



# **PALVELULABYRINTISTA ASIAKKAAN TARPEISIIN**

---

**SUOMALAISEN PÄIHDEHUOLLON  
NYKYTILAN SYSTEMINEN TARKASTELU**

**PETRI UUSIKYLÄ  
JYRKI LAINE**

**2020**

**MHY:N SELVITYS**



## ESIPUHE

Suomalainen päihdehuoltojärjestelmä on syntynyt vuosikymmenten aikana pienten erillisuudisuudistusten kautta ilman selkeää tietoa erilaisten hoitomuotojen vaikuttavuudesta. Tämä on synnyttänyt tilanteen, jossa päihderiippuvuudesta kärsivien ihmisten mahdollisuus päästä hoitoon on vaikeutunut kohtuuttomasti. Tilannetta on pahentanut entisestään päihdejärjestöille ja päihdepalveluihin suunnattujen määrärahojen leikkaukset, kuntien erilaiset hoitonojauus- ja maksusitoumuskäytännöt sekä päihdepolitiikkaa koskevan keskustelun puuttuminen.

Tämän selvityksen ovat laatineet VTT **Petri Uusikylä** (Frisky & Anjoy Oy) ja muutosasiantuntija **Jyrki Laine**. 30 päihdekentän asiantuntijan haastattelun pohjalta tekijät ovat laatineet systeemisen tulkintakehikon, joka auttaa ymmärtämään miksi nykyinen päihdehoitojärjestelmä ei sovellu vaikutuksiltaan kompleksisten päihderiippuvuussairauksien hoitamiseen. Näkökulma tuo vahvasti esiin myös potilaan eli asiakkaan näkökulman.

Selvitys osoittaa, että päihdepalveluiden resursointi ja kapasiteetti nähdään alimitoitettuna suhteessa tarpeeseen. Palvelujärjestelmä kannustaa osaoptimointiin kokonaisvaikuttavuuden sijaan ja eri hoitomuotojen soveltuvuudesta, tuloksellisuudesta ja vaikuttavuudesta puuttuu tutkimuksellista näyttöä. Tarvitsemme lisää tutkimusta sekä takuun sille, että jokaisella apua tarvitsevalla olisi mahdollisuus yksilölliseen hoitonojauukseen sekä saumattomaan hoitopolkuun, jotka ovat onnistuneen hoitotuloksen keskeiset edellytykset.

Toivon, että lukijat tutustuvat selvitykseen, mutta myös käyttävät sitä rohkeasti apuna paremman päihdehoitojärjestelmän luomiseksi. Nyt on aika ottaa yhteyttä omaan kansanedustajaan tai aloittaa laajempaa keskustelua päihdesairauden hoidon tärkeydestä. Voit käyttää apunasi selvityksen loppuun koottuja toimenpidesuosituksia.

Haluan kiittää tekijöitä ammattimaisesti ja kiinnostavasti laaditusta selvityksestä. Toivon, että raportti omalta osaltaan vaikuttaa käynnissä olevan päihdestrategian linjauksiin ja lisää päihderiippuvuussairauksiin liittyvää yhteiskunnallista keskustelua.

Helsingissä 11.1.2021

Minna Ekholm  
Toiminnanjohtaja  
Myllyhoitoyhdistys

## SISÄLLYS

1. Hankkeen tausta.....	4
2. Kansallisen päihdepolitiikan pitkä varjo .....	5
3. Systeminen näkökulma päihdehuoltoon.....	13
4. Asiakas ei olekaan aina oikeassa.....	16
5. Yhteistyössä on voimaa.....	27
6. Kohtaamisen merkitys.....	36
7. Johtopäätökset .....	39
8. Poliittikasuosituksset.....	41

## 1. Hankkeen tausta

Suomalainen päihdepolitiikka on viime vuosien aikana muuttunut alkoholipolitiikasta kohti laajempaan riippuvuussairauksia koskevaan keskusteluun. Alkoholien käytön rinnalle ovat nousseet huumeiden käyttö, peliriippuvuus ja muut riippuvuuden muodot. Tässä selvityksessä tarkastellaan päihdehuoltojärjestelmää ensisijaisesti alkoholi- ja huumeriippuvuuden näkökulmasta ja viitataan muihin riippuvuussairauksiin vain siltä osin, kun ne ovat nousseet esiin selvityshankkeen yhteydessä toteutetuissa haastatteluissa.

Tämän Myllyhoitoyhdistyksen tilaaman selvityksen tavoitteena on tuottaa yleisymmärrettävän kuvauksen päihdetyön keskeisten toimijoiden näkemyksistä suomalaisen päihdehuollon tilasta, merkityksestä ja keskeisistä kehityshaasteista. Selvityksessä päihderiippuvuutta ja sen hoitomuotoa lähestytään systeemisen muutoksen näkökulmasta. Yhteiskunnallisessa kontekstissa systeemillä muutoksella tarkoitetaan toimintamallien, rakenteiden ja näiden vuorovaikutusten samanaikaista muutosta, jolla luodaan edellytyksiä tulevaisuuden hyvinvoinnille ja kestäväälle kehitykselle.

Selvitystä varten suoritettiin 30 keskeisen päihdehuollon asiantuntijan haastattelut (ks. Liite 2) sekä kolme tiiviimpää keskustelua. Lisäksi käytiin viiden asiantuntijan kanssa päihdehuollon tilaa käsittelevä taustakeskustelu (orientaatio). Haastattelut muodostavat selvityksen empiirisen aineiston. Tätä aineistoa on täydennetty aihealuetta sivuavalla dokumenttiaineistoilla sekä Myllyhoitoyhdistyksen Toive-verkoston validointityöpajan yhteydessä käydyn keskustelun tulkinnoilla sekä raporttiluonnokseen annetuilla kirjallisilla kommentteilla.

Tämä selvitys kokoaa yhteen eri tahojen toimijoiden näkemyksiä. Näin on ymmärrettävää, että osin näkemykset voivat olla kriittisiäkin ja keskenään hyvinkin erilaisia. Tämän selvityksen tarkoituksena ei ole ottaa kantaa eri toimijoiden työn oikeutukseen tai oikeellisuuteen vaan tuoda eri näkökulmista esiin mahdollisuuksia maamme päihdetyön kehittämiseksi. Raportti ei ole kattava tieteellinen tutkimus, vaan kyse on keskustelupaperista, jonka tavoitteena on rajatulta osaltaan virittää päihdepolitiikan ja päihdehuoltojärjestelmän tilaa koskevaa keskustelua sekä tarjota näkökulmia järjestelmän systeemiseen uudistamiseen.



Kuviossa 1 on tarkasteltu päihdehuollon järjestelmää tarve- tai segmenttilähtöisesti. Kuviossa esitetään tyypillinen vaikutusketju, jossa tarkastellaan resurssien, toimenpiteiden, tuotosten, tulosten ja vaikuttavuuden välistä ketjua. Tarkastelu lähtee liikkeelle päihteiden käyttöön liittyvän ongelman havaitsemisesta. Se saattaa lähteä henkilön itsensä aloitteesta, työnantajan, kollegoiden, läheisten tai ystävien nostaessa asian esille. Tämän jälkeen olisi tärkeää tunnistaa ongelman luonne.

Päihdeongelmia voidaan lähtökohtaisesti tarkastella niiden vakavuuden kautta. Päihdeongelmat jaetaan normaalisti kolmeen luokkaan: riskikäyttö, haitallinen käyttö ja riippuvuus. Kaksi jälkimmäistä ovat ns. päihdehäiriöitä ja ICD-10 -tautiluokituksen diagnooseja. Päihderiippuvuus on oireyhtymä. Eri yksilöillä sen oireet ilmenevät eri tavoin, eri yhdistelminä ja riippuvuuden vaikeusaste vaihtelee lievästä vaikea-asteiseen. Riippuvuuden ydinoire on kuitenkin useimmiten ainehimo ja käytön pakonomaisuus.

### **Millaisen ilmiön kanssa olemme tekemisissä?**

Tarkasteltaessa pelkästään alkoholin käyttöä, niin väestöstä eniten juova 10 % kuluttaa arviolta lähes puolet kaikesta alkoholista. Alkoholin suurkuluttajia on Suomessa arviolta noin 300 000–500 000 henkilöä. Noin 90 % väestöstä käyttää ainakin jonkin verran alkoholia. Vuonna 2017 miehistä 10 % ja 13 % naisista ilmoitti, ettei ole käyttänyt ollenkaan alkoholia viimeisen 12 kuukauden aikana. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2018). Alkoholiriippuvaisia (yleisesti alkoholisti) on noin 5 % aikuisista eli tämä tarkoittaa noin 225 000 ihmistä. Alkoholistien suhteellinen osuus aikuisväestöstä on suunnilleen sama muissa Pohjoismaissa. Suomessa arvioidaan olleen 31 100–44 300 amfetamiinien ja opioidien ongelmakäyttäjää vuonna 2017. Väestöön suhteutettuna tämä tarkoittaa 0,9–1,3 prosenttia 15–64-vuotiaista suomalaisista (Rönkä ym. 2019).

Kokonaisuudessaan päihderiippuvaisia on Suomessa näin ollen runsaat 250 000 ihmistä, joista valtaosa (70–80 %) on työelämässä. Tämä näkökohta jää usein vaille huomiota julkisessa keskustelussa, jossa päihderiippuvuus ja alkoholismi mielletään syrjäytyneiden marginaaliryhmien ongelmaksi. Tämä puolestaan on omiaan lisäämään päihdesairauksiin liittyvää stigmatisaatiota ja vaikeuttamaan hoitoon ohjautumista.

Ensimmäinen kriittinen hoitoonohjauksen saumakohta tulee vastaan siinä vaiheessa, kun pitäisi tunnistaa mihin edellä mainituista ryhmistä hoitoon ohjattu tai hakeutuva henkilö kuuluu. Tämä on ensiarvoisen tärkeää pohdittaessa soveltuvia hoitomenetelmiä. Lisäksi on muistettava, että päihteiden käytön myötä riippuvuuden luonne usein muuttuu, jolloin entisistä kohtuukäyttäjistä saattaa tulla suurkuluttajia, suurkuluttajista päihderiippuvaisia jne. Tämä vaikeuttaa entisestään ajantasaista ja oikeaa hoitoon ohjaamista.

Suomalaisen päihdehuollon rakenteet, prosessit, roolit ja vastuut ovat muotoutuneet pitkän historiallisen kehityksen myötä. Valtion suhde alkoholiin on koko sotien jälkeisin ajan ollut ambivalentti: toisaalta valtio ylläpitää alkoholimonopolia ja saa alkoholin myynnistä ja verotuksesta huomattavia tuloja (pelkkä alkoholiveron kertymä vuonna 2019 oli 1 482 miljoona euroa) ja toisaalta sen tehtävänä on ehkäistä päihdehaittoja ja kansanterveydellisiä riskejä. Niemelän mukaan ilmiötä voidaan tarkastella neljän alkoholiin suhtautumiseen

liittyvän erilaisen intressin kautta: ~~ovat~~ sosiaalinen ja kansanterveydellinen intressi, julkistaloudellinen intressi, kuluttajaintressi sekä elinkeinopoliittinen intressi (Niemelä 1998, 32).

Myös päihdehuollon palvelujärjestelmä on kehittynyt osittaisuudistusten ja systeemin itseorganisoitumisen myötä ilman selkeää toimintamallia ja hoitopolkuajatusta. Kuviossa 1 asiakastarpeen tunnistamisen jälkeen siirrytään päihdehuoltojärjestelmän palveluiden alueelle, jossa varsinainen hoitoon ohjautuminen tapahtuu. Toimijoita päihdehuoltojärjestelmässä on kohtuullisen paljon (vrt. Liite 3.). Tarjolla on niin kuntien järjestämistä vastuulla olevia palveluita, päihdejärjestöjen (yleisaatteelliset järjestöt, AA-liikkeen ohjelmaan tukeutuvat järjestöt ja kristilliset päihdetyön järjestöt) tarjoamia palveluita sekä yksityisten yritysten palveluita. Tarjonta on sinänsä hyvä asia, mutta tietämys erilaisten palveluiden sisällöistä ja soveltuvuudesta erilaisiin tarpeisiin on osoittautunut varsin puutteelliseksi. Tämä on omiaan aiheuttamaan vaikeuksia palveluun hakeutumisessa tai palveluun ohjaamisessa.

Kuvion 1 perusteella voidaan lisäksi todeta, että meillä on kohtuullisen paljon tietoa vaikutusketjun yksittäisistä toimenpiteistä (eri hoitomuodot tai interventiot, selvitykset, terapiamuodot jne.) ja samoin tuotoksista esim. päihdehoidosten kautta. Tieto ja näyttöperusta kuitenkin heikkenee edettäessä kohti eri hoitomuotojen kautta saavutettavia tuloksia ja vaikutuksia tai vielä täsmällisemmin kustannushyötyä tai kustannusvaikuttavuutta. Ilman tätä tietoa on vaikeaa suunnitella toimivia hoitopolkuja. Yhteiskunnallisista vaikutuksista puolestaan on varsin paljon tietoa päihteiden käytön seurausten näkökulmasta, mutta taas huomattavasti vähemmän esimerkiksi onnistuneen ennaltaehkäisyyn tai hoitotulosten näkökulmasta.

Kokonaisuudessaan alkoholi-asiakkaiden määrä on pysynyt samana viime vuosina, kun puolestaan huumeasiakkaiden määrä on noussut vuosittain keskimäärin viisi prosenttia. A-klinikkojen asiakasmäärissä ei ole suuria muutoksia vuodesta 2012 vuoteen 2013, nuorisosiemien asiakasmäärät ovat samaisessa ajassa kasvaneet noin kolme prosenttia. Päihdehuollon asumispalveluissa vuorokausimäärä on kasvanut noin neljä prosenttia. Katkaisuhoidon asiakkaiden määrä on kasvanut vuodesta 2008 lähes viidenneksellä (18 %). Vuonna 2013 hoidettiin alkoholisairauksien takia terveydenhuollon vuodeosastoilla tai erikoissairaanhoidon avohoidossa noin 29 000 asiakasta ja huumeaineista johtuvien sairauksien takia noin 4 800 asiakasta. (THL 2014).

Ruotsissa päihdepalveluiden (ja etenkin yhteisöllisten palveluiden) yhteiskunnallista vaikuttavuutta on tutkittu huomattavasti Suomea enemmän. Kattavassa komiteamietinnössä (SOU 2011:35) esitetään politiikkasuosituksina yhteisöllisen hoidon (ns. 12 askeleen hoitomuodon) tarjoamisen laajentamista. Mietinnössä esitetään hoidon saatavuuden, laadun ja kohdentamisen parantamista. Mietinnön mukaan yksilötasolla kevyeen vertaistukimalliin perustuva hoito samanaikaisesti vähentää vahinkoja ja maksaa mietinnön mukaan moninkertaisesti itsensä takaisin. Komitean mukaan 20-vuotias nainen, joka käyttää heroiniin maksaa yhteiskunnalle 10 miljoonaa kruunua eli noin 970 000 euroa ja 30-vuotias runsaasti alkoholia kuluttava mies noin 7 miljoonaa kruunua eli noin 680 000 euroa. Vaikka ihmisen arvioiminen monetaarisin mittarein saatetaan kokea epäeettiseksi, on vertailuluku tärkeä puhuttaessa päihdehuollon hoitoonohjauksen kustannuksista yhteiskunnassa. Oikea

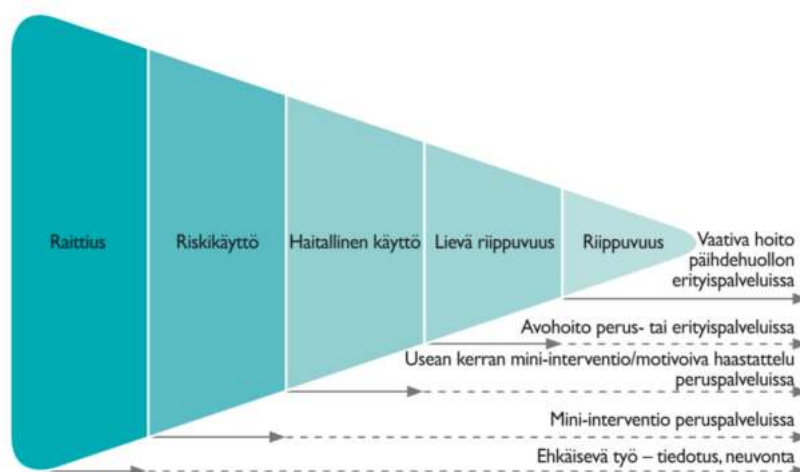
hoitoonohjaukseen panostaminen ja tuloksellinen hoito säästävät yhteiskunnan kunnan kustannuksia moninkertaisesti suhteessa sijoitettuun rahoitukseen.

Tyypillinen ongelma päihdehuollon tilan ja toimivuuden tarkastelussa on liiallinen järjestelmäkeskeisyys. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että näkökulmana on olemassa oleva lainsäädäntö, hoitosuosituksat, palvelujärjestelmäkuvaukset tarpeiden ja asiakasodotusten sijaan (Kontula ym. 2020). Kuviossa 1 päihdehuollon vaikutusketjua on tarkasteltu asiakkuuksista ja tarpeista lähtien, edeten sitten tarjolla oleviin palveluihin ja niiden kautta syntyviin tuotoksiin, tuloksiin ja vaikutuksiin.

Päihdehuoltolain mukaan Suomen kunnat ovat velvoitettuja järjestämään päihdeongelmaisen ja tämän omaisen riittävän ja asiallisen hoito. Suomalaisen päihdehuollon järjestelmä muodostuu kunnallisista sosiaali- ja terveystalvueluista, työterveyshuollosta sekä A-klinikan tuottamista palveluista. Suomessa toimii yksi päihdehoitoon erikoistunut sairaala, jonka omistaa A-klinikka Oy. Palvelujen määrä ja laatu vaihtelevat kuntakohtaisesti – samoin kuin laitoshoitujen maksukäytännöt.

Merkittävä rooli suomalaisessa päihdehuoltojärjestelmässä on eri kansalaisjärjestöillä. Ympäri Suomea toimivat, yhteisöllistä hoitomuotoa toteuttavat, vertaistukeen ja 12 kohdan ohjelmaan perustuvat AA- ja NA- ryhmät, jotka ovat vakiintuneet osaksi omaehtoista päihdehoitoa. Yhteisöllinen hoitomuoto AA- ja NA- ryhmissä on päihdeongelmaiselle ilmaista.

