

Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa

KRISTIINA KUUSSAARI & OLAVI KAUKONEN & AIRI PARTANEN & HELENA VORMA & JENNI-EMILIA RONKAINEN

Päihdeiden käytön takia palveluissa asioineet ovat monella tapaa huono-osaisia – yksinäisyys, työttömyys ja asunnottomuus on yleistä. Alkoholi on edelleen eniten käytetty päihde, mutta yhä useampi on käyttänyt myös laittomia huumeita.

.....

Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin kohdistuvia päihdetapauslaskentoja on tehty neljän vuoden välein vuodesta 1987 lähtien. Laskentojen avulla saadaan yhden vuorokauden aikana tietoa päihdeiden käytön takia palveluissa asioivien asiakkaiden taustoista ja päihdeiden käytöstä. Lisäksi laskennoilla voidaan selvittää, missä kohtaa palvelujärjestelmää päihde-ehdoisia asiointeja tapahtuu. (Nuorvala & al. 2008; 2004; 2000; Kaukonen & Haavisto 1996; Nuorvala & Lehto 1992; Nuorvala & Vertio 1989.) Tässä artikkelissa keskitymme vuonna 2011 kerättyyn aineistoon ja selvitämme, minkälaisia päihdeiden käytön takia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa asioivat henkilöt olivat ja minkälaista heidän päihdeiden käyttönsä oli. Lisäksi arvioimme sitä, millaisia muutoksia päihde-ehdoisessa asiointissa on tapahtunut verrattuna aiempiin laskentoihin.

Aikaisemmissa päihdetapauslaskennoissa päihde-ehdoiset asiointit ovat olleet pääsääntöisesti miesten tekemiä. Naisten osuus on kuitenkin noussut tasaisesti, ja vuoden 2007 laskennassa heidän osuutensa oli 28 prosenttia. Myös yli 50-vuotiaiden määrä kasvoi huomattavasti vuoden 2007 laskennassa edelliseen laskentakertaan verrattuna. Laskentojen tavoittamat asiakkaat ovat olleet monella tapaa huono-osaisia. Yksinäisyys, asunnottomuus ja työttömyys on ollut yleistä. Asiakkailla on ollut usein myös mielen-terveyden häiriötä. Alkoholi on ollut eniten käytetty päihde kaikissa päihdetapauslaskennoissa. Vuoden 2007 laskennassa alkoholia oli käyttänyt

yhdeksän kymmenestä laskennan tavoittamasta päihdeiden käyttäjästä. Vuodesta 1999 vuoteen 2003 laittomien huumausaineiden ja lääkkeiden päihdekäyttö kasvoi, mutta vuoden 2007 laskennassa kehitys oli tasaantunut. (Nuorvala & al. 2008; Nuorvala & al. 2004; Nuorvala & al. 2000; Kaukonen & Haavisto 1996; Nuorvala & Lehto 1992; Nuorvala & Vertio 1989.)

Suomessa on viime vuosina ollut useita päihdeasiakkaiden ongelmien ja hoidon kannalta merkittäviä valtakunnallisia hankkeita, joilla on ollut vaikutusta päihdeongelmaisten palveluihin. Näitä ovat muun muassa Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, Alkoholiohjelma ja Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus.

Päihdeasiakkaiden palveluiden kehittäminen nousee vahvasti esiin etenkin Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa, jonka linjauksissa korostuu matalakynnyksinen yhden oven periaate peruspalveluihin pääsyssä ja erityisosaamisen tasolla yhdistetyt psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja päihdehoidon avohoitoyksiköt, jotka tukevat peruspalveluja. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009; 2012.) Yksi keskeisistä Alkoholiohjelman tavoitteista on alkoholin riskikäytön haittojen vähentäminen. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi on yhtenä keinona mainittu päihdehoidon saatavuuden, kattavuuden ja laadun varmistaminen. (Alkoholiohjelma.) Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelmassa puolestaan pyritään lisäämään pysyvää vuokra-asumista ja tilapäinen majoitus on tarkoitus korvata tuki- ja

palveluasumisella. Näillä toimenpiteillä on tarkoitus parantaa päihde- ja mielenterveyskuntoutujien asumisololoja ja kuntoutumismahdollisuuksia. (Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentäminen 2012–2015; Pitkäaikaisasunnottomuuden poistaminen..., 2008.) Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus tähtää laadultaan hyvään, yhdenvertaisesti saatavaan, vaikuttavaan ja kustannustehokkaaseen palvelujärjestelmään, jossa sosiaali- ja terveydenhuolto toimii yhdessä nykyistä laajemmalla väestöpohjalla (Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain..., 2013; Sosiaali- ja terveystalouden järjestäminen..., 2014).

Tässä artikkelissa olemme kiinnostuneita palvelujärjestelmässä päihteen käytön takia asioivista henkilöistä ja siitä, onko näiden henkilöiden taustoissa tapahtunut muutoksia erityisesti 2000-luvulla. Tutkimuskysymykset ovat:

- 1) Minkälaisia päihteen käytön takia sosiaali- ja terveystalouteen hakeutuvien sukupuoli- ja ikäjakaumat olivat?
- 2) Minkälaisia päihteen käyttöä ja minkälaisia sosiaalisia ongelmia palvelujärjestelmässä päihteen käytön takia asioineilla henkilöillä oli?
- 3) Mihin palveluihin erityyppisten asiakkaiden päihde-ehdoiset asioinnit kohdistuivat?
- 4) Miten päihteen vuoksi eri palveluissa asioivien päihteen käyttö ja elämäntilanne erosivat toisistaan?

Johtopäätösosiossa tulkitsemme asiakaskunnassa tapahtuneita muutoksia ja niiden merkitystä palvelujärjestelmässä.

Aineisto ja menetelmä

Päihdetapauslaskennassa kerätään tietoja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä (pl. lasten päivähoito) tapahtuvista päihde-ehdoisista asioinneista yhden vuorokauden aikana. Näillä tarkoitetaan asiointeja, joissa 1) henkilökunta arvioi asiakkaan olevan päihteen ongelmakäyttäjäksi, 2) asiakas asioi päihtyneenä tai 3) asiakas asioi jonkun päihteen kertakäyttöön liittyvän haitan (esim. tapaturma) takia. Päihde-ehdoisen asiointi on erilainen käsite kuin lääketieteessä käytössä oleva päihdediagnoosi. On hyvä huomata, että asiointi ei tarkoita samaa kuin yksittäinen asiakas, vaan sama asiakas on saattanut laskentavuorokauden aikana asioida useassa eri palvelussa. Tässä artikkelissa käytämme pääsääntöisesti päihde-ehdoisen asioinnin tai päihtheisiin liit-

tyvän asioinnin käsitteitä. Joissakin yhteyksissä käytämme ilmausta asiakas tai päihdeasiakas viittaamaan päihde-ehdoiseen asiointiin.

Päihdetapauslaskennoissa pyritään kartoittamaan kaikki sosiaali- ja terveydenhuollossa tunnistettu päihde-ehdoisen palvelukäytönä. Hoitava työntekijä määrittelee, tuleeko asiakas valikoiduksi mukaan päihdetapauslaskentaan. Vuoden 2011 laskennassa päihteen ongelmakäyttö oli kriteerinä suurimmassa osassa (85 %) tapauksista. Asiakkaan päihtymys (5 %) tai päihteen käyttöön liittyvä kertaluonteinen haitta (3 %) olivat kriteereinä vain harvoin. Aineiston kattavuuden arviointi on haasteellista. Katoa on saattanut syntyä monella eri tavalla: asiointia ei ole ehkä tunnistettu päihde-ehdoiseksi, kokonainen toimintayksikkö on syystä tai toisesta jättänyt vastaamatta laskentaan tai tieto päihdetapauslaskennasta ei ole koskaan saavuttanut toimintayksikköä. Vuonna 2011 yksikön sijaintikunnan mukaan tietoja saatiin 282 kunnasta ja asiakkaan kotikunnan mukaan 312 kunnasta. Kahdeksasta kunnasta tietoja ei saatu lainkaan. (Ks. tarkemmin Kuussaari & al. 2012, 641–643.)¹

Tämän artikkelin tulosten analyysissä noudatetaan samaa linjaa kuin aikaisempien päihdetapauslaskentojen raportoinneissa eli tulokset raportoidaan pääsääntöisesti kuvailevan tilastotieteen menetelmin (Nuorvala & al. 2008; 2004; 2000; Kaukonen & Haavisto 1996; Nuorvala & Lehto 1992; Nuorvala & Vertio 1989). Olavi Kaukosen (2000, 52–53) mukaan perinteistä tilastollista testausta havaintojen yleistettävyyden perustelemiseksi ei ole tarkoituksenmukaista käyttää päihdetapauslaskennan tulosten analysoinnissa, koska kyseessä ei ole otokseen perustuva tutkimus. Analyysit on tehty SPSS-tilasto-ohjelmalla.

Syksyllä 2011 toteutetussa päihdetapauslaskennassa saatiin tietoja 11 738 päihde-ehdoisesta asioinnista. Asiointien määrä oli samaa suuruusluokkaa kuin muissa 2000-luvulla tehdyissä laskennoissa. Vuoden 2003 päihdetapauslaskennassa asiointeja oli 10 953, vuonna 2007 niitä oli 12 070.

