

TIIA INKEROINEN JA AIRI PARTANEN

## Päihdepalvelujen tila 2005



Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus  
postimyynti: Stakes / Asiakaspalvelut PL 220, 00531 Helsinki  
puhelin: (09) 3967 2190, (09) 3967 2308 (automaatti)  
faksi: (09) 3967 2450 • Internet: [www.stakes.fi](http://www.stakes.fi)

Tiia Inkeroinen ja Airi Partanen

# Päihdepalvelujen tila 2005

© Kirjoittajat ja Stakes

Taitto: Päivi Aarnio

ISBN 951-33-1677-7 (paperimoniste)

ISSN 1795-8091

ISBN 951-33-1678-5 (verkkokirja)

ISSN 1795-8105

Stakesin monistamo

Helsinki 2006



Sosiaali- ja terveysalan  
tutkimus- ja kehittämiskeskus

Helsinki 2006

# Tiivistelmä

Tiia Inkeroinen ja Airi Partanen. Päihdepalvelujen tila 2005. Stakes, Työpapereita 7/2005. Helsinki 2005. 54 sivua, hinta 16 euroa. ISBN 951-33-1677-7

Tässä selvityksessä tarkastellaan päihdepalveluiden tilannetta Suomessa vuonna 2005. Selvityksen tavoitteena oli luoda kokonaiskuva tämänhetkisestä päihdepalvelujärjestelmästä ja hahmottaa keskeisiä lähtökohtia päihdepalvelujärjestelmän kehittämiseksi. Päihdepalveluiden seudullisen kehittämisen tarve tulee korostumaan erityisesti kunta- ja palvelurakennemuutoksessa.

Päihteisiin liittyvät kasvavat ongelmat tuovat kunnille lisääntyviä haasteita päihdetyön kehittämiseksi. Vaikka huumeiden käytön kasvu näyttää tasaantuneen 2000-luvulla, erityisesti viime aikoina alkoholin kasvaneeseen kulutukseen liittyvät haitat ovat nostaneet esille monipuolisten päihdepalveluiden kehittämisen ja lisäämisen tarpeen niin sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa kuin päihdehuollon erityispalveluissa.

Kunnilla on tällä hetkellä suuri itsehallinto sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisessä. Päihdepalveluita keskeisesti ohjaava päihdehuoltolaki velvoittaa kunnat järjestämään sekä sisällöltään että laajuudeltaan kunnassa esiintyviä tarpeita edellyttävät, helposti tavoitettavat, joustavat ja monipuoliset päihdepalvelut. Niiden on myös oltava yhdenvertaisesti kaikkien saatavilla. Kunnat hoitavat tämän veloitteensa monilla tavoin, kuten esimerkiksi tuottamalla palvelut itse, järjestämällä palvelut seudullisina kokonaisuuksina tai ostamalla palvelut niitä tuottavilta tahoilta. Päihdepalveluja tuotetaan sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä että päihdehuollon erityispalveluissa. Päihdehuollon erityispalveluiden käyttö painottuu suurempiin kuntiin. Päihdepalveluiden viimeaikainen tarjonta ei ole vastannut riittävästi kasvaneeseen palveluiden tarpeeseen.

Suomalaisessa päihdepalvelujärjestelmässä on tapahtunut myös huomattavia rakenteellisia muutoksia 1990-luvun laman jälkeen. Erityisesti akuuttipalvelujen saatavuus on 2000-luvulle tultaessa heikentynyt. Avopalveluihin pääsy näyttää niin ikään ongelmalliselta huolimatta siitä, että palveluja on aikaisempaan nähden tuntuvasti lisätty. Päihdeongelmaiset ovat monella tavoin huono-osaisia. Kokonaisuutena päihdepalvelujen toiminnalliset muutokset ovat tuottaneet erityisesti huono-osaisempien asiakkaiden kohdalla käytännössä rakenteellisia esteitä palveluihin pääsulle, vaikka samanaikaisesti on myös kehitetty matalakynnyksisiä palveluja.

Päihdepalveluita koskevissa valtakunnallisissa ohjelmissa painotetaan laadukkaiden ja monipuolisten päihdehoitopalvelujen saatavuutta. Sosiaalialan kehittämishankkeessa painotetaan erityisesti katkaisu- ja vieroitushoidon, matalan kynnyksen palvelujen sekä monipäihdekäyttöön liittyvien palvelujen kehittämistä. Yhtenä keskeisenä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittämisalueena on samanaikaisesti mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien hoidon kehittäminen.

Päihteisiin liittyvät kysymykset tulee ottaa huomioon palvelurakennemuutoksessa keskeisenä, kunnan kaikkia toimialoja läpileikkaavana hyvinvointikysymyksenä. Päihdehuoltolaki on edelleen hyvä perusta päihdepalvelujen järjestämiselle. Jatkossa tulee kuitenkin arvioida tarvetta täsmentää laissa olevaa päihdepalveluiden tarveperustaista määrittelyä. Palveluiden saatavuuden parantaminen, hoitoon hakeutumisen kynnyksen madaltaminen ja vaikeimmassa tilanteessa olevien asiakkaiden hoitoon pääsyn varmistaminen ovat keskeisiä kehittämiskohtia. Lähipalveluina tuotettavat palvelut tulee järjestää tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden ja päihdehuollon erityispalveluiden yhteistyönä. Päihdehuollon erityispalvelut tulee tuottaa seudullisina, hoidon vaatavuuden mukaan porrastettuina palveluina. Seudullisen päihdetyön koordinoinnista vastaavan tahon tulee huolehtia päihdetyön kokonaissuunnitelmasta, täydennyskoulutuksesta sekä kehittämistyöstä.

Avainsanat: päihdepalvelujärjestelmä, sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset palvelut, päihdehuollon erityispalvelut, päihdetyö, hoito, päihde, alkoholi, huumeet

# Sisällysluettelo

## Tiivistelmä

Johdanto .....	6
Päihdepalvelujen normiohjaus ja lait.....	7
Päihdepalvelujärjestelmän koordinaatio.....	8
Sosiaali- ja terveysministeriö .....	8
Lääninhallitukset .....	9
Sairaanhoidopiirit.....	11
Kunnat, kuntayhtymät ja seutukunnat .....	11
Muutokset päihdetilanteessa ja -palveluissa.....	13
Päihteiden käytön kehitys.....	13
Muutokset päihdepalvelujärjestelmässä.....	15
Päihdepalvelujen tila nykyhetkellä .....	18
Päihdehuollon asiakkaat.....	18
Päihdepalvelut kunnissa .....	19
Peruspalvelujen ja päihdehuollon erityispalvelujen käyttö kunnissa.....	19
Sosiaali- ja terveydenhuollon työjako .....	21
Ehkäisevä päihdetyö .....	21
Päihdepalvelujen tarve ja riittävyys.....	22
Hoito- ja palvelujärjestelmän kynnykset .....	22
Katkaisu- ja vieroitushoidon tarpeet ja kehittäminen.....	23
Päihdepalvelujen tarpeet lääneittäin .....	24
Päihdepalvelumalleja.....	26
Kunnallinen A-klinikkatoiminta.....	27
Seudulliset päihdepalvelut .....	29
Järjestöjen tai yksityisten tuottamat ostopalvelut.....	30
Päihdepalvelujen uusia, monimuotoisia järjestämistapoja .....	31
Päihdepalvelujen kehittäminen.....	36
Valtakunnalliset kehittämishankkeet.....	36
Alkoholiohjelma .....	36
Huumausainepoliittinen toimenpideohjelma.....	36
Sosiaalialan kehittämishanke .....	37
Kansallinen terveyshanke.....	38
Päihdepalveluiden laatusuositukset.....	38
Sosiaalialan osaamiskeskusten rooli päihdepalvelujen kehittämisessä .....	38
Järjestöt ja monitoimijuus.....	39
Päihdepalvelujen kehittäminen kunta- ja seututasolla .....	40
Mielenterveys- ja päihdetyön seudulliset kehittämishankkeet.....	40
Muut valtionavustusta vuonna 2005 saaneet päihdehankkeet .....	42
Päihdepalvelujärjestelmän kehittäminen .....	43
Lähteet .....	50

# Johdanto

Tämä raportti käsittelee päihdepalveluiden nykytilaa Suomessa. Raportissa käsitellään aluksi päihdepalveluiden keskeisintä normiohjausta ja koordinaatiota, käydään läpi päihteiden käytössä viime aikoina tapahtuneita muutoksia sekä päihdepalveluissa 1990-luvun jälkeen tapahtuneita huomattavimpia muutoksia. Päihdepalveluiden nykytilan kuvauksessa tarkastellaan päihdehuollon asiakaskuntaa, sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden sekä päihdehuollon erityispalveluiden päihde-ehdoista asiointia, päihdepalveluiden tarvetta ja riittävyttä sekä erilaisia päihdepalveluiden järjestämistapoja. Päihdepalveluiden kehittämisen osalta esitellään niihin liittyvät keskeisimmät valtakunnalliset ohjelmat ja kehittämishankkeet, tarkastellaan sosiaalialan osaamiskeskusten roolia päihdepalveluiden kehittämisessä, tuodaan esille järjestöjen ja muiden ei-julkisen vallan toimijoiden merkittävä rooli päihdetyössä sekä kuvataan käynnistyneisiin seudullisiin kehittämishankkeisiin liittyviä painopistealueita. Raportin pohdintaosiossa tarkastellaan päihdepalveluiden kehittämisessä huomioon otettavia keskeisiä lähtökohtia.

Olellaisinta päihdepalvelujärjestelmän arvioinnissa on ollut se, keitä tämänhetkiset päihdepalvelut palvelevat ja miten päihdepalvelujärjestelmä voisi vastata tarpeisiin tehokkaammin ja asiakaslähtöisemmin. Tämä kysymys on erityisen ajankohtainen kunta- ja palvelurakennemuutuksessa. Päihdehuoltolaissa puhutaan päihdepalvelujen tavoitettavuudesta, joustavuudesta ja monipuolisuudesta. Kunta- ja palvelurakennemuutuksen lähtökohtana on varmistaa palvelut kaikille tasapuolisesti asuinpaikkaan katsomatta laadukkaasti, tehokkaasti ja lähipalveluperiaatetta noudattaen. Raportissa pyritään nostamaan esille näkökohtia, jotka antavat taustaa näiden periaatteiden toteuttamiseksi päihdepalveluja järjestettäessä.

Raporttia on ohjannut ja kommentoinut ohjausryhmä, johon kuuluivat ylitarkastaja Kari Haavisto sosiaali- ja terveystieteiden ministeriöstä, päihdetyön erikoissuunnittelija Matti Mäkelä Pikassos Oy:stä (Sosiaalialan osaamiskeskus Pirkanmaalla, Kanta-Hämeessä ja Satakunnassa) sekä tutkija Yrjö Nuorvala, kehittämispäällikkö Airi Partanen ja suunnittelija Tiia Inkeroinen Stakesista.

# Päihdepalvelujen normiohjaus ja lait

Suomen perustuslain (731/1999) nojalla jokaisella Suomen kansalaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän turvaa, on oikeus välttämättömään toimentuloon ja huolenpitoon. Lailla taataan jokaiselle oikeus perustoimeentulon turvaan työttömyyden, sairauden, työkyvyttömyyden ja vanhuuden aikana sekä lapsen syntymän ja huoltajan menetyksen perusteella. Julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Julkisen vallan on myös tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu.

Vuonna 1987 voimaan tullut päihdehuoltolaki (41/1986) ohjaa päihdehuollon toimintaa. Päihdehuoltolaki on puitelaki, jossa tavoitteet määritellään yleisellä tasolla. Viranomaisille jää laaja harkintavaltia päihdehuoltolain sovelluksesta. Päihdehuoltolaki velvoittaa kunnat järjestämään sekä sisällöltään että laajuudeltaan kunnassa esiintyviä tarpeita edellyttävät päihdehuollon palvelut. Päihdehuoltolain tavoitteena on ohjata palvelujärjestelmää siten, että hoitoon voi hakeutua oma-aloitteisesti jo ongelmien varhaisvaiheessa ilman pelkoa leimautumisesta. Palveluiden tulee olla helposti tavoitettavia, joustavia ja monipuolisia. Niiden on myös oltava yhdenvertaisesti kaikkien ihmisten saatavilla. Päihdehuoltolain mukaan palvelut tulee järjestää ensisijaisesti avohuollon toimenpitein. Sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä palveluja tulee kehittää siten, että niiden piirissä pystytään riittävästi hoitamaan päihteiden ongelmakäyttäjii sekä tarvittaessa ohjaamaan avun ja tuen tarpeessa oleva henkilö erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettujen palvelujen piiriin.

Päihdehuoltolain tavoitteena on edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta; laissa kehoitetaan ottamaan huomioon asiakkaan toimeentuloon, asumiseen ja työhön liittyvät ongelmat. Tähän liittyen laissa painotetaan päihdehuollon alalla toimivien viranomaisten ja yhteisöjen yhteistyötä erityisesti raittiustoimen, asuntoviranomaisten, työvoimaviranomaisten, koulutoimen, nuorisotoimen sekä poliisin kanssa.

Päihdehuoltolaissa määritellään myös tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset. Henkilö voidaan määrätä hoitoon silloin, kun hän on päihteiden käytöstä johtuvan sairauden tai vamman vuoksi välittömässä hengenvaarassa tai hänen terveydelliset vaurionsa vaativat välitöntä hoitoa. Henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumatta hoitoon myös väkivaltaisuuksien perusteella.

Päihdehuoltoa ja asiakkaan asemaa ja oikeusturvaa palvelujärjestelmässä ohjaavat myös osaltaan sosiaalihuoltolaki (710/1982), kansanterveyslaki (66/1972) ja erikoissairaanhoidonlaki (1062/1989). Alaikäisten osalta on huomioitava lastensuojelulaki (683/1983). Laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) ja laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) on säädetty asiamiesjärjestelmästä, jonka tavoitteena on huolehtia asiakkaan oikeusturvan toteutumisesta. Kuntien on nimettävä sosiaaliasiamies, terveydenhuollon toimintayksikölle on nimettävä potilasasiamies. Asiamiesten tehtävänä on neuvoa asiakkaita lakien soveltamiseen liittyvissä asioissa, avustaa ja tiedottaa heidän oikeuksistaan ja yleisesti ottaen toimia asiakkaiden ja potilaiden oikeuksien edistämiseksi ja toteuttamiseksi.

Mikäli asiakas on tyytymätön saamaansa sosiaalihuollon palveluun, asiakkaan oikeusturvaan liittyvinä oikeudellisina keinoina ovat muun muassa muutoksenhaku sosiaalihuoltoa koskevasta päätöksestä sosiaalihuollon monijäseniseltä toimielimeltä (esim. sosiaali- tai perusturvalautakunta) sekä yksilöllisen hallintovalituksen tekeminen hallinto-oikeuteen. Hoidosta voi tehdä myös muistutuksen joko terveydenhuollon tai sosiaalihuollon yksikön johtavalle viranhaltijalle. Hoidon riittämättömyydestä on mahdollista tehdä kunnallisvalitus, jossa voidaan hakea muutosta kunnan toimintapolitiikkaan. Lääninhallitukselle, sosiaali- ja terveysministeriölle, oikeusasiamiehelle tai oikeuskanslerille tehtävällä hallintokantelulla voidaan selvittää esimerkiksi sitä, onko kunta toiminut voimassa olevan lainsäädännön mukaisesti. Hallintokantelu ei ole varsinaisesti muutoksenhakumenettely.

# Päihdepalvelujärjestelmän koordinaatio

Päihdepalvelujärjestelmää koordinoidaan Suomessa monella tasolla. Tässä kappaleessa esitellään niistä keskeisimmät: sosiaali- ja terveysministeriö, lääninhallitukset, sairaanhoitopiirit ja kunnat.

## Sosiaali- ja terveysministeriö

Sosiaali- ja terveysministeriön toiminta-ajatuksena on turvata väestön terveellinen elinympäristö, hyvä terveys ja toimintakyky sekä riittävä toimeentulo ja sosiaalinen turvallisuus elämän eri vaiheissa. Sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa ja johtaa sosiaaliturvan ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittämistä ja toimintapolitiikkaa, määrittelee kehittämisen suuntaviivat ja valmistelee lainsäädännön sekä keskeiset uudistukset. Sosiaali- ja terveysministeriö myös ohjaa uudistusten ja lainsäädännön toteuttamista sekä huolehtii yhteyksistä poliittiseen päätöksentekoon. (Sosiaali- ja terveysministeriön organisaatio...)

Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö vastaa sosiaali- ja terveystaloudellista, sosiaalisen turvallisuuden ja terveyden edistämisestä ja ympäristöterveydenhuollosta, sosiaali- ja terveystaloudellista, sosiaalivakuutuksesta (eläke-, sairaus- ja työttömyysvakuutus), yksityisvakuutuksen kehittämistä, työsuojelusta, tasa-arvon edistämisestä sekä hallinnonalan tutkimus- ja kehittämistoiminnasta ja kansainvälisestä yhteistyöstä. Kehittämisen ja ohjauksen välineiksi ministeriö valmistelee ohjelmia, hankkeita ja laatusuosituksia, jotka valtioneuvosto hyväksyy. Sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset tavoitteet ja toimenpiteet hyväksytään koko hallituskaudeksi laadittavassa sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa (TATO). (Mt.)

Sosiaali- ja terveysministeriössä palveluihin liittyvät asiat hoidetaan perhe- ja sosiaaliosastolla ja terveysosastolla. Perhe- ja sosiaaliosastolle kuuluvat sosiaalipalvelut, sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen, perhepolitiikka, alkoholia ja huumeita koskevat linjaukset, muu sosiaalipolitiikka sekä sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu- ja valtionosuusasiat. Terveysosastolle kuuluvat ehkäisevän terveydenhuollon, terveystaloudellisten, työterveyshuollon sekä terveydensuojelun kehittäminen ja ohjaaminen sekä näitä aihealueita koskevan lainsäädännön valmistelu. (Mt.)

## *Palvelujen kehittäminen ja kehittämisen tukeminen*

Sosiaali- ja terveystaloudellisten palvelujen turvaaminen edellyttää valtakunnallisten tavoitteiden asettamista kehittämistyölle. Valtion talousarvioissa on ollut vuodesta 2003 lähtien kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoiminnan tukemiseen kohdennettu erillinen määräraha. Kunnat voivat saada valtionavustusta palvelujen kehittämistä ja tehostamista sekä toimintatapojen uudistamista toteuttaviin hankkeisiin (Hakijan opas 2005, 7).

Sosiaali- ja terveysministeriön että lääninhallitusten kehittämishankkeiden valtionavustuksille on määritelty painoalueet vuosille 2005–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön päätöksellä rahoitettavien hankkeiden painoalueet ovat seuraavat (Hakijan opas 2005, 23–34):

- tietotekniikan käytön edistäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa
- palvelujen tuottaminen ja kehittäminen seudullisesti (tähän painoalueeseen kuuluvat mm. sosiaalihuollon yleisen seutukehittämisen ja seudullisten kehittämisyksiköiden käynnistäminen sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen kokoaminen ja kehittäminen seudullisesti sosiaali- ja terveystaloudellisten palvelujen yhteistyönä)
- lapsiperheiden peruspalvelujen verkostoiminen ja yhteistyörakenteiden uudistaminen (PERHE-hanke)

- valtakunnallisesti merkittävät ehkäisevän työn hankkeet
- kielellisten ja kulttuuristen vähemmistöjen palvelujen kehittäminen.

Sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteena on vahvistaa valtakunnallista ohjausta siten, että aikaan-saadut muutokset olisivat sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä pysyviä rakenteellisia uudistuksia ja etenisivät valtakunnallisesti. Kehittämishankkeiden rahoittamisen painopiste on nimenomaan uudistusten toteuttamisessa; valtionavustuksella ei ole tarkoitus paikata puutteita tai laiminlyön-tejä kuntien järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluvassa toiminnassa. Hankerahoituksella ei ole tarkoitus myöskään tukea tieteellistä tutkimusta eikä kuntien niukoista taloudellisista resursseista johtuvaa mahdollista henkilöstövajetta. (Hakijan opas 2005, 7–8.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankejärjestelmä on osa sosiaali- ja terveydenhuol-lon valtionosuusjärjestelmää. Valtionosuusjärjestelmästä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetussa laissa (733/1992) ja valtioneuvosto hyväksyy vuosit-tain sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroista antamassaan asetuksessa kehittämishankkeisiin käytettävissä olevan valtionavustuksen määrän. Valtioneuvosto määrittää myös sen, miltä osin jaettavissa oleva määräraha jakautuu sosiaali- ja terveysministeriön ja lääninhallitusten kesken. Lisäksi valtioneuvosto säättää kehittämishankkeiden valtakunnalliset painopisteet ja kriteerit. Sosiaali- ja terveysministeriö päättää voimavarojen alueellisen jakautumisen kriteerit. Vuonna 2005 sosiaali- ja terveydenhuollon hankkeisiin on varattu yhteensä noin 54,5 miljoonaa euroa. Vuonna 2006 määräraha nousee vajaalla miljoonalla eurolla. (Hakijan opas 2005, 8–9.)

## Lääninhallitukset

Lääninhallitus on alueensa monialainen valtion asiantuntijavirasto, joka on seitsemän eri ministe-riön yhteinen alueviranomainen ja edistää valtion keskushallinnon valtakunnallisten ja alueellisten tavoitteiden toteutumista. Lääninhallitus hoitaa sosiaali- ja terveyshallintoon, opetus- ja kult-tuurihallintoon, poliisihallintoon, pelastushallintoon, liikennehallintoon, kuluttaja-, kilpailu- ja elintarvikehallintoon, eläinlääkintähuoltoon ja eläinsuojeluun, oikeushallintoon sekä liikunta- ja nuorisotoimeen liittyviä tehtäviä. Lääninhallitukset seuraavat ja arvioivat, miten kunnat pystyvät toteuttamaan tehtävänsä paikallisten palveluiden tuottajina. Peruspalveluiden arviointi on eräs lääninhallitusten erityistehtävä. Lääninhallitukset huolehtivat myös toimialallaan valvonnasta ja tarkastuksesta sekä eräistä luvista. Lääninhallitukset vastaavat myös sosiaali- ja terveysministe-riön kanssa yhteisesti kehittämishankkeisiin myönnettävien valtionavustusten ohjeistamisesta ja hallinnoinnista. Seuraavassa tarkastellaan yksityiskohtaisemmin lääninhallitusten vastuulla olevaa valtionavustusten ohjeistamista ja hallinnointia, päihdepalvelujen valvontaa ja peruspalveluiden arviointiin liittyntä päihdepalveluiden arviointia.

### *Valtionavustusten ohjeistaminen ja hallinnointi*

Lääninhallitukselta rahoitusta voivat hakea kunnat ja kuntayhtymät omien tarpeidensa mukaisiin hankkeisiin. Myös lääninhallitusten päätöksellä myönnettäville valtionavustuksille on määritelty painoalueet. Lääninhallitukset voivat myöntää valtionavustusta kansallisen terveydenhuollon hankkeen määrärahasta kehittämishankkeisiin, joiden painoalueina ovat seuraavat (Hakijan opas 2005, 17):

- hoitoon pääsyn turvaaminen
- terveyskeskusten toimivuuden varmistaminen ja ehkäisevä työ
- terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon yhteistyön kehittäminen ja palvelujen tehostamiseen tähtäävät järjestelyt
- henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaaminen.



Sosiaalialan kehittämishankkeen mukaisissa kuntien ja kuntayhtymien kehittämishankkeissa painoalueiksi on määritelty seuraavat (Hakijan opas 2005, 17):

- vanhusten palveluiden saatavuuden ja laadun parantaminen
- varhaisen puuttumisen -työmenetelmien käyttöönotto
- lastensuojelun avo- ja sijaishuollon palveluiden saatavuuden ja laadun parantaminen
- palveluohjausmenettelyn käytön laajentaminen
- vammaispalveluiden saatavuuden ja erityisosaamisen parantaminen
- sosiaalihuollon henkilöstön tehtävärakenteen ja työolojen kehittäminen.

Lisäksi lääninhallitus voi myöntää valtionavustusta Alkoholiohjelman mukaisiin kehittämishankkeisiin, joiden painoalueet ovat seuraavat (Hakijan opas 2005, 22):

- viranomaisten, järjestöjen, kuntalaisten ja elinkeinoelämän yhteistyön parantaminen alkoholihaittojen ehkäisyssä ja vähentämisessä paikallistasolla ja seudullisesti
- nuorten alkoholin käytön ehkäisy ja alkoholin haitoista kärsivien perheiden tukeminen ja hoito erityisesti lasten hyvinvoinnin näkökulmasta
- alkoholin riskikulutuksen aiheuttamien haittojen vähentäminen varhaisvaiheen tukitoimin
- päihdepalvelujen laatusuosituksen toimeenpano.

### *Sosiaalipalvelujen valvonta*

Lääninhallituksille on sosiaalihuollon yleis- ja erityislainsäädännössä määritelty sosiaalipalvelujen valvontavelvoite. Sosiaali- ja terveysministeriön ja lääninhallitusten välisissä tulossopimuksissa määritellään melko väljästi valvonnan tavoitteet ja painopisteet. Valvonta voidaan jakaa kolmeen ryhmään: lupatarkastukset, rutiinitarkastukset ja valituksista tai kanteluista johtuvat tarkastukset. (Nissinen 2005, 1,10).

Lääninhallitusten päihdepalvelujen ohjausta ja valvontaa arvioitiin vuonna 2005. Arvioinnin tuloksena todettiin, että lääninhallitusten päihdepalvelujen ohjaus- ja valvontaresurssit ovat riittämättömät. Näin on erityisesti Etelä-Suomessa, jossa valvontakohteiden määrä ja läänin väestömäärät ovat suurimmat. Suunnitelmallisiin ohjaus- ja valvontakäynteihin tai kuntien koko palvelujärjestelmän ohjaukseen ja valvontaan ei ole juuri mahdollisuuksia. Tavoitteena on päästä eroon erillisistä ja suunnittelemattomista valvontakäynneistä ja siirtyä koko päihdepalvelujärjestelmän ohjaukseen ja valvontaan, jossa tarkasteluun otetaan toiminnan asianmukaisuus, henkilöstömitoitus sekä palvelutarjonnan kattavuus laatusuosituksen näkökulmasta. Tämän edellytyksenä kuitenkin on, että lääninhallituksiin saadaan riittävät, toimintaan suunnatut resurssit. (Mt., 1–2.)

Lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen työtaakka on kestämaton; työn määrää kuvaa esimerkiksi se, että kantelujen määrä on lisääntynyt. Lääninhallitusten päihdepalvelujen ja ehkäisevän päihdetyön resurssit koostuvat usein saman henkilön eri työalueista, eli yksi henkilö tekee sekä päihdepalvelujen ohjausta ja valvontaa että ehkäisevää päihdetyötä. Lääninhallitusten resurssit koko maassa väestömäärään suhteutettuna ovat päihdepalvelujen osalta 1,4 henkilötyövuotta ja ehkäisevän päihdetyön osalta 3,3 henkilötyövuotta. (Nissinen 2005, 12.)

### *Peruspalveluiden arviointi*

Lääninhallitusten peruspalvelujen arviointi on yksi lääninhallitusten keskeisistä lakisääteisistä tehtävistä. Vuonna 2004 arviointikohteena sosiaali- ja terveyspalveluiden osalta olivat päihdepalvelujen saatavuus sekä ehkäisevä päihdetyö (Valtakunnallinen peruspalvelujen... 2005, 115–132).