Julkisten palveluiden lisäksi Suomessa toimii myös useita yksityisiä päihdehoitoa tarjoavia laitoksia. Yksityisiin laitoksiin on mahdollista päästä kunnan maksusitoumuksella, mutta pääsääntöisesti hoidon maksaa potilas itse (joissain tapauksissa työnantaja). Merkittävän osan yksityisestä päihdehuollosta muodostaa Minnesota-mallille perustuvat Myllyhoito- ja Minnesota -hoitolaitokset. Yhteisömuotoiset Myllyhoito- ja Minnesota-malliset hoidot perustuvat 12 askeleen ammatilliseen soveltamiseen. Niissä päihde- tai toiminnallinen riippuvuus nähdään sairautena, josta toipuminen edellyttää raittiutta. Hoitajaksoissa ja niiden jälkeen on läsnä vertaistuki sekä ohjaaminen vertaistukitoimintaan kuten AA- ja NA- ryhmiin



**Kuvio 2.** Alkoholihaittojen ehkäisy ja vähentäminen sosiaali- ja terveystalvueluissa (STM 2015, 45).



Yllä olevassa kuviossa on hahmotettu alkoholinkäyttötyypin ja riippuvuusasteen mukaiset hoitomuodot. Virallisen alkoholipolitiikan ja hoitoonohjaukseen ongelmaksi on se, että se ei tee eroa alkoholismiin sairastuneiden henkilöiden (joilla useimmille geneettinen perimä sairaudelle) ja alkoholin suurkuluttajien välillä. Selkeimmin tämä ongelma näkyy ns. kohtuukäyttösuosituksissa, jotka voivat tietyissä rajoissa toimia suurkuluttajien kohdalla, mutta alkoholistien kohdalla se johtaa syösykierteen pitenemiseen.

### **Nykyjärjestelmän ongelmat - virallisen päihdepolitiikan pitkä varjo**

Suomalaisen päihdepalveluiden keskeinen ongelma on järjestelmän sirpaleisuus ja palvelutarjonnan hajanaisuus. Kansallista päihdepolitiikkaa määrittävät useat erillislait (esim. Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä (523/2015), päihdehuoltolaki (41/1986), STM:n asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä (33/2008), sosiaalihuoltolaki (1301/2014), kansanterveyslaki (66/1972), terveydenhuoltolaki (1326/2010)) ja näiden toimeenpanosta vastaa joukko eri toimijoita julkisorganisaatioista (kunnat, maakunnat, valtion aluehallintoviranomaiset), järjestöihin sekä yksityisiin palvelutuottajiin. Tämä on omiaan aiheuttamaan puutteellista koordinaatiota eri toimeenpano-organisaatioiden välillä, synnyttämään tehottomia organisatorisia ratkaisuja sekä tätä kautta heikentämään hoitotuloksia ja toiminnan vaikuttavuutta. Samalla kansalaisten yhdenvertaisuuden näkökulmasta on ongelmallista se, että palveluunohjaamiskäytännöt (esim. maksusitoumusratkaisut) vaihtelevat hyvin paljon alueittain ja kuntien välillä. Yhden kunnan sisällä saattaa eri palvelupisteissä olla erilaisia toimintatapoja<sup>3</sup>. Marinin hallitusohjelmassa on nostettu voimakkaasti esiin tarve uudistaa päihdehuollon palveluita. Hallitusohjelmassa nostetaan esiin seuraavat keskeiset päihdepalveluita sivuavat toimenpiteet:

- Edistetään hyvinvointitaloutta investoimalla toimiin, joilla tuetaan hyvinvointia ja terveyttä sekä vähennetään eri palvelujen tarvetta.
- Päätösten hyvinvointi- ja terveysvaikutukset arvioidaan kattavasti. Parannetaan kansansairauksien ehkäisyä ja hoidon vaikuttavuutta.
- Lisätään matalan kynnyksen elintapaohjausta ja ennaltaehkäiseviä toimia.
- Vähennetään riippuvuuksia. Päivitetään päihdestrategia ehkäisevän työn edistämiseksi sekä päihdepalvelujen kokonaisuuden yhteensovittamiseksi.
- Jatketaan määrätietoista työtä tupakoinnin ja alkoholin kokonaiskulutuksen vähentämiseksi.
- Huumehoidon tehokkuutta parannetaan ja käytön haittoja vähennetään laatimalla poikkihallinnollinen valtioneuvoston periaatepäätös huumeainepolitiikasta.
- Laaditaan mielenterveysstrategia ja uudistetaan mielenterveys- ja päihdelainsäädäntö.
- Ehkäistään pelihaittoja osana rahapelipoliittista ohjelmaa.

---

<sup>3</sup> Vuoden 2018 lopulla tehdyn kyselytutkimuksen mukaan noin puolet alkoholiongelmiä lähipiirissään kokeneista oli hakenut apua, ja heistä ainoastaan 20% koki saaneensa apua ongelmiinsa (Kantamo 2018). Myllyhoitoyhdistyksen mukaan hoidon tarve ja sopiva palvelu/hoito eivät siis kohtaa tai niitä ei ole tarjolla, jonka lisäksi hoitosuosituksia sovelletaan huonosti. Lähteet: <https://kantamo.fi/wp-content/uploads/2019/01/tutkimus-suomalaisten-kokemukset-alkoholista-ja-alkoholiriippuvuudesta.pdf> ja <https://www.myllyhoito.fi/2019/05/13/esityshallitukselle/>

Tämän selvityksen yhteydessä haastatellut asiantuntijat olivat laajasti yksimielisiä päihdepalvelujen suuresta yhteiskunnallisesta merkityksestä. Päihdealan ammattilaiset näkevät päihdepalvelujen oleva merkityksellisiä:

- Yhteiskuntamoraalin ja eetoksen kannalta
- Kansalaisten hyvinvoinnin kannalta
- Terveystuonon resurssien tehokkaan käytön kannalta
- Hoitotulosten monipuolisten hyötyjen (mm. työelämän, perheen ja päihteidenkäytön lieveilmiöiden ehkäisemisen kuten rikollisuus) kannalta

Erityisesti talouden osalta korostettiin tuloksellisen päihdetyön tuottamia säästöjä ja monimuotoisia hyötyjä taloudellisen kokonaisarviointin kannalta. Tämän ohella esimerkiksi nuorten ja perheiden tulevaisuus, yhteiskunnallinen turvallisuus sekä työelämän tuottavuus työterveyshuollon kustannusten vähentyessä ja työn tuottavuuden noustessa nousivat esille. Informantit olivat yksimielisiä myös päihdehuollon laajasta sosiaalisesta merkityksestä esimerkiksi asunnottomuuden, syrjäytymisen, lastensuojelun ja perheiden ongelmia ratkaistaessa. Myös mielenterveyden kysymykset nostettiin tässä esiin.

### Rakenteellinen vinouma

Monet haastatellut asiantuntijat esittivät huolensa päihdehuollon resurssien laskemisesta viime vuosina. Tähän syyksi yleisimmin esitettiin kuntatalouden kriisi ja sen mukanaan tuomat muutokset. Osa haastatelluista katsoi tilanteen synnyttäneen rakenteellisen vinouman. Hoitopolkujen rakenteita ja tarjottavia palveluita rakennetaan taloudellisuus ja säästötavoitteet edellä. Tällöin ei toisaalta tavoiteta päihdehuollon yhteiskunnallisen merkityksellisyys tavoitteita, toisaalta myös päihdehuollosta tulee tehotonta ja sen tarjoamasta puutteellista.

*"Katkaisu ja vierotus kasvaneet, mutta sen jälkeen palveluja on leikattu. Siksikö, että se olisi tehokas tapa toimia? No ei. Ihan vain säästetään. Tosin todellisuudessa ei säästetä yhtään mitään, kalliimmaksi se vain tulee kun katsotaan pidempää aikakaarta."*

*"Nyt kun meillä päihdehuollon rakenteita ei ole mielekkäästi kehitetty monin paikoin, niin siitähän vaan seuraa että monet päihdeongelmaiset ovat sairaanhoidon sijasta erikoissairanhoidossa. Perusterveydenhoidossa hoitoresurssi on laskenut niin että ihmiset eivät saa hoitoa siellä missä pitäisi hoitaa."*

*"Mihin ihminen päätyy? Putkaan tai päivystykseen. Siellä pitäisi reagoida ja havaita hoidontarve. Mutta tämä kanava ei toimi."*

*"Alkoholi-ongelmaisista vain 20 % on jonkun intervention piirissä. EU sanoo, että vain 10 % intervention piirissä. Tämä tulee kalliiksi."*

Monet haastatellut päihdehuollon asiantuntijat korostivat voimakkaasti myös päihdehuollon yhteiskuntamoraalista merkitystä. Ongelma nivoutuu toisaalta elämän keskeisiin vaiheisiin kuten nuoruuteen tai työelämään, toisaalta yhteiskuntamme keskeisiin instituutioihin kuten perheisiin. Usein ongelmiin on vaikuttamassa myös ylisukupolviset tekijät. Läheisten kautta päihdeongelmien vaikutus heijastuu laajasti myös perheen ulkopuolelle.

*"Tämä on kysymys, joka leikkaa niin isoa määrää meille tärkeitä asioita, että on nostettava päihdehuollon lippu heilumaan ihan uudella tavalla"*

*"Työelämässä ja työpaikoilla tämä on vaikea asia. Stigma ja häpeä, lyhyesti sanoen. Mutta päihdeongelmaisella on oikeus hoitoon kuten kaikilla muillakin."*

## **Analyysi päihdehuollon yhteiskunnallisen tason ongelmista**

Edellä on kuvattu päihdehuollon rakenteellisia vinoumia, jotka synnyttävät yhteiskunnallisella tasolla päihdehuollon kysynnän ja tarjonnan kohtaanto-ongelmia. Samalla nousi esiin joukko palveluohjauksen ongelmia ja jäykkyyksiä. Kyse ei kuitenkaan ole ainoastaan historiallisen kehityksen kautta syntyneestä sirpaleisesta palvelurakenteesta vaan taustalla on myös mentaalimalleja ja toimintaan vaikuttavia kulttuurisia ja kognitiivisia syvärakenteita ja prosesseja, jotka osin selittävät miksi hyvistä pyrkimyksistä huolimatta järjestelmätason vinoumia ei ole kyetty poistamaan. Aikaisemmasta tutkimuksesta tunnistamme seuraavat järjestelmätason **rakenneongelmat**:

- Sirpaleinen lainsäädäntö
- Palvelurakenteen eriytyneisyys (valtio, kunta, järjestöt, yksityiset)
- Rahoituksen kohdentaminen useiden eri kanavien kautta
- Tavoitteiltaan erilaiset ja vaikeasti yhteensovittavissa olevat hoitomuodot
- Asiakkaan tarpeiden vaihteleva huomioon ottaminen ja palveluohjaus

Rakennetekijät eivät kuitenkaan yksin selitä päihdehuollon nykyjärjestelmän ongelmia vaan taustalla on vanhakantaisia, stigmatisoivia ja hoitoonohjausta vaikeuttavia mentaalimalleja, jotka usein unohtuvat päihdepoliittisessa keskustelussa. Tällaisina **mentaalimalleina** haastatteluissa nousivat esiin mm. seuraavat:

- Päihdeongelmaisten stigmatisointi
- Turhautuminen ja epäusko hoidon tuloksiin
- Ongelman vähättely
- Ongelman syiden ymmärtämättömyys
- Nollasumma-ajattelu

Monet haastatellut maalasivat osin varsin synkän kuvan ajanhengen yhdestä osasta: päihdeongelmaisiin suhtaudutaan yhä kovemmin ja torjuvammin. Tämä koskee erityisesti kaikkein heikoimmassa asemassa olevia riippuvaisia, joilla usein on moniongelmaisuuksia ja asunnottomuutta. Erityisesti oltiin huolissaan kuntapäätäjien asenteesta ja päätäjien osalta aivan erityisesti kuntien luottamushenkilöiden koventuneesta puhutavasta. Vaikeammassa tapauksissa, erityisesti jos asiakkaalla on sosiaalihuollon historiaa, saattaa syntyä epäluuloa ja pallottelua, jopa halveksuntaa.

Päihderiippuvaisten ei ole aina helppoa päästä hoitoon, kun kuntatalouden rahat ovat tiukassa – kuntien prioriteeteissa päihdepalvelut eivät monien haastateltujen mukaan ole ykköskategoriaa. Avuntarpeen havaitseminen ja siihen vastaaminen voi jäädä muiden kuntien vastuulla olevien tarpeiden alle, varsinkin ajankohtaisista taloudellisista syistä. Vaarana on, että tällainen ohut päihdepalvelujen tarjonnan rakenne jää pysyväksi. Haasteltujen puheessa

kuului laaja huoli rakenteiden ohentumisesta, riittämättömästä resursoinnista ja kehitystyön pysähtymisestä. Eräs haasteltu kuvasi asiaa seuraavasti:

*"Jos näin ohut toiminta, jota paikoin on, jää pysyväksi, sitä laskua maksetaan pitkään. Se tulee ihan hirvittävän kalliiksi."*

Toisaalta monet haastatellut tunnustivat ajattelutavan, jossa päihdeongelmaa vähätellään. Asia ilmaistiin kuvaamalla, että kuntien päätöksenteossa saatetaan ajatella, että "ei turhaan hoideta karpästä härkäsenä". Saatetaan ajatella, että kyllähän kohtuukäyttäjkin saattaa satunnaisesti käyttää liikaa alkoholia kerralla. Siksi pidettiin oleellisena, että päihderiippuvuudesta sairautena ja ilmiönä jaettaisiin yhä laajemmin todenmukaista tietoa.

Osa haastatelluista ilmaisi hoitoilmapiirin koventumisen muotoilemalla asian niinkin jyrkästi, että maassamme on paljon vain paperilla olevia hoitojärjestelmiä, jotka eivät todellisuudessa toimi. Tilanne vaikuttaa varsin karulta. On kuntia, joissa saa olla vain kolme kertaa katkolla tai kaupunki on määritellyt, että avohoito saa kestää vain vuoden.

Ryhmähoidot ovat kustannustehokas tapa tarjota palveluita, mutta ne eivät sovellu kaikille. Myöskään avokuntoutus ei sovellu kaikille. Kuntalaisten tarvitsemia päihdepalveluja saatetaan vähentää, koska alkoholihaitat väitetyesti vähenevät esimerkiksi kokonaiskulutuksen vähenemisen myötä. Haastatellut olivat varsin yksimielisiä siitä, että päihdehaitat eivät ole vähentyneet, ja tämä asettaa haasteen hoitojärjestelmälle.

Kaikki haastatellut totesivat, että alueellinen vaihtelu on aivan liian suurta. Todettiin, että on hyviä alueita, joilla päihdetyö on hyvällä tasolla mutta toisaalta monissa kunnissa päihdehoito on supistettu minimiin. Tästä kuvattiin syntyvän myös yhdenvertaisuusongelma: kansalaisten yhdenvertaisuus ei toteudu, jos kuntien väliset hoitokäytäntöjen erot ovat kohtuuttoman suuret. Osa haastatelluista huomautti myös, että on suuriakin kuntia, joille esimerkiksi eduskunnan oikeusasiamies tai muu valvova viranomais on antanut huomautuksen päihdepalvelujen riittämättömästä tasosta.

Kokonaisuutena edellisestä tarkastelusta syntyy vaikutelma siitä, että yhteiskunnan tasolla on tehty asteittaisia korjaavia toimenpiteitä, uusia hoitosuosituksia ja -linjauksia ilman, että olisi kaikin osin kyetty vaikuttamaan päihderiippuvuuden hoito-ongelmien juurisyihin ja niiden taustalla oleviin yhteiskunnallisiin rakenteellisiin tekijöihin.

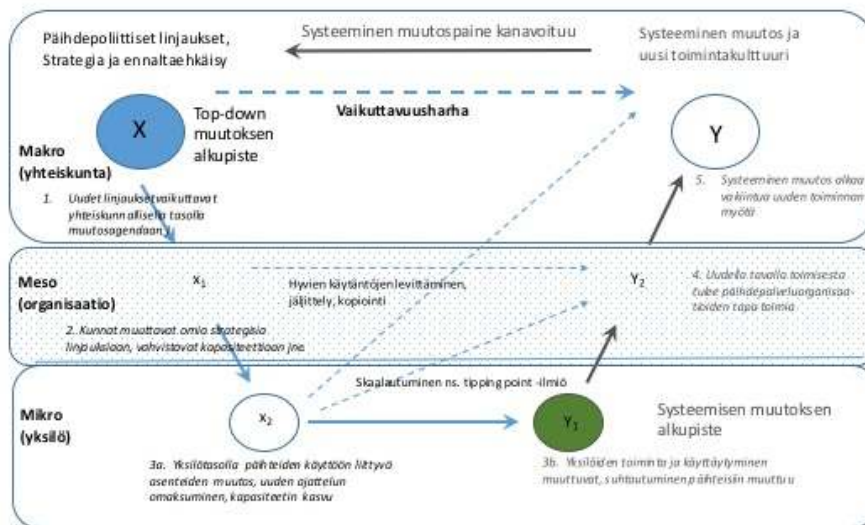
### 3. Systeminen näkökulma päihdehuoltoon

Edellä on kuvattu päihdepolitiikkaa ja päihdehuoltojärjestelmää makrotason tekijöiden kautta ja todettu järjestelmän olevan sääntelyn, prosessien ja rakenteiden suhteen hyvin hajanainen. Tällainen rakennetarkastelu voi olla perusteltua, mikäli halutaan lähteä synnyttämään koko järjestelmän käsittävää uudistusta ja sitä tukevaa lainsäädäntöä. Kokonaisuutta voi kuitenkin lähestyä myös systeemisestä näkökulmasta.

