

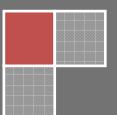
2008

Toivoa paremmasta päihdehuollosta

Selvitys pohjalaismaakuntien päihdepalvelu-
järjestelmästä ja tulevaisuuden haasteista
kunta- ja palvelurakenne uudistuksessa



Sirpa Tuomela-Jaskari
Pohjanmaan maakuntien sosiaalialan osaamiskeskus
SONet BOTNIA
23.10.2008



Sisältö

1. JOHDANTO.....	1
2. PÄIHDEPALVELUITA KÄYTTÄVÄT ASIAKKAAT.....	3
2.1 PÄIHDEPALVELUITA KÄYTTÄVIEN ASIAKKAIDEN MÄÄRÄ LISÄÄNTYY	3
2.2 MONIONGELMAISTUVA ASIAKASKUNTA.....	3
3. PÄIHDEPALVELUJÄRJESTELMÄN HAASTEET	6
3.1 PÄIHDEPALVELUJÄRJESTELMÄN ONGELMAKOHDAT	6
3.2 PÄIHDEPALVELUJÄRJESTELMÄN ALUEELLISET KEHITTÄMISTARPEET	8
4. PÄIHDEPALVELUT MUUTTUVASSA KUNTARAKENTEES- SA.....	12
4.1 PÄIHDETYÖ KUNTA- JA PALVELURAKENNEUUDISTUKSESSA	12
4.2 PÄIHDETYÖN KESKEISET KYSYMYKSET MUUTOKSESSA	13
4.3 PÄIHDEPALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN TULEVAISUUDESSA.....	14
4.4 KUNTALIITOKSET JA PERUSTERVEYDENHUOLLON JA SOSIAALITOIMEN YHTEISTOIMINTA-ALUEET POHJALAISMAAKUNNISSA	17
5. YHTEENVETO JA PÄÄTELMÄT	22
LÄHTEET	25

KUVIOT

KUVIO 1 PALVELUJÄRJESTELMÄN KESKEISET ONGELMAKOHDAT SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON YLEISISSÄ PALVELUISSA.....	6
KUVIO 2 PALVELUJÄRJESTELMÄN KESKEISET ONGELMAKOHDAT PÄIHDEHUOLLON ERITYISPALVELUISSA.....	8

TAULUKOT

TAULUKKO 1 VASTAAJIEN NÄKEMYKSIÄ PÄIHDEPALVELUJEN JÄRJESTÄMISESTÄ TULEVAISUUDESSA, VUOTEEN 2015 MENNESSÄ.....	16
TAULUKKO 2 ESIMERKKI PÄIHDEPALVELUJEN JÄRJESTÄMISESTÄ JA TOIMIMOISTA ERI TASEILLA (STAKES 2007, 20)	17
TAULUKKO 3 PERUSTERVEYDENHUOLLON JA SOSIAALITOIMEN YHTEISTOIMINTA-ALUEET SEKÄ PÄIHDEHUOLTO ETELÄ-POHJANMAALLA	18
TAULUKKO 4 PERUSTERVEYDENHUOLLON JA SOSIAALITOIMEN YHTEISTOIMINTA-ALUEET SEKÄ PÄIHDEHUOLTO KESKI-POHJANMAALLA	19
TAULUKKO 5 PERUSTERVEYDENHUOLLON JA SOSIAALITOIMEN YHTEISTOIMINTA-ALUEET SEKÄ PÄIHDEHUOLTO POHJANMAALLA	20

1. Johdanto

Kuntien laaja-alaiseen hyvinvointityöhön kuuluu olennaisena osana päihdetyö. Päihdetyötä tehdään eri sektorien toimijoiden yhteistyönä. Päihteidenkäyttöön liittyvien ongelmien monimuotoisuuden vuoksi päihdeongelmainen työllistää useita perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalitoimiston ja päihdehuollon erityispalveluiden työntekijöitä.

Päihteiden käyttö on iso haaste yhteiskunnalle. Alkoholinkäyttö on Suomessa kasvanut, erityisesti vuoden 2004 jälkeen, jolloin alkoholijuomien matkustajatuontia EU-maista koskevat rajoitukset poistettiin, hinnoiltaan edullinen Viro liittyi EU:hun ja matkustajatuonnin vähentämiseksi alennettiin alkoholijuomien verotusta. Suomen alkoholin kokonaiskulutus on noussut niin, että Suomi lähestyy kulutustasossaan mm. Ranskan tasoa. Vuonna 2007 alkoholia kulutettiin Suomessa ennätysmäärä eli 10,5 litraa 100 %:sta alkoholia / asukas. (Tuotevalvontakeskus STTV, 2007)

Kansanterveyslaitoksen tuore tutkimus (Halme ym. 2008) osoittaa, että alkoholin riskikulutus on Suomessa hyvin yleistä. Tutkimuksessa ilmeni, että 30–64-vuotiaista riskikuluttajia oli 5,8 prosenttia, joista valtaosa, lähes 80 prosenttia oli työssäkäyviä henkilöitä. Riskikuluttajat juovat terveydelleen vaarallisia määriä, mutta eivät ole varsinaisesti alkoholiriippuvaisia. Suomessa alkoholin suurkuluttajista puolet on riskikuluttajia ja puolet alkoholiriippuvaisia. Tutkimuksen mukaan tulokset vahvistavat näkemystä, että alkoholin suurkulutus on todellinen kansanterveydellinen huoli.

Päihteiden käyttöön liittyy myös vakavia sosiaalisia ongelmia. Esimerkiksi valtaosa sekä henkirikosten tekijöistä että niiden uhreista on päihteiden ongelmakäyttäjia. Sisäasianministeriön (Viljanen 2007) mukaan vuosien 2002–2006 aikana henkirikoksista epäillyistä 81 % miehistä ja 67 % naisista oli alkoholin vaikutuksen alaisena tekohetkellä. Yli 15-vuotiaista henkirikoksen uhreista puolestaan 85 % miehistä ja 59 % naisista oli alkoholin vaikutuksen alaisena. Tapaturmakuolemista puolestaan noin joka kolmannes tapahtuu alkoholin vaikutuksen alaisena. Puolet kuolemista tapahtuu alkoholimyrkytyksen seurauksena. (Impinen ym. 2008.)

Stakes (2007) on arvioinut, että vuonna 2004 alkoholista aiheutui valtiolle ja kunnille välittömiä kustannuksia 750 miljoonaa euroa, joista terveydenhuollon kustannukset olivat noin 190 miljoonaa euroa ja sosiaalihuollon kustannukset noin 154 miljoonaa euroa. Alkoholin kustannukset kuitenkin moninkertaistuvat, jos mukaan lasketaan sairauspoissaolot, ennenaikaiset eläkkeet ja työpanosten menetys. Huumaus- ja lääkeaineiden väärinkäytöstä johtuvien välittömien haittakustannusten arvioidaan olevan noin 200–300 miljoonaa euroa ja välillisten kustannusten noin 700–800 miljoonaa euroa. Lisäksi on otettava huomioon se, että jatkuvasti lisääntyvä päihteidenkäyttö ei kaikkine haittavaikutuksineen kuormita ainoastaan päihdetyön erityispalveluita, vaan kokonaisuudessaan kuntien päihdepalvelujärjestelmää.

Päihdetyö on muotoutumassa uudelleen kunta- ja palvelurakennemuutoksen myötä. Päihdepalvelut ovat osa kunta- ja palvelurakennemuutuksesta annetusta laissa (ns. puitelaissa) mainittuja terveydenhuoltoon kiinteästi liittyviä sosiaalipalveluja. Uudistuksessa on tärkeää kehittää sekä päihdehuollon erityispalveluita että erityisesti lähipalveluita (mm. päihdeongelman tunnistaminen, varhainen puuttuminen, tarpeen ar-

viointi, ohjaus ja jatkohoitoon osallistuminen). Lisäksi tarvitaan erityispalvelujen ja peruspalvelujen väliin sijoitettavia uudenlaisia, peruspalveluja tukevia työmuotoja. (Partanen 2008.) Kuntien lisäksi päihdetyön keskeisiä toimijoita ovat järjestöt, seurakunnat ja muut ei-julkisen vallan toimijat, joiden erityisosaamista tulisi julkisen vallan rinnalla korostaa. Stakes (2007) arvioikin, että päihteiden haittakustannukset voidaan kääntää laskun tulevaisuudessa ainoastaan investoimalla laadukkaisiin päihdepalveluihin (mm. erilaiset hoitovaihtoehdot, hoitojatkumot) sekä painottamalla moniammatillisen yhteistyön ehkäisevää näkökulmaa.

Tämä selvitys ”Toivoa paremmasta päihdehuollosta – Selvitys pohjalaismaakuntien päihdepalvelujärjestelmän nykytilasta ja tulevaisuuden haasteista kunta- ja palvelurakennemuutoksessa” toteutettiin osana Pohjanmaan maakuntien sosiaalialan osaamiskeskus SONet BOTNIAn perustoimintaan liittyvää Pohjanmaan maakuntien päihdepalvelujen kehittämishanketta (2008–2009). Selvitys pohjautuu kyselyyn (liite 1).

Kysely Pohjanmaan maakuntien päihdepalvelujärjestelmän nykytilasta ja siihen liittyvistä haasteista kunta- ja palvelurakennemuutoksessa kohdistettiin pohjalaismaakuntien sosiaali- ja perusturvajohtajille sekä alueen perusterveydenhuollon terveyskeskusten- tai kuntayhtymien ylilääkäreille tai johtaville lääkäreille. Kysely postitettiin sähköisenä Webropol-kyselynä 5.6.2008 yhteensä 78 vastaajalle. Muistutus kyselystä lähetettiin 18.6.2008. Vastauksia palautui yhteensä 32 kappaletta eli vastausprosentiksi muodostui 41 %. Vastaajista 46,9 % oli sosiaali- ja perusturvajohtajia, 37,5 % terveyskeskusten ylilääkäreitä tai johtavia lääkäreitä ja 15,6 % muita toimihenkilöitä (sosiaalityöntekijä, johtava hoitaja, hanketyöntekijä).

Selvityksessä tarkastellaan kyselyn vastauksiin pohjautuen pohjalaismaakuntien päihdepalveluita käyttävien asiakkaiden profiilia ja siinä tapahtuvia muutoksia (kappale 2), päihdepalvelujärjestelmää (kappale 3) sekä kunta- ja palvelurakennemuutoksen tuomia muutoksia ja päihdepalveluihin liittyviä kehittämistarpeita ja -haasteita (kappale 4). Kursivoidut tekstit ovat suoria lainauksia kyselyn vastauksista.

2. Päihdepalveluita käyttävät asiakkaat

2.1 Päihdepalveluita käyttävien asiakkaiden määrä lisääntyy

Vastaajista suurin osa (68,8 %) arvioi organisaatioidensa toimipisteisiin hakeutuneista asiakkaista/potilaista alle puolen kärsivän pitkäaikaisesta päihdeongelmasta. Vain 9,4 %:a vastaajista arvioi pitkäaikaisen päihdeongelman olevan noin puolella ja yli puolella 3,1 %.

Vastaajista 53,1 % arveli päihteitä käyttävien asiakkaiden/potilaiden määrän pysyneen ennallaan viimeisten viiden vuoden aikana. 34,4 % vastaajista arvioi määrän lisääntyneen jonkin verran ja 12,5 % arvioi määrän lisääntyneen merkittävästi. Tulevaisuudessa määrän sen sijaan arvellaan selkeästi lisääntyvän.

Tutkimustulosten perusteella alkoholin kulutus on kasvanut viime vuosien aikana. Viime vuoden (vuosi 2007) tilastoissa alkoholijuomien kokonaiskulutus on kasvanut lähes kolme prosenttia. Asukasta kohti kulutettiin 100-prosenttista alkoholia 10,5 litraa eli 0,2 litraa enemmän kuin vuonna 2006 ja saman verran kuin vuonna 2005. Tilastoidun kulutuksen määrä nousi 8,7 litraan, mikä on enemmän kuin koskaan aikaisemmin. Tilastoimattoman kulutuksen määrä laski 1,8 litraan asukasta kohden. Pohjalaismaakunnissa alkoholin kulutus on kuitenkin vähäisempää kuin muissa maakunnissa. Pohjanmaalla alkoholin *tilastoitu kulutus* vuonna 2007 oli 5,9 litraa/asukas, Etelä-Pohjanmaalla ja Keski-Pohjanmaalla 6,9 litraa/asukas. Vuoteen 2003 verrattuna alkoholin kulutus on Tuotevalvontakeskus STTV:n (2007) mukaan lisääntynyt 14 prosenttia koko maassa.

2.2 Moniongelmaistuva asiakaskunta

Päihdeongelmaisten asiakkaiden/potilaiden kanssa työskenneltäessä on koettu paljon uusia haasteita viimeisten viiden vuoden aikana. Ainostaan 6,4 % vastaajista kertoi haasteiden pysyneen ennallaan. Myös Päihdebarometrin vastaajat katsovat, että viime vuosina haasteet ovat lisääntyneet ja että myös tulevaisuudessa ongelmat (mm. syrjäytyminen, sairastavuus, sekakäytön lisääntyminen) jatkavat kasvuaan. (Piispa ym. 2007.)

Haasteista suurimmaksi koettiin **päihdeasiakkaiden moniongelmaisuuksien lisääntyminen**, johon liittyy vaikeita päihdeongelmia, päihdeongelmista johtuvia vaikeita somaattisia sairauksia, lisääntynyttä alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttöä sekä kipulääkkeiden väärinkäyttöä. Myös kaksoisdiagnoosipotilaiden (mielenterveys- ja päihdeongelma) määrä on lisääntynyt. Lisäksi väkivallan uhka työssä koettiin entistä suuremmaksi. Aggressiivisten asiakkaiden/potilaiden määrän nähtiin lisääntyneen.

