

Työpaperi 1/2023

# Päihde- ja riippuvuuspalvelut manner-Suomen kunnissa 2022

## Tuloksia kuntakyselystä

Maria Heiskanen, Kristiina Kuussaari, Minna Kesänen, Airi Partanen,  
Niko Nesterinen, Matti Määttänen, Lilli Autti & Irja Hemmilä

Päihde- ja riippuvuuspalvelujen järjestämisen rakenteista tiedetään Suomessa valtakunnallisesti varsin vähän. Tässä työpaperissa esitetään perustulokset manner-Suomen kunnissa alkuvuodesta 2022 toteutetusta päihde- ja riippuvuuspalvelujen kuntakyselystä. On tärkeää ymmärtää palvelujen järjestämisen moninaisuutta ja muodostaa kokonaiskuva palvelutarjonnasta. Tulokset sisältävät tietoja eri päihde- ja riippuvuuspalvelujen saatavuudesta, hallinnonalasta, integraatiosta muihin palveluihin, palvelujen tuottamisesta sekä niiden valvonnasta. Tulokset muodostavat kokonaiskatsauksen päihde- ja riippuvuuspalveluista manner-Suomen kunnissa ennen sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen rakenteellisen uudistuksen voimaantuloa. Tuloksia voidaan hyödyntää uudistuksen vaikutusten arvioinnissa sekä hyvinvointialueiden palvelujen kehittämisessä ja valtakunnallisessa ohjaamisessa.

## Lukijalle

Palvelujärjestelmä, joka tarjoaa tukea ja apua päihde- ja riippuvuusongelmiin, on muokkautunut vuosikymmenien aikana erilaisten yhteiskunnallisten muutosten, säädösohjauksen, valtion rahoitusohjauksen tai strategisen ohjelmaohjauksen myötä (Partanen 2021). Hiljattain on tapahtunut suuria muutoksia, jotka vaikuttavat päihde- ja riippuvuuspalvelujen järjestämiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus astui voimaan vuoden 2023 alussa. Uudistuksessa päihdeiden käytön ja toiminnallisten riippuvuuksien hoito- ja tukipalveluja järjestetään kuntien sijaan hyvinvointialueilla. Samaan aikaan voimaan tulleessa lainsäädäntöuudistuksessa mielenterveys- ja päihdepalveluista säädetään jatkossa sosiaalihuoltolaissa ja terveydenhuoltolaissa erillisten lakien sijaan (VN/23566/2021). Valtakunnallinen päihde- ja riippuvuusstrategia vuoteen 2030 julkaistiin vuonna 2021 (Kotovirta ym. 2021), ja sen osana Rahapelipoliittinen ohjelma keväällä 2022 (VN 2022). Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ja lainsäädäntöuudistuksen vaikutuksia päihde- ja riippuvuuspalvelujen saatavuuteen, saavutettavuuteen ja laatuun tulee arvioida tarkkaan.

Päihde- ja riippuvuuspalvelujen kuntakysely toteutettiin nyt ensimmäistä kertaa. Sen tavoitteena oli kysyä manner-Suomen kunnilta päihde- ja riippuvuuspalvelujen järjestämisen tavoista ja saatavilla olevista palveluista. Kyselyn tulokset auttavat muodostamaan kuvaa moninaisesta palvelutuotannosta ja nostavat esiin ajankohtaisia haasteita. Tietoja voidaan hyödyntää paitsi tämänhetkisen tilannekatsauksen muodostamisessa, myös myöhemmin sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen arvioinnissa, hyvinvointialueiden palvelujen kehittämisessä sekä valtakunnallisessa ohjaamisessa. Tämä julkaisu täydentää muuta tietopohjaa päihde- ja riippuvuuspalveluista manner-Suomessa.

Kiitämme lämpimästi jokaista kyselyyn vastannutta kuntaa ja aluetta. Valmistautuminen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen ja koronaepidemia kuormittivat kuntia ja alueita tietojen keräämisen aikaan, ja olemme kiitollisia, että vastaajat paneutuivat huolellisesti tähän tiedonkeruuseen. Saimme kattavaa ja laadukasta tietoa, josta on hyötyä paitsi valtakunnallisesti myös hyvinvointialueilla. Kiitämme myös kaikkia kyselylomaketta kommentoineita ja pilotoineita sidosryhmiä ja kuntia. Saimme lomakkeen suunnitteluun hyödyllisiä kommentteja. Kirjoittajien lisäksi tutkimushankkeen eri vaiheisiin osallistuivat myös Kristel Auero ja Elina Nevalainen Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta (THL). Hanke toteutettiin yhteistyössä Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen (STAK) ja valvontaviraston (Valvira) kanssa.

Helsingissä 8.2.2023

Anne Lounamaa, yksikönpäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos  
kirjoittajat

## Tiivistelmä

Maria Heiskanen ym. Päihde- ja riippuvuuspalvelut manner-Suomen kunnissa 2022. Tuloksia kuntakyselystä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpäperi 1/2023. 45 sivua. Helsinki 2023. ISBN 978-952-408-012-5 (verkkojulkaisu)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos toteutti talvella 2022 yhteistyössä Sosiaali- ja terveystieteiden valvontaviraston (Valvira) kanssa tiedonkeruun manner-Suomen kuntien ja alueiden päihde- ja riippuvuuspalvelujen kokonaisuudesta ja järjestämisestä. Päihde- ja riippuvuuspalvelulla tarkoitetaan päihteiden käytön ja riippuvuusongelman tukeen ja hoitoon erikoistuneita palveluja. Kysely huomioi sekä riippuvuudet päihteinä käytettäviin aineisiin (päihderiippuvuus) ja nikotiiniin että toiminnalliset riippuvuudet (esim. rahapeliriippuvuus). Päihde- ja riippuvuuspalvelujen kuntakysely toteutettiin ensimmäistä kertaa.

Tutkimuksessa kerättiin tietoa kuntien ja alueiden päihde- ja riippuvuuspalvelujen järjestämisestä ja toteuttamisesta. Tämän kyselyn vastausprosentti oli erinomainen, kun tietoa saatiin yli 90 prosentista manner-Suomen kunnista. Osa vastauksista koski yksittäistä kuntaa ja osa laajempaa aluetta, johon kuului useita kuntia. Tulokset esitetään kolmessa kokonaisuudessa: (1) päihde- ja riippuvuuspalvelujen rakenteet, (2) palvelujen saatavuus ja (3) toimintakäytännöt.

Päihde- ja riippuvuuspalvelujen rakenteiden osalta tarkasteltiin palvelujen tuottamista, hallintoa ja valvontaa. Opioidikorvaushoito, vieroitushoito ja huumeiden käyttäjien terveysneuvonta järjestettiin useimmiten terveydenhuollon hallinnonalalla. Palvelu- ja tukiasuminen sekä päiväkeskus- ja työtoiminta taas olivat useammin sosiaalihuollon järjestämiä. Päihde- ja riippuvuusongelmien avohoitoon ja -kuntoutukseen tarkoitettu palvelu järjestettiin noin puolessa kunnista sekä sosiaali- että terveydenhuollossa, kolmanneksessa terveydenhuollossa ja reilussa kymmenessä prosentissa sosiaalihuollossa. Laitoskuntoutus järjestettiin noin 40 prosentissa kuntia sosiaalihuollossa. Ainakin puolessa manner-Suomen kunnista päihde- ja riippuvuuspalvelut oli järjestetty hallinnollisesti yhdessä mielenterveyspalvelujen kanssa. Palvelujen valvonta kohdistui useammin ostopalveluihin kuin omiin palveluihin.

Manner-Suomen kunnista 64 prosenttia käytti päihde- ja riippuvuuspalvelujen järjestämisessä julkisia hankintoja. Avohoitoon ja -kuntoutukseen tarkoitettua päihdepalvelua tuotti useimpien kuntien osalta kunta tai alue, mutta kolmanneksessa kuntia sen rinnalla tai sijasta tuottajana oli myös yritys tai järjestö. Myös opioidikorvaushoito, kotiin annettava tuki, jalkautuva työ, huumeiden käyttäjien terveysneuvonta, työtoiminta ja selviämishoito olivat useammin julkisen palveluntuottajan tuottamia, vaikka palveluja tuottivat myös yritykset ja järjestöt. Vieroitus- ja katkaisuhoidon tuotti yli 80 prosentissa kunnista kunta tai alue, ja sen rinnalla tai sijasta yrityksen tai järjestöjen tuottamaa palvelua oli yli puolessa kunnista. Laitoskuntoutusta ja asumispalveluita taas tuotti useimmiten järjestö tai yritys.

Tutkimuksessa kysyttiin eri päihde- ja riippuvuuspalvelujen saatavuudesta, jolla tässä tarkoitetaan palvelun olemassaoloa eikä esimerkiksi saavutettavuutta. Päihde- ja riippuvuusongelmien avohoitoon ja -kuntoutukseen tarkoitettu päihdepalvelu oli saatavilla jokaisesta kyselyn kunnasta. Vieroitus- ja/tai katkaisuhoidon, opioidikorvaushoidon, laitoskuntoutusta, tukiasumista, kotiin annettavaa tukea ja hoitoa, työtoimintaa, huumeiden käyttäjien terveysneuvontaa ja (tehostettua) palveluasumista oli saatavilla 80–90 prosentissa kunnista. Selviämishoitoa oli saatavilla noin 60 prosentissa kuntia, ja päiväkeskustoimintaa sekä jalkautuvaa tai etsivää päihdetyötä hieman alle puolessa kunnista. Harvemmin oli saatavilla ensisuoja ja asumispäivystystä. Palveluista sai avohoitoa ja -kuntoutusta sekä päihdeongelmiin että toiminnallisiin riippuvuuksiin. Noin 60 prosentissa kuntia oli saatavilla päivystysluonteista palvelua päihde- ja riippuvuusongelmiin.

Päihde- ja riippuvuuspalvelujen toimintakäytännöistä kuvattiin esimerkiksi moniammatillisia tiimimalleja ja palvelujen saavutettavuuden parantamisen tavoitteita. Asiakasosallisuus ei tämän kyselyn perusteella näytä olevan vielä kovin laajalle levinnyttä päihde- ja riippuvuuspalveluissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukselta odotettiin yhdenvertaisuuden ja laadun paranemista. Uhkakuvina nähtiin palvelujen keskittyminen keskuskuntiin ja paikallistuntemuksen väheneminen.

**Avainsanat:** päihde- ja riippuvuuspalvelut, päihteet, rahapelit, sosiaali- ja terveydenhuolto

## Sammandrag

Maria Heiskanen et al. Päihde- ja riippuvuuspalvelut manner-Suomen kunnissa 2022. Tuloksia kuntakyselystä. [Missbrukar- och beroendetjänster i Fastlandsfinlands kommuner. Resultat från kommunenkäten]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Diskussionsunderlag 1/2023. 45 sidor. Helsingfors 2023. ISBN 978-952-408-012-5 (nätpublikation)

Vintern 2022 genomförde Institutet för hälsa och välfärd tillsammans med Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) en datainsamling om helheten och ordnandet av missbrukar- och beroendetjänster i kommunerna och regionerna i Fastlandsfinland. Med missbrukar- och beroendetjänster avses stöd och vård för användning av rusmedel och beroendeproblem, så kallade tjänster speciellt riktade till personer med missbruk och beroende. Enkäten beaktar både beroenden av substanser (till exempel missbruksproblem) och beteendeberoenden (till exempel spel om pengar). Detta var den första gången som kommunenkäten om missbrukar- och beroendetjänster genomfördes.

I undersökningen samlade man in information om ordnandet och genomförandet av kommunernas och regionernas missbrukar- och beroendetjänster. Svartsprocenten för denna enkät var utmärkt, då man fick information från över 90 procent av kommunerna i Fastlandsfinland. En del av svaren gällde en enskild kommun och en del ett större område som omfattade flera kommuner. Resultaten presenteras i tre helheter: (1) missbrukar- och beroendetjänsternas strukturer, (2) tillgången till tjänster och (3) praxis.

I fråga om missbrukar- och beroendetjänsternas strukturer granskades tjänsternas produktion, förvaltning och övervakning. Opioidsstitutionsbehandlingen, missbruksavvänjningen och hälsorådgivningen ordnades oftast inom hälso- och sjukvårdens förvaltningsområde. Service- och stödboende samt dagcenter- och arbetsverksamhet ordnades oftare av socialvården. Tjänster avsedda för öppenvård och öppen rehabilitering vid missbruks- och beroendeproblem ordnades i ungefär hälften av kommunerna både inom social- och hälsovården. I cirka 40 procent av kommunerna ordnades anstaltsrehabilitering inom socialvården. Åtminstone i hälften av kommunerna i Fastlandsfinland hade missbrukar- och beroendetjänsterna ordnats administrativt tillsammans med mentalvårdstjänsterna. Övervakningen av tjänster inriktades oftare på köpta tjänster än på egna tjänster.

Av kommunerna i Fastlandsfinland använde sig 64 procent av offentliga upphandlingar för att ordna missbrukar- och beroendetjänsterna. I de flesta kommuner producerades missbrukartjänster avsedda för öppenvård och öppen rehabilitering av en kommun eller ett område, men i en tredjedel av kommunerna producerades de också parallellt med eller istället för kommunen av ett företag eller en organisation eller i stället. Även opioidsstitutionsbehandling, stöd i hemmet, mobilt arbete, hälsorådgivning för personer som använder droger, arbetsverksamhet och tillnyktringsvård producerades oftare av en offentlig serviceproducent, även om tjänsterna även producerades av företag och organisationer. Missbruksavvänjning- och avgiftningsvård producerades i över 80 procent av kommunerna av en kommun eller ett område, och parallellt med eller i stället för kommunen tillhandahölls tjänster av ett företag eller organisationer i över hälften av kommunerna. Anstaltsrehabilitering och boendeservice producerades oftast av en organisation eller ett företag.

I undersökningen frågade man om tillgången till olika missbrukar- och beroendetjänster, vilket i detta avseende innebär att tjänster finns och inte till exempel tillgänglighet. Missbrukartjänster som är avsedda för öppenvård och öppen rehabilitering vid missbruks- och beroendeproblem var tillgänglig i varje kommun som deltog i enkäten. Missbruksavvänjnings- och/eller avgiftningsvård, opioidsstitutionsbehandling, anstaltsrehabilitering, stödboende, stöd och vård i hemmet, arbetsverksamhet, hälsorådgivning för personer som använder droger och (effektiverat) serviceboende fanns tillgängliga i 80–90 procent av kommunerna. Cirka 60 procent av kommunerna hade tillgång till tillnyktringsvård och dagcenterverksamhet samt mobilt eller uppsökande rusmedelsarbete i strax under hälften av kommunerna. Mer sällan fanns det akutboenden och boendejour att tillgå. Tjänsterna gav öppenvård och -rehabilitering för både missbruksproblem och funktionella beroenden. Cirka 60 procent av kommunerna hade tillgång till jourtjänster för missbruks- och beroendeproblem.

I fråga om praxis inom missbrukar- och beroendetjänsterna beskrevs till exempel multiprofessionella teammodeller och mål för att förbättra tjänsternas tillgänglighet. Enligt denna enkät verkar

klientdelaktigheten ännu inte vara särskilt utbredd inom missbrukar- och beroendetjänsterna. Man förväntade sig att social- och hälsovårdsreformen skulle förbättra jämlikheten och kvaliteten. Hotbilder ansågs vara att tjänsterna koncentreras till centralkommunerna och att lokalkännedomen minskar.

**Nyckelord:** missbrukar- och beroendetjänster, rusmedel, penningspel, social- och hälsovård

## Abstract

Maria Heiskanen et al. Päihde- ja riippuvuuspalvelut manner-Suomen kunnissa 2022. Tuloksia kuntakyselystä. [Substance use and addiction services in the municipalities of mainland Finland. Municipal survey results.]. Finnish institute for health and welfare (THL). Discussion Paper 1/2023. 45 pages. Helsinki, Finland 2023. ISBN 978-952-408-012-5 (online publication).

In winter 2022, the Finnish Institute for Health and Welfare and the National Supervisory Authority for Welfare and Health (Valvira) carried out a data collection project on services for substance use and addiction in mainland Finland and the organisation of these services. Services for substance use and addiction refer to support for and the treatment of substance use and addiction problems, i.e. special services for substance use and addiction. The survey included substance use and nicotine, as well as behavioural addictions (e.g. gambling addiction). This was the first time a municipal survey was conducted on the services for substance use and addictions.

The survey collected information on the organisation and implementation of substance use and addiction services in municipalities and regions. The response rate for this survey was excellent, with information received from more than 90 per cent of the municipalities in mainland Finland. Some of the responses concerned individual municipalities and some concerned larger areas with several municipalities. The results are presented in three categories: (1) service structures for substance use and addiction, (2) availability of services and (3) operating practices.

With regard to the service structures for substance use and addiction, the survey examined the production, administration and supervision of services. Opioid substitution treatment, detoxification treatment, and health counselling were usually organised in the administrative sector of health care. On the other hand, sheltered housing, supported living, day centre activities and work activities were more often organised by social welfare services. Services intended for outpatient care and outpatient rehabilitation for substance use and addiction were organised by both social welfare and health care in about half of the municipalities. Inpatient rehabilitation was organised by social welfare in about 40 per cent of municipalities. In at least half of the municipalities in mainland Finland, substance use and addiction services had been organised administratively together with mental health services. With regard to the monitoring of services, purchased services were monitored more frequently than municipally owned units.

Of the municipalities in mainland Finland, 64% used public procurement to organise services for substance use and addiction. In most municipalities, substance use services intended for outpatient care and rehabilitation were provided by the municipality or region, but in a third of the municipalities, they were provided by companies or organisations alongside public services or instead of them. Opioid substitution treatment, support provided at home, outreach work, health counselling for drug users, work activities and sobering-up treatment were also more often provided by a public service provider, even though these services were also provided by companies and organisations. In more than 80% of municipalities, rehabilitation and detoxification treatment was provided by the municipality or region, and more than half of the municipalities had services provided by companies or organisations alongside the public services or instead of them. Institutional rehabilitation and housing services, on the other hand, were mostly provided by organisations or companies.

The survey asked about the availability of different substance use and addiction services, which here refers to the existence of the service and not considerations such as their accessibility. Substance use and addiction services in outpatient treatment and rehabilitation were available in each municipality participating in the survey. Detoxification treatment, opioid substitution treatment, institutional rehabilitation, supported housing, support and treatment provided at home, work activities, health counselling for drug users and (enhanced) sheltered housing were available in 80-90% of municipalities. Sobering-up treatment was available in approximately 60% of municipalities, and day centre activities and on-site or outreach work for substance use was available in just under half of the municipalities. Overnight shelters and drop-in centres for substance users were more rarely available. The services offered outpatient care and rehabilitation for both substance

use problems and functional addictions. Approximately 60% of the municipalities offered access to emergency services for substance use and addiction problems.

The operating practices of substance use and addiction services included multiprofessional team models and objectives for improving the accessibility of services. Based on this survey, client inclusion does not seem to be very widespread in substance use and addiction services yet. The social welfare and health care reform was expected to improve equality and quality. Anticipated issues included services becoming focused in central municipalities, leading to a decline in local knowledge.

**Keywords:** services for substance use and addiction, intoxicants, gambling, social welfare and health care

## Sisällys

Lukijalle.....	2
Tiivistelmä.....	3
Sammandrag.....	4
Abstract.....	6
Sisällys.....	8
Johdanto.....	9
Aineisto ja menetelmät.....	11
Päihde- ja riippuvuuspalvelujen rakenteet manner-Suomessa .....	16
Palvelujen tuottaminen ja julkiset hankinnat .....	16
Päihde- ja riippuvuuspalvelujen hallinto ja integraatio .....	19
Päihde- ja riippuvuuspalvelujen omavalvonta ja palvelujentuottajien valvonta .....	22
Päihde- ja riippuvuuspalvelujen saatavuus .....	25
Päihde- ja riippuvuuspalvelut kunnissa.....	25
Ympäri vuorokautinen päivystyspalvelu .....	28
Avohoidon- ja kuntoutuksen saatavuus eri riippuvuuksiin .....	29
Toimintakäytännöt, asiakasosallisuus ja sote-uudistus .....	31
Toimintakäytäntöjä päihde- ja riippuvuusongelmien tuessa ja hoidossa .....	31
Alueellinen saavutettavuus ja palvelusta toiseen siirtyminen.....	32
Asiakasosallisuus.....	33
Ajatuksia sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksesta .....	35
Lopuksi .....	36
Lähteet .....	42



# Johdanto

Päihteet ja riippuvuudet aiheuttavat monenlaista tuen, hoidon ja kuntoutuksen tarvetta niin henkilölle itselleen kuin myös hänen lähipiirilleen. Päihteisiin tai pelaamiseen liittyvistä ongelmista ja riippuvuuksista toipumisen reitit ovat monenlaisia. Yksi saattaa toipua omaehtoisesti, kun toiselle esimerkiksi vertaistuki antaa riittävät edellytykset toipumiselle. Osa kuitenkin tarvitsee toipuakseen erilaisten ammattilaisten apua. (esim. Kuusisto, 2010.) Onkin tärkeää, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä on tarjolla helposti saavutettavia ja laadukkaita päihde- ja riippuvuuspalveluja. Myös perustason sosiaali- ja terveydenhuollon palveluilla on merkittävä rooli etenkin erilaisten päihde- ja riippuvuusongelmien varhaisvaiheen tunnistamisessa, palveluohjauksessa sekä niiden henkilöiden tukemisessa, jotka eivät välttämättä tarvitse ongelmiinsa erityistason osaamista.

Suomessa kunnat ovat olleet vastuussa päihde- ja riippuvuuspalvelujen järjestämisestä. Kunta on voinut tuottaa palvelut itse tai ostaa niitä kuntayhtymältä, yksityiseltä palveluntuottajalta tai järjestöltä. Kunta on voinut myös toteuttaa osan palveluista itse ja ostaa osan palveluista ulkopuoliselta palveluntuottajalta. Päihdehuoltolaki (41/1986) korosti palvelujen järjestämisessä erilaisten avomuotoisten palvelujen ensisijaisuutta. Kuntalaisten päihdeongelmiin liittyviin avun ja tuen tarpeisiin kunnat ovat pyrkineet vastamaan perustason sosiaali- ja terveystalouden lisäksi järjestämällä päihde- ja riippuvuusongelmien hoitoon erikoistuneita palveluja, kuten esimerkiksi selviämishoitoa, vieroitushoitoa, avo- ja laitospuolitoisia hoito- ja kuntoutuspalveluja, asumispalveluja, huumeiden käyttäjien sosiaali- ja terveysneuvontapisteitä sekä päiväkeskustoimintaa.