Systemisen tarkastelun lähtökohtana on muutoksen dynamiikan hahmottaminen keskinäisriippuvaisessa suhteessa olevien ilmiöiden ja toimijoiden vuorovaikutuspintojen kautta. Tällöin muutos ei ole lineaarista vaan palautemekanismit limittyvät ilmiöiden välisiin rajapintoihin. Samoin muutoksen dynamiikka ei noudata volyyymiin pohjautuvaa vaikutusajattelua vaan spiraalista kehityspolkua, jossa pienillä toimintakäytäntöihin, mentaalimalleihin ja käyttäytymiseen vaikuttavilla muutoksilla saattaa olla systeemisellä tasolla hyvinkin merkittävä vaikutus. Mallin lähtökohtana on holistinen ajatus siitä, että kokonaisuutta ei voida johtaa osien summasta. Useimmat seuranta- ja indikaattorijärjestelmät (esim. päihdetilastot, käypähoitosuositukset jne.) kuitenkin perustuvat juuri vanhakantaiseen reduktionistiseen ajatteluun. Ongelmaksi muodostuu kuitenkin se, että panoksia ja tuotoksia/vaikutuksia analysoimalla tai panos-tuotos tai panos-vaikutussuhteita tarkastelemalla me emme vielä ymmärrä millaisten mekanismien kautta transformaatio tapahtuu. Toiminnan kehittämisen ja oppimisen näkökulmasta tämä on kuitenkin välttämätöntä. Mikäli me haluamme vapautua vaikuttavuusharhasta ja siitä mahdollisesti seuraavista virhepäätelmistä, meidän on avattava makrotason kausaalinen suhde meso- ja mikrotason muuntomekanismien kautta (Byrne 2013; Byrne & Callaghan 2014; Uusikylä 2019).

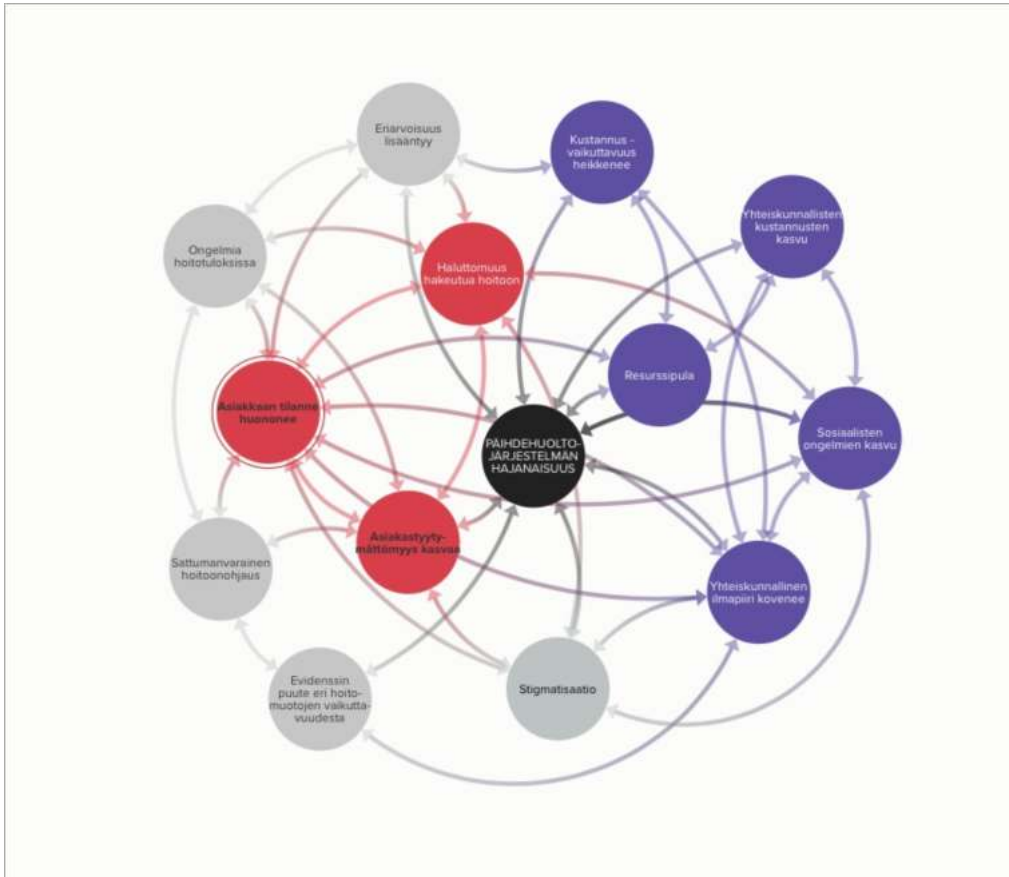
Kuviossa 3 on havainnollistettu, kuinka päihdehuollon strateginen vaikuttavuustavoite on avattavissa (mallin lähtökohdista ks. Coleman 1990; Uusikylä 2019). Lähtökohdaksi on otettu päihdepalveluita ohjaavat strategiset linjaukset ja toimintasuunnitelma. Ne on nimetty X:ksi. Jotta kyseisen vaikuttavuustavoitteen alla toteutetuilla toimenpiteillä (ennaltaehkäisy, neuvonta, kuntoutus jne.) voitaisiin saavuttaa haluttuja vaikutuksia tai vaikuttavuutta, tulee toimintaan palveluyksiköiden (esim. kuntien päihdepalvelut)  $x_1$  tai yksilöiden (esim. päihdepalvelutyöntekijät)  $x_2$  sisäistää ne ja/tai ottaa mallit tai uudet ajatukset osaksi toimintaa. Ketju voi mennä organisaatioiden kautta (esim. strategiat tai prosessit) yksilötasolle tai siirtyä henkilöille suoraan. Vaikka näin tapahtuisikin, eivät sisäistetyt mentaalimallit tai uudenlainen ajattelutapa välttämättä vaikuta konkreettisesti, ellei niillä ole käyttäytymisen muutokseen johtavia seurauksia. Vasta kun yksilöt alkavat toimia ( $y_1$ ) toisin, voi systeminen muutos levitä. Perinteisesti organisaation toiminnan on katsottu muuttuvan yksilöiden toiminnan muutoksen summana ( $y_2$ ). Nykyisessä organisaatiokirjallisuudessa (esim. Centola 2018) on korostettu, että yksilön käyttäytyminen leviää tehokkaimmin "tartunnan kautta" esim. voimakkaiden mielipidevaikuttajien tai muutosagenttien kautta. Tällainen tartunta voi lähteä hyvinkin nopeaan, jopa eksponentiaaliseen kasvuun tietyn kynnyksarvon ylittyessä. Tällöin tapahtuu ns. *tipping point* -ilmiö. Kuvion 2. alanurkassa on kuvattu systemisen muutoksen alkupiste, jossa yksilötason käyttäytyminen synnyttää systemisen muutoksen. Se voi toki lähteä jo edellisestä vaiheesta ( $x_2$ ), jolloin jo uudet ajatukset ja mentaalimallit saattavat

levitä esimerkiksi sosiaalisen median kautta ja synnyttää nopeasti järjestelmätason muutoksen. Päihdepalveluiden kohdalla systeemisen muutoksen synnyttämisen aikajänne vaihtelee lyhyen aikavälin tuloksista ja vaikutuksista (esim. hallituskauden aikana tehdyt kokeilut), keskipitkän aikavälin muutoksiin (esim. lakiuudistukset) ja pitkän aikavälin muutokseen (esim. toimintakulttuurimuutokset). Silti on tärkeää, että erilaisia muutoksia seurataan ja arvioidaan systemaattisesti. Myös keskipitkän ja pitkän aikavälin muutosten seuranta on tärkeää, vaikka niiden taustalla olevat avainalueet ja hankkeet olisivat jo päättyneet.



**Kuvio 3.** Päihdepalveluiden kehittämisen systeeminen malli (mukailten Uusikylä 2019).

Tässä selvityksessä tarkastellaan ensi sijassa yllä esitetyn kuvion meso- ja mikroaluetta eli päihdepalveluiden kentän toimijoiden näkemyksiä ja niiden taustalla olevaa ymmärrystä päihdepolitiikan ja -hoitomuotojen vaikuttavuudesta. Alue on erotettu kuvion alaosassa omaksi kokonaisuudekseen. Selvityksen lopussa perehdytään muutosmekanismeihin alue- ja paikallistasolla sekä hoitoyksiköiden palveluprosessien analyysissa. Alla on kuitenkin tiivistetty yhteenvedonomaaisesti haastateltujen asiantuntijoiden näkemykset päihdepolitiikan järjestelmätason keskeisistä haasteista.



**Kuvio 4.** Päihdehuoltojärjestelmän haasteet systeemisenä ilmiönä (makro)

Yhteenvedona haastateltujen näkemys päihdepolitiikan järjestelmätason ongelmista voidaan tiivistää kuviossa 4 esitettyyn systeemikuvioon. Kuvion keskiössä on nykyisen päihdepolitiikan epäjohton mukaisuus. Sillä viitataan epäselviin rooleihin ja vastuisiin eri päihdehuolto toimijoiden välillä, yhdenvertaisuusongelmiin palveluiden saatavuudessa sekä julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin epäselviin rajapintoihin. Lisäksi hoitomuotojen moninaisuus, joka osin johtuu asiakasryhmien erilaisista tarpeista, vaikeuttaa hoitomuotojen tuloksellisuuden arviointia ja palveluohjauksen toimivuutta. Näin päihdepotilaiden alihoito (tai vääränlainen hoito) voi vaikeuttaa potilaiden tilannetta, heikentää motivaatiota ja synnyttää haluttomuutta hakeutua hoitoon. Nämä tekijät yhdessä puolestaan rapauttavat palvelujärjestelmän yleistä legitimitettä ja uskottavuutta, millä puolestaan saattaa olla suuria vaikutuksia tapaan, jolla yhteiskunnassa yleisesti suhtaudutaan päihdeongelmiin ja niiden hoitoon. Mikäli seurauksena on päihdepotilaisiin kohdistuvaa leimaamista tai stigmatisaatiota, saattaa se entisestään heikentää päihdehuolto resursseja ja tätä kautta lisätä sosiaalista eriarvoisuutta ja ongelmien kasvua. Täytyy muistaa, että tällainen systeeminen kuvaus on vain karkea yhteenvedo asiantuntijoiden kertomuksista eikä suinkaan kausaalisuhteisiin perustuva ns. polkumalli, jossa jokaisen osatekijän suhde toiseen olisi tilastollisesti todennettu. Systeemikarttojen etuna on kuitenkin niiden selkeys, mikä toivottavasti palvelee aiheen ympärillä käytävää jatkokeskustelua.

## 4. Asiakas ei olekaan aina oikeassa

Perustuslain mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Kiireellinen sairaanhoito mukaan lukien mielenterveys- ja päihdehoito sekä psykososiaalinen tuki on annettava potilaalle asuinpaikasta riippumatta (terveydenhuoltolaki 50 §). Jokaisella kunnassa oleskelevalla henkilöllä on oikeus saada kiireellisessä tapauksessa myös yksilölliseen tarpeeseensa perustuvat sosiaalipalvelut siten, ettei hänen oikeutensa välttämättömään huolenpitoon ja toimeentuloon vaarannu (sosiaalihuoltolaki 12 §). Lisäksi perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut siten kuin tarkemmin lailla säädetään (19 §).

Päihdepalvelujen järjestämisvelvollisuudesta säädetään sosiaalihuoltolaissa, terveydenhuoltolaissa ja päihdehuoltolaissa.

Sosiaalihuoltolain perusteella sosiaalipalveluja on järjestettävä mm. päihteiden ongelmakäytöstä ja mielenterveysongelmasta aiheutuvaan tuen tarpeeseen (3 luku 11 § ja 14 §). Päihdetyöllä vähennetään ja poistetaan päihteisiin liittyviä hyvinvointia ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä sekä tuetaan päihdeettömyyttä. Lain mukaan päihdetyöhön kuuluu:

- ohjaus ja neuvonta
- päihteiden ongelmakäyttäjille, heidän omaisilleen ja muille läheisille suunnatut sosiaalihuollon erityispalvelut
- muut 14 §:n mukaiset päihdeettömyyttä tukevat tai päihteiden ongelmakäytön vuoksi tarvittavat sosiaalipalvelut

Lisäksi terveydenhuoltolaissa on säädetty, että kuntien on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen päihdetyö, jonka tarkoituksena on vahvistaa yksilön ja yhteisön päihdeettömyyttä suojaavia tekijöitä sekä vähentää ja poistaa päihteisiin liittyviä terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä (28§). Terveydenhuoltolain mukaan päihdetyöhön kuuluu mm. terveydenhuollon palveluihin sisältyvä ohjaus ja neuvonta sekä päihteiden aiheuttamien sairauksien tutkimus, hoito- ja kuntoutuspalvelut.

Päihdehuoltolain mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä palveluja tulee kehittää siten, että niiden piirissä pystytään hoitamaan riittävästi päihteiden ongelmakäyttäjiä. Tarvittaessa tulee avun, tuen ja hoidon tarpeessa oleva asiakas ohjata erityispalvelujen piiriin. Palvelut tulee järjestää ensisijaisesti avohuollon toimenpitein siten, että ne ovat helposti tavoitettavia, joustavia ja monipuolisia (3 § ja 6 §). Tarvittaessa on oikeus laitospalveluun. Oikeus päihdehoitoon ja –kuntoutukseen määräytyy päihdehuoltolain 7 §:n perusteella:

- päihdehuollon palveluja tulee antaa henkilölle, jolla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia sekä hänen perheelleen ja läheisilleen
- palveluja on annettava henkilön, hänen perheensä ja muiden läheisten avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella



Päihdehuollon keskeisiä periaatteita on, että palvelujen piiriin voidaan hakeutua oma-aloitteisesti ja niin, että asiakkaan itsenäistä suoriutumista tuetaan, hoito perustuu luottamukseen ja että toiminnassa otetaan huomioon ensisijaisesti ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä etu. Tarvittaessa on autettava ratkaisemaan myös toimeentuloturvaan, asumiseen ja työhön liittyviä ongelmia.

### **Perusoikeuksista sotkuiseen palveluprosessiin**

Lain määrittelemällä tasolla kansalaisen oikeudet saada laadukasta ja tarpeeseen soveltuvaa päihdetukea ja -palvelua vaikuttavat selkeältä ja aukottomalta. Käytännössä asiakaspalvelun rajapinnassa tilanne on huomattavasti sekavampi. Resurssien niukkuus, puutteellinen tieto erilaisista hoitomuodoista, asiakkaan tarpeen heikko ymmärrys ja kohtaamisen ongelmat saattavat päihdeongelmista kärsivät asiakkaat tai potilaat hankaliin tilanteisiin.

Haastatellut olivat varsin yksimielisiä siitä, että aivan ensimmäinen kiireellinen hoito toteutuu useimmissa kunnissa vähintään tyydyttävästi. Tämä tarkoittaa sitä, että alkoholin osalta katko ja huumeiden osalta vieroitus ovat kohtalaisen hyvin saatavissa ja kohtuullisen ajan kuluessa. Alkoholikatkon osalta kuvattiin, että usein hoitoon pääsee käytännössä heti. Tämän jälkeen syntyy usein kuitenkin ensimmäinen nivelvaihe eli katkos katkaisuhoidosta jatkohoitoon. Tämä voi olla potilaalle jopa hengenvaarallinen. Katkaisuhoidon tai vieroituksen jälkeiset repсахdukset voivat olla rajuja ja johtaa hengenvaaraan.

*"Meillä kiireettömyys koskee kaikkia päihdepalveluita. Tästä syntyy avohoitopainotteisuus ilman että on resursseja riittävästi eikä asiakas siis pääse hoitoon. Ihan liian usein ideologiana on, että avohoito sopii kaikille. Sitä sitten lähdetään arvioimaan, kuinka ohjataan sopivimpaan palveluun ja tässä syntyy vaarallinen viive."*

Monet haastatellut kantoivat huolta siitä, että ihmisiä putoaa asiakaspoluilta siksi, että kokevat tarjottujen palveluiden sopivan heille huonosti. Näin menetetään mahdollisuus kuntoutukseen, kun asiakas putoaa pois palvelupolulta. Joustavuutta asiakkaan kannalta pidettiin tärkeimpänä ratkaisuna tähän ongelmaan. Samalla todettiin, että tämä tavoite haastaa päihdepalvelujärjestelmäämme moniin toimintatapojen uudistuksiin. Kyse ei tässä ole hoitoidologioista eikä hoitomuotojen välisestä kamppailusta vaan siitä, että ihmiset ovat erilaisia. Siksi tulisi ponnistella oikean etenemistavan löytämiseksi kunkin asiakkaan kannalta. Järjestelmän jäykkyydet voivat olla tässä esteenä.

Myös palvelutarpeen arviointi voi kestää aivan liian kauan. Useiden haastateltavien mukaan palvelutarpeen arvioinnin aikana ongelmat voivat vaikeutua tai potilaan ikkuna hakeutua hoitoon sulkeutua. Liian tiukkoja hoitoidologioita kritisoitiin myös siksi, että ihmiset ohjataan tiettyyn palveluun, esimerkiksi ryhmähoitoon. Joskus asiakas voi kokea, ettei tarjottu hoito sovellu hänelle – esimerkiksi ryhmähoito voi sosiaalisesti rajoittuneemmille henkilöille olla raskas tai soveltumaton hoitomuoto. Haastateltavien mukaan hoitava organisaatio saattaa todeta, että asiakkaan motivaatio ei ole riittävä ja hänen hoitopolkuaan kavennetaan. Tätä kuvattiin kohtaamisongelmaksi. Hoitavan organisaation ja terapeutin käytössä ei ole aukotonta menetelmää tietää, mikä hoito sopii parhaiten jollekin ihmiselle. Asiakkaan

aloitteesta tarjotun palvelun vaihtaminen on vaikeata, joten asiakkaan kannalta katsoen monet ovat väärässä hoidossa ja sinnittelevät mukana, jottei heidän hoitopolkunsa katkea.

Haasteltujen asiantuntijoiden mukaan tarvitaan monipuolinen palvelupaletti ja mahdollisuus katsoa yhdessä asiakkaan kanssa erilaisten palveluiden soveltuvuutta ja myös tarvittaessa hoitojen intensiteettiä. On tilanteita, joissa intensiivisempi apu on tarpeen, ja toisaalta tilanteita, joissa liian intensiivinen ote ei välttämättä johda parhaaseen tulokseen.

**Intensiteetin ongelma päihinäkuoressa:** Avohoito voi olla asiakkaalle riittämätön ja jos laitoshoidoa ei järjestetä, polku voi jatkua paluuna katkaisuhoidon ja taas takaisin avohoitoon. Vaarana on, että hoitojatkumot ovat liian lyhyitä pätkiä – olisi arvioitava tarkoin, kuinka paljon kukin asiakas tarvitsee aikaa.