”Asiakkaiden käytös entistä arvaamattomampaa. Vaativuus ja röyhkeys lisääntyneet. Nopean puuttumisen välineitä ei ole riittävästi.”

Toisena suurena haasteena nähtiin **ikäihmisten päihteidenkäyttö** ja siihen liittyvän hoidon ja hoivan lisätarve.

”Terveyskeskuksen vuodeosastolle tulee hoidettavaksi päihdyttävien aineiden alaisena olevia asiakkaita, mm. vanhuspotilaita ja he saavat sekaisin koko osaston toiminnan”

Ikäihmisten lisääntyneeseen päihteidenkäyttöön on alettu kiinnittää huomiota Suomessa vasta viime vuosien aikana, minkä vuoksi ongelman osoittavaa tilastollista tietoa on saatavissa vain vähän (ks. esim. Sulander 2007). Ikäihmisten päihteiden ongelmakäyttö tulee esiin varsin myöhään, jos ikäihminen ei ole kotipalvelun tai kotisairaanhoidon piirissä. Ongelma huomataan yleensä vasta sairaalakäyntien yhteydessä. Erikoissairaanhoidossa iäkkäiden lonkkamurtuman saaneiden potilaiden alkoholikäyttöä on tutkittu Pohjois-Kymenlaakson tapaturmahankkeessa vuosina 2003–2004 (Nurmi-Lüthje). Analyysissä selvisi, että 28 prosentilla hoitoon tulleista potilaista oli veressään alkoholia. Myös lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäyttö oli huomattavaa. Lonkkamurtumien ohella hankkeessa tutkittiin myös ikääntyvien alkoholitapaturmia yleisesti. Tutkimustulosten mukaan erikoissairaanhoidon tapaturman vuoksi tulleista yli 65-vuotiaista miehistä 17 prosenttia ja naisista 3 prosenttia oli alkoholin vaikutuksen alaisena. Yli 1,5 promillen humalassa miehistä oli 12 prosenttia ja naisista 2 prosenttia (Nurmi-Lüthje 2004).

Pohjalaismaakuntien alueella ongelman laajuutta kartoitetaan parhaillaan Pohjalaismaakuntien vanhustyön kehittämisyksikkö -hankkeen, Äldrecentrum Österbotten -hankkeen ja Pohjanmaan maakuntien päihdepalvelujen kehittämishankkeen yhteistyönä. Alueellisia tuloksia on saatavilla loppusyksyn 2008 aikana. Tarkoituksena on mm. nostaa kysymys yleiseen keskusteluun alueella ja järjestää aihepiiriin liittyviä alueellisia koulutuksia.

Ikäihmisten alkoholinkäyttöön liittyvät ongelmat ja haasteet eivät suinkaan vähene tulevaisuudessa suurten ikäluokkien eläköityessä. Kansanterveyslaitoksen tuore tutkimus eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytymisestä ja terveydestä kertoo eläkeikäisten olevan aiempaa terveempiä, mutta alkoholinkäyttö on lisääntymässä. Tutkimus osoittaa eläkeikäisten käyttävän alkoholia selvästi vähemmän kuin työikäisten, mutta alkoholinkulutuksen odotetaan lisääntyvän 65–79-vuotiailla miehillä ja 65–74-vuotiailla naisilla. On kuitenkin muistettava se, että iäkkäiden alkoholinsietokyky on alhaisempi kuin muulla aikuisväestöllä. Tutkimuksesta käy ilmi myös se, että raittiiden osuus on vähentynyt. Vuonna 2007 neljännes 65–69-vuotiaista miehistä ilmoitti juovansa alkoholia vähintään kahdeksan annosta viikossa. Alkoholinkäyttö on puolestaan pysynyt hyvin vähäisenä 75–84-vuotiailla naisilla ja 80–84-vuotiailla miehillä (Laitalainen ym. 2008).

Sukupolvien myötä suhtautuminen alkoholinkäyttöön on kuitenkin löystynyt ja suurista ikäluokista onkin tulossa uusi päihteidenkäyttöön tottunut asiakasryhmä vanhuspalveluihin. Myös tämän kyselyn vastausten perusteella tämä tulee olemaan yksi suurimmista haasteista tulevaisuudessa.

”Todennäköisesti ikääntyvät työelämästä pois jäävät pitkään runsaasti alkoholia käyttäneet asiakkaat tulevat lisääntymään. Työ on pitänyt jollain tavalla elämän raameissa mutta eläkeaikana hallinnassa entistä suurempia vaikeuksia. Fyysiset vaivat ja aikainen dementoituminen?”

Myös alkoholidementia on yleistymässä ja asiakasryhmästä löytyy ikäihmisten ohella alle 40-vuotiaita kroonisia alkoholisteja. Arvioiden mukaan ryhmä tulee näkymään palvelujärjestelmässä entistä vahvemmin seuraavien kymmenen vuoden aikana tuoden haasteita järjestelmälle (Inkeroinen & Partanen 2005).

Kolmanneksi suurimmaksi haasteeksi nostettiin **äitien lisääntynyt päihteidenkäyttö**, joka vaikuttaa selkeästi perheiden hyvinvointiin.

”Äitien lisääntynyt päihteiden käyttö perheissä”

”Huolestuttavaa on lastensuojeluasioiden yhteydessä ilmenevät a.o. ongelmien lisääntyminen.”

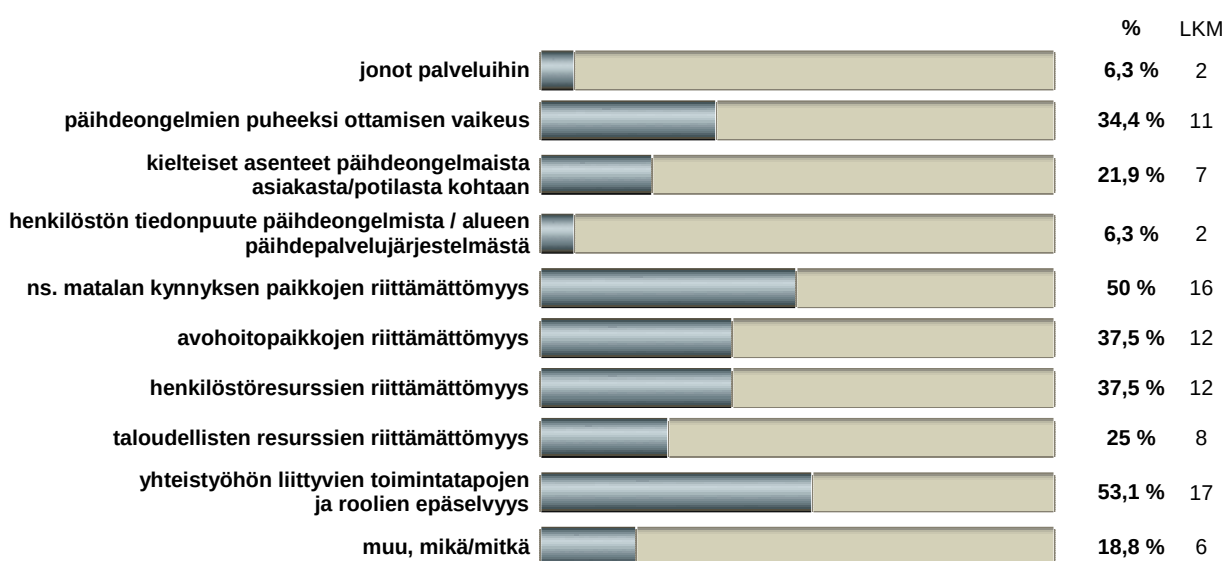
Naisten ja äitien päihteiden käyttö näyttäisi lisääntyvän ja muuttuvan yhä pysyvämmäksi ilmiöksi. Samalla myös ongelmakäyttäjien määrä kasvaa. Päihderiippuvaiset äidit ovat haasteena sekä terveydenhuollossa neuvolatoiminnalle että muullekin palvelujärjestelmälle. Äitien alkoholiongelma pystytään tunnistamaan neuvolassa huumeongelmaa paremmin, mutta kaikki äidit eivät käytä äitiysneuvolan palveluja. Tilastojen mukaan raskaana olevista äideistä päihderiippuvaisia tai suurkuluttajia arvioidaan olevan 6-10 prosenttia. Uusimpien arvioiden mukaan vuosittain noin 4 000 – 6 000 sikiötä on vaarassa altistua päihdyttävillä aineilla. Vuosittain syntyy arviolta noin 650 alkoholin eriasteisesti vaurioittamaa lasta. Lisäksi tiedetään, että äidin päihteiden käyttö on yleisin syy pienten lasten huostaanottoihin Suomessa. (Ensi- ja turvakotien liitto 2008, Piispa ym. 2007).

Tulevaisuudessa vastaajia huolettavat erityisesti **lisääntyvä alkoholinkäyttö yhä nuoremmassa iässä**. Viime aikoina on noussut esille nuorten lisääntynyt alkoholin käyttö yhä nuorempana, mutta toisaalta kasvamassa oleva sukupolvi ei koe alkoholinkäyttöä trendikkääksi. Nuorten terveystapatutkimuksen (Rimpelä ym. 2007) mukaan raittiiden nuorten osuus on kasvanut entisestään vuosien 2005 ja 2007 välillä. 14-vuotiaista raittiita on 60 % ja 16-vuotiaista noin neljännes. Myös toistuvan alkoholin käytön ja humalajuomisen todetaan vähentyneen. Poikkeuksena ovat kuitenkin 18-vuotiaat pojat, joista viikoittain tosi humalaan itsensä juovia on 12 %.

3. Päihdepalvelujärjestelmän haasteet

3.1 Päihdepalvelujärjestelmän ongelmakohdat

Päihdepalvelujärjestelmän keskeisiksi ongelmakohdiksi (kuvio 1) **sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä palveluissa**¹ koettiin yhteistyöhön liittyvien *toimintatapojen ja roolien epäselvyys* (53,1 %) sekä niin sanottujen *matalan kynnyksen hoitopaikkojen riittämättömyys* (50 %). Myös resurssikysymykset, kuten avohoitopaikkojen puute (37,5 %) -ja henkilöstöresurssien riittämättömyys (37,5 %) koettiin ongelmallisiksi.



Kuvio 1 Palvelujärjestelmän keskeiset ongelmakohdat sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä palveluissa

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat määrittäneet yhteiset päihdepalvelujen laatusuositukset (2002). Laatusuositukset on valmisteltu tukemaan kuntien päihdepalvelujen suunnittelua, järjestämistä ja kehittämistä. Suositukset antavat yleiset suuntaviivat kunkin kunnan paikalliseen soveltamiseen. Suosituksessa henkilöstömitoituksen tavoitteet ovat seuraavat:

- *Polikliininen päihdetyö:* 3 henkilötyövuotta /10 000 asukasta. Suurimmissa kunnissa tarve voi olla suurempi. Henkilöstötarve on sidoksissa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden toimivuuteen.
- *Ympäriverokautinen katkaisu- ja vieroitushoito:* 0,8 sosiaali- tai terveydenhuollon koulutuksen saanutta työntekijää /asiakas. Joidenkin asiakasryhmien, kuten alaikäisten, huumeiden käyttäjien ja sekakäyttäjien, psyykkisistä ongelmista kärsivien tai päihtyneiden hoidossa ammattikoulutetun henkilöstön tarve saattaa olla 1,5 työntekijää/ asiakas.

¹ Sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset palvelut: 1) avohoito = terveyskeskukset, sosiaalitoimistot, mielenterveystoimistot, työterveyshuolto, oppilashuolto, päivähoito, neuvolat, kotisairaanhoido, kotihoito jne. sekä 2) laitoshoido = sairaalat ja terveyskeskusten vuodeosastot.

- *Kuntoutuslaitos:* 0,5 sosiaali- tai terveydenhuollon koulutuksen saanutta työntekijää /kuntoutettava asiakas
- *Laitosmuotoinen (huoltosuhteinen) palveluasuminen:* 0,3 sosiaali- tai terveydenhuollon koulutuksen saanutta työntekijää /asiakas.
- Lisäksi muuta kuin varsinaiseen asiakastyöhön osallistuvaa henkilöstöä (hallinto, siivous, ruokahuolto jne.) on oltava tarvittava määrä.
- Poliklinisissa palveluissa sekä akuutissa laitoshoidossa (katkaisu- ja vieroitushoito sekä päivystys- ja päihtyneiden palveluissa) työvuorot ja henkilöstömitoitus järjestetään siten, että toimintayksikössä on aina vähintään kaksi työntekijää. Samoin muissa yksiköissä, joissa toiminta ja turvallisuus sitä edellyttävät. (Päihdehuollon laatusuosituksat 2002.)

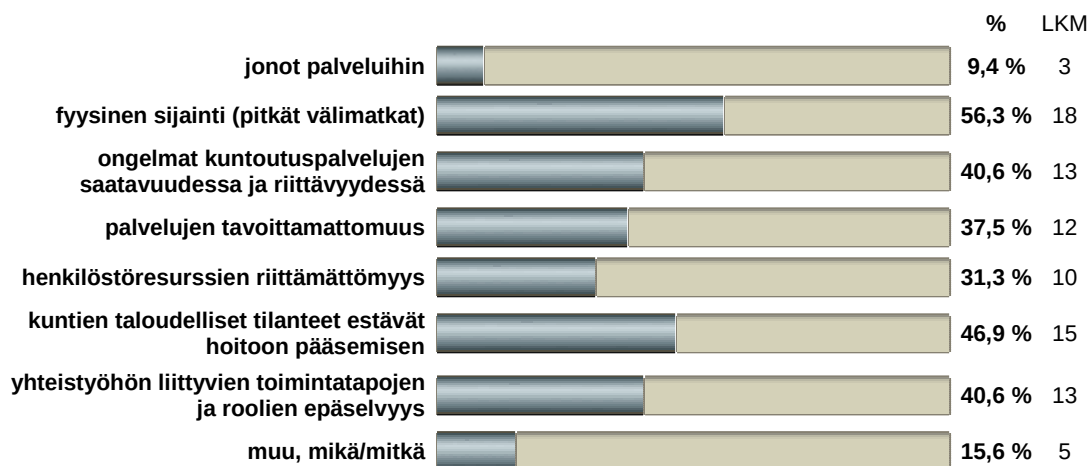
Henkilöstömitoituksen arvioinnin lähtökohtina ovat olleet 1) laskelmat päihteiden koulutuksen ja palvelukysynnän välisestä suhteesta, 2) seurantatiedot palvelujärjestelmän työnjaon (palvelurakenteen) muutoksista, 3) vertailu muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen osalta esitettyihin laskennallisiin tarpeisiin (esimerkiksi perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen, mielenterveyshuollon ja ikäihmisten hoidon erilaisissa palveluyksiköissä) ja näiden lukujen suhteuttaminen päihdehaittojen yleisyyteen sekä 4) työryhmän jäsenten omat tiedot ja arviot. (Päihdepalvelujen laatusuosituksat 2002.)