Tässä artikkelissa olemme jakaneet sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut neljään eri palvelutyypin: päihdehuollon erityispalveluihin, yle-

¹ Laskennassa käytetty kysymyslomake löytyy päihdetapauslaskennan internet-sivuilta www.thl.fi/paihdetapauslaskenta.

siin terveydenhuollon palveluihin, yleisiin sosiaalihuollon palveluihin ja asumispalveluihin (ks. tarkemmin Kuussaari & al. 2012). Joissakin kohdissa tarkastelemme palveluita myös edellä mainittuja tyyppisiä yksityiskohtaisemmalla tasolla.

Hitaat ja nopeat muutokset palvelutarpeiden taustalla

Sukupuoli ja ikä

Vuoden 2011 päihdetapauslaskennassa naisten osuus oli 28 prosenttia. Naisten osuus kaikista päihde-ehdoista asioinneista on kasvanut tasaisesti vuoden 1987 laskennasta lähtien vuoteen 2007 (Nuorvala & al. 2008, 661; 2004, 612; 2000, 248; Kaukonen & Haavisto 1996, 133; Nuorvala & Lehto 1992, 265; Nuorvala & Vertio 1989, 52). Viimeisimmässä laskennassa naisten tekemien päihtheisiin liittyvien asiointien osuus oli kuitenkin samalla tasolla kuin vuonna 2007 (vrt. Nuorvala & al. 2008, 661). Vuonna 2011 päihdetapauslaskennan tavoittamien päihdeasiakkaiden ikäkeskiarvo oli 47 vuotta ja mediaani-ikä 48 vuotta, vaihteluväli oli 12–102 vuotta. Iän keskiarvo ei ole muuttunut vuoden 2007 laskentaan verrattuna (Nuorvala & al. 2008, 665). Naiset (iän ka 45, md 44) olivat jonkin verran miehiä (iän ka 48, md 49) nuorempia. Naisiasiakkaista huomattavasti suurempi osa oli alle 30-vuotiaita kuin miesasiakkaista.

Myös vuosien 2003 ja 2007² päihdetapauslaskennoissa nuorten osuus oli naisten joukossa miehiä suurempi (Nuorvala 2004, 614). Samankaltaisia havaintoja on tehty A-klinikkasäätöön nuorisoasemien asiakkaista ja huumehoidon tiedonkeruusta (A-klinikkasäätö 2011, 17; Päihdehuollon huumeasiakkaat 2011, 2). Eniten päihde-ehdoista asiointeja vuoden 2011 aineistossa oli 50–59-vuotiaiden ikäryhmässä (n = 2 524). Alle 20-vuotiaiden päihde-ehdoista asiointeja oli 346 ja yli 70-vuotiaiden 985.

Seuraavassa tarkastelemme päihde-ehdoisten asiointien kehitystä miehillä ja naisilla syntymäkohorteittain vuodesta 1987 vuoteen 2011. Tässä on erityisen mielenkiintoista katsoa, miten niin sanotun määrän sukupolven asiointit ovat kehittyneet. Määrän sukupolven käsitteellä viitataan erityisesti sodanjälkeisten sukupolvien

lisääntyneeseen alkoholinkäyttöön (Sulkunen 1979; 1985). Tämän ryhmän lisääntynyt päihdepalveluiden tarve oli keskiössä, kun Suomeen aikanaan rakennettiin päihdehuollon erityispalvelujärjestelmää (Kaukonen 2000, 72–78; 2002, 140–150).

Kuvioissa 1 ja 2 on esitetty syntymäkohorteittain miesten ja naisten päihde-ehdoisten asiointien määrät suhteutettuna tuhatta vastaavanikäistä kohden eri vuosien päihdetapauslaskennoissa. Seliteosan sulkulausekkeessa on ilmoitettu kunkin syntymäkohortin asiointimäärien vaihteluväli. Kuvioista 1 ja 2 nähdään, että naisten asiointeja on ollut vuoden 2011 laskentaa lukuun ottamatta kaikissa syntymäkohorteissa huomattavasti vähemmän kuin miehillä.

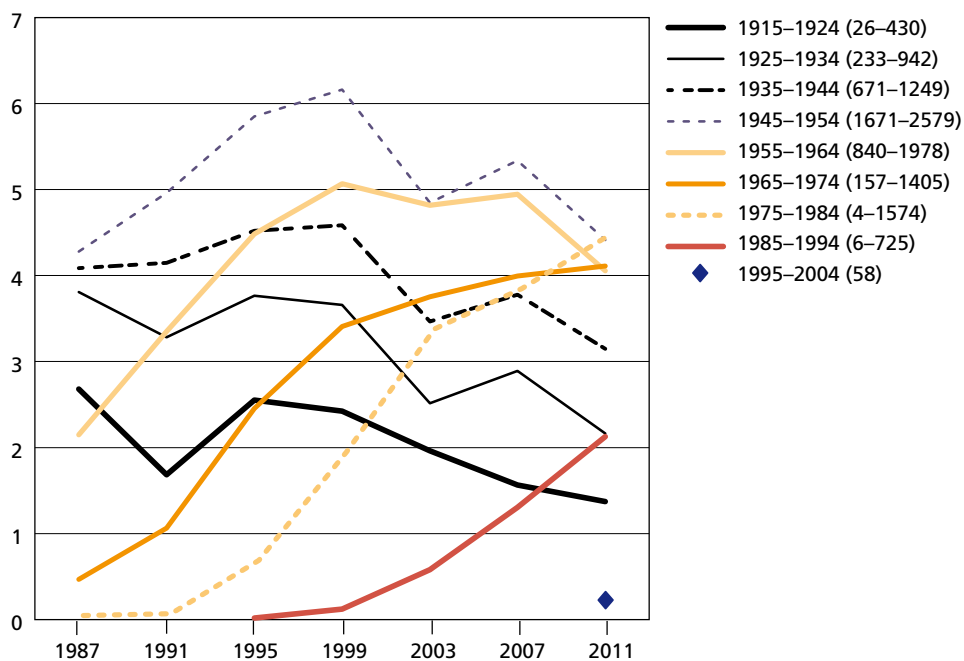
Sotien jälkeen syntyneet määrän sukupolven miehet (1945–1954) ovat olleet suurin ryhmä kaikissa päihdetapauslaskennoissa vuoteen 2011 saakka. Vuoden 1987 laskennassa miesten suhteutettujen asiointien määrät olivat lähes samalla tasolla 1945–1954, 1935–1944 ja 1925–1934 kohorteissa. Seuraavissa laskennoissa kohortin 1935–1944 suhteellisissa asiointimäärissä oli lievää kasvua ja kohortin 1925–1934 suhteellisissa asiointimäärissä puolestaan lievää tasoittumista. Määrän sukupolven suhteelliset asiointimäärät lisääntyivät sen sijaan selvästi vuoden 1999 laskentaan saakka. Kuvioista 1 nähdään myös se, että vuoden 2011 laskennassa syntymäkohortin 1975–1984 suhteellinen palvelukysyntä on lähentynyt määrän sukupolven palvelukysyntää ja oli vuonna 2011 yhtä suurta.

Naisista (kuvio 2) heti sotien jälkeen syntyneen määrän sukupolven edustajat olivat suurin ryhmä kahdessa ensimmäisessä päihdetapauslaskennassa. Naisten nuorimmissa syntymäkohorteissa (1975–1984 ja 1985–1994) suhteellisten asiointien määrät olivat lähes yhtä suuret vuonna 2011.

Sekä miesten että naisten syntymäkohortin 1975–1984 asiointimäärien lisääntyminen havaittiin jo vuoden 2003 päihdetapauslaskennassa. Yhdeksi mahdolliseksi selitykseksi tutkijat nostivat 2000-luvun alun huumeaallon ja sen, että huumeiden käyttäjille palvelujen tarve syntyy usein nopeammin kuin alkoholin käyttäjille. (Nuorvala & al. 2004, 612–613.) Sekä nuorten naisten että nuorten miesten osalta kohorttikuvioista tulee toisaalta esiin selvästi se, että päihde-ehdoista asiointi alkaa nopeasti lisääntyä, kun kyseisen syntymäkohortin edustajat tulevat ikään, jossa päihdeiden kokeilu ja käyttö alkavat.