Vuoden 2023 alusta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ja pelastustoimen järjestämisvastuu siirtyi 21 hyvinvointialueelle ja Helsingille. Uudistuksen tavoitteena on yhdenvertaisten ja laadukkaiden palvelujen tarjoaminen, palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden parantaminen, hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen, ammattitaitoisen työvoiman saannin turvaaminen, väestörakenteessa tapahtuviin muutoksiin vastaaminen sekä kustannusten kasvun hillitseminen. Julkisen sektorin rooli palvelujen järjestäjänä ja tuottajana säilyy. Hyvinvointialue voi kuitenkin ostaa palveluja yksityisiltä ja/tai kolmannen sektorin toimijoilta. Hyvinvointialueista muodostuu viisi yhteistyöaluetta, jotka vastaavat palvelujen alueellisesta yhteensovittamisesta, kehittämisestä sekä yhteistyöstä.

Valtakunnallisen päihde- ja riippuvuusstrategian (Kotovirta ym. 2021) yhdeksi painopisteeksi on nostettu päihde- ja riippuvuuspalvelujen saatavuuden, saavutettavuuden ja laadun varmistaminen. Kuntien tavoista järjestää päihde- ja riippuvuuspalveluja ja palvelujen saatavuuden nykytilasta ei ole ollut saatavilla kattavaa tietoa. Erilaiset palvelujen järjestämisen tavat, sisällöt ja määrittelyt ovat tehneet palvelujen arvioinnista haastavaa.

Tässä työpaperissa tarkastellaan ensisijaisesti päihde- ja riippuvuuspalvelujen järjestämistä ja palvelujen saatavuutta päihdepalvelujen ammattilaisten ja johtajien näkökulmasta. Palvelujen järjestämiseen liittyen huomio on siinä, kenen vastuulla palvelujen järjestäminen kunnassa on. Saatavuudella viitataan yleisesti vaikiintuneiden päihde- ja riippuvuuspalvelujen saatavilla tai olemassaoloon kunnassa. Sanastokeskuksen termipankin mukaan: ”*sosiaali- ja terveystalouden yhdenvertaista saatavuutta voidaan arvioida sen perusteella, mitä palveluja on olemassa, kuinka paljon niitä on ja vastaavatko ne eri väestöryhmien tarpeisiin.*” (Termipankki). Tässä tutkimuksessa selvitettiin erityisesti, onko palveluja olemassa, eikä niinkään sitä, kuinka paljon niitä on tai vastaavatko ne eri väestöryhmien tarpeisiin. Se, että palvelu on saatavilla, on edellytys sille, että kuntalaisten oikeudet tarpeen mukaiseen hoitoon ja tukeen voivat toteutua. Saatavuus ei kuitenkaan vielä takaa sitä, että palvelut ovat saavutettavissa. Saatavuus ei myöskään kerro palvelujen laadusta.

Tutkimuksen fokus on päihde- ja riippuvuuspalveluissa. Päihde- ja riippuvuuspalvelujen määrittely on linjassa sekä päihde- ja riippuvuusstrategiassa (Kotovirta ym. 2021) että uudessa lainsäädännössä (HE 197/2022) käytettyjen käsitteiden kanssa. Päihde- ja riippuvuusstrategian tavoitteena on vähentää alkoholin, tupakka- ja nikotiinituotteiden, huumeiden sekä rahapelaamisen aiheuttamia riskejä, haittoja ja ongelmia. Strategia ei rajoitu ainoastaan alkoholiin ja muihin päihteisiin, vaan ulottuu myös rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisyyn ja vähentämiseen, ja strategiassa mainitaan myös digipelaamisen haitat. Myös mielenterveys- ja päihdepalveluja koskevassa lainsäädäntömuutoksessa (HE 197/2022)

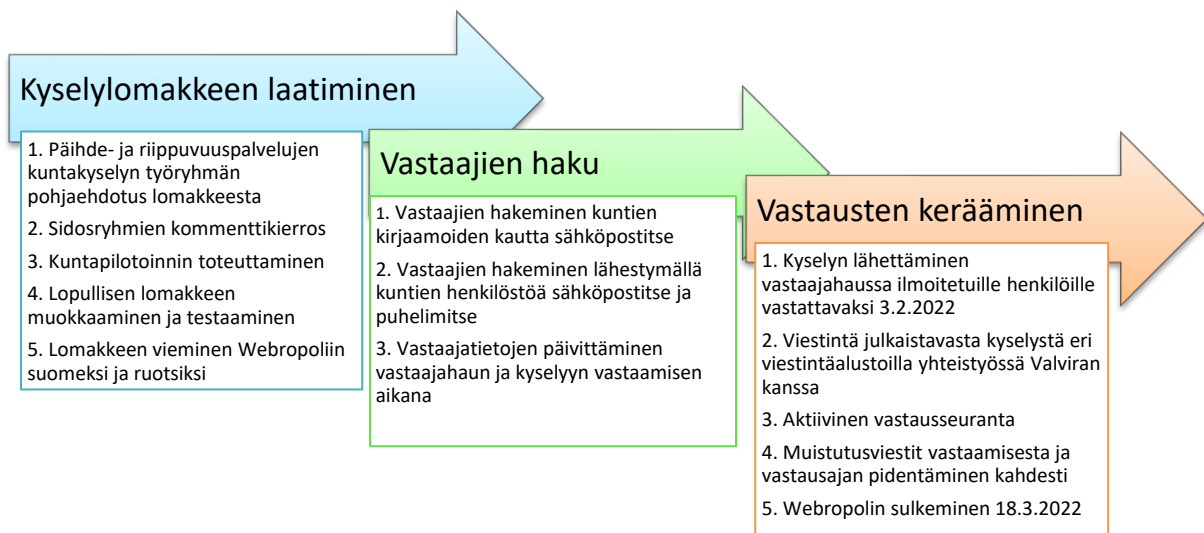
sosiaalihoitolain määritelmiä koskevassa pykälässä otettiin mukaan ”muu riippuvuuskäyttäytyminen”, jolla tarkoitetaan erilaisia toiminnallisia riippuvuuksia (esim. rahapelaaminen). Terveydenhuoltolain määritelmiä koskevassa pykälässä käytetään puolestaan päihde- ja riippuvuushoidon käsitettä. Rahapelipoliittinen ohjelma (VN 2022) on osa päihde- ja riippuvuusstrategiaa, ja siinä määritellään tarkemmin tavoitteita rahapelaamista koskevien palvelujen saatavuudesta, saavutettavuudesta ja laadusta. Rahapelipoliittisen ohjelman toimeenpanossa käsitellään myös digipelaamista soveltuvin osin. Tässä tutkimuksessa päihde- ja riippuvuuspalvelulla tarkoitetaan päihteiden käytön ja riippuvuusongelman tukea, hoitoa ja kuntoutusta sekä haittoja vähentävää työtä, erityisesti päihde- ja riippuvuusongelmiin erikoistuneissa palveluissa. Kysely huomioi sekä riippuvuudet päihteinä käytettäviin aineisiin (päihderiippuvuus) ja nikotiiniin että toiminnalliset riippuvuudet (esim. rahapeliriippuvuus). Vakavien riippuvuuksien lisäksi huomioidaan palvelutarpeet myös lievempiin päihteistä tai rahapelaamisesta aiheutuneisiin haittoihin.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa kunnissa ja alueilla saatavilla olevien päihde- ja riippuvuuspalvelujen kokonaisuudesta, palvelujen järjestämisen tavasta sekä niiden valvonnasta. Tieto on hyödyllistä toimintaansa aloittaville hyvinvointialueille, jotka voivat esimerkiksi verrata alueensa päihde- ja riippuvuuspalvelujen tilannetta valtakunnalliseen kuvaan. Sosiaali- ja terveysministeriössä on voitu jo hyödyntää kyselyn tuloksia mielenterveys- ja päihdepalveluja koskevan lainsäädännön uudistushankkeessa. Tutkimuksen tulokset antavat myös pohjan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen arvioinnille tulevaisuudessa.

# Aineisto ja menetelmät

Päihde- ja riippuvuuspalvelujen kuntakyselyn suunnittelu aloitettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa (THL) keväällä 2021. Hankkeessa oli alusta saakka mukana myös Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto (Valvira). Kyselylomake ja aineistonkeruu suunniteltiin yhdessä. THL toteutti vastaajien etsimisen, vastausten keräämisen ja raportoinnin. Viestintää on tehty sekä THL:ssä että Valvirassa. Hanke on ollut rinnakkainen laitosmuotoista päihdehoitoa ja -kuntoutusta tarkastelleen hankkeen kanssa, jonka raportti ilmestyi alkuvuodesta 2022 (Nevalainen ym. 2022).

Kyselyn vastaajien hakua, lomakkeen viimeistelyä sekä viestinnällisiä tehtäviä toteutettiin yhtäaikaisesti vuoden 2022 vaihteessa. Kyselyyn vastaaminen ajoittui helmi- ja maaliskuulle 2022. Kuviossa 1 on esitetty kyselyn toteuttamisen prosessi.



**Kuvio 1. Kyselylomakkeen laatiminen, vastaajahaku ja vastausten kerääminen**

## *Kyselylomakkeen laatiminen*

Päihde- ja riippuvuuspalvelujen kuntakyselyn lomake laadittiin syksyn 2021 ja alkuvuoden 2022 aikana. Lomakkeen laadinnassa keskeisimpänä tahona oli päihde- ja riippuvuuspalvelujen kuntakyselyn työryhmä eli THL:n ja Valviran päihde- ja riippuvuuspalvelujen asiantuntijat. Työryhmä muodosti kyselylomakkeesta ehdotuksen, johon pyydettiin kommentteja laajasti sidosryhmistä kuten muista Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen yksiköistä (esim. Tulevaisuuden sote-keskuksen hanketoimisto), sosiaali- ja terveysministeriöstä, yliopistoista, kunnista, järjestöistä ja joistakin aluehallintovirastoista. Kommenttikierrokselle osallistuneet tahot pääsivät testaamaan ja kommentoimaan kyselylomakkeen sisältöjä ja teknistä toteutusta Webropolissa. Näiden kommenttien perusteella kyselylomaketta kehitettiin eteenpäin tiiviimpään ja selkeämpään muotoon. Kommenttikierroksella saatujen palautteiden perusteella muokatun kyselylomakkeen päivitetty versio toimitettiin tämän jälkeen kolmelle jo kyselyyn vastaamaan ilmoittautuneelle vastaajalle pilotoitavaksi tammikuun 2022 aikana. Myös tämä kyselylomakkeen pilotointi tapahtui Webropolissa, jossa kyselyä ja sen teknistä toteutusta pääsi testaamaan ja kommentoimaan. Näiden pilotoinnissa saatujen kommenttien perusteella kyselylomakkeeseen tehtiin vielä selkeyttäviä ja tiivistäviä muokkauksia.

Kyselylomakkeen laadinnassa pyrittiin huomioimaan se monimuotoisuus, joka päihde- ja riippuvuuspalvelujen järjestämisen tavoissa manner-Suomessa on. Näin ollen kyselylomake toteutettiin siten, että siihen voi vastata yksittäisen kunnan puolesta, mutta myös yhdellä vastauksella useamman kunnan eli esimerkiksi koko kuntayhtymän tai hyvinvointialueen puolesta.

Kyselylomakkeen rakenne ([lomake hankkeen verkkosivuilla](#)):

1. Vastauksen koostajan tiedot
2. Alueen tiedot
3. Saatavilla olevat päihde- ja riippuvuuspalvelut
4. Hallinto ja integraatio
5. Palvelujen tuottaminen
6. Kuntien omavalvonta ja palvelujen tuottajien valvonta
7. Tilastotietoa palveluista
8. Sote-uudistus
9. Palaute kyselystä
10. Tietojen käyttö

Kyselylomakkeessa toistui 15 päihde- ja riippuvuuspalvelun lista. Vastajilta kysyttiin erikseen esimerkiksi palvelujen saatavuudesta, hallinnonalasta, tuottamisesta ja valvonnasta. Lisäksi lomakkeella oli avoimia kysymyksiä.

### ***Vastaajien haku***

Päihde- ja riippuvuuspalvelujen kuntakyselyn kohdejoukko olivat manner-Suomen kunnat. Vastaajien etsimiseksi lähetettiin kuntien kirjaamoihin viesti, joka pyydettiin ohjaamaan kunnan päihde- ja riippuvuuspalveluista vastaavalle henkilölle sekä toimittamaan kunnan tai alueen päihde- ja riippuvuuspalvelujen johtajan tai muun sopivan henkilön yhteystiedot vastauksena sähköpostitse. Näin kunnat saivat itse ilmoittaa vastaavako kyselyyn yksittäisenä kuntana, kuntayhtymänä tai muuna yhteistoiminta-alueena ja kuka koostaa ja palauttaa vastauksen. Niihin kuntiin, joista vastaajaa ei tavoitettu kirjaamon kautta, otettiin yhteyttä suoraan esimerkiksi perusturvajohtajaan tai muuhun päihde- ja riippuvuuspalveluihin kytköksissä olevaan henkilöön, jonka yhteystiedot löydettiin kunnan tai alueen verkkosivuilta.

Vastaajien haun kautta tavoitettiin jokaisen manner-Suomen 293 kunnan puolesta kyselyyn vastaava henkilö. Kyselyn käynnistyttyä useat kunnat ilmoittivat vielä kyselyn vastaajan muuttuneen. Muutosten taustalla oli kyselyn ohjaaminen kunnan päihde- ja riippuvuuspalveluissa eteenpäin toiselle henkilölle, kuntayhtymän sijaan yksittäiselle kunnalle tai kunnan tai alueen päihde- ja riippuvuuspalveluissa toteutuneet henkilöstömuutokset.

### ***Vastausten kerääminen***

Päihde- ja riippuvuuspalvelujen kuntakysely julkaistiin 3.2.2022. Vastaajille lähetettiin sähköpostiviesti, joka sisälsi ohjeistuksen kyselyyn vastaamisesta, tietoa kyselyn taustoista sekä kyselyn toteuttamisesta vastaavien henkilöiden yhteystiedot (saateviesti liitteessä 1). Saateviestin yhteydessä toimitettiin Webropoliin ohjaava vastauslinkki. Saateviestin liitteenä lähetettiin excel-tiedostona kyselylomakkeen osiossa 7. tarvittava päihdepalvelujen tilastokooste (kysymystä 7 ei ole raportoitu tässä työpaperissa). Tämän lisäksi saateviestissä oli linkki kyselyn hankesivustolle, josta vastaajan oli mahdollista löytää lisätietoa toteutettavasta kyselystä sekä ladata PDF-versio kyselylomakkeesta. Saateviesti toimitettiin vastaajille sekä suomeksi että ruotsiksi. Vastausaikaa annettiin kaksi viikkoa. Sekä kyselyn lähettämisen ja kyselyn ohjeistusten yhteydessä että vastaajien haun aikana kyselyyn vastaajia kehoitettiin tarvittaessa tekemään yhteistyötä vastauksen koostamisessa kunnassa tai alueella.

Palautettujen vastausten määrää ja vastaajaprosenttia seurattiin ajantasaisesti. Vastausseurannan avulla oli myös mahdollista reagoida mahdollisiin epäselvyyksiin jo palautetuissa vastauksissa. Vastausaikana muistutettiin kyselystä ja annettiin mahdollisuus pyytää lisää aikaa vastaamiseen. Varsinaisen vastausajan päättymisen jälkeen vastausaikaa jatkettiin kaksi kertaa 18.3.2022 saakka.

## ***Viestintä***

Mahdollisimman korkean vastauksettavuuden saavuttamiseksi kyselystä pyrittiin viestimään aktiivisesti eri viestintäalustoilla sekä ennen kyselyn julkaisua että vastausajan aikana. Viestinnässä oli kaksi keskeistä kohderyhmää: kyselyn vastaajat ja muut päihde- ja riippuvuuspalvelujen järjestämisestä kiinnostuneet toimijat.

Ennen kyselyn julkaisua tiedonkeruulle perustettiin [hankesivusto](#). Linkki hankesivustolle toimitettiin vastaajille vastaajahaun ja kyselyn julkaisun yhteydessä sekä Webropol-lomakkeen ohjeistuksessa. Ennen kyselyn julkaisua kyselystä viestittiin myös Ehkäisevän päihdetyön uutiskirjeessä.

Kyselystä julkaistiin [aiheutinen](#), joka ilmestyi THL:n verkkosivuilla. Siinä kerrottiin tarkemmin kyselyn toteuttamisesta, tarkoituksesta sekä jo tehdystä vastaajien hausta. Aiheutisen ympärille rakennettiin sosiaalisen median päivitykset kyselyn julkaisusta Facebookiin, Twitteriin ja LinkedIniin. Sosiaalisessa mediassa muistutettiin myös kyselyn vastausajan umpeutumisen ja siinä yhteydessä jaettiin uudestaan linkki aiheutiseen. Kyselyn toteuttamisen viestinnässä tehtiin yhteistyötä Valviran kanssa, joka jakoi viestintämateriaaleja myös omilla viestintäkanavissaan. Kyselyn vastaajat saivat sähköpostitse automaattisesti vastauksen palauttamisen jälkeen vastausvahvistusviestin, joka sisälsi vastauskoosteen, tietoa prosessin jatkosta, linkin kyselyn aihesivuille sekä kiitoksen kyselyyn osallistumisesta.

## ***Aineiston tarkistaminen ja analyysimenetelmät***

Päihde- ja riippuvuuspalvelujen järjestämisvastuu oli vuoden 2023 alkuun saakka kunnilla. Tämän vuoksi kyselyn perusvastausyksikkö on kunta. Moni kunta kuitenkin järjesti jo vuonna 2022 sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja yhdessä muiden kuntien kanssa esimerkiksi kuntayhtymässä. Aineisto sisältää siis vastauksia sekä yksittäisiltä kunnilta että alueilta, joihin kuuluu useita kuntia. Jotta pystyttiin kuvaamaan kuntakohtaista tilannetta manner-Suomessa, aineisto muokattiin kuntakohtaiseksi myös niiden vastausten osalta, joissa oli yksi vastaus usemman kunnan osalta (esim. kuntayhtymä). Nämä vastaukset kopioitiin omiksi vastausriiveiksi jokaista vastaukseen sisältyvää kuntaa kohden.

Aineistonkeruun päätyttyä se tarkistettiin. Aineistoon täydennettiin joitakin sähköpostilla tulleita lisäyksiä vastaajilta. Muutamasta alueesta huomattiin puuttuvan kuntia, jotka lisättiin alueen kohdalle. Aineistosta poistettiin joitakin kuntia, jotka oli merkitty kuuluvan alueeseen, mutta eivät enää ole itsenäisiä kuntia. Joitakin kuntien osalta oli kaksi vastausta: toinen osana laajempaa aluetta ja toinen itsenäisenä vastauksena. Nämä tarkistettiin huolellisesti, ja aineistoon jätettiin pääsääntöisesti itsenäisesti tulleet vastaukset. Monivaihtokysymyksen vastauksia kysymykseen palvelujen saatavuudesta tarkistettiin avovastausten perusteella. Tarvittaessa kysyttiin vastaajilta tarkennuksia.

Tämä työpaperi keskittyy aikuisten päihde- ja riippuvuuspalveluihin. Lomakkeessa oli kysymyksiä myös alle 18-vuotiaiden päihde- ja riippuvuuspalvelujen saatavuudesta, mutta nämä tulokset raportoidaan erikseen. Raportissa esitetään aineiston perustiedot suorina jakaumina ja tunnuslukuina sekä avointen kysymysten vastausten luokittelu teemoihin. Kaikkia kyselylomakkeessa kysytyjä kysymyksiä ei raportoida tässä työpaperissa. Alueellisessa tarkastelussa on käytetty ristiintaulukointia. Tilastoanalyysit on tehty IBM SPSS Statistics -ohjelmalla. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysillä luokittelemalla vastaukset ryhmiin, joiden kautta tulokset kuvataan. Laadullisen analyysin luokittelussa hyödynnettiin Microsoft Excel -ohjelmaa.

## ***Aineiston kuvaus***

Kyselyn vastaukset kattoivat 266 kuntaa eli 91 prosenttia manner-Suomen kunnista (n=293). Kyselyyn saatiin 133 vastausta eri vastaajilta. Vastauksista 69 prosenttia (n=92) koski yksittäistä kuntaa ja 31 prosenttia laajempaa aluetta, johon kuului useampia kuntia. Useita kuntia koskevat vastaukset sisälsivät vähimmillään kaksi kuntaa ja enimmillään 13 kuntaa. Useita kuntia sisältävät vastaukset kuvasivat esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymiä, yhteistoiminta-alueita, hyvinvointikuntayhtymiä, perusturvakuntayhtymiä, peruspalveluliikelaitoksia, seututerveyskeskuksia ja yhdessä tapauksessa jo hyvinvointialuetta.

Aineiston kuntien yhteenlaskettu väkiluku (vuoden 2020 lopussa) oli 5 308 461 henkilöä. Aineisto kattoi noin 96 prosenttia manner-Suomen väestöstä. Vastaus jäi puuttumaan 27 manner-Suomen kunnasta. Puuttuvien kuntien yhteenlaskettu väkiluku (vuoden 2020 lopussa) oli hieman alle 200 000 eli noin 3,5 prosenttia manner-Suomen väestöstä. Esimerkiksi kaikista Suomen 15 suurimmasta kaupungista saatiin kyselyyn vastaus. Eniten vastauksia puuttui Pohjois- ja Sisä-Suomesta (taulukko 1). Taulukossa 1 on esitetty vastausprosentit yhteistyöalueittain. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa vuoden 2023 alussa vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisestä siirtyi hyvinvointialueille. Tässä kyselyssä kysyttiin, mille hyvinvointialueelle kunta tai alue tulee kuulumaan. 14 hyvinvointialueen osalta kyselyyn vastasivat kaikki hyvinvointialueeseen kuuluvat kunnat. Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista yhteensovittamista, kehittämistä ja yhteistyötä varten toimii viisi yhteistyöaluetta. Alueellisissa tarkasteluissa vastaukset ryhmiteltiin uusiin yhteistyöalueisiin sosiaali- ja terveysministeriön jaottelun mukaisesti.<sup>1</sup>

**Taulukko 1. Vastausprosentit yhteistyöalueittain.**

Yhteistyöalue	Vastausprosentti
<b>Pohjois-Suomen yhteistyöalue</b>	85,1
<b>Itä-Suomen yhteistyöalue</b>	92,4
<b>Sisä-Suomen yhteistyöalue</b>	88,5
<b>Länsi-Suomen yhteistyöalue</b>	94,7
<b>Etelä-Suomen yhteistyöalue</b>	94,1

Vastaajista 109 henkilöä (82 %) oli kirjannut vastaukseen tehtävänimikkeensä. Heistä 60 prosenttia oli päällikkö- tai johtaja-asemassa (esim. palvelupäällikkö, päihdepalvelujen johtaja tai perusturvajohtaja) ja 40 prosenttia päihde- ja mielenterveystyöntekijöitä (esim. sosiaalityöntekijä, lääkäri, sosiaaliohjaaja tai koordinaattori). Vastaajien taustatahoissa painottui sosiaalihuolto. Kyselyn vastaajilla oli yhteensä lähes 80 eri tehtävänimikettä.