Päihdepalveluiden osalta toimenpide-ehdotuksissa painotettiin riittävien resurssien varmistamista kasvaviin päihdeongelmiin vastaamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä erityisesti katkaisu- ja vieroitushoidon saatavuuden varmistamiseksi kaikissa kunnissa ja välittömän hoitoon pääsyn turvaamiseksi. Huumehoidon osalta nostettiin esille opioidiriippuvaisten hoitoon pääsyn varmistaminen ilman kohtuuttomia jonotusaikoja sekä huumeiden käyttäjien terveysneuvonta-toiminnan lisääminen. Ehkäisevän päihdetyön osalta korostettiin pitkäjänteisen ja monialaisen ammatillisen työn tärkeyttä. Peruspalvelujen arvioinnin tuloksia on käsitelty tarkemmin luvussa Päihdepalvelujen tarpeet lääneittäin.

## Sairaanhoitopiirit

Erikoissairaanhoitolain (1062/1989) mukaan kotikunnan on huolehdittava kuntalaistensa tarpeenmukaisesta erikoissairaanhoidosta. Veloitteen mukaan jokaisen kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän tulee alueellaan huolehtia erikoissairaanhoitopalvelujen yhteensovittamisesta ja yhdessä terveyskeskusten kanssa suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoitoa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Lain mukaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän tulee tehtäviä hoitaessaan olla yhteistyössä myös sosiaalitoimen kanssa tehtävien asianmukaisen suorittamisen niin edellyttäessä. Jos erikoissairaanhoidon potilas tarvitsee kuntoutusta, jota ei ole säädetty sairaanhoitopiiriin tehtäväksi tai jota ei ole tarkoituksenmukaista järjestää erikoissairaanhoitona, tulee sairaanhoitopiiriin huolehtia siitä, että asianomaiselle annetaan tietoja muista kuntoutusmahdollisuuksista. Lisäksi sairaanhoitopiiriin tulee huolehtia siitä, että potilas ohjataan tarpeen mukaan terveyskeskuksen, sosiaali-, työvoima- tai opetusviranomaisen taikka Kansaneläkelaitoksen tai muun palvelujen järjestäjän palveluiden piiriin yhteistyössä palveluja järjestävien tahojen kanssa.

Lisäksi sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän tulee alueellaan huolehtia tehtäväalaansa kohdistuvasta tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta sekä tietojärjestelmien yhteensovittamisesta. Kuntayhtymän tulee myös huolehtia siitä, että terveydenhuollon henkilöstö peruskoulutuksen pituudesta, työn vaativuudesta ja toimenkuvasta riippuen osallistuu riittävästi heille järjestettyyn täydennyskoulutukseen. (Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989.)

Erikoissairaanhoitolain mukaan erikoissairaanhoidon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Läänin alueella erikoissairaanhoidon suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat lääninhallitukselle. Erikoissairaanhoidon asiantuntijavirastona toimii sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes.

## Kunnat, kuntayhtymät ja seutukunnat

Kuntalain (365/1995) mukaan kunnan tulee pyrkiä edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestävä kehitystä alueella. Kuntien tehtävät säädetään laissa; kunta hoitaa myös itsehallinnon nojalla itsellensä ottamansa tehtävät. Kunnan päätösvaltaa käyttää asukkaiden valitsema valtuusto. Kunnat voivat sopimuksen nojalla hoitaa tehtäviään yhdessä. Kunnat voivat myös sopia, että tehtävä annetaan toisen kunnan hoidettavaksi yhden tai useamman kunnan puolesta tai että tehtävää hoitaa kuntayhtymä.

Vuonna 1993 tuli voimaan uusiin valtiosuusuudistus. Sen keskeisiä tavoitteita olivat kunnallisen itsehallinnon vahvistaminen sekä toimintojen taloudellisuuden ja tehokkuuden edistäminen. Valtiosuusuudistuksen tarkoituksena on turvata kunnille riittävät voimavarat lakisääteisten palvelujen järjestämiseen. (Kansanterveyskertomus 1996.)

Lakiuudistus tarjosi kunnille uudenlaisen mahdollisuuden järjestää keskeiset sosiaali- ja terveyspalvelut haluamallaan tavalla: samalla siirryttiin kustannusperusteisesta valtionosuusjärjestelmästä laskennalliseen järjestelmään, jossa valtionosuuden määräytymisperusteina ovat erilaiset kuntakohtaiset tarvetekijät. Valtionosuusuudistus lisäsi kuntien mahdollisuutta järjestää terveyspalvelut myös ostopalveluina. Kunnat ovat ostaneet palveluja paitsi sosiaali- ja terveydenhuoltoalan järjestöiltä myös kaupallisilta palvelujen tuottajilta, kuten yksityisiltä lääkäriasemilta ja laboratorioilta. (Kansanterveyskertomus 1996.)

# Muutokset päihdetilanteessa ja -palveluissa

Päihdepalvelujärjestelmä kohtaa nykyään yhä monimuotoisempia haasteita. Tässä kappaleessa tarkastellaan päihteiden käytön ja päihdepalvelujärjestelmän kehitystä ja muutoksia viimeksi kuluneiden vuosikymmenten aikana.

## Päihteiden käytön kehitys

### *Alkoholi*

Alkoholin kulutus lisääntyi Suomessa voimakkaasti vuoden 1968 alkoholilainmuutoksen jälkeen, jolloin keskioletut tuli myytäväksi elintarvikemyymälöihin ja kahviloihin. Samoihin aikoihin ajoittuu myös ”ensimmäinen huumeaalto”. 1970-luvun puolivälissä alkoholin kulutuksen kasvu taittui ja huumeiden käyttö laantui. Alkoholin kulutus asettui kuitenkin aikaisempaa huomattavasti korkeammalle tasolle. (Nuorvala ym. 2004, 608.)

1980-luvun lopulla alkoholin kulutus alkoi jälleen kasvaa, kunnes tilastoitu kulutus 1990-luvun alkupuolella laman aikana jälleen laski. Samaan aikaan kuitenkin alkoholin kotivalmistus lisääntyi ja Suomen liityttyä EU:hun lisääntyi myös yksityishenkilöiden alkoholintuonti ulkomailta. (Mt., 608.)

1990-luvun puolivälistä lähtien alkoholin kokonaiskulutus on kasvanut (Nuorvala ym. 2004, 608). Pian vuosituhannen vaihteen jälkeen saavutettiin aikaisempi ennätystaso. Tämän jälkeen keskikulutus on kasvanut keskimäärin viiden prosenttiyksikön vauhtia vuosittain. (Kaukonen 2005, 316.)

Vuonna 2004 alkoholin käytön kehitykseen vaikuttivat erityisesti seuraavat kolme seikkaa: alkoholin maahantuontikiintiöiden poistaminen, alkoholiveron alentaminen sekä Viron EU-jäsenyys. Vuonna 2005 asukasta kohti laskettu alkoholin tilastoitu kulutus kohosi 8,3 litraan, tilastoimaton kulutus 2,3 litraan ja alkoholin kokonaiskulutus 10,6 litraan asukasta kohti. Alkoholin kokonaiskulutuksen kasvu vuodesta 2003 vuoteen 2004 oli kaikkiaan 13 prosenttia. (Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus 2006.) Kaikesta juodusta alkoholista suuri osa keskittyy harvoille suurkuluttajille. Esimerkiksi vuonna 2003 eniten juova kymmenen prosenttia kuluttajista joi 45 prosenttia kaikesta kulutetusta alkoholista. Raittiiden osuus vuosina 2003 ja 2004 oli Suomessa seitsemän prosenttia. (Mustonen ym. 2005, 245–247.) Arvioiden mukaan vuonna 2005 alkoholin kulutus olisi noin 11 litraa puhdasta alkoholia asukasta kohti (Alkoholiohjelma 2004–2007).

### *Huumeet ja lääkkeet*

Suomen ”ensimmäinen huumeaalto” ajoittui 1960-luvun lopulle ja 1970-luvun alkuun. Tällöin kannabiksen käyttö levisi opiskelijoiden ja koulunuorten keskuuteen. Huumeiden käyttö laantui 1970-luvun puolivälissä. (Nuorvala ym. 2004, 608.) Huumeiden käyttö lisääntyi 1990-luvulla siinä määrin, että on perusteltua puhua Suomen ”toisesta huumeaallostaa”. Elämänsä aikana huumeita kokeilleiden määrä kasvoi 1990-luvulla, mutta kasvu näytti taittuvan 2000-luvun alkupuolella. Tasaantumista on ollut nähtävissä erityisesti aktiivisempaa käyttötappaa kuvaavissa, viimeaikaista käyttöä kuvaavissa luvuissa. (Hakkarainen & Metso 2003, 254–255.) Vuoden aikana tapahtunutta käyttöä kuvaavat luvut ovat säilyneet muuttumattomina vuodesta 1998 (Hakkarainen & Metso 2005, 253).

Vuonna 2002 päihdetutkimukseen (väestötutkimus) osallistuneista 12 prosenttia ilmoitti kokeilleensa tai käyttäneensä joskus elämässään jotain huumausainetta. Valtaosalla oli kyseessä vähintään vuoden takainen käyttö. Viimeksi kuluneen vuoden aikana jotain huumetta oli käyttänyt kolme prosenttia vastaajista ja viimeksi kuluneen kuukauden aikana tapahtuneesta huumeiden käytöstä raportoi yksi prosentti tutkimukseen osallistuneista. (Hakkarainen & Metso 2003, 247.)

Kannabis on yleisimmin kokeiltu ja käytetty laiton huume Suomessa. Ikäryhmän mukaan tarkasteltaessa vuosien 1992 ja 2002 välillä 20–29-vuotiaiden kannabiksen kokeiluluvut nousivat 12 prosentista 29 prosenttiin. Viimeaikainen käyttö on kuitenkin selvästi harvinaisempaa; viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyttäneitä oli kahdeksan prosenttia. Kokeilleiden osuudet olivat nousseet myös 30–59-vuotiaiden ryhmässä, mutta jäivät edellistä ryhmää selvästi maltillisemmalle tasolle. Luvut kertovat lähinnä nuoruusvuosina tapahtuneista kokeiluista, sillä viimeaikaista käyttöä ei tässä ryhmässä juuri esiintynyt. (Hakkarainen & Metso 2003, 248.)

Neljän eri rekisterin pohjalta tehdyn tilastollisen arvion mukaan kovien huumeiden (amfetamiini ja opiaatit) ongelmakäyttäjää arvioitiin vuonna 2002 olevan 0,6–0,7 prosenttia maan väestöstä (15–55-vuotiaat). Ongelmakäyttäjien, etenkin opiaattien käyttäjien, määrä lisääntyi selvästi edellisen vuonna 1999 tehdyn tilastoarvion jälkeen. Ongelmakäyttäjien enemmistön muodostivat amfetamiinin ongelmakäyttäjät. Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttö painottuu selvästi pääkaupunkiseudulle ja Etelä-Suomeen, joskin se on lisääntynyt viiden vuoden ajanjaksolla myös muualla Suomessa. Tutkimuksen mukaan ongelmakäyttäjistä valtaosa on miehiä ja vajaa puolet käyttäjistä kuuluu ikäryhmään 15–25-vuotiaat. Ongelmakäyttäjien suhteellinen osuus aikuisväestöstä on Suomessa tällä hetkellä EU:n keskitasoa. (Partanen ym. 2004, 286.)

Huumeiden käyttö keskittyy pitkälti pääkaupunkiseudulle. 2000-luvun aikana Tampere, Turku ja Oulu ovat ottaneet pääkaupunkiseudun kehitystä kiinni. Pienemmissä kaupungeissa sekä asutuskeskuksissa ja taajamissa huumeiden käytön kasvu on ollut jatkuvaa, mutta maltillisempaa. (Nuorvala & Metso 2004, 78.)

Lääkkeiden päihdekäytössä tapahtuneista muutoksista saa välillisesti tietoa päihdetapauslaskennoista<sup>1</sup>. Päihdetapauslaskentojen mukaan lääkkeiden päihdekäyttö kasvoi huomattavasti 1990-luvun alussa. Vuosina 1995 ja 1999 lääkkeiden väärinkäyttö näytti kuitenkin tasaantuneen. Vuonna 2003 lääkkeiden käyttäjien osuus oli jälleen kääntynyt nousuun ja niitä käytti 27 prosenttia vuoden 2003 Päihdetapauslaskentaan osallistuneista. (Nuorvala ym. 2004, 612.)

## *Toiminnalliset ja muut riippuvuudet*

Tupakka on yksi yleisimmistä riippuvuutta aiheuttavista nautintoaineista Suomessa. Tupakoinnin ehkäisy kuuluu ehkäisevän päihdetyön toimialueeseen. Tupakkariippuvuutta hoidetaan usein terveydenhuollon piirissä. Muita toiminnallisia riippuvuuksia ovat mm. peliriippuvuus, seksi-riippuvuus ja nettiriippuvuus, joita hoidetaan yleisimmin päihdepalveluiden erikoispalveluiden piirissä, kuten A-klinikoilla. Toiminnallisten riippuvuuksien arvioidaan lisääntyneen Suomessa, mutta niiden laajuudesta ei ole tarkkaa tutkimuksellista tietoa peliongelmiä tehtyä tutkimustietoa lukuun ottamatta.

Tupakoinnin vähentymisestä huolimatta Suomessa on edelleen noin miljoona tupakoijaa. Kansanterveyslaitoksen terveyskäyttötutkimuksen mukaan vuonna 2003 miehistä 26 prosenttia ja naisista 19 prosenttia tupakoi päivittäin. Noin yhdeksän prosenttia aikuisista tupakoi satunnaisesti. 15–24-vuotiaista miehistä poltti päivittäin 23 prosenttia, satunnaisesti 10 prosenttia ja vastaavasti naisista 20 prosenttia ja 11 prosenttia. Miesten tupakointi on 1980-luvulta lähtien

<sup>1</sup> Päihdetapauslaskentoja on tehty Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta Stakesissa vuodesta 1987 lähtien aina neljän vuoden välein. Laskennoissa on kerätty tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista yhden vuorokauden aikana havaituista päihde-ehdoista asioinneista. (Nuorvala & Metso 2004, 81.)

vähentynyt ja naisten tupakointi on pysynyt samalla tasolla. (Tietoa tupakoinnin...) Nuoret tytöt tupakoivat enemmän kuin pojat. Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan 14–18-vuotiaista pojista tupakoi päivittäin 23 prosenttia ja tytöistä 25 prosenttia vuonna 2003. Tupakointi jakautuu Suomessa selvästi sosiaalisen aseman mukaan. Mitä alempi on sosiaalinen asema, sitä yleisempää on tupakointi. (Tupakointi Suomessa...)

## Muutokset päihdepalvelujärjestelmässä

Suomalaisessa päihdepalvelujärjestelmässä on tapahtunut huomattavia muutoksia 1990-luvun laman jälkeen. Vielä 1980-luvun lopulla Suomessa oli suhteessa väestömäärään ja päihdeiden käytön tasoon nähden yksi maailman kattavimmista ja laitosvaltaisimmista päihdehuollon erityispalveluverkostoista (Klingeman ym. 1992, ref. Kaukonen 2005). Tällöin päihdehuollon palvelut oli järjestetty pääosin osaksi sosiaalihuollon hallintorakennetta, ne olivat kohtuuhintaisia ja kapasiteetti oli tehokkaassa käytössä (Kaukonen 2005, 312).

Suomalaisen päihdekuntoutuksen ehdot ja rakenteet muuttuivat 1990-luvun laman jälkipuolella, kun kunnissa tehtiin huomattavia kavennuksia järjestöjen ja kuntayhtymien päihdehuollon ostopalveluihin. Erityisesti laitospuolella muutokset olivat merkittäviä (Kaukonen & Mäki 1996, 111).

Pysyvämpiä muutoksia tehtiin 1990-luvun puolivälistä alkaen, jolloin sekä valtion että kuntien palvelujen ylläpitoon sitoutumisen aste väheni. Kunnat purkivat noin kolmanneksen omasta päihdepalvelukapasiteetistaan ja siirtyivät enemmän ostopalvelujen käyttöön. Järjestöt ovatkin tuottaneet nopeasti sekä avo- että laitospuolella päihdehuollon palveluja kuntien omien palvelujen tilalle. Kunnille jäi palvelujen tilaajan ja maksajan rooli. (Kaukonen 2005, 312–313). Vuonna 1992 tuli voimaan hankintalaki (1505/1992), joka edellytti palvelujen kilpailuttamista myös päihdepalvelujen osalta.

1990-luvun alussa noin kolmannes päihdehuollon erityispalveluista tuotettiin järjestöpohjaisesti, kymmenen vuotta myöhemmin pitkälti yli puolet. Myös erikoistuneet huumehoitopalvelut yleistyivät voimakkaasti (Kaukonen 2002, 154). 1990-luvulle asti erityistason hoitoa huumeiden käyttäjille tarjottiin alkoholi-ongelmallisille suunnatuissa päihdepalveluissa (Hakkarainen & Tigerstedt 2005, 143). Laman jälkeen päihdekuntoutusyksiköitä perustettiin suhteellisen nopeasti lisää (Kaukonen 2005, 313). 2000-luvulla huumehoidon kehittämiseen on suunnattu valtion korvamerkittyä rahoitusta.

Voidaan sanoa, että kokonaisuutena erityisesti akuuttipalvelujen saatavuus on 2000-luvulle tultaessa selvästi heikentynyt: palveluista hyötyy yhä harvempi, vaikka laitospuolella palveluja tuotetaan lyhyemmissä jaksoissa (Kaukonen 2005, 316). Avopalveluihin pääsy näyttää niin ikään ongelmalliselta siitä huolimatta, että palveluja on tuntuvasti lisätty. Kokonaisuutena päihdepalvelujen toiminnalliset muutokset ovat tuottaneet erityisesti huono-osaisemmille asiakkaille käytännössä rakenteellisen esteen palveluihin pääsulle (Kaukonen 2005; ks. Mäkelä ym. 2005). Päihdehuollon yhteiskunnallinen vaikuttavuus on Olavi Kaukosen mukaan (2005, 316–317) nopeasti heikentymässä.

### *Avopalvelut*

Avohoitoa ei 1990-luvulla leikattu. Avomuotoisia päihdehuollon erityispalveluyksiköitä (A-kliinikoita ja vastaavia) on perustettu vuosien 1990 ja 2003 välillä yli kaksikymmentä yksikköä lisää; vuonna 2003 niitä oli Suomessa 92. Avohoidon määrätietoinen kasvattaminen ei ole kuitenkaan lisännyt asiakkaiden hoitoon pääsyn mahdollisuuksia samassa suhteessa kuin kapasiteetin kas-

vattaminen antaisi olettaa. Vuosittain hoidetaan vain noin 7 000 asiakasta enemmän kuin vuonna 1990. Hoitokäynnit ovat sen sijaan lisääntyneet noin 140 000:lla. (Kaukonen 2005, 313–314.) Päihdetilastollisen vuosikirjan (2005, 111) mukaan vuonna 2004 asiakkaita oli A-klinikoilla yhteensä lähes 43 000.

Nuorisoasemien määrä kasvoi 2000-luvulla. Vuoden 2004 Päihdetilastollisen vuosikirjan mukaan (2004, 93) vuonna 1999 Suomessa toimi yhdeksän nuorisoasemaa ja vuonna 2003 niitä oli yhteensä 17. Asiakkaiden määrä ei ole kuitenkaan noussut samassa suhteessa: lisäystä vuosien 1999 ja 2003 välillä on tapahtunut reilun tuhannen asiakkaan verran. Asiakaskäyntimäärät kasvoivat vuodesta 1999 vuoteen 2003 noin kolmanneksen. Vuonna 2004 asiakkaita oli vajaa 5300 (Päihdetilastollinen vuosikirja 2005, 111).

Päihdehuollon erityispalvelujen avohoitoon pieniin kuntiin on kehitetty uusia työmuotoja, kuten jalkautuvan päihdetyön malli. Mallissa seutukunnalle palkataan kiertävä päihdetyöntekijä. Tämän tyyppistä työmuotoa on kokeiltu muun muassa Hämeenkyrön, Viljakkalan ja Ikaalisten yhteisessä Tikas-hankkeessa ja Hämeen päihdehuollon kuntayhtymän Reitit selviksi -kehittämishankkeessa. Mallista on molemmissa hankkeissa saatu hyviä kokemuksia. Jalkautuvan päihdetyön työmuodon kautta pienessäkin kunnassa on arvioitu olevan mahdollista toteuttaa päihdetyön lähipalveluperiaatetta vähäisin kustannuksin mutta tehokkaasti ja matalan kynnyksen periaatetta noudattaen. (Eskelinen 2003; Inkeroinen ym. 2005.)

## *Laitospalvelut*

Laitoskuntoutuksessa on tapahtunut viime vuosikymmenen aikana selkeä toiminnallinen muutos: hoitovuorokausien määrä laski vuosien 1990 ja 2003 välillä kolmanneksen ja asiakasmäärät lähes puolittuivat. Myös laitoshoidojakson kesto lyheni keskimäärin neljällä vuorokaudella. Vaikka pitkistä laitossijoituksista luopuminen on Kaukosen (2005, 313) mukaan oikeansuuntainen kehitys, liittyy siihen myös ongelmakohtia. Ongelmat liittyvät asiakkaiden hoitoon pääsyyn: vaikka hoitajaksot ovat selkeästi lyhentyneet, niihin näyttää päässeen alle puolet siitä asiakasmäärästä, joka 1990-luvun puolivälissä hoidettiin. Kun päihdehoidon erityispalveluissa hoitajaksot vähenivät vuodesta 1990 noin 52 prosenttia, niukentunut palvelujen tarjonta näkyi jokseenkin yhtä suurena kasvuna sairaalahoidoissa. 1990-luvun puolivälisiä päihdehoitajaksot ovat kuitenkin myös sairaaloissa vähentyneet nopeasti (27 %). (Kaukonen 2005, 313.)

Kokonaisuutena päihdehuollon laitosmuotoista kuntoutusta tuotetaan selvästi vähemmän suhteessa väestöön, asiakaskuntaan tai päihdehaittojen esiintyvyyteen kuin ennen lamaa (Kaukonen 2005, 313–314). Kaukosen (2005, 314–315) mukaan käytettävissä ei ole tilastoja laitosten mahdollisesti muuttuneesta kapasiteetista, paikkaluvusta tai käyttöasteesta, mutta henkilötyövuosien määrän kehitys kertoo päihdelaitosten toimintaedellytyksistä: kokonaisuutena laitoskuntoutuksessa oli vuonna 2002 noin kolmannes enemmän henkilöstöä kuin vuonna 1990. Katkaisuhoidoasemilla ja kuntoutuslaitoksissa hoidettiin asiakkaita vuonna 2003 yhteensä hiukan alle 11 300, kun vuonna 1990 vastaava luku oli noin 23 000 (Päihdetilastollinen vuosikirja 2004, 93; Kaukonen 2005, 313).

## *Päihdehuollon matalakynnyksiset palvelut*

Päihdehuollon asumispalvelujen käyttö oli jatkuvassa kasvussa vuoteen 1999 saakka, mutta vuonna 2003 tapahtui ensi kerran vähenemistä (Nuorvala ym. 2004, 611). Kun vuonna 1999 asumispalveluissa asioi vuoden aikana noin 4 300 asiakasta, niin vuonna 2003 asiakkaiden määrä oli laskenut alle 4 000:een. Myös hoitovuorokausien määrä oli laskenut muutaman prosenttiyksikön vuodesta 1999. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2004, 93.)



Ensisuojien asiakasmäärät olivat pienessä laskussa vuoteen 1995 asti, jonka jälkeen asiakasmäärät ovat pysyneet melko tasaisina (Nuorvala ym. 2004, 611). Vuonna 2003 ensisuojien asiakasmäärässä tapahtui nousua. Kun vuonna 1999 ensisuojuissa oli vuoden aikana 1 161 asiakasta, vuonna 2003 niissä asioi 1 421 asiakasta. Hoitovuorokausien määrä on noussut vuodesta 1999 vuoteen 2003 tultaessa reilulla 10 000 hoitovuorokaudella. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2004, 93.)

Päihdetapauslaskentojen mukaan päiväkeskuksissa asiointi oli huomattavassa nousussa vuodesta 1987 vuoteen 1999 asti. Tämän jälkeen käyntikerrat päiväkeskuksissa ovat laskeneet vuonna 2003 vuoden 1995 tasolle; vuoden 2003 päihdetapauslaskennassa asiointeja päiväkeskuksissa yhden päivän aikana oli noin 800. (Nuorvala ym. 2004, 611.)

Uutta päihdehuollon kentässä 1990-luvun lopulla olivat huumeiden käyttäjille tarkoitetut terveysneuvontapisteet. Ensimmäinen terveysneuvontapiste avattiin vuonna 1997 Helsingissä. Toiminta alkoi nopeasti laajentua käyttäjien hiv-epidemian puhjetessa vuonna 1998 (Leinikki & Partanen 2005, 16). Vuonna 2004 kaikkiaan 23 paikkakunnalla toimineet terveysneuvontapisteet tavoittivat noin 10 400 asiakasta ja asiakaskäyntejä niissä oli 83 400. Ruiskuja ja neuloja vaihdettiin noin 1,8 miljoonaa kappaletta. Käytetyt neulat palautetaan terveysneuvontapisteisiin; ruiskujen ja neulojen palautusprosentti on yleensä lähes 100. Lisäksi terveysneuvontapisteiden verkosto mahdollistaa suurilla paikkakunnilla nopean tiedon jakamisen ja esimerkiksi tehostetut huumeiden käyttäjien rokotukset. Kaikki terveysneuvontapisteet sijaitsevat yli 20 000 asukkaan paikkakunnilla. Kaikissa yli 50 000 asukkaan kaupungeissa, kahta lukuun ottamatta, on jo terveysneuvontapiste. Pääkaupunkiseudulla on myös yksi liikkuva terveysneuvontayksikkö. Tartuntatautilaki- ja asetus (Tartuntatautilaki 583/1986, muutos 935/2003, Tartuntatautiasetus 786/1986, muutos 1383/2003) määrittelevät huumeiden käyttäjien terveysneuvontatoiminnan ja pistosvälineiden vaihdon järjestämisen terveyskeskusten vastuualueeksi. Toimintaa tulisi edelleen laajentaa ja tehostaa sekä pääkaupunkiseudulla että erityisesti sen ulkopuolella (Leinikki & Partanen 2005, 16).



# Päihdepalvelujen tila nykyhetkellä

Tässä kappaleessa tarkastellaan päihdehuollon asiakaskuntaa, päihdepalveluiden järjestämistä ja käyttöä erikokoisissa kunnissa sekä palvelujen tarvetta ja riittävyttä. Lisäksi tarkastellaan, miten eri tavoin päihdepalvelut voidaan kunnissa järjestää.

## Päihdehuollon asiakkaat

Vuoden 2003 päihdetapauslaskennan mukaan alkoholi on edelleen hallitsevin hoitopalveluiden käyttöön liittyvä päihde Suomessa; alkoholia käyttävien osuus päihdetapauslaskentaan osallistuneista oli 94 prosenttia. Pelkästään alkoholia käyttävien osuus on kuitenkin laskenut vuodesta 1987; vuonna 2003 tähän ryhmään kuului 59 prosenttia laskentaan osallistuneista. Korvikealkoholin käyttö on tasaisesti laskenut. Tämä on selitettävissä toisaalta käyttäjien kuolleisuudella ja toisaalta alkoholin parantuneella saatavuudella ja hinnan laskulla. Liuotinten käyttö on pysynyt ennallaan. Huumeausaineita käyttäneiden osuus on kasvanut. Vuonna 1987 jotain huumeausainetta oli käyttänyt kolme prosenttia päihdetapauslaskennan asiakkaista, mutta vuonna 2003 huumeausaineita käyttäneiden osuus oli 27 prosenttia. (Nuorvala ym. 2004, 611–612.)