Intensiteetti on oleellinen onnistumisen edellytys. Tällä tarkoitetaan asiakkaalle tarjottavaa riittävää kosketusta ammattimaisen päihdehuollon kanssa. Osa toimijoista kannatti ryhmämuotoista toimintaa ensisijaisena vaihtoehtona, toiset näkivät perinteisen terapiatyypin parikeskustelun keskeisenä.

Yhtä mieltä oltiin siitä, että laitostuntoutuksella on tärkeä sijansa palvelukokonaisuudessa. Laitostuntoutuksen kysymyksissä mm. esitettiin, että kaikkia potilaita ei voida motivoida laitostuntoutukseen. Myllyhoito- tai Minnesota-tyyppinen laitostyöskentely ei sovi kaikille tai kaikki eivät ole halukkaita lähtemään laitoshoidon ylipäätään. Toisaalta nimenomaan myllyhoitotyypinen laitostuntoutus on osoittautunut erittäin toimivaksi oikeiden asiakasryhmien osalta, totesivat monet toimijat. Toimijoiden mukaan laitostuntoutusjaksot ovat lyhentyneet. Toisille potilaille tämä voi olla hyvä, moderni askel, mutta toisille lyhentyneet jaksot ovat selkeästi alihoitoa, jonka aikana ongelmat eivät riittävällä tavalla ratkea. Tässä hoidon intensiteettiä pidettiin keskeisenä asiana. Asiakkaalla on oikeus saada tarpeenmukaista hoitoa, ja siksi taloudellisista tai toiminnallisista reunaehdoista huolimatta hoidon laajuus ja tarkoituksenmukaisuus on ratkaisevaa.

Monet haastatellut pitivät päihdehoitojärjestelmäämme epäsystemaattisena. Yhtenäisiä hoitolinjauksia ja erityisesti käytäntöjä on vaikeata hahmottaa, eri kunnat järjestävät toimintansa hyvin eri tavalla. Lisäksi päihdeongelmien laaja kirjo ja eri potilasryhmien tilanteen erilaisuus lisää epäsystemaattisuutta. Ellei asiakas saa maksusitoumusta niin avohoito katsotaan riittäväksi toimenpiteeksi. Erityisesti 12 askeleen toimijat kantoivat huolta siitä, ettei asiassa välttämättä ole kysytty asiakkaalta mitään. Osa haastatelluista oli huolissaan siitä, toteutuuko päihdepalvelujen saatavuuden osalta kansalaisten yhdenvertaisuus. Tätä huolta kantoivat useimmat toimijat, ja erityisesti pienten kuntien osalta tilanteen koettiin olevan hyvin vaihteleva.

*"Ettei asiakasta palloteltaisi vaan katkolta olisi reitti eteenpäin."*

*"Työntekijät on todellisuudessa kyllä usein tilanteessa, että haluaisin tehdä tätä ja tätä, mutta kun en voi koska kilpailutukset ja kunnan toimintatavat rajoittavat valinnan mahdollisuuksiani."*

Resurssien riittävyyden suhteen muun muassa seuraavat ongelmat nousivat haastatteluissa vahvasti esiin:

- Viive päästä hoitoon on ongelma
- Päihdelääkäreitä on ihan liian vähän – ei riittävä erikoistumisala
- Muutakin henkilökuntaa on liian vähän
- Toimijoilta on otettu valtaa pois
- Laajasti sanoen henkilöstön määrää ja koulutusta tulisi lisätä.

### **Kilpailutus synnyttää alihoitoa ja epäjatkuvuuksia**

Kilpailutuksen ja kuntatoiminnan kehittämisen yksi ongelma on se, että asiakastyötä tekeviltä työntekijöiltä on riisuttu valtaa. Monet toimijat kokivat, että aiemmin he saattoivat tehdä potilaan tilanteen mukaisia päätöksiä ja ohjata jatkohoitoon tilanteen mukaisesti. Nyt ulkopuolinen toimija tekee asiasta paperilla päätökset, jonka seurauksena hoitoa tarvitsevan tai asiakastyötä tekevän ääni häviää päätöksenteosta. Kokoavasti todettuna eri haasteltujen mielestä ratkaisevaa on palvelujen organisoimisen tapa. On tärkeää myös, että työntekijät tuntevat päihdehoidon kokonaisuuden ja, että heillä on lähialojen ammattilaisten tuntemusta. Kävi ilmi, että osa päihdetyöntekijöistä oli huolissaan esimerkiksi lastensuojelun toimijoiden päihdeosaamisesta. Tässä on selkeä kehityskohde. Lastensuojelulaki ja sosiaalityö dominoivat vahvasti asioita, jotka päihdetyön osalta tapahtuvat alaikäisten osalta. Laitospaikkoja, joissa voitaisiin toteuttaa intensiivistä hoitoa, on vähän. Psykiatrisia palveluita on vaikeata saada.

Kilpailutus määrittelee pitkälti sen mitä palveluita toimijat voivat tarjota. Kun isot kokonaisuudet on kilpailutettu, kilpailutus määrää toimijat ja hoidon sisällön vuosiksi. Kuntatalouden kriisi ohjaa asiaa siten, että eri kunnat haluavat määritellä tekemiset itse. Valtakunnallisten kriteerien puuttuessa vaihtelu kuntien toimenpiteiden välillä on huomattavaa. Käytännöt eivät näin ole yhtenäisiä. Pahimmillaan tämä voi johtaa päihdeongelmien alihoitoon ja siihen, että hoitopolut tarpeettomasti pitenevät, viivästyvät ja ovat alimitoitettuja. Hankintalain mekaaniseen soveltamiseen liittyen arvioitiin, että kuntatalouden yleinen kiristyminen on johtanut tilanteeseen, jossa taloudelliset perusteet ovat ensisijaisia.

*"Kyllä voi olla, ettei aina kuulu asiakkaan ääni ja että palvelutarjoajiltakaan ei kysytä. Iso hankaluus on siinä, kun hinta 80 ja laatu 20. Tämä voi vaikeuttaa laadukkaiden tuottajien valitsemista."*

*"Erityisesti pienet eivät välttämättä pärjää kilpailuissa hinnalla."*

*"Jos palveluntuottajana maalaat sitä kuvaa mitä voitaisiin tehdä niin kun ilmoitat hinnat, et pärjääkään, on aika tylyäkin ja halvin hinta ja laatukriteeriä ei ole niin paljon ja palvelukuvaus hyvin yleinen."*

*"Hyvä tilaaja-tuottajasuhteen vaaliminen on sopimuskauden mittainen, ei ole pitkäkestoista sitkoa."*

Painetta syntyy näin potilaskohtaisten hoitoketjujen suunnitteluun. Kun asiakkaalla on monenlaisia haasteita, hän esimerkiksi on pyörätuolissa eikä ole asuntoa ja tilanne kaikkiaan voi olla komplisoitunut, esimerkiksi on rikosasioita selvitettävänä, niin on ennakkoon neuvoteltava jatkosta. Jos kuntoutuslaitoksen käytössä on neljä viikkoa, syntyy vakava haaste minne kotiutuu ja kuka on seuraava "kopin ottaja".

*"On hukkaan heitettyä rahaa, ellei ole laitoshoidon jälkeen jatkumoa."*

*"Ei pidä olla liian mustavalkoista ehkä semmoisena jatkumona ei koske kaikkia. On osa asiakkaita, jotka on vielä enemmän marginaalissa kuin toiset, esimerkiksi digipalvelut ovat tavoittamattomissa. Osa ihmisistä tarvitsee tosi läsnä olevaa ohjausta mutta semmoisia resursseja on vähän."*

Toimijat kuvasivat tiettyä turhautumista kilpailutuksen koettuun byrokratiaan. Koettiin, että päätökset esimerkiksi maksusitoumuksista tehdään liian kaukana sieltä, missä asiat tapahtuvat, siis asiakkaan ja palveluntarjoajan ulottumattomissa. Tämän kokemuksen artikuloivat toki tahot, jotka tarjoavat kilpailutuksissa palveluitaan kunnille.

*"Se on niin byrokraattinen systeemi: työntekijät antaisi sitoumuksia mutta joku jossakin tekee päätöksen että ei voi käyttää meidän palveluita."*

Aivan erityisesti kilpailutusten ja päihdehuollon kokonaisjärjestelmän koettiin vaikeuttavan riippuvaisen läheisen asemaa. Tämän osalta muut kuin kunnalliset toimijat pitivät kehittämistyötä tärkeänä haasteena.

*"Läheisetkin haluaisivat kunnon hoitoa – ei ymmärretä sisältöjä. Tarvitaan läheisille maksusitoumuksia. Ja tarvitaan kattavia hoitomuotoja. Läheiset on rajattu pahimmillaan hoidon ulkopuolelle."*

*"Läheiset on meillä ihan liian hoitamattomia."*

Haastatteluissa kuvattiin, kuinka läheisiä on ohjattu terveyskeskuksen psykologin puheille. Tämän ei todettu olevan riittävä hoitovaste, koska läheisten sairastuminen riippuvuudesta kärsivän ohella on erityisosaamista vaativa kysymys. Todettiin, että riippuvuudesta kärsivien läheiset ovat valtava kohderyhmä.

*"Kun Suomessa on puoli miljoonaa alkoholin suurkuluttajaa, niin läheisiä on ainakin miljoona."*

Kilpailutuksen toteutustapa monissa kunnissa sai ankaraa kritiikkiä. Tuloksia kuvattiin jopa absurdeiksi, kun hankintapäätöksiä saatetaan tehdä lähinnä taloudellisin perustein ja niin, etteivät edes kunnan päihdetoimijat voi riittävästi vaikuttaa hankintapäätöksiin.

*"Onhan tämä raskasta palvelun tarjoajalle kun ei tiedä jatkuuko toiminta kilpailutuksen jälkeen."*

*"Voi tulla aivan absurdeja tuloksia. Esimerkiksi tapauksessamme vaihdoimme saman sisältöiset palvelut päittäin toisen tarjoajan kanssa: me jatkettiin heidän yksiköidensä työtä ja he meidän."*

Kehitystyötä ja pitkäaikaisia kumppanuuksia voi olla vaikea toteuttaa tilanteessa, jossa jatkuvat kilpailutukset katkaisevat toimivia yhteistyösuhteita. Lisäksi tämä johtaa

palveluvääristymiin. Monet palveluntarjoajat kuvasivat, että on tarjottava sitä, mitä kunnat ostavat. Näin päihdehuollon sisällöt kärsivät. Kuntien kannalta hankintalain toteutus voi johtaa sisällöllisiin vääristymiin ja siihen, että palvelupalettia ei voida rakentaa sellaiseksi kuin päihdepalvelujen tehokkuuden kannalta olisi mielekästä. On myös mahdollista, että palveluntarjoajat tarjoavat enemmän kuin asiakkaat tarvitsisivat. Asiakkaat voisivat pärjätä ehkä kevyemmällä hoidoilla ja kunnioitus asiakasta kohtaan voi unohtua, kun kilpailutusta varten tarjousasiakirjat optimoidaan hyvää tulosta ajatellen.

*"Kilpailutuksen ongelmat allekirjoittanevat toimijat puolin ja toisin, siis sekä tilaajat että tarjoajat."*

*"Tehdään kliinisesti tyhmiä päätöksiä taloudellisin perustein."*

Monet toimijat esittivät, että aitoa tilaajan, tuottajan ja asiakkaan välistä hoitokumppanuutta ei synny. Hienoudet jäävät sikseen ja mennään siitä, mistä aita on matalin, siis optimoidaan tarjoama sen mukaisesti, mikä kilpailutusasiakirjojen kannalta näyttää osuvimmalta. Parannusehdotuksena monet esittivät pidempiä sopimuksia ja kokemuksen, kumppanuuden ja laadun pistearvon nostamista hankinnoista päätettäessä.

*"Pahimmillaan myös alan kehitystoimet ovat norsunluutornissa kaukana toimijoista, ja tämä myös on osin sidoksissa kilpailutukseen"*

Hankintalain soveltamisessa on havaittavissa selvää riskiaversiivisuutta. Käytännössä tämä tarkoittaa, että vaikka kansallinen hankintalaki ja EU-säädökset mahdollistaisivat kynnysarvon alittavien hankintojen osalta suorahankinnat tai ns. minikilpailutukset, kilpailutetaan päihdehuollon palveluita "varmuuden vuoksi, ettei tule sanomista". EU-terminologiassa tällaista kansallista yli-innokkuutta kutsutaan termillä gold-plating. Lainsäädäntö antaisi mahdollisuuden toimia asiakas- ja laatulähtöisemmin. Läheinenkin voisi olla mukana ja kuultaisiin laajemmin asiakasta sekä muita sidosryhmiä toimivammalla tavalla. Tällaisia yhteiskehittämisen kaltaisia toimintatapoja tuli esiin myös tämän selvityksen haastatteluissa joidenkin kuntien osalta. Pääosin nykyinen toimintatapa arvioitiin kuitenkin ongelmalliseksi.

*"Kyllä pitäisi tutkia hoidon vaikuttavuutta jollakin tavalla. Kilpailutuskäytännöt ei tee sitä helpoksi."*

*"Kunnalla iso intressi: raha. Tämä on ihan oikea intressi. Mutta pitäisi rakentaa järjestelmä niin, että se sekä ohjaa taloudellisimpaan toimintatapaan että vaikuttavimpaan hoitotoimintaan. JA että tätä kaikkea voidaan ohjata ja nähdään kokonaisuus."*

*"Jos voitaisiin osoittaa parhaat palvelupolut kullekin asiakasryhmälle. No tätähän ei voida aukottomasti tehdä. Mutta pohtia ja kehittää voidaan. Pienemmissä kunnissa varsinkin voi olla todella raakaa päätöksentekoa noin vaikuttavuuden näkökulmasta. Tämä ei ole mustavalkoinen asetelma. Kaikkea me ei voida nähdä mutta me ei myöskään olla sokeita, me voidaan arvioida tilanteita."*

## Tavoitteellisuutta hoidon määrittelyyn

Päihdepalveluiden tarjoamisen tulisi olla asiakkaan tarpeista lähtevää ja tavoitteellista. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että päihdepalveluja toteutettaessa olisi mahdollista asettaa asiakkaan kanssa realistinen tavoite: esimerkiksi raitistuminen, elämänlaadun parantuminen, toipumispolun avaaminen. Erityisen tärkeätä on useimpien haastateltujen mukaan laatia ammatillinen tavoitteen määrittely potilasta kuunnellen. Tätä lähestymistapaa kuvattiin muun muassa näin:

*"Toipumisusko ja rehellisyys riippuvuuden kysymyksissä on oleellista. On tähdättävä toipumiseen."*

Hoitoon ohjaamisessa on kunnioitettava jokaisen asiakkaan ainutlaatuisuutta ja ymmärrettävä että toipuminen voi olla pitkä prosessi, joka sisältää monia vaiheita. Aina ei päästä täydelliseen lopputulokseen, mutta tämä ei saisi vähentää jokaiseen asiakkaaseen kohdistuvaa kunnioitusta. Tavoitteellisuudessa oli havaittavissa hienoisia eroja haastateltavien välillä. Kunnalliset toimijat ja perinteisemmän lähestymistavan edustajat (esim. A-klinikka) näkivät välietappien ja osatavoitteiden tärkeyden. Sen sijaan 12 askeleen perinteeseen kuluvat toimijat asettivat tavoitteet päämäärätietoisemmin: tavoitteen on oltava raittius ja toipuminen.

Tässä on huomattava, että samalla myös tavoitteellisemmat toimijat näkivät toipumisen polkuna, jossa voi olla useita lähtöjä ja repsahduksia. Lisäksi kunnioitettiin ajatusta potilaiden moninaisuudesta: esimerkiksi vakavan riippuvuussairauden hoitaminen on erilaista kuin alkavan suurkulutuksen. Kohtuullisuutta ja toipumisen realistisuutta kuvaavat seuraavat lausumat:

*"Järjestöt on olleet ideologisia jossakin asioissa. Mutta raittiuden suhteen ei saa olla ideologinen vaan on kunnioitettava yksilön tarpeita. Keinotekoisia raja-aitoja ei saa pystyttää."*

*"Ammattimainen päihdetyön kokonaisuus sisältää kokemusasiantuntijat ja ammatilliset työotteet. Pitää osata rakentaa työnote, joka sisältää molempien osapuolten hyvät puolet. Ja jonka keskiössä on asiakas."*

Kaikki toimenpiteet, joita päihderiippuvuuteen liittyy, eivät siis ei ole hoitoja, vaan ensi vaiheessa saatetaan tähdätä esimerkiksi haittojen vähentämiseen tai sosiaalisten ongelmien ratkaisemiseen, kuten asuntokysymyksen ratkaisemiseen. Aluksi ensimmäinen tavoite voi olla välittömän elämänlaadun parantaminen ja toipumisprosessin käynnistäminen.

*"Jokainen elämä on arvokas myös vaikka ei toipumista tapahtuisi. Meidän ei pitäisi varsinkaan aluksi mitata ihmisen arvoa sillä, millaisia tuloksia saavutetaan. Niitä tulee sieltä, mutta meidän pitää kunnioittaa ihmisiä."*

*"Eri mallit toimii eri tyypeille eikä voi sanoa että jokin tietty on ainoa oikea. Ja siis, tähän voi muuttua toipumisprosessin kuluessa se, mikä toimii."*

*"Elementit vie yksi kerrallaan eteenpäin, voi tapahtua tietty kolahdus että ahaa, nyt minä pääsen eteenpäin."*

Hyvän päihdehoidon osalta monet haastatellut pitivät tärkeänä, että on mietittävä ennalta mihin tähdätään ja määrittää se missä vaiheessa asiakas on: onko hän esimerkiksi toipumispolulle astumisen harkintavaiheessa vai aktiivisen hoidon vaiheessa. Ellei asiakas itse näe tilannettaan, on terapeutin johdateltava kohti ymmärrystä, toki dialogissa asiakkaan kanssa.

