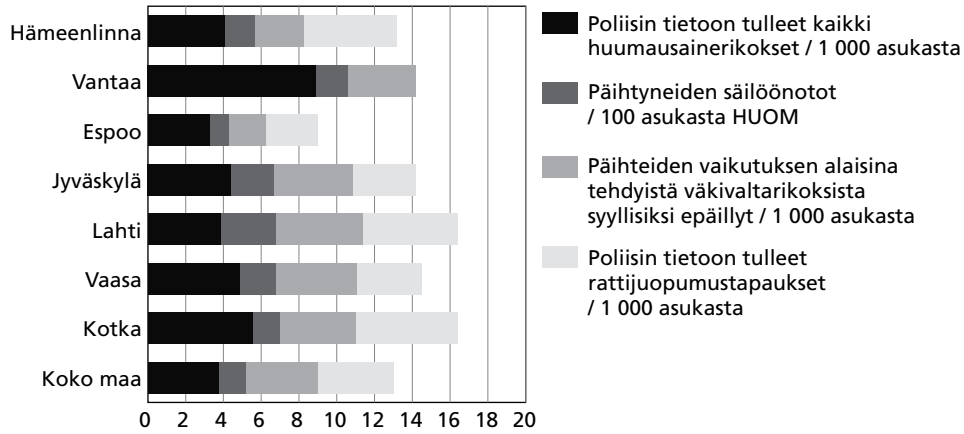
* Alkoholin myynti 100 %:n alkoholina / litraa asukasta kohden: 9,6; 8,2; 6,2; 8,5; 9,5; 9,2; 8,9; 8,2. Läheisten alkoholin käyttö aiheuttanut ongelmia, prosenttia ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden sekä lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista: 15,4; 15,4; 15,5; 16,6; 17,5; 12,2; 13,9; 15,5 (luvut kuvion 2 kuntajärjestyksessä).

*Kuvio 2. Päihdekäyttäytyminen. Päihteiden käyttö, alkoholin myynti ja ongelmat läheisille seitsemässä tutkimuskunnassa ja koko maassa. Lähde: ATH-kysely ja Sotkanet.**

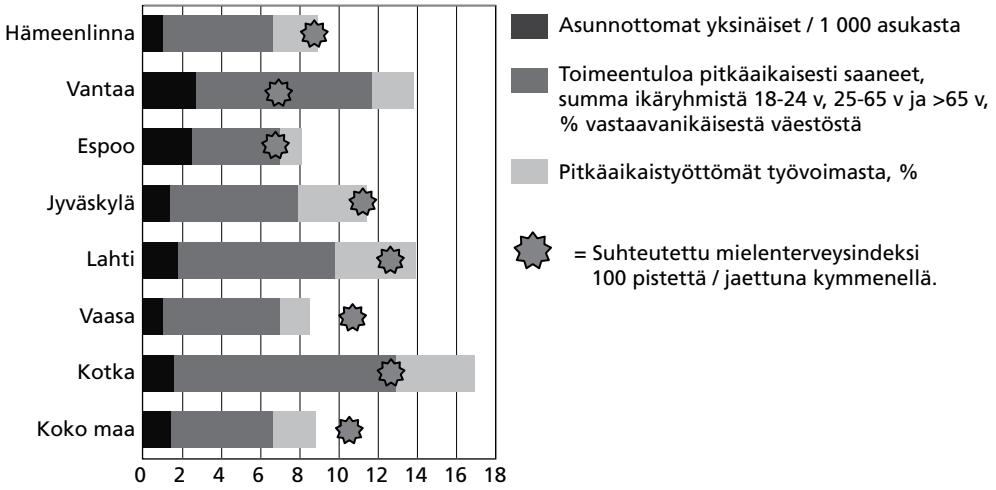
nut olettaa, että nuoret kohtaisivat paljon läheisten päihdeongelmia. Hämeenlinnassa sen sijaan nuoret kokivat paljon ongelmia, vaikka riskikäyttö oli suhteellisen vähäisempää kuin muissa tutkimuskunnissa. (Kuvio 2.)

