

Työpaperi 36/2022

Tahdosta riippumaton päihdehoito Pohjoismaissa, Englannissa ja Hollannissa

Selvitys hoitoa taustoittavasta lainsäädännöstä,
hoidon periaatteista ja tuloksista

Perälä Riikka, Kuussaari Kristiina, Partanen Airi

Vuonna 2022 ollaan valmistelemaan mielenterveys- ja päihdehuoltolakien uudistamista sekä itsemääräämisoikeuden rajoittamista (IMO-lainsäädäntö) koskevaa lainsäädäntökokonaisuutta. Tähän työpaperiin on koottu yhteen tahdosta riippumatonta päihdehoitoa koskevaa kansainvälistä lainsäädäntöä ja muuta sääntelyä, jota voi hyödyntää valmistelutyössä. Tämän lisäksi selvityksessä on nostettu esille tarkasteltavana olevien maiden lainsäädäntöön sisältyviä asiakkaiden itsemääräämisoikeutta ja osallisuutta edistäviä säännöksiä, joiden avulla on pyritty parantamaan päihdehoidon saatavuutta ja saavutettavuutta ja edistämään asiakkaiden asemaa ja oikeuksia päihdehoidossa. Myös näitä voidaan käyttää hyödyksi lainsäädäntöä kehitettäessä.

Lukijalle

Päihdepalvelujen resurssit, saatavuus ja päihdeongelmista kärsivien ihmisten asema ja oikeudet palveluissa ovat olleet Suomessa vilkkaan keskustelun aiheena jo pitkään. 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä kritiikin kohteena olivat palvelujen kilpailutus ja kilpailutuksen liittyvä kustannustehokkuusajattelu, jonka pelättiin johtavan niukasti resurssoituihin päihdepalveluihin ja palvelujen laadun heikentymiseen. 2010-luvulla kilpailutuksesta ja palvelujen laadusta käydyn keskustelun rinnalle nousivat päihdepalvelujen piiriin pääsyn ongelmat sekä niiden tuottamiseen liittyvät alueelliset erot. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen neljän vuoden välein toteuttamassa päihdetapauskennassa on näkynyt varsinkin pidempikestoisen laitostoutuksen väheneminen. Alueelliset erot ovat näkyneet eroina muun muassa hoitoon pääsyn ajoissa. Viime vuosina on keskusteltu yhä vilkkaammin päihdeongelmista kärsivien kohtelusta ja heidän kohtaamastaan stigmasta palveluissa. Tämän katsotaan nostavan kynnystä hakeutua palvelujen piiriin ja heikentävän erityisesti niiden asiakkaiden asemaa ja oikeuksia, jotka eivät pysty toimimaan palveluissa niihin liitettyjen odotusten ja vaatimusten mukaisesti. Esillä ovat olleet myös asiakkaiden kärsimät oikeuksien loukkaukset palveluissa, kuten palvelujen saamiselle asetetut ajoittain kohtuuttomat ehdot.

Päihdepalvelujen kehittämisen tarve on huomioitu myös valtakunnan politiikan tasolla. Sanna Marinin hallituksen hallitusohjelmaan ”*Osaava ja osallistava Suomi*” vuosille 2019–2023 kuuluu useita päihdepalvelujen kehittämiseen liittyviä tavoitteita. Keväällä 2021 julkaistiin hallitusohjelmaan kirjattu päihde- ja riippuvuusstrategia, jonka yksi keskeinen tavoite on turvata tarpeenmukaiset ja asiakaslähtöiset päihdepalvelut ja niiden saavutettavuus, saatavuus ja kohdentaminen etenkin eri syistä haavoittuville ryhmille. Nämä tavoitteet on kirjattu myös syksyllä 2021 ilmestyneeseen valtioneuvoston periaatepäätökseen huumausainepolitiikasta vuosille 2021–2023.

Yksi merkittävä, sekä hallitusohjelmaan, päihde- ja riippuvuusstrategiaan että periaatepäätökseen, kirjattu kokonaisuus liittyy päihdepalveluja koskevan päihdehuoltolain uudistamiseen osana laajempaa asiakkaiden asemaa ja oikeuksia koskevaa itsemääräämisoikeuden vahvistamiseen tähtäävää lakiuudistusta (IMO-lainsäädäntöuudistus). Työ alkoi jo edellisen hallituksen aikana (2015–2019) ja on tarkoitus saattaa loppuun tällä hallituskaudella. Nykyinen, vuodelta 1987 peräisin oleva, päihdehuoltolaki on katsottu vanhentuneeksi kokonaisuudessaan, mutta varsinkin tahdosta riippumatonta päihdehoitoa koskevien säännösten osalta. Päihdehuoltolain mukaista tahdosta riippumatonta päihdehoitoa ei ole toteutettu Suomessa vuosikymmeniin, mutta tarve hoidolle nousee kuitenkin aika ajoin yhteiskunnalliseen keskusteluun. Samalla on hyvin vähän tietoa siitä, mitä tällainen hoito voisi pitää nykymuodossaan sisällään ja, minkälaista hoitoa koskeva lainsäädännöllinen ohjaus ja muu sääntely voisi olla.

Tässä työpaperissa tarkastellaan tahdosta riippumatonta päihdehoitoa koskevaa ulkomaista lainsäädäntöä sekä hoitoa koskevia ulkomaisia käytäntöjä ja tutkimuksia. Tavoitteena on tuottaa tietoa meneillään olevien lakiuudistusten taustalle, mutta myös avata näkökulmia tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyviin eettisiin ja käytännöllisiin haasteisiin.

Tahdosta riippumatonta hoitoa koskevan tarkastelun rinnalla työpaperissa nostetaan esille päihdepalvelujen saatavuutta ja asiakkaiden oikeuksien ja aseman edistämistä ja parantamista koskevia tavoitteita eri maiden lainsäädännössä ja palvelujärjestelmässä yleisemminkin. Tietoa voi hyödyntää lainsäädäntötyössä ja palveluja kehitettäessä myös Suomessa. Päihdepalvelut, jotka ovat helposti saatavilla ja saavutettavissa ja riittävästi resurssoituja ja laadukkaita, vähentävät tarvetta tahdosta riippumattomaan hoitoon, joka on sekä inhimillisiltä että taloudellisilta kustannuksiltaan vapaaehtoista hoitoa raskaampi ja kalliimpi vaihtoehto.

Tiivistelmä

Riikka Perälä, Kristiina Kuussaari & Airi Partanen. Tahdosta riippumaton päihdehoito Pohjoismaissa, Englannissa ja Hollannissa – Selvitys hoitoa taustoittavasta lainsäädännöstä, hoidon periaatteista ja tuloksista Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpäpaperi 36/2022. 57 sivua. Helsinki 2022. ISBN 978-952-343-905-4 (verkkójulkaisu)

Pääministeri Sanna Marinin hallitusohjelmaan on kirjattu yhtenä keskeisenä tavoitteena mielenterveys- ja päihdehuoltolainsäädännön uudistaminen. Uudistukseen liittyy läheisesti asiakkaiden asemaa ja oikeuksia palveluissa ja hoidossa selkiyttävä itsemäärämisoikeuslainsäädännön valmistelutyö, joka alkoi edellisellä hallituskaudella ja on tarkoitus saattaa loppuun tämän hallituskauden aikana. Tavoitteena uudistuksissa on kehittää muun muassa mielenterveys- ja päihdepalveluja ja niihin liittyvää lainsäädäntöä ja palvelujärjestelmää siten, että tarve itsemäärämisoikeuksien rajoituksiin palvelujärjestelmässä vähenisi ja asiakkaiden oikeusturva erilaisissa rajoittamistilanteissa paranisi.

Tähän selvitykseen on kerätty yhteen päihdeongelmien hoitoon liittyvää ulkomaista lainsäädäntöä ja käytäntöjä. Tarkasteltavana olevat maat ovat olleet Ruotsi, Norja, Tanska, Englanti ja Hollanti, joiden palvelujärjestelmiä on seurattu ja tarkasteltu suomalaisen palvelujärjestelmän uudistamistyössä aikaisemminkin. Kaikissa maissa on myös tehty päihdepalveluja ja niihin kytkeytyvää palvelujärjestelmää koskevia uudistuksia viime vuosina, joita voi käyttää tukena myös suomalaiseen palvelujärjestelmään kaavailuissa uudistuksissa. Kaikista maista löytyy myös päihdeongelmiin liittyvää tahdosta riippumatonta hoitoa koskevaa lainsäädäntöä.

Selvitys tehtiin loppuvuonna 2021. Aluksi tarkasteltiin aluksi sitä, miten selvityksen kohdemaissa on järjestetty päihdeongelmien hoitoa ja yleisemminkin päihdepalvelujen toimintaa koskeva lainsäädännöllinen kokonaisuus, miten lainsäädännöllä ohjataan palveluja ja, minkälaisia säännöksiä liittyy erityisesti tahdosta riippumattoman päihdehoitoon. Lainsäädännöllistä tarkastelua täydensi lyhyt katsaus tahdosta riippumattomasta päihdehoidosta saaduista tuloksista ja kokemuksista selvityksen kohdemaissa. Tämän lisäksi tarkasteltiin, miten päihdepalveluja toteutettiin käytännössä ja minkälaisia tavoitteita niiden kehittämiseksi oli asetettu kansallisella tasolla. Selvityksen aineisto kerättiin maissa käytössä olevista elektronisista lakitietokannoista ja vastuuministeriöiden sivuilta. Apua säädösten etsintään ja tulkintaan pyydettiin tarvittaessa maiden päihdehoidon asiantuntijoilta ja tutkijoilta. Myös tarkasteltavana olevia tutkimuksia saatiin edellä mainittujen yhteistyökontaktien kautta. Tämän lisäksi tutkimustietoa etsittiin maiden vastuuministeriöiden ja tutkimuslaitosten sivuilta ja tietokannoista.

Tahdosta riippumatonta päihdehoitoa koskevaa lainsäädäntöä löytyi kaikista Pohjoismaista. Englannissa ja Hollannissa ei ollut hoitoon liittyvää omaa erillistä lainsäädäntöä, mutta päihdeongelmista kärsiviä ihmisiä oli mahdollisuus hoitaa heidän tahdostaan riippumatta psykiatrista hoitoa koskevan lainsäädännön pohjalta. Kaikissa maissa tahdosta riippumattomassa hoidossa oli kyseessä viimesijainen hoitomuoto, johon henkilö määrättiin vain, jos vapaaehtoiset auttamiskeinot eivät olleet tuottaneet tulosta.

Maiden välillä oli kuitenkin eroja lainsäädännön sisällössä ja siinä, miten lainsäädäntöä sovellettiin. Ruotsissa tahdosta riippumaton päihdehoito oli muihin maihin verrattuna melko yleistä ja lainsäädäntö mahdollisti sekä aikuisten että nuorten tahdosta riippumattoman hoidon päihdeongelman perusteella tietyissä tilanteissa. Lainsäädäntö ohjasi ja velvoitti viranomaisia myös puuttumaan aktiivisesti tilanteissa, joissa henkilön terveys ja hyvinvointi näyttivät äkillisesti heikkenevän päihteiden käytön takia, ja tämä toimi perusteena myös tahdosta riippumattomalle päihdehoidolle. Hoitoa ja sen kehittämistä ja seuranta varten oli olemassa oma valtionhallinnon alainen laitos ja sen ylläpitämiä hoitopaikkoja, joihin ihmisiä määrättiin tarpeen vaatiessa hyvinkin nopean päätöksenprosessin kautta.

Norjassa lainsäädäntö mahdollisti erilaisia tahdosta riippumattoman hoidon muotoja, kuten raskaana olevan hoidon sikiön terveysvaaran perusteella ja niin sanotun vapaaehtoisen tai suostumukseen perustuvan tahdosta riippumattoman hoidon. Molempia mahdollisuuksia sovellettiin kuitenkin melko harvoin, kuten tahdosta riippumatonta hoitoa muutenkin. Tanskassa lainsäädäntö mahdollisti vain raskaana olevien päihteitä käyttävien ihmisten suostumukseen perustuvan tahdosta riippumattoman hoidon, mutta lakia ei sovellettu.

Hollannissa DSM-luokituksen diagnostiset kriteerit täyttävä päihderiippuvuus oli peruste tahdosta riippumattomalle psykiatriselle hoidolle, mikäli muut hoidon kriteerit täyttyivät. Englannissa mielenterveyslain mukaisesti mielenterveyden häiriöksi, jota oli mahdollisuus hoitoon yksilön tahdosta riippumatta mikäli muut hoidon kriteerit täyttyivät, luettiin muiden häiriöiden ohella taas päihteiden käytöstä johtuvat rakenteelliset aivovauriot. Kaiken kaikkiaan vakavien päihde- ja mielenterveysongelmien samanaikainen esiintyminen oli hoitojärjestelmää koskeva haaste kaikissa selvityksen kohteena olevissa maissa, ja myös Pohjoismaissa päihdeongelmista kärsiviä hoidettiin tahdosta riippumattomasti psykiatrisen hoidon piirissä. Ensimmäinen syy hoidolle ei ollut tällöin kuitenkaan päihdeongelma vaan useimmiten psykoositasoinen mielenterveyden häiriö.

Selvityksessä tarkasteltujen tahdosta riippumatonta päihdehoitoa koskevien tutkimusten perusteella hoito saattaa hyödyttää kaikkein vakavimmista päihdeongelmista kärsiviä ja parantaa heidän elämänlaatuaan, vaikka päihteiden käyttö jatkuisikin. Hoito voi laadukkaasti toteutettuna tuottaa hyviä tuloksia myös nuorilla, joiden päihdeongelmat eivät ole vielä kroonistuneet, vaikka ovatkin vakavia. Tulokset eivät ole kuitenkaan yksiselitteisiä. Esimerkiksi Ruotsissa on keskusteltu viime vuosina tahdosta riippumattoman päihdehoidon jälkeisestä korkeasta kuolleisuudesta. Tämän on katsottu heijastelevan osittain hoidon piirissä olevien heikkoa elämäntilannetta, mutta kertovan myös hoitoon liittyvistä ongelmista. Hoidon sisältöjä tulisikin tutkimusten perusteella kehittää näyttöön perustuvien menetelmin, ja myös jälkihoitoon ja hoidon piirissä olevien muihin elämänalueisiin, kuten asumiseen, tulisi panostaa nykyistä enemmän.

Kaikissa kohdemaissa oli panostettu viime vuosina myös asiakkaiden osallisuuden, motivoinnin ja palveluiden saatavuuden kehittämiseen. Asiakkaan päätöksenteon tukeminen ja mukaan ottaminen oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen eri tavoilla nähtiin tärkeäksi päihdepalveluja ohjaavaksi periaatteeksi. Tämä koski myös tahdosta riippumatonta hoitoa. Kaikissa maissa oli myös edistetty hieman eri tavoin ja eri asteisesti päihdepalveluja koskevaa valinnanvapautta.

Avainsanat: tahdosta riippumaton päihdehoito, lainsäädäntö, Pohjoismaat, Englanti, Hollanti

Sammandrag

Riikka Perälä, Kristiina Kuussaari & Airi Partanen. Tahdosta riippumaton päihdehoito Pohjoismaissa, Englannissa ja Hollannissa – Selvitys hoitoa taustoittavasta lainsäädännöstä, hoidon periaatteista ja tuloksista [Missbrukarvård oberoende av patientens vilja i Norden, England och Nederländerna – Utredning om lagstiftning som ger bakgrundsinformation, vårdprinciper och vårdresultat]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Diskussionsunderlag 36/2022. 57 sidor. Helsingfors 2022. ISBN 978-952-343-905-4 (nätpublikation)

Ett centralt mål i statsminister Sanna Marins regeringsprogram är att förnya lagstiftningen om mental- och missbrukarvård. Reformen är nära förknippad med ett arbete för att bereda lagstiftningen om självbestämmanderätt som förtydligar klienternas ställning och rättigheter inom service och vård. Arbetet inleddes under föregående regeringsperiod och avsikten är att slutföra arbetet under denna regeringsperiod. Målet med reformen är att bland annat utveckla mentalvårds- och missbrukartjänsterna och lagstiftningen och servicesystemet i anslutning till dem så att behovet av begränsningar av självbestämmanderätten i servicesystemet minskar och klienternas rättsskydd förbättras i olika begränsningssituationer.