Kuviossa 1 on esitetty yhteistyöalueittain kuntien osuudet sen mukaan, vastattiinko kyselyyn yksittäisestä kunnasta vai osana laajempaa aluetta. Etelä- ja Itä-Suomessa suurin osuus kuntia oli osana laajemman alueen vastausta, kun osuus oli Länsi- ja Pohjois-Suomessa hieman matalampi. Kolmasosalla aineiston kunnista oli oma vastaus ja kaksi kolmesta kuului laajemman alueen vastaukseen.

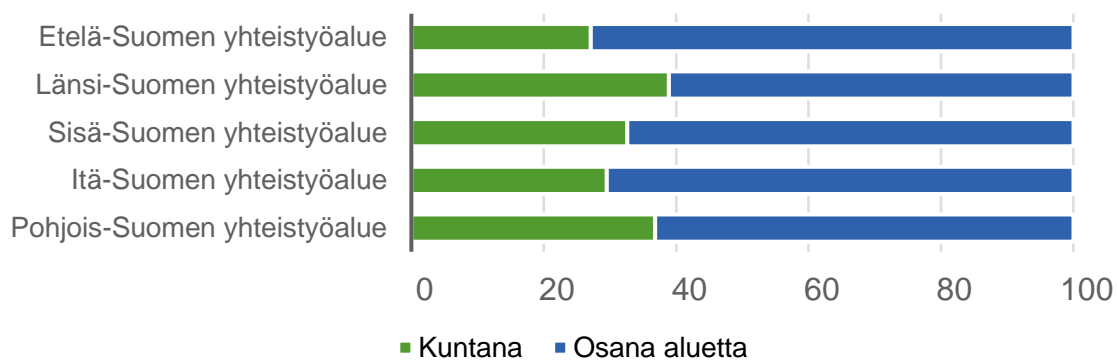
<sup>1</sup> **Pohjois-Suomen yhteistyöalue:** Kainuun hyvinvointialue, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue, Lapin hyvinvointialue ja Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue.

**Itä-Suomen yhteistyöalue:** Etelä-Savon hyvinvointialue, Keski-Suomen hyvinvointialue, Pohjois-Karjalan hyvinvointialue ja Pohjois-Savon hyvinvointialue

**Sisä-Suomen yhteistyöalue:** Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, Kanta-Hämeen hyvinvointialue ja Pirkanmaan hyvinvointialue

**Länsi-Suomen yhteistyöalue:** Pohjanmaan hyvinvointialue, Satakunnan hyvinvointialue, Varsinais-Suomen hyvinvointialue

**Etelä-Suomen yhteistyöalue:** Etelä-Karjalan hyvinvointialue, Helsinki, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue, Keski-Uudenmaan hyvinvointialue, Kymenlaakson hyvinvointialue, Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue, Päijät-Hämeen hyvinvointialue, Vantaan ja Keravan hyvinvointialue



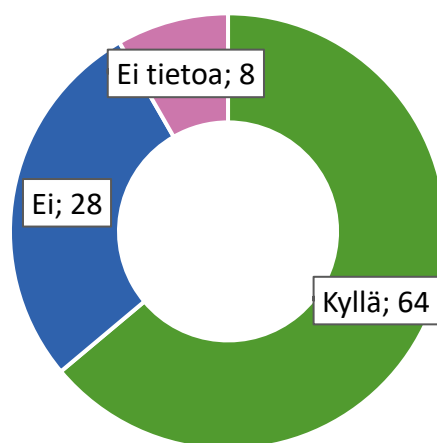
**Kuvio 1. Vastanneet manner-Suomen kunnat sen mukaan, ovatko vastanneet itsenäisesti kunnana vai osana laajempaa aluetta yhteistyöalueittain (% kunnista).**

# Päihde- ja riippuvuuspalvelujen rakenteet manner-Suomessa

Raportoimme tässä osiossa päihde- ja riippuvuuspalvelujen järjestämisen rakenteita. Kuvaamme kuntien ja alueiden päihde- ja riippuvuuspalvelujen tuottamisen tapaa, hallintoa ja integraatiota sekä valvontaa.

## Palvelujen tuottaminen ja julkiset hankinnat

Kysyimme vastaajilta, kuinka alueella tai kunnassa toteutettavat päihde- ja riippuvuuspalvelut tuotetaan ja käytetäänkö niiden yhteydessä julkisia hankintoja. Noin 64 prosentissa kuntia käytettiin päihde- ja riippuvuuspalvelujen järjestämisessä julkisia hankintoja, 28 prosentissa kuntia ei käytetty ja kahdeksan prosentin osalta tästä ei ollut tietoa (kuvio 2).



**Kuvio 2. Julkisten hankintojen käyttö päihde- ja riippuvuuspalvelujen järjestämisessä manner-Suomen kunnissa (% kunnista, n=266).**

Taulukossa 2 on nähtävillä, kuinka suuressa osassa kuntia oli valittu 1, 2, 3 ja/tai 4 tuottajatahoa kustakin palvelusta. Valittavat tuottajatahot olivat kunta, alue, järjestö, yritys ja muu. Kaikkia palveluja tuotti yleisimmin vain yksi taho. Avohoitoon ja -kuntoutukseen tarkoitettua palvelua tuotti valtaosassa kuntia vain yksi taho, joissain kunnissa kaksi tahoja ja pienessä osassa kuntia 3–4 tahoja. Laitoskuntoutusta ja vieroitus- ja/tai katkaisuhuolto tuotti noin 70 prosentissa kuntia yksi taho ja hieman alle 30 prosentissa kuntia kaksi tahoja. Myös palveluasumista, työtoimintaa ja jalkautuvaa päihdetyötä tuotti joka viidennessä kunnassa kaksi tahoja.



**Taulukko 2. Osuus manner-Suomen kunnista (%), joiden osalta on valittu 1–4 tuottajatahoa (kunta, alue, järjestö, yritys tai muu) eri päihde- ja riippuvuuspalveluille**

Palvelu	Yksi tahoa	Kaksi tahoa	3–4 tahoa
Päihde- ja riippuvuusongelmien avohoitoon ja -kuntoutukseen tarkoitettu päihdepalvelu (n=261)	79	15	6
Huumeiden käyttäjien terveysneuvonta (n=226)	93	7	0
Opioidikorvaushoito (n=255)	89	10	1
Selviämishoito (n=191)	92	8	1
Päiväkeskustoiminta (n=165)	87	13	0
Työtoiminta (n=196)	79	19	2
Jalkautuva/etsivä päihdetyö (n=150)	79	19	2
Kotiin annettava tuki tai kotikatkaisuhoido (n=212)	96	3	1
Laitoskuntoutus (n=259)	70	28	2
Vieroitus- ja/tai katkaisuhoido (n=261)	69	27	4
Asumispäivystys (n=87)	97	3	0
Palveluasuminen (n=249)	70	19	11
Tehostettu palveluasuminen (n=250)	75	19	6
Tukiasuminen (n=250)	64	24	12
Ensisuoja (n=96)	97	3	0

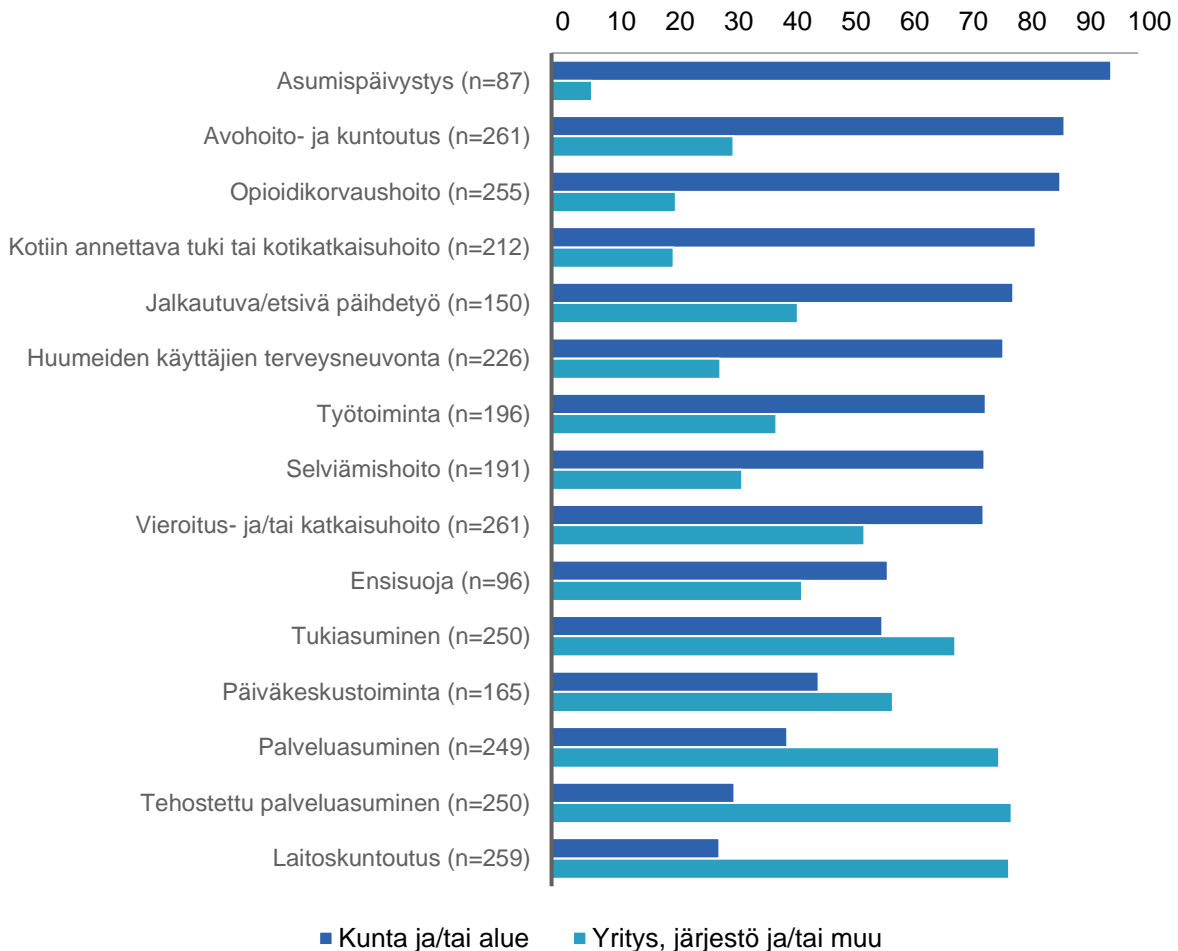
Taulukkoon 3 on koottu vastaukset kysymykseen palveluntuottajista. Tässä kysymyksessä sai vastata usean vaihtoehdon. Osuudet on laskettu kaikista kunnista, jotka olivat vastanneet tähän kysymykseen jonkin taulukossa esitetyistä viidestä vaihtoehdoista.

**Taulukko 3. Päihde- ja riippuvuuspalvelujen tuottajat manner-Suomen kunnissa (sai valita useita vaihtoehtoja), % kysymykseen vastanneista kunnista, joissa palvelu oli tarjolla**

Palvelu	Kunta	Alueellinen palvelun-järjestäjä <sup>2</sup>	Yritys	Järjestö tai säätiö	Muu
Päihde- ja riippuvuusongelmien avohoito ja -kuntoutus (n=261)	36	57	21	9	6
Huumeiden käyttäjien terveysneuvonta (n=226)	27	51	9	11	8
Opioidikorvaushoito (n=255)	31	60	8	7	6
Selviämishoito (n=191)	19	57	19	6	7
Päiväkeskustoiminta (n=165)	30	23	8	50	2
Työtoiminta (n=196)	52	23	8	32	8
Jalkautuva/etsivä päihdetyö (n=150)	41	39	3	13	27
Kotiin annettava tuki tai kotikatkaisuhoido (n=212)	38	45	11	3	7
Laitoskuntoutus (n=259)	12	17	65	27	12
Vieroitus- ja/tai katkaisuhoido (n=261)	28	51	40	12	5
Asumispäivystys (n=87)	25	71	2	2	2
Palveluasuminen (n=249)	17	24	73	20	8
Tehostettu palveluasuminen (n=250)	15	16	73	17	10
Tukiasuminen (n=250)	27	30	62	24	5
Ensisuoja (n=96)	14	44	17	24	5

<sup>2</sup> Esim. sairaanhoitopiiri, yhteistoiminta-alue, sote-alue tai kuntayhtymä

Palveluntuottajia on havainnollistettu kuviossa 3, jossa on eroteltu julkiset ja muut palveluntuottajat. Kuviosta nähdään esimerkiksi että niissä kunnissa joissa on asumispäivystystä, sitä tuotti useimmiten kunta tai alue. Avohoitoon ja -kuntoutukseen tarkoitettua päihde- ja riippuvuuspalvelua tuotti useimpien kuntien osalta kunta tai alue, mutta kolmanneksessa kuntia sen rinnalla tai sijasta oli myös yritysten tai järjestöjen tuottamaa palvelua. Myös opioidikorvaushoito, kotiin annettava tuki, jalkautuva työ, huumeiden käyttäjien terveysneuvonta (ml. pistovälineiden vaihto), työtoiminta ja selviämishoito olivat useammin julkisen palveluntuottajan tuottamia, vaikka palveluja tuottivat myös yritykset ja järjestöt. Vieroitus- ja katkaisuhoidon kohdalla oli enemmän kuntia, joissa palvelun tuotti kunta tai alue, mutta yritysten tai järjestöjen tuottamaa palvelua oli myös yli puolessa kunnista. Laitoskuntoutusta ja asumispalveluita taas tuottivat useimmiten järjestöt tai yritykset.



**Kuvio 3. Päihde- ja riippuvuuspalvelujen tuottajina manner-Suomen kunnissa kunta ja/tai alue sekä yritys, järjestö ja/tai muu (% kunnista).**

Vastaajia pyydettiin yksilöimään palveluntuottajia, jos tuottaja oli jokin muu kuin kunta. Päihde- ja riippuvuusongelmien avohoitoon ja -kuntoutukseen tarkoitettua päihdepalvelun kohdalle oli listattu yhteensä 14 eri yritystä tai säätiötä, hyvinvointi- ja yhteistoiminta-alueiden nimiä sekä joitakin mainintoja siitä, että palvelua ostetaan toiselta kunnalta. Huumeiden käyttäjien terveysneuvonnan, opioidikorvaushoidon ja selviämishoidon osalta oli listattu yhdeksän eri yritystä tai järjestöä palveluntuottajana. Vastauksissa oli yksittäisiä yrityksiä ja säätiöitä, jotka ovat organisoineet palvelutuotannon yritysmäiseksi kokonaisuudeksi sekä rekisteröityjä yhdistyksiä. Päiväkeskustoiminnassa ja työtoiminnassa painottuivat järjestöt ja säätiöt, ja niiden osalta oli listattu yhteensä yli 20 järjestöä. Päiväkeskus- ja työtoiminnan tuottajina oli mainittu myös

joitain yrityksiä. Jalkautuvan ja etsivän työn kohdalla oli mainittu joitakin yrityksiä ja järjestöjä, samoin kotiin annettavan tuen kohdalla.

Palveluasuminen ja laitostuntoutus olivat enimmäkseen yritysten ja järjestöjen tuottamia palveluita. Laitostuntoutuksen kohdalle oli kirjattu noin 30 eri palveluntuottajan tai yksikön nimi. Suurin osa avoimeen kenttään vastanneista oli kirjannut, että palvelua hankitaan useilta eri tuottajilta. Vieroitus- ja katkaisuhoidon kohdalle oli kirjattu samoja palveluntuottajia mutta ei niin laajasti. Palveluasumisen, tehostetun palveluasumisen ja tukiasumisen palveluntuottajia oli kirjattu myös yhteensä noin 30, ja monen kunnan osalta oli vastattu, että palvelua ostetaan monelta eri toimijalta. Osa oli myös vastannut, että asumispalvelut eivät ole ainoastaan päihdeasiakkaille.

Kysyimme myös kolmannen ja yksityisen sektorin kanssa tehtävästä yhteistyöstä. Vastauksista oli löydetty kolme erilaista tapaa tehdä yhteistyötä järjestöjen ja yksityisen sektorin kanssa: (1) palvelujen ostaminen järjestöiltä tai yksityisistä palveluista, (2) asiakkaiden ohjaus sellaisiin järjestöjen tai yksityisen sektorin palveluihin, joiden kustannuksiin kunta ei osallistu ja niistä kunnan / alueen palveluihin sekä (3) toiminnallisen yhteistyön tekeminen. Ostopalveluina yleisimmin mainittiin laitostuntoutus ja asumispalvelut. Järjestöjen palveluita kuvattiin olevan esimerkiksi päiväkeskus- ja työtoiminta, vertaistuki ja kohtaamispaikat. Yksityisiltä palveluntuottajilta ostettiin erityisesti laitostuntoutusjaksoja, vieroitus- ja katkaisuhoidon sekä asumispalveluja. Joillain alueilla päihdelääkäripalvelu ostettiin yksityiseltä palveluntuottajalta. Eri riippuvuuksista erityisesti rahapeliriippuvuus mainittiin usealla alueella sellaisena, johon ostettiin erikseen yksityisiltä tai kolmannen sektorin palveluntuottajilta avo- ja laitostuntoutusta hoitoa ja kuntoutusta.

Asiakkaita ohjataan esimerkiksi avohoidon ja vertaistuen välillä. Joillain alueilla työterveyshuollon kerrottiin toimivan yhteistyössä päihdehoidon kanssa, tai muutoin yksityisen sektorin palvelut olivat osana palveluketjua.

”Paikallinen järjestö järjestää päivätoimintaa, kuntouttavaa työtoimintaa ja tukea päihdeettömyyteen, ohjaus molemminsuuntaista.” Kunta, Itä-Suomen yhteistyöalue

Toiminnallisen yhteistyön erilaisina muotoina kuvattiin esimerkiksi toimintaan tutustumista, yhteistyö- ja verkostopalavereja, kokemusasiiantuntijoiden toimintaa osana palveluja, yhteisten tapahtumien ja retkien järjestämistä, ohjausryhmissä toimimista, hankkeisiin osallistumista ja ylipäänsä erilaista arkista yhteistyötä esimerkiksi tilojen yhteiskäytön kautta.

”Yhteiset sovitut tapaamiset säännöllisesti toiminnan kehittämiseksi ja yhteistyön sujumiseksi, tiivis verkostoituminen kolmannen sektorin kanssa on palvelussamme työotteena.” Kunta, Itä-Suomen yhteistyöalue

Joillain alueilla päihde- ja riippuvuusalan järjestöillä ei ollut toimintaa, mutta valtakunnallisia etäpalveluita hyödynnettiin jossain määrin. Joissain vastauksissa kuvattiin yhteistyön järjestöjen kanssa olevan satunnaista tai vähäistä.

”Kolmatta sektoria, yksityisiä palveluja ei juurikaan kunnassa ole, joten hyvin vähäistä tai olematonta.” Kunta, Pohjois-Suomen yhteistyöalue

Seurakunnat ja erityisesti diakoniatyö mainittiin useassa vastauksessa yhtenä tärkeänä kolmannen sektorin toimijana järjestöjen lisäksi. Ehkäisevässä päihdetyössä tehdään laajaa verkostoyhteistyötä järjestöjen kanssa.

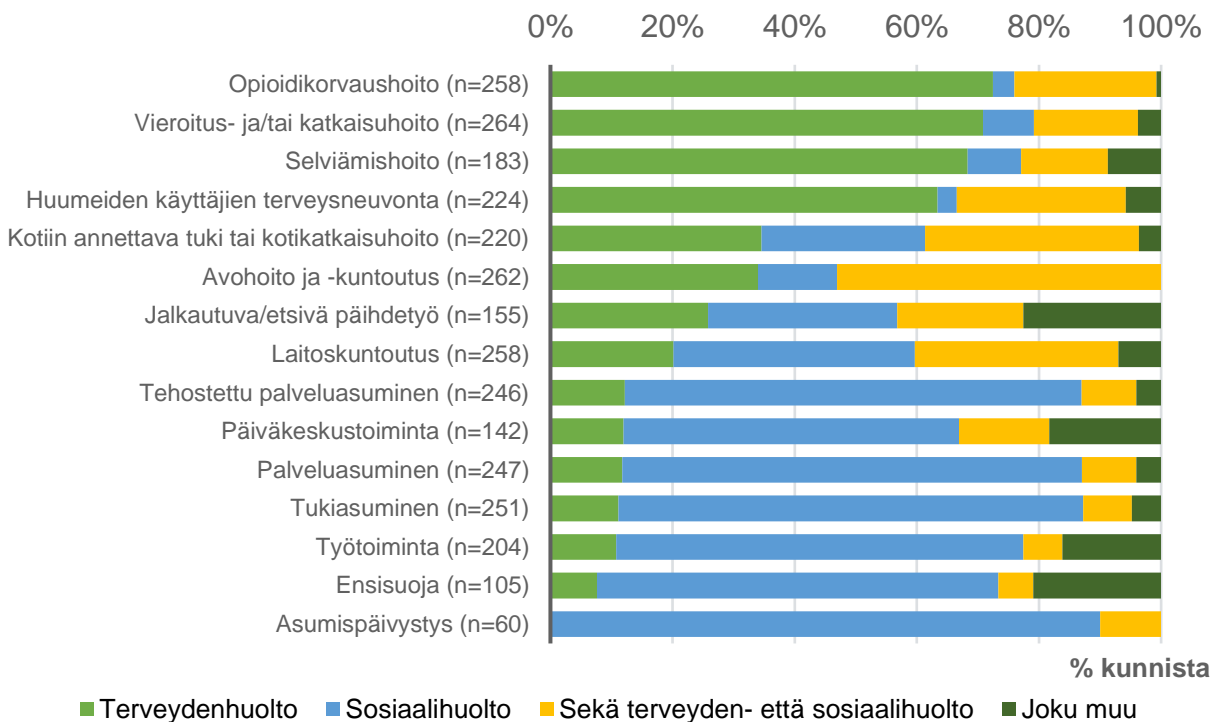
## Päihde- ja riippuvuuspalvelujen hallinto ja integraatio

Tässä alaluvussa keskitytään päihde- ja riippuvuuspalvelujen hallinnolliseen organisointiin ja kuvataan niiden integroitumista muiden palvelujen kanssa. Päihde- ja riippuvuuspalvelujen sijoittuminen sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnonaloille oli vaihtelevaa. Osassa kuntia ja alueita mielenterveys- ja päihdepalvelut olivat perusterveydenhuollon palveluja. Toisilla alueilla taas päihdepalvelut tai psykososiaaliset palvelut olivat sosiaalipalvelujen hallinnonalalla.