Puheeksi ottamisen vaikeus nähtiin myös suhteellisen suureksi ongelmaksi (34,4 %). Pohjalaismaakuntien alueella mini-interventiota puheeksi ottamisen yhtenä menetelmänä on nostettu esille. Pohjanmaa-hanke järjesti pohjalaismaakuntien alueella syksyn 2006 aikana mini-interventio -koulutusta, joka oli suunnattu mini-intervention vertaiskouluttajille. Myös pohjalaismaakuntien sosiaalialan osaamiskeskus SONet BOTNIA on järjestänyt Etelä-Pohjanmaan alueella tilaisuuden ”Mini-interventio sosiaalityön työmenetelmänä” (9.4.2008), jossa vertaiskouluttaja on kouluttanut alueen aikuistytön sosiaalityöntekijöitä. Mini-interventiokoulutus jatkuu alueella syksyllä mm. SONet BOTNIA:n kokoamassa perhetyön kehittäjäryhmässä.

Positiivisena asiana nousi esille se, että sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä palveluissa taloudellisten resurssien riittämättömyyttä ei nähty kovin suureksi ongelmaksi eikä palveluihin koettu olevan juurikaan jonoja.

Päihdehuollon erityispalvelujen² keskeiseksi ongelmakohtaksi (kuvio 2) nousi puolestaan palvelupisteiden fyysinen sijainti (56,3 %). Palvelupisteet sijaitsevat kaukana ja kulkuyhteydet saattavat olla hankalia. Ongelmia nähtiin myös hoitoon pääsemisessä. Luvattoman usein hoitoonpääsyn estää kunnan taloudellinen tilanne (46,9 %). Kuntoutuspalvelujen saatavuus ja riittävyys koettiin niin ikään haasteelliseksi (40,6 %). Yhteistyöhön liittyvien toimintatapojen ja roolien epäselvyys (40,6 %) koettiin ongelmalliseksi peruspalveluiden tapaan myös päihdehuollon erityispalveluissa.

² Päihdehuollon erityispalvelut: 1) avohoito = A-klinikat, nuorisosemat ja päiväkeskukset 2) laitushoito = katkaisuhoido- ja kuntoutusyksiköt ja 3) välimuotoiset palvelut = ensisuoajat, asuminen palvelut.



Kuvio 2 Palvelujärjestelmän keskeiset ongelmakohdat päihdehuollon erityispalveluissa

3.2 Päihdepalvelujärjestelmän alueelliset kehittämistarpeet

Vastaajat esittivät erilaisia näkemyksiä siitä, miten päihdepalvelujärjestelmää omalla toimialueella tulisi kehittää.

Vastauksissa nousi esille **tarve rakentaa ja/tai selkeyttää hoitopolkuja**. Samalla myös strategiatyö ja siihen pohjautuva kehittäminen tulivat esille. Strategiatyötä alueen kunnissa tukee Pohjanmaa-hanke (Pohjanmaa-hanke 2008). Tällä hetkellä pohjalaismaakunnista yhteensä 46 kuntaa on allekirjoittanut kumppanuussopimuksen STM:n alkoholiohjelman ja Pohjanmaa-hankkeen kanssa. Valmiita strategioita on kolme: 1) Terve kunta- turvallinen maakunta! Keski-Pohjanmaan päihdestrategia 2007–2011, 2) Sillä Selevä! Härmänmaan ja Järvisen alueellinen päihdestrategia 2008–2012 sekä 3) Gemensam morgondag – Yhdessä huomiseen. Pietarsaaren seutukunnan päihdestrategia 2008–2010.

Pohjanmaa-hankkeessa on tehty myös strategiatyöhön liittyviä nykytilaselvityksiä vuosina 2006–2008. Näitä ovat 1) Päihde- ja mielenterveyspalvelujen tilanne ja kehittämistarpeet Ylistarossa - kuulemistilaisuuksien raportti (Laitila 2008a), 2) Päihdetyön tilanne ja kehittämistarpeet Vaasan seudulla - kuulemistilaisuuksien raportti (Hagström 2008), 3) Päihde- ja mielenterveyspalvelujen tilanne ja kehittämistarpeet Nurmossa – kuulemistilaisuuksien raportti (Laitila 2008b), 4) Päihdepalvelujen tilanne ja seudulliset kehittämistarpeet Pietarsaaren seutukunnassa – kuntakierroksen raportti (Finnholm & Lång 2007), 5) Päihdepalvelujen tilanne ja seudulliset kehittämistarpeet Keski-Pohjanmaan maakunnassa – kuntakierroksen raportti (Koittola & Lång 2006), 6) Päihdepalvelujen tilanne ja seudulliset kehittämistarpeet Härmänmaan ja Järvisen seudun kunnissa – kuntakierroksen raportti (Kangasluoma & Laitila 2006), 7) Mielenterveys- ja päihdepalvelujen tilanne ja seudulliset kehittämistarpeet Kuusiokunnissa – kuulemistilaisuuksien raportti (Laitila 2007) sekä 8) Päihde- ja mielenterveyspalvelujen tilanne ja kehittämistarpeet Seinäjoella – kuulemistilaisuuksien raportti (Romppainen & Laitila 2008).

Kaiken kaikkiaan vastaajat näkivät selkeät suunnitelmat oleellisiksi osaksi tavoitteellista työtä.

”Rakentamalla kunnallinen yli organisaatiorajojen ulottuva päidehoitoon ohjausmalli ja jalkauttaa se arkielämään asiakkaiden palvelupisteisiin...”

Katkaisuhoito on koettu kunnissa, erityisesti syrjäseuduilla, ongelmalliseksi jo kauan (ks. esim. Tuomela 2006). Pohjanmaan maakunnissa katkaisuhoitoa toteutetaan sekä katkaisuhoitoasemilla että jossakin määrin terveyskeskusten vuodeosastoilla riippuen välimatkoista. Etelä-Pohjanmaalla ja Pohjanmaalla selviämisen- ja katkaisuhoitoasemat sijaitsevat Seinäjoella ja Vaasassa, mutta Keski-Pohjanmaalla selviämisen- ja katkaisuhoitoasemaa ei ole. Katkaisuhoito Keski-Pohjanmaalla toteutetaan terveyskeskusten vuodeosastoilla. Päihdeongelmien vaikeutuessa katkaisuhoito terveyskeskusten vuodeosastoilla on haasteellista ja erityisjärjestelyjä vaativaa. Kokkolan kaupunki on yhteistyössä alueen kuntien kanssa suunnittelemassa alueellista selviämisen- ja katkaisuhoitoasemaa, joiden kanssa Pietarsaaren seutukunta tulee tekemään yhteistyötä. (Lång 2008.)

Pohjalaismaakuntien alueella ei myöskään ole varsinaista avokatkaisuhoidon mallia. Ylä-Pirkanmaan seutupäihdetyö -hankkeessa (Järvinen 2007) kehitettiin katkaisuhoitoa alueen kunnissa. Kunnissa laadittiin kirjalliset katkaisuhoito-ohjeet ja hoitosopimukset sekä vuodekatkaisuhoidolle että avokatkaisuhoidolle. Ohjeet selkeyttivät avojen osastokatkaisuhoitojen kriteeristöjä. Kokemusten perusteella avokatkaisuhoitojen määrä lisääntyi eikä osastokatkaisuhoitoon ohjattu ”turhaan” henkilöitä, joiden katkaisuhoito pystyttiin hoitamaan avopalveluna. Mäntän katkaisuhoitomalli on liitteenä (liite 2). Käsitteellisesti avokatkaisuhoito tarkoittaa samaa kuin katkaisuhoito, mutta se toteutetaan avohoitona, avohoittoa antavassa yksikössä. Hoito kestää yhdestä viiteen vuorokauteen. Avokatkaisuhoito sopii käytettäväksi tilanteissa, joissa päihteenkäytöstä aiheutuvat vieroitusoireet eivät vaadi jatkuvaa seurantaa ja hoitoa. Esimerkiksi Etelä-Pohjanmaalla avokatkaisuhoidon kehittäminen terveyskuntayhtymä Kaksineuvoisen alueella on hyväksytty Sillä Selevä -päihdestrategiassa. Avokatkaisuhoidon kehittämistä työestetään edelleen Tällä Selevä! -hankkeessa.

Päihdehuollon peruspalvelujen ja erityispalvelujen osalta kyselyvastauksissa toivottiin **kehittämistä erityisesti avohuollon osalta**, jolloin toimintaan saataisiin lisää tehokkuutta ja tavoitteellisuutta niin, että esimerkiksi laituskuntoutusjaksoja pystyttäisiin vähentämään. **Moniammatillinen tiimityö** nostettiin myös esille palvelujärjestelmän kehittämisen näkökulmasta. Moniammatilliset tiimit ja yhteistyökäytännöt rakentuvat usein konkreettisen kehittämistyön myötä, esimerkiksi selvitetessä jalkautuvan päihdetyön malleja tai päihdeasiakkaan hoitopolkuja. Samalla myös vastuukysymykset selkeytyvät.

”Moniammatillista, poikkihallinnollista yhteistyötä on lisättävä. Peruspalveluja on kehitettävä niin, että niillä on selkeä käsitys tehtävästään päihteenkäytön puheeksiottamisessa, sekä riittävä taito/kyky interventioiden tekemiseen. Erityispalveluiden tehokkuutta ja tavoitteellisuutta on lisättävä.”

Moniammatillisen verkoston yhteistyön sujuminen ja yhteiset käytännöt ovat hyvin oleellinen asia sekä työntekijöiden että päihdeasiakkaiden näkökulmasta. Yhteistyön merkityksellisyys korostuu erityisesti päihdetyössä, koska päihdeasiakkaat käyttävät eri ammattiryhmien tarjoamia palveluja yhtäaikaaisesti. Yhteistyön kehittämisen ja ti-

vistämissä kautta pystytään karsimaan päällekkäisyyksiä tai toisaalta myös sitä, että ei tunneta riittävästi toisten ammattiryhmien osaamista, eikä näin ollen osata ohjata asiakasta oikeanlaisiin palveluihin.

Jalkautuvan päihdetyön kaltainen työmenetelmä saattaisi olla yksi ratkaisu sekä yhteistyön kehittämiseen eri toimijoiden välillä sekä erityisesti asiakkaiden tavoittamiseen ja päihdetyön turvaamiseen maaseutumaisissa pitkän välimatkan kunnissa. Jalkautuvalla päihdetyöllä tarkoitetaan tässä sitä, että työntekijä jalkautuu kuntiin usean kunnan alueella tuomaan päihdepalvelut lähemmäksi asiakasta. Jalkautuminen tarkoittaa myös matalakynnyksistä työtettä ja joustavuutta, sillä työntekijällä ei ole lähetekäytäntöä. Asiakaskäyntien lisäksi työntekijä jalkautuu myös eri työyksiköihin toimien eri työntekijöiden työparina ja konsultoiden peruspalveluiden työntekijöitä, jolloin päihdetyön erityisosaamista saadaan myös peruspalvelutasolle. Päihdeasian-tuntemuksen tuominen vaativiin tilanteisiin saattaa nopeuttaa päätöksentekoa tarvittavista palveluista ja parantaa asiakkaan oikean avun saamista. Jalkautuvan päihdetyön yksi keskeinen lähtökohta onkin moniammatillisten verkostojen yhteistyön sujuminen. Jalkautuvan päihdetyöntekijän rooliin voi kuulua myös koulutus sekä ennaltaehkäisevän ja korjaavan päihdetyön koordinointi ja kehittäminen yhteistyössä paikallisten verkostotoimijoiden kanssa (Järvinen 2007; Lemetyinen 2007.) Jalkautuvan päihdetyön mallia on kehitetty mm. Ylä-Pirkanmaan seutupäihdetyö -hankkeessa (ks. Järvinen 2007) sekä Hämeen päihdehuollon kuntayhtymän Mainiemen kuntoutuskeskuksen Ytyä Perheeseen -hankkeessa (ks. Lemetyinen 2007). Jalkautuvan päihdetyön prosessikuvaus asiakastyön poluista (Lemetyinen 2007,60) on raportin liitteenä (liite 3).

Kyselyvastauksissa näkyi myös tarvetta **alueellisesti keskittyneelle päihdehuollon yksikölle**, joka selkeyttäisi kenttää ja toisi päihdehuollon asiantuntemuksen joustavasti lähemmäksi peruspalveluita.

"Nykyiset jonkin verran erityisosaamista hallitsevat hajanaiset yksiköt (aklinikka, katkaisuhuolto, kuntouttava laitoshuolto, päihdeterapeutti...) yhteen keskukseseen, joka työskentelisi sateliittiperiaatteella kunnissa. Hoitomuotojen kitkan niveltäminen yhteen hallintoon ja työntekijät siihen työhön, mikä kulloinkin eniten tarvitsee."