I denna utredning har man samlat utländsk lagstiftning och praxis för vård av missbruksproblem. Utredningen gjordes i slutet av år 2021. De länder som granskades var Sverige, Norge, Danmark, England och Nederländerna. Samhälls- och servicesystemen i de granskade länderna ligger nära det finländska samhället och i dem förekommer också vård oberoende av patientens vilja i anslutning till användning av rusmedel. I alla dessa länder har man också utvecklat missbrukartjänsterna och det servicesystem som är kopplat till dem under de senaste åren, särskilt i fråga om klienternas rättigheter och delaktighet.

I utredningen granskades till en början hur man i länderna har ordnat en lagstadgad helhet som gäller vård av missbruksproblem, hur man genom lagstiftning styr tjänsterna och hurdana bestämmelser som särskilt gäller missbrukarvård oberoende av patientens vilja. Den lagstiftningsmässiga granskningen kompletterades med en kort översikt över resultaten och erfarenheterna av missbrukarvård oberoende av patientens vilja i jämförelseländerna. Dessutom granskades hur missbrukartjänsterna genomfördes i praktiken och hurdana mål som hade ställts upp för utvecklingen av dem på nationell nivå. Utredningsmaterialet samlades in från de elektroniska lagdatabaser som används i länderna och från de ansvariga ministeriernas webbplatser. Vid behov begärdes hjälp för att hitta och tolka bestämmelserna av experter och forskare inom missbrukarvården i länderna. Även undersökningarna som granskades kom via ovan nämnda samarbetskontakter. Dessutom sökte man forskningsdata på ländernas ansvarsministeriers och forskningsinstitutets webbplatser.

Lagstiftningen om missbrukarvård oberoende av patientens vilja fanns i alla nordiska länder. I England och Nederländerna fanns ingen sådan lagstiftning, men det fanns möjlighet att behandla personer med missbruksproblem oberoende av deras vilja på grundval av lagstiftningen om psykiatrisk vård. I alla länder var det fråga om en vårdform i sista hand som personen förordnades till endast om de frivilliga hjälpmedlen inte hade gett resultat.

Det fanns dock skillnader mellan länderna i fråga om lagstiftningens innehåll och hur lagstiftningen tillämpades. I Sverige var missbrukarvård oberoende av patientens vilja ganska vanlig jämfört med andra länder och lagstiftningen möjliggjorde vård oberoende av patientens vilja för både vuxna och unga. Lagstiftningen styrde och förpliktade också myndigheterna att aktivt ingripa i situationer där personens hälsa och välfärd verkade försämrats plötsligt på grund av rusmedelsanvändning, och detta utgjorde också en grund för missbrukarvård oberoende av patientens vilja. För vården och utvecklingen och uppföljningen av den fanns en egen institution som lyder under statsförvaltningen och dess vårdplatser, till vilka människor vid behov förordnades genom en mycket snabb beslutsprocess.

I Norge möjliggjorde lagstiftningen olika former av vård oberoende av patientens vilja, såsom vård på grund av den gravidas hälsorisk för fostret och så kallad frivillig vård eller vård oberoende av patientens vilja som grundar sig på samtycke, men båda möjligheterna tillämpades ganska sällan. I Danmark möjliggjorde lagstiftningen endast vård oberoende av patientens vilja som grundade sig på samtycke av gravida kvinnor som använde rusmedel, men lagen tillämpades inte.

I Nederländerna var alkohol- och drogberoende som uppfyllde de diagnostiska kriterierna i DSM-klassificeringen en grund för psykiatrisk vård oberoende av patientens vilja, om de övriga vårdkriterierna uppfylldes. I England betraktades strukturella hjärnskador orsakade av missbruk som psykiska störningar enligt

mentalvårdslagen, som kunde behandlas oberoende av den enskildes vilja, om de övriga vårdkriterierna uppfylldes, vid sidan av andra störningar. Sammantaget var den samtidiga förekomsten av allvarliga missbruksproblem och psykiska problem en utmaning för vårdsystemet i alla länder som var föremål för utredningen, och även i de nordiska länderna vårdades personer med missbruksproblem oberoende av sin vilja inom den psykiatriska vården. Den primära orsaken till behandlingen var då dock inte missbruksproblem utan en störning i den mentala hälsan på psykosnivå.

Enligt undersökningar om missbrukarvård oberoende av patientens vilja kan vården vara till nytta för dem som lider av de allra allvarligaste missbruksproblemen och förbättra deras livskvalitet, även om användningen av rusmedel fortsätter. Om vården genomförs på ett högklassigt sätt kan den ge goda resultat även för unga människor vars problem ännu inte har blivit kroniska, även om de är allvarliga. Resultaten är dock inte entydiga. Till exempel i Sverige har man under de senaste åren diskuterat hög dödlighet efter missbrukarvård oberoende av patientens vilja. Detta har ansetts återspegla den svaga livssituationen hos dem som omfattas av vården, men det har också ansetts återspegla problem i samband med vården. Utifrån undersökningar borde vårdinnehållet utvecklas med evidensbaserade metoder och man borde också satsa mer på andra livsområden, såsom boende, för dem som omfattas av eftervården och vården.

I alla mälländer har man under de senaste åren också satsat på att utveckla klienterna delaktighet, motivation och tillgång till tjänster. Att stödja klientens beslutsfattande och inkludera klienten i planeringen och genomförandet av sin egen vård på olika sätt ansågs vara en viktig princip som styr missbrukartjänsterna. Detta gällde även vård oberoende av patientens vilja. I alla länder hade man också främjat valfriheten i fråga om missbrukartjänster på något olika sätt och i olika grad.

Nyckelord: Missbrukarvård oberoende av patientens vilja, lagstiftning, Norden, England, Nederländer

Abstract

Riikka Perälä, Kristiina Kuussaari & Airi Partanen. Tahdosta riippumaton päihdehoito Pohjoismaissa, Englannissa ja Hollannissa – Selvitys hoitoa taustoittavasta lainsäädännöstä, hoidon periaatteista ja tuloksista [Involuntary substance abuse treatment in the Nordic countries, England and the Netherlands - Study on legislation, principles and outcomes of the treatment]. Finnish Institute for Health and Welfare (THL). Discussion Paper 36/2022. 57 pages. Helsinki 2022. ISBN 978-952-343-905-4 (online publication)

One of the key objectives of Prime Minister Marin's Government Programme is the reform of the mental health and substance abuse welfare legislation. The reform is closely linked to the preparation of legislation on the right to self-determination, which clarifies the status and rights of customers in services and care. This work started during the previous term of Government and is intended to be completed during this term. The aim of the reform is to develop mental health and substance abuse services and the related legislation and service system in such a way that the need for restrictions on self-determination in the service system would be reduced and the legal protection of clients would be improved in different restrictive situations.

This report contains a collection of foreign legislation and practices related to the treatment of substance abuse problems. The report was collected at the end of 2021. The countries under review were Sweden, Norway, Denmark, England and the Netherlands. The social and service systems of the countries examined are similar to those of the Finnish society, and they also enable involuntary treatment of substance abuse. All these countries have also been developing substance abuse services and a service system linked to them in recent years, especially in terms of clients' rights and participation.

The study first examined how the countries have organised a legislative entity on the treatment of substance abuse problems, how the legislation guides services, and what kinds of provisions are related to involuntary substance abuse treatment in particular. The legislative review was complemented by a brief review of the results and experiences of involuntary substance abuse treatment in the countries under comparison. In addition, we examined how substance abuse services were implemented in practice and what kind of objectives had been set for their development at the national level. The report data was collected from the electronic legal databases used in the countries and from the websites of the ministries in charge. If necessary, assistance in searching for and interpreting regulations was requested from experts and researchers in substance abuse treatment in the countries. The studies under examination were also obtained through the above-mentioned cooperation contacts. In addition, research information was sought on the websites of the countries' ministries and research institutes.

Legislation on involuntary substance abuse treatment was found in all Nordic countries. In England and the Netherlands, there was no such legislation, but people with substance abuse problems could be treated regardless of their will on the basis of legislation on psychiatric treatment. In all the examined countries, this was a last-resort form of treatment to which the person was assigned only if the voluntary means of assistance had not produced results.

However, the countries presented differences in the content of the legislation and how it was applied. In Sweden, involuntary substance abuse treatment was fairly common compared to other countries, and the legislation enabled involuntary treatment of both adults and young people. The legislation also guided and obligated the authorities to actively intervene when the health and welfare of individuals seemed to suddenly deteriorate due to substance abuse, which also served as a basis for involuntary substance abuse treatment. For the purposes of the treatment and its development and monitoring, there was a separate institution under central government and care facilities maintained by it, to which people were assigned, if necessary, through a very rapid decision-making process.

In Norway, the legislation enabled different forms of involuntary treatment, such as the treatment of pregnant people based on the risk to the health of the foetus, and so-called consent-based involuntary treatment, but both possibilities were fairly rarely applied. In Denmark, the legislation only allowed the involuntary treatment of pregnant people abusing substances when it was based on consent but the law was not applied.

In the Netherlands, if the substance addiction met the diagnostic criteria of the DSM classification, this was a justification for involuntary psychiatric treatment if the other criteria for treatment were met. In

England, if the other treatment criteria were met, mental health disorders as referred to in local mental health legislation which could be treated irrespective of the individual's will included structural brain damage caused by substance abuse, among other disorders. All in all, the simultaneous occurrence of serious substance abuse and mental health problems was a challenge to the treatment system in all the countries under review. In the Nordic countries, people with substance abuse problems were also treated involuntarily through psychiatric care. However, the primary reason for the treatment was not a substance abuse problem but a psychosis-level mental health disorder.

Based on studies on involuntary substance abuse treatment, treatment may benefit those with the most serious substance abuse problems and improve their quality of life, even if substance abuse continues. When implemented in a high-quality manner, the treatment can also produce good results in young people whose problems have not yet become chronic, even if their problems are serious. However, the results are not unambiguous. For example, the high mortality rate after involuntary substance abuse treatment has been discussed in Sweden in recent years. This has been considered to partly reflect the poor life situation of those within the scope of treatment, but it also indicates problems related to treatment. Based on studies, the contents of treatment should be developed using evidence-based methods, and more attention should also be paid to other areas of life of those receiving treatment, such as housing.

In recent years, all target countries had also invested in developing clients' participation, motivation and the availability of services. Supporting clients' decision-making and involving them in the planning and implementation of their own care in different ways was considered an important principle guiding substance abuse services. This also applies to involuntary treatment. In all countries, freedom of choice in substance abuse services had also been promoted in slightly different ways and degrees.

Keywords: involuntary substance abuse treatment, legislation, Nordic countries, England, Netherlands

Sisällys

Lukijalle	2
Tiivistelmä.....	3
Sammandrag.....	5
Abstract	7
Sisällys	9
Johdanto	11
1 Selvityksen toteutus ja kohdemaat	13
1.1 Selvityksen aihe, kysymykset ja kohdemaat	13
1.2 Selvityksen aineisto ja toteutus	14
1.3 Selvityksen rakenne ja keskeiset käsitteet.....	15
2 Päihdeongelmien tahdosta riippumaton hoito suomalaisessa lainsäädännössä ja palvelujärjestelmässä ..	16
2.1 Tahdosta riippumatonta päihdehoitoa koskeva lainsäädäntö Suomessa.....	16
2.2 Päihdehuoltolakiin kohdistuvat muutospaineet ja meneillään olevat uudistukset.....	18
3 Päihdeongelmien hoito selvityksen kohdemaiden lainsäädännössä ja palvelujärjestelmässä	20
3.1 Ruotsi	20
3.1.1 Työnjako päihdeongelmien hoidossa	20
3.1.2 Vapaaehtoista päihdehoitoa koskeva lainsäädäntö.....	21
Sosiaalihuoltolaki (Socialtjänstelog, SoL).....	21
Terveystieteiden laki (Hälso- och sjukvårdslag, HSL).....	22
3.1.3 Tahdosta riippumatonta hoitoa koskeva lainsäädäntö	22
LVM- ja LVU-lait tahdosta riippumattomassa päihdehoidossa	23
LPT-laki psykiatrisessa tahdosta riippumattomassa hoidossa	24
3.2 Norja.....	25
3.2.1 Työnjako päihdehoidossa	25
3.2.2 Vapaaehtoista päihdehoitoa koskeva lainsäädäntö.....	26
Terveys- ja hoivapalvelulaki (Helse- och omsorgstjensteloven).....	26
Erikoissairaanhoitolaki (Specialisthelsetjenseloven).....	27
Potilas- ja käyttäjäoikeuslaki (pasient- og brukarerettighetsloven).....	28
3.2.3 Tahdosta riippumatonta päihdehoitoa koskeva lainsäädäntö	29
Terveystieteiden laki, luku 10.....	29
Mielenterveyslaki (Psykisk helsevernloven).....	30
3.3 Tanska	31
3.3.1 Työnjako päihdeongelmien hoidossa	31
3.3.2 Vapaaehtoista päihdehoitoa koskeva lainsäädäntö.....	32
Terveystieteiden laki (Sundhedsloven).....	32
Sosiaalihuoltolaki (Serviceloven)/.....	33
Bekendtgørelse om garanti for social behandling for stofmisbrug til unge under 18 år i særlige tilfælde.....	33
3.3.3 Tahdosta riippumatonta päihdehoitoa koskeva lainsäädäntö	34
Terveystieteiden lain 141b. pykälä ja raskaana olevien huumeidenkäyttäjien säilöönottoa koskeva erillinen laki.....	34
Mielenterveyslaki (Psykiatriloven).....	35
3.4 Englanti	35
3.4.1 Työnjako päihdeongelmien hoidossa	35
3.4.2 Vapaaehtoista päihdehoitoa koskeva lainsäädäntö.....	37

3.4.3 Tahdosta riippumatonta hoitoa koskeva lainsäädäntö	38
Mental Health Act	38
3.5 Hollanti.....	38
3.5.1 Työnjako päihdeongelmien hoidossa	38
3.5.2 Vapaaehtoista päihdehoitoa koskeva lainsäädäntö.....	39
3.5.3 Tahdosta riippumatonta päihdehoitoa koskeva lainsäädäntö	40
Wvggz-laki	40
3.6 Yhteenveto	42
4 Tahdosta riippumattomaan päihdehoitoon liittyviä tutkimustuloksia selvityksen kohdemaissa	45
4.1 Yleistä tahdosta riippumattomasta päihdehoidosta	45
4.2 Selvityksessä tarkastellut tutkimukset.....	46
4.3 Keskeiset tulokset.....	47
4.4 Yhteenvetoa tutkimuksista ja pohdintaa selvityksen tuloksista.....	50
Lähteet.....	52
Liitteet	525

Johdanto

Pääministeri Sanna Marinin hallitusohjelmaan vuosille 2019–2023 on kirjattu keskeisenä tavoitteena mielen-terveys- ja päihdehuoltolainsäädännön uudistaminen. Uudistukseen liittyy läheisesti asiakkaiden asemaa ja oikeuksia palveluissa ja hoidossa säätelevän uuden itsemääräämisoikeuden vahvistamiseen tähtäävän IMO-lainsäädännön valmistelutyö, joka alkoi edellisellä hallituskaudella (2015–2019) ja on tarkoitus saattaa loppuun tämän hallituskauden aikana.