Kuviossa 4 on esitetty eri palvelujen jakautuminen sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnonaloille niissä kunnissa, joista tämä tieto oli saatavilla. Kunnista noin 70 prosentissa opioidikorvaushoito ja vieroitushoito järjestettiin terveydenhuollon hallinnonalalla. Noin 60 prosentissa kunnista huumeidenkäyttäjien terveysneuvonta järjestettiin niin ikään terveydenhuollossa. Palvelu- ja tukiasuminen järjestettiin puolestaan sosiaalihuollon hallinnonalalla yli 70 prosentissa kunnista.

Tämän kysymyksen ”Mikä hallinnonala tai palvelualue vastaa kunkin palvelun järjestämisestä, hankkimisesta tai yksikön hallinnoinnista?” yhtenä vastausvaihtoehtona oli myös ”sekä terveydenhuolto että sosiaalihoito”. Päihde- ja riippuvuusongelmien avohoitoon ja -kuntoutukseen tarkoitettua palvelun kohdalla noin puolessa kunnista oli valittu tämä vaihtoehto. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että päihde- ja riippuvuustyötä ja -hoitoa tehdään osana yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja erillisen yksikön sijaan tai sen rinnalla. Vastauksissa saattaa näkyä myös se, että Suomessa oli jo kyselyn aikaan kuntia ja alueita, joissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut oli hallinnollisesti integroitu.

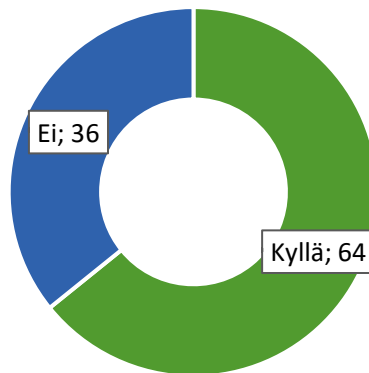
Noin joka viidennessä kunnassa laituskuntoutus järjestettiin terveydenhuollon hallinnonalalla, noin 40 prosentissa kunnista sosiaalihoito hallinnonalalla ja noin kolmanneksessa kunnista sekä terveyden- että sosiaalihoito hallinnonalalla. Laituskuntoutuksen järjestämisen osalta palvelun järjestäminen sekä terveyden- että sosiaalihoito hallinnonalalla voi tarkoittaa esimerkiksi päätöksentekoon liittyvää prosessia, johon osallistuu työntekijöitä sekä sosiaali- että terveydenhuollosta. Päiväkeskus- ja työtoiminta olivat enimmäkseen sosiaalihoito hallinnonalalla järjestettävää toimintaa. Jalkautuva tai etsivä päihdetyö jakautui eri hallinnonaloille kunnissa, ja sitä järjestettiin myös osana etsivää nuorisotyötä, jolloin se saattoi kuulua esimerkiksi nuoriso- tai liikuntatoimen alle.



Kuvio 4. Eri päihde- ja riippuvuuspalvelujen hallinnonalat manner-Suomen kunnissa (%).

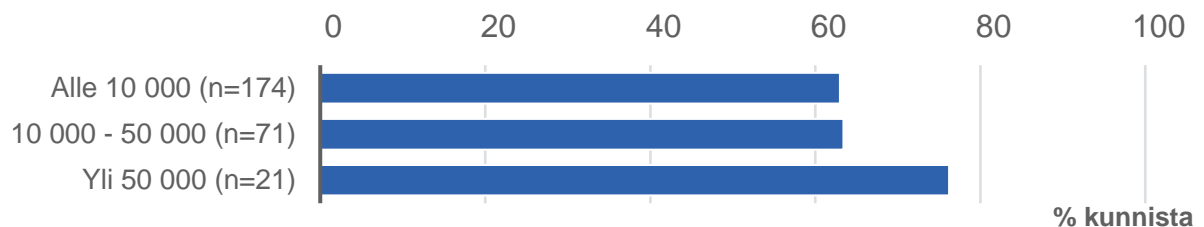
Kysymme, ovatko alueen päihde- ja riippuvuuspalvelut integroitu eli järjestetty hallinnollisesti yhdessä jonkun muun palvelun kanssa. 64 prosentissa kuntia päihde- ja riippuvuuspalvelut oli järjestetty hallinnollisesti yhdessä jonkun muun palvelun kanssa (kuviokuva 5). Tarkentavien avointen vastausten perusteella 139 kunnassa (52 % kunnista) päihde- ja riippuvuuspalvelut oli integroitu mielenterveyspalvelujen kuten perusterveydenhuollon mielenterveyspalvelujen ja/tai erikoissairaanhoidon psykiatrian palvelujen kanssa. On myös

kuntia, joissa ei vielä ole päihde- ja mielenterveyspalvelujen yhteistä hallintoa, tai voi olla yhteinen hallinto, jonka alla päihde- ja riippuvuuspalvelut ja mielenterveyspalvelut jakautuvat omiksi alueikseen. Joissain kunnissa oli yhteinen päihde- ja mielenterveysyksikkö tai nämä palvelut toimivat muuten samoissa, esim. sotekeskuksen tiloissa. Kunnat kuvasivat, että riippumatta siitä onko jokin yksikkö sosiaali- vai terveydenhuollon hallinnon alla, niissä usein tehdään tiivistä yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon välillä.



**Kuvio 5. Päihde- ja riippuvuuspalvelujen integraatio kunnan muun palvelualueen kanssa manner-Suomen kunnissa (n=265; % kunnista).**

Yli 50 000 asukkaan kunnissa päihde- ja riippuvuuspalvelut oli pienempiä kuntia useammin integroitu muihin palveluihin (kuvio 6).



**Kuvio 6. Päihde- ja riippuvuuspalvelujen integraatio muihin palveluihin kunnan koon mukaan manner-Suomen kunnissa (% kokoluokan kunnista), n=265.**

Kysyimme avoimella kysymyksellä vastaajilta vapaamuotoisesti alueen päihde- ja riippuvuuspalvelujen järjestämisestä ja eri toimialojen välisestä yhteistyöstä. Vastauksissa oli nähtävissä suuntaa kehittää palveluja kohti vahvempaa päihde- ja mielenterveyspalvelujen integraatiota. Yleisesti kunnissa tehtiin jo laajasti yhteistyötä eri palvelujen ja hallinnonalojen välillä. Yhteistyötä tehtiin asiakaslähtöisesti eri työntekijöiden välillä, eri toimialojen välillä (esim. terveydenhuolto ja sosiaalihuolto) ja eri palveluntuottajien välillä (esim. kunta ja järjestöt). Päihde- ja riippuvuuspalveluissa tehtiin yhteistyötä esimerkiksi erikoissairaanhoidon, neuvolan, nuorisopalvelujen, rikosseuraamuslaitoksen, poliisin, lastensuojelun, työterveyshuollon, vanhuspalvelujen kotihoidon, vuodeosaston, terveyskeskuksen, psykiatrian ja asumispalvelujen kanssa.

Integraation ja yhteistyön haasteina nähtiin esimerkiksi hallintovastuusta päättäminen, eri tietojärjestelmät ja resurssien puute. Integraatiota ja yhteistyötä taas edistivät hyvät verkostot, selkeät palvelupolut, avoin ja tiivis kommunikointi, hoidontarpeen arvioinnin ja koordinoinnin keskittäminen, etäpalvelut ja yhteinen asiakastietojärjestelmä.

## Päihde- ja riippuvuuspalvelujen omavalvonta ja palveluntuottajien valvonta

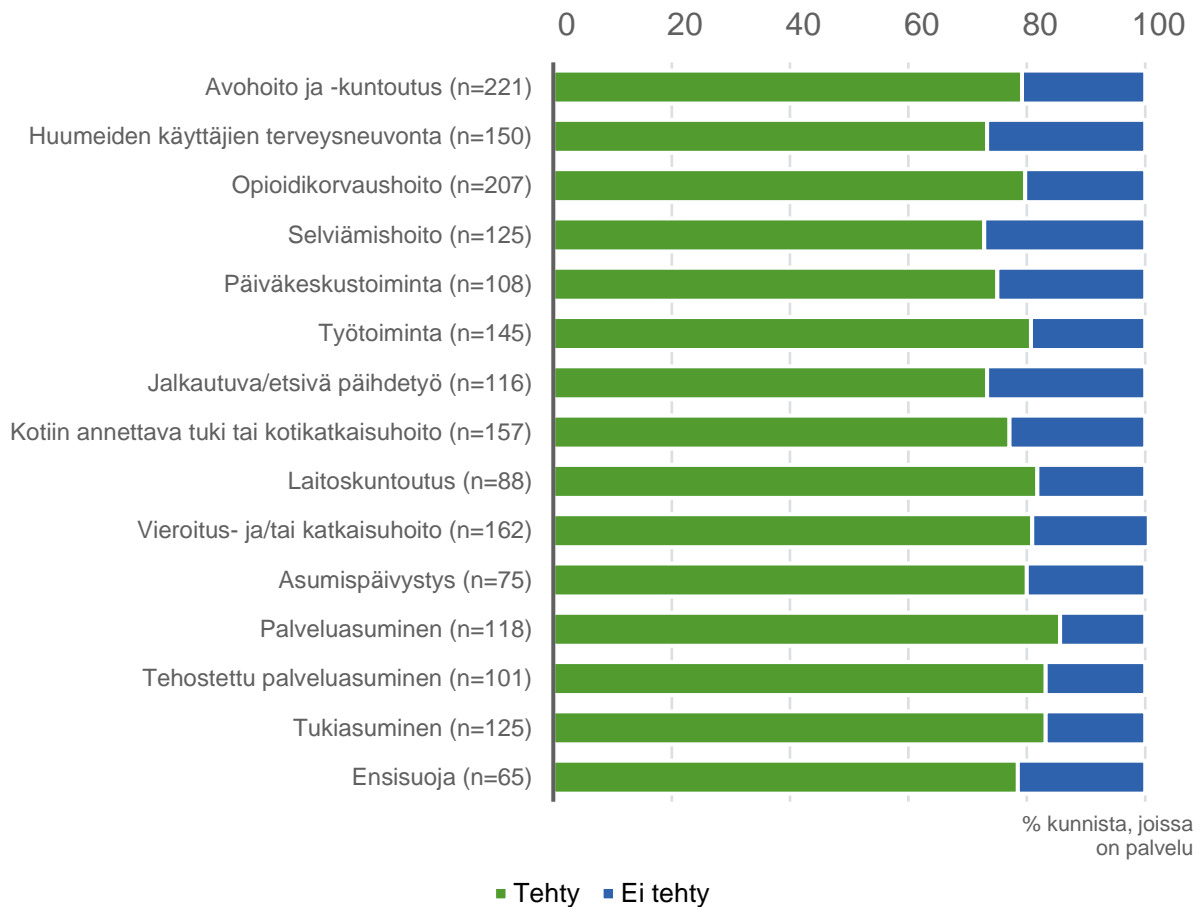
Päihde- ja riippuvuuspalvelujen valvonnasta kysyimme sekä kunnan tai alueen itse tuottamista että julkisten hankintojen kautta ostetuista palveluista. Taulukossa 4 on yksilöity kunkin palvelun kohdalta, onko omavalvonta- tai potilasturvallisuussuunnitelma tehty. Vastausvaihtoehtoina oli myös, että palvelu ei ole kunnan tai alueen omaa palvelutuotantoa.

**Taulukko 4. Manner-Suomen kuntien omien päihde- ja riippuvuuspalvelujen omavalvontasuunnitelma (% kunnista, n=266)**

Palvelu	On tehty omavalvontasuunnitelma <sup>3</sup>	Ei ole tehty omavalvontasuunnitelmaa	Ei kunnan / alueen omaa palvelua	Vastaus puuttuu
Päihde- ja riippuvuusongelmien avohoito ja -kuntoutus	66	17	12	5
Huumeiden käyttäjien terveysneuvonta ml. pistovälineiden vaihto	41	15	35	8
Opioidikorvaushoito	62	16	14	8
Selviämishoito	34	13	41	12
Päiväkeskustoiminta	31	10	46	14
Työtoiminta	44	11	34	12
Jalkautuva/etsivä päihdetyö	32	12	43	14
Kotiin annettava tuki tai kotikatkaisuhoido	46	14	31	11
Laitoskuntoutus	27	6	58	9
Vieroitus- ja/tai katkaisuhoito	49	12	29	10
Asumispäivystys	23	6	61	11
Palveluasuminen	38	6	46	9
Tehostettu palveluasuminen	32	6	52	10
Tukiasuminen	39	8	42	11
Ensisuoja	19	5	59	17

Kuviossa 7 on omavalvontasuunnitelmien osuudet laskettuna siten, että on jätetty pois vastaukset ”ei kunnan / alueen omaa palvelua” ja puuttuvat vastaukset. Omavalvontasuunnitelma oli kaikissa palveluissa tehty 73–86 prosentissa kuntia. Pienimmät osuudet (73 %) olivat terveysneuvonnassa, selviämishoidossa ja jalkautuvassa työssä. Suurimmat osuudet (83–86 %) olivat asumispalveluissa, jotka tosin harvemmin ovat kunnan omaa palveluntuotantoa.

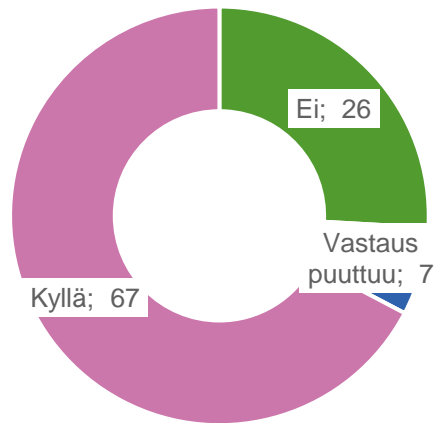
<sup>3</sup> Valvonta-/potilasturvallisuussuunnitelma



**Kuvio 7. Omavalvontasuunnitelma tehty manner-Suomen kunnan tai alueen omista päihde- ja riippuvuuspalveluista (% kunnista, joissa on palvelu).**

Vastaajilta kysyttiin syitä sille, miksi omavalvontasuunnitelmaa tai laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmaa ei ollut tehty kunnan itse tuottamista palveluista. Yleisin vastaus oli, että suunnitelmaa ei ole kohdennettu päihde- ja riippuvuustyöhön vaan yleisemmin potilastyöhön tai aikuissosiaalityöhön esimerkiksi asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelmana. Muita syitä olivat resurssien puute tai asiakkaiden vähäinen määrä. Joillain alueilla asioita oli mietitty mutta ei kirjattu, oli tehty riskikartoitukset, tai suunnitelma oli tekeillä. Omavalvontasuunnitelmien kerrottiin olevan nähtävillä yksiköiden ilmoitustauluilla tai muualla yksiköissä, henkilökunnan tiloissa ilmoitustaululla, sisäisissä tietojärjestelmissä, kunnan tai kuntayhtymän verkkosivuilla, pöytäkirjan liitteenä tai kunnanvirastolla.

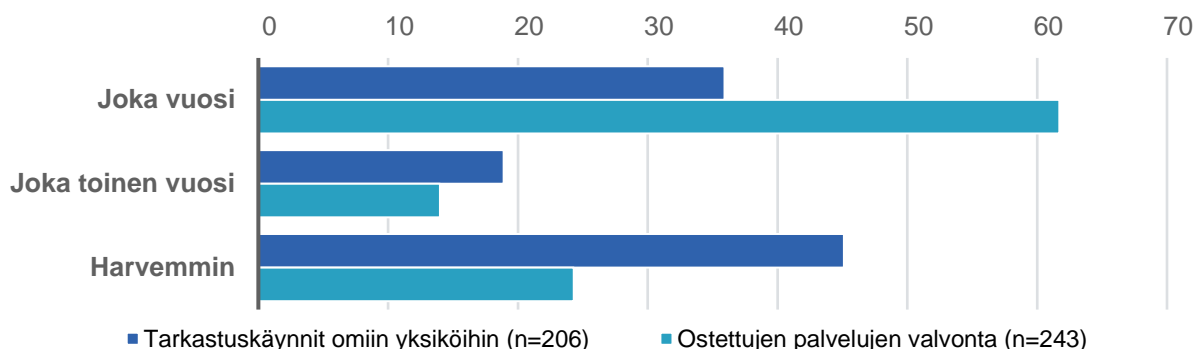
Kuviossa 8 on esitetty kuntien osuudet sen mukaan, oliko heillä ostopalvelujen tuottajien omavalvontasuunnitelmat käytössä. Noin kolmessa neljästä kunnasta omavalvontasuunnitelmat olivat käytössä, 26 prosentissa eivät olleet ja seitsemän prosentin osalta vastaus puuttuu. Kysyttäessä miksi ostopalvelujen tuottajien omavalvontasuunnitelmia ei ollut käytössä, liittyivät syyt esimerkiksi siihen, että toiminta oli satunnaista, ja erityisesti harvemmin käytetyistä palveluista tai yksittäisten ostojen osalta suunnitelmia ei ollut käytössä. Ostopalvelujen omavalvontasuunnitelmien pyytäminen palveluntuottajilta ei välttämättä ollut järjestelmällistä tai ei ollut sovittu kenen vastuulla suunnitelmien pyytäminen on.



**Kuvio 8. Päihde- ja riippuvuuspalveluja ostopalveluina tuottavien omavalvontasuunnitelmat manner-Suomen kuntien käytössä (% kunnista, n=266).**

Kunnat valvoivat ostettuja palveluja tiheämmin kuin tekivät tarkastuskäyntejä omiin yksiköihin (kuvio 9). 62 prosentissa kuntia, joista tämä tieto oli, tehtiin ostettujen palvelujen valvontaa joka vuosi, 14 prosentissa joka toinen vuosi ja 24 prosentissa harvemmin. Tarkastuskäyntejä omiin yksiköihin tehtiin 36 prosentissa kuntia joka vuosi, 19 prosentissa joka toinen vuosi ja 45 prosentissa harvemmin. Tarkastuskäynnit kuntien tai alueiden omiin yksiköihin teki vastuullisessa asemassa oleva henkilö (esim. palvelupäällikkö, sosiaalijohtaja, terveystaloudenjohtaja, perusturvajohtaja tai kehittämisspäällikkö), erillinen yksikkö (laadun ja valvonnan yksikkö, ohjaus- ja valvontayksikkö), työterveyshuolto, työsuojelupäällikkö, johtoryhmä, proviisori (lääkevalvonta), päihdetyöntekijä tai valvontakoordinaattori. Valvonnan toteuttajaksi oli mainittu myös aluehallintovirasto ja eduskunnan oikeusasiamies.

Ostettujen palvelujen valvonta toteutettiin esimerkiksi suunniteltuina ja ennakkoimattomina valvontakäynteinä yksiköihin, jotka tekee palvelupäällikkö, sosiaalityöntekijä tms. Valvontaa toteutettiin asiakaskäyntien, -palaverien tai -suunnitelmien yhteydessä tai pyytämällä hoitopalautteita tai toimintasuunnitelmia. Valvontaa tehtiin myös omavalvontasuunnitelmia päivitetessä, erilaisissa yhteistyötapaamisissa, lupaa haettaessa tai epäkohtien ilmetessä. Vastajat kuvasivat, että koronaepidemian aikana valvontakäyntejä oli tehty vähemmän kuin ennen epidemiaa.



**Kuvio 9. Tarkastuskäynnit omiin päihde- ja riippuvuuspalveluja tuottaviin yksiköihin ja ostettujen palvelujen valvonta manner-Suomen kunnissa (% kunnista, jotka olivat vastanneet kysymykseen).**



# Päihde- ja riippuvuuspalvelujen saatavuus

Tässä aluvussa esitetään tulokset päihde- ja riippuvuuspalvelujen saatavuudesta kunnissa ja alueilla. Saatavuudella tarkoitetaan tässä palvelun olemassaoloa, joka on lähtökohta sille, että asiakas voi saada palvelua. Tässä tutkimuksessa ei ole arvioitu esimerkiksi näihin palveluihin käytettäviä resursseja, tarpeiden mukaista palvelujen järjestämistä tai laajasti saavutettavuuden kysymyksiä. Kuvaamme tässä luvussa myös päihde- ja riippuvuusongelmien päivystyspalveluja sekä palvelujen saatavuutta eri riippuvuuksiin.