Keski-Pohjanmaalla suunnitelmaa alueellisesti keskittyneestä yksiköstä on viety eteenpäin. Keski-Pohjanmaalla kehittämistyön erityistavoitteena on selviämisen-, katkaisu-, avohuolto- ja laitospäästötutustuksen saaminen alueelle. Suunnitellussa uudessa yksikössä olisi näiden palveluiden lisäksi somatiikan, psykiatrian ja sosiaalityön osaamista sekä asiakkaan tarvitsemia tukipalveluita. Suunnitelmien mukaan yksikössä toimisivat myös Pohjanmaan maakuntien päihdetyön kehittämiskeskus sekä alueen päihde- ja mielenterveyshankkeet. Yksikkö rakennetaan suunnitelman mukaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteyteen. (Läng 2008.)

Niin ikään **päihde-ehtoisten asiakkuuksien tilastointi** eri organisaatioissa, erityisesti terveydenhuollossa, koettiin tärkeäksi, jotta saataisiin selkeä kuva paikallisesta päihdeidenkäytöstä.

"...Päihdekäyntien/päihtyneinä käyneiden potilaiden käyntisyyden kirjaaminen päihdekäynniksi tai toiseksi dg:si, jotta tilastoinnin kautta pystytään seuraamaan

ja tarttumaan asiaan paremmin. Nykyään päihdeasiakkaiden määrät perustuvat satunnaisotantoihin tai mututuntumaan.”

Valtakunnallisesti päihteiden- ja päihdepalvelujen käytöstä on saatavilla tietoa. Näitä ovat mm. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (Stakes) toteuttamat päihdekysely, alkoholipaneelikysely, juomatapatutkimus, kouluterveyskysely ja nuorten terveystapatutkimus. Kansanterveyslaitos (KTL) kerää tietoa mm. aikuisväestön terveyskäyttäytymisestä ja eläkeläisväestön terveystavoista. Alkoholien kulutus-tilastoja keräävät mm. Alko, STTV, Tilastokeskus, Stakes ja Panimoteollisuus. Päihdepalvelujen käytön osalta käytössä ovat päihdetapauslaskenta (Stakes), päihdehuollon tilastointi (A-klinikkasäätiö), huumehoidon tietojärjestelmä (Stakes), päihdehuollon resurssit tilastointi (Tilastokeskus) sekä sairaaloiden ja päihdehuollon laitosten hoitoilmoitusjärjestelmä Hilmo (Stakes). Lisäksi Terveystiedon tutkimuskeskus (Tekry ry) julkaisee joka toinen vuosi Päihdebarometrin, jossa kuvataan kuntien ja järjestöjen ajankohtaista päihdetilannetta.

4. Päihdepalvelut muuttuvassa kuntarakenteessa

4.1 Päihdetyö kunta- ja palvelurakenneuudistuksessa

Helmikuussa 2007 voimaan astuneen ns. puitelain (laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta 2007/169) tavoitteena on saada aikaan elinvoimainen ja toimintakykyinen sekä eheä kuntarakenne. Lisäksi lain tavoitteena on varmistaa koko maassa laadukkaat ja asukkaiden saatavilla olevat palvelut. Palvelurakenteen tulee olla kattava ja taloudellinen ja sen tulee mahdollistaa voimavarojen tehokas käyttö.

Puitelaki (2007/169) 5 § velvoittaa järjestämään perusterveydenhuollon ja siihen kiinteästi liittyvät sosiaalitoimen vähintään 20 000 asukkaan väestöpohjalla. Laajaa väestöpohjaa edellyttävien palvelujen turvaamiseksi maa jaetaan puitelain 6 §:n nojalla kuntayhtymiin, jotka vastaavat muun muassa erikoissairaanhoidolaissa säädetyistä palveluista. Kuntayhtymällä on myös velvollisuus edistää alueellaan terveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden huomioon ottamista.

Puitelain tarkoituksena ei ole vähentää kuntien velvoitteita terveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden huomioon ottamisessa. Päihdepalvelujen osalta tämä tarkoittaa mm. päihdetyön kokonaisuuden turvaamista palveluita käyttävien henkilöiden asuinpaikasta riippumatta. Esimerkiksi ehkäisevä päihdetyö osana terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä toteutuu parhaiten ihmisten arkiympäristössä ja lähipalveluissa. (Stakes 2007)

Kyselyvastaajat näkivät kunta- ja palvelurakenneuudistuksella olevan sekä positiivisia että negatiivisia vaikutuksia päihdehuollon palvelujen järjestämisen ja tuottamisen käytäntöihin. **Suurin (n=19) osa vastaajista kuitenkin uskoo muutosten tukevan päihdetyön kehittämistä.** Päihdehuollon uskotaan tulevan esille omana erityistarpeenaan. Mahdollisuuksina muutoksissa nähdään erityisesti päihdepalveluiden keskittyminen isompiin yksiköihin. Yhteistoiminta-alueilla päihdetyön arvellaan tehostuvan ja tulevan lähemmäksi asiakasta. Päihdepalvelujen saatavuuden koetaan helpottavan, kun kentälle saadaan omia päihdetyöntekijöitä.

”Toivoo on paremmasta kun toimintayksiköt suurenevat ja toimintoja voi toivotavasti järkeistää ja ohjata työvoimaresursseja puhtaasti päihdeongelmiin ilman että muut velvoitteet sekoittavat toimenkuvaa.”

Osa vastaajista (n=10) ei usko uudistuksen tuovan mitään muutoksia. Uhkina nähdään palvelujen pirstaloituminen entisestään ja kuntien pyrkimykset kehittää omia ”halpoja” ratkaisuja asiaan. Myöskään päihdepalveluihin taloudellisten resurssien ei uskota vahvistuvan.

Vastaajat pitivät päihdehuollon näkyvimpinä muutoksina yhteistyön lisääntymisen, yhteiset käytännöt ja strategiset linjaukset sekä palvelujen uudelleen organisoimisen ja suunnitelmallisuuden. Näkyvimmat kielteiset muutokset ovat tarpeiden ja resurssien epäsuhdan lisääntyminen ja päätöksenteon siirtyminen pois paikallistasolta. Kielteisenä muutoksena pidetään toisaalta palvelujen siirtymistä kauaksi mutta toisaalta palvelujen keskittyminen merkitsee myös tehostumista ja erityisasiantuntemuksen lisääntymistä, joka tuo parhaimmillaan kunnille paljon hyötyä.

4.2 Päihdetyön keskeiset kysymykset muutoksessa

Vastaajien mukaan kunta- ja palvelurakenneuudistuksessa tulisi erityisesti ottaa huomioon varhaiseen puuttumiseen ja tunnistamiseen liittyvät asiat.

"Att - upptäcka problemen i tid - ingripa i tid - att i rätt tid inse att klienten klarar sig själv"

Varhaisen puuttumisen mallit ja perhetyöntekijöiden riittävä päihdeosaaminen nähtiin olennaisen tärkeäksi. Keskeisinä asioina pidettiin myös resursointikysymyksiä.

Vastaajista osa ei ollut myöskään täysin tyytyväisiä päihdetyön nykyiseen säädöspohjaan. Päihdehuollon toteuttamista sääntelevä päihdehuoltolaki (41/1986) tuli voimaan 1. tammikuuta 1987 samaan aikaan sosiaalihuollon erityislakien kanssa. Kyseisiä sosiaalihuollon erityislakeja on tarkistettu ja uudistettu viime vuosien aikana, mutta päihdehuoltolaki on pysynyt ennallaan. Päihdehuoltolain reilun kahdenkymmenen vuoden voimassa olon aikana on tapahtunut paljon muutoksia sekä päihdeissä ja niiden käyttötavoissa että käyttäjäryhmissä. Myös hoidontarpeissa on tapahtunut muutoksia 1980-lukuun verrattuna.

*"Päihdehuoltolakia tulisi selkiyttää ja uudistaa. Päihdepalveluja perustasolla erikoistuvien työntekijöiden palveluja tulee lisätä sekä sosiaali- että terveydenhuoltoon. Valtakunnallisesti entistä enemmän tulee satsata enemmän asenneilma-
piiriin niin että päihdehaittoihin puututaan ja niistä tiedotetaan asiallisesti."*

Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut huhtikuussa 2007 **Mieli 2009 -työryhmän kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman valmistelemiseksi**. Ryhmä koostuu valtionhallinnon, kunnallishallinnon sekä mielenterveys- ja päihdealan järjestöjen ja kehittämishankkeiden edustajista. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma tulee sisältämään mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen keskeisimmät linjaukset sekä ehdotuksia mielenterveys- ja päihdetyön hyvien käytäntöjen levittämiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa. Lisäksi suunnitelmassa esitetään ehdotuksia ohjauskeinojen kehittämiseksi lainsäädännön avulla (mm. raittiustyölain säännösten arviointi ja mielenterveys- ja päihdehuoltolakien yhdistämisen mahdollisuuden selvittäminen) sekä toimintamallin tuottamiseksi mielenterveys- ja päihdepalveluihin. Suunnitelma tulee vastaamaan osaltaan mielenterveyshäiriöiden ja päihdeiden ongelmakäytön kasvuun, mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän pirstaleisuuteen, suunnittelemattomuuteen sekä hajanaisuuteen, palveluiden alueelliseen epätasa-arvoisuuteen ja yhteistoiminnan puutteeseen. Ohjelmalla pyritään mielenterveys- ja päihdepalvelujen helppoon saavutettavuuteen sekä vaikuttaviksi todettujen toiminta-

käytäntöjen levittämiseen. Suunnitelman lähtökohtana ovatkin kunta- ja palvelurakennemuutoksen lähtökohtana olevat väestön tarpeet, terveyden, hyvinvoinnin ja sosiaalisen turvallisuuden edistäminen sekä yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut. (Mieli ja päihde 2008.) Myös valmisteilla oleva uusi terveydenhuoltolaki (2008)³ perustuu samansuuntaisiin lähtökohtiin. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma valmistuu vuoden 2008 loppuun mennessä. (Partanen M-L, 2008.)

Palvelujärjestelmän tulisi rakenteellisella tasolla varautua tuleviin haasteisiin, joita ovat ikääntyvät päihdeikäikäyttäjät, nuoret sekä päihdeäidit ja lisääntyvä lastensuojelutarve. Vaikka huumeongelma näyttäisi olevan marginaalinen ilmiö suhteessa alkoholiongelmaan, tulevaisuudessa huumeidenkäytön myönteisyydellä arveltiin olevan kuitenkin vaikutusta huumeidenkäytön lisääntymiseen.

4.3 Päihdepalvelujen järjestäminen tulevaisuudessa

Kyselyssä tiedusteltiin vastaajien arviota siitä, miten tietyt päihdepalvelut olisi järkevintä järjestää tulevaisuudessa (taulukko 1). Taulukossa käytetty perusjako palveluista ja niiden järjestämisestä pohjautuu Stakesin (2007) julkaisuun Ehkäisy ja hoito – laadukkaan päihdetyön kokonaisuus.

Kunnan omana palveluna (lähipalveluna) tulisi järjestää tunnistamiseen ja varhaiseen puuttumiseen liittyvät palvelut (71,9 %). Jalkautuvan päihdetyön kaltaisten lähipalvelujen (50, 0 %) arvioitiin järjestettävän joko kunnan omana palveluna tai yhteistoiminta-alueen palveluna (seudullisena palveluna).

Yhteistoiminta-alueen palveluja (seudullisia palveluja) ovat avomuotoiset A-klinikka- ja nuorisoasemapalvelut (71,9 %), päihdesairauksien ja tapaturmien hoito ja vastaavat akuuttipalvelut (50, 0 %), jalkautuvan päihdetyön kaltaiset lähipalvelut (50, 0 %), vammaisten, alaikäisten sekä geriatrinen asiakkaiden päihdekuntoutus (46,9 %) sekä katkaisuhoidot (46, 9 %).

³ Sosiaali- ja terveysministeriö asetti työryhmän (15.6.2007–31.5.2008), joka valmisteli kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon yhdistävän ehdotuksen laiksi terveydenhuollosta. Työryhmä ehdottaa, että terveyspalvelut järjestettäisiin kahden rinnakkain maan eri osissa sovellettavan mallin mukaisesti joko 1) kuntiin, yhteistoiminta-alueeseen ja sairaanhoitopiiriin (laajan väestöpohjan kuntayhtymä) perustuvalla mallilla tai 2) terveyspiiriin perustuvan mallin mukaisesti. (Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolaki työryhmän muistio 2008)

Stakesin (2007) Ehkäisy ja hoito -oppaassa puitelain 5 § mukaisella kunta- tai yhteistoiminta-alueella lähipalveluina tuotettaviksi on listattu

- päihteiden käytön tunnistamiseen ja varhaiseen puuttumiseen liittyvät palvelut
- päihdesairauksien ja tapaturmien hoito ja vastaavat akuuttipalvelut
- katkaisuhuolto
- pitkäaikainen jatkohoito
- matalakynnyksiset, päihteiden käytön haittojen vähentämiseen tähtäävät palvelut
- huono-osaisuuteen liittyvät tukipalvelut.

Maakuntatason palveluna (laajalla väestöpohjalla) haluttiin toteuttaa moniongelmaisten huumeiden käyttäjien hoito (71,9 %), vapautuvien vankien palvelut (62,5 %), asiantuntija- ja konsultaatiopalvelut (59,4 %), ruotsinkielisten palvelut (50,0 %), kaksoisdiagnoosipotilaiden palvelut (53,1 %), pitkäaikainen jatkohoito (50,0 %), raskaana olevien päihteidenkäyttäjien hoito (46,9 %) sekä maahanmuuttajapalvelut (46,9 %).

Katkaisuhoidon, pitkäaikaisen jatkohoidon sekä kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon osalta vastauksissa painottuvat kuitenkin melko tasaisesti joko seudullisena palveluna tai laajan väestöpohjan palveluna.