Tämä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) selvitys tuottaa kansainvälistä vertailutietoa lakiuudistusten pohjaksi ja kerää yhteen aihetta koskevia tutkimuksia ja kokemuksia eri maista erityisesti tahdosta riippumattoman päihdehoidon ja siihen liittyvän lainsäädäntökokonaisuuden ja palvelujärjestelmän osalta. Tarkasteltavana ovat 1) selvityksen kohdemaiden päihdepalveluja koskeva ja muu niitä sivuava lainsäädäntö, 2) maiden tahdosta riippumattomasta päihdehoitoa käsittelevä lainsäädäntö tai muu lainsäädäntö, joka mahdollistaa tällaisen hoidon (esim. mielenterveyslaki), sekä 3) maissa tehtyjä aihetta koskevia keskeisiä tutkimuksia ja selvityksiä. Lisäksi tarkastellaan 4) kohdemaiden lainsäädännöstä löytyviä asiakkaiden itsemääräämisoikeutta ja osallisuutta edistäviä säännöksiä ja käytäntöjä, joilla on pyritty parantamaan päihdehoidon saata- vuutta ja saavutettavuutta sekä asiakkaiden tai potilaiden osallisuutta palveluissa.

Suomessa päihdepalvelut tulee järjestää voimassa olevan päihdehuoltolain mukaan ensisijaisesti avohuol- lon toimenpitein ja siten, että ne ovat helposti tavoitettavia, joustavia ja monipuolisia. Keskeinen periaate on, että palveluihin voi hakeutua oma-aloitteisesti ja että asiakkaan itsenäistä suoriutumista tuetaan. Päihde- ongelmien tahdosta riippumattomasta hoidosta säädetään päihdehuoltolain toisessa luvussa, mutta pykälä ei ole juurikaan sovellettu lain voimaan tulon jälkeen (STM 2016b).

Tällä hetkellä on esitetty (HE, luonnos 2022), että lainsäädännöstä kumottaisiin päihdehuoltolaissa oleva sääntely, joka koskee tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämistä väkivaltaisuuden perusteella. Muusta lainsäädännön mahdollistamasta tahdosta riippumattomasta hoidosta päätettäisiin myöhemmin osana itse- määräämisoikeuslainsäädännön kehittämistyötä (emt.). Tämän selvityksen tarkoitus on tuottaa tietoa työ- kentelyn pohjaksi.

Tarve päihdeongelmien tahdosta riippumattomalle hoidolle nousee ajoittain esille yhteiskunnallisessa keskustelussa. Yksi toiveita esittänyt ryhmä on ollut omaiset, jotka ovat toivoneet lisäksi perheiden ja läheis- ten osallistumisen ja vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä hoidossa (STM 2016a). Tämän lisäksi on oltu huol- lissaan raskaana olevien päihdeitä käyttävien naisten tilanteesta ja hoidosta, ja tahdosta riippumattomasta hoitoa on toivottu myös nuorille huumeiden käyttäjille. Perusteena tahdosta riippumattomalle hoidolle on ollut ras- kaana olevaa, syntymätöntä sikiötä tai nuorta koskevan terveysvaaran ehkäisy (STM 2016a). Vuonna 2017 ilmestyneessä selvityksessä (Perälä 2017) tuettua asumista tuottavien asumisyksiköiden työntekijät nostivat esille tilanteita, joissa varsinkin samanaikaisista päihde-, mielenterveys- ja neuropsykiatrisista ongelmista kärsivät tukiasumisyksikön asukkaat olisivat hyötäneet tahdosta riippumattomasta hoidosta päihde- ja väki- valtakierteen katkaisemiseksi. Hoidon tarve ei kohdistunut kuitenkaan varsinaisesti tai pelkästään tahdosta riippumattomaan päihdehoitoon vaan myös psykiatriseen tahdosta riippumattomaan hoitoon, jonka piiriin olisi työntekijöiden mukaan tullut ottaa potilaita edellä kuvatun kaltaisissa tilanteissa nykyistä nopeammin (emt.). Omaisten ja läheisten kanssa työskentelevän Irti Huumeista ry:n toiminnanjohtaja Mirka Vainikka ehdotti keväällä 2021 ”vapaaehtoisen pakkohoidon” eli henkilöön omaan suostumukseen perustuvan tah- dosta riippumattoman päihdehoidon kokeilua Suomessa, joka on mahdollista Norjassa (Vainikka 2021). Täl- lainen mahdollisuus on ollut esillä myös aikaisemmissa lakivalmisteluissa (Hämeen-Anttila 2018).

Toisaalta Suomessa toteutetun päihdehoidon ja muidenkin päihdepalvelujen ongelmaksi on nähty tutki- muksissa ajoittain pikemmin liian kontrollipitoinen hoitokulttuuri ja asiakkaiden heikko oikeusturva kuin tahdosta riippumattoman hoidon puute. Esimerkiksi mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumiseen kohdis- tuvissa tarkastuksissa on noussut esille puutteita asukkaiden itsemääräämisoikeuden toteutumisessa ja merk- kejä melko laitospäivästä työskentelytavoista, joissa ei huomioida yksilöllisiä tarpeita (Autti 2013). Myös vapaaehtoisesti toteutettuun päihdehoitoon liittyy paljon erilaista pakkoa, rajoitustoimenpiteitä ja asiakkaiden ja potilaiden perusoikeuksien rikkomuksia, jotka voivat heikentää hoidon laatua ja tuloksia. Lainsäädäntöä

rikotaan myös hoitoon pääsyyn liittyvien oikeuksien osalta (Perälä ja Leppo 2022; Poikonen 2017). Varsinkin huumeita käyttävien ihmisten osalta kyse on katsottu olevan eräänlaisesta hoidon ja kontrollin yhteenkietoutumisesta, joka palautuu heidän rikosoikeudelliseen asemaansa laittomien huumausaineiden käyttäjinä (Kainulainen ym. 2017).

Sosiaali- ja terveysministeriön keväällä 2021 julkaisemassa päihde- ja riippuvuusstrategiassa (Sosiaali- ja terveysministeriön...2021) todetaan, että päihdeiden käyttöön ja päihderiippuvuuteen liittyy suuri kielteisen leimautumisen riski. Tämän lisäksi lainsäädäntöön kirjatut oikeudet palveluihin eivät aina toteudu käytännössä. Yksi strategian tavoitteista on varmistaa päihde- ja riippuvuuspalvelujen laatu, saavutettavuus ja saatavuus vastaisuudessa. Myös päihdehuoltolain uudistamistarve mainitaan ja tunnustetaan.

Lakeja uudistettaessa on strategian mukaan puolestaan pyrittävä resurssien optimaaliseen käyttöön, niiden riittävyteen ja kohdentamiseen sekä palvelujen yhteensovittamiseen, yhdenmukaisten palvelujen varmistamiseen ja haittojen vähentämisen toimiin. Palveluilla katsotaan olevan merkittävä rooli yhteiskunnallisen eriarvoisuuden vähentämisessä. Tässä selvityksessä pohditaan, mikä rooli tahdosta riippumattomalla päihdehoidolla voisi olla tavoitteiden toteuttamisessa.

1 Selvityksen toteutus ja kohdemaat

Vuonna 2021 Suomessa uudelleen käynnistyneessä päihdehuoltolain, mielenterveyslain sekä itsemääräämisoikeuden rajoittamista koskevan lainsäädännön uudistuksen valmistelussa voidaan hyödyntää lainsäädäntöä ja palvelujärjestelmää koskevaa tietoa suomalaisen yhteiskuntaan ja palvelujärjestelmään verrattavissa olevista maista. Tässä THL:n selvityksessä tarkastellaan Ruotsissa, Norjassa, Tanskassa, Englannissa ja Hollannissa voimassa olevaa päihdepalveluja, ja varsinkin tahdosta riippumatonta päihdehoitoa, koskevaa lainsäädäntöä. Selvitys toteutettiin syksyllä 2021 loka–joulukuun välisenä aikana.

Tahdosta riippumattomalla päihdehoidolla tarkoitetaan selvityksessä päihdehoitoa, johon potilas otetaan ilman hänen omaa suostumustaan ja jossa hänen liikkumisvapauttaan on rajoitettu. Hoitoon voi liittyä myös muita rajoittamistoimenpiteitä. Mukaan luetaan myös edellä mainittu sopimukseen perustuva tahdosta riippumaton hoito, jossa potilasta voidaan pitää hoidossa hänen antamansa suostumuksensa perusteella, vaikka hän haluaisikin perua sen. Suomessa tahdosta riippumattoman päihdehoidon perusteista, hallinnollisista käytännöistä ja hoitoon liittyvistä muista rajoitustoimista on säädetty päihdehuoltolain (46/1986) toisessa luvussa. Tahdosta riippumaton päihdehoito on lain mukaan mahdollista terveysvaaran ja väkivallan perusteella, jos vapaaehtoisuuteen perustuvat palvelut eivät ole mahdollisia tai ne ovat osoittautuneet riittämättömiksi. Terveysvaara tarkoittaa, että henkilöllä on ilman hoitoa uhkaava välitön hengenvaara tai riski saada kiireellistä hoitoa vaativa terveydellinen vaurio. Väkivallan perusteella annettavan hoidon perusteena on päihteiden käyttöön liittyvä, läheisiin tai muihin kohdistuva ja heidän terveyttään, turvallisuuttaan tai henkistä kehitystään vakavasti vaarantava väkivalta. Terveysvaaran perusteella henkilö voidaan määrätä hänen tahdostaan riippumatta hoitoon enintään viideksi vuorokaudeksi. Päätöksen voi tehdä lääkäri. Väkivallan perusteella henkilön voi tahdostaan riippumatta hoitoon päihteiden käytön katkaisemiseksi enintään viideksi vuorokaudeksi ja päättää siihen liittyvistä muista toimenpiteistä. Päätöksen voi tehdä kunnan sosiaalihuollosta vastaavan toimielimen määräämä viranhaltija, jolla on sosiaalityöntekijän ammatillinen kelpoisuus. Jos viiden vuorokauden hoitoaika katsotaan riittämättömäksi, hallinto-oikeus voi sosiaalilautakunnan esityksestä päättää henkilön määräämisestä hoitoon tahdostaan riippumatta väkivaltaisuuden perusteella enintään 30 vuorokaudeksi.

Tahdosta riippumaton päihdehoito eroaa mielenterveyslain (1116/1990) nojalla toteutettavasta tahdosta riippumattomasta hoidosta ensinnäkin siinä, että sen edellytyksenä ei tarvitse olla diagnosoitu mielenterveyden häiriö tai ”mielisairaus”, kuten Suomen mielenterveyslaissa todetaan. Hoitoa voidaan myös toteuttaa muualla kuin psykiatrian piirissä, kuten esimerkiksi sosiaalihuollon puitteissa toimivissa kuntoutuslaitoksissa, jolloin myös hoitoa koskeva säätely ja käytännöt määräytyvät terveydenhuollon lainsäädännön sijasta sosiaalihuollon lainsäädännöstä ja käytännöistä käsin. Viime vuosikymmeninä tahdosta riippumatonta päihdehoitoa on sovellettu Suomen hyvin vähän. Kuten edelläkin tuli ilmi, keskustelua on sen sijaan käyty paljonkin siitä, ovatko lukumäärät olleet liian alhaiset ja, tulisiko ihmisiä määrätä tahdosta riippumattomaan päihdehoitoon nykyistä herkemmin.

1.1 Selvityksen aihe, kysymykset ja kohdemaat

Selvityksen tavoitteeksi asetettiin saada tietoa siitä, miten tahdosta riippumatonta päihdehoitoa toteutetaan muissa maissa ja, minkälaista keskustelua ja kehittämistyötä aiheen ympärillä muissa maissa käydään ja tehdään. Ulkomaisten esimerkkien ja kokemusten avulla on mahdollista nähdä, miten tällainen hoito toimii muissa maissa ja mitä laillisia, eettisiä ja käytännöllisiä haasteita hoidon toteuttamiseen liittyy. Koska tahdosta riippumaton päihdehoito on kuitenkin aina osa laajempaa lainsäädännöllistä kokonaisuutta ja palvelujärjestelmää, selvityksessä tarkasteltiin myös muuta päihdeongelmien hoitoon liittyvää tai sitä sivuavaa lainsäädäntöä, ja etenkin niitä lainsäädännön kohtia, joiden avulla on pyritty yhtäältä parantamaan asiakkaiden asemaa ja oikeuksia hoidossa ja toisaalta päihdepalvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta.

Selvityksen tavoitteiksi asetettiin vastausten saaminen seuraaviin kysymyksiin:

- Minkälainen on päihdeongelmien hoitoa koskeva lainsäädännöllinen kokonaisuus selvityksen kohdemaissa?
- Minkälaisia tahdosta riippumattomaan päihdehoitoon ja muihin rajoitustoimiin liittyviä pykälä- ja säädöksiä maiden lainsäädännöstä löytyy ja millä edellyksillä päihdeongelmia voi hoitaa tahdosta riippumattomasti näissä maissa?
- Miten tahdosta riippumattoman päihdehoitoa toteutetaan käytännössä selvityksen kohdemaissa ja minkälaisia tuloksia hoidosta on saatu?
- Millaisia asiakkaiden asemaa ja oikeuksia ja osallisuutta päihdehoidossa koskevia pykälä eri maiden lainsäädännöstä löytyy?
- Miten lainsäädännöllä on pyritty edistämään palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta?

Selvityksen kohdemaiksi valittiin Pohjoismaista Ruotsi, Norja ja Tanska ja tämän lisäksi kaksi muuta maata Euroopasta, Englanti ja Hollanti.

Pohjoismaat ovat hyvä ja luonteva vertailukohta niiden Suomeen vertautuvien yhteiskuntajärjestelmien ja palvelurakenteiden vuoksi. Suomi on myös seurannut muiden Pohjoismaiden järjestelmien kehitystä läheisesti ja omaksunut niistä elementtejä aikaisempiin palvelu-uudistuksiinsa. Maiden lainsäädännöstä löytyy lisäksi sekä tahdosta riippumatonta päihdehoitoa koskevia pykälä että asiakkaiden osallisuutta ja itsemääräämisoikeuksia edistäviä pykälä, joita on nostettu esille myös suomalaisessa päihdehoidosta käytävässä keskustelussa.

Englannissa ja Hollannissa tehdään puolestaan paljon päihdehoitoa koskevaa kehittämis-, tutkimus- ja selvitystyötä. Varsinkin Englannin palvelujärjestelmän kehitystä on seurattu suomalaisessa palvelujärjestelmän tutkimus- ja kehittämistyössä aikaisemminkin (esim. Whellams 2017; Koski-Aho 2012). Hollannin osalta on seurattu etenkin maassa toteutettavaa haittoja vähentävää huumausainepolitiikkaa ja huumetyötä, joka on vaikuttanut sekä Suomen että muidenkin Euroopan maiden päihdehoidon ja päihdepolitiikan kehitykseen erityisesti kaikkein vakavimmista ongelmista kärsivien ja vaikeammin tavoitettavien asiakasryhmien palvelujen osalta. Yksi perustelu Englannin ja Hollannin valinnalle kohdemaiksi oli se, että maita tarkastellaan sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2016 julkaisemassa päihde- ja mielenterveyspalveluja käsittelevässä arviomuistiossa (STM 2016). Muistion tietoja on ollut mahdollista hyödyntää myös tämän selvityksen tekemisessä, mikä on nopeuttanut aineiston keräämisen prosessia.