Huumeiden käytön vuoksi päihdehoitoon hakeutuneiden huumeiden käyttäjien joukossa opiaattien vuoksi hoitoon hakeutuneiden osuus on kasvanut. Vuonna 2004 opiaatit olivat 34 prosentilla huumeasiakkaita päihdehoitoon hakeutumisen ensisijainen päihde, 26 prosentilla stimulantit, alkoholin käyttöön liittyvä sekäkäyttö 18 prosentilla ja kannabis 15 prosentilla ja lääkkeet kuudella prosentilla. Opiaateista buprenorfiinin ongelmakäyttö (27 %) oli huomattavasti heroiniä (3 %) yleisempi syy hakeutua hoitoon. Sekäkäyttö oli yleistä: lähes kahdella kolmesta oli maininta ainakin kolmesta ongelmapäihdeestä. Päihdehuollon huumeasiakkaat olivat vuonna 2004 suurelta osin miehiä (72 %), nuoria aikuisia (keski-ikä 27 vuotta) ja perhesuhteiltaan yksin eläviä. (Partanen ym. 2005.)

Päihdepalvelujen käyttäjät ovat yleisesti ottaen monin tavoin huono-osaisia. Vuoden 2003 päihdetapauslaskennan mukaan lähes kaksi viidestä oli eläkkeellä ja lähes yhtä moni oli työtön. Työelämässä oli 11 prosenttia ja toimihenkilöihin kuuluvia vain neljä prosenttia. Suurin osa oli perheettömiä, vain viidennes oli avio- tai avoliitossa. Melkein joka kymmenes asui asuntolassa ja melkein yhtä moni oli vailla vakituista asuntoa. (Nuorvala & Metso 2004, 85.)

Perinteisesti keski-ikäiset miehet ovat olleet päihdepalveluiden suurin asiakasryhmä. Viime päihdetapauslaskennan (2003) mukaan naisten osuus on tasaisesti kasvanut. Päihdepalveluihin hakeutuvat naiset ovat keskimäärin nuorempia kuin miehet. Vuonna 2003 naisten osuus oli 26 prosenttia päihdetapauslaskentaan osallistuneista. (Nuorvala ym. 2004, 612.) Naiset hakeutuvat palveluihin myös lastensa tai päihdeongelmaisen miehensä vuoksi, ei niinkään omien ongelmiansa seurauksena. Naisten päihdeongelmat saattavat pysyä pitkäänkin piilossa ja kehittyä pitkälle ennen hoitoon hakeutumista häpeän, syyllisyyden ja lasten huostaanottopelon vuoksi. Naiset tulee erityisesti ottaa huomioon niin hoidossa kuin päihdekoulutuksessa ja ehkäisevässä päihdetyössäkin (Makkonen, Teija, kommentointi sähköpostitse 5.12.2005).

Vanhusten päihdeongelmat ovat yhä yleisempiä, ja niihin törmätään usein kotisairaanhoidon ja kotipalvelun asiakkuuksissa. Yksityisyyden suojan vuoksi niihin on vaikea puuttua vanhuksen omassa kodissa. Päihdeongelmaisille vanhuksille tarkoitettuja paikkoja ei päihdehuoltojärjestelmästä juuri löydy. Myös alkoholidementia on yleistymässä: asiakasryhmässä on jopa alle 40-vuotiaita kroonisia alkoholisteja. Arvioidaan, että tämä ryhmä tulee näkymään palvelujärjestelmässä seuraavien kymmenen vuoden aikana voimakkaasti ja luo järjestelmälle suuria haasteita. (Makkonen, kommentointi sähköpostitse 5.12.2005.)

Mielenterveysongelmat ovat päihdeasiakkailta yleisiä. Päihdetapauslaskennassa 37 prosentilla raportoitiin päihdeistä riippumattomia mielenterveyshäiriöitä (Nuorvala & Metso 2004, 86). Yleisimpiä mielenterveyteen liittyviä häiriöitä ovat ahdistuneisuushäiriöt, epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö, mielialahäiriöt ja skitsofrenia (Mäkelä 2003, 184). Naisilla mielenterveyshäiriöitä oli päihdetapauslaskennassa enemmän kuin miehillä (Nuorvala & Metso 2004, 86). Psykiatrisista potilaista päihdeiden eriasteisia ongelmakäyttäjiä on 40–80 prosenttia. Psykiatristen pitkäaikaispotilaiden joukossa kaksoisdiagnoosipotilaat ovat usein sosiaalisesti syrjäytyneitä ja keskimääräistä vaikeahoitoisempia. (Mäkelä 2003, 185.) Sellaisten sairaalahoitajaksojen määrä, joissa on tehty huumausainediagnoosi ja psykiatrinen diagnoosi, nousi tasaisesti ja jyrkästi erityisesti 1990-luvun kuluessa. Kasvu kuitenkin hidastui ja taittui vuosien 2001 ja 2002 aikana. Erityisen merkittävänä kasvuna mainitaan psykoottisiin häiriöihin liittyvien kaksoisdiagnoosien esiintyvyyden lisääntyminen huumausaineiden käyttäjillä. (Pirkola & Wahlbeck 2004, 1673.)

Vuoden 2003 päihdetapauslaskennan mukaan myös peliongelmiä oli noin viidellä prosentilla asiakkaista. Uhkaavaa tai väkivaltaista käyttäytymistä raportoitiin olleen noin yhdellä prosentilla asiakkaista päihdetapauslaskennassa laskentavuorokauden aikana; samoista asiakkaista noin 14 prosenttia oli joskus aiemmin käyttäytynyt väkivaltaisesti tai uhkaavasti asioidessaan kyseisessä toimipisteessä. (Nuorvala & Metso 2004, 86.)

Käytännössä päihdepalvelujen asiakkaista löytyy kaikenlaisia ihmisiä, nuoria, vanhoja, naisia ja miehiä, varakkaita ja huono-osaisia; päihdepalvelujen tulisi palvella kaikkia. Saavatko erilaiset ihmiset palveluja tasa-arvoisesti asemastaan, asuinpaikastaan, iästään ja sukupuolestaan riippumatta, kuten päihdehuoltolaissa edellytetään?

## Päihdepalvelut kunnissa

Päihdepalvelujen järjestämisvastuu on päihdehuoltolain (41/1986) mukaisesti kunnilla. Taavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihdeiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Päihdepalvelujen järjestämiseen vaikuttavat kunnassa esiintyvän tarpeen lisäksi kunkin kunnan taloudelliset voimavarat sekä tiedolliset ja asenteelliset tekijät. Muun muassa näistä syistä kunnat päätyvät hyvinkin erilaisiin ratkaisuihin päihdepalveluita järjestettäessä (Nissinen 2005, 4). Kunnalla on merkittävä vaikutus siihen, minkälaisia palveluja päihdeasiakkaille tarjotaan.

Kaksi kolmesta Suomen 432 kunnasta on pieniä, alle 7 000 asukkaan kuntia. Näissä kunnissa asuu alle viidennes koko maan väestöstä. Suurissa, yli 150 000 asukkaan kaupungeissa asuu neljännes Suomen väestöstä. Vuoden 2003 päihdetapauslaskennassa päihdeasiointien määrä 10 000:ta asukasta kohti vaihteli kunnan koon mukaan: pienissä kunnissa oli selvästi vähemmän päihde-ehtoisia asiointeja kuin suurissa kunnissa. (Nuorvala & Metso 2004, 85.)

## Peruspalvelujen ja päihdehuollon erityispalvelujen käyttö kunnissa

Päihdetapauslaskennan mukaan vuonna 2003 päihdehuollossa avohuollon päihde-ehtoisten asointien osuus oli 56 prosenttia ja ympärivuorokautisten palvelujen 44 prosenttia. Päihdehuollon erityispalvelujen osuus kasvoi hieman suhteessa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluihin; erityispalvelujen osuus oli lähes puolet (48 %) kaikista tapauksista. Tämä voi olla Yrjö Nuorvalan ja Leena Metson (2004, 82) mukaan selitettävissä A-klinikoiden, nuorisoasemien ja päihdehuollon laitosten määrän kasvulla sekä uudentyypisten palveluyksiköiden perustamisella (esim. huumeiden käyttäjien terveysneuvontapistet). Eniten asiointeja tapahtui, kuten aiemmissakin

päihdetapauslaskennoissa, päihdehuollon asumispalveluissa (15 %), A-klinikoilla ja vastaavissa (13 %), sosiaalitoimistoissa (10 %) ja psykiatristen sairaaloiden vuodeosastoilla (9 %). (Nuorvala & Metso 2004, 82.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluja näyttää olevan tarjolla yhtä hyvin niin pienissä kuin suurissakin kunnissa, mutta päihdehuollon erityispalvelujen ja myös psykiatrian palvelujen käyttö keskittyy selvästi enemmän suuriin kuntiin, joissa niitä on saatavilla (Nuorvala & Metso 2004, 85). Päihdetapauslaskentojen mukaan päihde-ehtoisten asiointien osuus on vähentynyt vuodesta 1999 peruspalveluissa kunnan koosta riippumatta. Sitä vastoin psykiatrisissa palveluissa päihdeasiakkaiden määrä lisääntyi vuodesta 1995 vuoteen 1999 kaikenkokoisissa kunnissa. Vuosien 1999 ja 2003 välillä kasvu taittui ja suurissa kaupungeissa kääntyi jopa laskuun. Päihdehuollon kuntouttavien erityispalvelujen käyttö lisääntyi suurissa kaupungeissa vuosien 1999 ja 2003 aikana. (Nuorvala & Metso 2004, 85.)

Asumispalvelujen käyttö oli päihdetapauslaskentojen mukaan kasvussa vuoteen 1999 saakka, kunnes vuonna 2003 tapahtui ensi kerran vähenemistä. Samantyyppinen kehitys on havaittavissa päiväkeskuksissa. A-klinikoilla, nuorisoasemilla ja muissa vastaavissa avohoidon yksiköissä on asiointi ollut vuodesta 1995 jatkuvassa kasvussa ja on saavuttanut lähes asumispalvelujen tason. Kuntoutuslaitoksissa oli havaittavissa asiointien laskua 1990-luvulla, mutta vuonna 2003 oli nähtävissä vähäistä kääntymistä nousuun. Katkaisuhoidon käyttö on säilynyt vuosina 1987–2003 melko tasaisena. Vuonna 2003 terveysneuvontapisteet olivat ensi kertaa laskennassa mukana; niiden osuus kaikista asioinneista oli kaksi prosenttia. (Nuorvala ym. 2004, 611.)

Päihdehuollon erityispalvelujen käyttö korostui etenkin kaupunkimaisissa kunnissa<sup>2</sup>, kun taas taajaan asutuissa ja maaseutumaisissa kunnissa käytettiin enemmän terveydenhuollon peruspalveluja päihdeongelmien hoidossa (Valtakunnallinen peruspalvelujen..., 2005, 122). Päihdehuollon erityispalveluja käytetään siis silloin, kun niitä on saatavilla läheltä ja helposti. Valtakunnallisessa peruspalvelujen arviointiraportissa (2005, 119) on todettu, että A-klinikoiden käyttö painottuu lähinnä sijaintikuntiin ja niiden naapurikuntiin.

Suurimmassa osassa kaupunkimaisista kunnista on oma A-klinikka tai vastaava päihdehuollon erityispalveluja antava avotoimipiste. Taajaan asutuista kunnista alle puolella on oma A-klinikka tai vastaava ja maaseutumaisista kunnista ainoastaan alle viidellä prosentilla. (Stakes, hoitopaikkarekisteri.)

Asukasluvun mukaan jaoteltuna alle 7 000 asukkaan kunnissa on A-klinikka, sivuvastaanotto tai vastaava yksikkö alle viidessä prosentissa kunnista, 7 000–20 000 asukkaan kunnissa A-klinikka tai vastaava löytyy noin kolmasosasta kuntia. Yli 20 000 asukkaan kunnista jo yli 70 prosentilla on oma A-klinikka tai vastaava päihdehuollon erityispalvelupiste ja yli 50 000 asukkaan kunnista jokaisella on oma A-klinikka. (Stakes, hoitopaikkarekisteri.) A-klinikkasäätiöllä on sopimus 106 kunnan kanssa; joissakin kunnissa on useampi yksikkö. Sopimuksia on yhteensä 123. Toimintakokonaisuuksia on 18 ja toimintayksiköitä 22 kunnan alueella (”eri katon” alla olevia toimintayksiköitä on 41). (Pajunen, Sisko/A-klinikkasäätiö, tiedonanto sähköpostitse 28.9.2005.)

Päihdepalvelujen laatusuosituksen mukaan (2002, 43) alle 20 000 asukkaan väestöpohjalta ei juuri ole mahdollista järjestää päihdehuollon erityispalveluja paikallisesti. Tällöin kuntien on edullisinta järjestää palvelut esimerkiksi seutuyhteistyönä. Päihdepalvelujen järjestäminen seudullisesti tai alueellisesti luo puitteet kehittää riittävän kattava päihdehoitojärjestelmä jaetuin kustannuksin myös pienille kunnille (Nuorvala & Metso 2004, 89).

2 Alueluokitus on Tilastokeskuksessa kehitetty kaupunkimaisuuden kuvaaja. Se jakaa kunnat taajamaväestön osuuden ja suurimman taajaman väkiluvun perusteella kaupunkimaisiin, taajaan asuttuihin ja maaseutumaisiin kuntiin. Tilastollinen kuntaryhmitys perustuu väestölaskentojen yhteydessä kerran viidessä vuodessa tehtyyn taajamarajaukseen ja siitä saatuaan tietoon taajamaväestöstä. (Tilastollinen kuntaryhmitys... [http://www.stat.fi/tk/tt/luokitukset/index\\_alue\\_keh.html](http://www.stat.fi/tk/tt/luokitukset/index_alue_keh.html)).

## Sosiaali- ja terveydenhuollon työjako

Lääninhallitusten syksyllä 2004 tekemien kyselyjen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon työnjako päihdeasioissa on ollut melko tasaista; sairaaloissa ja terveyskeskuksissa hoidettiin vuonna 2003 päihde-ehtoisista hoitopäivistä noin puolet (48 %). Pitkäaikainen laitostuntoutus jäi valtaosin sosiaalihuollon toimialueella toimivien kuntoutuslaitosten vastuulle, kuten päihdehuollon palvelujärjestelmässä on järkevää ja tarkoituksenmukaistakin. (Valtakunnallinen peruspalvelujen..., 2005, 122.)

Vuoden 2003 päihdetapauskannan mukaan noin kolmannes päihde-ehtoisista asioinneista todettiin terveyspalveluissa ja kaksi kolmannesta sosiaalipalveluissa. Sosiaalipalveluihin luetaan mukaan päihdehuollon erityispalvelut. Terveyspalveluiden ja sosiaalihuollon osuudet pysyivät jotakuinkin samoina kuin aiempina laskentavuosina 1995 ja 1999. Vuonna 1999 terveydenhuollon palveluissa oli havaittavissa selkeä siirtymä psykiatriisiin palveluihin. Mielenterveyspalvelujen käyttö kasvoi 40 prosenttia vuosien 1995 ja 1999 välillä. Vuonna 2003 kaikista päihde-ehtoisista asioinneista 16 prosenttia toteutui mielenterveyspalveluissa. Taso oli sama kuin vuonna 1999. (Nuorvala & Metso 2004, 81–82.) Somaattisen terveydenhuollon puolella asiointi lisääntyi 1990-luvun alussa, mutta kääntyi laskuun 2000-luvun alussa. Sosiaalitoimistoissa asiointi on pysynyt melko tasaisena. (Nuorvala ym. 2004, 610.)

## Ehkäisevä päihdetyö

Päihdepalveluiden järjestämisen ohella osana kunnan päihdetyötä on myös ehkäisevä päihdetyö. Ehkäisevä ja korjaava päihdetyö muodostavat jatkumon. Ehkäisevä päihdetyö voidaan jakaa yleiseen, koko väestöön tai väestöryhmään kohdistuvaan ehkäisyyn sekä riskiehkäisyyn, jossa ehkäisevän päihdetyön kohderyhmä määritellään päihteiden käytölle tai haitoille altistavan riskin perusteella. Yleisestä ehkäisevästä työstä vastaavat mahdollinen ehkäisevän työn yksikkö tai raittiustoimi sekä esimerkiksi opetustoimi, nuorisotoimi ja järjestöt. (Ehkäisevän päihdetyön...)

Ehkäisevään päihdetyöhön liittyvää keskeistä säädöspohjaa löytyy muun muassa raittius-työlaista ja -asetuksessa (828/1982), tupakoinnin vähentämistä koskevasta laista (693/1976) ja asetuksesta (225/1977), päihdehuoltolaista ja kansanterveystyölaista. Raittiuslaki ja -asetus velvoittavat kuntia luomaan edellytykset ehkäisevälle päihdetyölle. Päihdehuoltolaissa asetetaan kunnille veloitteita muun muassa päihteiden ongelmakäyttöä lisäävien olosuhteiden ehkäisemisestä, päihteiden ongelmakäytön seurannasta sekä ongelmakäytön syntyyn, ehkäisyyn ja hoidettavuuteen liittyviä tekijöitä koskevan tiedon välittämisestä ja asiantuntija-avusta.

Ehkäisevää päihdetyötä tehdään verkostomaisesti viranomaisten, järjestöjen, seurakuntien, elinkeinoelämän ja muiden paikallisten toimijoiden monialaisena yhteistyönä. Tällä hetkellä ehkäisevää ja korjaava päihdetyötä toteutetaan monissa kunnissa erillisinä toimintoina ja mahdollisesti jopa erillisillä toimialoilla. Ehkäisevä päihdetyö saattaa kuulua perusterveydenhuollon vastuualueelle, kun taas korjaava päihdetyö ja päihdepalvelut kuuluvat sosiaalitoimen alaisuuteen. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa 2000–2003 pyrittiin selkiyttämään ehkäisevän päihdetyön organisoimista ja vastuutahoja. Tällöin muodostettiin kuntien ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöiden verkosto. Kuntien ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöiden lisäksi kuntien toivottiin muodostavan moniammatillisia päihderyhmiä. (Ks. esim. Valtakunnallinen peruspalvelujen..., 2005). Tällä hetkellä yli 90 prosenttia kunnista on nimennyt yhdyshenkilön ja moniammatillinen päihdetyöryhmä on joka toisessa kunnassa.

## Päihdepalvelujen tarve ja riittävyys

Päihdepalvelujen laatusuosituksissa, valtakunnallisissa kehittämissuunnitelmissa ja huumausaine- ja alkoholihoito-ohjelmassa ollaan yksimielisiä siitä, että jokaisen avun, tuen ja hoidon tarpeessa olevan tulee saada riittävät päihdehoitopalvelut. Vaikka päihdepalvelujen tarjonta on lisääntynyt ja monipuolistunut, palvelut eivät vielä ole kaikkien avun tarvitsijoiden saatavilla. (Nissinen 2005, 4.)

Palvelujen saatavuudessa on vaihtelevuutta sekä paikallisesti että asiakasryhmittäin; kaikkein huono-osaisimmat asiakkaat näyttävät olevan heikoimmassa asemassa myös palveluissa (Nissinen 2005, 4; ks. myös Kaukonen 2005). Tarpeen ja palveluiden kohtaamattomuuden ongelmat johtuvat toisaalta siitä, että päihdeongelmien lisääntyminen on kasvattanut tarvetta enemmän kuin palvelutarjonta on lisääntynyt, ja toisaalta siitä, että palvelujärjestelmän toimintaperiaatteet ja sovellettavat priorisointijärjestelmät nostavat palvelujen saamisen kynnyksiä (Mäkelä ym. 2005, 16).

## Hoito- ja palvelujärjestelmän kynnykset

Matti Mäkelä, Jarmo Nieminen ja Sinikka Törmä (2005) ovat tutkineet osana Sosiaalialan kehittämishanketta päihdehuollon hoito- ja palvelujärjestelmän kynnyksiä asiakkaiden näkökulmasta. Tutkimuksen mukaan päihdepalveluissa esiintyy monenlaisia asiakkaiden hoitoon pääsyä vaikeuttavia tai jopa hoidon estäviä kynnyksiä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa suurimmiksi hoidon kynnyksiksi muodostuvat jonot palveluihin (sosiaalitoimistoon, lääkärille), päihdeongelmien puheeksi oton vaikeus tai puuttuminen päihdeongelmaan, työntekijöiden kielteiset asenteet päihdeongelmaisia kohtaan ja puhdas tiedonpuute. Koska peruspalveluissa ei koeta olevan tarpeeksi taitoa, tietoa ja rohkeutta päihdeongelmaisten auttamiseksi, päihdeongelmilta suljetaan usein silmät. (Mäkelä ym. 2005, 8.)

Päihdehuollon erityispalveluissa kynnyksiä aiheuttivat kartoittaneen tutkimuksen (mt., 8) mukaan niin ikään jonot (katkolla, jatkohoitoon, korvaus- ja ylläpitohoitoon). Yhtä paljon hoitokynnyksiä aiheuttivat palveluiden fyysinen sijainti ja tavoittamattomuus. Samaan tulokseen tultiin lääninhallitusten tekemässä peruspalvelujen arvioinnissa (2005, 119): A-klinikat palvelevat käytännössä niitä asiakkaita, jotka asuvat suhteellisen lähellä palvelupistettä. Fyysinen välimatka palveluihin asettaa kynnyksen palvelujen tavoitettavuudelle. Etenkin pienissä kunnissa tämä on ongelma. Kuntayhtymien myötä lähin päihdehuolto tarjoava yksikkö saattaa olla 50–100 kilometrin päässä asiakkaasta. Lisäksi kynnyksiä aiheutti muun muassa asumispalvelujen riittämättömyys vastata todelliseen tarpeeseen (Mäkelä ym. 2005, 8).

Kun laitoshoidossa kuntoutuksen kesto on vähennetty, niin avohoidossa intensiteettiä on lisätty siinä määrin, että uusia asiakkaita ei tunnu hoitojärjestelmään mahtuvan. Erityisesti avohoito onkin muuttunut Kaukosen mukaan (2005, 315) hyvin valikoivaksi: avopalveluiden työtavat suosivat sosiaalisimpia päihdeongelmaisia, asiakkaita, jotka kykenevät ongelmistaan huolimatta noudattamaan ajanvarauskäytäntöjä ja sitoutumaan intensiivisiin hoitosuhteisiin. Avopalvelut eivät käytännössä ole aikoihin olleet kovin helposti tai kynnyksittävästi lähestyttäviä. Samaan tulokseen päädyttiin hoito- ja palvelujärjestelmän kynnyksiä kartoittaneessa tutkimuksessa (Mäkelä ym. 2005).

Suurten kuntien kohdalla A-klinikkapalveluiden jonot, ajanvaraukseen perustuvat järjestelmät ja asiakkaan heikentynyt toimintakyky ovat usein esteenä etenkin suurkuluttajan hoitoon hakeutumiselle (Hämäläinen ym. 2005, 28–29). Hoidon jälkeen moni asiakas tuntee jäävänsä ”tyhjän päälle”. Myös itse jatkohoitomahdollisuudet koettiin tutkimuksen mukaan usein riittä-

mättömiksi. Taloudellisia kynnyksiä aiheutti päihdeongelmaisten syrjintä sairausvakuutus- ja kuntoutusrahaetuksien saannissa. (Mäkelä ym. 2005, 8.)

Asiakasryhmistä kaikista huono-osaisimmat ovat palvelujärjestelmässä heikoimmilla (Mäkelä ym. 2005; ks. myös Nissinen 2005; Kaukonen 2005). Näiden asiakkaiden tarpeet ja palvelujärjestelmän tarjonta eivät tunnu vastaavan toisiaan. Vaikka kynnyksen ylittäminen hoitopaikkaan onnistuisikin, on kaikkein huono-osaisimmilla asiakkailla edessä palautus takaisin, usein ”kadulle”, ja uusi yritys toiseen yksikköön. Näin käyntikertoja syntyy, mutta hoidon tarpeeseen ei tule vastausta eikä hoitoketjua muodostu. Asiakas on kerta toisensa jälkeen ”väärässä paikassa”, koska levon, ravinnon ja suojan tarpeeseen on haettu apua korkeamman tavoitetasoisen hoitopaikasta asumis- ja sosiaalipalvelujen puuttuessa. (Mäkelä ym. 2005, 11.)

Erityisenä ryhmänä ovat mielenterveysongelmista kärsivät päihdeongelmaiset, joilla on havaittu olevan erityisiä vaikeuksia palveluiden saannissa. Vaikeuksia päästä päihdepalveluiden piiriin oli tutkimuksen mukaan erityisesti silloin, kun asiakkuus mielenterveyspalveluissa ei ole vielä vakiintunut (Mäkelä ym. 2005, 11). Kriittisin kynnyks on juuri palvelujen piiriin pääsyssä, jossa tapahtuu helposti kaksoisdiagnoosiasiakkaiden syrjäytymistä.

## Katkaisu- ja vieroitushoidon tarpeet ja kehittäminen

Etelä-Savossa ja Pohjois-Karjalassa on arvioitu ja kehitetty katkaisu- ja vieroitushoitoa osana Sosiaalialan kehittämishanketta. Hankkeen tavoitteena ja tehtävänä oli palvelujärjestelmän kehittäminen palvelujen tarpeen arvioinnin pohjalta sekä katkaisu- ja vieroituspalveluiden kehittäminen kuntien yhteistyönä. Hankkeessa on kehitetty palveluketjumalli, joka täyttää päihdepalvelujen laatusuosituksen vähimmäistason katkaisu- ja vieroitushoidossa. (Makkonen 2005, 3.)

Monista kunnista löytyy päihdetyöhön motivoituneita ja asiakaslähtöisesti ajattelevia työntekijöitä, mutta etenkin terveyskeskusten vuodeosastoilla henkilöstön riittävyys muodostuu ongelmaksi. Lisäksi päihdetyöhön erikoituneiden lääkärin puute on monesti akuutti ongelma. Joissakin kunnissa hoitoon päihtyneenä hakeutuvien hoidontarvetta ei arvioida lainkaan ja asiakkaan päihdekierteen katkaiseminen estyy. Hoitoon pääsyssä viikonloppuisin, iltaisin ja akuuttitarpeissa on myös vaihtelua. Katkaisuhoitojaksot sisältävät usein ainoastaan fyysisen hoidon psykososiaalisen hoidon jäädessä toteutumatta. Akuutti laitostatkaisu on liian lyhyt, pakon sanelema ja rutiininomainen ja jää täten muusta palveluketjusta irralliseksi päihdepalveluksi. Turvattomuus on yleinen tunnetila katkaisuhoidossa: sekakäyttäjien ja kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoito muiden potilaiden joukossa aiheuttaa levottomuutta ja vaaratilanteita, kun henkilökunnan määrä on minimissä. Vuodeosastojen tilanpuutteet ovat myös ongelmallisia ja vaikuttavat turvallisuuteen. Päihdetyöntekijät kokevat usein työssään yksinäisyyttä ja vertaistuen puutetta. (Mt., 9–10.)