Stakesin (2007) mukaan puitelain 6 §:n mukaan laajan väestöpohjan kuntayhtymän järjestämisvastuulle kuuluvia päihdepalveluja ovat

- päihdehuollon erityispalvelut: avomuotoisia A-klinikka- ja nuorisoasemapalvelut sekä laitospalvelut katkaisu- ja kuntoutuspalvelut (asiakastyötä kyseisissä yksiköissä, jalkautuvan päihdetyön mallisia lähipalveluita, asiantuntija- ja konsultaatiopalveluita lähipalveluille sekä kehittämis- ja koulutustoimintaa)
- vaativan tason päihdehuollon laitospalveluina katkaisu- ja kuntoutushoito, muun muassa raskaana olevat päihteiden käyttäjät, kaksoisdiagnoosiasiakkaat, moniongelmaiset huumeiden käyttäjät ja vapautuvat vangit
- joidenkin pienten tai uusien erityisryhmien laitospalvelut, esimerkiksi ruotsinkielisten palvelut, maahanmuuttajapalvelut, vammaisten, alaikäisten ja geriatrinen asiakkaiden päihdekuntoutus (voidaan antaa jollekin laajan väestöpohjan kuntayhtymälle valtakunnallisena erityisvastuualueena).

Valtakunnallisina palveluina (erityisvastuu-alueen palveluina) vastaajat pitivät ainoastaan moniongelmaisten huumeidenkäyttäjien hoitoa (15,6 %), vapautuvien vankien palveluja (12,5 %) ja maahanmuuttajapalveluja (12,5 %).

Taulukko 1 Vastaajien näkemyksiä päihdepalvelujen järjestämisestä tulevaisuudessa, vuoteen 2015 mennessä

	kunnan omaa palveluna (lähipalveluna)	yhteistoiminta-alueen palveluna (seudullisena palveluna)	maakuntatason palveluna (laajalla väestöpohjalla)	valtakunnallisena palveluna (erityisvastuu-alueena)
päihteiden käytön tunnistamiseen ja varhaiseen puutumiseen liittyvät palvelut	71,9% 23	25% 8	3,1% 1	0% 0
päihdesairauksien ja tapaturmien hoito ja vastaavat akuuttipalvelut	31,3% 10	50% 16	18,8% 6	0% 0
katkaisuhuolto	12,5% 4	46,9% 15	40,6% 13	0% 0
pitkäaikainen jatkohoito	3,1% 1	43,8% 14	50% 16	3,1% 1
avomuotoiset A-klinikka- ja nuorisoasemapalvelut	3,1% 1	71,9% 23	25% 8	0% 0
jalkautuvan päihdetyön malliset lähipalvelut	50% 16	50% 16	0% 0	0% 0
asiantuntija- ja konsultaatiopalvelut	6,3% 2	31,3% 10	59,4% 19	3,1% 1
raskaana olevat päihteidenkäyttäjät	18,8% 6	34,4% 11	46,9% 15	0% 0
kaksoisdiagnoosipotilaat	3,1% 1	40,6% 13	53,1% 17	3,1% 1
moniongelmaiset huumeidenkäyttäjät	0% 0	12,5% 4	71,9% 23	15,6% 5
vapautuvat vangit	3,1% 1	21,9% 7	62,5% 20	12,5% 4
ruotsinkielisten palvelut	9,4% 3	31,3% 10	50% 16	9,4% 3
maahanmuuttajapalvelut	6,3% 2	34,4% 11	46,9% 15	12,5% 4
vammaisten, alaikäisten sekä geriatrien asiakkaiden päihdekuntoutus	12,5% 4	46,9% 15	37,5% 12	3,1% 1

Tulevaisuudessa peruspalvelujen roolin arvioidaan vahvistuvan erityisesti päihteidenkäytön tunnistamisen, varhaisen puuttumisen sekä päihdesairauksien ja tapaturmien hoidon ja akuuttipalvelujen osalta. Vaikeimmat päihdeongelmat, moniongelmaiset huumeidenkäyttäjät, vapautuvat vangit, päihteitä käyttävät maahanmuuttajat ja ruotsinkieliset sekä kaksoisdiagnoosipotilaat ja raskaana olevat päihteidenkäyttäjät nähdään tulevaisuudessa laajalla väestöpohjalla hoidettaviksi ryhmiksi. Tämä kertoo osittain ryhmien hoidon haasteellisuudesta mutta myös erityisosaamisen keskittämisestä. Vastauksista nousee esille myös näkemys avomuotoisten A-klinikkapalveluiden ja nuorisoasemapalveluiden järjestämisestä tulevaisuudessa yhteistoiminta-alueen palveluna sekä jalkautuvan päihdetyön kaltaiset lähipalvelut joko yhteistoiminta-alueella tai kunnassa järjestettävänä palveluina. Stakesin (2007) mukaan kyseiset palvelut tulisi rakentaa laajan väestöpohjan palveluina. Taulukkoa tulkittaessa on kuitenkin tiedostettava käsitteiden ongelmallisuus lähipalveluiden ja seudullisten palvelujen osalta. Osa vastaajista tarkoittanee lähipalveluilla myös seudullisesti järjestettäviä palveluita.

Seuraavassa taulukossa (taulukko 2) on yksityiskohtainen esimerkki siitä, miten päihdepalveluita on mahdollista järjestää eri tasoilla.

Esimerkki päihdepalvelujen seudullisesta järjestämisestä ja toimijoista eri tasoilla



4.4 Kuntaliitokset ja perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistoiminta-alueet pohjalaismaakunnissa

Seuraavaksi kuvataan Etelä-Pohjanmaalla, Keski-Pohjanmaalla ja Pohjanmaalla toteutuvat kuntaliitokset sekä esitetään taulukkomuotoisesti (taulukot 2-4) perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistoiminta-alueet sekä alueilla toimivat päihdehuollon eri toimintayksiköt.

Etelä-Pohjanmaa

Kuntaliitokset 1.1.2009:

Kurikka: Kurikka ja Jurva

Seinäjoki: Seinäjoki, Nurmo ja Ylistaro

Kauhava: Kauhava, Ylihärmä, Alahärmä, Korttesjärvi
Alajärvi: Alajärvi ja Lehtimäki

Perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistoiminta-alueet 1.1.2009

Taulukko 3 Perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistoiminta-alueet sekä päihdehuolto Etelä-Pohjanmaalla

YHTEISTOIMINTA-ALUE	A-KLINIKAT	SELVIÄMIS- JA KATKAISUHOITOASEMAT	PÄIVÄKESKUKSET	MUUT
Isojoki, Karijoki, Kauhajoki ja Teuva (24 700 asukasta)	Seinäjoen A-klinikan sivuvastaanotto, Teuva	Sopimuskunnat /TK lähete tai maksusitoumus Seinäjoen selviämisen ja katkaisuhuoltoasema	Päivätoiminta; Tarmokas ja Sisukas	Päihdehuollon ohjaaja
JIK-yhteistyö: Ilmajoki, Jalasjärvi, Kurikka ja Jurva (35 100 asukasta)	Seinäjoen A-klinikan sivuvastaanotto, Jalasjärvi	Sopimuskunnat /TK lähete tai maksusitoumus Seinäjoen selviämisen ja katkaisuhuoltoasema		
Seinäjoki (Nurmo ja Ylistaro) (60 400 asukasta) Perusterveydenhuollon osalta Isokyrö	Seinäjoen A-klinikka	Selviämisen ja katkaisuhuoltoasema, Seinäjoki		Nuorisosaama Steissi Terveysterveystoimintapiste, Seinäjoki Seinäjoen kontaktikoti (Kan-koti)
Kuntayhtymä Kaksineuvoinen: Kauhava, Ylihärmä, Alahärmä, Korttesjärvi, Evijärvi ja Lappajärvi (24 400 asukasta)	Seinäjoen A-klinikan sivuvastaanotto, Kauhava	Sopimuskunnat /TK lähete tai maksusitoumus Seinäjoen selviämisen ja katkaisuhuoltoasema	Päiväkeskus Roihan Majakka, Kauhava	Hoitokoti, Korttesjärvi (Kan-koti)
Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alue: Alajärvi, Lehtimäki, Soini ja Vimpeli (16 600 asukasta)	31.12.2008 saakka Seinäjoen A-klinikan sivuvastaanotto, Alajärvi 31.12.2008 saakka Erityispalvelu Osviitan (Ähtärin A-klinikan) sivuvastaanotot, Lehtimäki ja Soini	31.12.2008 saakka Sopimuskunnat Seinäjoen selviämisen ja katkaisuhuoltoasema	Päiväkeskus Keidas, Alajärvi	
Kuusiokuntien terveyskuntayhtymä 6tk: Kuortane, Alavus, Töysä ja Ähtäri (23 600 asukasta)	Erityispalvelut Osviitan (Alavuden ja Ähtärin A-klinikat) ja sivuvastaanotot (Alavuden A-klinikka) Kuortane ja Töysä	Erityispalvelut Osviitta (avokatkaisuhuolto)		Miestenkoti, Ähtäri (Kan-koti)
Lapua (14 200 asukasta)	Sopimuskunta, Seinäjoen A-klinikka	Sopimuskunta Seinäjoen selviämisen ja katkaisuhuoltoasema	Päiväkeskus Myötätuuli, Lapua	Minnesota-hoitokeskus, Lapua

Tilanne tällä hetkellä

Etelä-Pohjanmaalla A-klinikat sijaitsevat Seinäjoella sekä Alavudella ja Ähtärissä (Erytispalvelut Osviitta). Seinäjoen A-klinikan sopimuskuntia ovat 31.12.2008 saakka Etelä-Pohjanmaan 20 kuntaa lukuun ottamatta Kuusiokunta (Alavus, Lehtimäki, Töy-sä, Soini, Kuortane, Ähtäri). Lisäksi sopimuskuntana on Pohjanmaan maakuntaan kuuluva Isokyrön kunta. Erytispalvelut Osviitan sopimuskuntia ovat Kuusiokunnat. Aikaisemmista vastauksista tuli jo esille, että vastaajat pitivät A-klinikkatoimintaa sel-keästi yhteistoiminta-alueen järjestämisvastuulle kuuluvana. Tämä korostuu erityises-ti Etelä-Pohjanmaalla. Osittain se selittyy pitkällä välimatkoilla. Seinäjoen A-klinikan katkaisu- ja selviämishoito järjestetään Seinäjoella (sivuvastaanotot Kauhavalla, Ala-järvellä, Teuvalla ja Jalasjärvellä). Jos asiakkaalla on tarve päästä A-klinikalle tai sel-viämis- ja katkaisuhuoltoasemalle, välimatka on pisimmillään Isojoelta noin 100 kilo-metriä, Evijärveltä, Lappajärveltä, Vimpelistä ja Alajärveltä noin 80–90 kilometriä. Eri-tyisesti kuntien reuna-alueilta palvelujen saavutettavuus on heikkoa. Julkisilla kulku-neuvoilla kulkeminen on useimmiten hankalaa. Katkaisuhuolto toteutetaan myös jois-sakin kunnissa terveyskeskusten vuodeosastoilla. Vuoden 2009 alusta esimerkiksi Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alueella tuotetaan A-klinikkapalvelut sekä sel-viämis- ja katkaisuhuolto itse. Yhteistoiminta-alueelle tulee uusi päihdetyöntekijän toi-mi. Myös Kuntayhtymä Kaksineuvoisessa on meneillään selvitysvaihe päihdepalvelu-jen osalta.

Keski-Pohjanmaa

Kuntaliitokset 1.1.2009

Kokkola: Kokkola, Kälviä, Lohtaja ja Ullava

Kalajoki (Pohjois-Pohjanmaa): Kalajoki ja Himanka

Perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistoiminta-alueet 1.1.2009

Taulukko 4 Perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistoiminta-alueet sekä päihdehuolto Keski-Pohjanmaalla

YHTEISTOIMINTA-ALUE	A-KLINIKAT	SELVIÄMIS- JA KAT-KAISUHOITOASEMAT	PÄIVÄKES-KUKSET	MUUT
Kokkola, Kälviä, Lohtaja, Ullava ja Kruunupyy (52 200 asukasta)	A-klinikka, Kokkola	Terveyskeskusten vuodeosastot	Päiväkeskus, Kokkola	Terveysneuvontapiste Vaihtari, Kokkola Työplus, Kokkola Avopalveluyksikkö Liina, Kokkola Ensikoti Iida, Kokkola Nuotta, Kokkola Ventuskartano, Kokkola Asuntokoti Hermannin, Kokkola Isojärven palvelukoti, Kokkola Seetri-koti, Kokkola
Jokivarsikuntien sosiaali- ja terveyspalvelu-jen/peruspalvelujen yh-teistoimintaorganisaation (JYTA) kunnat: Kannus, Toholampi, Lestijärvi, Per-ho, Halsua, Veteli ja Kaus-tinen (22 600 asukasta)	Perhonjokilaakson perhe- ja päihde-klinikka, Veteli	Terveyskeskusten vuodeosastot		

Tilanne tällä hetkellä

Kuten edellä on mainittu, Keski-Pohjanmaalla ei ole tällä hetkellä selviämisen- ja katkaisuhuoltoasemaa, vaan katkaisuhuolto toteutetaan terveyskeskusten vuodeosastoilla. Kokkolan terveyskuntayhtymässä katkaisuhoidosta vastaa nimetty päihdelääkäri, joka toimii myös Kokkolan A-klinikan lääkärinä. Kokkolan A-klinikan palveluja tarjotaan kuntayhtymän aikuisille asukkaille ja sopimuskuntien asukkaille (Himanka, Kannus, Toholampi ja Kruunupyy) sekä maksusitoumuksella ulkopaikkakuntalaisille. Kokkolan kaupunki suunnittelee yhteistyössä alueen kuntien kanssa alueellista selviämisen- ja katkaisuhuoltoasemaa. Pietarsaaren seutukunta tulee tekemään yhteistyötä Keski-Pohjanmaan selviämisen- ja katkaisuhuoltoaseman kanssa. (Lång 2008.)