Päihteiden käytön lieveilmiöt

Kuviossa 3 on tietoja päihteiden käytön aiheuttamista lieveilmiöistä. Vantaa ja Espoo edustivat lieveilmiöiden suhteen ääripäitä. Vantaalla oli selvästi enemmän huumerikoksia kuin muissa kunnissa ja koko maassa, kun taas Espoossa kaikki tarkastellut muuttujat olivat koko maan tasoa alhaisemmat. Lahdessa päihteiden vaikutuksen alaisina tehtyjä väkivaltarikoksia ja päihtyneiden säilöönottoja oli enemmän kuin muissa kunnissa ja koko maassa.



Kuvio 3. Lieveilmiöt. Poliisin tietoon tulleet rattijuopumustapaukset, päihteiden vaikutuksen alaisena tehdyistä väkivaltarikoksista syyllisiksi epäillyt, päihtyneiden säilöönotot sekä huumausainerikokset seitsemässä tutkimuskunnassa ja koko maassa vuonna 2011. Lähde: Sotkanet.



Kuvio 4. Sosiaalinen huono-osaisuus. Sosiaalista huono-osaisuutta kuvaavat muuttujat tutkimuskunnissa vuonna 2011. Asunnottomuus, toimeentulotuen saajat ja pitkäaikaistyöttömyys seitsemässä tutkimuskunnassa ja koko maassa vuonna 2011. Mielenterveysindeksi kuvattu tähdillä (suhteellinen luku, jossa todellinen luku jaettu kymmenellä, alkuperäiset indeksiluvut taulukossa 2). Lähde: Sotkanet

Väestön sosiaalinen huono-osaisuus ja mielenterveysongelmat

Kuviossa 4 on tutkimuskuntien sosiaalista huono-osaisuutta kuvaavia muuttujia. Huono-osaisuutta ilmeni kuvatuilla muuttujilla maan keskitasoa enemmän Jyväskylässä, Vantaalla, Lahdessa ja Kotkassa. Muissa kolmessa tutkimuskunnassa huono-osaisuutta kuvaavat muuttujat olivat maan keskitasoa. Kotkassa toimeentulotukea saaneiden määrä oli suuri muihin kuntiin ja koko maahan verrattuna. Lahdessa ja Kotkassa oli muita kuntia enemmän pitkäaikaistyöttömiä, kun taas asunnottomuus oli muita kuntia suurempi ongelma isoissa (Espoo ja Vantaa) kunnissa.

Espoossa, Vantaalla ja Hämeenlinnassa näyttäisi olevan vähemmän mielenterveysongelmia kuin koko maassa ja muissa kunnissa. Lahdessa ja Kotkassa mielenterveysindeksin arvot olivat sen sijaan korkeat. Mielenterveysindeksi (ks. kuvio 4 ja taulukko 2) oli samansuuntainen kuin sosiaalista huono-osaisuutta kuvaavista muuttujista koottu kokonaissummamuuttuja.

Kuntien päihdehoidon tarpeen profiilit

Lopuksi tarkastelemme palveluiden tarvetta kunnissa summatasolla sekä asetamme kunnat järjestykseen palveluiden kohdatun kysynnän ja toisaalta välillisesti palveluiden tarvetta indikoivien muuttujien näkökulmista (taulukko 2).

Laadimme edellä esitettyjen kuvioiden (kuviot 1, 2, 3, 4) muuttujista summamuuttujia. Jaoimme muuttujat yhtäältä palveluiden kohdattuun kysyntään ja toisaalta yleistä palveluiden tarvetta kuvaavaan summamuuttujaan. Asetimme tutkimuskunnat suuntaa antavasti jokaisen otsikon alla kolmeen luokkaan: pieni palveluiden tarve = P, keskimääräinen palveluiden tarve = K ja suuri palveluiden tarve = S. Tässä esitetty kolmiportainen luokittelu ei ole yleistettävissä, sillä relevantti jaottelu vaatisi suuremman otoksen kuntia luokittelun ja raja-arvojen määrittelyn pohjaksi. Kokonaispalvelun tarve oli pienin Hämeenlinnassa (57,8) ja suurin Kotkassa (81,7). Kuntien keskinäinen järjestys näkyy taulukosta 2. Palveluissa asiointia kuvaava kuntajärjestys poikkesi muiden muuttujien järjestyksestä.