## Päihde- ja riippuvuuspalvelut kunnissa

Kysyimme kunnilta ja alueilta päihde- ja riippuvuuspalvelujen saatavuudesta seuraavalla kysymyksellä:

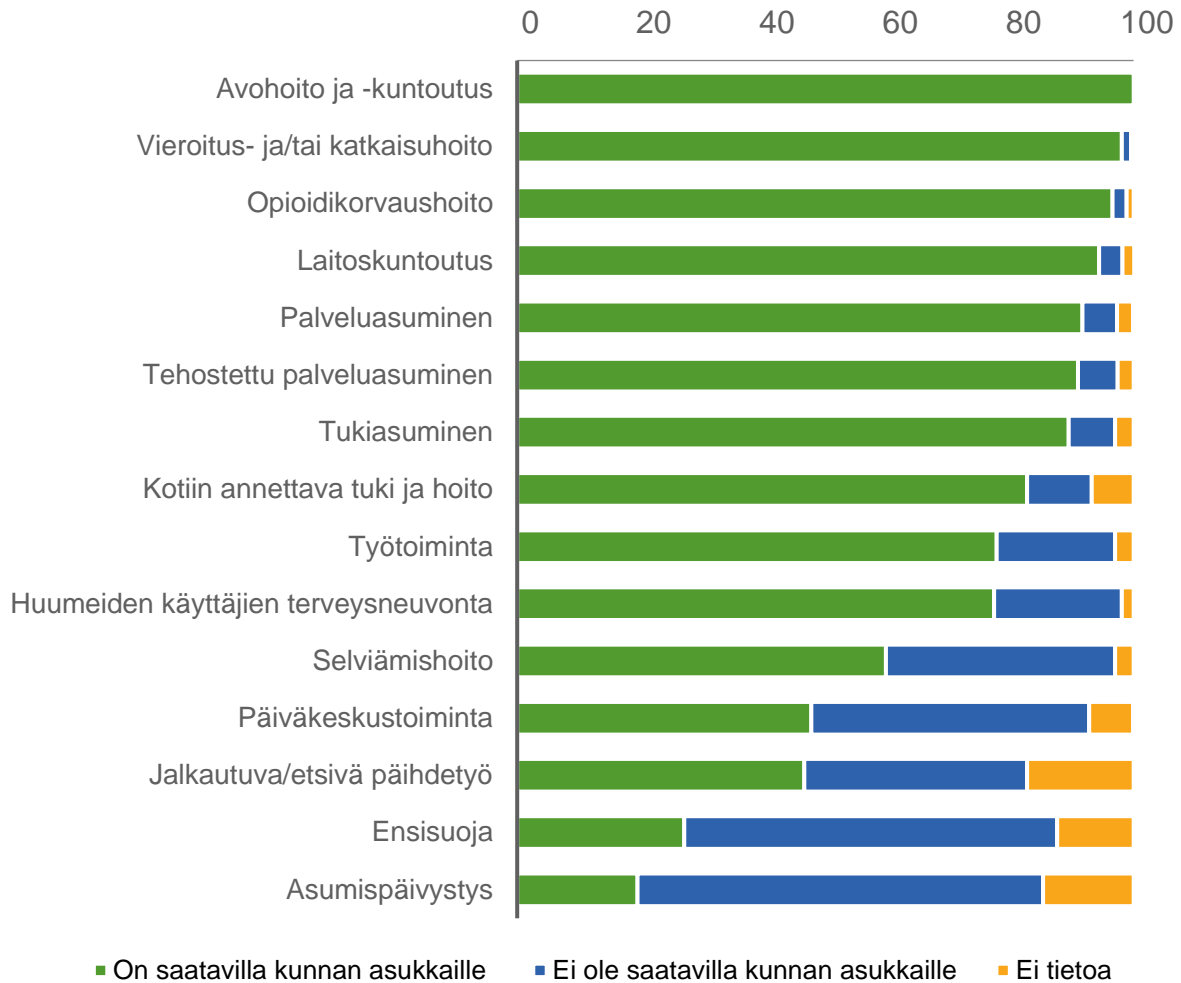
”Mitä seuraavia palveluja päihdeiden käytön tai toiminnallisten riippuvuuksien (esim. raha- tai digipelaaminen) vuoksi kuntanne tai alueenne tuottaa tai hankkii muilta toimijoilta? Merkitse vain sellaiset palvelut, joiden kustannukset kohdistuvat kunnalle. Älä merkitse palvelua, jos sen järjestää esimerkiksi järjestö eikä kunta osallistu palvelun järjestämisen kustannuksiin. Kerro erikseen, jos palvelu on saatavilla myös nuorille (alle 18-vuotiaille) esim. nuorisoasema.”

Lomakkeessa oli lista palveluja, joiden kunkin osalta vastausvaihtoehdot olivat ”on saatavilla alueen asukkaille”, ”ei ole saatavilla alueen asukkaille” sekä ”on saatavilla palvelu alueen nuorille (alle 18-v.)”<sup>4</sup>. Kysyimme siis päihde- ja riippuvuuspalvelujen saatavuudesta siltä osin, kun kunta tai alue tuottaa tai hankkii palveluja, eli pyysimme merkitsemään vain sellaiset palvelut, joiden kustannukset kohdistuvat kunnalle.

Kuviossa 10 on esitetty osuudet kunnista, joissa eri palvelut ovat saatavilla. Päihde- ja riippuvuusongelmien avohoitoon ja -kuntoutukseen tarkoitettu päihdepalvelu oli saatavilla jokaisesta kyselyn kunnasta. Vie-roitus- ja/tai katkaisuhoidon, opioidikorvaushoidon, laitospäihdehoitoon ja (tehostettua) palveluasumista oli saatavilla yli 90 prosentissa kunnista. Myös tukiasumista, kotiin annettavaa tukea ja hoitoa, työtoimintaa ja huumien käyttäjien terveysneuvontaa oli saatavilla noin 80–90 prosentissa kunnista. Selviämishoitoa oli saatavilla noin 60 prosentissa kunnista, ja päiväkeskustoimintaa sekä jalkautuvaa tai etsivää päihdetyötä hieman alle puolessa kunnista. Harvemmin oli saatavilla ensisuoja (noin 27 %) ja asumispäivystystä (noin 20 %).

---

<sup>4</sup> Tämä työpaperi keskittyy aikuisten päihde- ja riippuvuuspalveluihin, eikä tässä ole raportoitu vastauksia nuorten palvelujen saatavuudesta.



**Kuvio 10. Saatavilla olevat päihde- ja riippuvuuspalvelut manner-Suomen kunnissa (% kunnista, n=266).**

Taulukossa 5 on eri päihde- ja riippuvuuspalvelujen saatavuus yhteistyöalueittain. Avohoitoa- ja kuntoutusta oli saatavilla kaikilla yhteistyöalueilla. Huumeiden käyttäjien terveysneuvontaa oli saatavilla lähes 70 prosentissa kuntia kaikilla alueilla. Opioidikorvaushoitoa oli saatavilla vähintään noin 90 prosentissa jokaisen alueen kunnista. Päiväkeskustoimintaa oli kunnan tai alueen maksamana saatavilla noin kolmanneksessa Pohjois-Suomen kunnista. Jalkautuvaa tai etsivää työtä oli saatavilla noin kolmanneksessa Pohjois- ja Sisä-Suomen kunnista ja noin 70 prosentissa kuntia muilla alueilla. Kotiin annettavaa tukea oli saatavilla koko Suomessa, samoin kuin laitосkuntoutusta. Asumispäivystys näyttäisi keskittyvän Etelä-Suomen kuntiin. Muita asumispalveluja oli kattavasti saatavilla kaikilla alueilla, mutta ensisuoja- ja palveluasuminen keskittyivät Etelä- ja Länsi-Suomeen.

**Taulukko 5. Päihde- ja riippuvuuspalvelujen saatavuus manner-Suomen kunnissa yhteistyöalueittain (% alueen kunnista palvelu saatavilla)**

Palvelu	Pohjois-Suomen yhteistyöalue (n=57)	Itä-Suomen yhteistyöalue (n=61)	Sisä-Suomen yhteistyöalue (n=46)	Länsi-Suomen yhteistyöalue (n=54)	Etelä-Suomen yhteistyöalue (n=48)
Avohoito ja -kuntoutus	100	100	100	100	100
Huumeiden käyttäjien terveysneuvonta	69	80	74	83	89
Opioidikorvaushoito	95	97	100	89	100
Selviämishoito	56	61	59	86	46
Päiväkeskustointiminta	32	51	46	79	51
Työtoiminta	47	87	82	88	100
Jalkautuva/etsivä päihdetyö	34	67	34	69	77
Kotiin annettava tuki tai kotikatkaishoito	90	84	83	92	93
Laitoskuntoutus	93	93	100	98	98
Vieroitus- ja/tai katkaisuhoido	100	100	94	98	100
Asumispäivystys	6	30	16	19	44
Palveluasuminen	87	93	93	98	100
Tehostettu palveluasuminen	86	92	93	100	98
Tukiasuminen	86	95	82	98	100
Ensisuoja	8	16	19	69	59

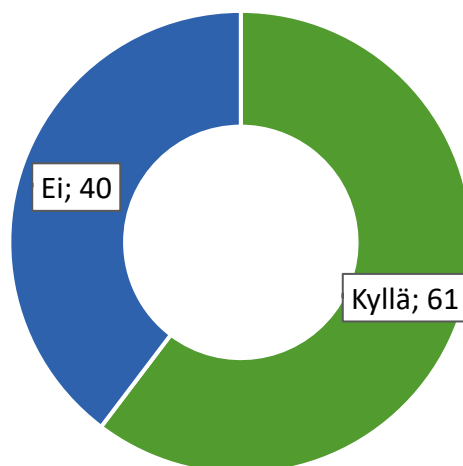
Taulukossa 6 on tarkasteltu eri palvelujen saatavuutta kunnan koon mukaan. Osassa palveluista ei ollut eroja pienempien ja suurempien kuntien välillä. Suurimmat erot olivat jalkautuvassa / etsivässä päihdetyössä, asumispäivystyksessä ja ensisuojoissa, joissa kaikissa palvelua oli useammin saatavilla suuremmissa kunnissa.

**Taulukko 6. Päihde- ja riippuvuuspalvelujen saatavuus manner-Suomessa kunnan koon mukaan (% kunnista)**

Palvelu	Alle 10 000		
	(n=174)	10 000 - 50 000 (n=71)	Yli 50 000 (n=21)
Avohoito ja -kuntoutus	100	100	100
Huumeiden käyttäjien terveysneuvonta	71	87	100
Opioidikorvaushoito	96	97	100
Selviämishoito	59	61	67
Päiväkeskustoiminta	45	51	62
Työtoiminta	73	87	86
Jalkautuva/etsivä päihdetyö	41	54	71
Kotiin annettava tuki ja hoito	81	83	100
Laitoskuntoutus	95	92	100
Vieroitus- ja/tai katkaisuhoido	98	99	100
Asumispäivystys	16	18	52
Palveluasuminen	91	90	100
Tehostettu palveluasuminen	91	90	95
Tukiasuminen	90	85	100
Ensisuoja	24	28	52

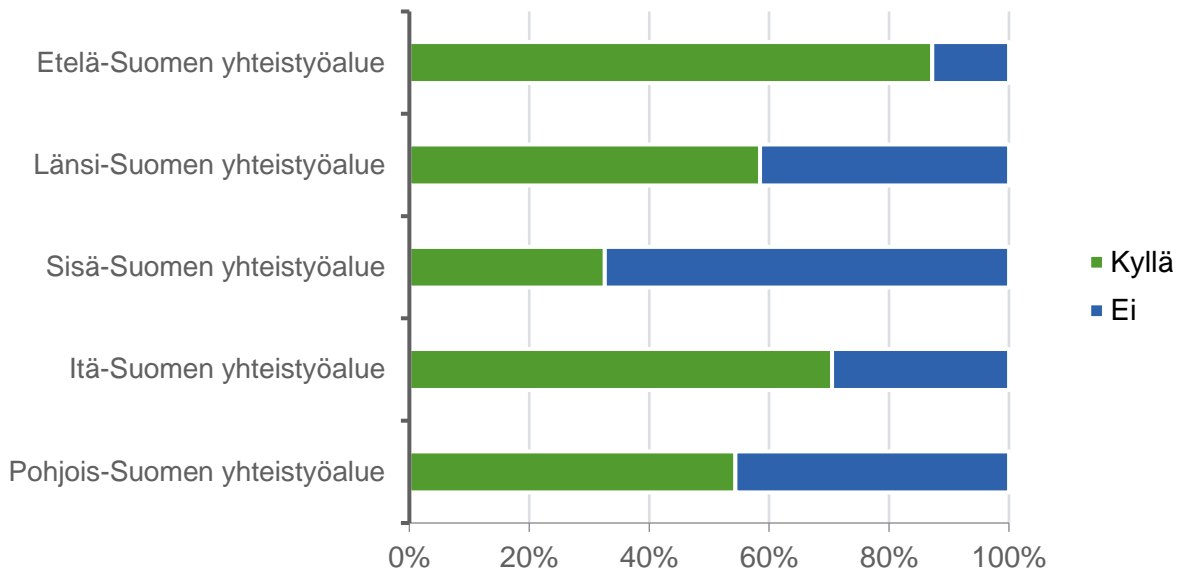
## Ympäri vuorokautinen päivystyspalvelu

Noin 60 prosentissa kuntia kunnassa tai alueella oli saatavilla ympärivuorokautinen päivystyspalvelu eli päihde- ja riippuvuusosaamista joka päivä ympäri vuorokauden (kuvio 11). Avoimiin vastauksiin oli tarkennettu, että päivystyspalvelu tarkoitti esimerkiksi selviämis- tai katkaisuhoidoasemaa, sairaalapäivystystä, sairaanhoitajan päivystyspuhelinta, sosiaali- ja kriisipäivystystä, päihde- ja mielenterveyspäivystystä muun päivystyksen yhteydessä, psykiatrista/päihdepsykiatrista päivystystä, iltavastaanottoa terveysasemalla tai erillistä mielenterveys- ja päihdepäivystystä.



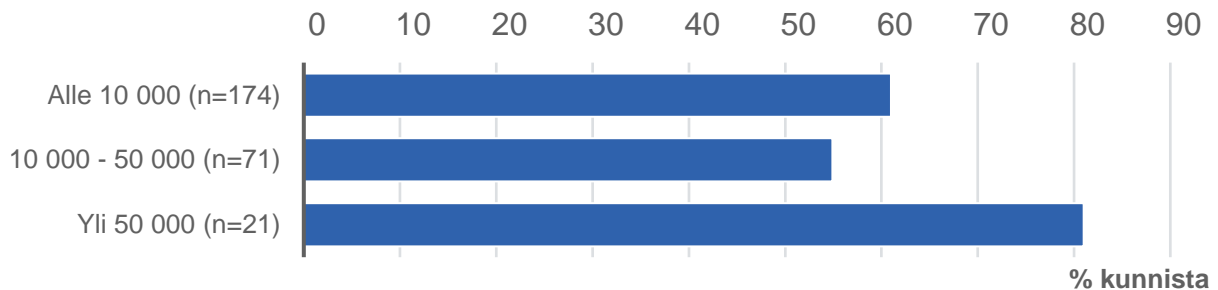
**Kuvio 11. Ympäri vuorokautisen päihde- ja riippuvuusasiakkaiden päivystyspalvelun saatavuus manner-Suomen kunnissa (% kunnista, n= 266).**

Kuviossa 12 on päihde- ja riippuvuusasiakkaiden ympärivuorokautisen päivystyspalvelun saatavuus yhteistyöalueittain. Etelä-Suomen kunnista lähes 90 prosentissa kerrottiin päihde- ja riippuvuusosaamista olevan saatavilla ympäri vuorokauden. Sisä-Suomen kunnista osuus oli hieman yli 30 prosenttia.



**Kuvio 12. Ympärivuorokautinen päivystyspalvelu päihde- ja riippuvuusasiakkaille manner-Suomen kunnissa yhteistyöalueittain (% alueen kunnista).**

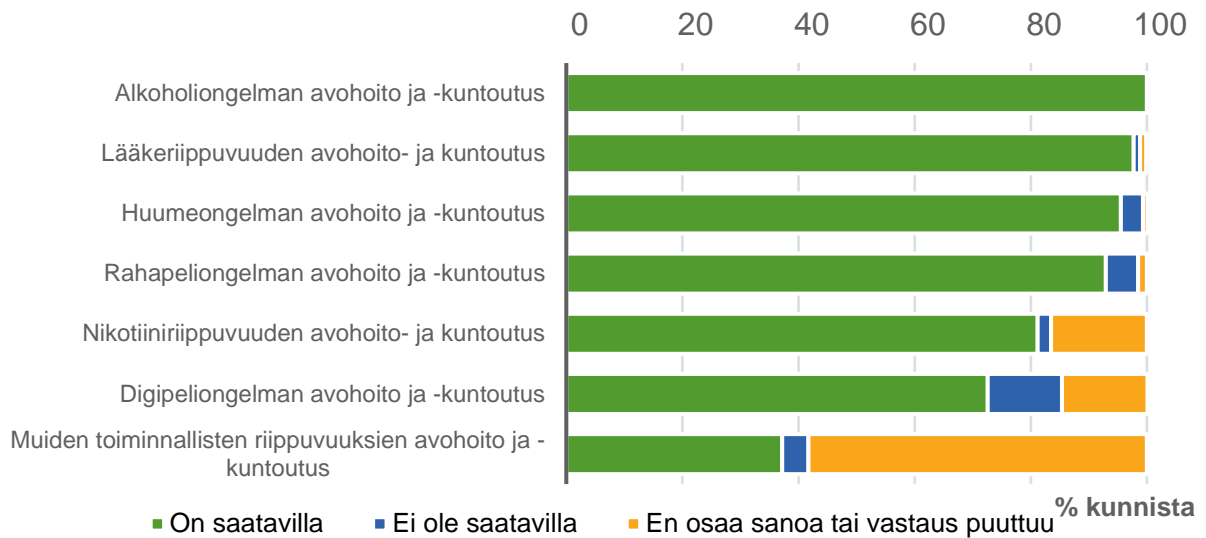
Yli 50 000 asukkaan kunnista 80 prosentissa oli ympärivuorokautinen päivystyspalvelu päihde- ja riippuvuusasiakkaille, kun pienemmissä kunnissa se oli hieman harvinaisempaa (kuvio 13).



**Kuvio 13. Ympärivuorokautinen päivystyspalvelu päihde- ja riippuvuusasiakkaille manner-Suomen kunnissa kunnan koon mukaan (% kokoluokan kunnista) (n=264).**

## Avohoidon- ja kuntoutuksen saatavuus eri riippuvuuksiin

Kysyimme avohoidon ja -kuntoutuksen saatavuudesta eri päihde- ja riippuvuusilmiöihin (kuvio 14). Kaikissa manner-Suomen kunnissa oli saatavilla avohoitoa ja -kuntoutusta alkoholiongelmaan. Yli 90 prosentissa kunnista oli saatavilla avohoitoa ja -kuntoutusta huumeongelmaan, lääkeriippuvuuteen ja rahapeli-ongelmaan. Nikotiiniriippuvuuden avohoitoa ja -kuntoutusta oli tämän kyselyn mukaan saatavilla noin 80 prosentissa kuntia. Digipeli-ongelman avohoitoa ja -kuntoutusta oli hieman yli 70 prosentissa kuntia. Muiden toiminnallisten riippuvuuksien osalta avohoitoa ja -kuntoutusta oli saatavilla noin 37 prosentissa kuntia, mutta valtaosa vastaajista (58 %) oli valinnut ”en osaa sanoa” tai ei ollut vastannut tähän kohtaan. Muista riippuvuuksista mainittiin esimerkiksi seksi-/pornoriippuvuus tai ostosriippuvuus.



**Kuvio 14. Avohoidon ja -kuntoutuksen saatavuus eri riippuvuuksiin manner-Suomen kunnissa (% kunnista, n=266).**

Taulukossa 7 on tarkasteltu palvelumuotoja eri riippuvuuksiin yhteistyöalueittain. Eroja alueiden välillä ei erityisesti ollut. Etelä-Suomen yhteistyöalueen kunnissa oli hieman muita alueita harvemmin rahapeliongelman ja huumeongelman avohoidon- ja kuntoutusta. Sisä-Suomen yhteistyöalueella taas oli hieman muita harvemmin nikotiiniriippuvuuden avohoidon ja -kuntoutusta.

**Taulukko 7. Avohoidon ja -kuntoutuksen saatavuus eri riippuvuuksiin manner-Suomen kunnissa yhteistyöalueittain (% alueen kunnista)**

Palvelumuoto	Pohjois-Suomen yhteistyöalue (n=57)	Itä-Suomen yhteistyöalue (n=61)	Sisä-Suomen yhteistyöalue (n=46)	Länsi-Suomen yhteistyöalue (n=54)	Etelä-Suomen yhteistyöalue (n=48)
Alkoholiongelman avohoito ja -kuntoutus	100	100	100	100	100
Lääkeriippuvuuden avohoito- ja kuntoutus	95	97	100	98	100
Huumeongelman avohoito ja -kuntoutus	95	97	100	98	88
Rahapeliongelman avohoito ja -kuntoutus	95	92	96	94	88
Nikotiiniriippuvuuden avohoito- ja kuntoutus	81	74	65	93	94
Digipeli-ongelman avohoito ja -kuntoutus	68	84	61	72	75
Muiden toiminnallisten riippuvuuksien avohoito ja -kuntoutus	40	43	28	26	48

# Toimintakäytännöt, asiakasosallisuus ja sote-uudistus

Viimeisessä alaluvussa kuvataan päihde- ja riippuvuuspalveluissa käytössä olevia toimintakäytäntöjä, alueellisen saavutettavuuden ja palvelusta toiseen siirtymisen käytäntöjä, asiakasosallisuutta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen liittyviä mahdollisuuksia ja uhkakuvia kyselyn keräämisen ajankohtana helmi-maaliskuussa 2022.

## Toimintakäytäntöjä päihde- ja riippuvuusongelmien tuessa ja hoidossa

Kysymykseen kunnassa tai alueella kehitetystä päihde- ja riippuvuusongelmien tuen ja hoidon innovaatiosta tai toimintamallista tuli runsaasti vastauksia. Yleisiä olivat kuvaukset moniammatillisista tai monialaisista tiimeistä, yhteistyöstä, verkostotyöstä tai työparityöskentelystä. Esimerkiksi mielenterveys- ja päihdetiimi, päihde- ja mielenterveysongelman yhtäaikaista hoitamista tai päihde- ja mielenterveyspalvelujen yhteiset palaverit olivat käytössä monella alueella. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon välinen yhteistyö ja esimerkiksi perusterveydenhuollon ja sosiaalityön yhteistyö tai työparityöskentely mainittiin useasti.