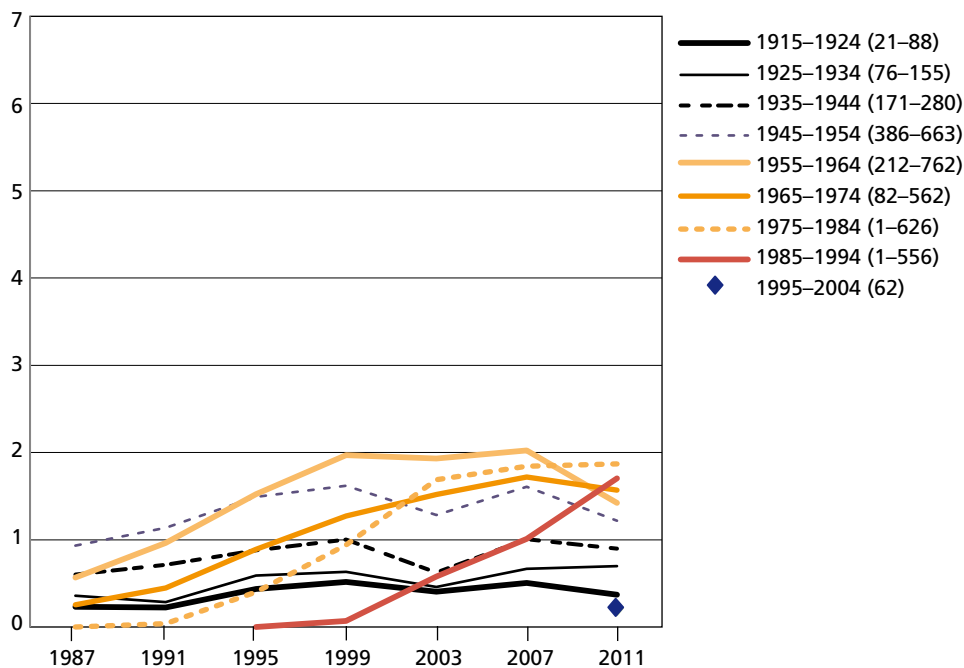
2 Vuoden 2007 tietoa ei ole raportoitu, vaan se perustuu erilliseen SPSS -ajoon.

Päihde-ehtoiset asioinnit /
1 000 samanikäistä



Kuvio 1. Miesten päihde-ehtoisten asiointien määrä / 1 000 vastaavanikäistä eri vuosien päihdetapauskannoissa syntymäkohorteittain; suluissa asiointimäärien vaihteluväli.

Päihde-ehtoiset asioinnit /
1 000 samanikäistä



Kuvio 2. Naisten päihde-ehtoisten asiointien määrä / 1 000 vastaavanikäistä eri vuosien päihdetapauskannoissa syntymäkohorteittain; suluissa asiointimäärien vaihteluväli.

Eri-ikäisten naisten ja miesten päihde-ehdoisten asiointien kohdentuminen palvelujärjestelmässä

Vuonna 2011 eri palveluihin tehdyissä päihde-ehdoisissa asioinneissa oli jonkin verran vaihtelua asiakkaan iän ja sukupuolen mukaan (kuvio 3). Naisten asiointit kohdistuivat kaikissa ikäluokissa terveydenhuoltoon useammin kuin miesten. Erot sukupuolten välillä eivät kuitenkaan olleet suuria. Ainoastaan alle 20-vuotiaiden ikäryhmässä naisilla oli selvästi enemmän terveydenhuoltoon kohdistuneita päihde-ehdoisia asiointoja kuin samanikäisillä miehillä.

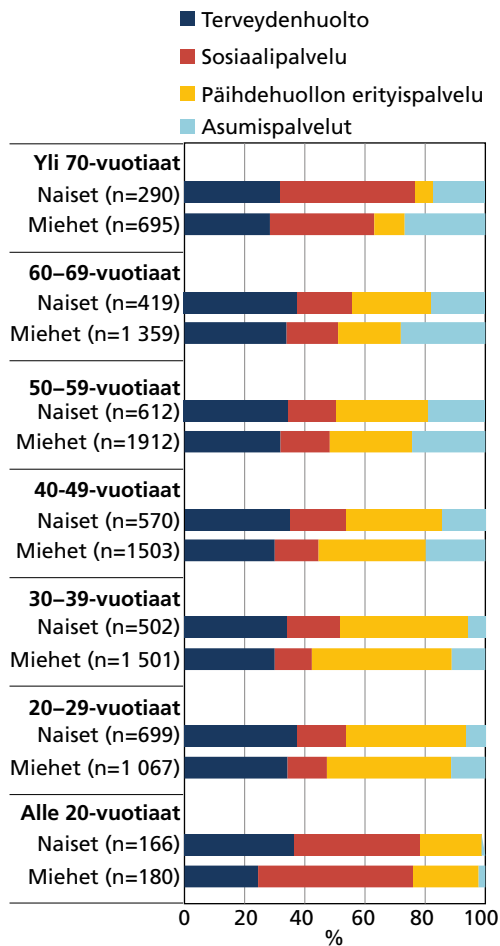
Terveydenhuollossa suuri osa päihde-ehdoisista asioinneista kohdistui alle 50-vuotiailla psykiatriseen erikoissairaanhoidon ja tätä vanhemmilla

terveyskeskuksiin. Tämä kertonee siitä, että iän myötä päihdeiden käytöstä johtuvat somaattiset sairaudet lisääntyvät ja vaativat somaattisen terveydenhuollon toimenpiteitä. Sosiaalipalveluihin tehtyjen päihde-ehdoisten asiointien osuus korostui nuorimmassa ja vanhimmassa ikäluokassa. Sosiaalipalveluissa alle 20-vuotiaiden asiointit kohdistuivat suurelta osin lasten ja nuorten laitoshoidon, ammatilliseen perhehoitoon sekä sosiaalitoimistoihin. Sosiaalipalveluihin tehtyistä yli 70-vuotiaiden päihde-ehdoisista asioinneista valtaosa tapahtui kotipalveluissa.

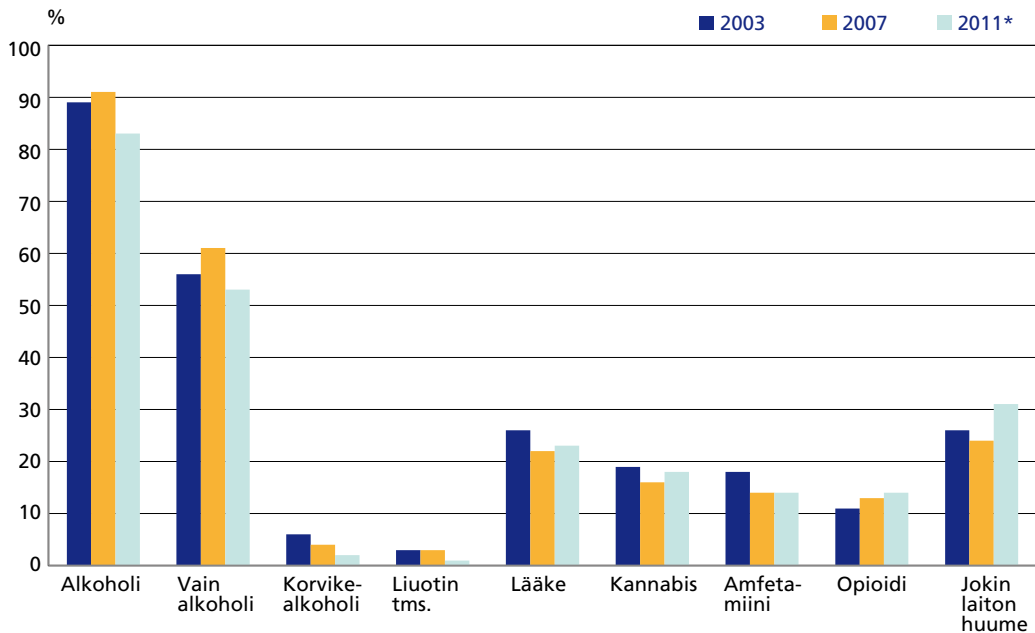
Päihdehuollon erityispalveluihin kohdistui eniten 30–39-vuotiaiden päihde-ehdoisia asiointoja sekä naisilla että miehillä. Asiointit tehtiin yleisimmin A-klinikoille. Nuorimmissa ikäluokissa naisten ja miesten päihdehuollon erityis- ja asumispalveluihin kohdistuvissa asiointimäärissä ei ollut juurikaan eroja, kun taas 30–50-vuotiailla ja yli 70-vuotiailla miehillä asiointoja oli enemmän kuin naisilla. Asumispalveluissa miesten päihde-ehdoisten asiakkuus oli yleisempää kuin naisten. Näin oli kaikissa ikäluokissa. Asumispalveluiden päihde-ehdoiset asiakkuudet olivat harvinaisia alle 20-vuotiailla.

Päihdeiden käytössä tapahtuneet muutokset

Vuoden 2011 päihdetapauslaskennassa päihdeiden käyttöä kysyttiin eri tavalla kuin aikaisemmissa laskennoissa. Kun aikaisemmin oli kysytty käytettyjä päihdeitä yleisesti, niin vuoden 2011 laskennassa kysymys rajoitettiin koskemaan asiakkaan viimeisen 12 kuukauden aikaista päihdeiden käyttöä. Kysymykseen liittyvässä ohjeessa todettiin: ”Ympyröi *kaikki* päihteet, joiden käytöstä on tietoa viimeisen 12 kk ajalta. Jos asiakas on viimeiset 12 kuukautta ollut päihdeetön mutta hoito jatkuu edelleen, ympyröidään ne päihdeet, joiden vuoksi hän on hoidossa.” Ohjeistuksen loppuosalla pyrittiin täsmentämään sitä, että päihteisiin liittyviä tietoja haluttiin myös hoitoon johtaneista päihteistä sellaisissa tapauksissa, että asiakas on ollut päihdeetön viimeisen vuoden ajan ja että hoito on kestänyt yli vuoden. Säännöllisiin tapaamisiin perustuvat ja pitkäjänteisesti asiakkaan muutosprosessia tukevat hoitosuhteet tai opioidiriippuvaisten korvaushoito ovat esimerkkejä pitkäkestoisista hoitosuhteista. Kysymystä muutettiin, koska lomakkeen pilotoinnissa keväällä 2011 tuli erityisesti tätä kysymystä



Kuvin 3. Päihde-ehdoiset asiointit ikäryhmän ja sukupuolen mukaan terveydenhuollossa, sosiaalipalveluissa, päihdehuollon erityis- ja asumispalveluissa vuonna 2011, %.