1.2 Selvityksen aineisto ja toteutus

Selvityksessä käytetty aineisto koostuu tarkasteltavana olevien maiden:

- päihdepalveluja taustoittavasta tai palveluihin liittyvästä lainsäädännöstä, mukaan lukien tahdosta riippumatonta päihdehoitoa koskevat säädökset ja asiakkaiden osallisuutta ja itsemääräämisoikeutta päihdehoidossa koskevat säädökset
- lainsäädäntöä ja palvelujen kehittämistä koskevista muista dokumenteista
- tahdosta riippumattoman päihdehoidon soveltamista ja hoidon tuloksellisuutta koskevista dokumenteista, tutkimuksista ja selvityksistä

Lainsäädäntöaineisto kerättiin kussakin maassa käytössä olevista elektronisista tietokannoista ja vastuuministeriöiden sivuilta. Kyseessä ovat kaikille avoimet julkiset asiakirjat. Apua säädösten etsintään ja tulkitaan pyydettiin tarvittaessa apua maiden päihdehoidon ja tahdosta riippumattoman hoidon asiantuntijoilta ja tutkijoilta. Myös muu aineisto kerättiin verkosta vastuuministeriöiden ja erilaisten hoidosta vastaavien tutkimuslaitosten ja muiden julkisten organisaatioiden sivuilta.

Tahdosta riippumatonta päihdehoitoa koskevia tutkimuksia ja selvityksiä saatiin edellä mainittujen tutkijainformanttien kautta ja tutkimuksia etsittiin myös tietokannoista. Kyseessä ei ole kuitenkaan systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Lisäksi selvitystä tehdessä on hyödynnetty aikaisempaa kerättyä kansainvälistä

vertailutietoa päihdepalvelujen toteuttamiseen liittyvästä lainsäädännöstä (STM 2016 a ja b), ja tarvittaessa tätä tietoa on päivitetty.

Kerättyä aineistoa on käsitelty maittain ja se myös raportoidaan maittain. Maakohtaisissa luvuissa tarkastellaan aluksi maiden päihdehoidon tilannetta yleisellä tasolla ja sen jälkeen omina alalukuinaan vapaaehtoista ja tahdosta riippumatonta päihdehoitoa koskevaa lainsäädäntöä. Yhteenveto-kappaleessa eri maiden lainsäädäntöä ja hoitokäytäntöjä vertaillaan toisiinsa ja siinä esitetään myös aikaisempiin tutkimuksiin ja selvitystöihin pohjautuvia tulkintoja päihdepalvelujen ja niitä koskevan lainsäädännön kehityskuluista selvityksen kohteena olevissa maissa.

Lainsäädäntöä raportoitaessa tarkasteltavana olevat lainsäädännön kohdat on pyritty kääntämään mahdollisimman tarkkaan siten kuin ne on kirjattu lainsäädäntöön. Joissain tapauksissa myös lain alkuperäinen muotoilu suomenkielisen käännöksen rinnalla, jotta lukijan olisi mahdollista nähdä, mihin käännös perustuu. Selvitystyössä ei ole ollut mahdollista mennä kovin syvälle eri maissa tehtyihin lain esivalmisteluihin tai lakien tulkintoihin. Tekstiä lukiessa onkin hyvä muistaa, että olemassa oleva laki ei ole sama kuin käytäntö ja että lain samansisältöisiä pykälä voidaan soveltaa käytännössä hyvin eri tavoin. Lain soveltamista koskevia seikkoja tulee kuitenkin jonkin verran ilmi tässä selvitystyössä käsitellyistä tutkimuksista ja selvityksistä, joista näkyy muun muassa tahdosta riippumaton päihdehoidon volyymi kohdemaissa sekä lain soveltamiseen ja tulkintaan liittyviä yleisiä haasteita ja ongelmakohtia.

1.3 Selvityksen rakenne ja keskeiset käsitteet

Selvitys etenee seuraavasti: Luvussa 2 käydään lävitse Suomen päihdepalveluja koskevaa lainsäädäntöä varsinkin tahdosta riippumattoman päihdehoidon osalta. Luvussa 3 käydään lävitse ulkomaista lainsäädäntöä Ruotsin, Norjan, Tanskan, Englannin ja Hollannin osalta sekä tehdään yhteenveto niiden lainsäädännöstä ja päihdepalvelujen toteuttamista koskevista keskeisistä havainnoista. Luvussa 4 tarkastellaan kohdemaiden tahdosta riippumattomasta päihdehoidosta tehtyjä tutkimuksia. Taustatietona käytetään myös tahdosta riippumattomasta päihdehoidosta tehtyjä kansainvälisiä katsauksia. Luvun lopussa on yhteenveto tutkimuksista saaduista tuloksista. Luvussa 5 esitetään lyhyet loppusanat ja pohditaan tämän selvityksen merkitystä Suomessa meneillään olevalle mielenterveys-, päihde- ja IMO-lainsäädännön kehittämis- ja uudistustyölle.

Ihmiset, joilla on päihteisiin tai riippuvuuksiin liittyviä ongelmia, kohtaavat usein syrjintää, kielteistä leimaamista ja ennakkoluuloja. Kielteisiä ennakkoluuloja voivat lisätä myös ihmisistä käytetyt termit ja kuvaukset. Tämän selvityksen kohderyhmänä ovat ihmiset, jotka ovat hoidettavana joko vapaaehtoisesti tai tahdosta riippumattomasti päihdeongelmansa tai päihteiden käyttönsä vuoksi tai ihmiset, joille tarjotaan tai kehitetään ongelmalliseksi katsotun päihteiden käytön vuoksi tällaisia palveluja. Selvityksessä käytetään heistä termejä päihdeongelmista kärsivä ihminen tai päihteitä käyttävä ihminen. Muiden maiden, ja myös Suomen, lainsäädännössä voi esiintyä käsitteitä, jotka voi tulkita leimaaviksi. Näitä ei ole muutettu, mutta niiden käyttöä kontekstoidaan toteamalla, että kyseessä ovat nimenomaan lainsäädännössä esiintyvät käsitteet.

2 Päihdeongelmien tahdosta riippumaton hoito suomalaisessa lainsäädännössä ja palvelujärjestelmässä

Suomen perustuslaki (11.6.1999/731) takaa yksilölle oikeuden henkilökohtaiseen koskemattomuuteen. Lain mukaan yksilön henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ei saa puuttua eikä vapautta riistää mielivaltaisesti ilman laissa säädettyä perustetta. Lain perusteluissa (HE 309/1993) vapaudenriistolla tarkoitetaan järjestelyjä, joilla henkilöä kielletään ja estetään poistumasta hänelle määrätystä rajatusta olinpaikasta. Tällä hetkellä vapaudenriiston mahdollistavat Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon piirissä mielenterveyslaki, lastensuojelulaki, kehitysvammalaki, tartuntatautilaki ja tässä selvityksessä tarkasteltu päihdehuoltolaki (STM 2016).

Perustuslain lisäksi vapaudenriiston perusteista säädetään ihmisoikeuksien ja perusvapauksien suojaamiseksi tehdyssä yleissopimuksessa eli Euroopan ihmisoikeussopimuksessa, joka sitoo myös Suomea. Sopimuksen 5. artikla takaa yksilölle oikeuden vapauteen ja henkilökohtaiseen turvallisuuteen. Artiklan 1. kappaleessa on kuitenkin rajattu tilanteet, joissa vapauden rajoittaminen on mahdollista. Tällaisia tilanteita ovat muun muassa oikeus henkilön vangitsemiseen sen jälkeen, kun hänet on tuomittu toimivaltaisessa tuomioistuimessa, tai jos katsotaan välttämättömäksi estää häntä tekemästä rikosta tai pakenemasta teon jälkeen. Alakäiseltä on mahdollista riistää vapaus lain nojalla hänen kasvatuksensa valvomiseksi tai hänen saattamiseen toimivaltaisen oikeusviranomaisen tutkittavaksi. Henkilöltä voidaan riistää vapaus myös tartuntataudin leviämisen estämiseksi tai hänen heikon mielenterveytensä, alkoholisminsa, huumeidenkäyttönsä tai irtolaisuutensa vuoksi. Lista on tyhjentävä eli vapaudenriisto on mahdollista vain sopimuksessa kuvatuissa tilanteissa. Suomen perustuslaista ei löydy vastaavaa listausta. Suomi ei voi kuitenkaan ylittää sopimuksen antamia toimivaltuuksia vapauden riistoon.

Kaarlo Tuorin ja Tuomas Kotkaksen (teoksessa Poikonen 2017) mukaan merkittävä muutos yksilön perusoikeuksien kannalta Suomessa on ollut maassamme vuonna 1995 toteutettu perustuslakiuudistus. Sen myötä luovuttiin mahdollisuudesta perustella yksilön oikeuksien rajoittamista laitostavallan tai erityisen valvonalaisuussuhteen perusteella. Suomen perustuslakiin sisällytetty mielivaltaisten vapaudenriistojen nimenomainen kielto tarkoittaa, että kaikkien vapaudenriistojen ja puuttumisen henkilökohtaiseen koskemattomuuteen on perustuttava eduskunnan säätämiin lakeihin, eikä esimerkiksi jonkin instituution sääntöihin tai toimitapoihin. Mielenterveyslaissa säädetään tältä pohjalta laitostavallan kiellosta (emt.; Makkonen ym. 2016). Tahdosta riippumattomiin keinoihin voidaan turvautua myös vasta, kun muut keinot on todettu riittämättömiksi ja pakon käytöllä estetään henkilön itsensä tai jonkun muun vahingoittaminen (emt.).

Lainsäädännöllisiä muutostarpeita on nähty varsinkin lastensuojelu- mielenterveys- ja päihdehuoltolaissa, joissa esiintyvä säätely on katsottu hajanaiseksi ja epämääräiseksi. Tällä hetkellä tavoitteena on, että tulevaisuudessa itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta ja sen rajoituksille asetetuista edellytyksistä säädetäisiin mahdollisimman täsmällisesti ja tarkkarajaisesti (Hämeen-Anttila 2018).

2.1 Tahdosta riippumatonta päihdehoitoa koskeva lainsäädäntö Suomessa

Suomalaisessa päihdehuollossa on ollut historian kuluessa käytössä monia erilaisia hoitomalleja ja työtapoja, ja myös erilaista päihdehuoltoon liittyvää lainsäädäntöä. Päihdehaitat nähtiin pitkään enemminkin sosiaalisina ongelmina kuin yksilöllisinä tai terveydellisinä ongelmina, ja niiden hoidossa korostui yksilön etua enemmän yhteiskunnan etu ja myös erilaiset kontrolliin perustuvat menetelmät (Poikonen 2010). 1900-luvun ensimmäisinä vuosikymmeninä, ennen toista maailmansotaa, maahamme kehitettiin kattava huoltoloiden ja työlaitosten verkosto, joihin ohjattiin henkilöitä pääasiallisesti vasten heidän omaa tahtoaan (Härkönen 2012). Käytössä oli pitkään myös irtolaislaki, joka mahdollisti ihmisten tahdosta riippumattoman kiinnioton ja sijoittamisen laitoksiin irtolaisuuden perusteella. Lain nojalla kiinniottetut ihmiset, irtolaiset, olivat suurelta osin päihteitä käyttäviä ihmisiä, jotka elivät yhteiskunnan marginaalissa (emt.). 1960- ja 1970-luvuilla

päihdelainsäädännön ja irtolaislain nojalla hoidettiin tai ”huollettiin” tahdosta riippumattomasti kaiken kaikkiaan noin 1000 ihmistä vuodessa (Vorma 2017). Tämän jälkeen lukumäärät alkoivat laskea sekä lainsäädännössä että hoitoidologioiden sisällöissä tapahtuneiden muutosten myötä (emt.).

Vuodesta 1987 lähtien tahdosta riippumattomasta päihdehoidosta on säädetty Suomessa päihdehuoltolain (46/1986) toisessa luvussa, josta löytyvät hoidon edellytyksiä ja päätös- ja täytäntöönpanon prosesseja koskevat pykälät. Niiden mukaan tahdosta riippumaton päihdehoito on Suomessa mahdollista terveysvaaran ja väkivallan perusteella, jos vapaaehtoisuuteen perustuvat palvelut eivät ole mahdollisia tai ne ovat osoittautuneet riittämättömiksi. Päihdehuoltolain mukaiseen tahdosta riippumattomaan hoitoon voi yksilön määrätä sellainen lääkäri tai sosiaalityöntekijä, jolla on tähän kyseisessä laissa annettu toimivalta, ja määräys voidaan tehdä vain sellaisilla perusteilla, jotka pohjautuvat päihdehuoltolakiin. Lakia ovat täydentäneet päihdehuoltoasetus ja erilaiset viranomaisohjeistukset, joista jälkimmäisiä ei ole kuitenkaan päivitetty vuosiin (STM, 2016b).

Päihdehuoltolaki mahdollistaa myös hoidon aikaisia rajoitustoimenpiteitä. Eristäminen on mahdollista, jos tahdosta riippumattomaan hoitoon määrätty henkilö on vaaraksi itselleen tai muille tai, jos eristäminen on henkilön hoidon kannalta muutoin erityisen perusteltua. Hoitoon määrättylle voidaan tehdä lain mukaan myös henkilöntarkastus, jos hänellä on hallussaan päihkeitä tai muita niiden käyttöön liittyviä välineitä taikka turvallisuutta vaarantavia aineita tai esineitä. Myös henkilön posti voidaan lukea hänen läsnäollessaan, jos on syytä epäillä henkilölle osoitetun postin tai muun lähetyksen sisältävän edellä mainittuja aineita, esineitä, tai muita turvallisuutta vaarantavia seikkoja.

Käytännössä päihdehuoltolain mahdollistamaa tahdosta riippumatonta hoitoa ei ole toteutettu Suomessa vuosikausiin. Hoidossa olleiden määrät alkoivat vähentyä jo 1980-luvun alkupuolella, ja nykyisen päihdehuoltolain tultua voimaan määrät romahtivat (Poikonen 2017; STM 2016). Vuonna 1987 hoitajaksoja oli valtakunnallisesti 30 ja muutamassa vuodessa hoitajakset vähentyivät 4–9 jaksoon vuodessa (STM 2016b). Terveysvaaran perusteella on hoidettu ajoittain yksittäisiä henkilöitä, mutta näistä ei ole olemassa tilastoa (emt.). Pakon sijasta päihdehuoltolaki korostaa hoidon lähtökohtana avoimuuden toimenpiteitä ja potilaan omaehtoista hakeutumista palveluihin. Hoitoa on annettava yksilöllisen tarpeen perusteella.

Päihdehuoltolain lisäksi päihdepalveluja ja niiden asiakkaita koskevia velvoitteita on kirjattu sosiaali- ja terveydenhuoltolakeihin. Asiakkaiden ja potilaiden asemaa hoidossa ja palveluissa säätelevät laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista, laki potilaan asemasta ja oikeuksista terveydenhuollossa sekä hallintolaki (ks. esim. Poikonen 2017). Myös näissä laeissa korostuvat asiakkaan itsemääräämisoikeudet ja vapaaehtoisen toiminnan tukeminen avun, tuen ja hoidon lähtökohtana.

Asiakkaiden ja potilaiden toimintaa päihdehoidossa ja -palveluissa on myös mahdollista rajata, vaikkei kyseessä olisikaan tahdosta riippumaton hoito. Lainsäädäntöä on pidetty tältä osin kuitenkin sekavana ja epämääräisenä (STM 2016b). Eräs hoitopaikoissa yleisesti käytössä oleva rajaamistapa on hoitosopimus, jonka allekirjoittamalla potilas sitoutuu noudattamaan yksikön sääntöjä, joihin voi kuulua esimerkiksi erilaisia rajoitustoimia, kuten puhelimen takavarakointi, liikkumiseen rajaaminen tiettyinä aikoina tai keskustelun kieltäminen muiden asiakkaiden kanssa. Rajoitusten käyttöä koskevissa viranomaisohjeistuksissa ja -tulkinnissa on kuitenkin todettu, että asiakkaiden perusoikeuksia ei voi rikkoa vetoamalla hoitosopimukseen ja hoitopaikan sääntöihin, vaikka potilas olisi niihin suostunutkin. Rajoitustoimenpiteiden on oltava myös suhteessa tavoiteltuun lopputulokseen (Autti 2013). Eduskunnan oikeusasiamiehen (EOA) ratkaisussa on korostettu, että hoitosopimus on vain hoidon väline, eikä sillä ole välittömiä oikeudellisia seurauksia. Hoitosopimuksen käyttö on kuitenkin mahdollista ja joskus myös hyödyllistä. Potilaan on kuitenkin ymmärrettävä, mihin hän sitoutuu allekirjoittamalla sopimuksen. Potilaalla on myös oikeus purkaa sopimus, eivätkä sopimuksen rikkomisen seuraukset saa olla kohtuuttomat, kuten hoidon lopettaminen (EOA:n ratkaisusta ks. esim. Perälä ja Leppo 2022).