Huume- ja lääkeriippuvaisten ja deliriumpotilaiden laitostatkaisu- ja vieroitushoitopalvelut ostetaan pääosin päihdehuollon kuntoutuslaitoksista ja/tai erikoissairaanhoidon yksiköistä. Erikoissairaanhoidon ja kuntoutuslaitosten asiakkaissa on myös pitkäaikaiseen ”säilytykseen” unohtuneita yksinäisiä miehiä ja kaksoisdiagnoosiasiakkaita, joille ei ole tarjota muuta paikkaa. Päihdeasiakkaiden erilliset hoitotilat nähdään tarpeellisina psykiatrisissa sairaaloissa. Voidaan todeta, että mielenterveysongelmista kärsivät päihdeiden käyttäjät ovat pahimmillaan hoitojärjestelmän väliinputoajia. (Mt., 11.)

Avokatkaisuhoitoa toteutetaan pääasiassa terveyskeskuksissa ja A-klinikoilla. Asiakasmäärät ovat myös avokatkaisuhoitossa kasvussa. Huumeriippuvaisia ei juuri näy avokatkaisuhoitossa. Tämän tulkitaan johtuvan siitä, että huumeasiakkaat hakeutuvat hoitoon vasta, kun käyttö on jatkunut pitkään ja ongelmat ovat kärjistyneet, jolloin laitostatkaisu ja -vieroitushoito vastaavat tarpeeseen paremmin. (Mt., 11.)



Arvioinnin tuloksena todetaan, että katkaisu- ja vieroitushoitoon hakeutuvien asiakkaiden tulisi päästä hoitoon jonottamatta, myös iltaisin, viikonloppuisin ja akuuttitarpeissa. Päihtyneinä tulevien asiakkaiden hoidontarve tulisi myös arvioida ja kaikkien asiakkaiden hoitojärjestelmän piiriin pääseminen pitää turvata. Palveluprosessin alkuvaiheessa selvitetään asiakkaan palvelutarve mahdollisimman tarkasti. Hoidontarpeen arviointi toteutetaan moniammatillisesti, kriteereiltään yhdenmukaisesti ja tasa-arvon periaatteita noudattaen. Hoidontarpeen arviointi ja hoidon porrastus korostuu erityisesti kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kohdalla. Olennaista on oikean hoitotahon löytäminen kunkin asiakkaan tilanne ja vakavuustaso huomioon ottaen. Kuntien päihdetyöhön ja -palveluihin tulee laatia asiakaspalautejärjestelmät, joiden pohjalta palveluita voidaan seurata, arvioida ja kehittää. (Mt., 15–19.)

## Päihdepalvelujen tarpeet lääneittäin

Seuraavassa tarkastellaan päihdepalveluiden tarpeita ja haasteita lääneittäin. Läänit muodostuvat kuitenkin hyvin erilaisista kunnista, joten kuvaukset ovat yleisiä ja kuntatasolle viitatessa vain viitteellisiä.

### Etelä-Suomen lääni

Etelä-Suomen päihdeoloja kuvaavat suuri alkoholin kulutus, erityisesti tilastoimattoman alkoholin runsas käyttö ja huumeongelmat. Alkoholikuolemien määrä on yli kaksinkertaistunut kahdenkymmenen viime vuoden aikana. Huolestuttava piirre on erityisesti Kymenlaakson ja Etelä-Karjalan alkoholikuolemien määrä. Ongelmia on paljon, mutta myös hoitomahdollisuuksia on tarjolla erityisesti pääkaupunkiseudun suurissa kunnissa. (Nissinen 2005, 5).

Päihdepalvelutarjonnassa ongelmat liittyvät jonoihin ja hoidon organisointiin. Jonot akuuttipalveluihin sekä korvaus- ja ylläpitohoitoihin ovat pitkät. Jonotusaika kuntouttavaan laitoshoidon on läänin 12 kunnassa jopa 15–30 vuorokautta. Huumeiden käyttäjien hoitopalvelut (avokatkaisu, ympärivuorokautinen huumeatkaisu sekä korvaus- ja ylläpitohoito) on organisoitu hyvin epäyhtenäisellä tavalla. Huumeiden käyttäjien palveluiden järjestämisessä yksittäinen kunta on yli 100 000 asukkaan kuntia lukuun ottamatta liian pieni palveluja järjestävä yksikkö. Tästä huolimatta Etelä-Suomen läänin kunnat tekevät niukalti seudullista yhteistyötä päihdepalvelujen järjestämisessä. Huumeneulojen ja -ruiskujen vaihtoa ja siihen liittyvää terveysneuvontaa ei ole järjestetty läänin 37 kunnassa; 25 kunnassa palvelu on järjestetty muualla kuin omassa kunnassa, vaikka palvelu on määritelty tärkeäksi peruspalvelun tasoiseksi palveluksi. Päihdehuollon palveluihin pääsy ympärivuorokautisesti ei ole mahdollista runsaassa 60 prosentissa läänin kunnista. (Peruspalvelut Etelä-Suomen..., 2005)

Päihdehuollon kustannukset ovat Etelä-Suomen läänissä suuremmat kuin muualla maassa. Etenkin Uudellamaalla kustannukset ylittävät koko maan keskiarvon: kun koko maassa kustannukset ovat 20 euroa/asukas, Uudellamaalla ne ovat noin 33,6 euroa asukasta kohden. (Nissinen 2005, 5–6.)

### Länsi-Suomen lääni

Länsi-Suomen läänissä päihdeiden kulutus on maan alhaisinta. Alkoholin kulutus on kuitenkin ollut jatkuvassa kasvussa viimeksi kuluneet kymmenen vuotta, erityisesti vuonna 2004. Alkoholin kulutuksen kasvu näkyy kunnissa lisääntyneinä sosiaalisina, terveydellisinä ja turvallisuushaittoina. Haittojen määrä on Länsi-Suomen läänissä nousussa. Päihdehaittojen alueelliset erot ovat maakunnallisesti tarkasteltuna merkittäviä, vaikka kokonaisuutena haitat pysyvät määrällisesti

maan keskitasolla. Päihdepalvelujen niukat määrärahat ja niiden loppuminen kesken vuotta vaikeuttavat hoitoon pääsyä monilla paikkakunnilla. Länsi-Suomen läänissä palvelujen tarjonta on monipuolista, mutta niitä ei ole pystytty kehittämään suhteessa kasvaviin haittoihin. Päihdeasiakkaiden määrä ei ole kasvanut 2000-luvulla. Tämä kertoo siitä, että päihdehoitajaksot ovat aiempaa pidempiä ja asiakkaat entistä huonokuntoisempia. (Nissinen 2005, 8; Peruspalvelut Länsi-Suomen..., 2005, 124.)

Länsi-Suomen läänissä terveydenhuolto on ottanut entistä enemmän vastuuta päihdepalvelujen tuottamisesta. Katkaisu- ja vieroitushoitoa on tarjolla terveyskeskuksissa ympärivuorokautisena palveluna ja A-klinikoilla yleensä virka-aikaan. Kuntouttavaan hoitoon pääsyn kynnyks on noussut, koska useissa kunnissa päihdehuollon määrärahat loppuvat jo alkusyksystä. Pitkät jonot katkaisuhuoltoon ovat läänin suurimpien kaupunkien ongelma. Opioidiriippuvaisten korvaus- ja ylläpitohoito on siirtymässä aiempaa enemmän terveyskeskuksiin, mutta kyseisiä palveluja on saatavilla vain osassa kuntia. Niin ikään huumeneulojen vaihto- ja terveysneuvontapisteitä on vain asukasmäärältään suuremmissa kunnissa ja toiminta on laajentunut hitaasti. Päihdepalvelujen saatavuus vaihtelee kunnittain ja maakunnittain varsin paljon. (Peruspalvelut Länsi-Suomen..., 2005, 124.)

## Itä-Suomen lääni

Itä-Suomen läänissä päihteiden kulutus on koko maan kulutukseen verrattuna maan keskitasoa, mutta päihdehaittojen määrä on huumausainerikoksia lukuun ottamatta kasvussa. ”Itäviinan” osuus näkyy selkeästi etenkin rajaseutujen päihdetyöntekijöiden kokemuksissa. Ilmiö kätkeytyy käyttäjätilastoihin, mutta ei näy alkoholin myyntitilastoissa. (Makkonen, kommentointi sähköpostitse 5.12.2005.) Lisääntyvä päihteiden käyttö ja siitä seuraavat ongelmat heijastuvat kuntien koko palvelujärjestelmään. Esimerkiksi huumeiden käyttö on levinnyt myös Itä-Suomeen ja mm. vieroitus- ja korvaushoitojen kysyntä tulee lisääntymään. (Nissinen 2005, 8; Itä-Suomen läänin..., 2005, 83.)

Itä-Suomen lääninä kuvastaa vähäinen panostaminen päihdepalveluihin. Kuitenkin niissä kunnissa, joissa niihin panostetaan, saatavuus on hyvä. Päihdepalvelujen järjestämistapoja kunnissa on runsaasti ja ne vaihtelevat. Tämän vuoksi asiakkaan hoitoon hakeutuminen voi vaikeutua tai viivästyä. Yleisesti katsoen Itä-Suomen läänin kuntien päihdepalvelujärjestelmä on varsin hajanainen ja kokonaisvastuu organisoinnista puuttuu. Läänin kunnilla on runsaasti seudullista yhteistyötä päihdepalvelujen järjestämisessä. (Nissinen 2005, 8; Itä-Suomen läänin..., 2005, 83.)

Itä-Suomen läänin kuntien päihdehuollon määrärahat ovat vähäisiä; päihdehuollon nettokustannukset ovat puolet muun maan keskimääräisistä kustannuksista. Asiakasmäärät katkaisuhuoltoasemilla puolittuivat vuosina 2000–2004, mutta hoitopäivät lisääntyivät. Päihdehuollon kuntoutuslaitosten asiakasmäärät ovat niin ikään laskeneet 2000-luvun alkupuolella. Puolet Itä-Suomen läänin kunnista järjestää huumeriippuvaisten ympärivuorokautista katkaisuhuotoa ja opioidiriippuvaisten korvaushoitoa. Huumeneulojen ja -ruiskujen vaihtopisteitä on vähän. Joissakin läänin kunnissa ei ole järjestetty avokatkaisu- ja vieroitushoitoa eikä kuntouttavaa laitoshuotoa lainkaan; osassa kunnista päihdehuollon määrärahat olivat syyskuuhun mennessä koskemattomia. Päihdepalveluihin varatut ja käytetyt määrärahat vaihtelevatkin läänin sisällä suuresti. (Nissinen 2005, 8; Itä-Suomen läänin..., 2005, 83.)



## Oulun lääni

Oulun läänissä alkoholin kulutus oli vuonna 2004 alle maan keskitason. Päihdehaittoja tarkastellessa erityisesti päihdekuolemia oli merkittävästi vähemmän kuin muissa lääneissä. Katkaisuhoidoasemien asiakasmäärät ja hoitopäivien määrät laskivat vuosien 2000 ja 2004 välillä. Päihdeasiakas sai katkaisu- ja vieroitushoitoa pääsääntöisesti oman kunnan terveyskeskuksessa. Kuntoutuslaitosten asiakasmäärät sitä vastoin nousivat. Päihteiden ja huumausaineiden käyttäjien pitkäkestoiset kuntoutuspalvelut toteutuivat Oulussa kunnan päihdehuoltoyksikössä ja muualla Oulun läänissä yksityisellä sosiaali- ja terveyspalvelusektorilla. Terveystuollossa hoidettiin huomattava määrä päihdesairauksista. (Oulun läänin..., 2005, 100–106; Nissinen 2005, 9.)

Keskeisiä haasteita Oulun läänin päihdepalveluissa ovat myös matalan kynnyksen palvelujen vähäisyys ja nuorille päihteiden ja huumeiden käyttäjille tarkoitettujen hoito- ja kuntoutuspalvelujen riittämättömyys. Peruspalveluissa päihdeosaamisen arvioidaan olevan osin puutteellista. (Oulun läänin..., 2005, 100–106; Nissinen 2005, 9.) Oulun läänin sosiaalihuoltoon kuuluvat päihdehuollon kustannukset olivat koko maan keskimääräisiä kustannuksia pienemmät (Oulun läänin..., 2005, 108).

## Lapin lääni

Lapin läänissä alkoholin myynti on suurempaa kuin maassa keskimäärin ja kulutuksen kasvu näyttää jatkuvan. Alkoholin kulutusluvut ovat muuta maata korkeammat, mutta alkoholin käytöstä johtuvien sairauksien ja tapaturmien määrä on samaa tasoa kuin muualla maassa. Lapin korkeita kulutuslukuja selittävät turismi ja naapurimaista Ruotsista ja Norjasta saapuvien alkoholistot. Huumeiden käyttö vaikuttaa olevan tasaantumassa vuonna 1995 alkaneen kasvun jälkeen. (Lapin läänin..., 2005, 106–107.)

Päihdepalvelujen käyttö suhteessa asukasmäärään on Lapissa nouseva muusta maasta poiketen. Silti yksittäiset hoitajaksot päihdehuollon katkaisu- ja kuntoutuslaitoksissa ovat huomattavasti lyhyempiä kuin muissa lääneissä, vaikka asiakkaiden suhteellinen määrä on suurempi. Avo- ja laitostatkaisuhoito sekä vieroitushoito järjestetään usein lähipalveluna terveyskeskuksissa. Vain suurimmat kunnat järjestävät hoitoa päihdehuoltoon erikoistuneissa yksiköissä. Palvelujen voidaan arvioida toteutuvan kohtuullisesti ja palvelujen saatavuus on hoitoon pääsyn osalta hyvä. Hoitoa estäviä jonoja tai kynnyksiä ei ole. Huumeongelmaisten hoitokokemuksia kunnilla on vähän. Huumeiden käyttäjien hoito on keskittynyt erikoissairaanhoidon tai päihdehuollon kuntoutuslaitoksiin. Nämä tahot hoidon tuottajina toimivat hyvin. Päihdeongelmaisten jälkihoito on syytä arvioida uudelleen. Päihdeosaaminen terveyskeskuksissa saattaa myös olla puutteellista. (Lapin läänin..., 2005, 106–107; Nissinen 2005, 9.)

Lapin läänin kuntien päihdehuollon määrärahat ovat usein alimitoitettuja ja loppuvat kesken vuoden. Talousarviorakenteessa päihdehuollon rahoitusosuus on osin selkeästi määrittelemätön. (Lapin läänin..., 2005, 107.)

## Päihdepalvelumalleja

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain (733/1992) mukaan kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät vaihtoehtoisesti seuraavasti:

- hoitamalla ne itse
- sopimuksin yhdessä muun tai muiden kuntien kanssa
- kuntayhtymän kautta

- hankkimalla palveluita valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta tai yksityiseltä palveluntuottajalta
- antamalla palvelun käyttäjälle palvelusetelin.

Jukka Salomaa, Leena Warsellin ja Ritva Heinin (2000, 28) mukaan kunnat pystyvät päihdehuollon avulla vähentämään päihteistä koituvia haittoja ja niistä aiheutuvia kustannuksia merkittävästi. Panostamalla päihdetyöhön kunnat ja koko yhteiskunta säästävät huomattavia summia. Päihdetyön vaikutukset voivat olla osittain ”näkymättömiä” tai suoraan laskennallisesti vaikeasti todettavia, esim. inhimillisen kärsimyksen väheneminen. Päihdetyön vaikutuksista saadut tulokset koskevat lähinnä korjaavaa päihdetyötä. Jos päihdepalvelujen lisäksi kunta panostaa myös ehkäisevään päihdetyöhön, voidaan kunnassa tuntuvasti hillitä päihteistä aiheutuvia haittoja ja päihneiden käyttöä. Päihdetyön ohella työllistäminen, nuorisotyö ja sosiaalipolitiikassa lapsiperheiden, etenkin yksinhuoltajien tukeminen kasvatustyössä vaikuttaisivat olevan tehokkaita tapoja vähentää päihdehaittoja. Tutkimuksessa todetaan olevan ilmeistä, että varat, jotka panostetaan työllistämiseen, syrjäytymisen ehkäisemiseen ja päihdehuoltoon, tulevat moninkertaisena takaisin vähentyneiden päihdekustannusten kautta.

Perinteisesti kunnat ovat tuottaneet päihdehuollon palveluja laajalti itse tai seutukunnittain. Nykyään trendi vaikuttaa menneen enenevästi ostopalveluiden suuntaan. Yritysten ja järjestöjen tuottamat yksityiset sosiaalipalvelut ovat monella tavalla merkittäviä ja niiden merkitys on viime vuosina ollut edelleen kasvussa. Vuonna 2002 yksityisten sosiaalipalvelujen kustannukset olivat noin 1,2 miljardia euroa, joka on 14 prosenttia enemmän kuin vuonna 2000. Kunnat ostivat samana vuonna yksityisiä sosiaalipalveluja noin 700 miljoonalla eurolla. Valtio osallistuu kuntien ostoihin noin 33 prosentin suuruisella laskennallisella valtionosuudella. (Nissinen 2005, 11.) Lain mukaan (laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta, 4 §) kunnan on hankkiessaan palveluja yksityiseltä palveluntuottajalta varmistuttava siitä, että palvelut vastaavat sitä tasoa, jota edellytetään vastaavalta kunnalliselta toiminnalta.

## Kunnallinen A-klinikkatoiminta

Kunnat voivat tuottaa päihdehuollon palvelut omana toimintanaan, jolloin palveluiden rahoitus pohjana ovat kunnan sosiaali- ja terveystoimen budjettivarat. Esimerkkeinä kunnallisesta A-klinikkatoiminnasta esitellään Vantaan kaupungin ja Oulun kaupungin päihdetyön mallit. Vantaalla päihdepalvelujen kokonaisuuteen on sijoitettu myös ehkäisevän päihdetyön yksikkö ja Oulussa erityisyytenä on päihdepalvelujen sijoittuminen mielenterveystyön palvelusyksikköön. Kunnissa päihdetyöstä yleisimmin vastaa kunnan sosiaalitoimi, mutta myös kuntien terveyskeskukset ja kansanterveystyön kuntayhtymät voivat olla päihdetyön vastuutahoina.

## Vantaan päihdehuollon yhteispalvelut

Vantaan kaupungin yhteispalvelut koostuvat kolmesta toiminnallisesta yksiköstä, jotka ovat ehkäisevän päihdetyön, A-klinikkatyön ja kuntouttavan asumispalvelun yksiköt. Päihdehuollon yhteispalveluja hallinnoi hallinto- ja tukiyksikkö. Periaatteena on, että kaikki yksiköt toimivat yhdenvertaisuuden, yhteisvastuullisuuden, ennaltaehkäisyn, avoimuuden ja asiakaslähtöisyyden arvopohjalta. Vantaalla päihdehuollon yhteispalvelut nähdään ns. päihdetyön osaamiskeskuksena, joka ennakoii päihdehoidon kehitystä ja vaikuttaa siihen aktiivisesti. Vantaan päihdehuollon yhteispalvelut tässä muodossaan on perustettu vuonna 1991. Kuntouttavan asumispalvelun yksikkö on perustettu samana vuonna, A-klinikkatyön yksikkö vuonna 1986 ja ehkäisevän päihdetyön yksikkö vuonna 2001. (Päihdehuollon yhteispalvelut..., 2005, 1, 9.)

Vantaan päihdehuollon johtaja Marja-Leena Nousiainen (tiedonanto sähköpostitse 3.11.2005) näkee kunnallisen päihdehuollon uhkina kilpailuttamisen, yksityistämisen ja ulkoistamisen, jos niitä toteutetaan ilman päihdetyön substanssiosajia ainoastaan päättäjien toimesta. Ostopalvelut ovat tärkeä osa kunnan päihdepalveluja täydentävässä roolissa, mutta niiden käyttöä tulee harkita ja niiden täytyy olla laadukkaita. Taloudellisuus ei voi olla yksin määräävä tekijä palveluja hankittaessa; laadun tulisi pisteytyksessä olla 70–80 prosenttia.

Hyvänä puolena Vantaan kunnallisissa päihdepalveluissa Nousiainen näkee tietynlaisen myönteisyyden kehittämiseksi ja suhteellisen suopean toimintailmapiirin. Tiukentuvien resurssien myötä myös asenteet ovat tiukentuneet, mutta voittopuolisesti päihdetyötä arvostetaan ja sen tärkeys ymmärretään myös poliittisessa päätöksenteossa. Hyvä puoli Vantaalla on lisäksi se, että kunnalla ylipäätään on tarjota omaa päihdehuollon erityispalvelua. Näin päihdetyö ei ole kiinni erilaisista rahoitusjärjestelmistä. Byrokratia luo oman jäykähkön leimansa kunnallisiin palveluihin, mutta toisaalta kuntalaisten tasa-arvon toteutuminen päihdepalveluissa on taatumpi kunnallisessa kuin yksityisessä palveluntuotannossa.

## Oulun päihdepalvelut

Oulun päihdepalvelut kuuluvat hallinnollisesti Mielenterveys- ja vammaispalvelutyön tulosyksikköön ja ovat osa mielenterveystyön palveluyksikköä. Päihdetyö osana mielenterveystyötä toimii Oulussa hyvin ja yhteistyötä on kehitetty. Ongelmallisissa ja vaikeissa tapauksissa työtä ja vastuutahon nimeämistä helpottaa jo se seikka, että mielenterveystyöllä ja päihdetyöllä on yhteinen ylin esimies. Kunnallisesti järjestetyn päihdetyön etuna voidaan pitää työn jatkuvuuden turvaamista; työhön on vuosittainen määräraha, henkilökuntaa ei irtisanota eikä toiminnallisia muutoksia tehdä sattumanvaraisesti. Työtä voi suunnitella rauhallisien mielin eteenpäin. (Hursti, Tuula, tiedonanto sähköpostitse 28.10.2005.)

Kunnallisen päihdetyön pulmana voidaan nähdä päihdetyön ”epämuodikkuus”: päihdetyön puolestapuhujia ei poliittisessa päätöksenteossa juuri ole. Päihdetyön laaja-alainen merkitys perheiden ja kunnan hyvinvoinnin kannalta helposti unohdetaan ja päihdetyö nähdään enemmänkin marginaaliryhmien marginaalisena kamppailuna. Sosiaali- ja terveystoimen budjettia laadittaessa päihdetyö ei ole se työmuoto, jonka tarpeita erityisesti haluttaisiin ottaa huomioon. Tiukasti sektoroitunut ajattelu sosiaali- ja terveystoimessa aiheuttaa sen, että jokainen tulosjohtaja ja palveluyksikköpäällikkö pitävät tiukasti kiinni omasta budjetistaan. Tämä voi joskus koitua esteeksi palvelujen kehittämiseksi ja sille, että asiakas saisi hänelle kuuluvan palvelun. Oulun kaupungissa ei ole kokopäiväistä päihdetyön johtajaa ja vasta vuosi sitten A-klinikan johtaja nimettiin oman työnsä ohella vastaamaan myös päihdetyön kokonaisuudesta.

Uhkana kunnallisessa päihdetyössä voidaan nähdä niukentuvien resurssien myötä alaa valtaava ajattelutapa jokaisesta ihmisestä oman onnensa seppänä. Päihdetyöhön ei tällöin haluta suunnata rahaa, ei varsinkaan kaikkein syrjäytyneimpien hoitamiseen. Oulussa ollaan siirtymässä vuoden 2007 aikana tilaaja–tuottaja-malliin. Tässä uhkana voidaan nähdä mm. asiakkaiden kaventuneet mahdollisuudet saada palveluja, jos he eivät itse niitä osaa vaatia: jos palveluja ei heille tilata, ei kunnassa niitä enää ole. Vähäisistä varoista joudutaan myös tekemään priorisointeja, joita puolestaan tekevät poliittiset päättäjät omien arvojensa ja näkemystensä pohjalta. Prioriteetit saattavat vaihdella kunkin ajan valtuuston mukaan. Kun yksityiset palveluntuottajat kykenevät maksamaan työntekijöilleen parempaa palkkaa, ovat uhkana myös päihdetyön ammattilaisten menettäminen kunnallisesta päihdetyöstä ja uusien ammattilaisten vaikea rekrytointi. Koulutusmäärärahat supistuvat – osaaminen ja työssä jaksaminen heikentyvät. Lisäksi organisaatiomuutokset saattavat merkitä päihdetyön kannalta sitä, että sen toimintaa kavennetaan. Tällöin päihdetyöstä tulee jonkinlainen tukitoimi lastensuojelun ja päivähoidon näkökulmasta ja muu vaikuttaminen jää.

Kunnallisesti järjestetyissä päihdepalveluissa on myös monia mahdollisuuksia verraten muihin päihdepalvelumalleihin. Työtä voidaan kehittää ja suunnitella pitkäjänteisemmin kuin yksityisellä puolella, jossa toiminta on kiinni siitä, ostetaanko palveluja vai ei. Sosiaali- ja terveystoimen sisällä on paljon osaamista ja työn kehittäminen yli sektorirajojen on suuri mahdollisuus ihmisten hyvinvoinnin turvaamisen kannalta. Lisäksi kunnallisella päihdetyöllä on oma legitimitteettinsä ja statuksensa osana kunnan hyvinvointipalveluja.

Oulussa käytetään aina ensisijaisesti omia päihdepalveluja (omaa laitostarkkaisu-, vieroitus- ja kuntoutusyksikköä), mutta huumevieroituksia on jouduttu ostamaan myös Oulun ulkopuolelta. Asiakkaan halutessa hoitoon Oulun ulkopuolelle asiaa pohtii ns. ostopalvelutyöryhmä, joka punnitsee hoidon tarpeen ja oman tarjonnan mahdollisuudet vastata tarpeeseen. Ryhmä on toiminut vuoden ja sen työ on ollut merkittävää: hakemuksia on käsitelty samoin kriteerein, omien palvelujen kapasiteetti on hyödynnetty maksimaalisesti ja taloudellisesti työ on ollut tärkeää. (Hursti, tiedonanto sähköpostitse 28.10.2005.)

## Seudulliset päihdepalvelut

Päihdepalvelut voidaan järjestää myös seudullisesti esimerkiksi terveydenhuollon/kansanterveys-työn kuntayhtymien toimesta. Lisäksi Suomessa on joitakin päihdehuollon kuntayhtymiä, jotka tuottavat päihdepalveluja jäsenkunnilleen. (Uudenmaan, Hämeen ja Itä-Suomen päihdehuollon kuntayhtymät). Alla on tarkemmin kuvattu Länsi-Uudenmaan seudullista A-klinikkatoimintaa.

### Länsi-Uudenmaan A-klinikka

Länsi-Uudellamaalla päihdehuollon A-klinikkapalvelut järjestetään seudullisena yhteistyönä. Karjaan kaupungin yhteistyösopimuksen puitteissa ylläpitämä Karjaan, Hangon, Tammisaaren, Pohjan ja Inkoon yhteinen A-klinikka palvelee alueen kaikkien kuntien asukkaita heidän omalla paikkakunnallaan. Karjaan, Hangon, Tammisaaren, Pohjan ja Inkoon alueen kokonaisväestöpohja on noin 43 500 asukasta (Väestörekisterikeskus). A-klinikkatoiminnan vuosibudjetti on noin 200 000 euroa. (A-klinikan johtaja..., Etelän Uutiset 14.8.2004.)