Pohjanmaa

Pohjanmaan alueella ei ole toteutumassa maakunnan sisäisiä kuntaliitoksia, mutta Isokyrö on suuntautumassa perusterveydenhuollon osalta Seinäjokeen ja Kruunupyy on suunnittelemassa kuntaliitosta Kokkolan kanssa.

Perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistoiminta-alueet 1.1.2009

Taulukko 5 Perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistoiminta-alueet sekä päihdehuolto Pohjanmaalla

YHTEISTOIMINTA-ALUE	A-KLINIKAT	SELVIÄMIS- JA KATKAI-SUHOITOASEMAT	PÄIVÄKESKUKSET	MUUT
Vaasa, Vähäkyrö ja Laihia (70 400 asukasta)	A-neuvola, Vaasa	Selviämisen- ja katkaisuhoi- toasema, Vaasa	Päiväkeskus, Vaasa	Terveysneuvontapiste Tepsi, Vaasa Nuorisoasema Klaara, Vaasa Päihdekuntoutusyhteisö, Vaasa Päiväkeskus, Vaasa Silmukoti, Vaasa Tukiasunnot, Vaasa
Pietarsaari, Luoto, Pedersöre ja Uusi- kaarlepyy (42 200 asukasta)	A-klinikka, Pietarsaari	Pietarsaaren A-klinikka ja terveyskeskusten vuode- osastot (avokatkaisuhuolto) (mahdollisuus käyttää Vaasan selviämisen- ja katkaisuhuoltoaseman palveluja)		
Närpiö, Kaskinen, Kristiinankaupunki, Korsnäs ja Maalah- ti (26 100 asukasta)	Sopimuskunnat, Vaasan A- neuvola	Sopimuskunnat Vaasan selviämisen- ja katkaisuhoi- toasema		Päihdetyöntekijä Pixne-klinikka, Maalahti Tolvi-hoitokoti, Maalahti Solhem-hoitokoti, Munsala Samaria-koti, Pirttikylä
Mustasaari, Vöyri- Maksamaa ja Ora- vainen (24 600 asukasta)	Sopimuskunnat, Vaasan A- neuvola	Sopimuskunnat Vaasan selviämisen- ja katkaisuhoi- toasema		

Tilanne tällä hetkellä:

Pohjanmaan alueella on kaksi A-klinikkaa (neuvolaa), joista toinen sijaitsee Vaasassa ja toinen Pietarsaareissa. Vaasan A-neuvolan sopimuskuntia ovat Isokyrö, Kaskinen, Korsnäs, Kristiinankaupunki, Kruunupyy, Laihia, Maalahti, Mustasaari, Närpiö, Oravainen, Vähäkyrö ja Vöyri-Maksamaa sekä muut kunnat ostopalvelusopimuksella. Alueen selviämisen- ja katkaisuhuolto keskittyy Vaasaan. Välimatkat myös Pohjanmaan alueella ovat pitkiä. Erityisesti välimatka ongelmat korostuvat Kristiinankaupungin, Kaskisten ja Närpiön reuna-alueiden osalta. Kristiinankaupungista Vaasaan kertyy noin 100 kilometriä. Pohjanmaalla korostuu myös ruotsinkielisten palvelujen tarve. Maalahdessa sijaitseva Kårkullan kuntayhtymän Pixne-klinikka on ruotsinkielisille aikuisille alkoholin väärinkäyttäjille tarkoitettu yksikkö. Hoitoyksikkö tarjoaa intensiivikursseja päihdeongelmallisille alkoholi- ja/tai lääkeriippuvaisille aikuisille ympäri Suomea. Pietarsaaren A-klinikan sopimuskuntia ovat Kruunupyy, Luoto, Pedersöre, Pietarsaari ja Uusikaarlepyy sekä muut kunnat ostopalvelusopimuksella. Seutukunnassa ei ole selviämishoitoasemaa, vaan katkaisuhuolto tapahtuu Pietarsaaren A-klinikalla ja alueen terveyskeskusten vuodeosastoilla avokatkaisuhoidon yhteistyössä Malmin terveydenhuoltoalueen kanssa. Katkaisuhoidon tarvitsevia potilaita on myös mahdollista lähettää Vaasan selviämisen- ja katkaisuhuoltoasemalle. Tulevaisuudessa katkaisuhuolto on tarkoitus keskittää alueellisesti Malmin terveydenhuoltoasemalle. (Gemensam morgondag – yhdessä huomiseen. Pietarsaaren seutukunnan päihdestrategia 2008–2010).

5. Yhteenveto ja päätelmät

Toivoa paremmasta päihdehuollosta -selvityksessä tarkastellaan pohjalaismaakuntien päihdepalveluiden asiakkuuksissa tapahtuneita muutoksia ja erityisesti päihdepalveluihin liittyviä kehittämistarpeita ja -haasteita sekä kunta- ja palvelurakennemuutoksen tuomia muutoksia. Selvitys pohjautuu kyselyyn, johon vastasivat pohjalalaismaakuntien sosiaali- ja perusturvajohtajat sekä perusterveydenhuollon kuntayhtymien ja terveyskeskusten ylilääkärit/johtavat lääkärit.

Kaiken kaikkiaan tuloksista heijastuu haasteellisuus, joka liittyy työskentelyyn päihdeongelmaisten asiakkaiden kanssa. Päihteitä käyttävien asiakkaiden profiili on erilaistunut vuosien myötä. Uudenlaisina ilmiöitä ovat nousseet esiin esimerkiksi päihteitä käyttävät ikäihmiset, joiden määrä kasvaa suurten ikäluokkien vanhetessa. Myös huoli äitien lisääntyvästä päihteidenkäytöstä ja siitä aiheutuvista ongelmista perheiden hyvinvointiin näkyi vastauksissa.

Pohjalaismaakuntien päihdeasiakkaat ovat entistä moniongelmaisempia. Tämänhetkinen kasvava alkoholinkulutus antaa viitteitä sekä asiakaskunnan määrään kasvusta että haasteellisuuden lisääntymisestä. Erityisesti kaksoisdiagnoosiasiakkaiden (=samanaikainen mielenterveys- ja päihdeongelma) määrä on kasvanut. Nykyinen palvelujärjestelmä ei kykene vastaamaan tähän ongelmaan, koska mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat päihdepalvelujärjestelmässä erillään. Asiakas ei pääse esimerkiksi mielenterveyspalveluiden piiriin, jos hänellä on päihdeongelma. Tähän ongelmaan haetaan parhaillaan ratkaisua yhtenäistämällä päihde- ja mielenterveyspalveluita sekä mahdollisesti sovittamalla yhteen mielenterveys- ja päihdehuoltolakeja. Lisäksi moniongelmainen päihdeasiakas käyttää lukuisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Palveluiden kartoittamista ja koontia voidaan helpottaa esimerkiksi jalkautuvan päihdetyön ja palveluohjauksen avulla. Jalkautuvan päihdetyön ja palveluohjauksen (case management) kautta voidaan tuoda erityistason palveluja joustavasti peruspalveluihin. Sekä jalkautuvassa päihdetyössä että palveluohjauksessa korostuu asiakaslähtöinen ja asiakkaan etua korostava työtapo, jolla kootaan tarvittavia palveluita asiakkaan tueksi. Esimerkiksi Ruotsissa palveluohjaus on paljon käytetty työtapo päihdeongelmaisten kanssa. (ks. Ala-Nikkola & Sipilä 1999; Blomgren, S, 2005; Hänninen 2007.)

Pohjalaismaakuntien päihdepalvelujärjestelmän ongelmaksi on muodostunut sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä palveluissa yhteistyöhön liittyvien toimintatapojen ja roolien epäselvyys. Toimintatapoja ja rooleja on mahdollista selkeyttää kunta- ja palvelurakennemuutoksen yhteydessä. Yhteistyö rakentuu erilaisten mallien ja toimintakäytäntöjen, esimerkiksi hoitopolkujen selkeyttämisen, myötä, jolloin myös vastuukysymykset voivat selkeytyä. Erityisesti kunta- ja palvelurakennemuutukseen liittyvissä kuntaliitoksissa ja perusterveydenhuollon yhteistoiminta-alueiden perustamisessa yhteistyöhön liittyvät kysymykset ja epäselvyydet tulevat entistä vahvemmin esille.

Ongelmana on alueella myös matalan kynnyksen hoitopaikkojen riittämättömyys. Hoidon pääsyn kannalta tämä on yksi keskeinen kysymys. Terveyskeskus on päihdeongelmaisen matalan kynnyksen palvelupiste, minkä vuoksi peruspalveluissa sekä

päihde- että mielenterveystyön osaamista näissä tulisi vahvistaa. (Mieli 2009.) Tätä tukevat vastaajien näkemykset siitä, miten päihdehuoltoon liittyvät palvelut pitäisi tulevaisuudessa rakentaa. Peruspalveluiden roolia, esimerkiksi päihteidenkäytön tunnistamisessa, varhaisessa puuttumisessa sekä päihdesairauksien akuuttihoitossa, korostettiin päihdepalvelujen järjestämisessä. Tämän vuoksi erityisesti avohoitoa ja peruspalveluissa työskentelevien työntekijöiden osaamista päihdeasioissa tulisi vahvistaa monisektoraalisen yhteistyön ja päihdehuollon erityispalvelujen kehittämisen ohella. Myös tiedonkulku ja osaamisen välittyminen peruspalveluiden ja erityispalveluiden välillä todettiin heikoksi. Tähän hoitopolun saumakohtaan tulisi kiinnittää erityistä huomiota ja luoda uudenlaisia työmuotoja.

Hoitopaikkojen riittämättömyyden ohella myös henkilöstöresurssien riittämättömyys nousi esille. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat määrittäneet yhteiset päihdepalvelujen laatusuosituksen (2002), joissa määritetään myös henkilöstömitoituksen tavoitteet. Suosituksina toimivat henkilöstömitoituksen tavoitteet toteutuvat päihdetyössä ilmeisen harvoin. Vastauksissa näkyikin selkeä tarve uusien päihdetyöntekijöiden saamiseksi kentälle.

Päihdehuollon erityispalvelujen ongelmakohtia ovat puolestaan palvelupisteiden fyysinen sijainti, hoitoon pääsemiseen liittyvät hankaluudet sekä kuntoutuspalvelujen saatavuus ja riittävyys. Yhteistoimintatavat ja roolien epäselvyydet tulivat esille myös päihdehuollon erityispalvelujen osalta. Palvelupisteiden fyysinen sijainti on ongelmallista erityisesti maakuntien reuna-alueiden asukkaiden kannalta. Epäkohta ei poistune kunta- ja palvelurakennemuutoksen myötä, vaan siihen tulisi puuttua uusilla työmuodoilla, esimerkiksi jalkautuvalla päihdetyöllä ja avohoidon kehittämisellä. Epäkohtina nähtiin lisäksi heikko kuntatalous, joka estää usein päihdeongelmaisen hoitoon pääsemisen. Palvelujen saamisen epätasa-arvoisuus näkyy niin, että esimerkiksi pienissä kunnissa harvaan asutuilla seuduilla voidaan päihdepalvelut järjestää peruspalveluina, vaikka suurimmissa kaupungeissa asiakas olisi samassa tilanteessa erityispalvelujen piirissä. Myös kuntien erilaiset maksusitoumuskäytännöt eriarvoistavat asiakkaiden asemaa. Esimerkiksi joissakin kunnissa erityispalveluihin vaaditaan lähete, joissakin kunnissa erityispalveluihin voi mennä suoraan ilman lähetettä tai maksusitoumusta.

Kunta- ja palvelurakennemuutoksen vaikutukset päihdehuoltoon ja sen kehittymiseen herättävät vastaajissa sekä positiivisia että negatiivisia tuntemuksia. Suurin osa vastaajista kuitenkin uskoo muutosten tuovan uusia mahdollisuuksia päihdehuoltoon. Muutokset edellyttävät yhteisiä linjauksia, suunnitelmallisuutta ja yhteistyötä. Toisaalta uudistuksen pelätään johtavan tarpeiden ja resurssien epäsuhtaan. Ilmassa on myös pelkoa siitä, että päätöksenteko valuu pois paikallistasolta. Uudistus kuitenkin haastaa kuntia järjestämään päihdepalveluitaan uusilla tavoilla. Uudistuksen yhteydessä päihdehuollon erityispalveluita keskitetään seudullisesti. Keskeisenä uudistuksessa tulisi nähdä myös lähipalveluiden ja peruspalveluiden (= päihdeongelman tunnistaminen, varhainen puuttuminen, kokonaistarpeen arviointi, jatkohoidon suunnittelu ja jatkohoitoon osallistuminen) roolin vahvistuminen. (Partanen, A 2008).

Päihdepalvelujen järjestämisvastuu on julkisella sektorilla, mutta myös muut palveluntuottajat tekevät laadukasta päihdetyötä (järjestöt, yritykset), jotka tulisi mieltää tasavertaisiksi palveluntuottajiksi, ei palvelujärjestelmän täydentäjiksi. Palveluiden järjestämis- ja tuottamiseen liittyvät kysymykset, kuten kumppanuuslähtöisyys, palvelu-

jen tuotteistaminen, ulkoistaminen sekä kilpailuttaminen ovat lähitulevaisuudessa ratkottavia kysymyksiä. Päihdehuollon suunnitelmissa ja rakenteen kehittämisessä ei ole tapahtunut muutoksia kymmeneen vuosiin, erityisesti 1990-luvun laman jälkeen. Tällä hetkellä elämme kuitenkin aikaa, jolloin on mahdollisuus nostaa esille päihdetyöhön merkitystä ja päästä vaikuttamaan päihdehuollon organisointiin.

Lähteet

Ala-Nikkola, M & Sipilä, J. (1999) Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin. Teoksessa Nurminen, E. (toim.) Sosiaalityö ristipaineissa, s. 63–76. Helsingin yliopiston avoin yliopisto.

Ensi- ja turvakotien liitto. (2008)

http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/liitto/tiedotteet/hyvia_tuloksia_paihdeongelmaiste/

Finnholm, I & Lång, S. (2007) Päihdepalvelujen tilanne ja seudulliset kehittämistarpeet Pietarsaaren seutukunnassa – kuntakierroksen raportti. Pohjanmaa-hanke.