”Tiimimalli on syventänyt yhteistyön tasoa siten, että asiakasasiat ovat aidosti jaettuina ja yhteisiä, asiakasta ei siirretä luukulta toiselle, vaan hänellä on yksi yhteyshenkilö, joka pystyy ohjaamaan hänet tarvittaessa toiselle asiantuntijalle. Tiimillä on konsultoitavissa myös psykiatri.” Kunta, Etelä-Suomen yhteistyöalue

”Moniammatillinen mielenterveys- ja päihdeyksikkö toimii ’yhden oven periaatteella’. Tämä on erityisen tärkeää asiakkaiden kanssa, joilla on uloslyömisen kokemuksia. Yksikön moniammatillisessa tiimissä työskentelee psykologeja, sairaanhoitajia, asumisohjaajia, lääkäreitä ja sosiaalityöntekijä, joka on viranhaltija. Sosiaalityöntekijä voi tarvittaessa ostaa esimerkiksi asumispalveluita tai olla suoraan yhteydessä sosiaalipalveluihin.” Kunta, Länsi-Suomen yhteistyöalue

Myös hallinnollisesta integraatiosta annettiin esimerkkejä hyviä toimintamalleja kysyttäessä. Erityisesti mielenterveys- ja päihdepalvelujen yhteinen hallinto tai yksikkö saivat mainintoja. Palvelujen jatkumoon liittyviä toimintamalleja kuvattiin myös runsaasti. Eri palvelujen välinen yhteistyö nähtiin tässäkin tärkeäksi: esimerkiksi asumispalvelujen tiivis yhteistyö muiden palvelujen kanssa, lastensuojelun ja päihdepalvelujen yhteistyö, päihdetyö laajemmin perusterveydenhuollossa sekä päihdelääkärit ja psykiatrit konsultoitavissa. Laitoskuntoutuksen osalta kerrottiin erilaisista malleista, joilla pyritään turvaamaan hoidon jatkumoa: esimerkiksi laitoskuntoutuksen rinnalla päivä kuntoutuskurssi tai laitoskuntoutusjakson jälkeen liikkuvan tiimin kotikäyntejä tarvittaessa tiheästi. Toimintamalleja oli kehitetty myös asiakkaan ohjaamisessa oikeaan palveluun sekä hoitopolkujen, roolien ja asiakasprosessien selkeyttämisessä. Asiakkaalla saattoi olla yksi yhteyshenkilö, tai alkuarvioinnista lähtien tehtiin suunnitelmallista ja kuntouttavaa päihdetyötä. Hoidon sisältöön ja laatuun liittyen kuvattiin intensiiviavokuntoutuksen tai toipumisorientoituneen yhteisömuotoisen kuntoutuksen toimintamalleja. Myös eri kohderyhmiä oli huomioitu, esimerkiksi ikääntyneet, nuoret tai raskaana olevat. Asiakasosallisuudesta oli mainintoja, sekä asiakkaan osallistumisesta hoidon suunnitteluun että kokemusasiantuntijoiden hyödyntämisestä hoidon yhteydessä.

”Vi har nu då en klient placeras på rehabiliteringsanstalt finns det färdigt en plan för eftervården, då mobila teamets handledare ger genast tid då de kommer hem och gör hembesök. Besöker klienten flera gånger samma vecka om det behövs. När allt är stabilt kan tidsbeställningsmottagningen ta över med den mera långvariga kontakten.” Kunta, Etelä-Suomen yhteistyöalue

Palvelujen saavutettavuuden parantamiseen oli myös kehitetty omia toimintamalleja. Kotiin vietävistä palveluista kuvattiin esimerkiksi kotiin annettavaa päihdetyötä, kotikatkoja ja psykososiaalista kotikuntoutusta. Yllä olevassa lainauksessa kuvataan laitospalvelun jälkeistä suunnitelmaa, jossa liikkuva tiimi käy asiakkaan kotona tarvittaessa useita kertoja viikossa, kunnes tilanne tasaantuu. Etsivää, jalkautuvaa ja kohtaavaa työtä oli kehitetty monilla alueilla. Kynnystä palveluihin oli pyritty madaltamaan esimerkiksi ilman ajanvarausta olevilla palveluilla, maksuttomuudella, palveluilla ilman lähetettä, ”walk-in” palveluilla, nopealla hoitoon pääsyllä, päivystyksen ilta- ja viikonloppuaukiololla ja sähköisillä yhteydenottomenetelmillä.

## Alueellinen saavutettavuus ja palvelusta toiseen siirtyminen

Pyysimme vastaajia kuvaamaan päihde- ja riippuvuuspalvelujen yhdenvertaista saavutettavuutta alueellisesti sekä päivystyspalvelujen että pidempiaikaisen hoidon ja kuntoutuksen osalta. Sekä päivystyksen että pidempiaikaisen hoidon ja kuntoutuksen osalta yleisesti mainittuja saavutettavuutta parantavia tekijöitä olivat esimerkiksi asiakkaalle korvattava kyyti palveluun (esim. ns. Kela-taksi tai sosiaalihuollon maksusitoumus), puhelinpalvelut, etäyhteydet ja kotikäynnit tai muu liikkuva palvelu. Joissain kunnissa tai alueen keskuskunnassa oli ympärivuorokautista selviämisen- sekä katkaisu- ja vieroitushoitoa.

Yleinen käytäntö oli, että päihde- ja riippuvuusasioiden päivystyspalvelut toimivat esimerkiksi arki-aamuisin tai joinain päivinä viikossa, ja iltaisin ja viikonloppuisin päivystys tapahtui yhteispäivystyksessä esimerkiksi alueen sairaalassa tai sosiaalipäivystyksessä. Osa vastaajista kuvasi, että keskussairaalan päivystyksessä oli päihde- ja mielenterveysosaamista esimerkiksi tiettyyn kellonaikaan saakka paikalla. Kaikkialla ei ollut erillistä päihde- ja riippuvuusongelmiin keskittyvää päivystystä, vaan myös virka-aikaan päivystys oli esimerkiksi terveysasemalla.

”Terveydenhuollon päivystys on virka-ajan ulkopuolella keskitetty keskussairaalan yhteispäivystykseen. Mielenterveys- ja päihdepäivystyksen sairaanhoitajat paikalla arkisin klo 8:00-20:00, viikonloppuisin klo 10:00-20:00. Yöaikaan yhteispäivystys hoitaa, ottaa tarv. seurantaan aamun hoitoarvioon asti. Virka-aikana kuntakeskusten terveysasemien mt- ja päihdeyksiköissä työntekijät tekevät kiireelliset arviot. Matka kuntakeskukseenkin voi olla 100km, sieltä keskussairaalaan 100km. Mt- ja päihdetyöntekijät tekevät myös liikkuvaa työtä, kotikäyntejä.” Kuntayhtymä, Pohjois-Suomen yhteistyöalue

Pidempiaikaisen hoidon ja kuntoutuksen osalta oli lisäksi kuvattu toimipisteiden sijoittumista alueen eri kunnissa: joillain alueilla päihde- ja riippuvuuspalvelut olivat keskittyneet alueen keskuskuntaan, ja joillain alueilla taas oli useita toimipisteitä. Osassa kunnista julkiset kulkuyhteydet päihde- ja riippuvuuspalveluihin arvioitiin hyviksi, eikä tarvetta liikkuville tai etäpalveluille ole. Joillain alueilla välimatkat taas olivat pitkiä.

”Päihde- ja mielenterveystyöntekijän vastaanotot ovat neljässä eri toimipisteessä sekä kotikäynnit. Mutta pitkät etäisyydet ovat silti asiakkaille ongelma, koska monella ei ole oman auton käyttömahdollisuutta. Kunta on varsin laaja maantieteellisesti ajatellen. Julkista liikennettä ei ole tai sitä on varsin vähän. Korvaushoidossa olevat asiakkaat käyttävät Kela-taksia tarvittaessa.” Kunta, Länsi-Suomen yhteistyöalue

”Ylipäätään etäisyydet eivät ole pitkiä ja julkiset kulkuyhteydet ovat erinomaiset.” Kunta, Etelä-Suomen yhteistyöalue

Kysyimme vastaajilta myös esimerkkejä hyvistä käytännöistä, joilla on pyritty varmistamaan päihde- ja riippuvuuspalvelujen asiakkaiden siirtyminen palvelusta toiseen, ja toisaalta kuvauksia myös siirtymiseen liittyvistä haasteista. Yhteistyön eri muotoihin ja integraatioon liittyen asiakkaan siirtymiä edistäviksi tekijöiksi kuvattiin esimerkiksi yhteistyö mielenterveyspalvelujen ja päihde- ja riippuvuuspalvelujen tai avo- ja laitoshoidon välillä, säännölliset (verkosto)palaverit, siirtymäpalaverit, työntekijät samassa yksikössä, yhteisvastaanotot ja tiedonkulku. Hoidon suunnittelun osalta asiakaskohtainen palvelutarpeen arviointi, pitkäaikaiset omat työntekijät, ajan saamisen varmistaminen, ohjaus oikeaan palveluun, yhteistyössä tehdyt kuntoutussuunnitelmat, räätälöidyt ratkaisut, saattaen vaihtaminen palvelusta toiseen ja yhteistyö läheisten



kanssa todettiin tärkeiksi keinoiksi. Työn järjestämiseen liittyivät esimerkiksi koulutukset, joustavat työtavat, selkeä työnjako, hyvistä käytännöistä sopiminen, työnkierto, työparityöskentely ja työohjeet. Muut hyvät käytännöt asiakkaiden siirtymien varmistamiseksi liittyivät palvelujen nopeaan saatavuuteen, etäpalveluihin, potilastietojärjestelmään, asiakkaiden pieneen määrään, lyhyisiin välimatkoihin ja tuttuihin toimijoihin. Moni vastaaja kuvasi, että palvelupolkuja kehitetään jatkuvasti.

Haasteita palvelusta toiseen siirtymisessä tunnistettiin myös. Tiedonkulkuun liittyi haasteita esimerkiksi salassapitomääräysten ja eri tietojärjestelmien ja rekistereiden osalta. Resurssien ja saatavuuden haasteet näkyivät jonoina esimerkiksi psykiatrian tai vieroitushoidon palveluihin, päihdehuollon laitostuntoutuksen liian pienenä budjettina ja henkilöstön puutteena (esim. korvaushoito tai päihdelääkäri). Kaksoisdiagnoosipotilaiden haasteet saada sekä päihde- että mielenterveyspalveluja tunnistettiin. Pitkät etäisyydet ja huonot kulkuyhteydet vaikeuttivat siirtymiä ja yleisesti hoitoon hakeutumista. Yhteistyön puutteina nähtiin erityisesti erikoissairaanhoidon ja psykiatrian vähäinen rooli riippuvuussairauksien hoidossa. Myös vähäinen yhteistyö vammaispalvelujen kanssa mainittiin.

Kyselyssä kysyttiin laitostuntoutuksen päätöksenteon prosessista ja yleisimmistä kriteereistä hylätä hakemus sosiaalihuollon laitostuntoutukseen. Päätöksen laitostuntoutukselta teki ja maksusitoumuksen myönsi useimmiten sosiaalityöntekijä, johtava sosiaalityöntekijä tai perusturva-/sosiaalijohtaja. Yleistä oli, että palvelutarpeen arvion tekemiseen osallistui moniammatillinen työryhmä. Joillain alueilla päätöksen teki ja maksusitoumuksen myönsi ylilääkäri, lääkäri tai päihdelääkäri. Osassa alueita oli eriytetty sosiaalihoitolain ja terveydenhuoltolain alaiset päätökset.

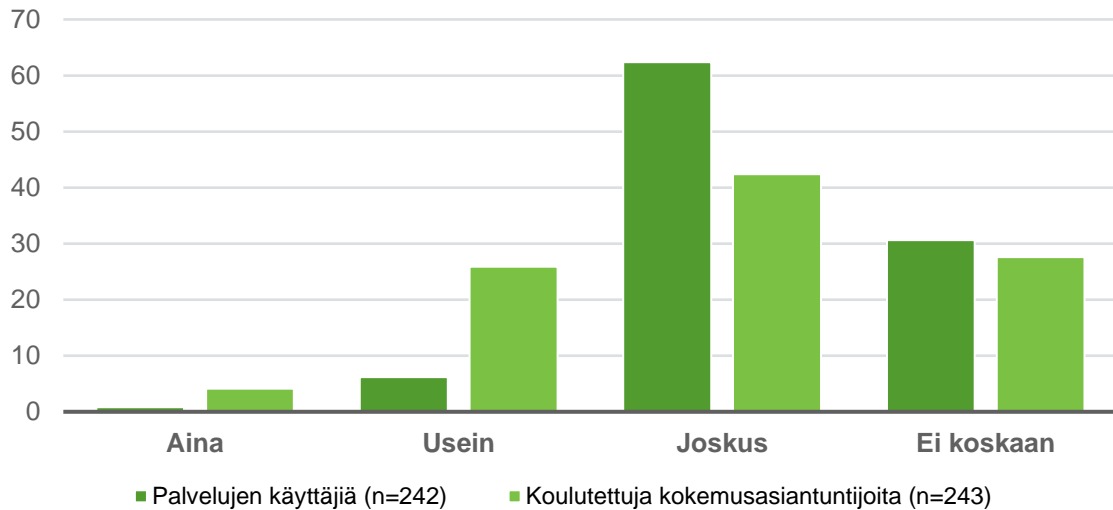
Osa vastaajista kuvasi, että laitostuntoutukseen tai ainakin katkaisuhuoltoon pääsee tarvittaessa heti. Osalla alueista on esimerkiksi 3–5 käyntikerran prosessi, jossa tarvetta kuntoutukselle arvioidaan.

”Laitostuntoutukseen lähteminen ei vaadi yleensä kiireellistä päätöstä, mutta joissakin tilanteissa kuntoutukseen siirtyminen viivytyksettä on asiakkaan edun mukaista. Laitostuntoutukseen siirtymistä viivytyksettä mietitään tilannekohtaisesti. Kiireellisestä päihdehuollon laitostuntoutukselta päättävät mielenterveys- ja päihdepalvelujen johtaja ja sosiaalityöntekijä sekä sairaanhoitaja yhteistyössä päihdekliniikan lääkärin kanssa.” -Itä-Suomen yhteistyöalue

Kielteisiä päätöksiä laitostuntoutukselta oli tehty esimerkiksi silloin, kun asiakas oli oma-aloitteisesti mennyt laitostuntoutukseen ilman kontaktia sosiaali- tai terveydenhuoltoon. Tämä nähtiin potilasturvallisuuskysymyksenä: kunnan tai alueen täytyy varmistaa, että yksiköissä on tarvittava osaaminen. Halutaan myös varmistaa hoidon suunnitelmallisuus.

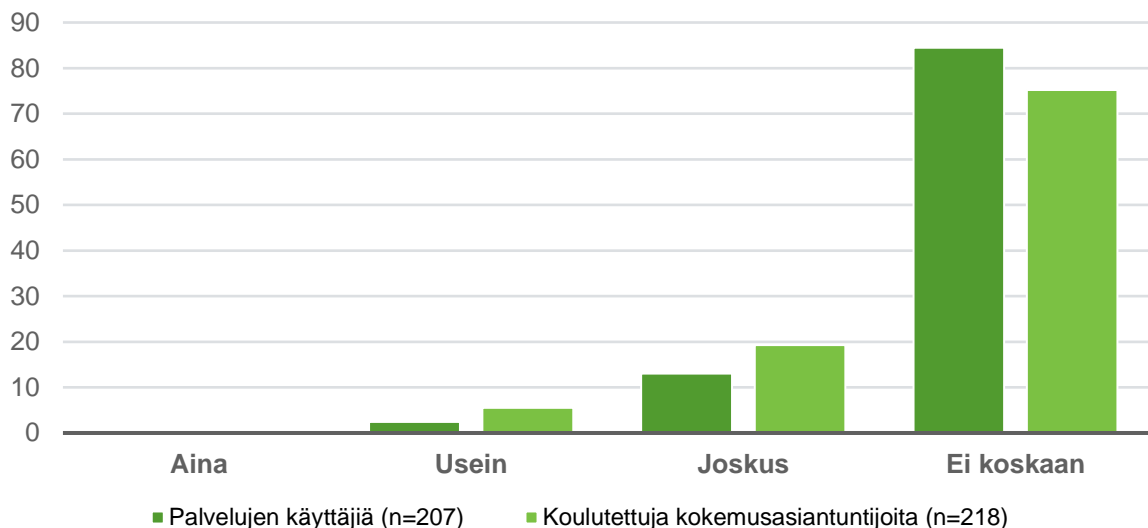
## Asiakasosallisuus

Kysyimme vastaajilta asiakkaiden ja kokemusasiantuntijoiden osallisuudesta päihde- ja riippuvuuspalvelujen järjestämisessä. Kuvioissa 15 ja 16 on vastausten jakaumat kysymykseen palvelujen käyttäjien tai kokemusasiantuntijoiden osallisuudesta palvelujen kehittämiseen ja hankintojen suunnitteluun. Osuudet on laskettu niistä kunnista, joiden osalta tähän kysymykseen oli vastattu jokin näistä vaihtoehdoista. Yhtenä vastausvaihtoehtona oli, että asia ei koske kuntaa tai aluetta.



**Kuvio 15. Kunnan tai alueen päihde- ja riippuvuuspalvelujen kehittämisessä mukana palvelujen käyttäjiä tai koulutettuja kokemusasiantuntijoita manner-Suomen kunnissa (% kunnista, jotka vastanneet tähän kysymykseen).**

Päihde- ja riippuvuuspalvelujen kehittämisessä oli palvelujen käyttäjiä joskus mukana noin 60 prosentissa kunnista ja koulutettuja kokemusasiantuntijoita noin 40 prosentissa kunnista. Noin joka neljännessä kunnassa koulutettuja kokemusasiantuntijoita oli mukana palvelujen kehittämisessä usein, ja vain harvassa kunnassa aina. Hieman alle kolmanneksessa palvelujen käyttäjiä tai kokemusasiantuntijoita ei ollut palvelujen kehittämisessä koskaan mukana.



**Kuvio 16. Kunnan tai alueen päihde- ja riippuvuuspalvelujen tuen ja hoidon kilpailutusten tai hankintojen suunnittelussa mukana palvelujen käyttäjiä tai koulutettuja kokemusasiantuntijoita manner-Suomen kunnissa (% kunnista, jotka vastanneet tähän kysymykseen).**

Päihde- ja riippuvuuspalvelujen tuen ja hoidon kilpailutuksissa tai hankintojen suunnittelussa oli mukana palvelujen käyttäjiä tai koulutettuja kokemusasiantuntijoita verrattain harvoin. Noin joka viidennessä kunnassa koulutettuja kokemusasiantuntijoita oli joskus mukana kilpailutuksissa ja palvelujen käyttäjiä oli

joskus mukana hieman yli 10 prosentissa kuntia. Yli 80 prosentissa kunnista palvelujen käyttäjiä ja yli 70 prosentissa koulutettuja kokemusasiantuntijoita ei ollut koskaan mukana kilpailutuksissa tai hankintojen suunnittelussa.

## Ajatuksia sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksesta

Pyysimme vastaajia arvioimaan kyselyn ajankohdassa vielä tulevan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen mahdollisuuksia ja uhkakuvia. Mahdollisuuksiksi arvioitiin yhdenvertaisuuden paraneminen yhteisten toimintamallien, yhtenäisten palveluun pääsyn kriteerien, yhteisten koulutusten ja hyvien käytäntöjen jakamisen kautta. Lisäksi arveltiin, että palvelut voivat olla tasalaatuisempia ja paremmin saavutettavia laajemmille asiakasmäärille ja pidempinä aukioloina. Peliriippuvuudet nostettiin esiin yhtenä kokonaisuutena, joissa erityisosaamisen levittäminen helpottuu ja palvelun tuottaminen ylipäänsä mahdollistuu laajemmalla alueella. Myös huume- ja lääkeriippuvuuksien osalta toivottiin erityisosaamisen lisääntymistä. Yhteistyön ja integraation lisääntymistä odotettiin myös, esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon, päihde- ja mielenterveyspalvelujen ja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen sekä ehkäisevän päihdetyön ja korjaavien palvelujen välillä. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palvelujen lähentymistä odotettiin. Erityisesti päihdelääkärin konsultaatiomahdollisuutta kaivattiin. Kaiken kaikkiaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen arveltiin tuovan kokonaisvaltaisempaa suunnittelua ja toteutusta päihde- ja riippuvuuspalveluihin.

”Asiakkaan on toivottavasti helppo löytää oikea taho mihin olla yhteydessä. Kokonaisuus on selkeämpi ja yhtenäisempi koko alueella ja palvelu sitä kautta tasalaatuisempaa.” Kuntayhtymä, Sisä-Suomen yhteistyöalue

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen uhkakuvia olivat palvelujen keskittäminen, jolloin alueellinen saavutettavuus heikkenee ja paikallistuntemus vähenee. Pelättiin myös, että terveydenhuolto tulee korostumaan sosiaalihuollon kustannuksella, jolloin päihde- ja riippuvuustyötä toteutetaan mielenterveystyölle alisteisena, liiallinen diagnosointi korostuu ja vaarana on, että sosiaalihuollosta tulee ”leimasin päätöksille”. Uhkana nähtiin myös johtamisen siirtyminen etäälle palveluista ja resurssien väheneminen. Palvelujen pirstaloitumisen vaarana on, että hoitoon pääsy vaikeutuu, asiakkaat tippuvat pitkistä prosesseista ja siiloutuminen eri palvelujen välillä jatkuu. Pelättiin, että joustavuus vähenee, eikä palveluita voi enää hankkia asiakkaan tarpeiden mukaisesti.

”Jos lähipalvelut siirtyvät kauas, asiakkaiden hakeutuminen palveluihin huononee ja ammattilaisten paikallinen tuntemus ja tietämys asiakkaista ja toimintaympäristöstä häviää.” Yhteistoiminta-alue, Sisä-Suomen yhteistyöalue

”Yhteisen budjetin niukkuus. Riittävätkö rahat oikea-aikaisiin ja tarkoituksenmukaisiin palveluihin. Nyt jo on nähtävissä, että alueella (hv-alue) jotkut kunnat ohjaavat asiakkaita ns. matalan kynnyksen tai maksuttomiin palveluihin sen sijasta, että he pääsisivät esim. vuoden mittaiseen avohoitoon tai riittävän pituiselle laituskuntoutusjaksolle.” Kunta, Länsi-Suomen yhteistyöalue

# Lopuksi

Tässä tutkimuksessa on käsitelty päihde- ja riippuvuuspalvelujen saatavuutta, palvelujen järjestämistä ja niiden tuottamista ja valvontaa manner-Suomen kunnissa alkuvuonna 2022. Tiedonkeruu oli ensimmäinen laatuaan ja se tehtiin ajankohdassa, jossa palvelujen järjestämisen vastuu oli vielä kunnissa tai alueilla, ja lainsäädäntöä ohjasi päihdehuoltolaki muun sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjaavan lainsäädännön rinnalla. Vuoden 2023 alusta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ja pelastustoimen järjestämisen vastuu siirtyi hyvinvointialueille. Myös päihdehuoltolain voimassaolo päättyi muiden kuin tahdosta riippumatonta päihdehoitoa koskevien pykälien osalta, ja ohjaus on siirtynyt terveydenhuolto- ja sosiaalihuoltolakeihin (HE 197/2022). Nyt kerätty tieto onkin tärkeää päihde- ja riippuvuuspalvelujen tilannekuvan saamiseksi. Tiedon merkitys korostuu, kun jatkossa yritetään ymmärtää, miten päihde- ja riippuvuuspalvelut on järjestetty hyvinvointialueilla ja onko sote-uudistuksen yksi perustavoite, palvelujen saatavuus, parantunut näiden palvelujen osalta. Palvelujen saatavuuden parantaminen on ollut myös mielenterveys- ja päihdehuoltolakien uudistamisen taustalla (HE 197/2022). Lisäksi mielenterveysstrategiassa (Vorma ym. 2020) ja päihde- ja riippuvuusstrategiassa (Kotovirta ym. 2021) on nostettu esiin palvelujen saatavuuteen ja laatuun liittyviä kysymyksiä.