Päihkeiden käytöstä kärsiviä henkilöitä hoidetaan jonkin verran myös psykiatrisen tahdosta riippumattoman hoidon piirissä. Tällöin hoidon perusteena on mielenterveyslain mukaan kuitenkin psykoositasoinen mielisairaus, eikä päihkeiden käyttö. Tilanne kertoo kuitenkin mielenterveys- ja päihdeongelmien esiintymisen päällekkäisyydestä. Alaikäisiin voi kohdistua tahdosta riippumattomia toimenpiteitä päihkeiden käytön vuoksi mielenterveyslain ja lastensuojelun lain nojalla (STM 2016b).

2.2 Päihdehuoltolakiin kohdistuvat muutospaineet ja meneillään olevat uudistukset

Päihdehuoltolakiin ei ole tehty merkittäviä muutoksia sen voimaantumisen jälkeen ja sen tahdosta riippumatonta hoitoa koskevat pykälät ovat edelleen voimassa. Kuten edellä on jo todettu, vuoden 1995 perusoikeusuudistuksella ja muillakin hoitoa koskevilla kehityskuluilla on ollut kuitenkin vaikutusta siihen, että näitä pykäläitä ei nykyään käytännössä sovelleta. Myöskään tällaiseen hoitoon soveltuvia hoitopaikkoja ei juurikaan ole. Lisäksi päihdehuoltolain mukainen menettely on koettu vaikeaksi ja monimutkaiseksi siinäkin tapauksessa, että alueella olisi tahdosta riippumatonta päihdehoitoa toteuttava laitos (STM 2016). Aluehallintovirastoja ei ole tällä hetkellä ohjeistettu linjauksista koskien tahdosta riippumatonta hoitoa, eikä päihdehuollon toimintayksiköillä käytännössä ole aluehallintoviraston hyväksyntää toteuttaa kyseistä hoitoa (emt.).

Tutkimuksissa ja selvityksissä on tullut ilmi, että päihdehoidossa, ja myös muissa paikoissa, joissa kohdataan päihdeongelmista kärsiviä ihmisiä, saatetaan rikkoa asiakkaiden perusoikeuksia ja turvautua myös tarpeettomasti erilaisten rajoitustoimenpiteiden käyttöön (Perälä & Leppo 2022; Pehkonen ym. 2019; Virokannas 2017). Syynä tähän on pidetty sekavaa ja osittain vanhentunutta lainsäädäntöä, joka ei ole aina yhtenäistä, eikä myöskään säädi itsemäärämisoikeuteen liittyvien rajoitusten perusteista ja käytännön soveltamisesta riittävän täsmällisesti (STM 2016b; Autti 2013). Yhdeksi meneillään olevan lakiuudistuksen tavoitteeksi onkin esitetty lainsäädännön selkiyttämistä.

Tällä hetkellä on esitetty, että mielenterveys- ja päihdepalveluista säädettäisiin jatkossa sosiaali- ja terveydenhuoltolaissa ja että erilliset mielenterveys- ja päihdehuoltolain säädökset kumottaisiin (HE, luonnos, 2022). Laissa olevat tahdosta riippumatonta hoitoa koskevat pykälät siirrettäisiin puolestaan IMO-lainsäädäntöön yhdessä muiden asiakkaiden asemaa ja oikeuksia koskevien pykälien kanssa (emt.). Muutoksia on perusteltu muun muassa sillä, että palvelut tulisi järjestää ensisijaisesti yleislakien perusteella. Lainsäädännön olisi oltava myös mahdollisimman selkeää ja helposti sovellettavissa. Päihdehuoltolaissa todetaan, että päihdehuollon palveluja on järjestettävä yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kehittämällä sekä antamalla erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettuja palveluja. Tämänkin voi katsoa perustelevan yleisen sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön keskeistä roolia päihdepalvelujen sääntelyssä (Poikonen 2017).

Toisaalta myös erillisten mielenterveyslain ja päihdehuoltolain säilyttämisen puolesta on esitetty perusteluja. Poikosen ja Keinäsen (2016) mukaan pelkkä lainsäädännön yksinkertaistaminen ei ole hyvä syy purkaa säätelyä, varsinkin, jos säätelyllä on kyetty turvaamaan asiakkaiden oikeuksia palveluihin. Heidän mukaansa erillislaista luopuminen saattaisi heikentää päihdeongelmista kärsivien oikeuksia hoidossa. Sama huoli on esitetty päihdekentällä yleisemminkin. Esimerkiksi vammaisten ihmisten ja ikääntyneen väestön asemasta säätävälle omille laille on nähty olevan tarvetta edelleen (emt.). Tällä hetkellä päihdehuoltolaki on ollut säätelemässä pääsyä päihdehoidon ja -kuntoutuksen piiriin. Esimerkiksi lakiin kirjattu huollon tarve on tulkittu subjektiiviseksi oikeudeksi siten, että asiakkaalla on oikeus saada tarvitsemiaan päihdepalveluja, eikä kunta voi kieltäytyä antamasta niitä vetoamalla esimerkiksi puutteellisiin resursseihin. Palveluja ei ole kuitenkaan välttämättä mahdollista saada juuri henkilön haluamalla tavalla, ellei hoidon tarvetta juuri tietyssä paikassa pysty perustelemaan. Subjektiivista oikeutta palveluihin on täydentänyt laissa kunnalle asetettu velvoite järjestetä päihdepalvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Myös tämän pykälän voi katsoa velvoittavan kuntaa, vaikka laissa ei olekaan määritelty varsinaista mittaria tai indikaattoria tarpeen mittaamiselle (Poikonen 2017).

Nykyllä lainsäädäntöön ja -käytäntöihin on ehdotettu joitakin muutoksia myös tahdosta riippumattoman päihdehoidon osalta. Päihdehuollon lainsäädäntöperustaa tutkineen Heidi Poikosen (2017) mukaan vaikean päihdeongelman ollessa kyseessä voisi olla perusteltua rajoittaa yksilön oikeuksia terveysvaaran perusteella. Esimerkiksi perustuslain 19 §:ssä mainitun oikeuden ihmisarvoisen elämän edellytyksiä turvaavaan välttämättömään huolenpitoon voi Poikosen mukaan tulkita myös viranomaisen velvollisuudeksi turvata yksilön elämän edellytykset tämän tahdosta riippumatta. Näin ei ole kuitenkaan käytännössä toimittu (emt., 36).

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä (Vuorinen 2007) katsottiin, että päihdehuoltolaissa olevaa terveysvaara -pykälää voisi olla perusteltua muuttaa helpommin sovellettavaksi. Vaikka itse päihderiippuvuus ei ole hoidettavissa tahdosta riippumattomasti, riippuvuussairaudesta voi liittyä tilanteita, joissa

tahdosta riippumattomalle hoidolle voisi olla perusteita (emt.). Konkreettisia muutosehdotuksia selvityksessä olivat terveysvaaran perusteella tapahtuvan tahdosta riippumattoman hoitojakson pidentäminen nykyisestä, mikä antaisi mahdollisuuden arvioida henkilön terveydentilaa vieroituksen ajan ja sen jälkeen. Myös terveysvaaran käsitettä tulisi selkeyttää, ja myös tilanteita, joita se voisi koskea. Nyt osa vakavista päihdeongelmista kärsivistä ihmisistä otetaan esimerkiksi säilöön poliisin toimesta, vaikka heidän tilanteensa saattaisi antaa perusteet toimittaa henkilö selviämisasemalle. Muita selvityksessä tarkasteltavia tilanteita olivat tahdosta riippumaton hoito väkivallan perusteella, tahdosta riippumaton hoito sikiön suojelemiseksi ja tällainen hoito osana kriminaalihuoltoa (emt.). Sikiön suojelemisen osalta selvityksessä pohdittiin muun muassa mahdollisuuksia sopimukseen perustuvan hoidon lisäämiseen. Kriminaalihuollon osalta selvityksessä pohdittiin suurempaa velvoitetta osallistua päihdekuntoutukseen osana yhdyskuntapalvelua sekä sopimukseen perustuvaa mallia, missä vanki sitoutuu hoitolaitoksessa tapahtuvaan kuntoutukseen, mutta jatkaa tuomion suorittamista vankilassa, mikäli rikkoo sopimusta (emt.). Vastaavaa velvoittavaa hoitoa ehdotettiin selvityksessä myös tilanteisiin, jossa tahdosta riippumattoman päihdehoidon perusteena on väkivalta (emt.).

Sosiaali- ja terveysministeriön kokoama työryhmä teki ehdotuksen uudeksi asiakas- ja potilaslaiksi, joka julkaistiin vuonna 2018 (Hämeen-Anttila 2018). Työryhmä ehdotti, että henkilön voisi määrätä hoitoon päihdeiden käytön vuoksi henkilön vastustuksesta huolimatta terveysvaaran ja väkivaltaperusteella, kuten tämänhetkisessä päihdehuoltolaissa. Väkivallan osalta kyseeseen tulisivat tilanteet, jotka eivät kuulu rikoslain piiriin tai joissa sosiaalihuoltolain mukaiset lähisuhde- ja perheväkivallasta sekä muusta väkivallasta ja kaltoinkohtelusta aiheutuvaan tuen tarpeeseen vastaamisen keinot eivät ole riittäviä. Kolmantena hoitoon määräämisen edellytyksenä olisi, että vapaaehtoisuuteen perustuvat muut terveydenhuollon palvelut eivät sovellu käytettäväksi. Laki edellyttäisi kaikkien kolmen kriteerin täyttymistä. Jos henkilöllä ei olisi kiireellisen sairaanhoidon tarvetta, ei säännöstä tahdosta riippumattomasta hoidosta päihdeongelman perusteella voisi soveltaa (emt.). Lainsäädäntötyö on vielä kesken ja jatkuu tämän selvityksen lähtökohtana olevassa itsemääräämisoikeuden vahvistamiseen tähtäävässä lakiuudistuksessa (STM 2021). Keväällä 2022 julkaistussa hallituksen esityksessä (HE, luonnos 2022) ehdotetaan kuitenkin luopumisesta väkivaltaperusteesta tahdosta riippumattoman päihdehoidon edellytyksenä.

Poliisin säilöönottokäytäntöjä koskevassa meneillään olevassa ”putkalakiuudistuksessa” (SM 2015) tavoitteena on kokonaisuudistus, jossa poliisin säilyttämien henkilöiden kohtelua koskeva lainsäädäntö selkeytetään ja ajantasaistetaan. Yksi uudistuksen tavoitteista on lisätä sosiaali- ja terveydenhuollon roolia tilanteissa, joissa henkilö on otettu kiinni heidän itsensä suojaamiseksi heidän päihtymyksensä vuoksi, jos henkilöstä ei voida huolehtia muuten. Kokonaisuudistuksessa katsotaan, että tällaiset henkilöt tulisi toimittaa jatkossa esimerkiksi selviämisasemalle tai muuhun vastaavaan hoitopaikkaan. Tämä on myös olemassa olevan lainsäädännön periaate, joka ei kuitenkaan toteudu. Päihtyneiden käsittelystä annetun lain 2 §:n mukaan päihtymyksen vuoksi kiinni otettu henkilö on toimitettava päihtyneiden selviämisasemalle tai, jollei se ole mahdollista, muuhun päihtyneiden säilöäpitoonpaikkaan. Kun käytännössä vain harvoissa kunnissa on perustettu päihtyneiden selviämisasemia, useimmilla paikkakunnilla päihtyneitä otetaan edelleen säilöön poliisin säilytystiloihin. THL katsoi kokonaisuudistusta koskevassa lausunnossaan valmisteilla olevan lain selkiyttävän ja yhdenmukaistavan poliisin kiinniottamien päihtyneiden kohtelua ja hoitoa sekä vahvistavan tarkoituksenmukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon roolia päihtyneiden selviämishoidossa (THL 2021).

Vuonna 2019 rikoslakiin tehdyn muutoksen (603/2019) tultua voimaan vuoden 2021 alussa vakavista päihdeongelmista kärsiviä, aiemmin sakkojen muuntorangeistuksena vankilaan tuomittuja, on mahdollista ohjata myös päihdehoitolaitokseen. Lakimuutoksen myötä sakkotuomioita saaneita on alkanut hakeutua päihdehoitoyksiköihin ympärivuorokautiseen päihdevieroitukseen ja -kuntoutukseen sakkojen muuntorangeistusten suorittamisen sijaan (ks. esim. YLE 2021; hankkeesta RISE 2021).

3 Päihdeongelmien hoito selvityksen kohdemaiden lainsäädännössä ja palvelujärjestelmässä

Tässä luvussa tarkastellaan aluksi päihdehoitoon liittyvää yleistä lainsäädäntöä selvityksen kohdemaissa ja sen jälkeen tahdosta riippumattomaan päihdehoitoon liittyvää lainsäädäntöä. Kaikissa tarkasteltavana olevissa maissa oli tehty muutoksia palvelujärjestelmää koskevaan lainsäädäntöön viime vuosina. Muutokset näkyivät myös päihdehoidossa. Osa muutoksista koski nimenomaan päihdehoitoa, kuten Norjassa ja Tanskassa, tai sitten kyseessä olivat laajemmat palvelujärjestelmän muutokset, joilla oli vaikutusta myös päihdepalvelujen toteutukseen, kuten Englannissa ja Ruotsissa. Hollannissa oli panostettu varsinkin niiden päihdeongelmista kärsivien ihmisten palveluihin, jotka olivat pudonneet muiden palvelujen ulkopuolelle.

Tahdosta riippumatonta päihdehoitoa koskevaa lainsäädäntöä löytyi selvityksen kohdemaista Ruotsista, Norjasta ja Tanskasta. Lainsäädäntö saattoi koskea kaikkia yli 18-vuotiaita aikuisia, joiden katsottiin olevan hoidon tarpeessa lainsäädännön edellyttämällä tavalla (Ruotsi, Norja), raskaana olevia (Norja ja Tanska) tai nuoria (Ruotsi). Isossa-Britanniassa ja Hollannissa ei ollut tällaista lainsäädäntöä, mutta hoito oli mahdollista tietyin edellytyksin mielenterveyslain perusteella. Myös Pohjoismaissa päihdeongelmasta kärsiviä hoidettiin tahdosta riippumatta psykiatrisen hoidon piirissä, jolloin hoitoa säädeltiin mielenterveyslailla. Peruste tahdosta riippumattomalle hoidolle ei ollut tällöin kuitenkaan päihteiden käyttö tai päihderiippuvuus, vaan psykoositasoinen psykiatrisen diagnoosi tai muu vakava psykiatrisen sairaus, jonka rinnalla saattoi esiintyä päihteiden käyttöä. Päihde- ja mielenterveysongelmien samanaikainen esiintyvyys oli palvelujärjestelmää koskeva haaste kaikissa kohdemaissa.