Ilmiöpiiriin liittyy monia oheistekijöitä, kuten sosiaaliset ongelmat, esimerkiksi asunnottomuus tai mielenterveydelliset kysymykset kuten masennus. Näihin juurisyyhin pureutuminen ja tavoitteellinen päihdeongelman ratkaisu on tärkeätä hoitopolkua rakennettaessa ja eri interventioita toteutettaessa. Tässä suhteessa palvelujärjestelmä kaipaisi kirkastamista: mikä on erilaisten toimenpiteiden asema kokonaisuudessa. Erityisesti toipumiskeskeisen menetelmän edustajat kritisoivat palvelutarpeen arvioinnin sattumanvaraisuutta ja sen kestoa. Palvelutarpeen arvioinnin lähtökohtana saattaa heidän mukaansa olla kunkin sektorin oma agenda, eikä kokonaisuutta näin pystytä rakentamaan johdonmukaisesti. Haastellut korostivat kokonaisvaltaisen tilanteen määrittelyn tärkeyttä:

*"Mikä on hoidon tavoite: vähentäminen vai lopettaminen?"*

*"Onko kyseessä katkaisu vai vierotus vai ylläpitohoito ja onko hoidon tavoite kuntouttava vai haittoja vähentämään".*

*"Esimerkiksi korvaushoito on ihan erilaista riippuen siitä, onko se tarkoitettu haittoja vähentämään vai kuntouttamaan toipumispolulle."*

Osa potilaista tarvitsee monien haastateltujen mukaan havahduttamista, mutta tilanteensa ymmärtäneet tarvitsevat rohkaisua ja kannustusta. Ihminen tarvitsee itselleen sopivaa hoitoa, tai hoito ei toimi. Hoitotilanteessa terapeutille pitäisi olla selvää, mikä tilanne on, mitä tavoitellaan ja mitä tullaan tekemään. Terapeutin rooli nousi haastatteluissa keskeiseksi. Tästä enemmän luvussa 4.

### **Palvelusokkelosta palvelupolkuun**

Yhtenäisissä kiireettömän hoidon perusteissa (STM 2019) todetaan, että "suosituksen tarkoituksena on turvata riittävä, yhdenvertainen ja potilaiden yksilöllisyyden huomioiva menetelmävalikoima. Siksi suositus korostaa yhteistyötä ja erityistason antamaa tukea perustasolle. Näyttöön perustuvan, monipuolisen menetelmävalikoiman ylläpitäminen ja perustasolle tarjottavat toimintaohjeet, koulutus- ja konsultaatiotuki edellyttävät erityistason yksikön riittävää kapasiteettia ja perustason yksikön riittävää resursointia."

Todellisuus kentällä vaikuttaa kuitenkin toiselta. Osa haastatelluista kertoi, että nykyinen päihdehuollon palveluvalikoima on sekavaa eikä se tue asianmukaista hoitoonohjausta. Pallottelu eri palvelujen kuten sosiaalityö, työhallinto, terveydenhuolto, lastensuojelu välillä on asiakkaan ongelman hoitamisen kannalta haitallista ja estää laadukkaan palvelun tarjoamisen. Yleisesti esitettiin, että asiakkaan osallisuuden lisääminen ja yhtenäisen, helposti saavutettavan palvelupolun rakentaminen on oleellista silloin, kun asiakkaan elämässä on isoja haasteita. Useissa keskusteluissa pohdittiin, kuinka viestiä asiakkaille, että he ovat yhtä

kaikki tärkeitä yhteiskunnassa ja tärkeitä työntekijöille ja että heillä on yhteiskunnassa paljon annettavaa. Tällainen kohtaaminen vaatii omahoitajan kaltaista suhdetta työntekijään. Sirpaleisen palvelukokonaisuuden sokkeloissa seikkaileminen ei ole asiakkaan kannalta tuloksellista.

*"Tärkeää olisi nähdä, millä tavalla päästä mukaan, onko se töitä, kerhoja vai millaisia toimia. Osattomuuden kokemus tuottaa sen, että ei näe omaa roolia yhteiskunnassa."*

*"Tämähän on niin kuin se juoksukilpailu kirjassa Liisa ihmemaassa: kaikki juoksijat voittavat!"*

*"Tärkeintä on, että tehdään. Tärkeintä on, että asiakas kohtaa ihmisen, jolla on kompetenssi tarjota apua, tukea ja tietoa."*

*"Asiakkaan muutosvalmius voi vaihdella: Sanoisin, että kaikkiaan kysymyksessä ovat eklektiset keinot, siis se että hyvin eri perinteistä otetaan menetelmiä ja käytetään niitä. Niin se vaan on. Että tää kaikki pitää nähdä välineenä toipumiseen. Haetaan sitä muutoshalukkuutta ja uutta ajattelua."*

*"Moniarvoisuus, monikärsisyys on realiteetti tällä alalla."*

Nivelvaiheita pidettiin yhtenä nykyjärjestelmän ongelmista. Tällaisia ovat esimerkiksi hoidon jatkuminen katkon ja vieroituksen jälkeen. Asiakkaan tarpeet voivat olla monenlaisia ja eri asiakkaiden osalta vaihtelevia. Lisäksi moni asiakas voi katkaisuhoidon tai vieroituksen jälkeen olla hyvin haavoittuvassa asemassa. Tällöin oleellista olisi kokonaisvaltainen vastuu ja koordinointi ja tietty henkilö, joka vastaa asiakkaasta. Nivelvaiheita on monia muitakin, kuten siirtyminen laitoshoidosta avopalveluihin. Kokonaisuus tulisi rakentaa niin että palvelu seuraa asiakasta eikä niin että asiakas etsii palveluita. Tilannetta hankaloittaa työntekijöiden työkuorma: asiakkaita on paljon ja työ on raskasta ja alalla on paljon vaihtuvuutta:

*"Asiakkaalle se tarkoittaa, että aina uusi ihminen, jonka kanssa aloitat alusta – tässä vertaistytöitä voisi vahvistaa ja koordinoida niin että olisi kannatteluja, vertaistukea jotta palvelupolku saadaan pidemmäksi."*

*"Et monihan voi olla tosi haavoittuvassa asemassa tai heikoilla. Niin ei ole voimia vaatia niiden luukkujen välissä niitä palveluita. Ja kun sama ihminen voi tarvita asuntoa ja sosiaalista tukea mutta on myös päihdeongelma, niin tää kokonaisuus pitäisi kyllä olla yhdessä paikassa hallinnassa."*

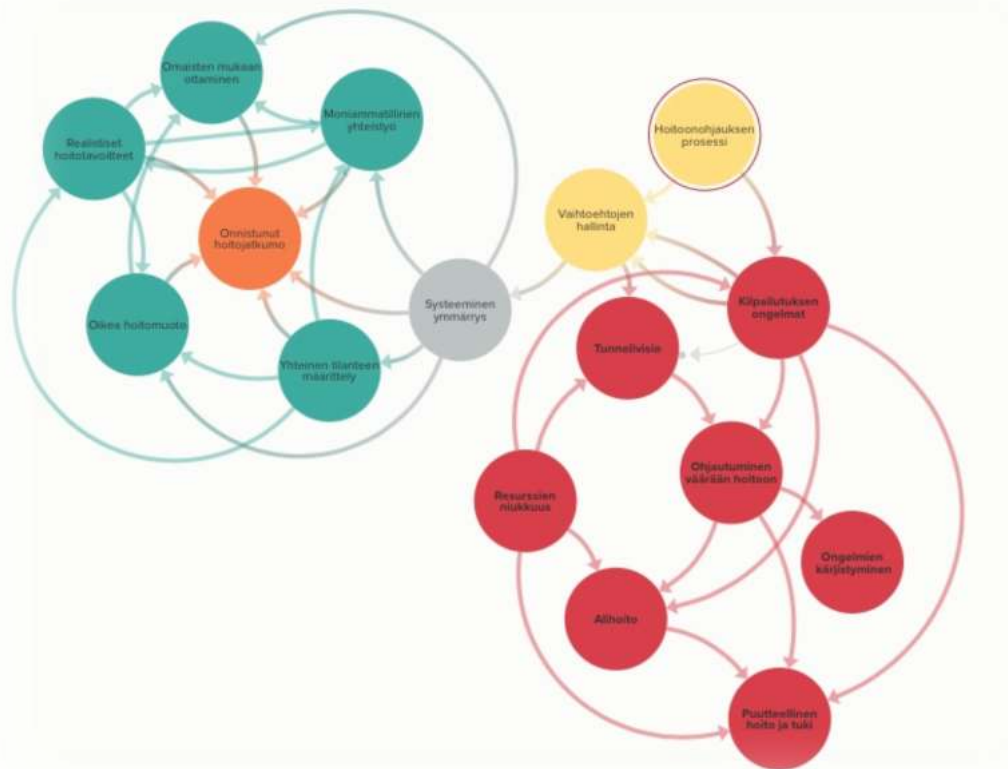
*"Kenen asiakas on silloin kun sosiaalityö ja somaattinen terveydenhoito tulee mukaan."*

*"Nuorten osalta jää kysymään, osaako lastensuojelun laitoshoidon päihdetyön."*

Kuvioon 5 on tiivistetty hoitoonohjaukseen liittyvät systeemiset huomioid palveluiden kehittämistarpeista. Varsin laajasti hoidon riittävää intensiteettiä pidettiin ratkaisevana. Tällä useat haastatellut tarkoittivat asiakkaalle varattua aikaa ja käyntien lukumäärää ja terapeutin kohtaamisten jaksotusta. Monien palvelupolkujen osalta juuri hoidon intensiteetti on se ratkaiseva tekijä, joka erottaa onnistumiset epäonnistumisista. Muut kuin kunnalliset toimijat esittivät kuitenkin laajasti huolen siitä, että taloudellisista syistä esimerkiksi lääkkeettömästä



hoidosta, joka sitoo enemmän työntekijäresursseja, tingittäisiin kustannusten säästämiseksi. Sama koski laitoshoidoa. Arveltiin, että avo- ja ryhmäpalveluita saatetaan tarjota myös taloudellisista syistä, vaikka ne eivät aina olisikaan paras vaihtoehto.



**Kuvio 5.** Päihdeasiakkaan hoitoonohjaus systeemisenä prosessina (meso)

Edellä on kuvattu päihdeasiakkaan haastetta oikean palvelun saamisen näkökulmasta. Tältä osin haastateltujen asiantuntijoiden kertomukset olivat pääosin yhdensuuntaisia. Kaiken lähtökohdaksi on hoitoonohjausprosessi ja asiakkaalle soveltuvien hoitomuotojen oikea-aikainen valinta. Tässä kunnilla on keskeinen rooli. Mikäli asiakkaan tarpeita ei ymmärretä kokonaisvaltaisesti tai tilannetta lähdetään määrittelemään liian tarjontalähtöisesti, ajaututaan yllä olevan kuvion punaiselle alueelle. Siinä puutteellinen tarpeen määrittely tai vetäytyminen kilpailutusvaateiden taakse ajaa päihdeasiakkaan väärään hoitokanavaan mikä puolestaan on omiaan kärjistämään ongelmia ja pahimmillaan saattaa vaarantaa potilaan terveyden.

Oikea-aikainen ja tarvelähtöinen tilanneajattelu ja systeeminen ymmärrys puolestaan synnyttävät hyvän kehän, jossa potilaan hoito alkaa todennäköisemmin tuottaa positiivisia tuloksia. Tärkeää on jo alkuvaiheessa hahmottaa asiakkaan tarve kokonaisvaltaisesti ja kytkeä hoitoprosessiin myös muiden sektoreiden edustajia - tarpeen niin vaatiessa. Moniammatillinen tiimi kykenee paremmin määrittelemään sellaisen hoitopolun, joka edistää

potilaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin kasvua. Lisäksi toipumiskeskeisissä hoitomuodoissa myös potilaan lähipiiriin mukaan ottamisen on todettu parantavan hoidon vaikuttavuutta (vrt. Oinas-Kukkonen 2013). Onnistuneen hoitopolun yhtenä keskeisenä edellytyksenä ovat myös yhdessä potilaan kanssa määritellyt hoidon realistiset tavoitteet. Nämä lisäävät motivaatiota ja sitoutumista hoito-ohjelmaan. Tavoitteiden seuranta ja arviointi ovat myös keskeisellä sijalla hoitosuunnitelman toimeenpanovaiheessa.

## 5. Yhteistyössä on voimaa

Yhtenäisissä kiireettömän hoidon perusteissa (STM 2019) todetaan, että kansalaisilla tulee olla yhdenvertainen mahdollisuus saada tarvitsemiin terveydenhuollon palveluita. Kuntien tulee järjestää riippuvuuksien hoidon ja kuntoutuksen palvelut sisällöltään ja laadultaan kunnassa esiintyvän tarpeen mukaisiksi. Päihdepalveluja tarjotaan ensisijaisesti avopalveluina, mutta niitä täydennetään tarvittaessa laitoshoidolla. Päihdeongelmat ja mielenterveysongelmat kietoutuvat usein yhteen. Päihteenkäyttö saattaa seurata mielenterveysongelmia tai aiheuttaa niitä, tai molempien taustalla saattaa olla yhteisiä altistavia tekijöitä. Yhteistyö päihdehuollon ja psykiatrisen hoidon kesken on usein tärkeää. Kuntien tehtävänä on koordinoita julkiset, järjestöjen tuottamat ja yksityiset päihdepalvelut toimivaksi kokonaisuudeksi."

Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto (PALKO) antoi kesäkuussa 2020 suosituksen alkoholiriippuvuuden hoidon ja kuntoutuksen psykososiaalisista menetelmistä. Suositukseen mukaan alkoholiriippuvuuden hoidossa vaikuttaviksi hoito- ja kuntoutusmenetelmiksi on todettu: kognitiivinen käyttäytymisterapia, motivaatiota vahvistava hoitomalli, 12 askeleen ohjelma, yhteisövahvistusohjelma, terapeutin yhteisö, pari-, perhe- ja verkostoterapia ja palkkiohoito. Motivoiva haastattelu ei suosituksen taustalla olevan selvityksen mukaan riitä alkoholiriippuvuuden hoidossa ainoana menetelmänä, vaan se valmistaa muihin hoitomuotoihin. Samoin mindfulness-pohjaisten terapioiden näyttö alkoholiriippuvuuden hoidossa vaikuttaa heikolta. Psykodynaamisen psykoterapian ja ratkaisukeskeisen terapian vaikuttavuudesta alkoholiriippuvuuden hoidossa ei suosituksen laatimisen yhteydessä tehdystä kirjallisuuskatsauksesta löytynyt tutkimuksia. Täytyy muistaa, että tässä yhteydessä on tarkasteltu ainoastaan psykososiaalisia menetelmiä, jotka eivät edusta päihdehuollon palveluiden koko kirjoa. Tästä huolimatta PALKOn suositus antaa kiinnostavan taustan sille miten haastatteluissa arvioitiin päihderiippuvuussairauksien hoidon eri menetelmiä ja palveluntuottajia.

"Päihderiippuvuutta pidetään usein enemmän moraalisenä ja sosiaalisena ongelmana kuin sairautena. Nykykäsityksen mukaan päihderiippuvuus on kuitenkin neurobiologinen sairaus, jolla on psykologinen ja sosiaalinen ulottuvuus" (Lääkäriliitto 2020). Tämä lähtökohta unohtuu usein päihderiippuvaisen potilaan kohtaamisessa ja saattaa vaikeuttaa jatkohoidon askelia. Haastateltavien mukaan palveluja sinänsä on saatavilla. Keskeinen haaste on kuitenkin niiden saavutettavuus asiakkaan kannalta. Tarvittaisiin lisää matalan kynnyksen tapoja saada asiakas hoitopolun alkuun. Tästä esimerkkinä käytettiin etsivää katutyötä ja esimerkiksi neulojenvaihtohuoneita, joiden kautta ammattihenkilöstö saa yhteyden huumeriippuvaiseen sen sijaan että tämä käyttäisi päihteitä kokonaan piilossa. Haavoittuvassa asemassa ei löydy apua. Usein hänellä on monia ongelmia ja usein hän ei voi käyttää esimerkiksi nettipalveluja. Tämän vuoksi tarvittaisiin, näin nähtiin yleisesti, erittäin selkeitä matalan kynnyksen ohjausmekanismeja.

Monet toimijat ovat myös julkisuudessa ja tämän selvityksen puitteissa painottaneet, että alkoholi- ja muiden päihderiippuvaisuuksien osalta on vaarana stigmatisointi ja asian käsittelyn pelkääminen. Erityisen voimakkaana tämä ilmiö on ilmaistu työterveyshuollon osalta. Työterveyshuolto onkin tärkeä taho ongelman tunnistamisessa.

### **Työterveyshuollolla on tärkeä asema ongelman tunnistamisessa**

Haastateltavien mukaan työterveydenhuollossa ei ole riittäviä valmiuksia päihderiippuvuuden tunnistamiseen, asian esille ottamiseen ja oikeaan hoitoon ohjaukseen. Ongelmana on monien haastateltujen mukaan, että työterveyshuollossa suhtaudutaan erityisesti alkoholiongelmiin mekaanisesti. Tehdään hoitoonohjauksen toimenpide, ja asian syvempi hoitaminen jää tekemättä.

Työmarkkinakeskusjärjestöt julkaisivat vuonna 2015 uuden Päihdehaitat hallintaan -suosituksen. Aiempi versio oli vuodelta 2006. Suositus on tarkoitettu toimintamalliksi kaikille työpaikoille. Siinä käsitellään päihdehaittojen ennaltaehkäisyä, käsittelyä ja hoitoonohjausta, tarjotaan tietoa päihdeohjelmien laatimiseen ja tukea päivittäiseen työhön. Suosituksessa annettujen ohjeiden toimeenpano työpaikoilla ei kuitenkaan ole onnistunut. A-klinikkasäätiön tekemässä seurantatutkimuksessa (Bennet ym. 2016) todettiin, että:

- 1) Alkoholiasioiden käsittelyn paikka työpaikoilla on epäselvä, mikä saattaa heikentää vaikuttavaa päihdetyötä
- 2) Työpaikoilla on saatu alkoholihaittoihin liittyvää koulutusta varsin vähän.
- 3) Valtaosassa työpaikkoja yleiset velvoitteet on täytetty, mutta ennaltaehkäisevässä työssä erilaisia välineitä ja menetelmiä on käytössä vähän.
- 4) Alkoholihaittoja käsitellään edelleen usein yksilön omana ongelmana sen sijaan, että ne koettaisiin koko työyhteisön ongelmana.
- 5) Alkoholihaittoja kohdattaessa tulee kiinnittää huomiota työntekijän kokonaistilanteen selvittämiseen.