* Viimeisen 12 kk:n aikainen päihteiden käyttö.

Kuvio 4. Käytetyt päihteet vuosina 2003, 2007 ja 2011, %.

koskevia täsmennyspyyntöjä.³ Myös tulosten tulkinta yksinkertaistuu jatkossa, kun kysymyksen aikajänne on määritelty. Sen sijaan vuoden 2011 tulosten vertailussa aikaisempiin laskentoihin on syytä olla varovainen.

Kuviosta 4 nähdään, että alkoholi on ollut eniten käytetty päihde kaikissa 2000-luvulla tehdyissä päihdetapauslaskennoissa. Näin on myös aikaisemmissa laskennoissa. Yrjö Nuorvalan ja kumppaneiden (2004, 611) tutkimuksessa vuosien 1987–2003 päihdetapauslaskennoista todetaan, että alkoholia oli kaikissa viidessä tarkastelun kohteena olevassa laskennassa käyttänyt reilusti yli 90 prosenttia asiakkaista (vaihteluväli 93–98 %). Näyttäisi siltä, että vuoden 2011 laskennassa alkoholin käyttö oli laskenut selvästi edellisestä laskentakertaan verrattuna. Tämä saattaa osittain selittyä kysymyksen rajauksella viimeisen 12 kuukauden aikaiseen päihteiden käyttöön. Toisaalta tiedetään, että alkoholin kokonaiskulutus on laskenut vuoden 2007 jälkeen ja

tämä näkyy muun muassa hoitotilastoissa (Päihdetilastollinen vuosikirja 2012, 100, 128–129).

Sekä korvikealkoholin että liuottimien käyttö on vähentynyt kaikissa 2000-luvulla tehdyissä päihdetapauslaskennoissa. Vuoden 2011 laskennassa korvikkeita oli käytetty parissa prosentissa ja liuottimia yhdessä prosentissa päihde-ehdoista asioinneista. Noin neljänneksessä (23 %) päihde-ehdoista asioinneista päihteenä oli käytetty lääkkeitä. Päihdetapauslaskennoissa lääkkeiden päihdekäyttö lisääntyi jonkin verran vuodesta 1999 vuoteen 2003, mutta kääntyi hienoiseen laskuun vuonna 2007 (Nuorvala & al. 2008, 663; Nuorvala & al. 2004, 611). Vuonna 2011 lääkkeiden käyttäjien osuus oli suurin piirtein samalla tasolla kuin edellisessä laskennassa.

Kannabis oli yleisimmin käytetty laiton huume vuoden 2011 päihdetapauslaskennassa. Näin on ollut myös aikaisemmissa laskennoissa (esim. Nuorvala & al. 2008, 663; Nuorvala & al. 2004, 611). Vuoden 2011 laskennassa viimeisen vuoden aikaista kannabiksen käyttöä oli kirjattu 18 prosentissa päihde-ehdoista asioinneista. Kannabiksen käyttäjien osuus oli samaa luokkaa kuin neljä vuotta aikaisemmin tehdyssä laskennassa. Amfetamiinin käyttäjien osuus oli niin ikään pysynyt samana edellisestä laskentaa verrattuna. (Nuorvala & al., 2008, 663.)

³ Ennen vuotta 2011 käytettyyn päihteitä käsittelevään kysymykseen on saatettu vastata hyvinkin eri tavoilla. Kysymys on voitu tulkita niin, että sen avulla tavoitellaan tietoa asiakkaan viimeisen kuukauden tai viimeisen vuoden aikaisesta päihteiden käytöstä. Toisaalta kysymykseen on saatettu vastata myös sen perusteella, mitkä päihteet ovat johtaneet nyt kyseessä olevaan käyntiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa.

Viimeisen vuoden aikainen opioidiryhmään kuuluvien päihdeiden käyttö oli vuonna 2011 jokseenkin samalla tasolla kuin vuoden 2007 laskennassa. Opioidiryhmään kirjattiin tapaus, kun käytetty päihde oli heroiini, buprenorfiini tai jokin muu opioidi. Suomalaisessa huumealakulttuurissa päihteenä käytetty buprenorfiini on korvannut heroiinin (Tammi & al. 2011, 48). Vuoden 2011 laskennassa heroiinia oli käytetty ainoastaan prosentissa päihde-ehdoista asioinneista.

Buprenorfiinin viimeisen vuoden aikainen käyttö oli huomattavasti yleisempää, ja käyttö oli myös hieman lisääntynyt edelliseen laskentakertaan verrattuna. Vuoden 2011 laskennassa buprenorfiinia viimeisen vuoden aikana oli käytetty 13 prosentissa päihde-ehdoista asioinneista, kun buprenorfiinin käyttäjiä vuoden 2007 laskennassa oli 10 prosenttia (Nuorvala & al. 2008, 663). Buprenorfiinin lisääntynyt käyttö päihdetapauslaskennan aineistossa selittyy ainakin osittain sillä, että opioidiriippuvuuden lääkkeellinen korvaushoito on lisääntynyt viime vuosina. Vuonna 2011 korvaushoidossa oli arvion mukaan reilut 2 400 potilasta (Partanen & al. 2014, 482). Päihdetapauslaskennan pohjalta ei kuitenkaan voi täysin yksiselitteisesti erottaa laskentaa edeltäneen 12 kuukauden aikaista aktiivista buprenorfiinin päihdekäyttöä aikaisemmasta buprenorfiinin päihdekäytöstä.

On mahdollista, että ainakin osassa päihdetapauslaskentaan kirjatuista buprenorfiinin käyttäjistä kyse on korvaushoidossa olevista asiakkaita, jotka eivät edellisen 12 kuukauden aikana ole käyttäneet buprenorfiinia päihteenä, mutta jotka kuitenkin aikanaan ovat hakeutuneet hoitoon pitkäaikaisen opioidiriippuvuuden lääkehoidon syytä olleen buprenorfiinin väärinkäytön takia. Muiden opioidien (noin 3 %) käyttö näyttäisi pysyneen vuoden 2007 päihdetapauslaskennan tasolla (Nuorvala & al. 2008, 663).

Lomakkeessa kysyttiin erikseen päihdeasiakkaiden viimeisen vuoden aikaista LSD:n (noin 2 %), ekstaasin (noin 2 %) ja kokaiinin (noin 1 %) käyttöä. Kaikkien edellä mainittujen päihdeiden käyttö oli harvinaista ja vähentynyt edelliseen laskentakertaan nähden (vrt. Nuorvala & al. 2008, 663). Näiden harvinaisempien huumeiden kohdalla kysymyksen rajaus viimeisen vuoden aikaiseen päihdeiden käyttöön saattaa olla merkittävämpi kuin yleisemmin käytettyjen päihdeiden osalta. Toisaalta myös muista tutkimuksista tiedetään, että kyseisten huumeiden

Taulukko 1. Vain alkoholia käyttäneiden ja laittomia huumeita käyttäneiden taustatietoja vuonna 2011.

	Vain alkoholin käyttöä (n = 6 222)	Laittomien huumeiden käyttöä (n = 3 650)
län keskiarvo (v)	54	33
Nainen (%)	26	29
Avoliitto, avioliitto tai rekisteröity parisuhde (%)	21	20
Alle 18-vuotiaita lapsia (%)	16	32
Ansiotyössä (%)	10	6
Työtön (%)	28	56
Eläkeläinen (%)	52	20
Kokonaan vailla asuntoa (%)	5	10

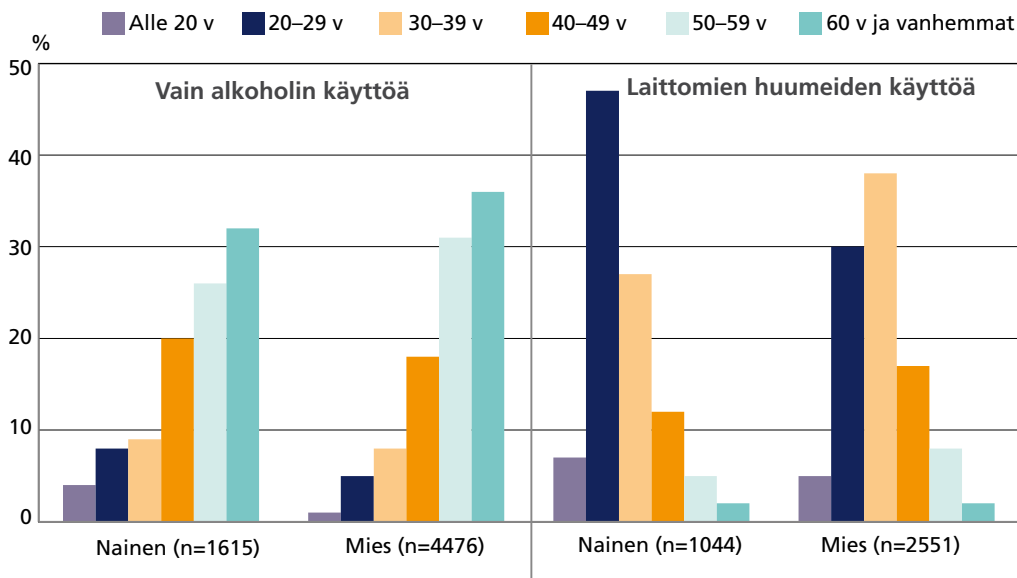
käyttö on ollut Suomessa varsin vähäistä (Hakkarainen & al. 2011, 401).