Vähiten päihdehuollon erityispalveluissa ja sairaaloiden ja vuodeosastojen asiakkaina oli ollut päihdeongelmien vuoksi Hämeenlinnassa (15) ja eniten Kotkassa (34,7). Kotkassa ja Lahdessa oli suuri hoidon tarve kaikkien mittareiden mukaan, ja palveluita käytettiin paljon, varsinkin Kotkassa. Vaasassa käytettiin kohtuullisen paljon palveluita, vaikka hoidon tarve oli muiden mittareiden avulla arvioitu keskimääräiseksi. Vantaalla sen sijaan käytettiin vähän palveluita vaikka huono-osaisuus ja lieveilmiöiden määrä viittasivat siihen, että palveluiden tarvetta kyllä olisi. Mielenterveysindeksi oli Vantaalla kuitenkin matala.

Taulukon 2 lukuja tulee tulkita suhteessa muihin kunnan palveluihin. Tulkintaan tuo oman lisänsä ymmärrys paikallisista olosuhteista. Vasta

Taulukko 2. Palveluiden tarve. Kohdattu kysyntä (1) sekä välillisesti tarvetta kuvaavat indikaattorit (2, 3, 4, 5) ja 2–5 muuttujista muodostettu potentiaalisen tarpeen summa. Kunnat profiloitu päihdehoidon tarpeen mukaan P = pieneen, K = keskitason ja S = suureen päihdepalveluiden tarpeeseen

Kunta	1 Kohdattu kysyntä	2 Riskikäyttö	3 Lieveilmiöt	4 Sosiaalinen huono-osaisuus	5 Mielenterveysindeksi	2–5 Potentiaalinen palveluiden tarve
Hämeenlinna	P (15)	P (27)	K (13)	K (9)	P (9)	**P (58)**
Vantaa	P-K (17)	K (35)	S (18)	S (14)	P (8)	**K (74)**
Espoo	K (18)	S (35)	P (9)	P (8)	P (7)	**P (59)**
Jyväskylä	K (19)	S (36)	K (14)	S (11)	S (12)	**K-S (74)**
Lahti	K (19)	S (36)	S (16)	S (14)	S (13)	**S (79)**
Vaasa	K-S (22)	P (29)	K (15)	K (9)	K (11)	**K (62)**
Kotka	S (35)	S (36)	S (16)	S (17)	S (13)	**S (82)**
Koko maa	**K (18)**	**K (34)**	**K (13)**	**K (9)**	**K (10)**	**K (66)**

1 Palveluissa asiointi: summattu asumispalveluissa, päihdehuollon avo- ja laitospalveluissa sekä sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidetut asiakkaat / 1 000 asukasta kohden (ks. kuvio 1).
2 Summattu alkoholin liiallinen käyttö (%) ja kannabiksen käyttö (%) viimeisen 12 kuukauden aikana (ks. kuvio 2).
3 Summattu poliisin tietoon tulleet rattijuopumustapaukset, päihteiden vaikutuksen alaisena tehdyistä väkivaltarikoksista syyllisiksi epäillyt, päihtyneiden säilöönotot sekä huumausainerikokset / 1 000 asukasta kohden (ks. kuvio 3).
4 Summattu asunnottomuus (/1 000 asukasta), toimeentulotuen saajien (%) ja pitkäaikaistyöttömien (%) osuus (ks. kuvio 4).
5 Indeksin alkuperäiset arvot (+-100) jaettu 10:lla.
2–5 Summattu muuttujien 2–5 arvot.

toistuvilla mittauksilla voidaan tehdä käytännön kannalta varmoja johtopäätöksiä. Esimerkiksi Hämeenlinnan osalta oli tiedossa, että päihdehuollon osaamista ja apua oli saatavilla päihdehuollon erityispalveluiden lisäksi hyvin resursoituna osana perusterveydenhuollon palveluita. Kotkassa ja Vaasassa taas päihdehuollolla oli vahva ja kattava asema palvelujärjestelmässä ja palveluissa asioineita oli paljon. Kotkan korkeat luvut selittyivät myös osin kunnan heikoilla mielenterveyspalveluiden resursoinnilla (Stenius & al. 2015) ja sillä, että nuorisoasemien asiakkaat sisältyvät A-klinikan asiakasrekisteriin.

Pohdinta

Tässä artikkelissa olemme esittäneet esimerkin siitä, miten aikuisväestön päihdepalveluiden tarvetta sekä kohdattua kysyntää voi mitata olemassa olevien tilastotietojen avulla. Tarkastelun kohteena oli seitsemän kuntaa. Rakensimme kuvan, miten kunnissa esiintyvä palveluiden potentiaalinen tarve ja toisaalta kohdattu kysyntä eli palveluissa asiointi suhteutuvat toisiinsa. Profiloimme muuttujien avulla tarkastelemamme kunnat.