Laajemmin haastateltavat totesivat, että työpaikolla tapahtuva tehokas päihdetyö on usein esihenkilöstä kiinni eli seuraako esimies työntekijänsä tilannetta vai saako työntekijä puutteellisten hoitotoimien jälkeen jatkaa juomista. Jälkimmäinen vaihtoehto yleensä johtaa lopulta työntekijän irtisanomiseen. Yleisesti todettiin, että työpaikkojen päihdetyö on hyvin vähän hallittua ja sopimusten ja ostopalvelujen pirstoma. Todettiin myös, että päihteet ovat yhä kipeä aihe, jota pelätään työpaikoilla. Puheeksi ottaminen ja riippuvuusasioiden avoin käsittely tuntuu olevan yhä vaikea asia.

*"Ei tavallinen työterveyslääkäri osaa päihdeasioita"*

*"Työterveys ihan hampaaton, eivät tiedä mitä tapahtuu, ohjaavat hoitoon mutta kukaan ei katso ei perään"*

Kokonaisvaltaisen päihdeohjelman ja sen mukaisten tehokkaiden toimenpiteiden puuttuminen nähtiin suurimpana puutteena. Tässä rinnakkaisena ilmiönä on edelleen somaattisen perusterveydenhuollon puuteellinen kyky tunnistaa päihdeongelmia ja erityisesti toteuttaa palveluohjausta. Esimerkkinä esitettiin henkilöstöhallinnon ihmettely siitä, ettei työterveyslääkäri puutu juomaputkiin vaikka ne kävisivät vastaanotolla ilmi.

*"Että tämä on meillä ihan varmasti vaiettu aihe ja stigmakin (...) ja liian helposti siellä työterveys antaa hoitoonohjauksen vaikkapa A-klinikalle, mutta sitten kukaan ei katso perään, että miten se hoito edistyy."*

*"Että meillä kyllä laiminlyödään tehokas hoito, puheeksiottaminen ja haittojen ehkäisy työelämässä monesti ihan turhaan."*

Erityiskysymyksenä esitettiin se, että kaikki suurelta osin työnantajat eivät riittävästi anna koulutusta eri tason esimiehilleen, erityisesti lähiesimiehille päihdeongelmien tunnistamiseksi, puheeksi ottamiseksi ja ensi vasteen toimenpiteisiin ryhtymiseksi. Tässä on huomattava, että päihdeongelmat tyypillisesti näkyvät ensin työtovereille ja lähiesimiehelle. Siksi olisi oleellista voimaannuttaa heitä varhaisen puuttumisen mahdollistamiseksi.

### **Terveydenhuollossa aletaan ymmärtää mitä päihderiippuvuussairaus on?**

Terveydenhuollon päihdepalveluilla tarkoitetaan päihteiden riskikäyttäjille, päihderiippuvaisille ja heidän läheisillensä lääketieteellisin perustein annettuja tutkimus-, hoito- tai kuntoutuspalveluita. Näiden palveluiden tavoitteena on päihteiden aiheuttamien sairauksien parantaminen, lievittäminen ja pahenemisen estämiseen sekä toimintakyvyn ylläpitäminen tai palauttaminen. Tätä selvitystä varten monet haastatellut asiantuntijat, myös päihdelääkärit, ilmaisivat laajasti huolensa perusterveydenhuoltomme kykyyn käsitellä päihdeongelmia ja ohjata asiakkaita toipumispolulle.

*"Pahimmillaan katsotaan, että tämä ei kannata, moniongelmaisen hoitaminen ei ole tuottavaa."*

*"Et tämä alkupää Suomessa, se ei ole riittävän laadukkaalla tasolla. Siten kun päästään päihdeasiantuntijoiden juttusille, sitten on jo parempi. Mutta tosi iso osa ihmisistä ottaa sen ensimmäisen kontaktin lääkärin, ehkä muissa asioissa, niin siellä pitäisi osata."*

Samana koetaan koskevan myös lastensuojelun ammattilaisia. Myös nuorisotyön ja koulujen henkilökuntaa tulisi kouluttaa päihderiippuvuuksien osalta.

*"Tärkeintä olisi lisätä ymmärrystä tunnistaa päihdesairaus"*

Haastateltavien mukaan terveyskeskuksessa ei riippuvuuksista puhuta oikeilla nimillä. Huoli liittyi erityisesti terveydenhuollon eri ammattiryhmien kykyyn ja osaamiseen tunnistaa päihdeongelmat sekä kykyyn ohjata ja kannustaa asiakasta hakemaan apua ja palveluita. Kritiikin taustalla oli terveyskeskuslääkäreiden ja hoitohenkilökunnan asenteellinen ja osin jopa leimaava suhtautuminen päihdeongelmisiin potilaisiin. Toisaalta voidaan ajatella, että

päihderiippuvuuden puheeksi ottaminen koetaan vaikeaksi sen vuoksi, ettei juuri haluta leimata potilasta.

Samoin todettiin myös, että terveyskeskuksissa lääkärien vaihtuvuus ja työtilanne on sellainen, että päihdehuollon kysymyksiin ei ehditä paneutua eikä niitä koskeva koulutus lääkäritoimijan kokemana kannata, koska henkilöstönvaihtuvuus on niin suurta. Tämä on tietenkin suuri ongelma, koska perusterveydenhuollossa kohdataan pääosa päihdeongelmaisista ja olisi tärkeää, että juuri siellä avautuisi hoitopolku.

Kriittisimmillään osa toimijoista koki, että perusterveydenhuollon liukuhihna-ajattelu tekee päihdeongelmien tehokkaan kohtaamisen sen piirissä hyvin puutteelliseksi. Toisaalta osa asiantuntijoista koki, että somaattisia kysymyksiä hoitavat lääkärit saattavat suhtautua pessimistisesti erityisesti pitkän hoitohistorian omaavan, ehkä moniongelmaisen asiakkaan tilanteeseen ja siksi eivät ohjaa asiakasta tehokkaalle hoitopolulle.

Tilanne on kuitenkin muuttumassa terveydenhuollon tavassa suhtautua päihderiippuvaisen hoitoon. Keskeinen askel tässä on päihderiippuvuuden määrittely sairaudeksi. Viimeaikaiset terveydenhuollon linjaukset (esim. STM 2019; PALKO 2020) ovat korostaneet asiaa valtakunnallisen päihdepolitiikan tasolla. Todennäköisesti näkemys välittyy jo varsin nopeasti myös alue- ja paikallistasolle. Päihderiippuvuuteen liittyvän yhteiskunnallisen keskustelun kasvu, Suomen lääkäriliiton kannanotot, perinteisen häpeilevän ja leimaavan asennoitumisen muuttuminen ja päihdeongelman aiheuttavat suuret yhteiskunnalliset kustannukset ovat omalta osaltaan luoneet maaperää terveydenhuollon työntekijöiden asennemuutokselle. Myös haastateltavat kertoivat positiivisista kokemuksista asennemuutoksessa.

*"Opetan lääkäriä hoitamaan ja tunnistamaan, huikeita oivalluksia syntyy."*

*"Yleislääkäreitä ja hoitajia kouluttava terapeutti kertoi, että usein kommentteja ovat: Ai jaa tältäkö se tilanne näyttää. Näinkö tätä työtä tehdään! Erityisesti terveydenhoitohenkilökunta oli toimijan kokemuksen mukaan herännyt vakavasti miettimään intensiivisempiä työmuotoja."*

### **A-klinikkasäätiöllä pitkä historia ja laaja palveluverkosto.**

Vuonna 1955 perustettu A-klinikkasäätiö on voittoa tavoittelematon yleishyödyllinen päihdealan järjestö. Säätiö omistaa A-klinikka Oy:n, joka tuottaa päihde- ja mielenterveyspalveluja kunnille, kuntayhtymille, työterveyshuoltoon, yrityksille ja yksityisasiakkaille. Se tekee yhteistyötä noin 150 kunnan kanssa. Verrattuna muihin toimijoihin A-klinikkasäätiö on toimintansa volyymiltaan todella suuri ja se osallistuu laajasti kilpailutuksiin.

Osa haastatelluista korosti myös A-klinikka näkyvyyttä ja palvelun valtakunnallista peittoa. Sillä todettiin laajan medianäkyvyyden perusteella olevan myös keskeinen alkoholipoliittisen diskurssin määrittäjän rooli Suomessa. Tätä kautta sen edustama hoitosuuntaus, joka korostaa alkoholin kohtuukäyttöä täysraittiuden sijaan, on jo vuosien ajan ollut maan virallinen päihdepoliittinen paradigma.

A-klinikkasäätiön ulkopuoliset toimijat toivoivat myös menetelmällisesti ajoittain kirkkaampia tavoitteita, täysraittistumista ja intensiivistä hoito-otetta mutta tämä kritiikki ei ollut siten voimakasta, että A-klinikkasäätiön toiminta olisi haluttu asettaa kyseenalaiseksi.

*"Kyllä pitää uskaltaa sanoa lapiota lapioksi ja alkoholiriippuvuutta riippuvuudeksi. Pitää uskaltaa sanoa, että sinulle toimii täysraittius, unohda juomapäiväkirjat."*

Yllä oleva sitaatti liittyy kaikkiaan päihdehuollon avoimeen asenteeseen. Toimijat kokivat tärkeäksi puhua ongelmista avoimesti ja käsitellä niitä tehokkaasti. Toimijat kokevat tässä puutteita kuitenkin erityisesti perusterveydenhuollon osalta, missä usein asiakas kohdataan ensimmäisen kerran, usein muun sairauden takia kuin päihderiippuvuuden.

A-klinikkasäätiön todettiin kuitenkin oleva tärkeä yhteistyökumppani sekä alkoholitutkimusta ja alan tietoa tuottava taho, joka pitää ansiokkaasti päihdepoliittista keskustelua yllä. Samoin A-klinikoilla on keskeinen rooli riskikäyttäjien (ns. suurkuluttajien) käytön kohtuullistamisessa.

### **Myllyhoito- ja Minnesota-malli perustuvat vahvasti vertaistukeen**

Myllyhoito on Minnesota-mallista toipumiskeskeistä ja yhteisöllistä riippuvuuksien hoitoa, jonka keskiössä ovat vertaistuki sekä 12 askeleen ammatillinen soveltaminen. Myllyhoitoyhdistys on sitoutumaton asiantuntija- ja kansalaisjärjestö, jonka tavoitteena on riippuvuuksien ehkäiseminen, riippuvuuksiin sairastuneiden ja läheisten auttaminen sekä toipumiskeskeisen hoidon kehittäminen.

Toipumiskeskeisen perinteen edustajat olivat yksimielisiä siitä, että 12 askeleen lähestymistapa ammatillisesti fasilitoituna päihdetyönä sisältää tiettyjä vahvuuksia, joiden laajempi tunteminen ja hyödyntäminen päihdetyön kentällä voisi olla arvokasta. Tällaisia ovat:

- häpeän taakan purkautuminen
- tieto ja luennot
- tunteiden käsittely
- riippuvuuden seurauksien tarkastelu
- läheisten mukaan ottaminen
- ryhmätoiminta
- ajoittaiset terapiatapaamiset eivät ole riittävän vahva hoitomuoto
- kyseessä on sairaus
- vertaisryhmä hoidon tukena
- alkoholiongelman sosiaalisen aspektin ymmärtäminen

Toipumiskeskeisessä hoitomallissa vertaistuen osuus on keskeinen. Hoitoprosessi on kokonaisvaltainen, sillä siinä on läsnä myös läheisten vahva mukaan ottaminen. Heikki Oinas-Kukkosen Minnesota-hoitoa käsittelevän väitöskirjan mukaan toipuminen Minnesota-hoidossa edellyttää aiemman päihteiden käyttöajan kokemusten analysoivaa läpikäymistä. Hoitomallissa toipumisen keskeinen tekijä on päihde- ja läheisriippuvuuteen liittyvä uusi tieto ja oivallukset. Tutkimuksessa todetaan myös, että alkoholismien tarkastelu lähtökohtaisesti sairautena antoi juovan ajan kokemuksille uuden tuskaisuudesta vapauttavan tulkinnan ja omat kokemukset toimivat siltana tietämisestä toipumiseen. Tärkeänä osana potilaiden

toipumisprosessia olivat tutkimuksen mukaan omasta riippuvuudestaan toipuneiden terapeuttien ja toisten potilaiden tarjoama vertaistuki sekä hoidon sisältämä läheiskohtaaminen sekä vuoden pituinen jatkohoito. (Oinas-Kukkonen 2013.) Tutkimustulokset toipumistulokset ovat poikkeuksellisen hyviä ja ne haastavat suomalaisessa päihdehoidossa aiemmin tehdyt vakiintuneet linjaukset. Näin ollen onkin perusteltua, että myllyhoito ja Minnesota-hoito on nostettu Terveystieteiden tutkimuskeskuksen palveluvalikoimaneuvostosuosituksissa yhdeksi varteenotettavista hoitomenetelmistä.

Myös monet haastatellut uskoivat Minnesota-mallin hoidosta olevan hyötyä selkeästi päihderiippuvuussairaille. Mallin hyvänä puolena pidettiin juuri sen kokonaisvaltaisuutta, vertaistukea ja intensiivijakson jälkeistä jatkohoitoa. Myös täysraittiuuden todettiin olevan kestävin ratkaisu. Oleellista on lisäksi, että Minnesota-mallin koko toiminta lähtee sairauskäsityksestä. Tämä helpottaa syyllisyyden tunnetta, mikä taas avaa mahdollisuuksia toipumiselle, kun havaitaan että kyse on sairaudesta, ei henkilön kelvottomuudesta. Tässä myös suhde läheisiin voi tervehtyä.

*"Kun esimerkiksi läheinen sanoo, että juot liikaa, ellei henkilö lopeta, kyseessä on riippuvaisuus. Intervention lajeja voi tuki olla muitakin, ja näitä on esitelty yleisimmissä alkoholinkäyttöä mittaavissa testeissä."*

Minnesota-hoitoon voi päästä joko omalla kustannuksella tai saamalla kunnalta maksusitoumuksen noin kuukauden mittaiseen perushoitoon sekä samaan hintaan kuuluvaan jatkohoitoon. Minnesota-mallin suurimpana haasteena ovat juuri maksusitoumukset. Tällä hetkellä vain osa kunnista myöntää maksusitoumuksia ja yhden kunnan sisälläkin saattaa olla erilaisia käytäntöjä. Tämä puolestaan asettaa palvelua tarvitsevat potilaat eriarvoiseen asemaan. Kuntatalouden kurjistuva tilanne on entisestään vaikeuttanut hoitoon pääsyä. Tällöin päihderiippuvaiset potilaat eivät pääse hoitoon silloin, kun juuri laitoshoidon voisi olla heille toimivin hoitomuoto. Hoitamattomana päihderiippuvuussairauden yhteiskunnalliset kustannukset ovat moninkertaiset.

*"Itse maksavia tulee klinikalle, kun ei kunta maksa. Tämä on monille tietysti mahdotonta, maksaa itse tuhansien eurojen hoitomaksu."*

*"Tämä meidän hoitoonohjaus on ihan liian sattumanvaraista. Iso osa alkoholiongelmisista on työelämässä. Mutta meidän järjestelmät ei tehokkaasti katso, että sitä hoitoa kanssa saadaan."*

### **AA-Ryhmät ovat vertaistukeen perustuvia raittiuden hoitomuotoja**

Nimettömät Alkoholistit (*Alcoholics Anonymous*) on kansainvälinen yhteisö, jonka jäsenten päämääränä on pysyä raittiina ja auttaa toisia alkoholisteja saavuttamaan raittius. AA-liikkeen perustivat Bill W. (William Griffith Wilson) ja "Dr. Bob" (Robert Holbrook Smith) Yhdysvalloissa vuonna 1935. AA-kokousten henkisenä perustana toimii kahdentoista askeleen toipumisohjelma. Kokouksissa käsitellään myös ryhmätoiminnan yhtenäisyyttä määrittäviä 12 perinnettä. Lisäksi käytössä on muuta AA-aineistoa, kuten Nimettömät Alkoholistit -kirja, joka on samalla koko AA-liikkeen pääteos. Kahdentoista askeleen ohjelma perustuu ensimmäisten



alkoholistien kokemuksiin siitä, miten he olivat pysyneet raittiina. Kaksitoista perinnettä muodostuu puolestaan kokemuksista, kuinka ryhmien olisi parasta toimia ja miten AA-yhteisö voi säilyttää yhtenäisyytensä. AA:ssa on myös kolme perintöä: toipuminen, yhtenäisyys ja palvelu. AA-liike on saanut alkunsa Yhdysvalloissa vuonna 1935. Toiminta on levinnyt noin 180 maahan. Tämänhetkiseksi jäsenmääräksi arvioidaan maailmanlaajuisesti 2,3 miljoonaa. Suomessa Nimettömät Alkoholistit ovat toimineet vuodesta 1948. AA-ryhmiä on maassamme yhteensä noin 600 eli ryhmiä on lähes jokaisella paikkakunnalla.

AA on oma, itsenäinen toimintamuoto, joka täydentää muun päihdehuoltokentän palveluita, mutta ei ota niihin kantaa. Sen toiminnan idea on määritelty 12 askeleen periaateasiakirjoissa. Ryhmät toimivat kuitenkin itsenäisesti vertaistyön periaatteella eikä ryhmiä ohjata ammatillisesti. Tällainen ryhmämuotoinen toiminta on laajaa ja se nivoutuu esimerkiksi laitoshoitoon ja myös kunnalliseen päihdetyöhön niin, että 12 askeleen ryhmiin ja mm. A-klinikasäätiön ylläpitämiin A-klubeihin ohjataan asiakkaita ja heitä kehoitetaan tutustumaan ryhmiin. Minnesota-mallisen laitoshoitoon laitospäivän jälkeinen ryhmätoiminta kuuluu elimellisenä osana.

Toimijat olivat yksimielisiä siitä, että koska AA-tyyppistä ryhmätoimintaa ei ohjata ammatillisesti, ryhmien henki ja toiminta voi suuresti poiketa toisistaan.

*"Pitää vaan etsiä itselle sopiva ryhmä. Pienellä paikkakunnalla se vaan ei aina ole mahdollista."*

Tämä ryhmätoiminnan vaihtelevuus on iso asia, jos AA-ryhmä on ammatillisen päihdehuollon jatke. AA:n toimintaprofiili poikkeaa ammattilaisten otteesta. Tätä pidettiin sinänsä hyvänä asiana ja myös toiminnan laajuutta ja saatavuutta kiitettiin. Ennen kaikkea ryhmien ryhmädynamiikan suuri vaihtelu on tässä oleellista. Erityisesti uuden tulijan kannalta jokin ryhmä voi koostumuksensa tai dynamiikkansa takia olla soveltumaton.