Seuraavissa alaluvuissa päihdepalveluihin liittyvää lainsäädäntöä tarkastellaan maittain. Jokaisen luvun aluksi käydään ensin lyhyesti lävitse maiden palvelujärjestelmän keskeiset toimijat ja vastuun jakautuminen päihdeongelmien hoidossa sekä järjestelmän kehittämiseen liittyviä keskeisiä kehityskulkuja ja kansallisia linjauksia. Tämän jälkeen tarkastellaan ensin tarkemmin vapaaehtoiselta pohjalta tapahtuvaan päihdehoitoon liittyvää lainsäädäntöä ja sen jälkeen tahdosta riippumattomaan päihdehoitoa koskevaa lainsäädäntöä. Luvun lopuksi tehdään yhteenveto luvun keskeisimmistä havainnoista ja vertaillaan luvussa tarkasteltujen maiden lainsäädäntöä ja tilannetta päihdehoidossa.

3.1 Ruotsi

3.1.1 Työnjako päihdeongelmien hoidossa

Ruotsissa päihdeongelmien hoidosta vastaavat kunnat (N=290) ja maakunnat/alueet (N=21). Päihdehoitoa ja -kuntoutusta koskevaa säätelyä löytyy Ruotsissa sosiaali- ja terveydenhuoltolaista. Tämän lisäksi tahdosta riippumatonta päihdehoitoa säätelee oma lakinsa ja myös nuorten tahdosta riippumattomalle hoidolle on olemassa oma lakinsa. Socialstyrelsenin (2021) tilastojen mukaan Ruotsissa oli 1.11.2020 vapaaehtoisen avoimuotoisen hoidon piirissä noin 11 900 henkeä ja laitosuotoisen päihdehoidon piirissä noin 1 600 henkeä. Tahdosta riippumattoman päihdehoidon piiriin määrätään vuosittain noin 1 000 aikuista ja 1 000 nuorta.

Sosiaalihuoltolain mukaan kunnan sosiaalihuollon on aktiivisesti huolehdittava siitä, että yksittäinen väärinkäyttäjä saa sen avun, jota hän tarvitsee, päihteiden väärinkäytön lopettamiseksi. Tämän lisäksi sosiaalihuoltolaissa säädetään alueiden ja kuntien välisestä yhteistyöstä päihteiden väärinkäyttöön (ml. peliriippuvuus) liittyvissä kysymyksissä ja yhteistyötä koskevia pykäläiä löytyy myös terveydenhuoltolaista. Palveluja voi myös ulkoistaa yksityisille toimijoille viranomaisvastuuta lukuun ottamatta.

Käytännössä alueet ja kunnat saavat itse päättää, miten tarjoavat palveluja, ja palvelujärjestelmän rakenne vaihtelee Ruotsissa alueellisesti. Alueet/maakunnat vastaavat tyypillisesti vieroituksesta, lääkeshoidosta ja päihdeongelmiin liittyvistä päivystyskäynneistä ja sairaalahoidosta terveydenhuollon lainsäädännön

mukaisesti. Kunnat vastaavat puolestaan tyypillisesti pidempiaikaisesta lääkkeettömästä kuntoutuksesta ja muista mahdollisista tukitoimista. Keskeisiä kansallisia viranomaisia päihdehoidossa ovat valtion tasolla toimivat *Socialstyrelsen* ja *Folkhälsomyndighet*, jotka ohjaavat ja seuraavat hoidon toteutusta kansallisin linjauksien, raporttien ja tilastojen avulla. Yksi kansallisen kehittämistyön painopistealue Ruotsissa on ollut viime vuosina hoitoon liittyvien alueellisten erojen vähentäminen (Socialstyrelsen 2019).

Tahdosta riippumaton päihdehoito on Ruotsissa valtion vastuulla. Siitä vastaava viranomainen on Statens Institutioner Styrelse (SiS), jonka alaisuudessa toimivat tahdosta riippumatonta hoitoa antavat hoitopaikat, niiden henkilöstö sekä hoitoa koskeva seuranta ja tutkimus. Viraston toimintaa ohjaa oma asetus. Tämän lisäksi toimintaa ohjataan muutaman vuoden välein tehtävillä strategioilla. Vuosille 2019–2021 tavoitteeksi asetettiin muun muassa hoitoaikojen lyhentäminen (SiS 2018). SiS:llä on omat verkkosivut, joilta löytyy tietoa viraston toiminnasta, tahdosta riippumattoman päihdehoidon ja muun SiS:n alaisen hoidon sisällöistä, sekä hoidosta tehtyjä selvityksiä ja tutkimuksia.

Ruotsin viimeisin alkoholi- ja huumeongelmien hoitoa koskeva kansallinen linjaus, ”Nationella riktlinjer för behandling av missbruk och beroende” on vuodelta 2019 (Socialstyrelsen 2019). Päihdepalvelujen tuottamisen keskeisiksi lähtökohdiksi nostetaan siinä laaja palveluvalikoima, asiakkaiden yksilöllisten tilanteiden huomioiminen, asiakkaiden valinnanvapauden lisääminen hoidossa sekä resurssien ohjaaminen kustannustehokkaasti hoitomuotoihin, joiden vaikuttavuudesta on olemassa tieteellistä näyttöä.

Marraskuun 2021 lopussa Ruotsissa julkaistiin samanaikaisista päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten hoitoa koskeva ehdotus ”Från delar till helhet En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet” (SOU 2021). Ehdotuksessa esitetään muun muassa tahdosta riippumatonta päihdehoitoa koskevan lainsäädännön ja psykiatrasta tahdosta riippumatonta hoitoa koskevan lainsäädännön yhdistämistä ja kaiken vahingollista riippuvuutta ja käyttöä koskevien palvelujen ja hoitojen siirtämistä terveydenhuollon lainsäädännön ja organisaatioiden vastuulle. Tavoitteena on parantaa varsinkin samanaikaisista päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien hoitoa, joita hoidetaan nykytilassa päällekkäin eri hoitopaikoissa ja eri lainsäädännön ja hoitokäytäntöjen mukaisesti. Vastaavaa keskustelua on käyty Ruotsissa aikaisemminkin, mutta tähän mennessä päihdehoidon malli on pysynyt Ruotsissa melko muuttumattomana (Storbjörk 2013).

Viranomaisten lisäksi kuntien ja alueiden toimintaa sosiaali- ja terveydenhuollossa koordinoi ja kehittää ”Sveriges Kommuner och Regioner” (SKR), joka on Ruotsin suurin työnantaja- ja edunvalvontaorganisaatio ja, jolla on myös esimerkiksi haavoittuvien asiakasryhmien palvelujen kehittämiseen liittyviä tavoitteita. Keskeisiä palvelujen kehittämistä ohjaavia välineitä ovat lisäksi alueiden ja kuntien väliset yhteistyösopimukset, joihin on kirjattu eri palvelujen (ml. päihdepalvelut) järjestämiseen, työn- ja vastuun jakamiseen ja palvelujen painopistealueisiin liittyviä periaatteita alueilla ja kunnissa ja niiden välisessä yhteistyössä.

3.1.2 Vapaaehtoista päihdehoitoa koskeva lainsäädäntö

Sosiaalihuoltolaki (Socialtjänstlag, SoL)

Ruotsin sosiaalihuoltolain (Socialtjänstlagen, SoL) tavoitteena on edistää ihmisten taloudellista ja sosiaalista turvallisuutta, tasa-arvoisia elämäolosuhteita sekä aktiivista osallistumista yhteiskuntaan. Lain 1§:n mukaan sosiaalipalvelujen työssä korostuu yksilöiden ja yhteisöjen omien resurssien vapauttaminen ja kehittäminen ja yksilöiden itsemäärämisoikeuden ja henkilökohtaisen koskemattomuuden ja loukkaamattomuuden kunnioittaminen.

Päihteet mainitaan kahdessa kohtaa lakia. Luvun 3 7. pykälässä mainitaan ensinnäkin sosiaalitoimi tahona, joka pyrkii ehkäisemään ja torjumaan alkoholin ja muiden riippuvuutta aiheuttavien aineiden väärinkäyttöä. Vuonna 2018 tehdyn lisäyksen jälkeen sosiaalitoimen on pyrittävä ehkäisemään ja torjumaan myös haitallista rahapelaamista.

Lain 5. luvussa säädetään erityisryhmiä koskevista sosiaalihuollon tehtävistä. Luvun 9. pykälä koskee päihteiden väärinkäyttäjii (missbrukare), joiden kohdalla sosiaalihuollon on lain mukaan aktiivisesti huolehdittava siitä, että yksittäinen väärinkäyttäjä saa tarvitsemansa avun väärinkäytön lopettamiseksi. Hoito ja apu on suunniteltava yhdessä asiakkaan kanssa, ja sosiaalihuollon on valvottava, että suunnitelmaa noudatetaan. Pykälässä 9a. mainitaan vielä erikseen henkilöt, joita edellä mainitut sosiaalihuollon velvollisuudet koskevat.

Heitä ovat henkilöt, jotka väärinkäyttävät alkoholia, huumeita, muita riippuvuutta aiheuttavia aineita, lääkkeitä, dopingaineita tai pelaavat rahapelejä. Tässä pykälässä mainitaan myös kuntien ja maakuntien välinen sopimukseen perustuva yhteistyö edellä mainittujen henkilöiden auttamisessa. Toinen luvussa 5 mainittu erityisryhmä ovat lapset ja nuoret. Heidän kohdallaan sosiaalitoimen on ehkäistävä aktiivisesti alkoholin ja muiden päihdyttävien ja riippuvuutta aiheuttavien aineiden käytöstä johtuvia haittoja ja suojeltava lapsia ja nuoria haitallisilta olosuhteilta. Tarvittaessa sosiaalihuoltolaki mahdollistaa lapsen ja nuoren sijoittamisen kodin ulkopuolelle.

Sosiaalihuoltolakia täydentävät edellä mainitut tahdosta riippumatonta päihdehoitoa koskevat lait, jotka mahdollistavat vakavista päihdeongelmista kärsivien ihmisten hoidon heidän tahdostaan riippumatta, mikäli sosiaalihuoltolain mukaiset toimet eivät ole riittäviä (ks. myöhemmin ss. 21–23).

Terveydenhuoltolaki (Hälso- och sjukvårdslag, HSL)

Terveydenhuoltolain (Hälso- och sjukvårdslag, HSL) mukaan terveyden- ja sairaanhoidon piiriin kuuluvat erilaisten sairauksien ja vammojen lääketieteellinen ehkäisy, tutkimus ja hoito (2 kap. 1 §, HSL). Tähän luetaan mukaan myös riippuvuuden hoito, vaikka sitä ei mainitakaan laissa suoraan. Laissa säädetään lisäksi edellä mainitusta kuntien ja alueiden sopimuksella tehtävästä yhteistyöstä päihdeongelmien hoidossa (16 kap. 3 §). Muita suoraan päihdehoitoa koskevia pykälä lainsäädännössä ei ole. Opioidiriippuvuuden korvaushoitoa, jota toteutetaan terveydenhuollon piirissä, koskee oma Socialstyrelsenin määräys (HSLF-FS 2016: 1).

Terveydenhuoltolain 9. kappaleessa säädetään terveydenhuoltoa koskevasta kiireettömän hoidon hoitotakuusta. Hoitotakuun piirissä ovat myös ihmiset, joilla on päihdeongelma, siltä osin, kun heitä hoidetaan terveydenhuollossa. Hoitotakuu on ollut neliportainen vuodesta 2019 lähtien. Sen mukaan terveyskeskukseen on saatava yhteys päivän sisällä (puhelu, videopuhelu tai käynti). Kolmen päivän sisällä on saatava terveydenhuollon ammattilaisen arvio omasta hoidontarpeesta. Ammattilainen voi olla ensimmäisessä kontaktissa tehdyn arvion mukaisesti lääkäri tai joku muu ammattilainen, kuten fysioterapeutti, psykoterapeutti tai sairaanhoitaja. Jos potilas lähetetään eteenpäin erikoissairaanhoidon, ensimmäisen hoitokontaktin on tapahduttava viimeistään 90 päivän sisällä läheteestä. Jos potilas on jonkin hoitotoimenpiteen, esimerkiksi leikkauksen tarpeessa, toimenpiteen on tapahduttava 90 päivän sisällä siitä, kun päätös toimenpiteestä on tehty yhdessä lääkärin kanssa.

Ruotsissa on ollut vuodesta 2010 voimassa myös sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapaus, jossa potilas voi valita itselleen palveluntuottajan tarjolla olevista vaihtoehdoista. Terveydenhuoltolaki velvoittaa alueita mahdollistamaan valinnanvapauden perusterveydenhuollossa ja myös perustamaan tätä varten valintajärjestelmän, jossa kansalaisilla on oikeus valita palveluntuottaja perusterveydenhuoltoa antavien eri palveluntuottajien joukosta. Valintajärjestelmästä säädetään myös omassa lainsäädännössään (Lag om Valfriheten, LOV) ja lain mukaan järjestelmässä on oltava tarjolla myös viranomaisten valitsema vaihtoehto kansalaisille, jotka eivät syystä tai toisesta kykene tai halua valita palveluntuottajaa itse. Erikoissairaanhoidossa valinnanvapausjärjestelmän käyttöönotto on vapaaehtoista, ja alueet päättävät itsenäisesti lähtevätkö mukaan järjestelmään. Tähän liittyy alueellista vaihtelua, mutta useat alueet ovat mukana järjestelmässä vapaaehtoisesti ainakin joiltakin osin. Toisaalta alueet voivat päättää myös luopumisesta valinnanvapauden tarjoamisesta erikoissairaanhoidon piirissä. Myös sosiaalihuollossa valinnanvapauden tarjoaminen on vapaaehtoista, mutta monissa kunnissa valinnanvapaus on mahdollista erilaisissa sosiaalihuollon palveluissa, kuten vanhus-tenhuollossa tai erilaisissa kotiin annettavissa tukipalveluissa.

Kaikista valittavana olevista palveluista ilmoitetaan kansallisella Valfrihetswebben-sivustolla, ja palveluntuottajan on täytettävä lain vaatimat ehdot päästäkseen mukaan järjestelmään. Myös päihdepalvelut ovat valinnanvapauden piirissä edellä esitettyjen rajoitusten puitteissa, ja niitä voi etsiä sivustolta.

3.1.3 Tahdosta riippumatonta hoitoa koskeva lainsäädäntö

Ruotsin perustuslain mukaan jokainen kansalainen on suojassa ruumiilliselta pakolta ja pidätykseltä tai säilönotolta. Tällä tarkoitetaan ennen kaikkea ruumiiseen kohdistuvaa väkivaltaa, mutta myös suojaa erilaisia lääketieteellisiä toimenpiteitä vastaan. Säilönotolla tarkoitetaan tilannetta, jossa ihmisen liikkumisenvapautta on rajoitettu. Säädökset vastaavat Suomen perustuslaissa säädettyjä oikeuksia henkilökohtaiseen

loukkaamattomuuteen ja liikkumisenvapauteen. Poikkeukset oikeuksista ovat mahdollisia vain laissa säädettyin perustein.