Vain alkoholia ja jotain laitonta huumetta käyttäneet – miten ryhmien väliset erot ilmenevät?

Päihde-ehdoista asioinneista 53 prosentin taustalla oli ainoastaan alkoholia. Jonkin laittoman huumeen käyttöä oli kirjattu noin 30 prosentissa asioinneista.⁴ (Kuvio 4.) Ainoastaan alkoholia käyttäneiden osuus oli laskenut, kun tietoja verrataan vuoden 2007 laskentaan. Sen sijaan jotain laitonta huumetta käyttäneiden osuus oli kasvanut. (Nuorvala & al. 2008, 663.)

Taulukossa 1 on niiden päihde-ehdoisten asiointien taustatietoja, joissa kyseessä oli ainoastaan alkoholin tai jonkin laittoman huumeen käyttö. Pelkästään alkoholin käyttöön liittyvissä asioinneissa asiakkaat olivat iäkkäämpiä. Ryhmien välinen ikäero heijastuu myös siihen, että ainoastaan alkoholia käyttäneillä oli vähemmän alaikäisiä lapsia ja he olivat huumeiden käyttäjiä useammin eläkkeellä. Huumeiden käyttäjien elämä näyttäisi tarkasteltujen muuttujien perusteella olevan huono-osaisempaa kuin alkoholin käyttäjien elämä.

⁴ Laittomien huumeiden käyttöä kuvaavaan muuttujan on valittu tapaus silloin, kun asiakas on käyttänyt jotain laitonta huumetta viimeisen vuoden aikana. Asiakas on lisäksi saattanut käyttää muita päihdeitä, esimerkiksi alkoholia.



Kuvio 5. Vain alkoholia ja jotain laitonta huumetta käyttäneiden päihde-ehdoisten asiointien jakautuminen sukupuolen ja iän mukaan vuonna 2011, %

Kun tarkastellaan vain alkoholia käyttäneiden ja laittomia huumeita käyttäneiden sukupuoli- ja ikäjakaumia, huomataan ryhmien välillä olevan eroja (kuvio 5). Nuorten naisten osuus korostui laittomien huumeiden käyttäjien ryhmässä. Laittomia huumeita käyttäneistä naisista yli puolet (54 %) oli alle 30-vuotiaita, kun miehistä alle 30-vuotiaita oli 35 prosenttia. Vanhemmissa ikäluokissa laittomien huumeiden käyttö oli harvinaista sekä miehillä että naisilla.

Vain alkoholia tai jotain laitonta huumetta käyttäneiden päihde-ehdoiset asiointit kohdistuvat palvelujärjestelmän eri kohtiin (kuvio 6). Ainoastaan alkoholia käyttäneiden päihde-ehdoisista asioinneista suurin osa kohdistui terveydenhuoltoon ja siellä terveyskeskuksiin. Laittomia huumeita käyttäneet asioivat puolestaan useammin päihdehuollon erityispalveluissa, erityisesti A-klinikoilla.

Asiakasprofiilit

Taulukkoon 2 on kerätty tietoja terveydenhuollossa, sosiaalipalveluissa, päihdehuollon erityispalveluissa ja asumispalveluissa laskentavuorokauden aikana asioineista päihdeasiakkaista ja heidän taustoistaan. Taulukossa on myös koko aineiston tiedot.

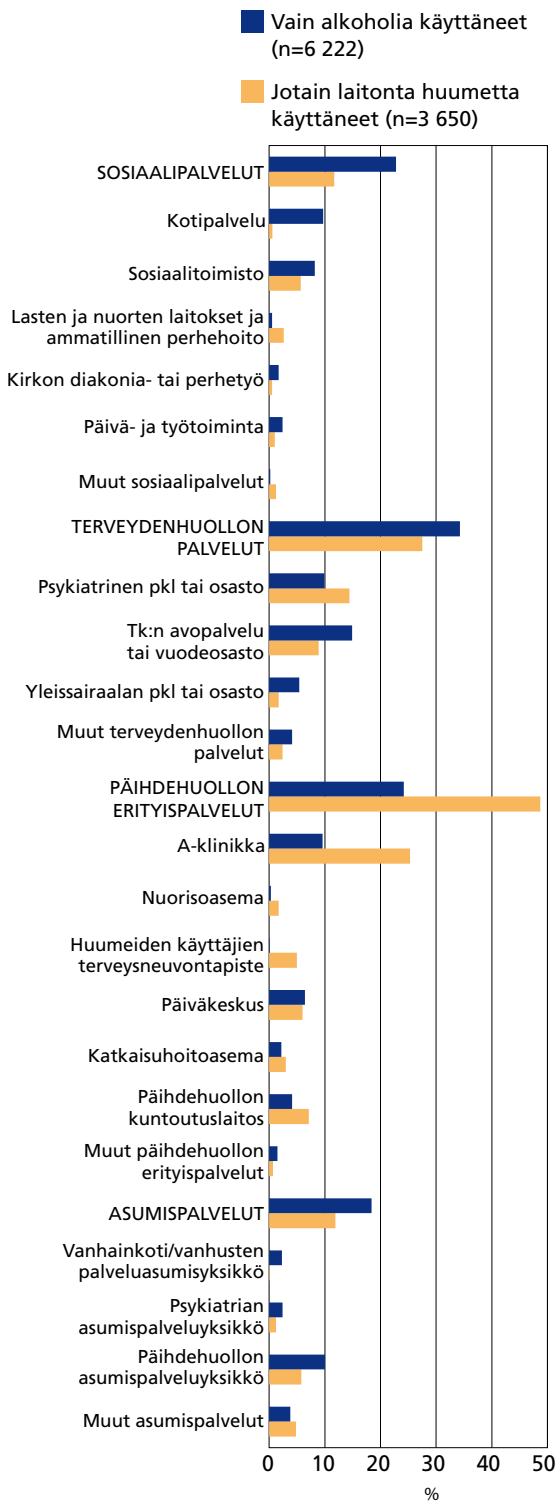
Asiakkaiden ikäkeskiarvoissa oli jonkin verran vaihtelua sen mukaan, minkä palvelun piirissä asiointi oli tapahtunut. Valtaosa oli perhesuh-

teiltaan yksin asuvia. Yksin asuminen oli yleistä etenkin asumispalveluiden päihde-ehdoisissa asiakkuuksissa.

Ansiotyössä kävi kahdeksan prosenttia koko aineiston asiakkaista. Tämä on vähemmän kuin vuoden 2007 laskennassa, jolloin työelämässä oli mukana 12 prosenttia (Nuorvala & al. 2008, 665). Sekä terveydenhuollon että päihdehuollon erityispalvelujen työssä käyvistä asiakkaista suurin osa oli työntekijöitä. Yrittäjiä oli terveydenhuollon työssäkäyvistä asiakkaista noin neljäsnes ja päihdehuollon erityispalveluiden työssäkäyvistä asiakkaista viidennes.

Päihdeasiakkaiden työttömyys oli yleistä ja eläkkeellä oltiin usein. Työttömien ja eläkeläisten osuuksissa ei ole tapahtunut muutosta edelliseen laskentakertaan verrattuna (Nuorvala & al. 2008, 665). Tässä on hyvä huomata, että eläkkeellä tarkoitetaan muutakin kuin vanhuuseläkettä. On selvää, että aineiston nuoremmat asiakkaat olivat työkyvyttömyyseläkkeellä. Eläkkeellä olevia oli kaikissa ikäryhmissä. Heidän osuutensa korostui kuitenkin vanhemmissa ikäryhmissä.

Lähes kahdeksan prosenttia oli kokonaan vailla asuntoa; osuus oli pysynyt samana edelliseen laskentakertaan verrattuna (Nuorvala & al. 2008, 661, 665). Asunnottomat päihdeasiakkaat olivat huono-osaisia. Suurimmaksi osaksi he olivat yksinäisiä, työttömänä tai eläkkeellä olevia miehiä. Iän mukaan tarkasteltuna päihdeasiakkaiden



Kuvio 6. Vain alkoholia ja jotain laitonta huumetta käyttäneiden päihde-ehdoiset asioinnit eri palveluissa vuonna 2011, %.

asunnottomuus oli jakaantunut tasaisesti eri ikäryhmiin, lukuun ottamatta sitä, että alle 20-vuotiaita oli ainoastaan pari prosenttia. Tämä selittynee sillä, että alle parikymppiset nuoret asuvat pääsääntöisesti vielä vanhempiensa kanssa tai alaikäiset ovat sijoitettuina laitoksiin tai ammatilliseen perhehoitoon.