Toiminnan kattavuus (noin 6000 henkilöä Suomessa) ja matala kynnys osallistua ovat korvaamattomia arvoja, näkivät toimijat yksimielisesti. Menetelmällisenä kysymyksenä monet kiinnittivät huomiota siihen, että koska AA-ryhmät ovat kokonaan vertaisryhmiä eikä niitä ohjata ammatillisesti, joissakin tapauksissa ammatillaisen tavalla tai toisella ohjaama ryhmä voi olla asiakkaan kannalta turvallisempi ja tehokkaampi.

AA-toiminta on ennen kaikkea vapaaehtoistoimintaa, ei virallista päihdehuoltoa, vaikka se moniin toimiin niveltyykin ja vaikka monet toimijat käyttävät AA:ta resurssina.

*"Eihän AA-ryhmät toimi kaikille. Voi olla tosi synkkä ryhmä, niin ettei siihen pääse sisään."*

*"Se on iso homma motivoida asiakkaita AA-ryhmään. Kaikki ei kerta kaikkiaan suostu menemään eri syistä, niin että täytyy olla vaihtoehtoja."*

*"Onhan se valtava resurssi, joka auttaa tosi monia. Ihan korvaamaton".*

Toimijat kuitenkin laajasti katsoivat, että kun AA-tyyppisen toiminnan ominaislaatu tiedostetaan, se on arvokas elementti maamme päihdetyössä - ja myös tuloksellinen. Kuitenkin joissakin tapauksissa muun muotoinen, esimerkiksi kunnan tarjoama ryhmätoiminta voi olla joillekin asiakkaille toimivampi tapa. Osa haastatelluista piti tärkeänä seikkana asiakkaan kuuntelemista ja hänen kannaltaan toimivan hoitopolun rakentamista.

### **Yhteistyön tarve on olemassa**

Päihdehuolto on ollut erilaisten intressien, näkemysten ja hoitomuotojen välisten kiistojen määrittelemä kenttä. Kentän toimijat ovat tulleet erilaisista taustoista (professiot ja organisatoriset affiliaatiot) ja jokaisella ryhmittymällä on ollut vakaa uskomus siitä, että juuri sen tarjoamalla hoitomallilla päästää parhaaseen lopputulokseen. Kun systemaattinen, tutkimuksellinen tieto hoitomuotojen välisistä eroista ja niiden kautta aikaan saatavista tuloksista ja vaikutuksista on puuttunut, on seurauksena ollut lähinnä mielipidetasolla tapahtuvaa näkemysten vaihtoa. Keskustelua on leimannut vahva nolla-summa-peli-ajattelu: jos joku saa lisää resursseja, on se joltain pois. Samalla on unohtunut, että päihdepotilaiden tarpeet ja elämäntilanteet vaihtelevat. Toimintaa voidaan luonnehtia vahvasti tarjontapainotteiseksi. Asiakkaan ääni ja erilaiset tarpeet (kysyntä) eivät ole riittävästi määritelleet palveluiden ja hoitopolkujen suunnittelua.

Haastateltavien mukaan yhteistyön edellytykset ovat kuitenkin muuttumassa parempaan suuntaan. Päihdeongelmista käytävä julkinen keskustelu, ongelman laajat yhteiskunnalliset vaikutukset ja siirtyminen avoimeen kokeilukulttuuriin ovat kaikki edistäneet uusien palveluinnovaatioiden syntyä ja keskustelua palvelumuotoilun tarpeesta sekä toimijoiden välisten yhdyspintojen kriittisestä tarkastelusta.

Osa toimijoista katsoi, että eri ryhmittymillä kuten järjestöillä, yksityisillä toimijoilla, A-klinikalla tai kunnilla ei kuitenkaan vielä ole riittävästi kykyä ohjata asiakkaita toistensa luo. Lisäksi katsottiin, että jatkuva kilpailutilanne kilpailutusten kautta voi aiheuttaa tiettyä "kilpalaulantaa", joka ei edesauta yhteistyötä. Yhteistyötä kuitenkin alalla katsottiin tarvittavan.

*"Erityisesti alkoholi ja markkina herättää intohimoja"*

*"Kilpailutus voi osaltaan aiheuttaa sitä, että yhteistyötä ja yhteistä keskustelua ei synny niin paljon kuin alan kehityksen ja asiakkaiden kannalta olisi hyödyllistä."*

Toimijoiden kannan voi tiivistää seuraavasti: foorumit vuorovaikutukselle olisivat tärkeitä, onhan meillä paljon tekijätietoa, jota ehdottomasti kannattaisi jakaa. Yleinen mielipide oli, että kokenut terapeutti valitsee eri menetelmistä asiakkaan kannalta sopivimman, edellyttäen että tähän on mahdollisuus. Tässä konteksti, hoitoympäristö ja toiminnan rakenteet ovat ratkaisevia. Esimerkiksi tärkeää on, onko terapeutilla mahdollisuus psykososiaaliseen työhön.

Hyvistä yleisistä pyrkimyksistä huolimatta, oli yllättävää, ettei tiedonjakamista ja kollegoiden tapaamista yli toimijoiden rajojen (kunnalliset toimijat, järjestöt, klinikat) pidetty alan kehityksen kannalta erityisen tärkeänä ajankohtaisena tehtävänä missään toimijaryhmässä.

Kunkin toimijaryhmän omalle sektorille on jatkokoulutusta, mutta laajemmin erilaisten hoitomuotojen ja sektoreiden välillä keskustellaan vähemmän. Osaamisen ja kokemuksen jakamista pidettiin kyllä periaatteessa tärkeänä, mutta välittömiä hyötyjä tällaisella toiminnalla ei nähty olevan. Poikkeuksen muodostivat osa Minnesota-mallin toimijoista, jotka näkivät että 12 askeleen lähestymistavalla voisi olla paljon annettavaa kunnallisille toimijoille, A-klinikoille ja terveydenhoitoalan ammattilaisille yleensä.

Ongelmakohtiksi tunnistettiin sektorirajoja, joiksi mainittiin asumisen kysymykset, työtoiminta, sosiaalityö ja sosiaaliturva, somaattinen terveydenhoito ja hammashoito. Tässä suhteessa eri toimijoiden laajempi yhteistyö ja keskinäinen vuorovaikutus ja dialogi voisivat olla osa ratkaisua: rakennettaisiin yhtenäinen ote päihdepalvelujen tarjoamiseksi Suomessa. Haasteen todettiin toki olevan – myös erilaisten toiminnallisten rakenteiden kuten kilpailutuksen takia – hyvin suuri.

## 6. Kohtaamisen merkitys

Useat haastatellut asiantuntijat korostuvat, että päihdeongelman oikea kohtaaminen ja sen yhteydessä syntyvä luottamus lääkärin/hoitajan/terapeutin sekä potilaan välillä, määrittää pitkälti hoitosuhteen jatkoon. Lääkärit ja hoitohenkilökunta kohtaavat usein päihdeongelman tämän hakeutuessa hoitoon jonkin muun syyn (esim. psyykkisen oireilun takia tai päihdeiden käytön aiheuttaman somaattisen komplikaation vuoksi). Tällöin on tärkeää, ettei hoidossa keskitytä vain akuutin tilanteen hoitamiseen vaan paneudutaan ilmiön juurisyiden tunnistamiseen ja hoitamiseen.

Haastatteluissa nousi esiin, että päihdeongelma koetaan toisinaan itse aiheutettuna mikä saattaa asettaa päihdeongelmaiset heikompaan asemaan suhteessa muihin potilasryhmiin. Tämä kertoo hyvin paljon riippuvuussairauksien juurisyiden ja mekanismien puutteellisesta tuntemuksesta. Argumentti on muutoinkin kestävä, sillä samalla tapaa voisi syyllistää kakkostyyppin diabeteksen, verenpainetaudin tai urheiluvammojen vuoksi hoitoon hakeutuvia.

Onnistuneen hoitoprosessin tärkeimmäksi yksittäiseksi tekijäksi nousee haastattelujen perusteella terapeutin/työntekijän ja asiakkaan suhde ja keskinäinen luottamus. Todettiin yleisesti, että yksilöstä ja terapeutista riippuu hoidon tuloksellisuus ja asiakkaan edistyminen toipumispolullaan.

Terapeuttikeskeisyys nousi myös esiin. Tässä viitattiin myös mm. siihen, että kun on tutkittu psykoterapioiden suuntausten vaikuttavuutta, on tehty havainto, ettei terapeutin viitekehys merkitse yhtä paljon kuin hänen asiakkaansa suhde ja terapeutin ominaisuudet asiakkaan kokemana. Erään tutkimuksen (Wampold 2001) mukaan 60% tuloksista selittyy työntekijän ja asiakkaan välisestä allianssista, 30% työntekijän uskosta soveltamaansa hoitoon ja loput 10% hoitomenetelmistä tai –tekniikoista sekä muista vähemmän merkittävistä asioista.

Minnesota-mallisen työnötteen edustajat ja erityisesti he, joilla oli oma toipumiskokemus, kyseenalaistivat osin menetelmakeskustelun moniarvoisuuden ja korostivat selvästi määriteltäviä elementtejä hoidossa. Tässä he pitivät ensisijaisena raitistumisen tavoitetta ja toisaalta hoidon sisäisten rakennetekijöiden, kuten läheisten mukana olemista, riippuvuuden sosiaalisten ulottuvuuksien näkemistä sekä tiedollisen pohjan luomista. Tässä haittoja vähentävän hoidon paikka nähtiin ennen kaikkea hoitoon ohjaavana palvelupolun aloittajana. Erityisesti toipumiskeskeisen hoidon edustajat näkivät, että päihderiippuvuuden vaikeusasteesta huolimatta jokainen voi toipua.

Riippuvuuksien kirjo on laaja ja siksi monipuolisen metodiikan osaamista korostettiin: vakavimmillaan riippuvuuksien hoitoa kuvattiin alihoitetuksi ja alidiagnosoiduksi toiminnaksi. Kuvattiin kuukausien roikkumista arviointijaksolla vailla tehokasta hoitoa.

*"Terapeuttihan ei toki saa sanoa ettet sä yksin pysty, mutta sairauden kuva on usein, ettei pysty. Ei toki pidä lannistaa mutta kokemus on osoittanut toista."*

*"Terapeutti ei saisi langeta läheiseksi. Kuukaudenkaan raittiusjakso ei vielä ole toipumista. Se voi olla alku mutta se ei vielä ole se juttu."*

*"Ja sitten pitää ottaa se tunne-elämä mukaan, ihan vain toimimiseen keskittyminen ei minusta johda tuloksiin kaikissa tapauksissa"*

*"Tunne-elämän kohtaaminen, siitä riippuvuus ja sen hoitaminen alkaa."*

Ylläolevat kuvaukset terapeuttisesta asenteesta liittyivät laajasti myös asiakkaan ja hänen sairautensa kunnioittamiseen. Tällä tarkoitettiin empaattista ja potilasta arvostavaa asennetta. Pidettiin tärkeänä potilaan kohtaamista ainutkertaisena olentona ja sitä, että hänen sairauteensa suhtaudutaan samalla tavalla kuin muihinkin sairauksiin: potilaan toipumispolkua ja toivoa rakentaen. Päihderiippuvuudesta toipumista kuvattiin arkiseksikin etenemiseksi. Julkisuudessa usein esitetyt sankaritarinat voivat tässä mielessä olla haitallisia. Ne saattavat synnyttää pettymystä, kun nopeaa raitistumista ei olekaan näköpiirissä. Todellisuudessa asiakas voi olla viidettä kertaa tai kymmenettä kertaa hoidossa, ja sitten lopulta se toimii. Kaikkia edeltäviä kertoja on tarvittu, mutta ei voida sanoa, miksi. Toipuminen on monen asiantuntijan mukaan kerroksellinen matka sekä asiakkaalle että ammattilaiselle. Ja sen pitäisi olla herkkä näille eikä toimia mekaanisesti. Myös epäonnistuneet hoitokokemukset voivat monen haastatellun mukaan kuitenkin osaltaan luoda asiakkaalle "toipumispääomaa", jota hän voi hyödyntää myöhemmissä hoitajaksoissaan. Tästä syystä liiallinen mustavalkoisuus ei ole hyödyllinen asenne myöskään eri hoitopolkuja arvioitaessa.

*"Se kyllä useimmiten on jotakin ihan muuta kuin että join itseni katuuojaan, sitten raitistuin ja nyt johdan miljoonayritystä. Todellinen kuva on ihan toinen."*

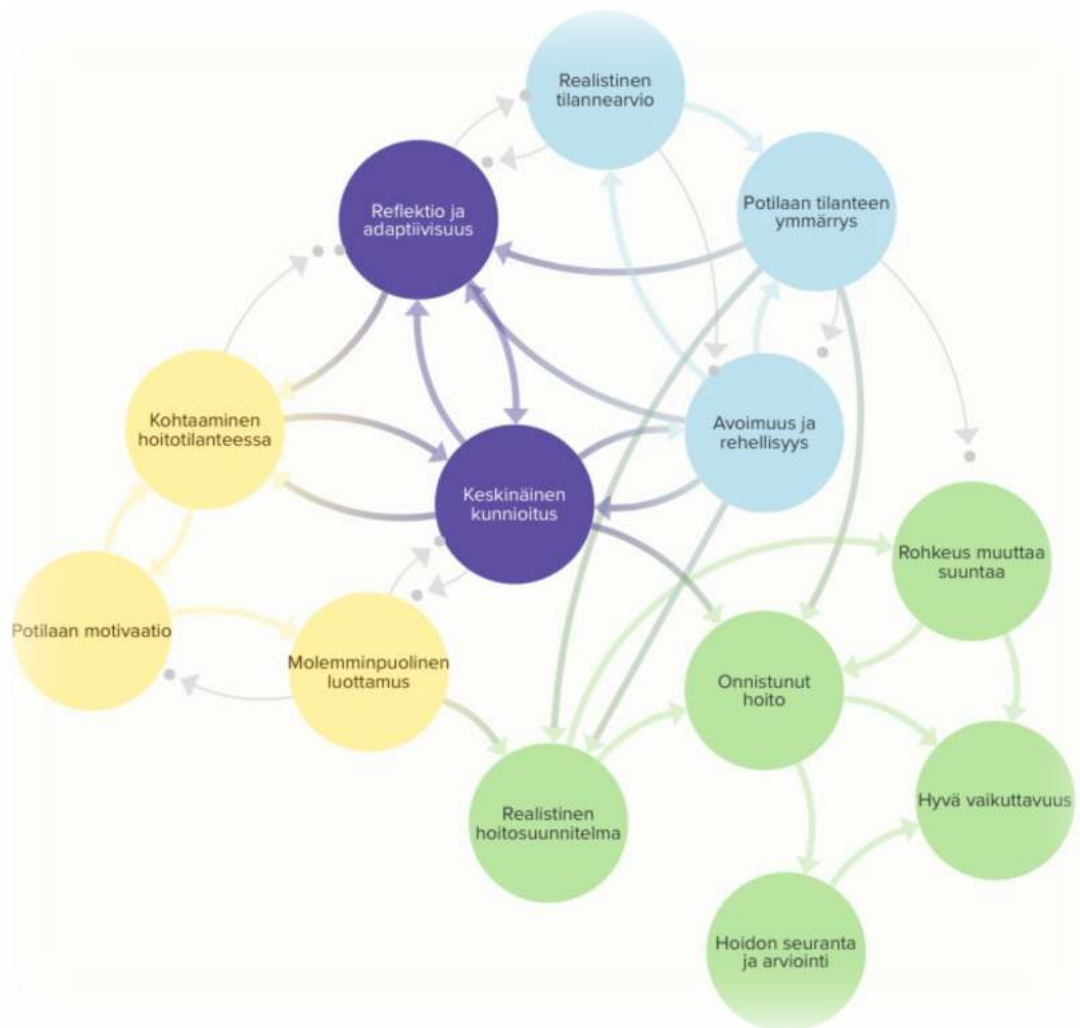
*"Jokainen elämä on arvokas. Minusta se tulos ei saa määrätä potilaan arvoa. Jos se ei määritä, tuloksetkin ovat parempia. Tämä on vaikea laji."*

Haastatellut katsoivat pääosin varsin yhteneväisesti, että potilas voi nähdä tilanteensa liian optimistisesti tai sisäisesti ikään kuin vastustaa hoitoa. Tämä motivaatiokynnys täytyy ylittää ja luoda realistinen kuva tilanteesta.

*"Potilaan kielto ja kyllä tämä tästä. Että siihenhän ei saa mennä mukaan, potilaan ajatukseen, että ei tässä mitään. Se on sitten eri asia, kun aletaan miettiä ratkaisuja."*

Resurssit ovat toiseksi mainituin este. Terapeutti ei voi olla avaruuslentäjä ilman rakettia. Tällä tarkoitettiin erityisesti niitä palveluja, joita pienemmissä kunnissa on saatavilla. Tässä nähtiin nykyisen hankintalain tulkinnan muodostavan suuren ongelman, mistä jäljempänä. Resursseihin liittyvät päihdehoitoon käytettävissä oleva aika ja palvelurakenteet. Terapiakohtaaminen tai terapiaryhmä voi olla mahdotonta järjestää tietyille potilasryhmille esimerkiksi kunnan linjauksen takia. Läheisten hoito ja läheisten kohtaamiset nostettiin laajasti esille yhdeksi eniten kehittämistä vaativaksi päihdetyön osa-alueeksi.

*"Päihderiippuvuus on yhteisöllinen asia, joka koskettaa riippuvaisen lähipiiriä laajasti ja läheisiä ihan ennen kaikkea, niin jos me ei niitä kohdata, niin tulokset jäävät vajaiksi. Tätä ei ole yksilökeskeinen juttu. Lisäksi läheiset sairastuvat pitkäaikaisen päihderiippuvuuden myötä itsekkin. Läheisriippuvuutta ja muuta, oma elämä alistetaan läheisen päihdeongelmille. Niin mä pidän tätä ihan hirvittävän tärkeänä asiana."*



**Kuvio 6.** Kohtaaminen systemisenä prosessina (mikro)

Potilaan ja häntä hoitavan lääkärin, sairaanhoitajan, terapeutin, päihdehuollon työntekijän tai kokemusasiantuntijan/vertaisen välisellä suhteella on keskeinen merkitys hoidon onnistumisen kannalta (kuvi 6.). Mikäli tässä suhteessa esiintyy keskinäistä kunnioitusta, molemminpuolista luottamusta ja halua pyrkiä optimaaliseen ratkaisuun, on hoitoprosessin ennuste hyvä. Se lisää potilaan motivaatiota, mahdollistaa realistisen hoitosuunnitelman laatimisen sekä antaa rohkeutta muuttaa suuntaa mikäli hoidolla ei ole aiottuja vaikutuksia. Avoimuus ja rehellisyys ovat tässä suhteessa tärkeitä. Useat haastellut korostivat, että toipumisprosessi ei useinkaan ole lineaarisesti etenevä vaan siinä joudutaan usein ottamaan taka-askelia ja jopa palaamaan uudelleen lähtöruutuun. Tärkeintä on kuitenkin usko siihen, että yhteiset ponnistelut jossain vaiheessa tuottavat hyviä tuloksia.