Päihdeongelmien osalta Ruotsissa on kaksi erillistä lakia, jotka mahdollistavat päihdeongelmien tahdosta riippumattoman hoidon, ja näin ollen poikkeuksen perustuslaissa säädettyistä oikeuksista. Lait ovat:

- Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) joka säätelee aikuisten tahdosta riippumatonta hoitoa
- Lag med särskilda bestämmelser för vård av unga, (LVU), joka säätelee nuorten tahdosta riippumatonta päihdehoitoa ja muita LVU-lain mukaisen huostaanoton perusteita

Tämän lisäksi tahdosta riippumattoman hoidon ja erilaiset henkilöön kohdistuvat muut rajoitukset mahdollistaa palvelujärjestelmää koskevassa lainsäädännössä mielenterveyslaki:

- Lag om psykiatrisk tvångvård (LPT), joka säätelee tahdosta riippumatonta psykiatrasta hoitoa

LVM- ja LVU-lait tahdosta riippumattomassa päihdehoidossa

Aikuisten tahdosta riippumatonta hoitoa säätelevä LVM-laki ja nuorten hoitoa säätelevä LVU-laki ovat osa suurta sosiaalihuollon lainsäädännön muutosta, joka tehtiin Ruotsissa 1980-luvun alussa. Muutoksen myötä kolme nykyistä lainsäädäntöä edeltävää lakia, raittiuden hoitoa koskeva laki, sosiaalihuoltolaki ja lastensuojelulaki, kumottiin, ja tilalle tulivat nykyinen sosiaalihuoltolaki (SoL), sekä edellä mainitut LVM- ja LVU-lait. Uudistuksen myötä sosiaalihuollon lainsäädännössä alkoivat korostua ihmisarvon, itsemääräämisoikeuden ja henkilökohtaisen koskemattomuuden periaatteet. Mahdollisuus tahdosta riippumattomalle hoidolle säilyi, mutta hoidon perusteet muuttuivat aikaisempia vuosikymmeniä hoidollisemmiksi ja hoidettavan yksilön etua korostaviksi (Svensson 2014).

LVM-laissa perusteet aikuisten tahdosta riippumattomalle hoidolle ovat kolmiportaiset. Pakkohoitoon (tvångsvård) voidaan määrätä henkilö, joka 1) jatkuvan päihteiden käytön takia (alkoholi, huumeet, lääkkeet, liuottimet) tarvitsee apua päästäkseen eroon riippuvuudestaan, 2) jonka tuen tarve ei täyty sosiaalihuoltolain perusteella ja 3) joka päihteiden väärinkäytöstä johtuen a) on vaarassa asettaa fyysisen tai henkisen terveytensä vakavaan vaaraan, b) on vaarassa tuhota (förstöra) elämänsä, tai c) on vaarassa aiheuttaa vakavaa vahinkoa itselleen tai lähipiirille (LVM 4 §). Jotta henkilö voidaan määrätä LVM-lain mukaiseen hoitoon, kohdettien 1 ja 2 on toteuduttava. Esimerkiksi pelkkä päihteiden käyttöön liittyvä väkivalta ei ole siis riittävä peruste hoidolle, mutta se voi olla yksi kolmesta erityisperusteesta (a, b, c) hoidolle (Socialstyrelsen 2021).

LVM-lain tarkoituksena on motivoida päihteiden väärinkäyttäjää olemaan mukana hoidossaan jatkossa vapaaehtoisesti ja ottamaan vastaan tukea päästäkseen eroon riippuvuudestaan (LVM, 3 §). Hoidon eettinen peruste tulee siis yksilön auttamisesta ja hoitamisesta (Svensson 2014). Toinen keskeinen lähtökohta perusteluissa on vaaran (fara) käsite, joka korostaa tilanteen akuuttia ja uhkaavaa luonnetta, ja toimii näin eettisenä perusteena hoidolle (emt.). Toisaalta LVM-lakia on myös muutettu viime vuosikymmeninä siten, että mahdollisuus tahdosta riippumattomaan hoitoon on helpottunut. Vuonna 1988 perusteista otettiin pois sana ”*trängande*” (”pakottava”), jonka katsottiin nostavan kynnystä soveltaa lakia ja johtavan tilanteiden pahenemiseen (emt.). Samana vuonna myös lain sosiaalista painotusta lisättiin siten, että tahdosta riippumattoman hoidon perusteena ei tarvinnut olla enää pelkkä fyysisen tai psyykkisen terveyden vahingoittuminen vaan myös laajempi elämän vaarantuminen. Vuoden 1988 jälkeen laki on myös velvoittanut viranomaiset antamaan tahdosta riippumatonta päihdehoitoa, jos sen perusteet täyttyvät. Vaara on kuitenkin edelleen tärkeä käsite hoidon perusteita arvioitaessa (emt.).

LVM-laissa ei mainita erikseen raskaana olevia, eikä tahdosta riippumaton hoito ole Ruotsissa mahdollista sikiön terveysvaaran perusteella. Käytännössä raskaana olevia kuitenkin hoidetaan Ruotsissa melko paljon tahdosta riippumattomasti esimerkiksi muihin Pohjoismaihin verrattuna (ks. myöhemmin luku 4).

Myös alle 18-vuotiaita nuoria koskevassa LVU-laissa korostetaan sosiaalihuoltolain itsemääräämisoikeutta ym. periaatteita nuoriin kohdistettujen toimenpiteiden lähtökohtana. Lain mukaan peruste tahdosta riippumattomalle hoidolle voi kuitenkin syntyä, jos ensinnäkin fyysisen tai henkisen väkivallan, hyväksikäytön, hoidon puutteiden tai muun kotitilanteen vuoksi on olemassa merkittävä riski, että nuoren terveydelle tai kehitykselle aiheutuu vahinkoa tai nuori altistaa terveytensä tai kehityksensä merkittäväälle vaaralle (LVU, 2 §) tai, että hän kärsii riippuvuutta aiheuttavien aineiden väärinkäytöstä, rikollisesta toiminnasta tai muusta sosiaalisesti halventavasta käyttäytymisestä (LVU, 3 §).

LVU-lakia on muutettu sen voimaantulon jälkeen muutamia kertoja (Svensson 2011). Tavoitteena on ollut täsmentää perusteita tahdosta riippumattomalle hoidolle tai huostaanotolle ja parantaa nuorten ja heidän perheittensä oikeusturvaa. Lakiin on katsottu kuitenkin edelleen jääneen epämääräisiä käsitteitä, joita voidaan tulkita hyvin eri tavoin (Svensson 2014). Tavoitteena lain perusteella tapahtuvassa hoidossa on kuitenkin nuoren, eikä yhteiskunnan etu. Kyse on hoidosta, joka huomioi nuoren tarpeen ja yksilökohtaiset olosuhteet ja on tarkoituksenmukaista (LVU, 1 §).

Sekä LVM- että LVU-laeissa hoitoon määräämisen prosessi alkaa kunnan sosiaalilautakunnasta, missä tehdään hoidon tarpeen arviointi ja aloitetaan hoidon valmistelu, kuten sopivan hoitopaikan etsiminen. Aikuisten hoidon perusteeksi tarvitaan LVM-lain mukaan myös lääkärin arvio. Molempien lakien mukaan päihteiden väärinkäyttäjien kanssa työskentelevillä viranomaisilla on velvollisuus ilmoittaa sosiaalilautakunnalle henkilöstä, jonka he katsovat olevan tahdosta riippumattoman päihdehoidon tarpeessa. Terveystieteiden osalta edellä mainittu ilmoitusvelvollisuus koskee lääkäreitä. Sosiaalilautakunnan tutkittua asian hakemus hoidosta viedään molempien lakien ollessa kyseessä hallinto-oikeuteen, joka tekee päätöksen hoidosta tai sananmukaisesti tuomitsee henkilön tahdosta riippumattomaan päihdehoitoon. Tämän jälkeen asian valmistelu palaa sosiaalilautakunnalle, joka on vastuussa myös hoidon seurannasta. Hoito on aloitettava viimeistään neljän viikon sisällä tuomioistuimen päätöksestä tai muuten päätös raukeaa.

Sekä LVM- että LVU-laki antavat mahdollisuuden myös välittömään huostaanottoon, jos katsotaan, että henkilön terveydentila voi heiketä, jos hän ei saa hoitoa välittömästi. Päätös voidaan tehdä sosiaalilautakunnassa, mutta se on alistettava tuomioistuimen päätökselle viimeistään seuraavana päivänä päätöksen tekemisestä.

LVM-lain mukainen hoito voi kestää niin kauan kuin sen tavoitteet on saavutettu. Hoidossa olon maksimipituus on kuitenkin kuusi kuukautta. LVU-lain mukainen hoito tai huostaanotto voi kestää 18–21-vuotiaaksi asti. Molemmista laeista määritellään hoitoyksiköt, joissa hoitoa voidaan antaa, sekä säädetään potilaan itsemääräämisoikeuteen liittyvistä rajoituksista tahdosta riippumattoman hoidon aikana. Molempien lakien mukaan hoitoa voi antaa kotona tai tarpeen mukaan sairaalassa. Ruotsalaisen järjestelmän erityispiirre ovat kuitenkin LVM- ja LVU-laeissa määritellyt LVM- ja LVU-kodit, jotka on tarkoitettu nimenomaan laissa määritellyn tahdosta riippumattoman hoidon toteuttamiseen ja joissa suurin osa hoidosta toteutuu. Syksyllä 2021 koteja oli aikuisille 11 ja niissä oli kaiken kaikkiaan 400 paikkaa. Nuorille tarkoitettuja koteja oli 27 ja niissä oli paikkoja 700.

LVM- ja LVU-lakien perusteella hoidetuista henkilöistä tehdyt katsaukset kertovat, että sekä nuorilla että aikuisilla tahdosta riippumattomasti hoidetuilla henkilöillä on päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien lisäksi myös muita vakavia terveysongelmia. Vuonna 2020 kolmasosa LVM-lain nojalla hoidetuista naisista oli ollut myös psykiatrisen tahdosta riippumattoman hoidon piirissä. Tällöin hoidon perusteena on ollut useimmiten vakava psykoositasoinen sairaus tai tila, ja henkilö on saattanut olla vaarallinen itselleen ja ympäristölleen, eikä vapaaehtoiset toimet ole olleet riittäviä hänen auttamisekseen (SiS 2022). Muita yleisiä mielen-terveyden häiriöitä, sekä miehellä että naisilla olivat vuotta 2020 käsittelevän vuosikertomukseen mukaan mukaan univaikeudet ja ahdistus. Myös erilaiset psykososiaaliset ongelmat olivat yleisiä (emt). Nuorista LVU-lain nojalla hoitoon otetuista noin 60 prosentilla oli ongelmia päihteiden kanssa. Muita yleisiä syitä hoidolle olivat psykiatriset ja neuropsykiatriset ongelmat. Pojista yli puolella ja tytöistä viidesosalla oli taustallaan rikollista toimintaa. Suurin osa nuorista tuli sosiaalisesti haavoittuvista olosuhteista, ja ongelmat olivat alkaneet usein jo lapsuudessa (emt.). Lähes puolet sekä aikuisista että nuorista hoidettavista oli tullut hoitoon välittömällä päätöksellä eli heidän tilanteensa oli katsottu henkeä uhkaavan vaaralliseksi (emt.).

Kaiken kaikkiaan LVM- ja LVU-lakien nojalla hoidetaan Ruotsissa vuosittain yhteensä noin 1 500–2 000 henkilöä. Suurin osa hoitoon otetuista on miehiä tai poikia, mutta naisten ja tyttöjen osuus on suuri suhteessa päihdeongelmista kärsivien naisten määrään ja esimerkiksi vapaaehtoisen päihdehoidon piirissä oleviin naisiin (SiS 2022).

LPT-laki psykiatrisessa tahdosta riippumattomassa hoidossa

Päihderiippuvuudesta kärsiviä ihmisiä hoidetaan Ruotsissa myös psykiatrisessa tahdosta riippumattomassa hoidossa LPT-lain nojalla. LPT-laki edellyttää hoidon perusteena vakavaa mielen-terveyden häiriötä, useimmiten psykoosia, mutta osalla hoidettavista on myös ICD-10 luokan diagnooseja, jotka koskevat päihderiippuvuutta.

LPT-lain mukaisia pakollisia hoitotoimenpiteitä saa käyttää vain, jos ne ovat kohtuullisessa suhteessa toimenpiteen tarkoitukseen. ”Pakkohoitoa” voidaan antaa vain, jos potilaalla on vakava mielenterveyshäiriö ja hänellä on tilansa vuoksi 1) välttämätön psykiatrisen hoidon tarve, jota ei voida tyydyttää millään muulla tavalla kuin ottamalla potilas ympärivuorokautiseen hoitoon (suljettu psykiatrisen pakkohoito) tai 2) on noudatettava erityisehtoja voidakseen tarjota tarpeellista psykiatrista hoitoa (avoin psykiatrisen pakkohoito). LPT-lain mukaisen hoidon edellytyksenä on, että potilas vastustaa ensimmäisessä momentissa mainittua hoitoa tai potilaan mielenterveyden vuoksi on perusteltua olettaa, ettei hoitoa voida antaa hänen suostumuksellaan. Arvioitaessa hoidon tarvetta on otettava huomioon myös se, jos potilas on mielenterveyshäiriönsä vuoksi vaarallinen toisen henkilökohtaiselle turvallisuudelle tai fyysiselle tai henkiselälle terveydelle. Hoidon tarkoituksena on antaa potilaalle mahdollisuus osallistua vapaaehtoisesti tarvittavaan hoitoon ja saada tarvitsemaansa tukea.

Socialstyrelsenin selvityksen mukaan (Socialstyrelsen 2021) arviolta kolme prosenttia vuosina 2015–2019 LPT-hoidossa olleista oli saanut samana ajanjaksona hoitoa myös LVM-lain perusteella. SOU:n vuotta 2008 koskevassa katsauksessa LPT-lain nojalla hoidetuista henkilöistä (N=3 055) lähes puolella tiedettiin olevan myös päihteiden väärinkäyttöä (SOU 2011). Näistä 105 henkilöllä, ensisijainen diagnoosi hoitoon tullessa oli ollut päihderiippuvuus. Heistä suurimmalla osalla esiintyi päihteiden sekakäyttöä (n=51) tai alkoholin käyttöä (n=30). Muita havaittuja aineita olivat kannabis (n=10), amfetamiini (n=7), opiaatit (n=3) ja muut päihteet (n=1). Päihderiippuvuuden rinnalla esiintyviä tyypillisiä sekundaarisia diagnooseja olivat persoonallisuushäiriö, ”päihdepsykoosi”, muut akuutit psykoosit, skitsofrenia, masennus, kehityshäiriö, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja aivovauriot. Keskimääräinen hoitoaika oli 33 vuorokautta (emt.)

Yhteenvetona voi todeta, että Ruotsissa oli sekä aikuisia että nuoria melko paljon LVM- ja LVU-lakien mukaisen tahdosta riippumattoman päihdehoidon piirissä. Lainsäädäntö mahdollisti hoidon ja ”huostaanton” myös ns. sosiaalisiin perusteisiin, mutta varsinkin aikuisten kohdalla ensisijaisen perusteen oli oltava hoidollinen ja tilanteeseen oli liitettävä päihteiden käyttöä. Nuorilla päihteet olivat vain yksi peruste ottaa nuori LVU-lain mukaiseen hoitoon, mutta suurella osalla LVU-lain mukaan hoidetuista nuorilla oli ongelmia päihteiden kanssa.

3.2 Norja

3.2.1 Työnjako päihdehoidossa

Norjassa kunnat vastaavat peruspalveluista, joihin kuuluu päihdepalvelujen osalta muun muassa haittoja vähentäviä palveluita, etsivää työtä ja muunlaista matalan kynnyksen toimintaa ja myös kotiin vietäviä palveluja. Päihderiippuvuuden hoito on neljän valtion alaisen alueviranomaisen vastuulla, joiden ylläpitämät valtion yritykset, ”trustit” vastaavat moniammatillisesti toteutetusta riippuvuuden hoidosta. Järjestelmää on luotu Norjaan 2000-luvun aikana, ja tarkoituksena on ollut yhdenmukaistaa ja ammatillistaa riippuvuuden hoitoa. Päihdehoito on ollut Norjassa oma erikoissairaanhoidon alueensa vuodesta 2004 lähtien.