Joissakin kunnissa näytti olevan enemmän päihdehuollon erityispalveluissa asiointeja potentiaaliseen tarpeeseen nähden kuin toisissa kunnissa. Sairaaloissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla oli kuitenkin pääsääntöisesti enemmän päihdeasiakkaita niissä kunnissa, joissa oli pienimmät keskitulot, eniten huono-osaisia, korkein mielenterveysindeksi ja keskimääräistä enemmän yli 65-vuotiaita. Tulos heijastaa ainakin tietyn tyyppisten palveluiden tarpeen ja palveluissa asioinnin yhteyttä. Viime aikoina onkin kiinnitetty huomiota paljon palveluita käyttävien profilointiin (Leskelä & al. 2013). Tarpeen lisäksi palveluissa asiointi näytti heijastavan kuntien erilaisia palveluiden järjestämistapoja ja toimijoiden välistä työjakoa. Artikkelimme osoitti, että palveluiden potentiaalinen tarve ja toisaalta palveluissa asiointi vaihtelivat kontekstisidonnaisesti ilmentäen vallitsevia olosuhteita, väestön hyvinvointia sekä paikallista palvelujär-

jestelmäpolitiikkaa.[7]

Ritter ja kumppanit (2011) ovat arvioineet palveluiden tarvetta tässä artikkelissa esitettyä rohkeammin niin sanotun penetraatiosuhteen avulla. Tämä suhde kuvastaa palveluiden oletetun kokonaistarpeen (käytön prevalenssi) ja palveluihin päässeiden (kohdattu tarve) suhdetta. Käsillä olevan aineiston valossa eri tilastolliset indikaattori kertoivat palveluiden tarpeesta eri tavoin ja ovat jossain määrin jopa ristiriidassa keskenään (taulukko 2 ja kuvio 5). Jos esimerkiksi tarkastelemme penetraatiosuhdetta ainoastaan vertaamalla alkoholia liiallisesti käyttävien prosentuaalista osuutta päihdehuollon erityispalveluissa ja terveydenhuollon sairaaloiden vuodeosastoilla hoidettujen asiakasmääriin, saamme erilaisia tuloksia kuin jos vertaamme hoidettujen määriä liveilmiöiden suuruuteen tai sosiaalisesti huono-osaisten määriin.[8] Liian yksioikoisten tulkintojen tekeminen voikin johtaa vääriin johtopäätöksiin. Penetraatiosuhteen tarkastelu vaatisikin tässä esitettyä tarkempaa muuttujien analyysia, kuten analyysia puuttuvista tiedoista. Myös esimerkiksi alkoholin ja huumeiden käyttäjien palveluiden erottaminen nykyisessä palvelujärjestelmässä voisi olla tarpeen.

Tutkimuksella on rajoituksensa. Tässä esitetyt tulokset kertovat pääasiassa Sotkanetista saatavan tilastollisen tiedon hyödyntämisen mahdollisuudesta päihdepalveluiden tarpeen arvioimisessa kuntatasolla. Tilastotietojen tarkkuus ja laatu vaihtelevat kuitenkin huomattavasti. Esimerkiksi päihdepalveluista saatava palvelumuotokohtainen tieto kertyy Sotkanettiin kunnista summatasolla, eikä tieto ole ollut toistaiseksi suoraan yhdistettävissä Sosiaalihilmosta saatavaan summatason tietoon. Päihteiden vuoksi palveluissa asioineista asiakkaista kertyy tilastotietoa oletettavasti todellisuutta vähemmän, sillä päihdeongelmat ovat usein alidiagnosoituja. Tässä esitetyt tulokset kertovat vain osan päihteiden vuoksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa asioinneista myös siksi, ettei tietoa päihdeongelmista ollut saatavilla kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Rikostilastojen tulkinnassa taas tulee huomioida muun muassa poliisin resurssit, mutta myös alueellinen sijainti. Esimerkiksi Vantaalla suuri huumerikosten määrä johtunee ainakin osaksi lentoasemalla ilmenneistä rikoksista.