## *Monenlaisia rakenteita*

Tässä tutkimuksessa selvitettiin päihde- ja riippuvuuspalvelujen erilaisia järjestämisen ja tuottamisen tapoja. Palveluntuotannon osalta kysyttiin, tuottiko eri päihde- ja riippuvuuspalveluja kunta ja/tai alue vai olivatko ne yritysten, järjestöjen tai jonkin muun tuottamia. *Kunnat* olivat palveluntuottajina erityisen usein työtoiminnassa, jalkautuvassa/etsivässä päihdetyössä sekä kotiin annettavassa tuessa tai kotikatkaisuhoidossa. *Sairaanhoitopiirien, yhteistoiminta-alueiden, sote-alueiden tai kuntayhtymien* tuottamia palveluita olivat avohoito- ja kuntoutus, opioidikorvaushoito, huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteet, selviämishoito sekä asumispäivystys. *Yritykset* tuottivat erityisesti asumiseen liittyviä palveluita (palveluasuminen, tehostettu palveluasuminen, tukiasuminen) ja laitospalveluita. *Järjestöt ja säätiöt* tuottivat puolestaan päiväkeskustoimintaa, työtoimintaa sekä laitospalveluita.

Päihdepalvelujen järjestämistapa vaihtelee Suomessa kunnan koon ja sijainnin mukaan. Aiempien tutkimusten mukaan suurissa kunnissa erilaisia päihdepalveluja on enemmän tarjolla ja esimerkiksi päihdesairauksien osalta Itä- ja Pohjois-Suomessa käytetään enemmän terveydenhuollon vuodeosastohoitoa, kun taas Etelä- ja Keski-Suomessa hoito painottuu päihdehuollon laitospalveluihin. Palveluita voidaan tuottaa kunnan itsensä järjestämänä, kuntayhtymien tai muiden vastaavien aluetoimijoiden järjestäminä tai niitä voidaan hankkia järjestöiltä tai yksityisiltä palvelun tuottajilta. (Partanen 2021.) Suomessa järjestöillä on pitkät perinteet päihdepalvelujen tuottajana. Yksityisten palveluntuottajien rooli on sen sijaan ollut vähäisempi. (Schneider ym. 2016.) Laitosmuotoista päihdekuntoutusta käsittelevässä tutkimuksessa mukana olleista 34 hoitoyksiköstä lähes 80 prosenttia oli yksityisiä palveluntuottajia vuonna 2021. Tässä yhteydessä yksityiseksi palvelutuotannoksi luettiin myös järjestöjen tuottamat palvelut. (Nevalainen ym. 2022.) Vuonna 2021 kuuden suurimman kunnan päihdehuollon palvelujen kokonaiskustannukset (avopalvelut, kotiin vietävät palvelut, asumispalvelut ja laitospalvelut) jakaantuivat siten, että kustannuksista 55 prosenttia liittyi kunnan omaan toimintaan ja 45 prosenttia ostopalveluihin (Kuuden suurimman kaupungin... 2022).

Tämän kyselyn tulosten mukaan valtaosassa päihde- ja riippuvuuspalveluita pääasiallisena palvelun tuottajana oli talvella 2022 kunta ja/tai alue. Asumispalvelujen, päiväkeskustoiminnan ja laitospalvelun osalta palvelun tuottajana oli kuitenkin yritys, järjestö tai jokin muu. Tutkimuksen tulosten perusteella näyttää siltä, että kunnissa/alueilla osa päihde- ja riippuvuuspalvelusta tuotetaan itse ja osa toteutetaan ulkopuolisina hankintoina.

Päihde- ja riippuvuuspalveluja järjestetään sekä sosiaali- että terveydenhuollon hallinnonaloilla. Tämän kyselyn tulosten mukaan opioidikorvaushoito, vieroitushoito ja huumeiden käyttäjien terveysneuvonta olivat pääosin terveydenhuollon hallinnon alaisuudessa toimivia palveluita. Sosiaalihuollon hallinnon alaisuudessa

järjestettiin erilaista palvelu- ja tukiasumista sekä työtoimintaa. Päihde- ja riippuvuusongelmien avohoitoon ja kuntoutukseen tarkoitetut palvelut olivat puolestaan usein sekä terveyden- että sosiaalihuollon alaisia palveluita. Päihde- ja riippuvuusongelmien avohoito ja -kuntoutus voi vaatia erilaisia hoito- ja tukimuotoja sekä terveyden- että sosiaalihuollon ammattilaisilta. Kehitys siihen suuntaan, että palvelut ovat sekä sosiaali- että terveydenhuollon hallinnonalalla voikin parantaa saavutettavuutta ja laatua. Käytännön järjestämisen tavat kahdella hallinnonalalla olemiselle vaihtelevat.

Rakenteiden osalta päihde- ja riippuvuuspalveluita on mahdollista tyypitellä sen mukaan ovatko ne julkisia tai yksityisiä palveluja, ja sijoittuvatko ne terveydenhuoltoon, sosiaalihuoltoon, sekä terveyden- että sosiaalihuoltoon tai jollekin muulle hallinnonalalle. Tässä tutkimuksessa *julkisia terveydenhuoltoon* kuuluvia palveluja olivat opioidikorvaushoito, vieroitus- ja katkaisuhoidot, huumeiden käyttäjien terveysneuvonta sekä selviämishoito. *Yksityisiä, sosiaalihuoltoon* kuuluvia palveluja olivat puolestaan erilaiset asumiseen liittyvät palvelut (tukiasuminen, palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen). Lisäksi oli palveluita, jotka olivat *julkisia ja sijoittuivat sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnalle*. Tällaisia palveluja olivat avohoito- ja kuntoutus, kotiin annettava tuki / kotikatko sekä jalkautuva ja etsivä päihdetyö. Työtoiminta, ensisuoja ja päiväkeskus olivat *julkisen ja yksityisen palvelutuotannon rajapinnalla olevia sosiaalihuollon palveluja*. Asumispäivystys oli pääsääntöisesti julkista sosiaalihuollon palvelua ja laituskuntoutus puolestaan yksityistä sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnalla olevaa palvelua. Jatkotutkimuksissa tyypitellään tarkemmin eri päihde- ja riippuvuuspalveluja niiden järjestämisen tavan mukaan. Selvää on, että manner-Suomessa on monia erilaisia tapoja järjestää päihde- ja riippuvuuspalveluja.

Reilussa 60 prosentissa kuntia päihde- ja riippuvuuspalvelut oli järjestetty hallinnollisesti yhdessä jonkun muun palvelun kanssa. Noin puolessa vastanneista kunnista päihde- ja riippuvuuspalvelut oli integroitu mielenterveyspalvelujen kanssa. Toisaalta kerrottiin, että palvelut voivat olla myös osa yhdistettyjä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Tutkimuksessa nousi esiin, että riippumatta siitä, millä hallinnonalalla palvelut olivat, yhteistyötä tehdään tiiviisti eri sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen välillä. Toimivan yhteistyön haasteina mainittiin hallintovastuuseen, tietojärjestelmiin ja resursseihin liittyviä kysymyksiä. Verkostot, palvelupolut, avoin kommunikointi, hoidontarpeen arvioinnin selkeyttäminen sekä yhteiset tietojärjestelmät mainittiin puolestaan yhteistyötä edistävinä tekijöinä. Sekä mielenterveysstrategiassa (Vorma ym. 2020) että päihde- ja riippuvuusstrategiassa (Kotovirta ym. 2021) korostetaan asiakkaan tarpeenmukaisten palvelujen järjestämistä palveluja yhteensovittamalla ja koordinoimalla. Päihde- ja mielenterveysongelmien takia hoidossa olevilla asiakkailta ja potilailta on usein samanaikaisia päihde- ja mielenterveyshäiriötä sekä lisäksi myös erilaisia fyysisiä tai sosiaalisia ongelmia, kuten sairaudet, pienituloisuus, perheen ongelmat, asumisen ongelmat tai koulutukseen ja työllisyyteen liittyvät tilanteet. Palvelujen yhteensovittaminen onkin tärkeää erityisesti asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella palvelujen yhteensovittamista tehdään kunnissa ja alueilla, mutta siinä on vielä kehitettävää. Mielenterveyspalvelujen lisäksi päihde- ja riippuvuuspalvelujen yhteensovittamista ja integraatiota tarvitaan eri palveluihin ja ilmiöihin esimerkiksi köyhyyden ja eriarvoisuuden torjumisessa.

Tässä tutkimuksessa selvitettiin myös päihde- ja riippuvuuspalvelujen valvontaan liittyviä kysymyksiä. Valvonta perustuu ensisijaisesti omavalvontaan ja sillä tarkoitetaan toiminnan jatkuvaa arviointia ja kehittämistä asiakkaan näkökulmasta. Viranomaisvalvonta puolestaan edistää ja varmistaa omavalvontaa, ja puuttuu toimintaan silloin, jos omavalvonta ei ole ollut riittävää. Omavalvontasuunnitelma on kirjallinen suunnitelma, jossa määritellään toimintatavat ja se, miten toimintaa seurataan ja sen laatiminen on lakisääteinen velvollisuus sosiaalipalveluissa. (Valvira 2022a.) Myös terveydenhuollon toimintayksiköiden tulee tehdä laadunhallintaa ja potilasturvallisuutta käsittelevä suunnitelma (Valvira 2022b). Tässä tutkimuksessa mukana olleista kunnista omavalvontasuunnitelma/potilasturvallisuussuunnitelma oli tehty yli 70 prosentissa niissä päihde- ja riippuvuuspalveluissa, jotka olivat kunnan itse tuottamia. Jos suunnitelmaa ei ollut tehty, vastaajat kertoivat, että omavalvontasuunnitelmia ei välttämättä tehty erikseen päihde- ja riippuvuustyöhön, vaan suunnitelmat tehtiin yleisemmin aikuissosiaalityöhön tai potilastyöhön. Ostettujen palvelujen omavalvontasuunnitelmat olivat käytössä noin kolmessa neljästä kunnasta. Ostopalveluja valvottiin useammin kuin itse järjestettyjä palveluita. Reilussa 60 prosentissa kuntia tehtiin tarkastuskäyntejä ostopalveluihin vuosittain, kun omiin yksiköihin valvontakäyntejä tehtiin vuosittain 36 prosentissa kunnista. Valvontakäynteihin

liittyvissä tuloksissa saattaa kuitenkin näkyä koronaepidemia, jonka aikana valvontakäyntejä on tehty vähemmän kuin aikaisemmin.

### *Palvelujen saatavuus*

Tiedetään, että päihdepalveluihin pääsyssä saattaa olla erilaisia esteitä (Mäkilä ym. 2022; Perälä & Leppo 2022; Virokannas 2017). Esimerkiksi Heidi Vanjusov (2022) toteaa tuoreessa väitöskirjassaan, että tiedonkulkuun, palvelujen etäisyyksiin, asiakkaaseen kohdistuviin odotuksiin sekä palvelujärjestelmään liittyviin erilaisiin hallinnollisiin ratkaisuihin liittyvät kysymykset saattavat olla esteitä palvelujen yhdenvertaiselle saavutettavuudelle. Tässä tutkimuksessa selvitettiin erilaisten päihde- ja riippuvuuspalvelujen saatavuutta kunnissa ja alueilla. Tutkimusaineisto ei anna mahdollisuutta arvioida palvelujen saavutettavuutta, mutta kyläkin sitä, missä määrin päihde- ja riippuvuuspalveluja on ylipäätään saatavilla.

Valtaosa kunnista ja alueista ilmoitti kysytyjä päihde- ja riippuvuuspalveluita olevan saatavilla. Esimerkiksi avomuotoista päihde- ja riippuvuushoitoa ja -kuntoutusta oli saatavilla kaikissa kyselyyn vastanneissa kunnissa. Myös vieroitus- ja katkaisuhoidon, opioidikorvaushoitoa, laitospalveluita kuntoutusta sekä asumispalveluja oli saatavilla valtaosassa kuntia. Erilaisten matalan kynnyksen palvelujen osalta tilanne oli kuitenkin toinen. Matalan kynnyksen päihde- ja riippuvuuspalveluja ei ole saatavilla kaikkialla Suomessa, ja eroja oli sekä alueellisessa että kunnan koon mukaisessa tarkastelussa. Esimerkiksi ensisuojia ja asumispäivystystä oli selvästi eniten saatavilla Etelä- ja Länsi-Suomessa. Huumeiden käyttäjien terveysneuvontaa oli saatavilla lähes 70 prosentissa kuntia kaikilla alueilla. Ensisuojista yli puolet oli kunnissa tai alueilla, joissa oli enemmän kuin 50 000 asukasta ja näin oli myös asumispäivystyksissä. Myös jalkautuvaa ja etsivää työtä, huumeiden käyttäjien terveysneuvontaa sekä päiväkeskustoimintaa oli enemmän suurissa, yli 50 000 asukkaan kunnissa kuin pienemmissä kunnissa. Näyttääkin siltä, että erityisesti matalan kynnyksen palvelut olivat keskittyneet suuriin kuntiin, kun taas pienemmissä kunnissa näitä palveluja oli vähemmän saatavilla. Pienissä kunnissa saattaa kuitenkin olla ratkaisuja, jotka eivät tässä tutkimusasetelmassa tule esiin. Esimerkiksi hätämaajoitusta saatetaan järjestää asumispalvelujen yhteydessä tai päiväkeskustoiminta saattaa olla toimintaa, jota ei ole suunnattu ainoastaan päihde- ja riippuvuusongelmista kärsiville asiakkaille. Lienee kuitenkin selvä, että asiakkaiden matalan kynnyksen palvelujen saatavuus ei toteudu yhdenvertaisesti eri kokoisissa kunnissa ja eri puolella Suomea. Kyselyssä painotettiin eri kysymyksissä, että tarkoitetaan kunnan tai alueen itse tuottamia tai ostamia palveluja. Alueilla voi olla järjestöjen muulla rahoituksella järjestämää matalan kynnyksen toimintaa.

Päihde- ja riippuvuuspalvelujen ympärivuorokautista päivystyspalvelua oli saatavilla noin 60 prosentissa kunnista. Päivystyspalvelulla tarkoitettiin useita erilaisia asioita: selviämisen- tai katkaisuhoidoasemaa, sairaalapäivystystä, sairaanhoitajan päivystyspuhelinta, kriisipäivystystä, muun päivystyksen yhteydessä olevaa päihde- ja mielenterveyspäivystystä, iltavastaanottoa terveysasemalla tai erillistä mielenterveys- ja päihdepäivystystä. Päihde- ja riippuvuuspalvelujen päivystys oli tyypillisesti toiminnassa arki-aamuisin tai joinain päivinä viikossa. Iltaisin ja viikonloppuisin päivystys oli usein järjestetty osaksi yhteispäivystystä, joissa päihde- ja mielenterveysasioihin liittyvää osaamista oli paikalla muutoin kuin yöaikaan. Myös päihde- ja riippuvuuspalvelujen osalta havaittiin sekä alueellisia että kunnan kokoon liittyviä eroja. Päivystyspalveluja oli muita alueita enemmän tarjolla Etelä-Suomen yhteistyöalueella ja suurissa, yli 50 000 asukkaan kunnissa.

Laitospalveluita päihdehoitoa ja -kuntoutusta käsittelevässä kyselytutkimuksessa selvisi, että hoitoyksiköt tarjoavat palveluja monipuolisesti erilaisiin päihdeistä ja muusta riippuvuuskäyttäytymisestä liittyviin ongelmiin (Nevalainen ym. 2022). Myös tämän tutkimuksen tulokset kertovat siitä, että avomuotoista hoitoa ja kuntoutusta on saatavilla erilaisiin riippuvuuksiin. Alkoholi-ongelmien, lääkeriippuvuuden, huume-ongelmien ja rahapeliongelmiin hoitoon oli tarjolla palveluita lähes kaikissa kunnissa. Myös nikotiiniriippuvuuteen sekä digipeliongelmiin oli tarjolla avohoitoa ja -kuntoutusta valtaosassa kunnista. Näiden lisäksi kyselyssä mainittiin myös esimerkiksi ostosriippuvuus, seksiriippuvuus tai syömishäiriöt. Tämän kysymyksen yhteydessä ei Suomessa havaittu alueellisia eroja.

Tämän tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että suomalaisissa kunnissa on saatavilla monipuolisuudeltaan vaihtelevia päihde- ja riippuvuuspalveluja. Suuressa osassa kuntia on myös mahdollisuus saada apua näihin ongelmiin ympärivuorokauden ja kaikkina viikonpäivinä. Päihde- ja riippuvuuspalveluissa sekä

päivystyspalveluissa on kuitenkin yhä suuria alueellisia eroja, ja myös kunnan koko vaikuttaa siihen, miten palveluita on kunnassa saatavilla. Havainnot ovat samansuuntaisia kuin aikaisemmissa tutkimuksissa (Partanen 2021; Samposalo 2018; Kuussaari 2017). Myös erilaisiin riippuvuuksiin näyttäisi kunnissa olevan saatavilla avohoitoa ja -kuntoutusta. Palveluvalikko näyttääkin olevan monipuolinen ja erilaisiin tarpeisiin näyttäisi olevan palvelua saatavilla, vaikkakin erityisesti matalan kynnyksen palvelut, kuten ensisuoja tai asumispäivystys ovat keskittyneet suurempiin kuntiin. Kuten edellä jo todettiin, tämän tutkimuksen perusteella ei kuitenkaan pystytä sanomaan, onko hoito kaikkien saavutettavissa. Tämän tutkimuksen tulokset eivät siis kerro siitä, että päihde- ja riippuvuusongelmista kärsivien henkilöiden oikeus hoitoon toteutuu. Sote-uudistuksen tavoitteena on yhdenvertaisten ja laadukkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen turvaaminen hyvinvointialueilla sekä myös palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden parantaminen. Nähtäväksi jää, kuinka hyvinvointialueilla päästään tavoitteisiin. Erityisesti palvelujen saavutettavuuteen liittyviin kysymyksiin on syytä kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota.

### *Toimintakäytännöt, asiakasosallisuus ja sote-uudistus*

Kyselyssä kerättiin tietoa erilaisista päihde- ja riippuvuusongelmien tukeen ja hoitoon liittyvistä innovaatioista ja toimintamalleista. Näistä olikin runsaasti kirjauksia aineistossa. Kuvattiin esimerkiksi monialaiseen yhteistyöhön, palvelujen jatkumoon, hoidon sisältöön ja laatuun sekä palvelujen saavutettavuuden parantamiseen liittyviä toimintamalleja. Kuvaukset kertovat siitä, että kunnissa ja alueilla pyritään kehittämään palveluita jatkuvasti, jotta ne paremmin vastaisivat kansalaisten tarpeisiin ja olisivat yhdenvertaisesti ja helposti saavutettavissa niin, että erilaisia esteitä olisi mahdollisimman vähän. Moniammatillisen yhteistyön merkitystä on korostettu päihde- ja riippuvuusongelmista kärsivien ihmisten tuessa ja hoidossa jo vuosikymmeniä, eivätkä siihen nähden moniammatilliset tiimimallit vaikuta erityisen uusilta. Enemmän herää kysymys, onko rakenteissa jotakin, mikä estää sen, että yli ammatti- ja sektorirajojen tehtävä yhteistyö on yhä nykyään vaikeaa.

Asiakasosallisuudella tarkoitetaan sitä, että asiakkaat otetaan aktiivisesti mukaan palvelujen suunnitteluun, järjestämiseen, tuottamiseen, kehittämiseen ja arviointiin. Osallisuus eroaa osallistumisesta, koska siinä asiakas on aktiivinen suhteessa päätöksentekoon ja asiakkaalla on näin ollen mahdollisuus vaikuttaa palveluprosessiin. (esim. Leeman & Hämäläinen 2016.) Tässä tutkimuksessa yritimme päästä kiinni asiakasosallisuuden kysymällä yhtäältä sitä, missä määrin palvelujen käyttäjiä tai kokemusasiantuntijoita oli mukana kunnan tai alueen palvelujen kehittämisessä ja toisaalta sitä, oliko heitä otettu mukaan päihde- ja riippuvuuspalvelujen tuen ja hoidon kilpailutusten tai hankintojen suunnitteluun. Noin 60 prosentissa kuntia ja alueita asiakkaat ovat olleet mukana palvelujen kehittämisessä ainakin joskus. Kokemusasiantuntijoiden osuus oli hieman matalampi (40 %). Kilpailutusten tai hankintojen suunnittelussa asiakkaita tai kokemusasiantuntijoita on mukana harvoin. Yli 80 prosentissa kunnista palvelujen käyttäjiä ei ole ollut koskaan mukana hankintojen suunnittelussa, ja 70 prosenttia kunnista ilmoitti, että kokemusasiantuntijoita ei ole koskaan mukana hankintaprosesseissa. Tämä tutkimuksen perusteella asiakasosallisuus ei siis ole vielä juurtunut osaksi palvelujen kehittämistä, ja vielä vähemmän osaksi julkisia hankintoja, joita päihde- ja riippuvuuspalveluissa kuitenkin käytetään yli 60 prosentissa kuntia.