Erilaisissa tukiasunnoissa asui vuoden 2011 aineistossa noin 12 prosenttia päihdeasiakkaista. Tukiasuminen oli lisääntynyt vuoteen 2007 verrattuna. Vuoden 2007 aineistossa tukiasunnoissa asui 769 päihdeasiakasta, kun määrä oli vuonna 2011 jopa 1 369. Sen sijaan erilaisissa tilapäismajoituksissa (asuntola, yhteismajoitus) olleiden päihdeasiakkaiden määrä oli vähentynyt neljän vuoden takaiseen laskentaan verrattuna.

Vuoden 2011 laskentaan sisällytettiin kysymys asiakkaan alaikäisistä lapsista.⁵ Asiakkaalta kysyttiin, oliko hänellä samassa kotitaloudessa tai pääsääntöisesti jossain muualla asuvia alle 18-vuotiaita lapsia. Kysymykseen oli vastattu hyvin, tieto alaikäisistä lapsista oli lähes 90 prosentissa kaikista vastauksista. Sekä lastensuojelulaisissa (2010), päihdehuoltolaisissa (1986) että terveydenhuoltolaisissa (2010) painotetaan myös lapsen näkökulman huomioimista silloin kun vanhempia hoidetaan aikuisille suunnatuissa palveluissa. Tämä tarkoittaa, että lapsen hoidon ja tuen tarve on selvitettävä silloin kun lapsen hoidosta vastuussa olevan henkilö saa päihde- ja mielenterveyspalveluja tai muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, joissa arvioidaan, että hänen kykynsä huolehtia lapsen hoidosta ja kasvatuksesta on heikentynyt. (Perälä & al. 2014.)

Noin viidesosalla päihdetapauslaskennan asiakkaista oli alle 18-vuotiaita lapsia. Suurin osa lapsista asui pääsääntöisesti jossain muualla – ainoastaan seitsemän prosenttia asui samassa kotitaloudessa päihdeongelman kanssa. Lastensa kanssa yhdessä asuvista vanhemmista hieman yli puolet oli naisia. Iältään nämä vanhemmat olivat keskimäärin 37-vuotiaita, miehet olivat hieman naisia vanhempia. Valtaosa alaikäisten lasten kanssa asuvista oli parisuhteessa. Reilu kolmasosa asui yksin lastensa kanssa. Työttömyys oli yleistä, mutta kuitenkin harvinaisempaa kuin aineistossa keskimäärin: 27 prosenttia oli mukana työelämässä. Perheiden asumistilanne oli hyvä.

⁵ Asiakkaan alaikäisiä lapsia koskeva kysymys oli käytössä vuoden 1999 päihdetapauslaskennassa. Tuloksia ei kuitenkaan raportoitu, koska puuttuvia tietoja oli niin paljon.

Taulukko 2. Terveysthuollossa, sosiaalipalveluissa, päihdehuollon erityispalveluissa ja asumispalveluissa päihde-ehdoista asioineiden taustatietoja vuonna 2011.

	Terveysthuolto (n=3 795)	Sosiaalipalvelut (n=2 180)	Päihdehuollon erityispalvelut (n=3 703)	Asumispalvelut (n=2 040)	Koko aineisto (n=11 738)
län keskiarvo (v)	47	49	42	53	47
Nainen (%)	31	32	28	20	28
Avoliitto, avioliitto tai rekisteröity parisuhde (%)	26	18	24	6	20
Alle 18-vuotiaita lapsia (%)	18	22	29	11	21
Ansiotyössä (%)	13	3	10	1	8
Työtön (%)	26	38	50	25	36
Eläkeläinen (%)	44	43	27	69	43
Kokonaan vailla asuntoa (%)	6	3	11	9	8

Jotain laitonta huumausainetta viimeisen vuoden aikana oli käyttänyt 40 prosenttia vanhemmista. Suurin osa tämän ryhmän päihde-ehdoista asioineista kohdistui laskentapäivänä päihdehuollon erityispalveluihin ja siellä erityisesti A-kliniikoille.

Johtopäätökset

Tässä artikkelissa olemme tarkastelleet päihteiden käytön takia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin hakeutuvien henkilöiden taustoja, elämäntilannetta ja viimeisen vuoden aikaista päihteiden käyttöä. Päihdeasiakkaita kohdataan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa varsin laajasti, ja palvelujärjestelmän kehittämisen kannalta on tärkeää, että tiedetään, mihin päihde-ehdoista asioinnit kohdistuvat ja minkälaisia päihdeasiakkaiden taustat ovat.

Päihdehaittojen vuoksi sosiaali- ja terveysthuoluiden tarve on pysynyt jokseenkin ennallaan edeltäneen vuosikymmenen aikana, mutta asiakasrakenteessa on tapahtunut huomattaviakin muutoksia. Kuten aikaisemminkin päihdetapauskasvun tavoittaa ensisijaisesti päihteiden ongelmakäyttäjät. Alkoholin suur- tai riskikuluttajat jäävät tunnistamatta päihdetapauskasvun yhteydessä. Suuret ikäluokat ja sitä seuraava ikäluokka, 1950-luvulla syntyneet, muodostavat edelleen määrällisesti suurimman palvelujen käyttäjäryhmän, joskin heidän osuutensa asiainnista on selvästi ollut jo jonkin aikaa vähenemässä. Asiakkaiden keski-ikä ei kuitenkaan ole juuri laskenut; tyypillinen asiakas on edelleen keski-

ikäinen mies. Naisten osuus asiakkaista seurailee heidän osuuttaan alkoholin kokonaiskulutuksesta. Viime vuosikymmeninä moninkertaistunut naisten päihteiden käyttö näkyy muun muassa siinä, että nuorten naisten osuus päihdeasiakkaita on kasvanut – naisasiakkaita yli neljännes on alle 30-vuotiaita.

Vaikka 1970-luvun lopulla ja 1980-luvun alussa syntyneiden kohorttien edustajia on väestössä kolmannes vähemmän kuin suuria ikäluokkia tai vielä 1950-luvun lopulla syntyneitä, asiainnin intensiivisyydessä he ovat ohittaneet 1960-luvulla ja 1970-luvun alussa syntyneet ja tavoittaneet suurten ikäluokkien tason. Tämä tällä hetkellä jo 30 vuotta täyttäneiden ikäryhmä koki lapsuudessaan Suomen syvimmän ja pitkäkestoisimman laman ja nuoruudessaan lisääntyneen huumeiden tarjonnan sekä erittäin nopean alkoholin kulutuksen kasvun. Elinmahdollisuuksien, elämäntapojen ja päihdekulttuurin muutos tuli käytännössä suomalaisen yhteiskuntaan tämän sukupolven kautta, ja tämä näkyy myös palvelutarpeissa.

Vaikka alkoholi on edelleen laskentaan päätyneiden pääpäihde, yhä useampi on käyttänyt myös laittomia huumeita. Monipäihteisyyden on ollut erityisen yleistä alle 35-vuotiailla asiakkailta ja aivan erityisesti tämän ikäryhmän naisilla.

Laskenta tavoittaa parhaiten tiheään asioivat ja erilaisissa laitostuotoisissa yksiköissä hoidetut asiakkaat. Tästä syystä esimerkiksi korvaushoidossa olevilla huumeiden käyttäjillä tai laitostuotuksessa olevilla on suurempi todennäköisyys päätyä laskentaan. Koska palvelujärjestelmä on muuttunut ja erityisesti laitostuotuksesta on

säästetty (Kuussaari & al. 2012), tämän aineiston perusteella ei voida sanoa, että päihdeiden ongelmakäyttäjien määrä olisi kokonaisuudessaan vähentynyt tai lisääntynyt. Tätä on tarkasteltava vuosittaisten tilastojen ja rekisterien valossa. Sen sijaan laskennat kertovat sen, että päihdeiden aiheuttamat haitat tuottavat sosiaali- ja terveystalveljärjestelmälle kokonaisuutena vähintään yhtä suuria haasteita kuin aikaisemmin huolimatta siitä, että ikäluokat ovat pienentyneet.