Tässä artikkelissa kuvatut tiedot kertovat kuntien päihdepoliittisesta asetelmasta tutkimusajankohtana – päihdepalvelujärjestelmässä asioinnista suhteessa potentiaaliseen palveluiden tarpeeseen. Tutkimuksen tulokset ovat hyödyksi valittaessa indikaattoreita systemaattiseen päihdepalvelujärjestelmän kehittämiseen, arviointiin ja seurantaan aluetasolla.

Tulokset antavat tietoa myös siitä, mitä taustatekijöitä on hyvä huomioida pyrittäessä vertaamaan eri alueiden palvelujärjestelmiä keskenään. Tuloksista saattaa olla hyötyä myös esimerkiksi laskettaessa kuntien päihde-ehtoisia menoja (mm. Vartiainen 2013; ks. Ala-Nikkola & al. 2014). Palvelujärjestelmä tulee nähdä kokonaisuutena, jossa kiinnitetään huomiota myös muissa kuin päihdehuollon erityispalveluissa tapahtuviin päihdeehtoisiin asiointeihin. Lisäksi muissa kuin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa asioinnit tulisi huomioida mielekkäiden ja kustannustehokkaiden palvelujärjestelmien rakentamiseksi. Asiointeja kertyy esimerkiksi poliisin resurssien näkökulmasta lieveilmiötilastoihin (mm. Karjalainen & al. 2013; Warpenius & al. 2013) tai työvoiman palveluiden näkökulmasta vaikeasti työllistyvien työllistämisen tukitoimia koskeviin tilastoihin. Myös kulttuuri-, liikunta-, opetus- ja nuorisotoimen sekä vertaistyön resursoinnilla ja kytkemisellä osaksi palvelukokonaisuutta on oleellinen merkitys mielekkäiden ja kustannustehokkuuden kokonaispalvelujärjestelmien kehittämiseksi.

---

7 Yksittäisten kuntien päihdepolitiikan lisäksi myös kansallisilla ohjelmilla on vaikutusta palvelujärjestelmiin. Vuosi 2011 sijoittui ajallisesti kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2009–2015 toimeenpanon puoliväliin (Mielenterveys ja päihdesuunnitelma 2009). Kunnissa oli tehty tutkimusajankohtaa edeltävinä vuosina ohjelman suuntaista palvelujärjestelmän kehittämistä, mikä heijastui tuloksiin. Esimerkiksi Hämeenlinnassa oli vahvistettu päihdetyön osaamista terveysasemilla ja Espoossa oli integroitu mielenterveys- ja päihdepalvelut ja perustettu uusi integroitu avopalveluyksikkö vuonna 2011. Myös muut valtakunnalliset ohjelmat näyttivät vaikuttavan tuloksiin. Esimerkiksi päihdehuollon asumispalvelujen asiakasmäärät olivat suurimpia niissä kunnissa, joissa osallistuttu asunnottomuuden vähentämisohjelmaan vuosina 2008–2011 (Kaakinen 2012).

8 Penetraatiosuhdetta voi näillä muuttujilla selvittä laskemalla riskikäyttäjien määrän tuhatta asukasta kohden (huomioitava toki kyselyaineiston puuttuvat tiedot, ikäryhmät jne.).

KIRJALLISUUS

Ala-Nikkola, Taina & Pirkola, Sami & Kontio, Raija & Joffe, Grigori & Pankakoski, Maiju & Malin, Maili & Sadeniemi, Minna & Kaila, Minna & Wahlbeck, Kristian: Size Matters – Determinants of Modern, Community-Oriented Mental Health Services. International Journal of Environmental Research and Public Health 11 (2014): 8, 8456–8474.

Arajärvi, Pentti: Pääsy sosiaalihuollon päihdepalveluihin. S. 29–35. Teoksessa Moring, Juha & Bergman, Viveca & Nordling, Esa & Markkula, Jaana & Partanen, Airi & Soikkeli, Markku (toim.): Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 – Monipuolista sisällöllistä ja rakenteellista kehittämistä 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Työpaperi 15/2013.

Audit-C 2014. http://www.paihdelinkki.fi/sites/default/files/audit-c_0.pdf.

Babor, Thomas & Stenius, Kerstin & Romelsjö, Anders:Päihdehuollon järjestelmät kansanterveyden näkökulmasta. S. 195–216. Teoksessa Tammi, Tuukka & Aalto, Mauri & Koski-Jännes, Anja: Irti päihdeongelmista. Tutkimuksia ehkäisyn ja hoidon menetelmistä. Helsinki: Edita, 2008.