A-klinikan hallinnosta vastaa Karjaan kaupunginhallituksen alainen sopimuslautakunta. Länsi-Uudenmaan A-klinikan rahoituspohja perustuu kuntakohtaiseen vuosimaksuun, joka määräytyy kunkin kunnan vastaanoton henkilötyöpäivien lukumäärän perusteella. Muut kustannukset (kalustehankinnat) jaetaan kuntien kesken asukasluvun mukaan. A-klinikka voi mahdollisuuksien mukaan antaa palveluja myös muiden kuntien asukkaille, jos kyseiset kunnat sitoutuvat osallistumaan klinikan käyttökustannuksiin (Sopimus päihdehuollosta...). Järjestelmä on Suomessa ainutlaatuinen ja vapauttaa työntekijät monipuoliseen päihdetyöhön, kun toimintaresursseja ei ole sidottu asiakaskäynteihin. Esimerkiksi verkostotyötä tehdään paljon. Pulmana mallissa on henkilöstön riittämättömyys työmäärään nähden. Toiminta tällä mallilla on aloitettu vuonna 1995. (Nystrand, Viveka, tiedonanto puhelimitse 4.11.2005.)

Toiminta on asiakkaille maksutonta. A-klinikan kuntakohtaiset vastaanotot ottavat asiakkaita vastaan alueen kaupungeissa neljänä päivänä viikossa, Pohjassa kahtena ja Inkoossa yhtenä päivänä viikossa. Toiminta määräytyy pitkälti paikallisten tarpeiden pohjalta. Perusajatuksena on, että A-klinikan palvelut täydentävät kunnan omaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja että klinikka tekee yhteistyötä tämän sektorin kanssa tinkimättä silti omasta tehtävästään. A-klinikka palvelee päihdehuollon erityispalveluita avohoitoyksikkönä: tarjolla on mm. polikliinista akuuttihoitoa vieroitusoireisiin ja kriisitilanteisiin sekä psykososiaalista kuntoutusta. Toiminnan periaatteina ovat vapaaehtoisuus, luottamuksellisuus, oma vastuu ja itsemääräämisoikeus. (A-klinikan johtaja..., Etelän Uutiset 14.8.2004; Toimintakertomus 2004.)

## Järjestöjen tai yksityisten tuottamat ostopalvelut

Kunnat voivat järjestää päihdepalvelut myös ostamalla palvelut järjestöiltä tai muilta yksityisiltä palveluntuottajilta. Seuraavassa esitellään suurinta päihdealan järjestöä A-klinikkasäätiötä, joka tuottaa palveluja yli sadalle kunnalle, sekä ruotsinkielisille palveluja tuottava Pixnekliniken, jolla on sopimus yli 40 kunnan kanssa. A-klinikkasäätiö tuottaa palvelut suoritepohjaisesti, Pixnekliniken vuosimaksupohjaisesti.

### A-klinikkasäätiö

A-klinikkasäätiö on Suomen suurin päihdealan järjestö ja juridisesti yksityinen organisaatio. A-klinikkasäätiö perustettiin vuonna 1955. Sen toiminta tähtää päihde- ja riippuvuusongelmaisten aseman parantamiseen vaikuttamalla yhteiskuntapolitiikkaan sekä tarjoamalla monipuolisia hoitopalveluita päihde- ja muista riippuvuusongelmista kärsiville. A-klinikkasäätiö toimii alueellisesti, valtakunnallisesti ja kansainvälisesti. Kansainvälinen toiminta painottuu lähialueille ja Euroopan unionin alueelle. A-klinikkasäätiön valtakunnallinen toiminta rahoitetaan pääasiassa Raha-automaattiyhdistyksen avustuksilla ja A-klinikkasäätiön yksiköiden toiminta perustuu kuntien kanssa tehtyihin ostopalvelusopimuksiin. (Tietoa toiminnasta.) A-klinikkasäätiön ylin päättävä ja toimintaa valvova elin on valtuuskunta, jonka jäsenet edustavat säätiön perustajayhteisöjä, toimintayksikköpaikkakuntia, säätiön toimialaan liittyviä järjestöjä ja asiantuntijoita sekä valtiovaltaa. Valtuuskunta asettaa hallituksen kahdeksi vuodeksi kerrallaan. Työntekijöitä säätiöllä on noin 700. (Toimintakertomus 2004, 2, 11.)

A-klinikkasäätiön hoito- ja toimintayksiköiden palvelujen käytöstä on tehty ostopalvelusopimuksia yli sadan kunnan kanssa. A-klinikkasäätiö ylläpitää A-klinikoita, nuorisoasemia, katkaisuhoidoasemia, kuntoutumisyksiköjä, terveysneuvontapisteitä, päivätoimintakeskuksia sekä Järvenpään sosiaalisairaala. Lisäksi A-klinikkasäätiö järjestää päihdealan koulutusta, kehittää ja tutkii päihdehuollon menetelmiä sekä harjoittaa tiedotus- ja julkaisu-toimintaa. (Tietoa toiminnasta.) Toiminnan tavoitteet ovat A-klinikkasäätiöllä toiminta-alueeseen ja -sektoriin sidottuja. Paikalliset, valtakunnalliset ja kansainväliset toimintaympäristöt ovat erilaisia. Säätiön paikallisten toimintayksiköiden työ on kiinteä osa kuntien hyvinvointipalvelujen kokonaisuutta; palvelujen sisältö ja painotukset vaihtelevat paikkakunnittain. (Toimintakertomus 2004, 2.)

Vuosittain A-klinikkasäätiön tuottamissa palveluissa asioi huomattava määrä asiakkaita. Esimerkiksi vuonna 2004 A-klinikkasäätiön tuottamissa avohoitopalveluissa oli asiakkaita noin 23 800, kuntoutumispalveluissa noin 4 500 ja asumispalveluissa runsaat 300. Avopalvelukäyntejä kertyi noin 296 000, kuntoutumisyksiköiden hoitovuorokausia noin 100 000 ja asumispalveluvuorokausia noin 84 000. (Tietoa toiminnasta.)

### Pixnekliniken

Vuosimaksuperiaatteella toimivaa mallia edustaa ruotsinkielinen päihdehoitoyksikkö Pixnekliniken. Kun kunta maksaa hoitoyksikön vuosimaksun (2,20 euroa/ruotsinkielinen asukas vuonna 2005), voi se käyttää klinikan hoitopalveluja periaatteessa rajattomasti. Hoitojakso klinikalla kestää kuukauden, jonka aikana asiakas ohjataan jatkohoitoon avohoidon puolelle. Pixnekliniken noudattaa 12 askeleen toipumisohjelmaa. (Lund, Tore, tiedonanto puhelimitse 31.10.2005; Päihdepalvelujen laatusuosituksen, 2002, 45.)

Vuosimaksujärjestelmä on toiminut hyvin. Vuonna 2005 vuosimaksun maksoi 44 kuntaa. Kuntien yhteenlaskettu ruotsinkielinen asukasmäärä on noin 145 000, joka on hiukan yli puolet maamme koko ruotsinkielisestä väestöstä. Nämä kunnat käyttivät noin 90 prosenttia hoitoyksikön

hoitovuorokausista. Pixnekliniken on toiminut täydellä kapasiteetilla ja hoitoon pääsee myös muista kuin jäsenmaksun maksaneista kunnista. Tosin hoitoon hakeutuminen on helpompaa jäsenmaksun maksaneista kunnista. (Lund, tiedonanto puhelimitse 31.10.2005; Päihdepalvelujen laatusuositukset, 2002, 45.)

Vuosimaksuperiaatteella toimivalla yksiköllä on monia etuja. Tärkein niistä on se, että asiakas saa avun heti ilman hankalaa maksusitoumusbyrokratiaa. Hoitoasiat voidaan sopia vaikkapa jo puhelimesta ja kun paikka vapautuu, voi asiakas tulla hoitoon ilman kummempia järjestelyitä kunnassa. Vuosimaksuperiaatteella toimiva yksikkö on niin asiakkaan kuin kunnankin kannalta hyvin joustava. Hoito on myös kunnille edullista ja hoitoon lähetetään helpommin; vuosimaksun maksaneisiin kuntiin syntyy aktiivinen hoitokulttuuri, kun jokaisen asiakkaan kohdalla ei tarvitse miettiä budjetin riittävyttä. Jos ensimmäisellä hoitokaudella ei ole saatu asiakkaalle apua, voi hoitoon myös palata joustavasti. Pixnekliniken hoitaa vuosittain noin 120–140 eri asiakasta (2 500–2 800 hoitopäivää) ja vajaakäyttöä ei juuri ole, vaikka markkinointiin ei ole panostettu ollenkaan. Ongelmia vuosimaksuperusteisessa järjestelmässä ei ole ilmennyt, kokemukset ovat myönteisiä. Tulevaisuuden haasteena voidaan nähdä kunta- ja palvelurakennemuutoksen myötä mahdollisesti muodostuvat kuntaliitokset ja niiden myötämielisyys Pixneklinikeen toimintaa kohtaan. (Lund, tiedonanto puhelimitse 31.10.2005.)

## Päihdepalvelujen uusia, monimuotoisia järjestämistapoja

### Hämeenlinnan uusi kumppanuussopimus A-klinikkasäätiön kanssa

Hämeenlinnan kaupunki päätti vuonna 2005 siirtää päihdepalvelunsa A-klinikkasäätiölle, joka hallinnoi ja tuottaa palvelut jatkossa. Suunnitteluvaiheessa kuultiin A-klinikkasäätiön ohella myös muita vaihtoehtoisia tahoja, jotka eivät kuitenkaan kiinnostuneet palvelujen tuottamisesta Hämeenlinnan seudulla. (Päihdepalvelujen mahdollinen ulkoistaminen... perusturvalautakunnan pöytäkirja 23.9.2004.)

Hämeenlinnan kaupungin sopimus A-klinikkasäätiön kanssa on kumppanuuteen perustuva puitesopimus. Sopimusta tarkistetaan vuosittain erikseen laadittavalla toteuttamisohjelmalla, jossa määritellään tarkemmin vuosittaiset kokonaiskustannukset ja eri palveluyksiköiden määrälliset ja laadulliset tavoitteet. Sopimusluonnosta ei 28.10.2005 mennessä ollut käsitelty A-klinikkasäätiön elimissä, joten sopimus on keskeneräinen. (Päihdepalvelujen mahdollinen ulkoistaminen... perusturvalautakunnan pöytäkirja 24.10.2005.)

Kumppanuussopimus on perinteistä ostopalvelusopimusta laajempi. Rahoituspohja ei perustu suoritemääriin, vaan on kokonaisvaltainen. Hämeenlinnan seudun kunnat sopivat palvelujen oston erikseen A-klinikkasäätiön kanssa. Periaatteena on, että asiakkaiden palvelut eivät kärsi muutosvaiheesta ja kuntien Hämeenlinnan kanssa tekemät ostopalvelusopimukset siirtyvät täten A-klinikkasäätiölle uuden sopimuksen myötä ja seutukuntien päihdepalvelut jatkuvat entiseen malliin. (Hämäläinen, Matti, tiedonanto puhelimitse 28.10.2005.)

Perusteet päihdepalvelujen siirrolle ovat sisällölliset ja laadulliset tekijät; siirrolla ei haeta kustannussäästöjä. Hämeenlinnan kaupunki uskoo, että A-klinikkasäätiön avulla pystytään paremmin vastaamaan kasvaviin palvelutarpeisiin ja sisällöllisen kehittämisen vaatimuksiin. Tulevaisuuden haasteisiin vastaaminen edellyttää väistämättä yhä vahvempia ja osaavampia erityispalveluresursseja. Näihin uskotaan A-klinikkasäätiön pystyvän vastaamaan. A-klinikkasäätiöllä on myös vankkaa osaamista kehittämisessä, ja säätiön kautta mahdollistuu esimerkiksi RAY:n rahoitus. A-klinikkasäätiöllä on lisäksi aktiivinen investointipolitiikka, joka kiinnostaa myös Hämeenlinnaa. Säätiön myötä seudun kaikki kunnat ovat päihdepalveluiden saamisessa



samalla viivalla; säätiö koetaan neutraalina ja asiantuntevana palveluntuottajana. (Hämäläinen, tiedonanto puhelimitse 28.10.2005.)

Tavoitteena on, että palvelujen tuottaminen siirtyy A-klinikkasäätiölle vuoden 2006 alusta (Päihde-palvelujen mahdollinen ulkoistaminen ... perusturvalautakunnan pöytäkirja 23.9.2004). Hämeenlinnan seutukuntaan kuuluvat Hämeenlinnan lisäksi Hattula, Janakkala, Hauho, Tuulos, Lammi, Renko ja Kalvola. A-klinikkasäätiö tulee palvelemaan Hämeenlinnan seudulla noin 89 000 asukkaan väestöpohjaa, josta Hämeenlinnan asukasluku muodostaa yli puolet (Väestörekisterikeskus).

## Päihdepalvelusäätiöt: Jyväskylän seutu ja Kuopion seutu

### *Jyväskylän seudun päihdepalvelusäätiö*

Jyväskylän seudun päihdepalvelusäätiö perustettiin vuoden 2001 lopussa ja se aloitti toimintansa 1.5.2002, jolloin Jyväskylän kaupunki siirsi päihdepalvelunsa ja henkilökuntansa säätiölle. Rahoituspohja toimii siten, että kunnat tekevät säätiön kanssa vuosittaiset ostopalvelusopimukset tai antavat maksusitoumuksen asiakkaistaan (Möttönen & Niemelä 2005, 188). Säätiön lähtökohtana on alusta alkaen ollut se, että säätiö ei ole pelkkä palvelujen tuotanto-organisaatio (Kirvelä & Möttönen 2004, 150).

Jyväskylän seudun päihdepalvelusäätiön tavoitteena on toimia julkisen ja kolmannen sektorin yhteistyötä sekä seudullista toimintaa kokoavana ja kehittäväenä organisaationa. Säätiö kehittää päihdehuollon erityisosaamista ja asiantuntemusta, joka hyödyttää ensisijaisesti Keski-Suomen aluetta. Tarkoituksensa toteuttamiseksi säätiö tuottaa kustannus- ja hyötysuhteiltaan järkeviä ja laadukkaita päihdehuollon avo- ja laitospalveluita erityispalveluja alkoholin, lääkkeiden ja huumeiden käyttäjille. Lisäksi säätiö tarjoaa asiantuntija-, kehittämis- ja koulutuspalveluja sekä ylläpitää tiedotus-, tutkimus-, valistus- sekä muuta säätiön tarkoitusta edistävää toimintaa. (Jyväskylän seudun päihdepalvelusäätiö...)

Päihdepalvelujen tila Jyväskylän seudulla oli vielä muutamia vuosia sitten sekava ja toimijoiden mielestä varsin epätydyttävä. Jyväskylän kaupungilla oli päihdepalveluyksikkö, joka oli osa sosiaali- ja terveystieteiden keskuksen mielenterveys- ja päihdepalveluosastoa. Yksikkö myi palveluja myös ympäristökunnille, joista osa osti palvelut Jyväskylästä, osa muualta Suomesta. Toimintakenttä miellettiin hajanaiseksi ja sitä sävyttivät jännitteet virallisen palvelujärjestelmän ja järjestötoimijoiden välillä. (Kirvelä & Möttönen 2004, 149–150.)

1990-luvun puolivälin jälkeen tehtiin kartoitus, joka paljasti laajan tyytymättömyyden päihdepalvelujen tilaan. Ongelmaksi koettiin toimijoiden riittämätön yhteistyö. Ratkaisuna ongelmaan perustettiin kehittämissyömiä ja järjestettiin yhteisiä kokouksia, mutta näillä toimilla ei saatu aikaan toimivaa verkostotyötä. Verkostoitumista ei mielletty yhdessä tekemiseksi, koska siitä puuttui selkeä perusidea. Tarvittiin kiinteämpää yhteistyömuotoa. Vaihtoehtoiksi valikoituivat kuntayhtymämalli, osakeyhtiö, toiminnan siirtäminen ulkopuoliselle toimijalle ja eri toimijoiden yhteinen toimintaorganisaatio. Useiden neuvottelujen tuloksena päädyttiin säätiöön. Säätiöratkaisuun päädyttiin siksi, että kuntayhtymään ei olisi voinut ottaa järjestöjä mukaan eikä osakeyhtiö tuntunut sopivalta. (Mt., 150.)

Päihdepalvelusäätiön perustamista voidaan pitää verkostomaisen kehittämisen työn tuloksena, jossa yhdistyvät seudullinen yhteistyö, ammatillinen osaaminen sekä kansalaistoiminnassa ja arjessa syntyvä asiakaslähtöinen tieto. Säätiö myös järjestää uudelleen ja hyödyntää paikallisia hallintasuhteita. Kun yhteistyöllä on konkreettinen muoto ja tehtävä, ei verkostotyö jää ainoastaan tietojen vaihdon tasolle. Säätiön perustaminen on myös hyvä esimerkki prosessuaalisen alhaalta ylöspäin suuntautuvan strategian toteuttamisesta. (Kirvelä & Möttönen 2004, 151.)

Torsti Kirvelän ja Sakari Möttösen (2004, 151) mukaan Jyväskylän seudun kokemuksista voi tehdä sen päätelmän, että silloin, kun halutaan yhdistää organisatorisesti kuntien ja järjestöjen toimintaa ja kun tavoitteena ei ole avoimilla markkinoilla toimiminen, säätiö voi olla käyttökelpoinen organisaatiomuoto.

Säätiöön liittyviä ongelmakohtia ovat perustamisen aikaa vievyys sekä määrämuotoinen ja monivaiheinen prosessi. Lisäksi säätiön toimintatarkoituksen tai taustayhteisöjen muuttaminen voi olla hankalaa. Nopeaa reagointia vaativiin muutostilanteisiin säätiön perustaminen ei ole ratkaisu. (Kirvelä & Möttönen 2004, 151.)

Jyväskylän seudun päihdepalvelusäätiön perustajayhteisöt edustavat laajalti sosiaali- ja terveydenhuollon, päihdehuollon erityispalveluiden sekä kolmannen sektorin erilaisia toimintamuotoja ja hoitoidologioita. Säätiön perustajayhteisöjä ovat julkiselta sektorilta Jyväskylän kaupunki, Jyväskylän maalaiskunta, Muurame, Laukaa ja Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, kolmannelta sektorilta Jyväskylän katulähetys ry., Jyväskylän A-kilta ry., Väentupa ry., Kuiville pyrkivien Tuki ry. ja Vaajakosken Suvanto ry., valtakunnallisista päihdejärjestöistä A-klinikkasäätiö, Sininauha-liitto, Vapaan Alkoholistihuollon kannatusyhdistys ry., Kirkkopalvelut ry. ja YAD – Youth Against Drugs ry. (Jyväskylän seudun päihdepalvelusäätiö...) Jyväskylän seudun päihdepalvelusäätiön väestöpohja on noin 143 700 asukasta (Väestörekisterikeskus). Hallinto on järjestetty siten, että ylimpänä päätöksentekojenimenä on valtuuskunta, johon kuuluvat kaikkien perustajajäsenten edustajat. Valtuuskunta valitsee hallituksen (Möttönen & Niemelä 2005, 189). Kunnat ja järjestöt ovat olleet tyytyväisiä päihdepalvelusäätiöratkaisuun (Kirvelä & Möttönen 2004, 150).

### *Kuopion seudun päihdepalvelusäätiö*

Kuopion päihdepalvelujen uuden järjestämistavan pohtiminen alkoi vuonna 2002, jolloin kaupunginjohtaja asetti seudullisen päihdehuollon työryhmän selvittämään Kuopion seudun palvelujen vaihtoehtoisia järjestämismalleja. Kuopion ja Kuopion seudun päihdehuollon seututyöryhmä esitti vaihtoehtoisina päihdepalvelujen järjestämismalleina päihdepalvelusäätiömallia, alueellista yhteistyömallia ja kunnallista liikelaitosmallia. Kuopion kaupunki piti parhaana mallina päihdepalvelusäätiön perustamista ja ehdotus hyväksyttiin. Alueellista yhteistyömallia pidettiin toissijaisena vaihtoehtona. (Päihdepalvelut paremmaksi... 1.12.2003.)

Kuopion päihdepalvelusäätiön toiminta alkoi vuoden 2006 alusta. Tällöin A-klinikan toiminta lakkasi ja uusi Kuopion seudun päihdepalvelusäätiö alkoi tuottaa erityispäihdehuollon palvelut säätiössä mukana oleville kunnille, mahdollisen kysynnän mukaan myös muille kunnille. Kuopion seudun päihdepalvelusäätiö ulottaa vuoden 2006 alusta palvelunsa alueelle, jonka väestöpohja on 122 000 asukasta. (Janhunen 2004, 14.)

Päihdepalvelusäätiön keskeisenä tavoitteena on koota päihdealan toimijaverkostoa samaan organisaatioon, joka kykenisi nykyistä kokonaisvaltaisemmin sopimaan työn painopistealueista. Yhteistyön kautta myös päihdetyön tehokkuus lisääntyy. Säätiö tuottaa päihdehuollon erityispalveluita ja sen suunnitellut toimintamuodot ovat hoito- ja kuntoutuspalvelut, koulutus-, konsultaatio- ja työnohjauspalvelut sekä tutkimus- ja kehittämistoiminta. Kunnat ostavat tulevaisuudessa säätiöltä päihdehuollon erityispalveluita ostopalvelusopimusten perusteella. Eli toisin sanoen kunnat rahoittavat ja säätiö tuottaa palvelut. Säätiölle siirtyvät nykyiset Kuopion kaupungin päihdehuollon tulosityksikön toiminnat. (Mt., 14.)

Perustettava säätiö on julkisen ja kolmannen sektorin yhteishanke. Perustajajäseniä ovat Kuopion kaupunki, Suonenjoen kaupunki, Siilijärven kunta, Karttulan kunta, Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Kuopion A-kilta ry., Siilinjärven A-kilta ry., Sirkkulanpuiston toimintayhdistys ry., Työterapinen yhdistys ry., Kuopion Ensikoti-yhdistys ry., Turvalinkki ry., Kuopion settlementti Puijola ry., Kuopion seudun mielenterveysseura Hyvä Mieli ry., Kuopion Valkonauhaliitto – Förbundet Vita Bandet i Finland ry., Kirkkopalvelut ry., Nuorten Palvelu ry.,



Kristillinen alkoholisti- ja narkomaanityö ry., Sininauhaliitto ry. ja Irti Huumeista ry. Tavoitteena on, että yhteistyö ja yhteinen toiminnallisuus luovat toimivan palveluketjun. (Janhunen 2004, 14.)

## Kainuun hallintokokeilu

Kainuussa aloitettiin uudenlainen hallintokokeilu vuoden 2005 alussa. Kainuun hallintokokeilun alueeseen kuuluvat Kajaanin ja Kuhmon kaupungit sekä Hyrynsalmen, Paltamon, Puolangan, Ristijärven, Sotkamon, Suomussalmen ja Vuolijoen kunnat. (Leskinen 2004.) Alue kattaa noin 82 200 asukkaan väestöpohjan (Väestörekisterikeskus). Hallintokokeilun tavoitteena on edistää Kainuun alueen kehitystä ja vahvistaa sen tulevaisuutta lisäämällä maakunnallista itsehallintoa ja kuntien välistä yhteistyötä. Tavoitteena on myös mahdollistaa nykyistä paremmin Kainuun sosiaalisten ja yhteiskunnallisten ongelmien ratkaiseminen sekä turvata palvelujen laatu ja saatavuus koko Kainuussa väestöennusteiden toteutumisesta huolimatta. Hallintokokeilu kestää vuoden 2012 loppuun. (Leskinen 2004.)

Hallintokokeilun valmistelun käynnistämiseen Kainuussa oli monta syytä: asukasluvun lasku, väestön vanheneminen, yritystoiminnan supistuminen, työpaikkojen väheneminen ja kuntatalouden heikkeneminen. Muun muassa näistä lähtökohdista eduskunta sääteli Kainuun hallintokokeilusta vuonna 2003. (Leskinen 2004.) Lain (343/2003) mukaan Kainuun maakuntayhtymä järjestää ja rahoittaa yhdeksän kunnan sosiaali- ja terveyspalvelut (lukuun ottamatta päivähoidtoa), erikoissairaanhoidon, toisen asteen koulutuksen (lukiot ja ammatillinen koulutus) ja aikuiskoulutuksen. Kuntien rahoitusosuus maakunnalle on 59,9 prosenttia kunnan tuloista. Sisäasiainministeriön, liikenne- ja viestintäministeriön, työministeriön, maa- ja metsätalousministeriön, ympäristöministeriön ja kauppa- ja teollisuusministeriön kymmenet eri rahoitusmomentit on koottu yhdeksi Kainuun kehittämisen momentiksi, jonka jakamisesta päättää vaaleilla valittu maakuntavaltuusto. (Huotari, Anne 10.–12.8.2005.)

Maakunnallisella palvelujen tuottamisella pyritään turvaamaan palvelut tasavertaisesti maakunnan kaikille asukkaille. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kannalta uudistus edellyttää palveluiden tuottamista nykyistä tehokkaammin, laadukkaammin ja taloudellisemmin. Kansalaisen näkökulmasta kokeilu tarkoittaa myös sosiaali- ja terveydenhuollon lähipalvelujen turvaamista jokaisessa kunnassa. Kokeilun myötä kansalaisen oikeutta tehdä valintoja laajennetaan ja jokaisella on mahdollisuus valita kuntarajoista riippumatta hoitonsa paikka (Leskinen 2004). Sosiaali- ja terveystoimen tavoitteena on edistää yhdessä kainuulaisten kanssa heidän selviytymistään, omatoimisuuttaan, terveyttään, sosiaalista turvallisuuttaan ja toimeentuloaan. Johtaminen keskitetään ja palvelut tuotetaan hajautetusti. (Huotari 10.–12.8.2005.)

Kokeilussa sosiaali- ja terveysalalla on kuusi keskeistä periaatetta (Huotari 10.–12.8.2005):

- asiakasnäkökulma: elämänkaari huomioidaan, perinteisiä raja-aitoja madalletaan ja niitä poistetaan
- asiakkaan vapaa valinta -periaate: asiakkaalla on vapaus valita hoitopaikkansa sosiaali- ja terveydenhuollossa yhdeksän kunnan alueella, mutta paikkaa ei voi vaihtaa jatkuvasti
- palvelukolmio: lähipalvelut (esim. kotipalvelu), seudulliset palvelut (toiminnalliset seudut: Kajaanin seutu, Ylä-Kainuu ja Kuhmo-Sotkamo), maakunnalliset palvelut (esim. erikoissairaanhoito, lastensuojelu)
- ennalta ehkäisevän työn roolin korostaminen
- tasapuolisuus palveluiden turvaamisessa on vaativa haaste pitkien etäisyyksien ja harvan asutuksen maakunnassa; tietojärjestelmien yhteensovittaminen on erityisen tärkeää, esim. etälääkäripalvelut ja psykiatrian etäkonsultointi
- kustannustehokkuus.

Kokeilun myötä maakunnan vastuu oman alueensa kehittämisestä kasvaa. Toisaalta samanaikaisesti hallintokokeilussa kunnilta otetaan pois kuntien vastuulla oleva hyvinvointipolitiikka palveluiden turvaamiseksi tasavertaisesti maakunnan asukkaille. Vastuu palveluista on maakunnalla; palveluiden rahoittaminen jää kunnille. Valmisteluissa onkin täytynyt löytää yhteiset pelisäännöt ja menettelytavat sille, kuinka paljon maakunta voi käyttää palveluihin rahaa ja kuinka maksaminen jaetaan oikeudenmukaisesti kuntien kesken. (Leskinen 2004.)