Päihdeongelmia on mahdollista jäsentää riippuvuusongelmina tai päihdehäiriöinä, mutta asiakkaiden sosiaaliset ongelmat ovat todellisuudessa hyvin monitahoisia: yksinäisyys, työttömyys ja asunnottomuus on edelleen yleistä. Mikäli asiakkailla on alaikäisiä lapsia, heillä on useimmiten myös lastensuojelun asiakkuus (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2012, 3; Heino & Säkkinen 2011, 36–37). Sosiaalinen huono-osaisuus kasvattaa päihdeiden käyttäjän riippuvuutta palveluista, koska mahdollisuudet hankkia yksityisiä palveluita tai saada tukea sosiaalisista verkostoista ovat vähäisemmät. Kokonaisuudessaan näyttää siltä, että huumeita käyttäneille nuorille ja naisille tarjoutuu mahdollisuus hoitoon mielenterveys- tai päihdepalveluissa, keski-ikäiset alkoholin käyttäjät ohjautuvat perusterveydenhuollon palveluihin ja iäkkäille järjestetään asumis- tai kotipalvelua. Perusterveydenhuollon vastuu päihdehaittojen hoidosta on kasvanut, mutta hoitoilmoitustietojen mukaan ei niinkään päihderiippuvuuden kuin erilaisten päihdeistä johtuvien sairauksien osalta (Päihdetilastollinen vuosikirja 2012, 128–131). Varsinaista päihdekuntoutusta järjestelmässä toteutetaan aikaisempaa valikoivammin. Monipäihteisimmät ja vaikeahoituisimmat asiakkaat ohjautuvat edelleen suurelta osin päihdehuollon erityispalveluihin, koska laitomien huumeiden käyttö syrjäyttää yhteiskunnasta huomattavasti nopeammin kuin alkoholin liikakäyttö. (Kaukonen 2002, 157–159.) Erityispalveluissa asioineilla erilaiset sosiaaliset ongelmat ovat monilta osin jopa yleisempiä ja syvempiä kuin sosiaalipalveluiden asiakkailla.

Kun päihdehuollon asiakkailla huono-osaisuus tuntuu pysyvältä tai peräti monimutkaistuvan ikäluokasta toiseen (Nuorvala & al. 2008), miten toteutettuja kansallisia ohjelmia tai niiden saavutuksia tulisi arvioida? Alkoholiohjelmaa on toteutettu pitkään kansallisena yhteistoimintahankkeena, johon ei ole panostettu erillisrahoitusta. Palveluiden puitteissa on pyritty rohkai-

semaan kuntia etenkin alkoholin riskikulutuksen havaitsemiseen. Kun perusterveydenhuollon toimintaedellytykset ovat kasvaneiden haasteiden vuoksi muutoinkin suhteellisesti heikentyneet, ei ehkä ole yllättävää, että ohjelma on tuottanut enemmänkin pisteittäisesti onnistuneita käytäntöjä kuin yhtenäisiä toimintakäytäntöjä. Alkoholin käytön puheeksioton ja mini-intervention vakiinnuttaminen osaksi perusterveydenhuollon työtä on arvioitu haastavaksi mielen-terveys- ja päihdetyön Kaste-kehittämishankkeiden saamien kokemusten pohjalta. Alkoholiohjelman ja Itä- ja Keski-Suomen Kaste-hankkeen yhteistyön tavoitteena on kehittää ikääntyneiden päihdeiden käytön puheeksiottomallia, joka sinänsä on otettu hyvin vastaan Itä-Suomen alueella (Laitinen & al., 2013). Nähtäväksi jää, miten sen käyttö saadaan leviämään ja vakiintumaan.

Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelmat ovat kiistatta saavuttaneet tavoitteitaan (Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentäminen 2012–2015). Asunnottomuus kuitenkin uusiintuu ja muuttaa muotoaan. Päihdeiden ongelmakäyttäjät muodostavat uusiintumisen kovan ytimen: asunnottomuus ei tässä joukossa ole olennaisesti vähentynyt. Sen sijaan on nähtävissä myös polarisaatiota marginaaliryhmän sisällä: kun laitosasumista on vähennetty, osa asiakkaista on päässyt omiin asuntoihin, mutta samalla jo katoavaksi perinteeksi ajateltu ensisuoja-asuminen on uudelleen lisääntynyt (Päihdetilastollinen vuosikirja 2012). Asunnottomuuden vähentämishjelmaa kannattaa siis jatkaa ja kohdentaa toimenpiteitä edelleen kaikkein haavoittuneimpiin ryhmiin.

Mieli-suunnitelmalla on ehkä muita suuremmin pyritty vaikuttamaan päihdeasiakkaiden selviytymisedellytyksiin. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa (2009) toteutetaan vuoteen 2015 saakka. Suunnitelmassa painotetaan asiakkaan aseman vahvistamista, ongelmien ehkäisyä ja peruspalvelujen merkitystä hoidon onnistumisen perustana. Tavoitteena on myös joustava ja matalakynnyksinen palveluihin pääsy. Mieli-suunnitelman väliarvioinnin yhteydessä (STM 2012) arvioitiin, että asiakkaan aseman parantamiseen liittyvät ehdotukset ovat alkaneet edistyä, mutta asumiseen, työllistymiseen ja toimeentuloturvaan liittyvät ehdotukset eivät ole juurikaan edenneet. Ehkäisevässä työssä on edistytty alkoholiveron korotusten kautta, mikä on hillinnyt alkoholin kokonaiskulutuksen kasvua. Sen sijaan

palvelujen ohjaukskeinojen kehittämiseen ei tois-
taiseksi ole löytynyt välineitä. Mielenterveys- ja
päihdepalvelujen kokonaisuuden koordinoinnis-
sa on edetty, mutta palvelujen saatavuudessa ja
kattavuudessa on yhä alueellisia eroja.

Tiedetään, että päihdepalvelujen toimivuus
asiakkaan kannalta edellyttää palvelujärjestelmän
kokonaisuuden hyvää yhteistyötä ja osaamista
(Vorma & Aalto 2013, 2049–2050). Tämä kos-
kee varsinkin vakavia päihdeongelmia, joihin liit-
tyy huono-osaisuuden lisäksi monipäihnteisyyttä
ja muuta väestöä merkittävästi suurempi somaati-
nen ja psykiatrinen sairastaminen sekä ennen-
aikainen kuolleisuus. Ainoastaan alkoholia käyt-
täneiden asiointi painottui tässä laskennassa ter-
veyskeskuksiin. Laittomia huumeita käyttänei-
den asiointi painottui sen sijaan päihdehuollon
erityispalveluihin ja myös psykiatrian polikli-
nisiin. Huumesekakäytöstä seuraa yleensä vaa-
tivampien palvelujen tarvetta kuin yksinomaisesta
alkoholinkäytöstä, ja siltä osin asiakkaat näyt-
täisivät ohjautuneen palveluihin oikeansuuntais-
esti. Laskennan perusteella ei voida kuitenkaan
arviota, saavatko asiakkaat kaikki tarvitsemansa
palvelut.

Päihdepolitiikoilla, Suomessa varsinkin alko-
holipolitiikalla, on erityisen suuri merkitys sil-
le, missä määrin eritasoisia päihdeongelmia väes-
tössä esiintyy. Kun alkoholin saatavuutta on hel-
potettu ja sen reaalihinta on edelleen alempana
kuin 2000-luvun alussa, myös päihdeiden ongel-
makäyttö pysyy korkealla tasolla (Päihdetilastol-
linen vuosikirja 2012, 154). Tällöin kansalliset
ohjelmat ovat erittäin tärkeitä, koska niillä pys-

tytään torjumaan haittakehitystä edes osin. Uni-
versaalin perusterveydenhuoltojärjestelmän tuli-
si pyrkiä nykyistä kattavampaan riskikuluttajien
tavoittamiseen ja varhaiseen tukeen.

Päihdeiden ongelmakäyttäjät ovat heterogeeni-
nen ryhmä, ja osa heistä jää tai jättäytyy palvelu-
jen ulkopuolelle (Kuusisto 2010). Kaikkein vai-
keimmin autettavia asiakkaita tämäkään lasken-
ta ei välttämättä ole tavoittanut. Päihdetapaus-
laskentojen aineistot tarjoavat hyvän ja ainutlaa-
tuisen instrumentin palvelujärjestelmän ja asiak-
kaiden muutoksen kuvaamiseen, mutta ne eivät
kuitenkaan kerro juuri mitään siitä, miten työtä
tehdään. On viitteitä siitä, että palvelujärjestel-
mässä toteutettavia työtapoja tulisi kehittää sisäl-
öllisesti niin, että se tarjoaisi myös huono-osai-
simmille motivoivia tarttumapintoja (Kaukonen
2013). Tutkimuksissa on todettu, että niin kut-
sutut yleiset tekijät ovat päihdehoidon tuloksel-
lisuuden kannalta merkittäviä (Kuusisto & Saar-
nio 2012; Knuutila & al. 2011; Kuusisto & al.
2011). Yleisillä tekijöillä tarkoitetaan asiakkaan
ja terapeutin välistä yhteistyösuhdetta, terapeutin
ominaisuuksia sekä asiakkaan omaan hoitoonsa
liittyviä pystyvyysodotuksia (Kuusisto & Saarnio
2012). Yleisten tekijöiden merkitystä päihdeasi-
akkaiden kanssa työskennellessä on hyvä koros-
taa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa myös
laajemmin. Hoitointerventioilla on onnistumisen
edellytyksiä vain, jos asiakkaan ja työnteki-
jän välinen vuorovaikutus on toimivaa. Saman
voi olettaa koskevan muutakin päihdeiden ongel-
makäyttäjien kanssa tehtävää työtä.