Jääskeläinen, Marke & Österberg, Esa: Alkoholin aiheuttamat haittakustannukset Suomessa vuonna 2010. S. 175–187. Teoksessa Katariina, Warpenius & Marja Holmila & Tigerstedt, Christoffer. Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ja yhteiskunnalle. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Suomen yliopistopaino, 2013.

Kaakinen, Juha: Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämisohjelma 2008–2011. Loppuraportti 3.10.2012, Ympäristöhallinto, 2012.

Kaikkonen, Risto & Murto, Jukka & Pentala, Oona & Koskela, Timo & Virtala, Esa & Härkänen, Tommi & Koskenniemi, Timo & Ahonen, Juha & Vartiainen, Erkki & Koskinen Seppo: Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010–2014. Helsinki: Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos, 2014. www.thl.fi/ath

Karjalainen, Karoliina & Impinen, Antti & Lillsunde, Pirjo: Rattijuoppojen aiheuttamat haitat muille tiellä liikkujille. S. 124–137. Teoksessa Warpenius, Katariina & Holmila, Marja & Tigerstedt, Christoffer: Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ja yhteiskunnalle. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Suomen yliopistopaino, 2013.

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

Kaukonen, Olavi & Stenius, Kerstin: Universalism under re-construction: from administrative coercion to professional subordination of substance misusers. S. 130-148. Teoksessa Kildal, Nanna & Kuhnle, Stein (toim.): Normative foundation of the welfare state. Nordic experience. London and New York: Routledge, 2005.

Kekki, Tuula & Partanen, Airi: Päihdepalveluiden seudullinen kehitys 2008. Työpapereita 38, Helsinki: Stakes, 2008.

Kouluterveyskysely 2015. http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely (luettu 21.1.2015)

Kuussaari, Kristiina & Ronkainen, Jenni-Emilia & Partanen, Airi & Kaukonen, Olavi & Vorma, Helena: Kuntoutuksesta katkaisuun. Päihdetapauslaskenta palvelujärjestelmän kuvaajana. Yhteiskuntapolitiikka 77 (2012): 6, 640–654.

Leskelä, Riikka-Leena & Komssi, Vesa & Sandström, Saana & Pikkujämsä, Sirkku & Haverinen, Anna & Olli, Sirkka-Liisa & Ylitalo-Katajisto, Kirsti: Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. Suomen Lääkärilehti 68 (2013): 48, 3163–3169.

Luopa, Pauliina & Kivimäki, Hanne & Matikka, Anni & Vilkki, Suvi & Jokela, Jukka & Laukkarinen, Essi & Paananen, Reija: Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000–2013. Kouluterveyskyselyn tulokset. Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos, raportti 25, 2014.

Metso, Leena & Winter, Torsten & Hakkarainen, Pekka: Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet – huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2010. Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos, raportti 17, 2012.

Mielenterveys ja päihdesuunnitelma 2009: Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041 (luettu 15.7.2015)

Päihdepalveluiden laatusuositukset 2002. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/paihdepalvelu/paihdepalv.pdf (luettu 13.8.2015)

Päihdetilastollinen vuosikirja 2012. Terveyden ja Hyvinvoinninlaitos, SVT, 2012.

Ritter, Alison: WHO-SAIMS. Population planning / Population needs assessment module, 2011.

Ritter, Allison: Planning for treatment system changes: an overview of different models. Presentation in the seminar "Effective and needs-based addiction treatment systems". Helsinki 26.8.2014.

Seppä, Kaija: Lyhytneuvonnan vaikuttavuus. Käypä hoito, näytönastekatsaus. Käypä hoito 23.3.2010. http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nak04621&suositusid=kht00031 (luettu 21.8.2015)

Sosiaalipalveluiden toimintatilasto 2012: Kunnan/kuntayhtymän sosiaalipalvelujen toimintatilasto. Tilastokeskuksen PX-Web-tietokannat. Tilastokeskus. http://pxweb2.stat.fi/Dialog/varval.asp?ma=090_ktt1101_2012_fi&ti=Kuntien+sosiaalipalvelujen+toiminta+2012&path=../Database/Kuntien_talous_ja_toiminta/Kunnat/ktt110/ktt1101/&lang=3&multilang=fi (luettu 28.8.2015)

Sotkanet: Tilasto- ja indikaattoripankki, Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu (luettu 22.6.2015)

Stenius, Kerstin & Tammi, Tuukka & Kuussaari, Kristiina & Hirschovits-Gerz, Tanja: Vaikuttaako mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatio? Palvelujärjestelmän integraatio tutkimuksen kohteena.