<http://www.pohjanmaahanke.fi/Default.aspx?id=477741>

Gemensam morgondag – yhdessä huomiseen. Pietarsaaren seutukunnan päihdestrategia 2008–2010. Jakobstads regions rusmedelsstrategie 2008–2010.

http://www.pompke.fi/liite/pietarsaaren_seutukunta_svenska.pdf

http://www.pompke.fi/liite/pietarsaaren%20seutukunta_suomi.pdf

Hagström, V. (2008) Päihdetyön tilanne ja kehittämistarpeet Vaasan seudulla - kuulemistilaisuuksien raportti. Pohjanmaa-hanke.

<http://www.pohjanmaahanke.fi/Default.aspx?id=477741>

Halme JT., Seppä K., Alho H., Pirkola S., Poikolainen K., Lönnqvist J. & Aalto M. (2008). Hazardous Drinking: Prevalence and Associations in the Finnish General Population. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, Vol. 32, No. 9, 2008.

<http://www.ktl.fi/portal/suomi/esittely/ajankohtaista/?bid=3016>

Hänninen, K. (2007) Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta pariin. Stakes raportteja 20/2007.

Impinen, A., Lunetta, P. & Lounamaa, A. (2008) Tapaturmakuolemat ja alkoholi Suomessa 1987–2006. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B11 / 2008.

http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b11.pdf

Inkeroinen, T. & Partanen, A. (2006) Päihdepalvelujen tila 2005. Stakes, työpapereita 7/2006.

Järvinen, M-K. (2007). Ylä-Pirkanmaan seutupäihdetyö -hanke 2005–2007. Loppuraportti. Pikassos Oy, 10/2007.

Kangasluoma, R & Laitila, M (2006) Päihdepalvelujen tilanne ja seudulliset kehittämistarpeet Härmänmaan ja Järvisseudun kunnissa – kuntakierroksen raportti

<http://www.pohjanmaahanke.fi/Default.aspx?id=477741>

Koittola, E & Lång, S. (2006) Päihdepalvelujen tilanne ja seudulliset kehittämistarpeet Keski-Pohjanmaan maakunnassa – kuntakierroksen raportti
<http://www.pohjanmaahanke.fi/Default.aspx?id=477741>

Laitalainen, E., Helakorpi, S., Uutela A. (2008) Eläkeikäisen väestön terveystietämyksen ja terveys keväällä 2007 ja niiden muutokset 1993–2007 Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B14/2008.
<http://www.ktl.fi/portal/suomi/esittely/ajankohtaista/?bid=2945&vid=1>

Laitila, M (2007) Mielenterveys- ja päihdepalvelujen tilanne ja seudulliset kehittämistarpeet Kuusiokunnissa – kuulemistilaisuuksien raportti. Pohjanmaa-hanke.
<http://www.pohjanmaahanke.fi/Default.aspx?id=477741>

Laitila, M. (2008a) Päihde- ja mielenterveyspalvelujen tilanne ja kehittämistarpeet Ylistarossa - kuulemistilaisuuksien raportti. Pohjanmaa-hanke.
<http://www.pohjanmaahanke.fi/Default.aspx?id=477741>

Laitila, M. (2008b) Päihde- ja mielenterveyspalvelujen tilanne ja kehittämistarpeet Nurmossa - kuulemistilaisuuksien raportti. Pohjanmaa-hanke.
<http://www.pohjanmaahanke.fi/Default.aspx?id=477741>

Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 9.2.2007/169
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070169>

Lemetyinen, L. (2008) Tuhlaajapoika ja -tyttö päihdepalveluissa. Jalkautuva päihdetyö osana asiakaslähtöistä päihdetyötä. Verkkokolumnit, helmikuu 2008.
http://www.lasinenlapsuus.fi/julkaisuja/verkkokolumnit/helmikuu_lemetyinen

Lemetyinen, L (2007) Jalkautuva päihdetyö. Kansalais- ja aluelähtöisiä jalkautettuja palveluja asiakkaiden areenalla. Opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Sosiaali- ja terveysalan yksikkö, Seinäjoki.

Lång, S. (2008). Selvänä selvempää. Keski-Pohjanmaan maakunnan ja Pietarsaaren alueen selviämisen ja katkaisuhoidon selvitys 2008.

Makkonen, T. (2005). Katko edellyttää jatkoa. Katkaisu- ja vieroitushoidon kehittäminen palvelutarpeen arvioinnin pohjalta. Päihdepalvelujen kehittämishanke. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Mieli ja päihde (2008). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2007–2008. Stakes.
<http://info.stakes.fi/mielijapaihde/FI/index.htm>

Nurmi-Lüthje I. Ikä, alkoholi ja tapaturmat. (2004) Pohjois-Kymenlaakson tapaturma-hanke.
<https://rtstm.teamware.com/Resource.phx/alkoholi/julkaisuja/otetaanselvaa.htx.i830.doc>

Partanen, A. (2008) Päihdepalvelut – rakenteet rutisevat, tarve kasvaa. Esitys / XV Valtakunnalliset päihdepäivät 16–17.9.2008, Kuopio.

Partanen, M-L. (2008) Mieli 2009. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mielenterveys- ja päihdetyön valtakunnallinen kehittämisseminaari 2.9.2008, Kuntatalo.

http://info.stakes.fi/NR/ronlyres/56F357A8-3A62-4D0E-8C55-5F62904EE9C9/0/Avaus_Partanen_Kansallinenmielenterveysjap%C3%A4ihdesuunnitelma_.pdf

Piispa, M., Kujasalo, A., Laari, L., Lindeberg, M., Opari, P., Tella, S., Varamäki, R. (2007) Päihdebarometri 2007. Ajankohtaiskatsaus kuntien ja järjestöjen päihdetilanteeseen. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 5/07.

Pohjanmaa-hanke. (2008). <http://www.pohjanmaa-hanke.fi>
Päihdepalvelujen laatusuositukset. 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto.
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/paihdepalvelu/paihdepalv.pdf>

Rimpelä, A., Rainio, S., Huhtala, H., Lavikainen, H., Pere, L., Rimpelä, M. (2007). Nuorten terveystapatutkimus 2007. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:63. Sisäasianministeriö (200

Romppainen, A & Laitila, M (2007) Päihde- ja mielenterveyspalvelujen tilanne ja kehittämistarpeet Seinäjoella – kuulemistilaisuuksien raportti. Pohjanmaa-hanke.
<http://www.pohjanmaahanke.fi/Default.aspx?id=477741>

Sillä Selevä! Härmänmaan ja Järviseudun alueellinen päihdestrategia 2008–2012.
<http://pohjanmaa-hanke.fi>

Stakes (2007) Ehkäisy ja hoito – laadukkaan päihdetyö kokonaisuus. Tukiaineisto hyvinvoinnin edistämiseen.
<http://neuvoa-antavat.stakes.fi/NR/ronlyres/A23A9F80-CF02-431B-BF71-D344695E5198/0/Kunta310807.pdf>

Sulander, T. (2007). Ikääntyneiden alkoholinkäyttö tilastojen valossa. Teoksessa Alanko, A. & Haarni, I. (2007). Ikääntyminen ja alkoholi. Sininauhaliitto.

Terve kunta- turvallinen maakunta! Keski-Pohjanmaan päihdestrategia 2007–2011.
<http://pohjanmaa-hanke.fi>

Tuomela, S. (2006). Etelä-Pohjanmaan päihdepalvelujärjestelmä, päihdetyö ja toimijoiden yhteistyö. Pro Gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Tuotevalvontakeskus STTV (2007) <http://www.viisitahtea.fi/content/view/2824/92/>

Uusi Terveydenhuoltolaki. 2008. Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:28.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/06/pr1214211442205/passthru.pdf>

Viljanen, R. 2007. Sisäisen turvallisuuden ohjelman valmistelu. Esitys 15.10.2007.
<http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/turva/home.nsf/files/Viljanen%2015.10.2007.pdf>

Hyvä vastaanottaja,

Pohjanmaan maakuntien sosiaalialan osaamiskeskus SONet BOTNIA toteuttaa perustoimintaansa liittyvän päihdepalvelujen kehittämishankkeen ajalla 1.3.2008–31.10.2009. Hankkeen yhtenä tavoitekokonaisuutena on Pohjanmaan maakuntien päihdepalvelujen kokonaistilanteen kartoittaminen ja päihdetyön kehittämistarpeiden arviointi osana kunta- ja palvelurakennemuutosta.

Linkkinä oleva kysely on osa päihdehuollon kartoittamista ja kehittämistarpeiden arviointia. Kyselyn avulla halutaan saada kokonaiskuvaa pohjalaismaakuntien päihdepalveluita käyttävistä asiakkaista, päihdepalvelujärjestelmästä sekä erityisesti kunta- ja palvelurakennemuutoksen tuomista muutoksista ja päihdepalveluihin liittyvistä kehittämistarpeista ja -haasteista. Kysely on kohdistettu Pohjanmaan maakuntien sosiaali- ja perusturvajohtajille sekä terveyskeskusten ylilääkäreille tai johtaville lääkäreille.

Pohjalaismaakuntien päihdepalvelujen kokonaistilanteen kartoittamiseksi kyselyyn vastaaminen on tärkeää. Toivomme, että ehditte vastata kyselyyn **16.6.2008 mennessä**.

Kiltos ajastanne ja arvokkaasta vastauksestanne!

Yhteistyöterveisin,

Sirpa Tuomela-Jaskari

Päihdepalvelujen suunnittelija
Pohjanmaan maakuntien sosiaalialan osaamiskeskus SONet BOTNIA
Koskenalantie 16 (Mediwest)
60220 Seinäjoki
Puh. 040 830 4277
Email: sirpa.tuomela-jaskari@seamk.fi
www.sonetbotnia.fi

Kysely perusturvajohtajille ja terveyskeskusten johtajlle päihdepalvelujärjestelmän nykytilasta ja keskeisistä kehittämistarpeista

TAUSTATIEDOT

1) Organisaatio

2) Vastaaja *

- ☐ sosiaali- tai perusturvajohtaja
- ☐ terveyskeskuksen ylilääkäri tai johtava lääkäri
- ☐ muu, mikä

PÄIHDEPALVELUITA KÄYTTÄVÄT ASIKKAAT

3) Kuinka monella organisaationne toimipisteisiin hakeutuneilla asiakkailla/potilailla arvioitte olevan pidempiaikainen päihdeongelma? *

- ☐ alle puolella
- ☐ noin puolella
- ☐ yli puolella
- ☐ muu arvio?

4) Onko päihteitä käyttävien asiakkaiden/potilaiden määrässä tapahtunut mielestänne muutoksia viimeisten viiden vuoden aikana? *

- ☐ vähentynyt merkittävästi
- ☐ vähentynyt jonkin verran
- ☐ pysynyt ennallaan
- ☐ lisääntynyt jonkin verran
- ☐ lisääntynyt merkittävästi

5) Millaisia uusia haasteita organisaationne toimipisteissä on kohdattu työskentelyssä päihdeongelmaisten asiakkaiden/potilaiden kanssa viimeisten viiden vuoden aikana?

6) Millaisia muutoksia arvioitte tapahtuvan päihdeasikkaiden tai -potilaiden tilanteessa (määrässä, iässä ja terveydentilassa) tulevaisuudessa?

PÄIHDEPALVELUJÄRJESTELMÄ

7) Mitkä ovat mielestäsi päihdepalvelujärjestelmän keskeiset ongelmakohdat SOSIAALI- ja TERVEYDENHUOLLON YLEISISSÄ PALVELUISSA? (Valitse KOLME keskeisintä ongelma-kohtaa)

SOSIAALI- ja TERVEYDENHUOLLON YLEISET PALVELUT = AVOHOITO: terveyskeskukset, sosiaalitoimistot, mielenterveystoimistot, työterveyshuolto, oppilashuolto, päivähoito, neuvolat, kotisairaanhoidto, kotihoito jne. sekä LAITOSHOITO: sairaalat ja terveykeskusten vuodeosastot

- ☐ jonot palveluihin
- ☐ päihdeongelmien puheeksi ottamisen vaikeus
- ☐ kielteiset asenteet päihdeongelmaista asiakasta/potilasta kohtaan
- ☐ henkilöstön tiedonpuute päihdeongelmista / alueen päihdepalvelujärjestelmästä
- ☐ ns. matalan kynnyksen paikkojen riittämättömyys
- ☐ avohoitopaikkojen riittämättömyys
- ☐ henkilöstöresursien riittämättömyys
- ☐ taloudellisten resursien riittämättömyys
- ☐ yhteistyöhön liittyvien toimintatapojen ja roolien epäselvyys
- ☐ muu, mikä/mitkä

8) Mitkä ovat mielestänne päihdepalvelujärjestelmän keskeiset ongelmakohdat päihdehuollon ERITYISPALVELUISSA? (Valitse KOLME keskeisintä ongelma-kohtaa)

PÄIHDEHUOLLON ERITYISPALVELUT= AVOHOITO: A-klinikat, nuorisoyksiköt, päiväkeskukset sekä LAITOSHOITO: katkaisu- ja kuntoutusyksiköt ja VÄLIMUOTOISET PALVELUT: ensisuojaus ja asumispalvelut

- ☐ jonot palveluihin
- ☐ fyysinen sijainti (pitkät välimatkat)
- ☐ ongelmat kuntoutuspalvelujen saatavuudessa ja riittävydessä
- ☐ palvelujen tavoittamattomuus
- ☐ henkilöstöresursien riittämättömyys
- ☐ kuntien taloudelliset tilanteet estävät hoitoon pääsemisen
- ☐ yhteistyöhön liittyvien toimintatapojen ja roolien epäselvyys
- ☐ muu, mikä/mitkä

9) Mikä on näkemyksenne siitä, miten organisaationne toiminta-alueen päihdepalvelujärjestelmää tulisi kehittää?