Kysyttäessä kunnilta ja alueilta sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen mahdollisuuksista ja uhkista, terveydenhuollon painottuminen päihde- ja riippuvuuspalvelujen hallinnossa ja päihdetyön toteuttaminen mielenterveystyön alla nostettiin yhdeksi mahdollisesti haasteeksi tulevaisuudessa. Pelkona on, että sosiaalihuollon rooli kaventuu esimerkiksi maksusitoumuksien myöntämiseksi laitospuoliseen kuntoutukseen. On epäselvää, onko terveydenhuollon palveluissa riittävää päihde- ja riippuvuustyön osaamista ja kykyä integroida hoitoa moniammatillisessa yhteistyössä sosiaalihuollon palveluihin siten kuin tämän asiakasryhmän kohdalla olisi kaikista tarkoituksenmukaisinta (Kuussaari ym. 2021). Sosiaalihuollon, sosiaalityön ja psykososiaalisen otteen roolia päihdetyössä on vähentänyt päihdehuollon siirtyminen terveydenhuoltoon ja sosiaali- ja terveystalouden markkinoistuminen, joka on näkynyt niukentuneina resursseina sekä palvelujen kilpailuttamisena (Kuusisto & Ranta 2020). Vaikuttaisi siltä, että 1990-luvun valtionosuusjärjestelmän uudistuksen aiheuttamista päihdepalvelujen saatavuuden heikennyksistä ei missään vaiheessa ole palautettu (Kuussaari ym. 2021).

Päihde- ja riippuvuuspalveluista vastaavat henkilöt arvioivat sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen mahdollisuuksiksi yhdenvertaisuuden paranemisen, palvelutarjonnan laajenemisen, yhteistyön ja integraation lisääntymisen sekä kokonaisvaltaisemman suunnittelun. Terveystuotepainotteisuuden lisäksi uhkiksi arvioitiin palvelujen keskittäminen alueiden keskuskuntiin ja paikallistuntemuksen väheneminen, johtamisen siirtyminen liian etäälle, resurssien väheneminen, palvelujen pirstaloituminen sekä joustavuuden väheneminen asiakkaiden tarpeenmukaisten palvelujen hankkimisessa. Joillain alueilla palveluihin on pitkät välimatkat. Tätä alueellista saavutettavuutta oli pyritty parantamaan esimerkiksi korvattavalla kyydillä palveluun tai kotiin vietävillä palveluilla.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa on huomioitu muun muassa se, että peruspalveluissa on aikaisempaa tukevammalla hartuilla päihde- ja mielenterveysongelmien tukemiseen ja hoitamiseen. Nähtäväksi jää, miten erilaiset päihde- ja riippuvuusongelmien tukeen ja hoitoon erikoistuneet palvelut, jotka ovat olleet tämänkin tutkimuksen kohteena, tulevat sijoittumaan hyvinvointialueille, paraneeko palvelujen saavutettavuus ja pystyvätkö alueet tarjoamaan yhdenvertaisia palveluja kaikille niitä tarvitseville.

### *Aineiston rajoitukset*

Tutkimus toteutettiin keväällä 2022. Ajankohta oli monella tapaa haastava. Koronaepidemia oli yhä käynnissä, ja epidemiasta syntynyt hoitovelka näkyi monella tapaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Yhtenä esimerkkinä ovat lasten ja nuorten lisääntyneet mielenterveysongelmat, joihin palvelujärjestelmässä ei ole pystytty vastaamaan riittävällä tavalla (esim. Suvisaari & Rissanen 2022). Päihdepalvelujen osalta oli kuitenkin jo palauduttu lähes epidemiaa edeltävälle tasolle, tosin vielä keväällä 2022 oli hetkittäin esimerkiksi henkilöstön riittävyteen liittyviä vaikeuksia. Palveluvelkaa oli syntynyt epidemian aikana myös päihdepalveluissa. (Kuussaari ym. 2022.) Vuoden vaihteessa 2022–2023 tapahtunut sosiaali- ja terveyspalvelujen vastuun siirtyminen kunnilta hyvinvointialueille on aiheuttanut kunnissa ja alueilla paljon työtä jo etukäteen. Tiedossa on myös se, että alkuvuonna 2022 oli myös muita päihde- ja riippuvuuspalveluihin liittyviä tiedonkeruita meneillään. Tämä saattoi aiheuttaa osaltaan hämmennystä alueilla. Epidemiatilanne, hallintorakenteiden tulevat muutokset tai päällekkäiset kyselyt päihde- ja riippuvuuspalveluissa eivät näyttäneet liiemmästi kuitenkaan vaikuttaneen kuntien/alueiden vastausaktiivisuuteen, vaan päihde- ja riippuvuuspalveluita koskevaan kyselyyn saatiin vastauksia reilusta 90 prosentista manner-Suomen kunnista.

Kysely oli sisällöltään laaja, ja vastaajat ovatkin saattaneet joutua etsimään vastauksia erilaisia paikallisia ja alueellisia verkostoja hyödyntäen. Kaikilta osin vastaukset eivät aina olleet linjassa keskenään, ja tämä on aiheuttanut tutkijoille jonkin verran työtä, kun on yritetty ymmärtää vastausten välisiä ristiriitoja. Osa ristiriidoista tarkistettiin suoraan vastaajilta ja osaan käytettiin apuna esimerkiksi kuntien verkkosivuilla olevaa tietoa. Osan ristiriidoista tutkijat pystyivät ratkaisemaan muun jo olemassa olevan tiedon perusteella. Joka tapauksessa kysely olisi voinut olla sisällöltään yksinkertaisempi ja lyhyempi.

Kyselyn keskiössä ollut erilaisten päihde- ja riippuvuuspalvelujen luettelo ei kattanut kaikkia mahdollisia palveluja. Onkin todennäköistä, että luettelo palveli joitain kuntia ja alueita paremmin kuin toisia. Epäselväksi myös jää, millä tavalla vastaajat ovat ymmärtäneet luettelossa olevien palvelujen sisällön. Onko esimerkiksi selviämishoito ollut vastaajille käsitteenä selkeä ja ymmärrettävä, vai onko kyseisen palvelun sisällössä ehkä jotain epäselvyyttä. Lomakkeessa kysyttiin myös joitain lukumäärätietoja (esimerkiksi laitospuoleisen päihdekuntoutuksen päätösten lukumäärä). Näihin on ollut ilmeisen vaikea vastata ja ne onkin jätetty kokonaan raportoimatta tässä työpaperissa. Lomakkeesta saadut kokemukset käydään huolellisesti läpi, ja mikäli kysely tehdään uudestaan, lomaketta tullaan kehittämään nyt saadun kokemuksen perusteella.

Vastaajien löytäminen kunnista ja alueilta oli suuri työ. Kun vastaajaluettelo oli kertaalleen kasassa, jouduttiin sitä vielä päivittämään, kun osa vastaajista vaihtui. Kunnissa ja alueilla käytiin myös jonkin verran keskustelua siitä, kuka on oikea henkilö vastaamaan tähän kyselyyn. Kunnat ja alueet tekivät kuitenkin vastaajia koskevat päätökset itsenäisesti ja kyselyyn saatiin vastata myös eri avainhenkilöiden yhteistyönä. Kun aineisto oli saatu koottua, kävi ilmi, että saattoi olla useampia vastauksia samasta kunnasta tai alueelta. Jos kunnasta oli tullut esimerkiksi kaksi eri vastausta, selvitettiin tarkasti se, kumpi vastaus oli oikea. Tämä oikea vastaus otettiin mukaan aineistoon ja toinen vastaus poistettiin aineistosta.



Erilaisista aineiston rajoituksista huolimatta päihde- ja riippuvuuspalveluita käsittelevä kyselytutkimus on tuottanut tietoa, jota ei ole ollut aikaisemmin käytettävissä. Kyselylomaketta ja kyselyn prosessia kehittämällä tätä tiedonkeruinstrumenttia on mielekästä käyttää myös tulevaisuudessa, kun yritetään ymmärtää hyvinvointialueiden päihde- ja riippuvuuspalvelujen rakenteita ja palvelujen saatavuutta.

## Lähteet

- HE 197/2022. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sosiaali- huoltolain ja terveydenhuoltolain muuttamisesta sekä niihin liittyviksi laeiksi. <https://valtioneuvosto.fi/paatokset/paatokset?decisionId=0900908f807db117> [28.12.2022].
- Kotovirta, Elina & Markkula, Jaana & Pajula, Mari & Paavola, Meri & Honkanen, Reetta & Tuominen, Ismo (2021) Päihde- ja riippuvuusstrategia. Yhteiset suuntaviivat vuoteen 2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:17. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9891-9> [28.12.2022].
- Kuuden suurimman kaupungin päihde- ja mielenterveyspalvelut ja kustannukset vuonna 2021. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 7/2022. [https://hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisu/pdf/22\\_07\\_08\\_Kuusikko\\_Paihde\\_ ja\\_mielenterveyspalvelut\\_2021.pdf](https://hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisu/pdf/22_07_08_Kuusikko_Paihde_ ja_mielenterveyspalvelut_2021.pdf) [5.1.2023].
- Kuusisto, Katja & Ranta, Johanna (2020) Psykososiaalisen päihdetyön asema Suomessa 1900-luvulta nykypäivään. Teoksessa Moilanen, Johanna & Annola, Johanna & Satka, Mirja (toim.) (2020) Sosiaalityön käänneet. SoPhi, Jyväskylän yliopiston yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos 144, 112–140.
- Kuusisto, Katja (2010) Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen: Tutkimus muutoksesta hoidon ja vertaistuen avulla sekä ilman professionaalista hoitoa. Tampereen yliopistopaino Oy, Juvenes Print, Tampere. <https://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-7957-1>
- Kuussaari, Kristiina & Kaukonen, Olavi & Partanen, Airi & Samposalo, Hanna & Vorma, Helena (2017) Päihdepalveluiden rakenteen ja työnjaon maakunnittaiset erot vuonna 2015. Yhteiskuntapolitiikka 82(3), 262–273.
- Kuussaari, Kristiina & Rautiainen, Elina & Grainger, Marjut (2021) Päihdetapauskasvatusta 2019 päihdeiden aiheuttamien haittojen ehkäisy ja hoidon kehittämisen tietolähteenä. Teoksessa Kaukonen, Olavi & Kuussaari, Kristiina (toim.) Päihdepalveluiden yhteiskunnalliset haasteet. THL Raportti 2/2021.
- Kuussaari, Kristiina & Heiskanen, Maria & Partanen, Airi & Vis-kari, Inari & Järvinen-Tassopoulos, Johanna & Marionneau, Virve (2022) Päihde- ja riippuvuuspalvelut. Teoksessa Kestilä, Laura, Kapiainen, Satu, Mesäislehto, Merita, Rissanen, Pekka (toim.). Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. Asiantuntija-arvio, kevät 2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-865-1> [28.12.2022].
- Leeman, Lars & Hämäläinen, Riitta-Maija (2016) Asiakasosallisuus, sosiaalinen osallisuus ja matalan kynnyksen palvelut. Pohdintaa käsitteiden sisällöstä. Yhteiskuntapolitiikka 81(5), 586–594.
- Mäkilä, Annastiina & Jurvanen, Susanna & Helfer, Alix & Huhta, Helena & Pitkänen, Tuuli (2022) Polkuja päihdepalveluihin. Selvitys päihdepalveluiden saatavuudesta ensimmäisellä hakukerralla. Nuorisotutkimusseuran/Nuorisotutkimusverkoston verkkojulkaisuja 170. [https://ehyt.fi/wp-content/uploads/2022/04/polkuja-paihdepalveluihin\\_verkko.pdf](https://ehyt.fi/wp-content/uploads/2022/04/polkuja-paihdepalveluihin_verkko.pdf) [28.12.2022].
- Nevalainen, Elina & Kuussaari, Kristiina & Partanen, Airi & Heiskanen, Maria & Määttä, Matti (2022) Laitosmuotoisen päihdehoidon- ja kuntoutuksen saatavuus ja käytetyt menetelmät 2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Työpäperi 12/2022.
- Partanen, Airi (2021) Päihdehuolto osana sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta ja strategista ohjausta. Teoksessa Kaukonen, Olavi, Kuussaari, Kristiina (toim.) Päihdepalveluiden yhteiskunnalliset haasteet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 2/2021.
- Perälä, Riikka & Leppo, Anna (2022) Turha kärsimys. Päihdeisiin liittyvät institutionaaliset ongelmatilanteet eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisussa. Yhteiskuntapolitiikka 87(1), 45–55.
- Samposalo, Hanna & Kuussaari, Kristiina & Hirschovits-Gerz, Tanja & Kaukonen, Olavi & Partanen, Airi & Vorma, Helena. Tarpeenmukaiset palvelut kaikille? Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa Kaakkois-Suomen ja Lapin alueilla. Yhteiskuntapolitiikka 83(1), 50–61.
- Schneider, Taina & Karlsson, Nina & Stenius, Kerstin (2016) Päihdepalvelujen hankinnat pohjoismaissa. Selvitys hankintojen ohjauksesta, käytännöistä ja kokemuksista. Pohjoismaiden hyvinvointikeskus. [https://nordicwelfare.org/wp-content/uploads/2018/01/UPPHANDLING\\_NOR-DEN\\_FINSK.pdf](https://nordicwelfare.org/wp-content/uploads/2018/01/UPPHANDLING_NOR-DEN_FINSK.pdf) [5.1.2023].
- Suvisaari, Jaana & Rissanen, Päivi (2022) Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Kestilä, Laura, Kapiainen, Satu, Mesäislehto, Merita, Rissanen, Pekka (toim.). Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. Asiantuntija-arvio, kevät 2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-865-1> [5.1.2023].
- Valvira (2022a) <https://www.valvira.fi/valvira/omavalvonta> [5.1.2023].
- Valvira (2022b) [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/valvonta/toimintayksikoiden\\_valvonta/tyonantajan\\_omavalvontavelvollisuudesta](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/valvonta/toimintayksikoiden_valvonta/tyonantajan_omavalvontavelvollisuudesta) [5.1.2023].
- Vanjusov, Heidi (2022) Saatavilla, mutta ei saavutettavissa? Sosiaalioikeudellinen tutkimus päihdepalveluihin pääsystä. Publications of the University of Eastern Finland 281.
- Valtioneuvosto 2022. Rahapelipoliittinen ohjelma. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164069/VN\\_2022\\_40.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164069/VN_2022_40.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [5.1.2023].
- Virokannas, Elina (2017) Eriarvoisuuden kokemuksia ja hallinnan suhteista hyvinvointipalvelujärjestelmässä. Huumeita käyttävien naisten ”standpoint”. Yhteiskuntapolitiikka 82(3), 274–283.
- Vorma, Helena & Rotko, Tuulia & Larivaara, Meri & Konsloff, Anu (toim.) (2020) Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7> [5.1.2023].

## Liite 1. Saateviesti

Päihde- ja riippuvuuspalveluiden kuntakysely/Kommunenkat om missbrukar- och beroendetjänste 2022

*Följebrevet och instruktionen på svenska och länken till svenskt enkätformulär nedan*

Hyvä vastaanottaja,

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos toteuttaa yhteistyössä Valviran kanssa tiedonkeruun kuntien ja alueiden päihde- ja riippuvuuspalveluiden kokonaisuudesta ja järjestämisestä. **Saat tämän viestin**, koska yhteystietosi on ilmoitettu kyselyn vastaajaksi tai vastauksen koostajaksi kunnassanne / alueellanne.

Päihde- ja riippuvuuspalvelulla tarkoitetaan päihteiden käytön ja riippuvuusongelman tukea ja hoitoa, ns. päihde- ja riippuvuuseryisiä palveluita. Kysely huomioi palvelut sekä aineellisiin riippuvuuksiin (esim. päihdeongelmat) että toiminnallisiin riippuvuuksiin (esim. rahapeliriippuvuus). Tiedonkeruussa pyydetään yksi vastaus jokaiselta manner-Suomen kunnalta tai alueelta, jossa järjestetään useamman kunnan päihde- ja riippuvuuspalvelut.

Kiitämme jo tässä kohtaa lämpimästi, että ehdit antaa aikaasi tälle tärkeälle asialle, vaikka koronaepidemia varmistaa, että työtä riittää muutenkin. Kyselyllä kerätyistä tiedoista saadaan ensimmäistä kertaa koottua kokonaiskuva siitä, miten päihde- ja riippuvuuspalvelut on Suomessa järjestetty. Tämä tieto tulee olemaan hyödyllistä sekä valtakunnallisesti että kaikilla hyvinvointialueilla. Onkin siis ensisijaisen tärkeää, että saamme vastauksen jokaisesta kunnasta tai alueelta.

Tiedonkeruuseen pääset vastaamaan tästä: [LINKKI]

Tämän sähköpostiviestin liitteenä on Excel-tiedosto, joka sisältää valtakunnallisista rekistereistä poimittuja tilastotietoja kuntien päihdepalveluista. Tulet tarvitsemaan liitettä kyselyn kohdassa 7.

**Vastausaikaa on 18.2.2022 saakka.**

Vastaamiseen on hyvä varata aikaa noin 40–60 minuuttia. Vastaukset voi tallentaa välillä ja vastaamista voi jatkaa myöhemmin. Vastauksen lähettämisen jälkeen saat sähköpostiisi koosteen vastauksistasi. Webropol-lomakkeella ja tiedonkeruun verkkosivuilla on lisäohjeita vastaamiseen. Verkkosivuilla voit ladata tyhjän kyselylomakkeen, jonka voit lähettää tarvittaessa muille henkilöille, joilta kerätää tietoa kyselyn vastauksia varten. Verkkosivuilla löytyy myös tutkimuksen tietosuojailmoitus. [Kyselyn verkkosivut](#).

Vastauksen koostajaksi toivotaan kunnan tai alueen päihdepalvelujen johtajaa. Vastauksen koostamiseen voi osallistua myös muita henkilöitä kunnasta tai alueelta. Kysymme samalla lomakkeella tietoja sekä kunnilta, jotka järjestävät päihde- ja riippuvuuspalvelut itse, että alueilta, joilla järjestetään useamman kunnan päihde- ja riippuvuuspalvelut. Yksittäistä kuntaa laajemmalla alueella riittää yksi vastaus, eli lomaketta ei tarvitse täyttää kaikkien alueen kuntien osalta erikseen. **Varmistatthän, että jokaista kuntaa tai aluetta kohden tallennetaan vain yksi vastaus, ettei vahingossa esimerkiksi saman alueen (kuntien) osalta vastaa kaksi eri henkilöä.**

Kyselyn tavoitteena on lisätä ymmärrystä siitä, miten päihde- ja riippuvuuspalvelut Suomessa on järjestetty. Kysymme esimerkiksi mitä palveluja on tarjolla, mille toimialalle ne kuuluvat (sosiaali-/terveydenhuolto) ja mitkä palvelut on järjestetty julkisten hankintojen kautta.

Tiedoista tehdään koosteita, jotka julkaistaan kyselyn verkkosivuilla ja toimitetaan kuntiin ja alueille tiedoksi. Valvira hyödyntää tuloksia kuntien ja alueiden suunnitelmallisissa ohjauksessa. Kyselyn tuloksia raportoidaan myös tieteellisissä artikkeleissa.

Tämä tiedonkeruu toteutetaan nyt ensimmäistä kertaa, ja se on mahdollista toistaa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen jälkeen. Nämä tiedot ovat siis pohjatietoa myös uudistuksen jälkeisen ajan arvioinnille. [Linkki THL:n julkaisemaan uutiseen kyselystä.](#)

Lämmin kiitos että annat aikaasi tälle tärkeälle asialle!

Bästa mottagare,

Institutet för hälsa och välfärd genomför i samarbete med Valvira en datainsamling om helheten och ordnandet av kommunernas och områdenas missbrukar- och beroendetjänster. **Du får detta meddelande** eftersom dina kontaktuppgifter har meddelats som enkätsvarare eller sammanställare i din kommun/region

Med missbrukar- och beroendetjänster avses stöd och vård för användning av rusmedel och beroendeproblem, s.k. tjänster speciellt riktade till personer med missbruk och beroende. Enkäten beaktar tjänsterna både för materiella beroenden (t.ex. missbruksproblem) och funktionella beroenden (t.ex. penningspelsberoende).

I datainsamlingen begär vi om ett svar från varje kommun eller område i Fastlandsfinland där missbrukar- och beroendetjänster ordnas för flera kommuner.

Vi tackar redan nu för att du tar dig tid för den här viktiga frågan, även om coronapandemin redan har sett till att det finns tillräckligt med arbete. Av de uppgifter som samlats in genom enkäten får man för första gången en helhetsbild av hur missbrukar- och beroendetjänsterna ordnas i Finland. Den här informationen kommer att vara nyttig både nationellt och i alla välfärdsområden. Det är alltså av största vikt att vi får svar från varje kommun eller område.

Du kan svara på enkäten för datainsamlingen här: --

Som bilaga till detta e-postmeddelande finns en Excel-fil som innehåller statistikuppgifter som hämtats från de riksomfattande registren om kommunernas missbrukartjänster. Du kommer att behöva bilagan i punkt 7 i enkäten.

### **Svarstiden går ut 18.2.2022.**

Det tar cirka 40–60 minuter att besvara enkäten. Du kan spara dina svar och fortsätta senare. Efter du har skickat ditt svar kommer du fortfarande att få svar på din e-postadress. På Webropol-blanketten och på datainsamlingens webbplats finns ytterligare anvisningar om hur du svarar på enkäten. På webbplatsen kan du ladda ner ett tomt frågeformulär som du vid behov kan skicka till andra personer för att samla in information för enkätsvaren. På webbplatsen finns också dataskyddsmeddelandet för undersökningen.

<https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/paihde-ja-riippuvuuspalvelujen-tiedonkeruu-kunnissa-2022/tiedonkeruu-202>

Vi önskar att kommunens eller områdets direktör för missbrukartjänster sammanställer svaren. Även andra personer från kommunen eller området kan delta i sammanställningen av svaren. På samma enkät ber vi om uppgifter både från kommuner som själva ordnar missbrukar- och beroendetjänster och från områden där det ordnas missbrukar- och beroendetjänster i flera kommuner. För ett område som är större än en enskild kommun räcker det med ett svar, dvs. enkäten behöver inte fyllas i separat för alla kommuner i området. **Se till att endast ett svar sparas för varje kommun eller område, så att till exempel två olika personer inte av misstag svarar för samma område (kommuner).**

Syftet med enkäten är att öka förståelsen för hur missbrukar- och beroendetjänsterna ordnas i Finland. Vi frågar till exempel vilka tjänster som erbjuds, till vilket ansvarsområde de hör (social-/hälsovård) och vilka tjänster som ordnas via offentlig upphandling.

Sammanfattningar av uppgifterna publiceras på enkätens webbplats och skickas till kommunerna och områdena. Valvira utnyttjar resultaten i kommunernas och områdenas planmässiga styrning. Resultaten av enkäten rapporteras också i vetenskapliga artiklar. Den här datainsamlingen genomförs nu för första gången och kan upprepas efter social- och hälsovårdsreformen. De här uppgifterna är alltså grundläggande information även för utvärderingen av tiden efter reformen.

Ett varmt tack för att du tar dig tid för den här viktiga frågan!