Päihdepalvelut kuuluvat Kainuun uudessa hallintomallissa Riippuvuuksien hoito -työyksikköön, joka on osa psykiatrian palvelualaa. Resursseja yksiköllä on yhteensä kymmenen työntekijän verran. Henkilöstöressurssien vähäisyys koetaan ongelmaksi. Terveyskeskuksissa tapahtuvaa päihdetyötä tuetaan ja kannustetaan, joskin lääkäripula terveyskeskuksissa vaikeuttaa toimintaa. Päihdelääkärin työpanos on pieni tarpeeseen nähden. Kajaanissa on A-klinikka, jossa työskentelee kuusi työntekijää, ja Kuhmossa, Sotkamossa ja Suomussalmella on kussakin yksi päihdetyöntekijä. Hyrnsalmella päihdetyöntekijä on puolipäiväinen. Lisäksi A-klinikalta käy pienemmissä kunnissa Puolangalla ja Paltamossa yksi työntekijä kerran tai kaksi kertaa kuukaudessa. Laitoskuntoutukset ostetaan ulkopuolelta; huume kuntoutuksia on jouduttu lisäämään. Päihdehuollon määrärahat ylittyvät tänä vuonna. (Kinnunen, Pekka, tiedonanto sähköpostitse 27.10.2005.)

# Päihdepalvelujen kehittäminen

Valtioneuvosto teki periaatepäätöksen vuoden 2003 lokakuussa sosiaalialan tulevaisuuden turvaamiseksi. Periaatepäätös vahvistaa sosiaalialan kehittämisen linjaukset ja varmistaa sosiaalialan tasapainoisen kehittämisen tulevina vuosina. Terveysthuollon kehittämiseksi tehtiin vastaava päätös vuotta aiemmin. Valtion toimesta on tällä hetkellä meneillään viisi päihdepalveluihin ja niiden kehittämiseen olennaisesti vaikuttavaa ohjelmaa tai kehittämishanketta: Sosiaalialan kehittämishanke (2003–2007), alkoholiohjelma (2004–2007), huumausainepoliittinen toimenpideohjelma, kansallinen terveyshanke ja tulevaisuudessa myös päihdepalveluille uudistumishaasteita tuova kunta- ja palvelurakennemuutos. Päihdepalveluiden laatusuosituksia ovat myös päihdepalveluiden kehittämistä ohjaava väline. Keskeisinä tavoitteina kaikissa ohjelmissa ja hankkeissa ovat palveluiden laadukkuus ja tasa-arvoinen saavutettavuus koko väestölle asuinpaikkaan katsomatta.

## Valtakunnalliset kehittämishankkeet

### Alkoholiohjelma

Alkoholiohjelma 2004–2007 on valtakunnallinen työväline alkoholista aiheutuvien haittojen ehkäisyn kehittämiseen. Alkoholiohjelma koostuu toiminnan suuntaviivoista ja sosiaali- ja terveysministeriön koordinoimasta laajapohjaisesta yhteistyöstä eri hallinnonalojen, kuntien, kirkkojen, järjestöjen ja elinkeinoelämän kanssa. Yleisenä tavoitteena on koota haittojen ehkäisy- ja vähentämistoimet jäsentyneeksi kokonaisuudeksi, jossa eri sektoreiden yhteistyö edistää yhteisten tavoitteiden saavuttamista. Yhteistyö perustuu vapaaehtoiseen kumppanuuteen kirjallisella sopimuksella vahvistettuna. (Alkoholiohjelma 2004–2007..., 2004, 3.)

Alkoholiohjelmaan liittyvää toimintaa ohjaa neljä keskeistä periaatetta: tavoitteiden ja keinojen hyväksyttävyyden, toiminnan vaikuttavuuden sekä toiminnan paikallisuus ja kumppanuus yhteistyön perustana. Tavoitteilla ja keinoilla tulee olla väestön tuki ja toiminnan tulee rakentua toimiviksi todettujen keinojen varaan; sen laatua kehitetään jatkuvasti. Toiminta rakentuu valtiovoimien, kuntien, järjestöjen ja elinkeinon yhteistyöstä ja sen tulee edistää ihmisten hyvinvointia paikallisesti. (Mt., 20.)

Monet yhteiskunnan toimijat voivat ratkaisullaan ja toimintalinjoillaan vaikuttaa alkoholihaittoja vähentävästi. Tästä yhtenä esimerkkinä on sosiaali- ja terveydenhuollossa käytettävä mini-interventio eli alkoholin käytön puheeksi ottaminen asiakastilanteissa. Alkoholiohjelmassa on tuotettu tietoa, materiaalia ja työkaluja mini-interventioita käyttäen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Mini-interventioon liittyen on meneillään kaksi valtakunnallista hanketta, Valtakunnallinen mini-interventio-ohjelma VAMP ja Alkoholin suurkuluttajien mini-interventio työterveyshuollon jokapäiväiseen käyttöön -hanke. Niissä pyritään saamaan mini-interventio osaksi terveydenhuollon henkilökunnan työvälineiksi.

### Huumausainepoliittinen toimenpideohjelma

Huumausainepoliittinen toimenpideohjelma on tehty vuosiksi 2004–2007. Sillä vahvistetaan kansallisen huumausainepolitiikan suunta aiempien päätösten mukaan ja esitellään valtioneuvoston linjaukset hallituskaudelle toimenpiteistä huumausainehaittojen vähentämiseksi. Tavoitteena on huumausainetilanteen pysyvä helpottaminen. (Valtioneuvoston periaatepäätös..., 2004, 3.)

Huumausainepoliittisissa linjauksissa valtioneuvosto painottaa pitkäjänteisen perustason työn jatkamista ja kehittämistä, eri toimijatahojen välisen yhteistyön lisäämistä sekä yhtenäistä huumausainepoliittista lähestymistapaa huumausaineiden kysynnän ja tarjonnan vähentämiseksi. Erityisenä tavoitteena vuosille 2004–2007 on puuttuminen ajankohtaisiin huumausainepoliittisiin ongelmiin, joiden ratkaisemiseksi tarvitaan uudenlaista viranomaisyhteistyötä. Ohjelman toimenpiteet liittyvät huumausainepoliitiikan koordinointiin, kysynnän ja tarjonnan vähentämiseen, huumeista koituvien haittojen lieventämiseen, kansainvälisiin toimiin sekä tutkimukseen ja seurantaan. (Mt., 3.)

Toimenpideohjelmalla pyritään varmistamaan asianmukaisten huumehoitopalvelujen saatavuus; hoidon tulee olla laadukasta ja monipuolista. Tavoitteena myös on, että lääkkeettömien hoitojen sekä korvaushoidon saatavuus paranee ja hoitoon pääsyn esteet vähenevät. Lisäksi tavoitteena mainitaan hoidon jälkeisen tuen ja kuntoutuksen paraneminen sekä tartuntatautien leviämisen estäminen huumeiden käyttäjien keskuudessa. Huumehoitopalvelujen toimivuus turvataan saattamalla päihdehuollon erityispalvelujen kapasiteetti päihdepalvelujen laatusuosituksen tasolle vuoden 2007 loppuun mennessä. Toimenpiteiden kehittämisen painopiste on ongelma-ikäkkäiden matalan kynnyksen palveluissa sekä korvaus- ja ylläpito-hoidossa. (Valtioneuvoston periaatepäätös..., 2004, 19–20.)

## Sosiaalialan kehittämishanke

Sosiaalialan kehittämishankkeen avulla johdetaan koko valtakunnan kattavaa sosiaalipalvelujen uudistusta. Hankkeessa toteutetaan sosiaalialan lähiajan kiireellisimmät kehittämistarpeet. Sosiaalialan kehittämishankkeen tavoitteena on turvata palvelujen saatavuus kaikkialla Suomessa. Tavoitteeseen pyritään turvaamalla palveluiden saatavuus, uudistamalla palvelurakenteita ja toimintoja, turvaamalla henkilöstön osaaminen ja riittävyys, tuottamalla sosiaalipalvelut tehokkaasti ja vahvistamalla sosiaalipalveluiden rahoitusta. Hanke tukee kuntia palveluiden uudistamisessa; tavoitteena on saada aikaan pysyviä palvelu-uudistuksia. Sosiaalialan kehittämishankkeen kanssa samanaikaisesti käynnistettiin sosiaalialan pitkän aikavälin kehittäminen Hyvinvointi 2015 -ohjelmalla. Sosiaalialan kehittämishanke toimii tiiviissä yhteistyössä kansallisen terveysthankkeen kanssa. (Ajankohtaista Sosiaalialan...)

Sosiaalialan kehittämishankkeen tavoitteena päihdehuollon osalta on saattaa päihdepalvelut laatusuosituksen mukaisiksi vuoteen 2007 mennessä sekä parantaa alkoholin, huumeiden ja muiden päihteiden käyttäjien katkaisu- ja vieroitushoitopalvelujen saatavuutta päihdehuollon laitoksissa ja perusterveydenhuollossa. Erityisiä kehittämiskohteita ovat katkaisu- ja vieroitushoidon kehittäminen, matalan kynnyksen palvelujen varmistaminen, monipäihdekäyttöön vastaaminen ja yhteistyö hoitoonohjauksessa poliisin kanssa. Yhtenä tärkeänä painoalueena on myös päihde- ja mielenterveyspalvelujen kehittäminen seudullisesti sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä. (Päihdepalvelujen kehittäminen...)

Hankkeen aikana vahvistetaan sosiaalialan osaamiskeskusten valtakunnallista päihdeosaajaverkostoa ja kehitetään tarpeen arviointiin perustuvia seudullisia päihdepalvelurakenteita. Vuonna 2004 erityisen tarkastelun alla oli matalan kynnyksen palvelujen kehittäminen (ks. Mäkelä ym. 2005). Vuonna 2005 erityishuomiota kiinnitetään katkaisu- ja vieroitushoitoon (ks. Makkonen 2005) sekä lääninhallitusten päihdepalvelujen valvontaan (Lääninhallitusten ..., 2005). Vuonna 2006 tarkastellaan monipäihteisyyttä.

## Kansallinen terveyshanke

Valtioneuvosto teki huhtikuussa 2002 periaatepäätöksen, jonka tavoitteena on turvata kansalaisille hyvä terveydenhuolto myös tulevaisuudessa. Tavoitteena on, että jokainen saa tarvitsemansa terveydenhoidon asuinpaikasta ja varallisuudesta riippumatta. Tavoitteeseen pyritään kehittämällä terveyspalveluja valtion ja kuntien yhteistyönä. Samalla otetaan huomioon myös järjestöjen ja yksityissektorin toiminta. (Kansallinen hanke terveydenhuollon...)

Kansallisen terveyshankkeen keskeisimmät kehittämisalueet koskevat terveyden edistämistä ja ehkäisevää työtä, hoitoon pääsyn turvaamista, henkilöstön riittävyttä ja osaamisen parantamista, terveydenhuollon toimintojen ja rakenteiden uudistamista sekä terveydenhuollon rahoituksen vahvistamista. Hanke jatkuu vuoden 2007 loppuun.

## Päihdepalveluiden laatusuositukset

Päihdepalveluiden kehittämistä ohjaavat myös sosiaali- ja terveystieteiden ja Suomen Kuntaliiton julkaisemat päihdepalveluiden laatusuositukset. Päihdepalveluiden laatusuositukset (2002) on tehty tukemaan kuntien päihdepalveluiden suunnittelua, järjestämistä ja kehittämistä. Suositukset antavat yleiset suuntaviivat, joita voidaan soveltaa paikallisesti kuntien ja kuntalaisten tarpeet huomioon ottaen. Laatusuosituksissa tarkastellaan päihdepalvelujen yleisiä lähtökohtia, kunnallista päihdestrategiaa ehkäisevän päihdetyön ja päihdepalveluiden järjestämisen taustalla, päihdepalvelujärjestelmää, asiakastyön toteutusta, henkilöstön osaamista ja voimavaroja sekä palveluiden seuranta- ja arviointia. Päihdepalveluiden kehittämisessä voidaan hyödyntää myös ehkäisevän päihdetyön laatuksiteereitä (Laatutähteä tavoittelemassa..., 2006)

## Sosiaalialan osaamiskeskusten rooli päihdepalvelujen kehittämisessä

Suomessa on yhdeksän sosiaalialan osaamiskeskusta, joiden toiminta-alueet kattavat maan kaikki kunnat. Ruotsinkielisillä kunnilla on yhteinen osaamiskeskus. Osaamiskeskusten toimialueet ovat maakuntapohjaisia. Osaamiskeskusten toiminta perustuu vuonna 2001 säädettyyn lakiin (1230/2001). Tehtävänä on turvata sosiaalialan asiantuntemuksen kehittyminen ja välittyminen sekä peruspalvelujen että erityisosaamista vaativien asiantuntijapalveluiden osalta. Päihdetyön osalta osaamiskeskuksista yhdellä (Pikassos Oy, sosiaalialan osaamiskeskus Pirkanmaalla, Kanta-Hämeessä ja Satakunnassa) on vakituinen päihdetyön erikoissuunnittelija.

Sosiaalialan osaamiskeskusten tavoitteena on toimivan ja pysyvän yhteistyörakenteen ja linkin luominen tutkimus- ja opetustoiminnan ja kuntien käytännön työn välille. Kuntien lisäksi keskeisimmät osaamiskeskusten muodostaja- ja yhteistyötahot ovat yliopistot, ammattikorkeakoulut ja muut alan oppilaitokset, maakuntien liitot, lääninhallitukset sekä sosiaali- ja terveysalan järjestöt. Stakes on keskeinen yhteistyökumppani kaikille osaamiskeskustoiminnalle. Osaamiskeskusten tavoitteena on luoda avoimia alueellisen yhteistyön tarpeista lähteviä verkostoja. Niiden hallinto on mahdollisimman kevyesti järjestetty, mikä mahdollistaa joustavan ja innovatiivisen toiminnan. Osaamiskeskusten kehittämistä koordinoi sosiaalialan osaamiskeskustoiminnan neuvottelukunta. (Sosiaalialan osaamiskeskukset...)

Hanketyössä sosiaalialan osaamiskeskusten tehtävänä on organisoida kuntien yhteistoimintaa siten, että syntyisi laajoja hankkeita ja että alueelliset tarpeet olisi sovitettu yhteen valtakunnallisten tavoitteiden kanssa. Osaamiskeskukset neuvottelevat alueen kuntien kanssa palvelurakenteen ja toimintojen kehittämisestä. Lisäksi ne laativat vuosittain seuraavaksi vuodeksi kattavan toi-

mintaohjelman tarvittavista hankkeista ja rahoituksesta. Osaamiskeskukset kokoavat ja koordinoivat kunnissa tapahtuvaa kehittämistoimintaa ja voivat tarjota asiantuntija-apua hankkeiden suunnittelussa ja toimeenpanossa. Osaamiskeskukset ovat kuntien, korkeakoulujen ja järjestöjen keskinäisiä verkosto-organisaatioita, joiden tehtävänä on turvata sosiaalialan tutkimus-, kokeilu- ja kehittämistoiminnan toteutuminen omalla alueellaan. (Hakijan opas 2005, 11).

## Järjestöt ja monitoimijuus

Yksityisten palveluntuottajien osuus sosiaali- ja terveystalvissa kasvoi 1990-luvun lopulla. Kasvu oli nopeinta erityisesti sosiaalipalveluissa: järjestöt tuottavat 18 prosenttia ja yritykset kuusi prosenttia kaikista sosiaalipalveluista Suomessa. Terveystalvissa vastaavat prosentiosuudet ovat viisi ja 12. (Möttönen & Niemelä 2005, 173–174.)

Monet järjestöt tekevät tiivistä yhteistyötä kuntien kanssa. Useilla järjestöillä on palveluntuottajan rooli ja tehtävä pitää huolta siitä, että sen jäsenistö saa tarvitsemiaan palveluja. Järjestökentässä on tapahtunut liukumista edunvalvontatehtävästä palvelutehtävään. Järjestö voi myös toimia osana kansalaisyhteiskuntaa ilman muodollista suhdetta kuntaan, kuten esimerkiksi vertaistukiryhmät ja oma-apuryhmät tekevät. Hyvinvointisektorilla järjestötoiminnassa korostuvat ”ääni ja palvelu”. Järjestöjen tulee tuoda jäsenistönsä ääntä esille yhteiskunnassa. (Möttönen & Niemelä 2005, 151–153.)

Julkisella sektorilla ja järjestöillä voi olla erilaisia odotuksia yhteistyön suhteen. Julkisen sektorin toimijat ajattelevat järjestöjä merkittävänä palveluntuottajina. Järjestöjen toivotaan helpottavan julkiseen palvelujärjestelmään kohdistuvia paineita, vaikka niille ei suoranaisesti siirrettäisikään julkisen vallan vastuulla olevia tehtäviä. Järjestöt puolestaan näkevät perustehtävänsä olevan ennemminkin edunvalvontaa, yhteisöllisyyden ylläpitämistä, vapaaehtoistoimintaa ja vertaistukitehtävää kuin palvelutehtävä. (Möttönen & Niemelä 2005, 153.) Odotukset voivat näin olla ristiriitaiset.

Yksi kuntien ja järjestöjen yhteistyömuoto on hankeyhteistyö. Kiinteämpää ja pysyvämpää yhteistyösuhdetta edustavat kuntien ja järjestöjen yhteisorganisaatiot, jotka ovat tavallisesti muodoltaan yhdistyksiä tai säätiöitä. Yhteisorganisaation perustehtävät ovat kehittäminen ja palveluiden tuottaminen. Tällaiset kuntien ja järjestöjen palveluntuotanto-organisaatiot ovat suhteellisen uusi yhteistyömuoto ja uusi tapa tuottaa palveluja. (Möttönen & Niemelä 2005, 167–168.)

Järjestöillä on oma tärkeä roolinsa palveluiden tuottamisen lisäksi hyvinvointiyhteiskunnassa. Möttönen ja Niemelä (2005, 68–58) nimeävät sosiaali- ja terveysjärjestöjen keskeisimmiksi tehtäväalueiksi 2000-luvulla seuraavat:

- sosiaalisen pääoman ja hyvinvoinnin lisääminen: elävä ja toimiva kansalaisyhteiskunta tuottaa sosiaalista pääomaa ja sen kautta suoranaisia säästöjä sosiaali- ja terveydenhuollon menoihin
- välittämisen ja jakamisen kanavien tarjoaminen: luo kanavia lähimmäisenrakkauden, solidaarisuuden ja altruismin toteutumiseksi yhteiskunnassa
- identiteetin rakennusaineksien tarjoaminen: toteutuu selkeimmin oma-apuryhmissä ja vertaistukiryhmissä
- osallisuuden väylien luominen
- äänettömien äänenä toimiminen
- toivon tuottaminen
- innovaatiomooitoreina toimiminen

Myös kirkolla on keskeinen rooli niin ehkäisevässä kuin korjaavassakin päihdetyössä. Alkoholi-ohjelman kumppanuussopimuksen ovat allekirjoittaneet Suomen evankelisluterilainen kirkko,

Ortodoksinen kirkko ja Suomen vapaakristillinen neuvosto. Evankelis-luterilaisella kirkolla on lisäksi oma päihdestrategia. (Kirkot, kunnat ja järjestöt...)

Kirkon näkökulmasta ehkäisevän päihdetyön tärkein ulottuvuus on ihmisten ja yhteisöjen auttaminen arjessa selviytymisessä ja terveiden elämäntapojen sekä vastuullisen käyttäytymisen tukemisessa. Kaikki seurakuntien toiminta on ehkäisevää päihdetyötä. Seurakunnallisen päihdetyön koordinaatiosta vastaa Suomen evankelis-luterilaisessa kirkossa Kirkkohallituksen diakonia- ja yhteiskuntatyön yksikkö KDY. Kirkon kasvatus- ja nuorisotyön yksiköllä (KKN) on merkityksellinen panos seurakuntien lapsi- ja nuorisotyöhön liittyen ehkäisevään päihdetyöhön ja varhaiseen puuttumiseen. Lisäksi seurakuntien erityisnuorisotyössä päihdetyötä tehdään etsivän, kohtaavan ja korjaavan päihdetyön menetelmin. Kirkon perheasiain yksikön työaloilla alkoholiongelmien tulevat myös esille ja niihin puututaan. (Kirkon päihdestrategia...)

Yleisen seurakuntatyön lisäksi päihdetyö on erillinen seurakuntien ja seurakuntayhtymien työmuoto sekä useiden kristillisten järjestöjen toimialaa. Kristillistä päihdetyötä tekevät järjestöt ovat organisoituneet Sininauhaliiton kautta. Ruotsinkielisen kristillisen päihdetyön yhteistointajärjestönä toimii Kran. Katulähetyksiön jäsenjärjestöillä on myös päihdetyötä. (Kirkon päihdestrategia...)

## Päihdepalvelujen kehittäminen kunta- ja seututasolla

Seuraavassa esitellään ensin kolme suurinta valtionavustusta vuonna 2005 alkanutta mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämishanketta. Toisessa kappaleessa löytyy tietoja myös muista valtionavustusta saaneista päihdepalveluista koskevista kehittämishankkeista.

### Mielenterveys- ja päihdetyön seudulliset kehittämishankkeet

Alueelliset erot mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien ihmisten palveluissa ovat edelleen suuret. Erityisesti kaksois- ja kolmoisdiagnoosiasiakkaiden tilanne on vaikea. Nämä asiakasryhmät ovat vaarassa jäädä ilman hoitoa tai huonommalle hoidolle, jos toimijoiden yhteistyössä, työnjaossa ja keskinäisen vastuun jaossa on puutteita. Etenkin lasten ja nuorten palvelujen järjestämisessä yhteistyön tarve korostuu. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitamatta jättäminen on yhteiskunnalle kallista, inhimillisestä kärsimyksestä puhumattakaan. (Mielenterveys- ja päihdepalvelujen... 3.10.2005.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on myöntänyt huomattavat valtionavustukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi seudullisesti. Hankkeiden painopiste on sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyössä. Tarkoituksena on sovittaa yhteen sosiaalialan kehittämishanke ja kansallinen terveyshanke yhteisen päämäärän saavuttamiseksi seudullisessa mielenterveys- ja päihdetyössä. Tavoitteena on, että kuntalaiset saavat mielenterveys- ja päihdeongelmiinsa tarvitsemiaan palveluja, hoitoa ja kuntoutusta joustavasti ja oikea-aikaisesti. (Mielenterveys- ja päihdepalvelujen... 3.10.2005.)

### Mielenterveys- ja päihdetyön seudullinen kehittäminen Lapissa

Lapin mielenterveys- ja päihdetyön seudullisen kehittämishankkeen päämääränä on turvata laadullisesti ja määrällisesti tasapuolinen mielenterveys- ja päihdepalvelujen saatavuus koko Lapin sairaanhoitopiirin alueella. Tavoitteena on kehittää seudulliset toimintamallit mielenterveys- ja päihdepalvelujen tuottamiseksi seutukuntien alueilla. Seutukunnallista mallia voidaan täydentää tarvittavin osin kuntakohtaisilla malleilla. (Mielenterveys- ja päihdetyön... 22.2.2005.)



Toimintamallit tuotetaan kahden yleisimmän mielenterveysdiagnoosiryhmän (skitsofrenia ja depressio) käytännön työn kautta kehittämällä hoitoketjuja, kouluttamalla työntekijöitä, työnohjauksella, uusilla avokuntoutusryhmillä, kuntoutuspoluilla, ottamalla käyttöön erilaisia toimintamalleja ja yhteistyöllä eri toimijoiden kesken. Keskeistä toimintarakenteissa on se, että ne pyritään suunnittelemaan mahdollisimman konkreettisiksi ja asiakaslähtöisiksi (Posio, Jorma 3.10.2005).

Päihde- ja mielenterveyshanke toteutetaan yhteistyössä Lapin sairaanhoitopiirin ja Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen kanssa. Lapin sairaanhoitopiiri on sitoutunut hankkeeseen ja osallistunut hankkeen suunnitteluun. Hankkeen kustannusarvio on 498 000 euroa, josta kuntien osuus on 166 000 euroa (Posio 3.10.2005). Hanke alkoi syyskuussa 2005 ja jatkuu vuoden 2007 loppuun ja hanketta hallinnoi Rovaniemen kaupunki (Mielenterveys- ja päihdetyön... 22.2.2005).

## Pohjanmaa-hanke

Pohjanmaa-hanke on Vaasan sairaanhoitopiirin, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin sekä sosiaalialan osaamiskeskus SONet Botnian monitahoinen, pitkäjänteinen ja laaja mielenterveys- ja päihdetyön hanke. Pohjanmaa-hanke perustuu eri toimijoiden yhteistyöhön ja kattaa alueen koko väestön: lapset, nuoret, työikäiset ja vanhukset. Hankkeen toteuttamiseen osallistuvat julkisen hallinnon eri hallinnonalat, järjestöt, yksityiset palveluntuottajat, seurakunnat, aihealueella kehittämistyötä tekevät muut hankkeet ja kansalaiset. Lisäksi yhteistyökumppaneina ovat STM, Stakes, Työterveyslaitos sekä järjestöjä ja SONet Botnian perustajakunnat, Kokkolan, Seinäjoen ja Vaasan kaupungit. (Pohjanmaa-hanke: mielenterveystyön... 26.9.2005.)

Pohjanmaa-hankkeessa keskeisellä sijalla ovat mielenterveyttä edistävien ja häiriöitä ehkäisevien toimintojen kehittäminen. Hankkeessa on tavoitteena kehittää sekä mielenterveys- ja päihdeongelmien varhaista havaitsemista että palveluita. Hankkeen toiminta-alueet ovat laajoja ja toteutus on suunniteltu pitkälle aikavälille. Hankkeen yhtenä tehtävänä on kiinteyttää monin tavoin sektoroitunutta palvelujärjestelmää, uudistaa toimintarakenteita ja kehittää uusia toimintamenetelmiä. Erityisen tärkeinä hankkeessa nähdään peruspalveluiden osuuden vahvistaminen ja erikois-/erityispalvelujen vähentäminen hoitojärjestelmässä. (Pohjanmaa-hanke: mielenterveystyön... 26.9.2005.)

Pohjanmaa-hanke nähdään pysyviin muutoksiin tähtäävänä, vakavaan kansanterveysongelmaan puuttuvana sekä väestön terveyttä ja hyvinvointia lisäävänä haasteellisena kehittämissankkeena. Rahoituspohjana hankkeessa on sosiaali- ja terveysministeriön vuosiksi 2005–2007 myöntämää kehittämisrahaa, joka kattaa 35 prosenttia (900 000 €) kokonaisrahoituksesta. Sairaanhoitopiirit panostavat hankkeeseen vastaavana aikana noin 1,4 miljoonaa euroa. (Pohjanmaa-hanke: mielenterveystyön... 26.9.2005.)

## Sateenvarjo-projekti

Sateenvarjo-projekti on Vantaan, Keravan sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Peijaksen sairaalan psykiatrian osaston yhteishanke. Peijaksen alueella on toteutettu monia tutkimus- ja kehittämishankkeita. Sateenvarjo-projektin tarkoituksena on yhdistää aikaisempien hankkeiden tulokset toimivaksi kokonaisuudeksi. Hanke koostuu useasta osahankkeesta, joista yksi on päihdehuollon kehittämissankkei. Kokonaissuunnitelma kattaa lasten, nuorten, aikuisten ja vanhusten mielenterveys- ja päihdepalvelut. (Sateenvarjo-projektin hankesuunnitelma.)