KUNTA- JA PALVELURAKENNEUUDISTUS JA PÄIHDETYÖ

10) Miten arvioitte päihdehuollon palveluiden järjestämisen ja tuottamisen muuttuvan kunta- ja palvelurakennemuutoksen myötä nykykäytäntöön verrattuna?

11) Mitkä arvioitte olevan päihdehuollon näkyvimmit muutokset kunnassa / perusterveydenhuollon yhteistoiminta-alueella?

12) Mikä on arvionne siitä, miten seuraavat päihdepalvelut olisi järkevintä järjestää tulevaisuudessa, vuoteen 2015 mennessä? *

	kunnan oma palveluna (lähipalveluna)	yhteistoiminta-alueen palveluna (seudullisena palveluna)	maakuntatason palveluna (laajalla väestöpohjalla)	valtakunnallisena palveluna (erityisvastuualueena)
päihteiden käytön tunnistamiseen ja varhaiseen puutumiseen liittyvät palvelut *	☐	☐	☐	☐
päihdesairauksien ja tapaturmien hoito ja vastaavat akuuttipalvelut *	☐	☐	☐	☐
katkaisuhuolto *	☐	☐	☐	☐
pitkäaikainen jatkohoito *	☐	☐	☐	☐
avomuotoiset A-klinikka- ja nuorisosoasemapaikat *	☐	☐	☐	☐
jalkautuvan päihdetyön malliset lähipalvelut *	☐	☐	☐	☐
asiantuntija- ja konsulttiapalvelut *	☐	☐	☐	☐
raskaana olevat päihteidenkäyttäjät *	☐	☐	☐	☐
kaksosdiagnoosipotilaat *	☐	☐	☐	☐
moniongelmaiset huumeiden käyttäjät *	☐	☐	☐	☐
vapautuvat vangit *	☐	☐	☐	☐
ruotsinkielisten palvelut *	☐	☐	☐	☐
maahanmuuttajapalvelut *	☐	☐	☐	☐
vammaisten, alaikäisten sekä geriatristen asiakkaiden päihdekuntoutus *	☐	☐	☐	☐

13) Mitkä ovat mielestänne ne päihdetyön keskeiset kysymykset, joihin erityisesti tulisi reagoida uudistuksen yhteydessä?

14) Millaisiin uusiin haasteisiin päihdehuollossa tulisi mielestänne varautua?

15) Mitä muuta haluaisitte sanoa?

KIITOS VASTAUKSISTANNE!

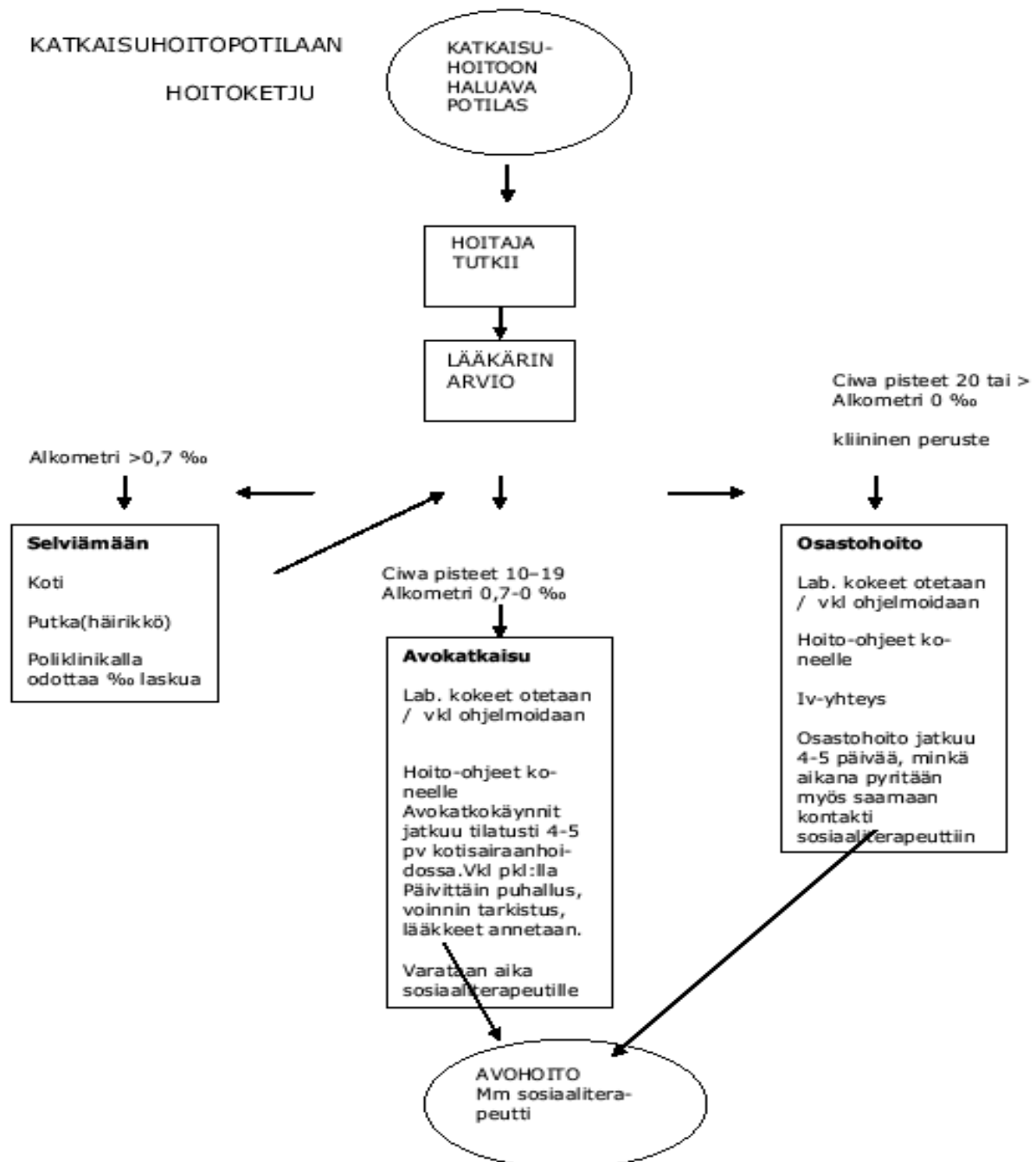
☐ Haluan lähettää vastaukset

Lähetä

Mäntän katkaisuhuitoimalli (Järvinen 2007, 20)

LIITTEET

Liite 1. Mäntän katkaisuhuitoimalli



PÄIHDEONGELMAINEN PÄIVYSTYKSESSÄ

1. Päivystyksessä hoitaja selvittää aluksi asiakkaan motivaation katkaisuhuoltoon, asiakas puhallutetaan, häneltä otetaan perustutkimukset(rr,ekg tarv.), Ciwa kaavake täytetään.
2. Lääkäri arvioi asiakkaan tilan.
Alkometrin näyttäessä yli 0,7‰ rauhallinen, fyysisesti hyväkuntoinen asiakas siirtyy kotiin odottelemaan promilleiden laskua. Suisidaalinen, rettelöivä putkaan, fyysisesti huonokuntoinen jää pkl:lle seurantaan kunnes prom. laskeneet ja voidaan siirtää osastolle. Poliklinikalla seurannassa olevalle voidaan aloittaa Diapam hoito asiakkaan puhaltaessa 0.7-0‰ (tai päivystäjän arvion mukaan). Muu hoito fyysisen tilan mukaan.

Avokatkaisu

Avokatkaisu on aina ensisijainen. Avokatkaisuun soveltuu asiakas, jonka fyysinen tila ja Ciwa pisteet (10–19) sen sallivat. Laboratorion aukioloaikana otetaan verikokeet (pvk, crp, k, na, krea, gluk, alat, gt). Lääkäri sanelee/ kirjoittaa (ilta , yö ja viikonloppu) hoito-ohjeet koneelle. Katkolääkkeitä ei kirjoiteta reseptille! Poikkeuksena B-vit voi kirjoittaa, jolloin im B-vit ei tarvitse antaa im kuin ensimmäisenä päivänä, vaan asiakas ottaa B-vit päivittäin p.o.

Hoitaja ohjaa asiakkaan, antaa hänelle päihdetyön sosiaaliterapeutin sekä oman kunnan kotisairaanhoidon yhteystiedot. Asiakas allekirjoittaa sitoumuksen avokatkaisuun. Asiakkaalle annetaan kirjallinen vieroitusohje. Päihdetyön sosiaaliterapeutille ja kotisairaanhoidon ilmoitetaan alkavasta avokatkaisusta tai aika voidaan varata suoraan mediatrista. Kotisairaanhoidon aamun ensimmäiset ajat jätetty ns. päivystysajoiksi. Arkisin avokatkaisun hoitaa oman kunnan kotisairaanhoidon, viikonloppuisin päivystys.

Avokatkaisu kestää 4-5 vuorokautta. Asiakkaan vointi tarkistetaan päivittäin ja saman päivän katkolääkkeet annetaan asiakkaan puhallettua 0‰. Asiakkaan puhaltaessa yli 0 ‰, katkaisuhuolto keskeytyy. Jos asiakas jättää tulematta, perään ei soitella. Jos asiakas tulee seuraavana päivänä (yksi päivä jäänyt väliin), voi katkaisua jatkaa siitä mihin on jääty, jos asiakas puhaltaa nollat. Käyntien aikana asiakkaalle järjestetään kontrolliaika päihdehuoltoon sosiaaliterapeutille.

Avokatkaisuhoitoon soveltuvan potilaan lääkehoito:

- | | |
|----------|----------------------------------|
| 1. päivä | Risolid 25 mg x 3 |
| | Imovane 2tbl yöksi (tai Tenox) |
| | Neurobion inj. im x 1 |

- | | |
|----------|---|
| 2. päivä | Risolid 10 + 25 + 25 mg
Imovane 2 tbl yöksi (tai Tenox)
Neurobion inj. im x 1 / tai b-vit p.o |
| 3. päivä | Risolid 10 + 10 + 25 mg
Imovane 1 tbl yöksi
Neurobion inj. im x 1 / tai b-vit p.o |
| 4. päivä | Risolid 10 + 10 + 10 mg
Imovane 1 tbl yöksi
Neurobion inj. im x 1 / tai b-vit p.o |
| 5. päivä | Neurobion inj. im x 1 / tai b-vit p.o |

Tarvittaessa lääkärin ohjeen mukaan
Neurotol, jos kouristelu anamneesi
Serenase 1 mg x 2 p.o. harhaisuuteen
Propral 20 mg 1-3/pv p.o. tarv. vapinaan

Osastokatkaisu

Osastohoitoon asiakas on oikeutettu, jos hänen kliininen tila sen vaatii. Ciwa pisteet ovat yleensä 20 tai yli. Laboratorion ollessa auki, otetaan verikokeet(pvk, crp, k, na, krea, gluk, alat, afos, bil, amyl, gt). Laboratorion ollessa kiinni kokeet ohjelmoidaan koneelle valmiiksi heti seuraavana arkena otettavaksi. Iv nesteytys aloitetaan päivystyksessä. Hoito-ohjeiden on oltava koneella näkyvässä potilaan siirtyessä osastolle. Alkometrin osoitettava nollaa osastolle siirryttäessä.

Seuranta poliklinikalla ennen osastolle siirtymistä
Jos asiakas osastohoitokuntoinen ja promillet yli nollan, asiakas jää polikliiniseen seurantaan, kunnes osastolle siirto mahdollinen. Tarvittaessa aloitetaan Diapam-kyllästyshoito. Päivystäjä arvioi promilleiden ja yleistilan mukaan milloin kyllästyshoidon voi aloittaa. Yleisohje: alle 0,70%.. Asiakas allekirjoittaa hoitosopimuksen, jos hänen vointi sallii sen.

KATKAISUHOITOPOTILAAN HOITO OSASTOLLA

1. Hoitaja kirjaa asiakkaan tulotilanteen. Asiakas allekirjoittaa hoitosopimuksen. Katkashoidon ehdot kerrotaan, ellei jo päivystyksessä tehty. Usein potilaan kunto niin huono, ettei tämä heti mahdollista. Potilas sitoutetaan 4-5 vuorokautta kestävään katkaisuhoitoon.

2. Annetaan ruokaa ja juomista, jos pystyy ottamaan suun kautta, muutoin iv-nesteytys.

3. Lääkehoito

Käytännössä parempikuntoiset potilaat ovat avokatkaisuhoidon piirissä, joten pääsääntöisesti osastohoitoon tulevat potilaat kyllästyshoidon tarpeessa. Ohjeet tarkistetaan päivystäjän tekstistä. Kyllästyshoito mahdollisesti aloitettu jo poliklinikalla, jolloin tarkistetaan, kuinka paljon potilas jo Diapamia saanut.

Diapam kyllästyshoito

Aloitussannos Diapam 20 mg p.o, jatko 10 mg tunnin välein, kunnes potilas nukkuu (ad. lääkärin ohjeen mukaan)

Neurobion inj. im. päivittäin. Ensimmäinen yleensä poliklinikalla pistetty, tarkista!

Tarvittaessa lääkärin ohjeen mukaan

Neurotol, jos kouristelu anamneesi

Serenase 1 mg x 2 p.o / ½ amp.harhaisuuteen

Propral 20 mg 1-3/pv p.o tarv. vapinaan

4. Katkaisuhoidon tavoitteena on luoda pohja myöhemmälle alkoholiongelman hoidolle. Hoitaja soittaa päihdetyön sosiaaliterapeutille, keskusteluaika osastolle. Tällä pyritään turvaamaan hoidon jatkuvuus katkaisuhoidon jälkeen.

5. Katkaisuhoidon kesto arvioidaan yksilöllisesti, vuodeosastolla se kestää yleensä 4- 5 vuorokautta.

Jalkautuva päihdetyö – prosessikuvaus asiakastyön polusta (Lemetyinen 2007, 60)

60