S. 171–182.Teoksessa Partanen, A. & al. (toim.): Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin? Työpaperi 20/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Suomen yliopistopaino, 2015.

Stenius, Kerstin & Kekki, Tuula & Kuussaari, Kristiina & Partanen, Airi: Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio – kirjava käytäntö Suomessa. Yhteiskuntapolitiikka 77 (2012):2, 167–175.

Storbjörk, Jessica: Stakeholders' arguments for and against moving Swedish substance abuse treatment to the health care system: How a fat reform proposal become a thin government bill. NAD 31 (2014): 1, 81–110.

Tigerstedt, Chirstoffer & Huhtanen, Petri: Päihtyneiden aiheuttamat häiriöt julkisilla paikoilla. S. 90–99. Teoksessa Warpenius, Katariina & Holmila, Marja & Tigerstedt, Christoffer. Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ja yhteiskunnalle. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2013.

Warpenius, Katariina & Kotovirta, Elina & Karlsson, Thomas & Österberg, Esa: Öinen Piikki – väkivaltarikokset yleisillä paikoilla anniskeluajan päättyessä. S. 110–123. Teoksessa Warpenius, Katariina & Holmila, Marja & Tigerstedt, Christoffer: Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ja yhteiskunnalle. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2013.

Warpenius, Katariina & Tigerstedt, Christoffer: Miten alkoholitutkimus käsitteellistää haitat läheisille, muille ja yhteiskunnalle? S. 11–23. Teoksessa Warpenius, Katariina & Holmila, Marja & Tigerstedt, Christoffer. Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ja yhteiskunnalle. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2013.

Vartiainen, Anssi: Kuuden suurimman kaupungin päihdehuollon palvelujen ja kustannusten vertailu vuonna 2012. Kuusikkotyöryhmän julkaisusarja 3, 2013.

TIIVISTELMÄ

Tanja Hirschovits-Gerz & Kristiina Kuussaari & Kerstin Stenius & Tuukka Tammi: Miten päihdepalveluiden tarvetta on mahdollista mitata? Esimerkkinä tarveanalyysissa seitsemän kuntaa

Päihdepalveluiden tarvetta tulee arvioida mielekkäiden ja kustannustehokkaiden päihdepalvelujärjestelmien rakentamiseksi paikallistasolla, jossa järjestelmiä suunnitellaan. Tässä artikkelissa tarkastelemme, miten kuntien päihdepalveluiden tarvetta voidaan arvioida olemassa olevien kysely- ja rekisteritietojenavulla. Tutkimuksen kohteena on seitsemän esimerkkikuntaa. Arvioimme tarvetta tarkastelemalla yhtä aikaa aineistoja, jotka kuvaavat päihteiden käyttöä ja ongelmakäyttöä, päihteiden käytön lieveilmiöitä, päihdehoidossa asiointia sekä sosiaalista huono-osaisuutta. Taustateoriana käytämme Thomas Baborin ja kumppaneiden (2008) mallia, jonka mukaan päihteiden käytön määrä on yhteydessä ongelmien esiintymiseen; hoidossa asiointi sekä lieveilmiöt kuvaavat hoidon tarvetta ja puuttuva sosiaalinen tuki lisää ammatillisen tuen tarvetta. Lisäksi käytämme Allison Ritterin (2011) hoidon tarpeen arviointimallia. Tarkastelussa pitäydymme kuvailevissa tilastollisissa menetelmissä.

Tarkastelun perusteella päihdehuollon erityispalveluissa asioivien määrä vaihteli kunnissa suuresti. Vaihtelu oli selitettävissä vain osaksi erilaisilla palveluiden tarvetta välillisesti kuvaavilla indikaattoreilla. Lisäksi palveluissa asiointimääriin vaikuttaa paikallinen palvelujärjestelmäpolitiikka. Palveluiden tarvetta arvioitaessa tuleekin huomioida päihdehoidon erityispalveluissa asioinnin lisäksi muualle sosiaali- ja terveydenhuoltoon sekä mm. poliisin toimintaan kohdistuva kuormitus. Alueet ovat erilaisia ja palvelujärjestelmiä tulee tarkastella osana laajempaa yhteiskunnallista kontekstia ja väestön hyvinvointia.