Sateenvarjo-projektin keskeiset painopisteet ovat häiriöiden ehkäisy ja ongelmien varhainen toteaminen, henkilöstökoulutus (esim. neuvoloiden työntekijöille, ryhmäohjaajakoulutus), seurantajärjestelmän kehittäminen, hoidon ja kuntoutuksen moniammatilliset yhteistyömallit ja vaikuttavuustutkimus (vertaileva tutkimus esim. perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä masennuskohortin avulla). Hankkeen painopiste on perustason työn ja osaamisen kehittämisessä. (Vuorilehto, Maria 3.10.2005.)

## Muut valtionavustusta vuonna 2005 saaneet päihdehankkeet

Valtakunnallisten osahankkeiden lisäksi sosiaalipalveluja uudistetaan kuntien ja kuntayhtymien kehittämishankkeissa, joita tuetaan valtionavustuksin. Kunnat voivat saada valtionavustusta palvelujen kehittämistä ja tehostamista sekä toimintatapojen uudistamista toteuttaviin hankkeisiin. Avustus voi olla enimmillään 75 prosenttia hankkeen valtionavustukseen oikeuttavista kokonaiskustannuksista ja sitä voidaan myöntää enintään kolmeksi vuodeksi. Valtionavustuksen määrä voi olla enintään 50 prosenttia, jos hakijana on sairaanhoitopiiri. (Hakijan opas 2005, 36.) Vuosina 2004–2007 sosiaalialan kehittämishankkeen mukaisiin kuntien ja kuntayhtymien kehittämishankkeisiin myönnetään valtionavustuksina yhteensä yli 82 miljoonaa euroa (Kuntien kehittämishankkeita tuetaan...).

Vuosina 2003–2006 rahoitetuista hankkeista löytyy tietoa aihealueittain STM:n [www](http://www.stm.fi)-sivulta (ks. sosiaali- ja terveyshankkeiden mukaiset..., 2006). Rahoitettuja päihde- ja mielenterveyspalvelujen kehittämishankkeita on listalla noin 60, joista noin puolet painottuu mielenterveyspalveluihin, kolmannes päihdepalveluihin ja loput mielenterveys- ja päihdepalveluihin yhdessä.

# Päihdepalvelujärjestelmän kehittäminen

Päihteet koskettavat suomalaisten elämää arkipäivän tasolla hyvin monella tavoin. Alkoholi on suomalaisten pääpäihde. Lähes kaikki suomalaiset käyttävät jossain määrin alkoholia; vain seitsemän prosenttia 15–69-vuotiaista aikuisista oli kokonaan raittiita vuonna 2004. Huumeiden osalta 1990-luvulla tapahtunut huumeiden käytön kasvu näyttää tasaantuneen 2000-luvulla ja huumeiden käyttö on edelleen melko harvinaista suomalaisten keskuudessa. Huumeiden käyttäjien hoitoa myös tehostettiin 2000-luvun alussa huumeiden käytössä tapahtuneiden muutosten vuoksi. Tällä hetkellä erityisesti alkoholin viime vuosina voimakkaasti lisääntynyt kulutus luo paineita päihdepalveluiden kehittämiseksi ja lisäämiseksi. Kunta- ja palvelurakenneuudistus puolestaan painottaa päihdepalveluiden seudullista kehittämistä.

## Päihteet osana kuntien ja seutukuntien hyvinvointikysymystä

Päihteisiin liittyvät kysymykset tulee ottaa huomioon kunnassa keskeisenä, kunnan kaikkia toimialoja läpileikkaavana ja kokonaisvaltaisena hyvinvointikysymyksenä. Alkoholista aiheutuu monenlaista terveydellistä ja sosiaalista haittaa niin alkoholin käyttäjälle itselleen kuin hänen läheisilleen ja lähiyhteisölle. Huumeiden käyttöön liittyy myös niiden käytön rangaistavuus, joka usein vaikeuttaa huumeongelmista selviytymistä. Usein päihdeongelmiin liittyy lisäksi mielen-terveysongelmia ja monitahoista sosiaalista huono-osaisuutta, kuten työttömyyttä, yksinäisyyttä ja asumisen epävakaisuutta. Päihdetyön kehittämisessä laajan näkökulman antaa myös elinkaarinäkökulma, jonka mukaan päihteet koskettavat ihmisiä syntymättömästä lapsesta vanhuuteen saakka. Kaikki nämä seikat asettavat erityisvaatimuksia ehkäisevän päihdetyön ja päihteisiin liittyvien palveluiden järjestämiselle.

Kunnan tehtävänä on kuntalaisten hyvinvoinnin edellytyksistä huolehtiminen, ei ainoastaan palvelujen tuottaminen. Tästä tehtävästä huolehtiminen on niin sosiaali- ja terveystalouden kuin muidenkin kunnan toimialueiden (koulu- ja nuorisotoimen, kulttuuri-, urheilu- ja vapaa-aikatoimen, yhdyskuntasuunnittelun yms.) yhteinen vastuu.

Kuntalaisten mukanaolo erilaisissa yhdistyksissä, kansalaisjärjestöissä ja seurakunnissa tuottaa osaltaan hyvinvointia. Monialainen yhteistyö on tärkeää erityisesti sosiaalisten ongelmien ehkäisyssä; niistä moniin kytkeytyvät myös päihteet. Järjestöillä on myös merkittävä rooli joidenkin erityisryhmien palveluiden kehittäjinä ja tuottajina. Lisäksi järjestöjen vapaaehtoistyöllä ja vertaistyöllä on tärkeä rooli päihdepalvelujen rinnalla päihdeongelmaisten kuntoutumisessa. Päihdetyön tulee perustua laaja-alaiseen, yhteisölliseen lähestymistapaan päihteisiin liittyvien ongelmien rajaamiseksi. Tarvitaan paikallista ja seudullista hyvinvointipolitiikkaa, joka perustuu paikallisten olojen tuntemiseen ja ihmisten kokonaisvaltaiseen tukemiseen heidän omissa asuinympäristöissään.

## Päihdepalveluiden järjestämisen lähtökohdat

### *Lakiperusteisia lähtökohtia*

Perustuslaissa on määritelty julkisen vallan tehtäviksi muun muassa väestön terveyden edistäminen ja jokaiselle riittävien sosiaali- ja terveystalouden palvelujen tuottaminen. Päihteiden käytön ehkäiseminen, päihteistä aiheutuvien haittojen rajoittaminen ja päihdeongelmien hoitaminen kuuluvat kunnan harjoittaman sosiaali- ja terveystalouden keskeisiin alueisiin.

Päihdepalveluiden järjestämisen lähtökohtana on päihdehuoltolaki. Päihdehuoltolain mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan kunnassa ilmenevän tarpeen mukaan. Päihdepalveluiden lähtökohtana tulee olla asiakkaan ja hänen läheistensä hoidon tarve. Päihdepalveluiden järjestämisen tulee perustua monipuoliseen päihteiden käytön ja päihdepalveluiden tilanteen säännölliseen arvioon. Tarpeeseen perustuva päihdepalvelujen järjestämisvelvoite on kuitenkin jossain määrin tulkinnallinen kysymys, minkä vuoksi jatkossa on arvioitava, tuleeko päihdehuoltolakia tämentää tältä osin.

Päihdehuoltolain mukaan päihdepalveluiden tavoitteena on ehkäistä ja vähentää alkoholin, huumeiden ja muiden päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Lain mukaan päihdepalveluja on järjestettävä sekä yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kehittämällä että päihdehuollon erityispalveluina. Laissa oleva toteamus siitä, että palvelut tulee järjestää ensisijaisesti avoimuuden palveluina, joihin voi hakeutua oma-aloitteisesti, on edelleen keskeinen lähtökohta. Laissa oleva sosiaalityön alueeseen kuuluva painotus päihdepalveluiden yhteydessä annettavasta avusta toimeentuloon, asumiseen ja työhön liittyvien ongelmien ratkaisemisesta on myös edelleen hyvin relevantti ja päihdeongelmaisten syrjäytymisen lisääntyessä entistä ajankohtaisempi päihdepalveluiden tehtäväalue. Päihdehoidon arvioidaan olevan aina kannattavampaa kuin hoidotta jättäminen. Päihdehoito on taloudellisesti, sosiaalisesti ja inhimillisesti kannattavaa, vaikka välittömänä lopputuloksena ei olisi raittius tai raitis kausi. Päihdeongelmista selviytymistä on arvioitava pikemminkin pitkäaikaisena prosessina, kuin yksittäisen hoitomuodon tai hoitajakson kertaluontoisena seurauksena.

### *Palveluiden tavoitettavuuteen liittyviä lähtökohtia*

Päihdepalveluiden lähtökohtana tulee olla asiakkaan tai hänen läheistensä tarve. Asiakkaalla on oikeus laadukkaisiin ja vaikuttaviin päihdepalveluihin. Yksi hoidon vaikuttavuuden välttämätön edellytys on oikea-aikainen hoitoon pääsy. Päihdehoidon saamiseen liittyy tällä hetkellä monia kynnyksiä. Päihdehuollon erityispalvelut keskittyvät suuremmille, yli 20 000 asukkaan paikkakunnille, jolloin kulkuyhteydet, yksiköiden aukioloajat tai matkoihin liittyvät kustannukset saattavat muodostua suuriksi esteiksi kauempaa tuleville asiakkaille. Lisäksi päihdepalveluiden tarjonta perustuu lisääntyvästi ajanvarauksiin ja päihdehoitojärjestelmässä on nähtävissä asiakkaiden valikointia, muun muassa päihtyneinä asioivien torjuntaa. Jotkut hoitomuodot, kuten opiaattiriippuvaisten korvaushoito, edellyttävät usein pitkää ja monivaiheista arviointivaihetta, johon kaikkein vaikeimmissa tilanteissa olevat, hyvin pitkään opiaattiriippuvuudesta kärsineet ihmiset eivät kykene sitoutumaan. Päihdehoito voi jäädä kokonaan toteutumatta myös maksusitoumuksen saamisen vaikeuden vuoksi. Henkilökunnan kielteinen suhtautuminen päihdeongelmaisiin voi toimia myös yhtenä hoidon saamisen huomattavana esteenä.

Palveluiden tavoitettavuudelle on siis olemassa lukuisia esteitä, jotka tulee poistaa. Päihdepalveluiden esteitä onkin onnistuttu viime vuosina jossain määrin vähentämään. Päihdepalveluiden piirissä on viime vuosina kehitetty erityisryhmiä varten mahdollisimman matalakynnyksisiä palveluja. Esimerkkinä tällaisista palveluista ovat huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteet, joihin ei tarvita ajanvarausta tai lähetettä. Terveysneuvontapisteissä voi asioida anonymisti ja myös päihtyneenä asiointi on mahdollista, eikä asiakkaalta lähtökohtaisesti edellytetä raitistumista. Päihdeongelmaisten palveluiden hoitokynnyksen poistamisessa on kuitenkin vielä paljon kehitettävää.

Päihdepalvelujen rakenteen uudistamisen yhteydessä tulee kiinnittää huomiota erityisesti vaikeimmissa tilanteissa olevien päihdeongelmaisten hoitoon pääsyn varmistamiseen muun muassa jalkautuvan päihdetyön muotoja sekä peruspalvelujen ja erityispalveluiden yhteistyömuotoja kehittämällä. Myös huono-osaisuuteen liittyviä palveluja tulee lisätä lähipalveluina

palvelurakennemuutosten yhteydessä. Monet huono-osaisuuteen liittyviä palveluja käyttävät krooniset, päihteitä jatkuvasti käyttävät asiakkaat ovat voineet kokea terveydenhuollon palveluissa torjumista. Terveydenhuollon palvelujen tarjoaminen huono-osaisuuteen liittyvien palvelujen yhteydessä, kuten ensisuojuissa, voisi olla eräs vaihtoehto pitkäaikaisten, vaikeasti päihdeongelmilla oirehtivien asiakkaiden tilanteen kohentamiseksi.

### *Päihdepalveluiden koordinoinnin ja yhteistyön lähtökohtia*

Palvelurakennemuutoksessa on huomioitava se, että päihdepalvelujen järjestämisen lisäksi kunnan tulee vastata päihteiden käyttöön liittyvästä laaja-alaisesta ehkäisevästä työstä. Ehkäisevää ja korjaavaa päihdetyötä tulee kehittää koordinoitusti, molempien tuottamaa tietoa ja kokemusta hyödyntäen. Ehkäisevä ja korjaava päihdetyö muodostavat jatkumon, jossa erityisesti riskiryhmiin ja päihdehaittojen ehkäisyyn kohdistuva työ ovat yhteistä toiminta-aluetta. Korjaavan työn ammatillista asiantuntemusta päihdeongelmien kehittymisestä voitaisiin hyödyntää nykyistä enemmän ehkäisevässä päihdetyössä. Ehkäisevän päihdetyön riskiryhmiin kohdistuvan työn asiantuntemusta voitaisiin myös hyödyntää nykyistä enemmän esimerkiksi päihteiden käytön haittojen vähentämiseen tähtäävissä palveluissa päihteitä ja niiden riskejä koskevan tiedon välittämisen kehittämisessä.

Päihdeongelmien monimuotoisuus edellyttää sitä, että päihdeongelmia hoidetaan monialaisella terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyöllä. Päihdeongelman tarkastelu ensisijaisesti riippuvuusongelmana voi kapeuttaa ongelmaan tarjottavat ratkaisut terapeuttiin, terveydenhuollon orientaatioon pohjautuviin hoitomuotoihin. Terveydenhuollolla on suuri vastuu muun muassa päihteisiin liittyvien akuuttien, terveydellisten ongelmien, samanaikaisten mielenterveys- ja päihdeongelmien ja myös lääkehoitoon liittyvien hoitomuotojen tarjoajana. Usein päihdeongelmiin yhdistyvät kuitenkin työhön, opiskeluun, toimeentuloon, asumiseen ja yleiseen syrjäytyneisyyteen liittyvät ongelmat, jotka painottavat erityisesti sosiaalityön erityisosaamiseen kuuluvaa, arkielämään liittyvän tuen tarvetta.

Kunnan tulee varmistaa monimuotoisella, oikea-aikaisella ja matalan kynnyksen periaatteella tarjottavalla palvelutarjonnalla erilaisten päihdeongelmaisten erilaisiin tarpeisiin perustuva hoito. Palvelut tulee porrastaa useammalle alueelliselle tasolle. Samalla tulee huolehtia lähipalveluiden riittävän laaja-alaisesta ja kattavasta toteuttamisesta, usein eri tahoilla toteutettavien hoitojen tarkoituksenmukaisesta koordinoinnista ja hoidon jatkuvuudesta palveluohjauksen avulla.

Päihdepalveluiden osalta kiinteää yhteistyötä tulee tehdä mielenterveyspalveluiden kanssa erityisesti mielenterveys- ja päihdeongelmista samanaikaisesti kärsivien henkilöiden laadukkaana palvelukokonaisuuden varmistamiseksi. Tässä palveluiden järjestämistä ohjaavana välineenä voivat toimia hyvinvointistrategiat, joiden osina ovat seudulliset päihde- ja mielenterveysstrategiat. Päihdestrategia tulee laatia yhteistyössä seudun sosiaali- ja terveyspalvelujen viranomaistahojen, koulu- ja nuorisotoimen, kulttuuri-, urheilu- ja vapaa-ajantoinen ja yhdyskuntasuunnittelun edustajien kanssa. Myös kunnallisen/seudullisen demokraattisen päätöksenteon edustuksen tulee olla mukana. Julkisen vallan edustajien lisäksi mukaan tulee kytkeä esimerkiksi järjestöt, yhdistykset, seurakunnat ja elinkeinoelämätoiminta. Hyvinvointistrategia tulee hyväksyttävä kunnallisen demokratian mukaisessa päätöksenteossa.

Seudun päihdetyön kokonaiskoordinoinnista tulee vastata yhden tahon, jolla tulee olla poikihallinnollinen mandaatti. Taustatoimijana ja tukena voi olla seudullinen moniammatillinen työryhmä. Moniammatillisessa työryhmässä tulee olla sekä ehkäisevän että korjaavan päihdetyön asiantuntijoiden lisäksi myös muun muassa mielenterveystyön ja perhetyön asiantuntijuutta. Päihdetyöstä vastaavan tahon tulee vastata seudullisen ehkäisevän työn ja päihdepalveluiden kokonaissuunnitelmasta, täydennyskoulutuksesta ja kehittämishankkeista. Päihdepalveluiden koordinoinnissa tulee ottaa huomioon se, että usein monista ongelmista samanaikaisesti kärsiville

päihdeongelmallisille tarkoitettut palvelut soveltuvat huonosti tavaratuotannon logiikalla toimivaan, yksittäisiksi suoritteiksi tai tuotteiksi pirstaloituvaan tilaaja–tuottajamalliin. Suoritepohjaisen päihdepalveluiden tuottamisen sijaan voidaan käyttää joustavampaa palveluiden käyttöä mahdollistavaa rahoitustapaa, kuten väestöpohjaista rahoitusta.

Vuonna 2002 julkaistut Päihdepalveluiden laatusuosituksot toimivat hyvänä ohjenuorana palveluiden rakenteeseen liittyvissä muutoksissa. Ne toimivat myös pohjana palveluiden laadun arvioinnille palveluiden tuotteistamisen yhteydessä. Vuonna 2002 julkaistut Päihdepalveluiden laatusuosituksot antavat päihdepalveluille yleiset, paikallisesti sovellettavat suuntaviivat. Alkuvuodesta 2006 julkaistut Ehkäisevän päihdetyön laatuksiteerit soveltuvat hyödynnettäviksi sekä ehkäisevässä että myös korjaavassa päihdetyössä.

## Päihdetyö sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa

Päihdehuollon palveluja annetaan sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa avopalveluina terveyskeskuksissa, sosiaalitoimistoissa, mielenterveystoimistoissa, työterveyshuollossa, oppilasterveydenhuollossa ja päiväkeskuksissa ja laitoshoidona erikoissairaanhoidossa sairaaloiden vuodeosastoilla sekä psykiatrisilla osastoilla. Lähipalveluina tuotettavien peruspalveluiden, erityisesti terveyskeskusten, tehtävänä on

- päihteiden käytön ja siihen liittyvien ongelmien tunnistaminen
- päihteiden käytön puheeksi ottaminen
- varhaisvaiheen alkoholin käyttöön liittyvien ongelmien vähentäminen mini-intervention keinoin,
- akuuttien tarpeiden hoitaminen (mm. akuutit somaattiset ongelmat, katkaisuhoido)
- päihdeongelmien monipuolinen arviointi
- tarkoituksenmukaisen jatkohoidon suunnittelu
- osallistuminen pitkäaikaisen päihdeongelman jatkohoitoon

Terveyskeskusten ja sosiaalitoimien lisäksi päihdetyötä tulee tehdä myös muissa peruspalveluissa. Neuvolan tulee huolehtia päihteitä käyttävien ja raskaana olevien naisten sekä päihteitä käyttävien äitien tunnistamisesta ja tukemisesta sekä tarvittaessa päihdehoitoon ohjaamisesta. Päivähoidossa tulee tunnistaa mahdollisesti päihteitä käyttävien vanhempien lasten ongelmia ja puuttua tarvittaessa tilanteeseen. Koulu-, nuoriso- ja vapaa-ajantoimessa tulee kehittää työmenetelmiä koululaisten ja nuorten päihteiden käyttöön vaikuttamiseksi ja tarvittaessa hoitoon ohjaamiseksi. Koulujen ja oppilaitosten oppilas- ja opiskelijahuollon tulee muodostaa lasten ja nuorten kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin, turvallisuuden edistämisen ja huolenpidon kokonaisuus. Koulussa tulisi myös kehittää työmuotoja päihteitä käyttävien vanhempien lasten tasapainoisen kehityksen tukemiseksi. Työterveyshuollolla on suuri vastuu työikäisten päihteiden käyttöön vaikuttamisessa ja ongelmien tunnistamisessa. Työelämän ulkopuolella olevien työttömien terveydenhuoltoa tulisi kehittää terveyskeskuksissa työttömyyteen kytkeytyvien terveydellisten ja sosiaalisten ongelmien rajoittamiseksi; yhtenä ongelmana voivat olla päihteet. Kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa tärkeänä kehittämisen alueena ovat ikääntyvien päihdepalvelut. Päihdetyö koskettaa jollakin tavalla kunnan kaikkia peruspalvelujen aloja.

Päihdeongelmaisten monimuotoiset ongelmat tulevat usein puutteellisesti huomioiduiksi peruspalveluiden, kuten akuutin sairaanhoidon, toimintaympäristössä. Usein puututaan vain akuuttiin somaattiseen ongelmaan, arvioimatta päihdeongelmaisen tilannetta kokonaisvaltaisesti. Peruspalveluiden osaamista tulee vahvasti lisätä, jotta peruspalvelut pystyisivät vastaamaan päihdeongelmaisten lähipalveluista. Peruspalveluissa on myös asenteellista vastustusta päihdeongelmaisten peruspalveluissa toteutettavaa hoitoa kohtaan. Vaikka päihdetapauslaskennan viime laskentojen mukaan päihde-ehtoisen asioinnin osuus peruspalveluissa on vähentynyt ja

päihdehuollon erityispalveluissa asioinnin osuus on kasvanut, kuitenkin erityisesti vanhemmat, pääasiassa alkoholia käyttävät yli 50-vuotiaat päihdeasiakkaat näyttävät olevan lisääntyvästi somaattisen sairaanhoidon piirissä.

Lähipalveluina järjestettävä hoito tulee järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa yhteistyössä seudullisesti järjestettyjen päihdehuollon erityispalveluiden kanssa. Tässä voidaan käyttää esimerkiksi jalkautuvan päihdetyön työmallia. Jalkautuvan päihdetyön avulla on mahdollista toteuttaa päihdetyön lähipalveluperiaatetta. Työmuoto toimii sekä nykyisissä pienissä kunnissa että mahdollisesti tulevaisuudessa suurten kuntien kuntakeskusten ulkopuolella melko vähäisin kustannuksin, mutta tehokkaasti ja matalan kynnyksen periaatteella. Toisena peruspalveluissa kehitettävänä työmuotona on huumeiden käyttäjien terveysneuvontatoiminnan ja pistosvälineiden vaihdon järjestäminen. Tartuntatautilaki ja -asetus määrittelevät toiminnan terveyskeskuksen vastuualueeksi.

## Päihdehuollon erityispalvelut

Päihdehuollon erityispalveluja järjestetään nykyisin suuremmilla paikkakunnilla avopalveluina A-klinikoilla ja nuorisoasemilla ja laitospalveluina katkaisuhuolto- sekä kuntoutusyksiköissä. Asumispalveluita järjestetään sekä sosiaalihuollon yleisinä palveluina että päihdehuollon palveluihin kuuluvissa hoito- ja huoltokodeissa. Päihdehuollon erityispalvelujen tehtävinä ovat muun muassa

- asiakkaan päihdeongelman ja hoidontarpeen arviointi
- katkaisu- ja kuntoutushoito
- muuhun tarkoituksenmukaiseen hoitoon ohjaus
- neuvonta
- terapeuttinen avohoito
- jälkiseuranta
- erikoistuneet asumispalvelut ja päiväkeskustoiminta.

Päihdehuollon erityispalvelut tulee tuottaa seudullisina ja alueellisina, hoidon vaativuuden mukaan porrastettuina palveluina. Suuremmilla paikkakunnilla nykyisen tapaisia A-klinikoiden, nuorisoasemien, katkaisu- ja kuntoutusyksiköiden tuottamia päihdehuollon erityispalveluita voidaan tarjota seudullisesti lähipalveluperiaatteella samalla paikkakunnalla. Päihdehuollon erityisosaamista tulee kuitenkin tarjota nykyistä enemmän myös pienemmillä paikkakunnilla mahdollisimman lähellä asiakkaan asuinalueella lähipalveluperiaatella peruspalveluiden ja päihdehuollon erityispalveluiden yhteistyönä. Myös päiväkeskustoiminnan ja matalakynnyksisten palveluiden tarjonta tulee toteutua lähipalveluperiaatteella.

Palvelurakenteen uudistamisessa on huomioitava tämän lisäksi asiakkaan lähellä yhden oven periaatteella toteutettavien palveluiden tarve. Osa vaikeasti päihdeongelmallisista ei hakeudu itse palveluihin, vaan heidän tavoittamisensa edellyttää palvelujen viemistä asiakkaan lähelle mahdollisimman matalakynnyksisessä muodossa. Tällaisia ryhmiä ovat muun muassa pitkäaikaisen, päihdehuollon erityispalveluiden osaamista edellyttävän avohoidon tarpeessa olevat mielenterveys- ja päihdeongelmaiset asiakkaat, syrjäytyneet päihdeongelmaiset ja päihteitä runsaammin käyttävät vanhuksat. Näiden ryhmien kohdalla voidaan tarvita asiakkaan koti- tai asuinympäristöön vietäviä palveluja, kuten kotipalvelun kanssa yhteistyössä toteutettavia päihdehuollon erityispalveluja. Työ vaatii toisaalta erityisosaamista, mutta toisaalta myös hyvää paikallistuntemusta niin päihdeongelmaisten tilanteen kuin myös läheltä saatavien peruspalveluiden osalta. Edellä esitelty jalkautuvan päihdetyön malli tarjoaa tähän sovellettavan mallin.

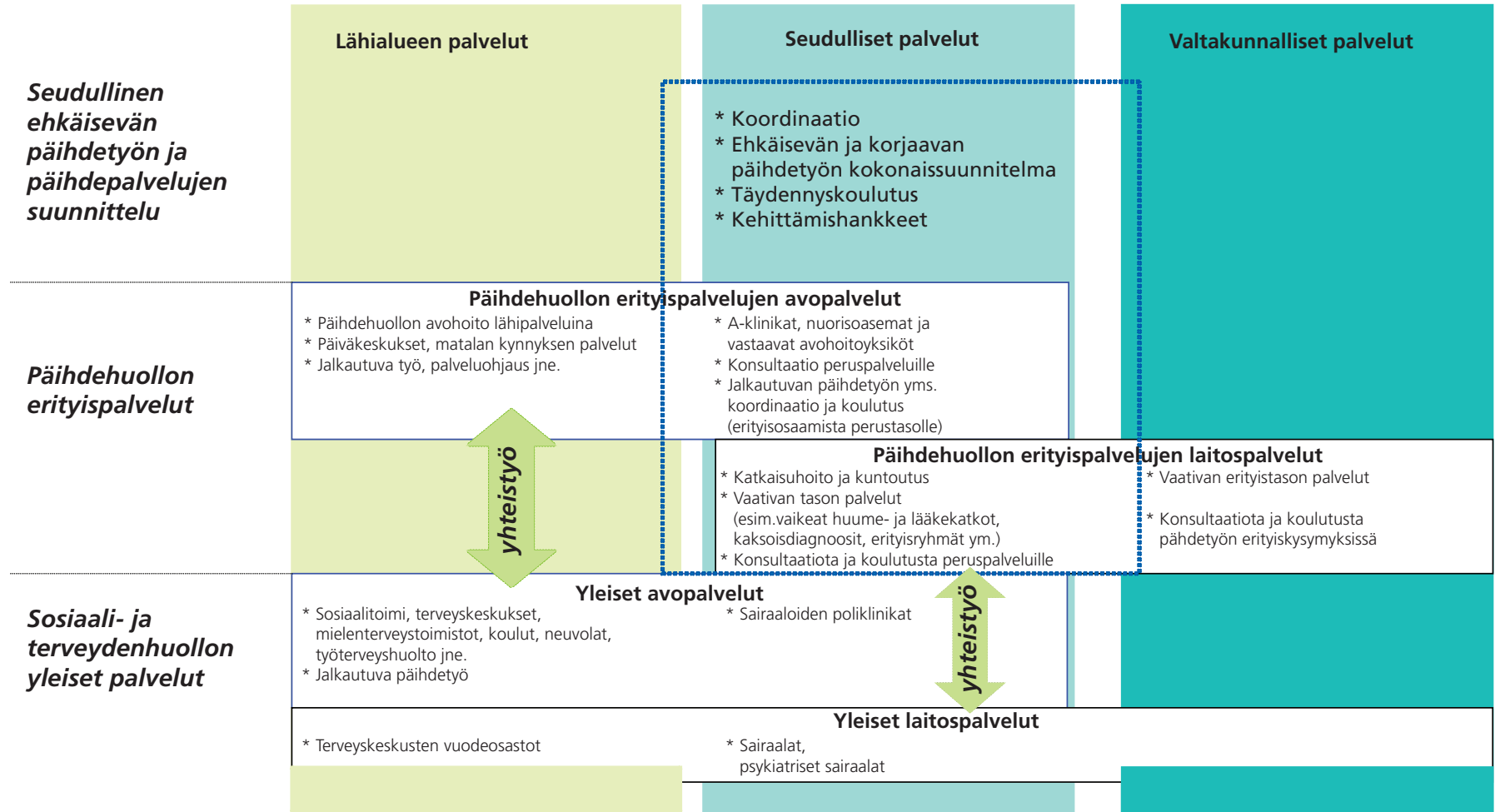
Yhtenä työn tehostamistapana moniongelmaisten päihteiden käyttäjien hoidon osalta on palveluohjaus. Hoitojatkumojen katkeamaton toteuttaminen edellyttää hyvää yhteistyötä eri tasoilla järjestettävien palvelujen kesken. Tärkeää on, että vaikeusasteeltaan eritasoiset päihdeongelmat hoidetaan tarpeen kannalta oikeassa paikassa oikea-aikaisesti, esimerkiksi vaikeat vieroitusoireet hoidetaan akuutissa laitostarkkaisuhoitossa, ei avokatkaisuna. Olennaista on löytää kunkin asiakkaan tilanteeseen oikea hoitovaihtoehto tai hoitovaihtoehtojen kokonaisuus.