KIRJALLISUUS

- A-klinikkasäätiö: Vuosikertomus 2011. <http://www.a-klinikka.fi/sites/default/files/quickuploads/file/vuosikert11.pdf> (luettu 9.4.2013)
- Alkoholiohjelma: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/alkoholiohjelma (luettu 14.10.2013)
- Hakkarainen, Pekka & Metso, Leena & Salasuo, Mikko: Hampuikäpolvi, sekakäyttö ja doping. Vuoden 2011 huumeikyselyn tuloksia. Yhteiskuntapolitiikka 76 (2011):4, 397–411.
- Heino, Tarja & Säkkinen, Salla: Mitä näkyy lastensuojelun ikkunasta? Teoksessa Kansallinen mielen-
terveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimienpanosta käytäntöön 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 6/2011.
- Kaukonen, Olavi & Haavisto, Kari: Päihdetapauslaskenta vuonna 1995. Alkoholipolitiikka 61(1996):2, 130–138.
- Kaukonen, Olavi: Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. Stakes tutkimuksia 107. Gummerus kirjapaino Oy, Saarijärvi, 2000.
- Kaukonen, Olavi: Päihdepalvelupolitiikka ja hyvinvointivaltion muutos. Teoksessa Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka (toim.): Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 2012.
- Kaukonen, Olavi: Yhdyskuntaseuraamuksia suorittavien psykososiaalisen tuen järjestäminen, 2013. <http://oikeusministerio.fi/material/attachments/om/valmisteilla/lakihankkeet/>

- seuraamusjärjestelmä/6Hf70WdPr/Kustannusten-jakoraportti_Kaukonen.pdf (luettu 31.10.2013)
- Knuutila, Vesa & Kuusisto, Katja & Saarnio, Pekka: Client characteristics and therapist style: A combined analysis of effectiveness in substance abuse treatment. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 2(4)2011, 321–388.
- Kuusisto, Katja: Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen. *Acta Universitatis Tamperensis* (1942), Tampere University Press, 2010.
- Kuusisto, Katja & Knuutila, Vesa & Saarnio, Pekka: Pre-treatment expectations in clients: Impact on retention and effectiveness in outpatient substance abuse treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 39(3)2011, 257–271.
- Kuusisto, Katja & Saarnio, Pekka: Päihdehoidon toimivuus yleisten tekijöiden valossa. *Katsaus projektin tuloksiin. Yhteiskuntapolitiikka* 77(2012):3, 290–301.
- Kuussaari, Kristiina & Ronkainen, Jenni-Emilia & Partanen, Airi & Kaukonen, Olavi & Vormaa, Helena: Kuntoutuksesta katkaisuun. Päihdetapauskentän palvelujärjestelmän kuvaajana. *Yhteiskuntapolitiikka* 77 (2012):6, 640–655.
- Laitinen, Petri & Komminaho, Alpo & Mäkelä, Matti & Järvinen, Matti & Hilama, Pirjo & Nykky, Tiina & Moring, Juha & Partanen, Airi & Sutela, Sanna: Itä kohtaa lännen. Mieli-suunnitelmaa toteuttamassa 2010–2013. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, työpaperi* 19/2013. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110436/URN_URN_978-952-245-935-0.pdf?sequence=1 (luettu 28.10.2013)
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma: Mieli 2009-työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.
- Nuorvala, Yrjö & Vertio, Harri: Päihdetapauskenttä 13.10.1987. Eikö kunnallinen päihdehuolto tavoita nuoria eikä «hyväosaisia». *Sosiaalinen aikakauskirja* (1989):2, 51–55.
- Nuorvala, Yrjö & Lehto, Juhani: Päihdetapauskenttä 1991. *Alkoholipolitiikka* 57(1992):4, 262–269.
- Nuorvala, Yrjö & Metso, Leena & Kaukonen, Olavi & Haavisto, Kari: Päihde-ehdotoin asiointi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa: vuosien 1995 ja 1999 päihdetapauskenttien vertailu. *Yhteiskuntapolitiikka* 65 (2000):3, 246–254.
- Nuorvala, Yrjö & Metso, Leena & Kaukonen, Olavi & Haavisto, Kari: Muuttuva päihdeasiakkuus. *Päihdetapauskentät 1987–2003. Yhteiskuntapolitiikka* 69(2004):6, 608–618.
- Nuorvala, Yrjö & Huhtanen, Petri & Ahtola, Raija & Metso, Leena: Huono-osaisuus mutkistuu – kuudes päihdetapauskenttä 2007. *Yhteiskuntapolitiikka* 73(2008):6, 659–670.
- Partanen, Airi & Vormaa, Helena & Alho, Hannu: Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen vieroitus- ja korvaushoito Suomessa. *Suomen Lääkärilehti* 69 (2014):7, 481–486.
- Pitkäaikaisasunnottomuuden poistaminen vuoteen 2015 mennessä: Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämisohjelma. Ohjelmatyöryhmä AHKE-RAT. Raportti 10.1.2008. <http://www.ymparisto.fi/download.asp?contentid=79084&lan=fi> (luettu 13.9.2013)
- Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentäminen 2012–2015: <http://www.ara.fi/download/noname/%7B94716CF7-5022-445C-B15E-EB7E139DFE46%7D/40279> (luettu 31.10.2013)
- Perälä, Marja-Leena & Kanste, Outi & Halme, Nina & Pitkänen, Tuuli & Kuussaari, Kristiina & Partanen, Airi & Nykänen, Sirpa: Vanhempi päihdepalveluissa – tuki, osallisuus ja yhteistoiminta. Raportti 21/2014. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2014.
- Päihdehuollon huumeasiakkaat 2011: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 19/2012. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103097/Tr19_12.pdf?sequence=1 (luettu 9.4.2013)
- Päihdehuollon huumeasiakkaat 2012: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 21/2012. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110381/Tr21_13.pdf?sequence=4 (luettu 20.12.2013.)
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2012: Alkoholi ja huumeet. SVT Sosiaaliturva. 2013.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveystieteiden raportteja ja muistioita 2013:45. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9642429&name=DLFE-28190.pdf (luettu 20.12.2013)
- Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäminen kattavasti viidelle alueelle. Valtioneuvoston viestintäosasto 23.3.2014. Tiedote 114/2014. <http://valtioneuvosto.fi/ajankohtaista/tiedotteet/tiedote/fi.jsp?oid=411768> (luettu 25.3.2014)
- STM: Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. *Julkaisu* 2012:24. Helsinki, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, 2012
- Sulkunen, Pekka: Abstainers in Finland 1946-1976. A study in social and cultural transition. Helsinki. Reports from the Social Research Institute of Alcohol Studies. No 133, 1979.
- Sulkunen, Pekka: Raittiit. Teoksessa Simpura, Jussi (toim.): Suomalaisen juomatavat. Haastattelututkimusten tuloksia vuosilta 1968, 1976 ja 1984. Helsinki. Alkoholitutkimussäätiön julkaisu 35, 1985.
- Tammi, Tuukka & Pitkänen, Tuuli & Perälä, Jussi: Stadin nistit – huono-osaisten helsinkiläisten huumeidenkäyttäjien päihde- ja niiden käyttötavat ja hankinta. *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (2011):1, 45–54.
- Vormaa, Helena & Aalto, Mauri: Päihdepsykiatrisen osaamisen tarve kasvaa. *Duodecim* 2013;19:2049–2050.

SUMMARY

Kristiina Kuussaari & Olavi Kaukonen & Airi Partanen & Helena Vorma & Jenni-Emilia Ronkainen: Substance abuse clients in social and health care services (Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa)

The autumn 2011 survey of intoxicant related cases in health and social services found that during the course of one day, social and health care services (excluding children's day care) received a total of 11,738 intoxicant-related visits. These visits are defined as cases where in the staff's assessment, the client was intoxicated or a substance abuser, or the reason for the visit was an accident or some other one-off intoxicant-related incident.

In this article we look at how the background data and substance use of the individuals visiting the service system have changed compared to the findings of the 2007 and 2003 surveys. Furthermore, we ask which specific services are used in the intoxicant-related visits of different types of clients, and how the substance use and life situation of clients using different services now differ from each other.

The number of intoxicant-related admissions to social and health care services has remained effectively unchanged during the 2000s, but the structure of the clientele has changed. The baby boom and the following generation continue to represent the

largest group of users, although for some time now they have accounted for a declining proportion of the total number of visits. The typical client is still a middle-aged man. The proportion of women reflects their share of total alcohol consumption. Women's substance abuse has increased several times over in recent decades, which among other things has meant that young women now account for a growing proportion of substance abuse clients: more than one-quarter of women clients are aged under 30. The people using intoxicant-related services suffer various forms of deprivation: loneliness, unemployment and homelessness are all common. Alcohol remains the single most widely used substance among clients who are counted in the survey. However increasing numbers have also used illicit drugs. Mixed substance use is particularly common among clients aged under 35, most especially among young women in this age group. Young people and women who have used illicit drugs can seek help through mental health or substance abuse services, middle-aged alcohol abusers are referred to primary health care services, while older people have access to residential or home help services.

Keywords: social and health care service system, substance abuse services, substance abuser, intoxicant-related visits, change.