## 7. Johtopäätökset

Päihderiippuvuuden hoitaminen ja siitä kuntoutuminen on tärkeää potilaan itsensä, hänen lähipiirinsä ja koko yhteiskunnan kannalta. Päihdeiden aiheuttamat kustannukset vuodessa ovat THL:n mukaan noin 2 miljardia euroa. Ennustetta voidaan pitää varsin konservatiivisena, sillä Ruotsissa vastaava luku on 15 miljardia euroa. Päihdeiden kielteiset vaikutukset heijastuvat usealle yhteiskunnan osa-alueelle: somaattisiin sairauksiin, mielenterveysongelmiin, työpoissaoloihin, rikollisuuden kasvuun ja yhteiskunnallisen turvattomuuden lisääntymiseen.

Ilmiön vakavuus huomioon ottaen on jokseenkin ihmeellistä, ettei asiaan ole kiinnitetty riittävää yhteiskunnallista huomiota. Vaikka keskustelua on ollut ei päihderiippuvuuden hoitoon suunnattuja resursseja ole lisätty riittävästi, eikä sirpalemaista ja tehotonta palvelujärjestelmää ole uskallettu uudistaa tavalla, jota päihdeongelmien ratkaiseminen edellyttäisi.

Yksi nykyisen palvelujärjestelmän ongelmista liittyy eri toimijoiden välisen yhteistyön puuttumiseen. Vaikka yleisesti on todettu, että erilaiset hoitomenetelmät sopivat erilaisille asiakkaille, eivät eri hoitomuotojen edustajat tee aina riittävästi yhteistyötä eivätkä hyödynnä toistensa osaamista ja resursseja. Kilpailutuksen mekanismit voivat osin olla tämän ilmiön takana. Tämän vuoksi kokonaisvaikuttavuus jää heikommaksi kuin olisi mahdollista.

Tässä selvityksessä on tarkasteltu päihdetyön keskeisten toimijoiden näkemyksiä ja tätä kautta kartoitettu suomalaisen päihdehuollon tilaa, merkitystä ja keskeisiä kehityshaasteita. Selvityksessä päihderiippuvuutta ja sen hoitomuotoa on lähestytty systeemisen tarkastelun näkökulmasta. Selvityksen keskeiset havainnot voidaan tiivistää seuraaviin havaintoihin:

- **Suomalainen päihdepolitiikka ja päihdehuoltojärjestelmä ovat kehittyneet sattumanvaraisesti** erilaisten osittaisuudistusten kautta. Tämä on synnyttänyt tehottoman ja puutteellisesti koordinoitun järjestelmän, jossa **ei ole päässyt syntymään päihdepotilaan kannalta yhtenäisiä hoitopolkuja ja -jatkumoa**.
- **Tieto- ja ymmärrys päihderiippuvuuden luonteesta** ja hoidon kannalta tarkoituksen mukaisesta **palvelujärjestelmästä on puutteellista**. Tarvitaan uudenlaista systeemistä ajattelua. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että hoitonojasta tarkastellaan kokonaisvaltaisesti asiakkaan tarpeista, elämäntilanteesta, toiveista ja vuorovaikutussuhteista käsin. Tämä edellyttää kokonaisvaltaisen ihmiskäsityksen muodostamista.
- **Päihdepalveluiden resursointi ja kapasiteetti ovat alimitoitettuja** suhteessa tarpeeseen. **Palvelujärjestelmä kannustaa osioimiseen** kokonaisvaikuttavuuden sijaan ja eri hoitomuotojen soveltuvuudesta, tuloksellisuudesta ja **vaikuttavuudesta puuttuu tutkimuksellista näyttöä**.
- Kuntien tehtävänä on koordinoida julkiset, järjestöjen tuottamat ja yksityiset päihdepalvelut toimivaksi kokonaisuudeksi. **Kunnat ovat kuitenkin taloudellisesti niin**

**ahtaalla, ettei niillä ole mahdollisuuksia ohjata päihdepotilaita tarkoituksenmukaisiin palveluihin.** Kunnissa ei nykyisellään tunneta riittävästi erilaisia hoitovaihtoehtoja eikä niillä olen riittävä hankintaosaamista. **Erot kuntien toimintakäytännöissä ovat kasvaneet suuriksi** ja tämä vaarantaa kansalaisten yhdenvertaisuuden palveluiden saatavuudessa.

- **Päihdepalveluiden tarjoajien keskinäinen yhteistyö on edelleen puutteellista,** vaikka viimeisten vuosien aikana onkin tapahtunut askelia parempaan suuntaan. Läheisten kytkeminen mukaan hoitoprosessiin on toipumisen kannalta keskeistä. Osaamisen vahvistaminen ja eri toimijoiden välisen vuoropuhelun lisääminen ovat ratkaisuja ongelmaan.
- **Potilaiden tarpeet ovat yksilöllisiä. Yksilöllinen hoitoonohjaus ja saumaton hoitopolku ovat onnistuneen hoitotuloksen keskeisiä edellytyksiä.** Parhaimmillaan avoin ja luottamuksellinen suhde päihdeongelmaisen asiakkaan ja häntä hoitavan ammattilaisen kesken johtaa realistiseen tavoitteen määrittelyyn, oikean hoitopolun löytämiseen, lisää potilaan motivaatiota ja parantaa toipumisennustetta.



## 8. Poliitikasuositukset

### 1. Päihderiippuvuus on suuri yhteiskunnallinen ongelma, joka täytyy nostaa poliittiseen keskusteluun. Keskustelussa kannattaa korostaa mm. seuraavia näkökohtia:

- Päihteiden käytön yhteiskunnalliset kustannukset Suomessa ovat laskentatavasta riippuen 2 - 5 miljardia euroa. Lisäksi päihteiden käytöllä on laajoja vaikutuksia perheiden hyvinvointiin, työn tuottavuuteen, ihmisten turvallisuuden tunteeseen ja työssä jaksamiseen.
- Päihdepalveluita kannattaa rahoittaa. Jokainen päihdepalveluihin sijoitettu euro maksaa itsensä moninkertaisesti takaisin.
- Päihteiden käytöstä, päihderiippuvaisten asemasta ja hoitoon pääsemisestä on käynnistettävä laaja arvokeskustelu. Päihdeongelma ja -sairaus ei ole pienen erityisryhmän asia vaan se koskettaa jokaista suomalaista.

### 2. Päihdepalveluiden tarjontaa on lisättävä ja kansalaisten yhdenvertaisuus on turvattava. Väitteen perusteluina kannattaa korostaa mm. seuraavia näkökohtia:

- Hoitovaihtoehtoja tulisi aina tarjota asiakkaan tarpeiden perusteella. Tämä puolestaan edellyttää asiakkaan kokonaistilanteen ymmärtämistä ja asiakkaan sitoutumista hoitoon.
- Kansalaisia tulee kohdella yhdenvertaisesti. Hoitoon pääseminen ei voi olla maantieteellisestä asuinpaikasta, iästä, etnisestä taustasta tai sosio-ekonomisesta asemasta kiinni.
- Työnantajan on otettava vastuu päihdeongelman esiinnostamisesta ja hoitoon ohjaamisesta. Tämä puolestaan edellyttää tietoa ja avointa keskustelukulttuuria.

### 3. Kuntien päihdepalveluiden resursseja tulee vahvistaa ja palveluvalikoimaa monipuolistaa. Väitteen perusteluina kannattaa korostaa mm. seuraavia näkökohtia:

- Kuntien taloudellinen tilanne on huolestuttava. Ilman merkittävää lisäresursointia kunnat eivät kykene järjestämään laadukkaita päihdepalveluita
- Palveluntuottajien yhteistyötä on vahvistettava. Asiakassetelit ja maksusitoumukset tuovat kaivattua joustavuutta palveluihin. Tämä tarjoaa oikeat palvelut oikeaan aikaan kaikille.
- Hankinnoissa tulee pyrkiä pitkäkestoisempiin kumppanuuksiin. Tämä on asiakkaan toipumisen ja hoidon vaikuttavuuden kannalta ehdottoman tärkeää. Myös eri palveluiden tuloksellisuutta ja vaikuttavuutta tulee seurata säännöllisesti.

## Lähteet:

- Bennet, H., Hakkarainen, P., Tourunen, J. (2016). Työelämä ja alkoholin haitat. Kyselytutkimus Päihdehaitat hallintaan -suositusten toteutumisesta työpaikoilla. A-klinikkasäätiön raporttisarja 64/2016.
- Byrne, D. & Callaghan, G. 2014. Complexity Theory and Social Sciences. The State of the Art. Routledge, New York.
- Byrne, D. 2013. Evaluating Complex Social Interventions in a Complex World. Evaluation Volume: 19(3), 217-228.
- Centola, D. (2018) How Behavior Spreads. The Science of Complex Contagions. Princeton: Princeton University Press.
- Coleman, J. S. (1990): Foundations in Social Theory. The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Kantamo (2018). Lähteet: <https://kantamo.fi/wp-content/uploads/2019/01/tutkimussuomalaisten-kokemukset-alkoholista-ja-alkoholiriippuvuudesta.pdf>
- Kontula, A. (2020). <https://vasenkaista.fi/2020/08/anna-kontulan-tyoryhman-selvitys-avaa-paihderiippuvaisten-nakokulmia-palveluiden-ongelmiin/>
- Niemelä, J. (1998). Usko, hoito ja toipuminen. Tutkimus kääntymyksestä ja kristillisestä päihdehoidosta. Stakes tutkimuksia 96. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Oinas-Kukkonen, H. (2013). Alkoholistin ja hänen läheisensä samanaikainen toipuminen vapauttavana oppimisprosessina Minnesota - hoidossa. Kasvatustieteiden tiedekunta. Oulu: Oulun yliopisto.
- THL (2014). Päihdehaittakustannukset, THL. Päihdetilastollinen vuosikirja 2014
- Päihdetilastollinen vuosikirja (2018). Alkoholi ja huumeet. THL. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2018.
- Rönkä, S., Ollgren, J., Alho, H., Brummer-Korvenkontio, H., Gunnar, T., Karjalainen, K. Partanen, A., T. Väre (2019). Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäytön yleisyys Suomessa vuonna 2017. Alkuperäistutkimus. <https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo15450.pdf>
- SOU (2011). Betänkandet (SOU 2011:35) Bättre insatser vid missbruk och beroende – individen, kunskapen och ansvaret – Missbruksutredningens förslag och analys. Slutbetänkande av Missbruksutredningen. Statens Offentliga Utredningar. Regeringskansliet. Sverige.
- STM (2019). Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019. STM julkaisuja 2:2019.
- STM (2015). Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma – Alkoholi-, huume- ja rahapelihaittojen sekä tupakoinnin vähentäminen. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2015:19.
- Uusikylä, P., Ekholm, H. (2020). Päihdehuollon vaikutusketju. Julkaisematon kanvaasi.
- Uusikylä, P. (2019). Endeavour to Find Evidence. The role evaluation in the complex systems of governance. Academic dissertation. University of Helsinki. Unigrafia. Helsinki.

## Liite 1. Hyödyllisiä tietolähteitä

### STM

[https://stm.fi/documents/1271139/1406271/P%C3%A4ihdepalvelujen\\_laatusuositukset.pdf/f9a3a5fe-4f5d-41b6-94fc-94201fcb4e8/P%C3%A4ihdepalvelujen\\_laatusuositukset.pdf](https://stm.fi/documents/1271139/1406271/P%C3%A4ihdepalvelujen_laatusuositukset.pdf/f9a3a5fe-4f5d-41b6-94fc-94201fcb4e8/P%C3%A4ihdepalvelujen_laatusuositukset.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuositukset päihdetyötä koskien ovat vuodelta 2002, mutta ne luovat yleislinjat kuntien vastuulla olevan päihdetyön toteuttamiselle.

### Kuusikkokunnat

Kuusikkokunnan [https://www.kuusikkokunnat.fi/paihdejamielenterveys\\_tiivistelma](https://www.kuusikkokunnat.fi/paihdejamielenterveys_tiivistelma)

Suomen kuusi suurinta kuntaa raportoi vuosittain toteuttamansa päihdetyön tilanteen. (Yksi informanteista lausui näkemyksensä, että juuri tästä raportista voi nähdä kuntien järjestämän päihdetyön tietyn haasteellisen tilanteen tuloksellisuuden ja toiminnan järjestyneisyyden osalta.)

### Ehyt ry – saavutettavuus ja oikeusturva

[http://www.ehyt.fi/sites/default/files/tiedostot/peruspalveluiden\\_saavutettavuus\\_verkkoon.pdf](http://www.ehyt.fi/sites/default/files/tiedostot/peruspalveluiden_saavutettavuus_verkkoon.pdf)

Selvitys on yleiskatsaus päihdepalveluiden järjestämiseen ja tuottamiseen vaikuttavista säännöksistä sekä asiakkaan oikeuksien turvaamisesta.

### Ehyt ry - saavutettavuus

<http://www.ehyt.fi/fi/selvitys-puutteellinen-tiedonkulku-vaikeuttaa-paihdepalveluihin-paasya>

Saavutettavuuden osalta tämä Ehyt ry:n selvitys kuvaa päihdejärjestelmämme rakenteellista moninaisuutta, jota osa informanteista kutsui jopa sekavuudeksi. Puutteellinen tiedonkulku vaikeuttaa asiakkaan pääsyä päihdepalveluihin. (Kiinnostavaa oli, Ehyt ry:n selvityksen kanssa rinnakkaisesti, että osa erään kunnan lastensuojelun työntelijoistä ei tuntenut oman kuntansa nuorille suunnattuja päihdepalveluita ja niiden sisältöä.)

### Itä-Suomen yliopisto

<https://www.uef.fi/fi/uutinen/paihdepalvelut-tuovat-saastoja-alkoholiongelmaisten-hoitoon>

Useiden informanttien näkemysten kanssa samansuuntaisesti tämä Itä-Suomen yliopiston tutkimus toteaa tuloksenaan, että päihdepalvelut tuottavat säästöjä terveydenhoitojärjestelmämme kanalta, mikä osaltaan vahvistaa ajatusta päihdepalvelujen moninaisesta yhteiskunnallisesta merkityksellisyydestä.

### STM - Palveluvalikoimaneuvosto

Sosiaali- ja terveysministeriön yhteyteen on perustettu terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto. Sen tehtävänä on antaa suosituksia siitä, mitkä palvelut kuuluvat julkisesti järjestetyn tai rahoitetun terveydenhuollon palveluvalikoimaan.

<https://palveluvalikoima.fi/alkoholiriippuvuus>

Palveluvalikoimaneuvoston suositus siihen liittyvine tutkimuskatsauksineen antaa tiiviin katsauksen päihdepalvelujemme nykytilanteeseen ja päihderiippuvuuden yhteiskunnalliseen merkitykseen sekä ongelman laajuuteen.

#### **Anna Kontulan selvitys**

<https://vasenkaista.fi/2020/08/anna-kontulan-tyoryhman-selvitys-avaa-paihderiippuvaisten-nakokulmia-palveluiden-ongelmiin/>

Tampereella kansanedustaja, tutkija Anna Kontulan johdolla kesällä 2020 tehty ajankohtainen selvitys kertoo mielenkiintoisella tavalla sen, että huumeongelmasta kärsivien asiakkaiden näkemykset päihdepalvelujen ongelmista ovat hyvin samansuuntaisia tässä selvityksessä esitettävien päihdetyön ammatillisten toimijoiden näkemysten kanssa. Voidaan sanoa näiden kahden pienen selvityksen vahvistavan toistensa tuloksia.

## Liite 2. SELVITYSTÄ VARTEN HAASTATELLUT ASIAANTUNTIJAT

### Kunnat

Pks-kunnat, päihdepalvelupäällikköjä 3 kpl, yksi kaksi kertaa, yksi esikeskustelu plus haastattelu  
Espoo, 1 päihdelääkäri  
Pks-kunta, 2 nuorisopäihdetyön edustajaa  
Pks-kunta, 1 lastensuojelun kehittämispäällikkö  
Pks-kunta, 1 asiantuntija, päihdetyö

### Laitokset

3 eri Minnesotalaitoksen esimiestä  
1 muun laitoksen vetäjä, myös krist. päihdetyön tunteva  
1 myös järjestö

### A-klinikkaklusteri

1 johtoon kuuluva  
1 tutkija  
3 A-klinikkatyöntekijää, joista 1 esimies, 1 psykologi  
1 Päihdesairaalan terapeutti

### Järjestöt

3 toiminnanjohtajaa, joista 2 myös käytännön päihdetyö, 1 henkilö useita kertoja  
1 säätiötyöntekijä, kuntoutus  
1 AA-koordinaattori  
1 Ehyt ry:n asiantuntija

### Yhdistelmäroolit

1 päihdeterapeutti, työterveys, suuret terveysyhtiöt, myös minnesotalaitos  
1 päihdelääkäri, suuret terveysyhtiöt, kunta, myös minnesotalaitos  
1 tutkija, päihdetyö kunnat, menetelmät  
2 päihdeterapeuttia, myös järjestö  
2 nuorisopäihdetyön esimiestä, laitushoito  
1 työelämäasiantuntija, päihteet, työterveys, järjestö  
Lisäksi käytetty 1 aiemmin tehdyn haastattelun aineistoa taustalla, psykiatrian erikoislääkäri, arvio  
Minne-sotahoidosta vs julkisen sektorin lähestymistavat  
Lisäksi sovittu 1 haast. Pks-kunta, päihdetyöntekijä ja haastatteluja A-klinikka (kunnan toimintana)  
sekä myös kristillinen päihdejärjestö

LIITE 3. Päihdehuollon toimijat Suomessa (Jorma Niemelän esitys).