Seudullisesti ja alueellisesti tuotettavien päihdehuollon erityispalvelujen lisäksi tarvitaan seudullisia/alueellisia vaativan tason ja vaativan erityistason päihdepalveluita. Päihdehuollon erityispalveluiden vaativan tason erityiskysymyksiä ovat muun muassa mielenterveys- ja päihdeongelmista samanaikaisesti kärsivien asiakkaiden avo- ja laitoshoidon tarkoituksenmukainen järjestäminen, raskaana olevien ja päihteitä käyttävien naisten hoidon järjestäminen ja opiaattiriippuvaisten lääkkeellisen hoidon arviointi. Myös vankilasta vapautuvien vankien jatkohoidon sekä lähitulevaisuudessa mahdollisesti toteutuvan koevapauden ja sopimushoidon järjestäminen sekä tahdosta riippumattoman hoidon järjestelyt ovat vaativan tason erityiskysymyksiä. Samanaikaisten päihde- ja mielenterveysongelmien arviointi edellyttää päihdetyön ja mielenterveystyön osaamisen yhdistämistä alueellisella tasolla esimerkiksi päihde- ja mielenterveyskysymyksiin erikoistuneiden konsultoivien tiimien tai työparien muodossa. Mikäli asiakas palaa toistuvasti päihdehuollon erityispalveluihin tai peruspalveluihin epäonnistuneiden hoitoyritysten jälkeen, asiakkaan tilannetta voitaisiin käsitellä tällaisessa tiimissä. Asiakas ohjattaisiin tiimin arviointiin ja tehtäisiin hoitosuunnitelma yhteistyössä asiakkaan, tiimin ja päihdehuollon erityispalveluiden edustajan kanssa.

Kuviossa 1 hahmotellaan ehkäisevän päihdetyön ja päihdepalvelujen koordinoinnin ja suunnittelun, sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen sekä päihdehuollon erityispalvelujen sijoittumista lähialueella, seutukunnallisesti ja valtakunnallisesti.



Kuvio 1: Päihdepalvelujen ja palvelujen koordinaation järjestäminen lähipalveluina, seudullisesti ja valtakunnallisesti



## Lähteet

- Alkoholiohjelma 2004–2007. Yhteistyön lähtökohdat 2004 (2004). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004: 7. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit. Työryhmämuistio 25.1.2006. Stakes, Työpapereita 3/2006. Helsinki
- Eskelinen, Ossi (2003). Tie muutokseen. Tikas-ohjelma. Kolmen kunnan päihdetyön kehittämissankkeille vuosilta 1999–2002. Ventuskartano ry., Hämeenkyrö, Ikaalinen ja Viljakkala. Tampere.
- Hakijan opas. Valtionavustuksen hakeminen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissankkeille vuosina 2005–2007 (2005). Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005: 15. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Hakkarainen, Pekka & Metso, Leena (2003). Huumeiden käytön uusi sukupolvi. Yhteiskuntapolitiikka 68 (2003): 3, 244–256.
- Hakkarainen, Pekka & Metso, Leena (2005). Märkä pilvi ja vuosi 2004. Yhteiskuntapolitiikka 70 (2005): 3, 252–265.
- Hakkarainen, Pekka & Tigersted, Cristoffer (2005). Korvaushoidon läpimurto Suomessa. Yhteiskuntapolitiikka 70 (2005): 2, 143–154.
- Hankintalakiyöryhmän muistio (2004). Julkisista hankinnoista annetun lain (1505/1992) kokonaisuudistusta valmistelleen työryhmän muistio 15.11.2004. KTM:n julkaisuja 36/2004. Helsinki: Kauppa- ja teollisuusministeriö.
- Huotari, Anne (2005). Maakunnalliset hyvinvointipalvelut käytännössä. Sosiaali- ja terveysturvan päivät Jyväskylässä 10.–12.8.2005, kansanedustajan puheenvuoro.
- Hämäläinen, Laura; Opari, Päivi; Partanen, Airi; Peltovuoma, Sami; Tella, Marjo & Varamäki, Ritva (2005). Päihdebarometri 2005. Ajankohtaishakemisto kuntien ja järjestöjen päihdetilanteeseen. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 2005: 8. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus.
- Inkeroinen, Tiia; Maila, Reijo & Mäkelä, Matti (2005). Reitit selviksi 2003–2005. Hämeen päihdehuollon kuntayhtymän palvelujen kehittämissanke. Loppuraportti. Lammi.
- Itä-Suomen läänin peruspalvelujen tila 2004 (2005). Itä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja nro 104. Mikkeli: Itä-Suomen lääninhallitus, 67–84.
- Janhunen, Anne (2004). Kuopion seudun uusi päihdepalvelusäätiö. Ystävien kesken. Raittiuuden Ystävien ja sen jäsenliittojen tiedotuslehti 4/2004, 14.
- Kaukonen, Olavi (2005). Torjunta vai poisto? Päihdepalvelujen kehitys laman jälkeen. Yhteiskuntapolitiikka 70 (2005): 3, 311–322.
- Kaukonen, Olavi (2002). Päihdepalvelupolitiikka ja hyvinvointivaltion muutos. Teoksessa Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka (toim.) Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 137–166.
- Kaukonen, Olavi & Mäki, Jukka (1996). Rakennemuutos vai sopeutus? Teoksessa Viialainen, Riitta & Lehto, Juhani (toim.) Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitospalvelujen vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Raportteja 192. Helsinki: STM ja Stakes, 101–121.
- Kirvelä, Torsti & Möttönen, Sakari (2004). Uusia näkemyksiä kuntien strategiseen suunnitteluun – rationaalisesta strategiasta verkostostrategiaan. Teoksessa Majoinen, Kaija, Mäki, Janne & Tammi, Terhi (toim.) Seutujohtamisen vaihtoehdot. Acta nro 163. Helsinki: Sisäasiainministeriö ja Suomen Kuntaliitto, 142–153.
- Klingeman, Harald; Takala, Jukka-Pekka & Hunt, Geoffrey (eds.) (1992). Cure, Care, or Control. Alcoholism treatment in sixteen countries. Albany: State University of New York Press.
- Laatututketa tavoittelemassa. Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit (2006). Helsinki: Stakes.
- Lapin läänin peruspalvelujen arviointiraportti 2004 (2005). Lapin lääninhallituksen julkaisusarja 2005: 1. Rovaniemi: Lapin lääninhallitus, 96–107.
- Leinikki, Pauli & Partanen, Airi (2005). Terveystieteiden tutkimuskeskuksen päihdehuollon vähentämisessä. Kansanterveys. Kansanterveyslaitoksen tiedotuslehti 4/2005, 15–17.
- Lääninhallitusten keskeiset arviot peruspalvelujen tilasta 2004. Lääninhallitusten suorittama toimialansa peruspalvelujen arviointi (2005). Sisäasiainministeriön julkaisuja 19/2005. Helsinki: Sisäasiainministeriö, 115–132.
- Makkonen, Teija (2005). Katko edellyttää jatkoa. Katkaisu- ja vieroitushoidon kehittäminen palvelutarpeen arvioinnin pohjalta. Päihdepalvelujen kehittämissanke. Sosiaalialan kehittämissanke, STM.
- Mustonen, Heli; Mäkelä, Pia; Huhtanen, Petri; Metso, Leena & Raitasalo, Kirsimarja (2005). Alkoholia ostetaan ja tuodaan enemmän kuin koskaan. Mihin se katoaa? Yhteiskuntapolitiikka 70 (2005): 3, 239–251.
- Mäkelä, Matti; Nieminen, Jarmo & Törmä, Sinikka (2005). Hoito- ja palvelujärjestelmän kynnökset päihdeongelman kannalta. Sosiaalialan kehittämissanke, STM.
- Mäkelä, Rauno (2003). Alkoholiriippuvuus ja muu psyykinen sairastavuus. Teoksessa Salaspuro, Mikko, Kiiänmaa, Kalervo & Seppä, Kaija (toim.) Päihdelääketiede. 2., uudistettu painos. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim, 183–191.
- Möttönen, Sakari & Niemelä, Jorma (2005). Kunta ja kolmas sektori. Yhteistyön uudet muodot. Keuruu: PS-kustannus.
- Nissinen, Ritva (2005). Lääninhallitukset ja päihdepalvelujen ohjaus ja valvonta. Päihdepalvelujen kehittämissanke. Etelä-Suomen lääninhallitus ja sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisematon raportti.
- Nuorvala, Yrjö & Metso, Leena (2004). Päihdepalvelut. Teoksessa Heikkilä, Matti & Roos, Milla (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Helsinki: Stakes, 76–91.
- Nuorvala, Yrjö; Metso, Leena; Kaukonen, Olavi & Haavisto, Kari (2004). Muuttuva päihdeasiakkuus. Päihdetapauskasvatustutkimus 1987–2003. Yhteiskuntapolitiikka 69 (2004): 6, 608–618.

- Oulun läänin peruspalvelujen arviointiraportti 2004 (2005). Oulun lääninhallituksen julkaisuja nro 104. Oulu: Oulun lääninhallitus, 99–108, 209–221.
- Partanen, Airi; Uutela, Piritä & Virtanen, Ari (2005). Päihdehuollon huumeasiakkaat 2004. Tilastotiedote 12/2005. Helsinki: Stakes.
- Partanen, Päivi; Hakkarainen, Pekka; Holmström, Pekka; Kinnunen, Aarne; Leinikki, Pauli; Partanen, Airi; Seppälä, Timo; Vätkki, Jouni & Virtanen, Ari (2004). Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2002. Yhteiskuntapolitiikka 69 (2004): 3, 278–286.
- Peruspalvelut Etelä-Suomen läänissä 2004. Arviointiraportti (2005). Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja 92. Helsinki: Etelä-Suomen lääninhallitus.
- Peruspalvelut Länsi-Suomen läänissä 2004 – Basservicen i Västra Finlands län 2004 (2005). Länsi-Suomen lääninhallituksen julkaisu 1/2005. Länsi-Suomen lääninhallitus, 124–138.
- Pirkola, Sami & Wahlbeck, Kristian (2004). Huumausaineisiin liittyvien ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden takia toteutuneet sairaalahoidot 1997–2002. Suomen lääkärilehti 59 (2004): 15–16, 1673–1677.
- Pohjanmaa-hanke: mielenterveystyön ja päihdehuollon kehittäminen kolmen sairaanhoitopiirin alueella 2005–2014. Tiedote 26.9.2005. Mielenterveys- ja päihdehankkeiden avajaisseminaari 3.10.2005, Stakes.
- Posio, Jorma. Mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen Lapissa. Mielenterveys- ja päihdehankkeiden avajaisseminaari seudullisten hankkeiden toimijoille ja ohjausryhmille. Puheenvuoro 3.10.2005.
- Päihdehuollon yhteispalvelut (2005). Vantaan kaupunki. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimiala. Esite.
- Päihdepalvelujen laatusuosituksukset (2002). Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002: 3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2004. Alkoholi ja huumeet (2004). Helsinki: Stakes.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2005. Alkoholi ja huumeet (2005). Helsinki: Stakes.
- Salomaa, Jukka; Warsell, Leena & Hein, Ritva (2000). Päihdehaittojen seutukunnalliset erot ja niitä selittävät tekijät. Tilastoraportti 6/2000. Helsinki: Stakes.
- Sopimus päihdehuollosta läntisellä Uudellamaalla. Sopimus Karjaan, Hangon, Tammisaaren, Pohjan ja Inkoon kuntien kanssa 2005.
- Toimintakertomus 2004. Länsi-Uudenmaan A-klinikka.
- Uotinen, Sami. Palvelujen järjestämistavat ja uusi hankintalaki. Suomen Kuntaliitto/Sosiaali- ja terveysyksikkö. Päihdepäivät, Tampere. Puheenvuoro 14.9.2005.
- Valtakunnallinen peruspalvelujen arviointiraportti 2004. Lääninhallitusten suorittama toimialansa peruspalvelujen arviointi (2005). Sisäasiainministeriön julkaisut 19/2005. Raportti. Helsinki: Sisäasiainministeriö.
- Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittisesta toimenpideohjelmasta vuosille 2004–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004: 1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Valtioneuvoston periaatepäätös sosiaalialan tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2003: 5. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Vuorilehto, Maria. Sateenvarjo-projekti/Vantaan kaupunki. Mielenterveys- ja päihdehankkeiden avajaisseminaari seudullisten hankkeiden toimijoille ja ohjausryhmille. Puheenvuoro 3.10.2005.

## Sähköiset lähteet ja tiedoksiannot:

- Ajankohtaista Sosiaalialan kehittämishankkeissa 27.10.2005. Sosiaalialan kehittämishankkeen kotisivut: <http://www.stm.fi/Resource.phx/sosiaalihanke/index.htm> [2.11.2005]
- A-klinikan johtaja Viveka Nystrand ennakoi kiireistä syksyä. Viinan halpenemisen ja kesän vaikutukset näkyvät pienellä viiveellä. 14.8.2004. Etelän uutiset. Etelä-Uusimaa-lehden verkkosivut osoitteessa: <http://www.etela.com/uutiset/2004/040814-8.html> [2.11.2005]
- Aluevaiheen materiaalit I. Peruspalveluohjelmaa valmisteleavan ministeriryhmän linjaukset aluevaiheeseen. Kunta- ja palvelurakennemuudistushanke, 28.9.2005. Saatavana sähköisesti: [http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/paras/home.nsf/files/Aluevaiheen%20materiaalit%20I/\\$file/Aluevaiheen%20materiaalit%20I.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/paras/home.nsf/files/Aluevaiheen%20materiaalit%20I/$file/Aluevaiheen%20materiaalit%20I.pdf). [2.11.2005]
- Hursti, Tuula/Oulun A-klinikka. Tiedonanto sähköpostitse 28.10.2005.
- Hämeenlinnan kaupungin perusturvalautakunnan kokouspöytäkirja 24.10.2005. Saatavilla sähköisesti: <http://www.hameenlinna.fi/paatoksenteko/index.php?id=1060&pykala=139>. [2.11.2005]
- Hämäläinen, Matti/Hämeenlinnan päihdepalvelut. Tiedonanto puhelimitse 28.10.2005.
- Jyväskylän seudun päihdepalvelusäätiö/toiminta-ajatus ja tavoitteet. Jyväskylän seudun päihdepalvelusäätiön kotisivut: <http://www.paihdesaatio.fi/toimintav.htm>. [2.11.2005]
- Kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Terveyshankkeen kotisivut: <http://www.terveyshanke.fi>. [2.11.2005]
- Kansanterveyskertomus 1996. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla sähköisesti: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ktk96/ktk96.htm>. [2.11.2005]

- Kemijärven sosiaali- ja terveyslautakunnan kokous 22.2.2005, pykälä 18. Pöytäkirja. Saatavana sähköisesti: <http://www.kemijarvi.fi/paatokset/kokous/KOKOUS-119-18.HTM>. [2.11.2005]
- Kinnunen, Pekka/Riippuvuuspalvelut, Kainuu. Tiedonanto sähköpostitse 27.10.2005.
- Kirkot, kunnat ja järjestöt Alkoholiohjelman kumppaneiksi. STM tiedottaa. Tiedotteita 127/2004, 21.4.2004. Sähköisesti osoitteesta: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/1763/index.htx> [7.11.2005]
- Kirkon päihdestrategia. Suomen ev.-lut. kirkko. Diakonia ja yhteiskuntatyö. 17.8.2005. KDY:n kotisivut: <http://www.evl.fi/kkh/to/kdy/paihdestrategia.html>. [7.11.2005]
- Kunta- ja palvelurakenne -hanke etenee: Projektipäällikkö Peltomäki nosti tarkasteluun aluekuntamallin. Sisäasiainministeriö tiedottaa 25.08.2005. Saatavilla sähköisesti: <http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/paras/home.ns/PFBD/2F10801A40386FF9C2257068005A52DF?opendocument>. [2.11.2005]
- Kunta- ja palvelurakenneuudistus. Sisäasiainministeriön kotisivuilla osoitteessa: <http://www.intermin.fi/kuntajapalvelurakenne>. [2.11.2005]
- Kunta- ja palvelurakenneuudistus. Suomen Kuntaliiton ylläpitämä Kunnat.net -sivusto: [www.kunnat.net](http://www.kunnat.net). [2.11.2005]
- Kuntaliitto tiedottaa. Suomen Kuntaliiton tiedotteita 20.9.2005. Sähköisesti osoitteessa: [http://www.kunnat.net/k\\_mediapalvelu.asp?path=1;29;60&year=&month=&sort=Title](http://www.kunnat.net/k_mediapalvelu.asp?path=1;29;60&year=&month=&sort=Title). [2.11.2005]
- Kuntien kehittämishankkeita tuetaan valtionavustuksin. Sosiaalialan kehittämishankkeen kotisivut/valtionavustukset: <http://www.stm.fi/Resource.phx/sosiaalihanke/avustukset/index.htx>. [2.11.2005]
- Leskinen, Hannu: Kainuun maakuntakokeilu, mitä se on? Verkkootiketti 29.4.2004. Saatavilla sähköisesti: [http://www.kainuu.fi/fi\\_tied04/Hallintokokeilu\\_mita\\_se\\_on\\_300404.pdf](http://www.kainuu.fi/fi_tied04/Hallintokokeilu_mita_se_on_300404.pdf). [2.11.2005]
- Lund, Tore/Pixnekliniikan. Tiedonanto puhelimitse 31.10.2005.
- Makkonen, Teija/Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Kommentointi sähköpostitse 5.12.2005.
- Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämiseen haetaan oppia. STM:n tiedote 404/2005, 3.10.2005. Saatavilla sähköisesti: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/4806/index.htx>. [2.11.2005]
- Mielenterveys- ja päihdetyön seudullinen kehittäminen Lapin sairaanhoitopiirin alueella -hankkeeseen osallistuminen. Sosiaali- ja terveyslautakunnan kokouspöytäkirja 22.02.2005. Asianro 126/31/318/2005. Saatavilla sähköisesti: <http://www.kemijarvi.fi/paatokset/kokous/KOKOUS-119-18.HTM>. [2.11.2005]
- Nousiainen, Marja-Leena/Vantaan päihdetyön yhteispalvelut, A-klinikkatyön yksikkö. Tiedonanto sähköpostitse 3.11.2005.
- Nystrand, Viveka/Länsi-Uudenmaan A-klinikka, Karjaan yksikkö. Tiedonanto puhelimitse 4.11.2005.
- Pajunen, Sisko/A-klinikkasäätiö. Tiedonanto sähköpostitse 28.9.2005
- Päihdepalvelujen kehittäminen 14.10.2005. Sosiaalialan kehittämishankkeen kotisivut: <http://www.stm.fi/Resource.phx/sosiaalihanke/hankkeet/paihde/index.htx>. [2.11.2005]
- Päihdepalvelujen mahdollinen ulkoistaminen. 86 § Dnro PETULA 194/2004. Hämeenlinnan kaupungin perusturvalautakunnan kokouspöytäkirja 23.9.2004. Saatavilla sähköisesti: <http://www.hameenlinna.fi/paatoksenteko/index.php?id=927&pykala=86>. [2.11.2005]
- Päihdepalvelujen mahdollinen ulkoistaminen. 139 § Dnro PETULA 194/2004
- Päihdepalvelut paremmaksi -seutuhanke/Vaihtoehtoiset mallit palvelujen järjestämiseksi. Kuopion kaupunginhallituksen kokousmuistio 1.12.2003. Listan asianro 11 (759\$), asianro 3340/243/2003. Saatavilla sähköisesti: <http://domino.kuopio.fi/intrakun.nsf/0/BDF4847227C2EB2BC2256EAD001D468C?OpenDocument>. [2.11.2005]
- Sosiaalialan osaamiskeskukset. STM:n kotisivut/vastuualueet: <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/sospa/shosa/index.htx>. [2.11.2005]
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus. Alkoholin kulutus jatkoivat kasvuaan. Tiedote 2/2006. Saatavilla sähköisesti [http://www.stv.fi/ylo/tiedotteet\\_frameset.htm](http://www.stv.fi/ylo/tiedotteet_frameset.htm)
- Sosiaali- ja terveyshankkeiden mukaiset kehittämishankerahat. Sähköisesti osoitteessa <http://www.stm.fi/resource.phx/hankk/valtavus/hank2003-5.htx.i805.xls>
- Sosiaali- ja terveysministeriön organisaatio. STM:n kotisivut: <http://www.stm.fi/Resource.phx/orgns/index.htx>. [2.11.2005]
- Tietoa toiminnasta. A-klinikkasäätiön kotisivut/organisaatio: <http://www.a-klinikka.fi/organisaatio/toiminta/index.html>. [2.11.2005]
- Tietoa tupakoinnin yleisyydestä. Kansanterveystieteen laitoksen kotisivut: [http://www.ktl.fi/portal/suomi/osiot/tietoa\\_terveydesta/elintavat/tupakointi/tupakoinnin\\_yleisyys/](http://www.ktl.fi/portal/suomi/osiot/tietoa_terveydesta/elintavat/tupakointi/tupakoinnin_yleisyys/) [16.11.2005]
- Tilastokeskus/luokituspalvelut: Tilastollinen kuntaryhmitys. Sähköisesti osoitteessa: [http://www.stat.fi/tk/tt/luokitukset/index\\_alue\\_keh.html](http://www.stat.fi/tk/tt/luokitukset/index_alue_keh.html). [2.11.2005]
- Toimintakertomus 2004, A-klinikkasäätiö. Saatavilla sähköisesti: <http://www.a-klinikka.fi/julkaisut/verkkojulkaisut/toimkert04.pdf>. [2.11.2005]
- Tupakointi Suomessa. Suomen ASH ry:n kotisivut: [http://www.suomenash.fi/sivu.php?artikkeli\\_id=132](http://www.suomenash.fi/sivu.php?artikkeli_id=132). [7.11.2005]
- Väestörekisterikeskuksen kotisivut osoitteessa: <http://www.vaestorekisterikeskus.fi>. [2.11.2005]

## Lait ja asetukset:

Lait ja asetukset saatavilla sähköisesti osoitteesta: <http://www.finlex.fi>

Asetus toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi (225/1977).  
Erikoissairaanhoidolaki (1062/1989).  
Kansanterveyslaki (66/1972).  
Kuntalaki (365/1995).  
Laki julkisista hankinnoista (1505/1992).  
Laki Kainuun hallintokokeilusta (343/2003).  
Laki sosiaalialan osaamiskeskustoiminnasta (1230/2001).  
Laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi (693/1976)  
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992).  
Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000).  
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (733/1992).  
Lastensuojelulaki (683/1983).  
Päihdehuoltolaki (41/1986).  
Raittiustyölaki (828/1982).  
Sosiaalihuoltolaki (710/1982).  
Suomen perustuslaki (731/1999).  
Tartuntatautiasetus 786/1986, muutos 1383/2003.  
Tartuntatautilaki 583/1986, muutos 935/2003.

## TYÖPAPEREITA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

### 2006

Pasi Moisio: HYPÄ 2004 aineistokuvaus. Hyvinvointi & Palvelut 2004 -kyselyn aineistokuvaus  
Työpapereita 6/2006 Tilausnro T6/2006

Elise Kosunen: Seksuaaliterveyden edistäminen Suomessa. Muistio seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaa laativaa työryhmää varten  
Työpapereita 5/2006 Tilausnro T5/2006

Kristiina Poikajärvi, Kerttu Perttilä: Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa. Raportti kunnanjohtajien ja luottamushenkilöjohdon kyselystä 2004  
Työpapereita 4/2006 Tilausnro T4/2006

Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit. Työryhmämuistio 25.1.2006  
Työpapereita 3/2006 Tilausnro T3/2006

Jan Klavus (toim.): Terveystaloustiede 2006  
Työpapereita 2/2006 Tilausnro T2/2006

Maija Ritamo (toim.): IX Terve Kunta -päivät 25.–26.1.2006  
Työpapereita 1/2006 Tilausnro T1/2006

### 2005

Matti Rimpelä, Anni Ojajärvi, Pauliina Luopa, Hanne Kivimäki: Kouluterveyskysely, kouluterveydenhuolto ja terveystieto. Perusraportti kyselystä yläkouluille ja terveyskeskuksille  
Työpapereita 1/2005 Tilausnro T1/2005

Kalle Reinikainen, Timo P. Karjalainen: Sosiaalisten vaikutusten arviointi voimajohtohankkeissa  
Työpapereita 2/2005 Tilausnro T2/2005

Mauno Konttinen, Milla Roos (toim.): Annus Medicus Fenniae 2005. Nordiskt hälsodirektörsmöte. Tórshavn, 21.–23. augusti 2005  
Työpapereita 3/2005 Tilausnro T3/2005

Stakes: Laadullisen sosiaalitutkimuksen eettiset kysymykset. Kutsuseminaari 2.5.2005  
Työpapereita 4/2005 Tilausnro T4/2005

Tarja Heino, Tuula Kuoppala, Salla Säkkinen: Lastensuojelun avohuollon tilaston haasteet; kuntakyselyn yhteenveto  
Työpapereita 5/2005 Tilausnro T5/2005

Victor Savtschenko, Suvi-Maaria Tepora: Vammaiset ja pitkäaikaissairaat ansiotyössä. Invalidivähennystä ansiotuloistaan vuonna 2002 saaneet henkilöt. Alustavaa tarkastelua  
Työpapereita 6/2005 Tilausnro T6/2005