Päihdehoidosta säädetään Norjassa ensinnäkin terveys- ja hoivapalvelulaissa (helse- og omsorgstjensteloven¹) osana muita laissa mainittuja terveys- ja hoivapalveluita, jotka ovat lain mukaan kunnan vastuulla. Toisaalta laissa todetaan erikseen, että kunnan järjestämään terveys- ja hoivapalveluun kuuluvat julkisesti järjestetyt terveys- ja hoitopalvelut, jotka eivät kuulu valtiolle tai maakunnalle/aluille. Kunnat ja alueet päättävät työnjaosta yhdessä paikalliset olosuhteet huomioon ottaen ja työnjakoa tarkastellaan uudelleen säännöllisin väliajoin. Terveys- ja hoivapalvelulaki sisältää myös tahdosta riippumatonta päihdehoitoa koskevat pykälät (10. luku), joita täydentää tahdosta riippumattoman hoidon käytäntöjä säätelevä asetus (Forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon).

Toinen keskeinen laki päihdehoidon kannalta on erikoissairaanhoitoa koskeva laki (spesialisthelsetjensteloven), jossa säädetään omana kohtanaan päihderiippuvuuden hoidosta sekä alueiden vastuusta hoidon toteuttajina. Erikoissairaanhoidon palveluja voivat tarjota alueelliset terveysviranomaiset itse tai tekemällä

¹ Lakeihin viitataan tekstissä niiden lyhyemmällä nimellä, jotka ovat Norjassa yleisesti käytössä. Pidemmät nimet ovat muotoa ”lov om”. Esimerkiksi terveys- ja hoivapalvelulaki on pidemmältä nimeltään Lov om Kommunale helse- og omsorgstjensten m.m.

sopimuksen eri palveluntarjoajien kanssa. Alueilta on lain mukaan löydyttävä lisäksi paikkoja, joissa on mahdollista järjestää terveys- ja hoivapalvelulain mahdollistamaa tahdosta riippumatonta päihdehoitoa. Ministeriö voi asetuksella antaa tarkempia säännöksiä erikoissairaanhoitolain soveltamisalaan kuuluvien palvelujen vaatimuksista.

Psykiatriselle tahdosta riippumattomalle hoidolle on Norjassa oman lakinsa, Psykisk helsevernloven. Sosiaalihuoltolaissa (*sosialtjenesteloven*) säädetään puolestaan toimeentulotukeen ja muihin taloudelliseen tukeen, työllisyyteen ja asumiseen liittyvistä palveluista ja tuesta. Tarkoituksena on parantaa heikommassa asemassa olevien elinoloja, edistää sosiaalista ja taloudellista turvaa, antaa yksilölle mahdollisuus elää ja työskennellä itsenäisesti sekä edistää työhön siirtymistä, sosiaalista osallisuutta ja aktiivista osallistumista yhteiskuntaan. Päihdehoidon ja -kuntoutuksen osalta kyseeseen tulee esimerkiksi ongelmista kärsivien toimeentuloon, asumiseen ja työllistymiseen liittyvä erilainen tuki. Lain alaisista palveluista ja tukitoimista vastaa kunta, ja tuen tulee perustua yksilölliseen suunnitelmaan.

Erillisen potilas- ja käyttäjäoikeuslain (pasient- og brukerrettiighetsloven) tarkoitus on edistää asiakkaiden asemaa ja oikeusturvaa hoidossa ja turvata asiakkaiden koskemattomuuden ja ihmisarvon kunnioittaminen palveluja toteutettaessa. Lakiin on kirjattu muun muassa hoitotakuuta ja valinnanvapautta koskevia säädöksiä, jotka koskevat myös erikoissairaanhoidon piirissä tapahtuvaa päihderiippuvuuden hoitoa. Tärkeä luku koskee suostumusta hoitoon, jolla on ollut merkitystä muun muassa tahdosta riippumattoman hoidon toteutukselle.

Päihdepolitiikasta vastaa Norjassa terveys- ja hoivaministeriö (Helse- og omsorgsdepartementet), joka julkaisee muun muassa päihdehoitoa koskevia kansallisia strategioita. Toinen keskeinen asiantuntijataho on Folkehelseinstituttet (FIH), joka tekee hoitoon liittyvää tutkimusta ja tilastointia. Seitsemän alueellista osaamiskeskusta kehittää varsinkin kunnissa tehtävää päihdetyötä.

Norjan päihdepolitiikkaa ja -hoitoa on ohjannut viime vuosina terveys- ja hoivaministeriön vuosille 2016–2020 laatima kansallinen strategia ”Opptappingsplanen for rusfeltet 2016–2020” (Helse- og...2015). Strategialla on ollut kolme painopistealuetta: varhainen puuttuminen huumeriippuvuuden ehkäisemiseksi, hoito ja jälkihoito. Tavoitteena on ollut kehittää kuntien peruspalvelujen tekemää työtä ongelmien varhaisessa puuttumisessa ja tunnistamisessa sekä kuntien ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä riippuvuudesta kärsivien ihmisten palvelujen tuottajina. Asiakkaiden asemaa hoidossa on pyritty parantamaan lisäämällä hoitoon liittyvää valinnanvapautta sekä lyhentämällä hoitoon pääsyn odotusaikoja. Jälkihoidon osalta strategiassa mainitaan työn ja asumisen merkitys, mikä tuo päihdetyöhön mukaan sosiaalihuoltolain alaista toimintaa.

Strategiasta tehtyjen arvioiden mukaan (Skog-Hansen ym. 2018a ja b, 2019 & 2020) päihdetyötä on kehitetty strategian mukaisesti erityisesti kuntien peruspalveluissa, ja tietoisuus päihdeongelmista on lisääntynyt palvelujärjestelmän eri tasoilla. Myös resurssit ovat lisääntyneet, ja tämä koskee sekä kuntien palveluja että erikoissairaanhoidon piirissä annettavaa riippuvuuden hoitoa. Myös asiakkaiden valinnanvapauden hoidossa katsottiin lisääntyneen. Kuntien ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön katsottiin vaativan kuitenkin kehittämistä asiakkaan jälkihoidon ja muiden palvelujen järjestämisen osalta. Muina kehittämistä vaativina alueina arviointiraporteissa mainitaan nuorten varhainen tavoittaminen ennen varsinaisen päihdeongelman kehittymistä, ikäihmisten hoito ja heille tarjottavat palvelut (esimerkiksi kotiin vietävät palvelut), päihde- ja mielenterveysongelmien samanaikainen hoito sekä sopivan asumisen järjestäminen.

3.2.2 Vapaaehtoista päihdehoitoa koskeva lainsäädäntö

Terveys- ja hoivapalvelulaki (Helse- och omsorgstjenesteloven)

Lain tarkoitus on ehkäistä, hoitaa ja helpottaa sairauksien, vammojen, kärsimyksen ja vamman hallintaa, edistää sosiaaliturvaa, parantaa heikommassa asemassa olevien elinoloja, edistää tasa-arvoa ja sukupuolten tasa-arvoa sekä ehkäistä sosiaalisia ongelmia. Lisäksi laki pyrkii varmistamaan, että yksilöllä on mahdollisuus itsenäiseen, aktiiviseen ja merkitykselliseen elämään muiden yhteisön jäsenten kanssa.

Luvussa 3 säädetään kunnan vastuusta palvelujen järjestäjänä. Vastuu kattaa lain mukaan kaikki potilasryhmät, mukaan lukien henkilöt, joilla on päihdeongelma (rusmiddelproblem). Kunnan vastuuta palveluiden järjestäjänä täydentää asiakas- ja potilaslain 2:1a pykälässä säädetty potilaiden ja palvelujen käyttäjien oikeus välittömään apuun ja tarvittaviin palveluihin kunnasta. Toisaalta terveys- ja hoivapalvelulaissa todetaan

erikseen, että kunnan järjestämään terveys- ja hoivopalveluun kuuluvat julkisesti järjestetyt terveys- ja hoivopalvelut, jotka eivät kuulu valtiolle tai maakunnalle (3:1§). Tämä tarkoittaa esimerkiksi erikoistunutta riippuvuuden hoitoa, jonka järjestämisestä vastaa valtio erikoissairaanhoidon lainsäädännön mukaisesti (ks. tarkemmin myöhemmin). Kunnalla on kuitenkin velvollisuus tehdä yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa esimerkiksi tarvittavien potilas- ja terveydentilatietojen osalta. Kunnilla ja alueilla on myös lakisääteinen velvollisuus tehdä sopimus niiden välisistä työnjako- ja yhteistyösuhteista.

Kuntien palveluihin lukeutuu terveys- ja hoivapalvelulain 3:3 §:n mukaan ennaltaehkäisevät ja perusterveydenhuollon palvelut terveyskeskuksissa ja kouluissa, erilaiset akuutit ja päivystävät palvelut, raskaudenaikaiset palvelut, sosiaalista, psykososiaalista ja lääketieteellistä kuntoutusta sisältävät palvelut, kotiin annettavat palvelut ja yleislääkäreiden toiminta, josta säädetään myös omassa asetuksessaan. Terveysviraston ohjeistuksissa todetaan erikseen, että toteutettassa terveys- ja hoivapalvelulain alaisia palveluja on keskeistä, että niissä huomioidaan myös sosiaalityön näkökulma. Kunta voi päättää tarjoaako palveluja itse vai tekeekö niistä sopimuksen muiden julkisten tai yksityisten palveluntarjoajien kanssa.

Muita päihdeongelmien hallinnan ja hoidon kannalta keskeisiä kohtia terveys- ja hoivapalvelulaissa on kunnalle asetettu velvollisuus tehdä terveyttä edistävää ja ennalta-ehkäisevää työtä (3:3 §). Luvussa 5 säädetään kuntien erityistehtävistä, joihin kuuluvat muun muassa käyttöhuoneet huumeiden käyttöä varten (5:4 §). Laki ei kuitenkaan velvoita kuntaa järjestämään tällaista tilaa.

Terveys- ja hoivapalvelulakia täydentää yleislääkäreiden toimintaa säätelevä asetus (Forskrift om fastlegeordning i kommunene), jonka tarkoituksena on varmistaa, että kaikki Norjassa asuviksi rekisteröidyt henkilöt saavat tarvitsemansa yleislääkäripalvelut oikeaan aikaan ja että heillä on tiivis (fast) asiakassuhde yleislääkäriin. Vastuu yleislääkärijärjestelmästä on kunnalla, joka tekee yleislääkäreiden kanssa sopimuksen järjestelmään osallistumisesta ja siihen liittyvistä yleislääkäreiden tehtävistä ja velvollisuuksista. Yleislääkäreiden hoitovastuu kattaa asetuksen mukaan kaikki hänen listallaan olevien asukkaiden somaattiseen terveyteen, mielenterveyteen ja päihteisiin liittyvät yleislääkäritehtävät, ellei laissa tai määräyksissä toisin mainita.

Kunta ylläpitää asukkaiden käyttöön tarkoitettua listaa yleislääkärijärjestelmään kuuluvista lääkäreistä, ja asukkailla on mahdollisuus valita listalta itselleen haluamansa lääkäri, mikäli tämän listalla on tilaa. Laissa määritelty yläraja yleislääkäriin listalla oleville asiakkaille on 2 500 henkilöä. Alle 500 henkilön potilasmäärästä on sovittava kunnan kanssa. Tarvittaessa yleislääkäri voi lähettää potilaan erikoissairaanhoidon piiriin. Mikäli yleislääkäriin listalla oleva henkilö otetaan hoitoon johonkin toiseen paikkaan, jossa on järjestetty lääkäripalvelut, vastuu hoidosta siirtyy tähän paikkaan. Henkilö on kuitenkin edelleen yleislääkäriin listalla, ja yleislääkäri vastaa yleislääkäriin palvelun järjestämisestä kotiutuksen jälkeen. Yleislääkäriä voi vaihtaa kaksi kertaa vuodessa.

Erikoissairaanhoidolaki (Specialisthelsetjentseloven)

Erikoissairaanhoidoa koskevassa laissa säädetään moniammatillisesta riippuvuuden hoidosta. Riippuvuuden hoitomalliin viitataan Norjassa lyhenteellä TSB, joka tulee sanoista ”tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet”. Se on ollut oma erikoissairaanhoidon alueensa vuodesta 2004 lähtien ja pitää sisällään nimensä mukaisesti eri alojen, kuten esimerkiksi lääketieteen, sosiaalityön ja psykologian, kesken tehtävää yhteistyötä riippuvuuden hoidossa (Rollag ym. 2020). Hoitoon on oltavat lähete joko kunnan terveydenhuollosta tai sosiaalitoimesta.

Erikoissairaanhoidolain 2:1 §:ssä todetaan, että valtio vastaa siitä, että väestölle tarjotaan tarpeenmukaiset erikoissairaanhoidon palvelut. Jatkona todetaan, että alueellisen terveysviranomaisen on huolehdittava siitä, että terveydenhuoltoalueella vakituisesti asuville henkilöille tarjotaan laitoksessa ja sen ulkopuolella erikoissairaanhoidon palveluja, ja tähän listataan kuuluvaksi mukaan edellä mainittu ”monialainen riippuvuuden hoito”. Alueilta on löydyttävä lisäksi paikkoja, joissa on mahdollista järjestää terveys- ja hoivapalvelulain mahdollistamaa tahdosta riippumatonta hoitoa (2:1a§). Erikoissairaanhoidon palveluja voivat tarjota alueelliset terveysviranomaiset itse tai tekemällä sopimuksen muiden palveluntarjoajien kanssa. Ministeriö voi asetuksella antaa tarkempia säännöksiä lain soveltamisalaan kuuluvien palvelujen vaatimuksista.

Vastuu TSB-hoidosta on ollut vuodesta 2004 lähtien neljällä alueella. Kuten sanottua, alueet voivat ulkoistaa palvelujen tuottamisen yksityisille palveluntuottajille. Vuonna 2018 noin 60 prosenttia TSB-hoidon palveluntuottajista oli yksityisiä, joka on huomattavasti enemmän kuin erikoissairaanhoidon piirissä Norjassa keskimäärin. Toinen erityispiirre TSB-hoidossa on, että suurin osa hoidosta on ympärivuorokautista (Rollag

ym. 2020). Vuonna 2020 hoidon seurantaan perustettiin kansallinen laaturekisteri (KvaRus), joka seuraa ja kerää yhteen tietoa TSB-hoidon toteutuksesta ja laadusta, sekä sen piirissä olevista asiakkaista (emt.)

Potilas- ja käyttäjäoikeuslaki (pasient- og brukarrettigshetloven)

Potilas- ja käyttäjäoikeuslaki sisältää säännökset potilaiden ja käyttäjien oikeuksista terveys- ja hoitopalveluihin. Potilas- ja käyttäjäoikeuslaki koskee kaikkia maassa asuvia. Potilaalla ja käyttäjällä on lain mukaan oikeus välittömään ja tarpeelliseen terveydenhuoltoon kunnasta. Lain mukaan terveydenhuoltoa voidaan tarjota vain potilaan suostumuksella. Terveydenhuoltoa voidaan tarjota ilman suostumusta vain, jos siihen on laillinen peruste.

Lain 2:1 §:n mukaan potilaalla on oikeus saada tarvittavaa terveydenhuoltoa erikoissairaanhoidosta. Lain 2:2 §:n mukaan potilaan on saatava 10 arkipäivän kuluessa lähetteen vastaanottamisesta erikoissairaanhoidon saatava tieto siitä, onko hänellä oikeus tarpeenmukaiseen (verdig) terveydenhuoltoon. Jos hoito on välttämätön (nodvendig), potilaalla on oikeus nopeampaan arviointiin. Jos potilaan katsotaan olevan oikeutettu tarpeenmukaiseen terveydenhuoltoon, potilaalle on ilmoitettava ajankohta, jolloin arviointi tai hoito aloitetaan. Potilaalla on yleislääkärin lähetteen jälkeen oikeus myös uudelleen arviointiin tilastaan. Riippuvuushoidon ollessa kyseessä oikeus uudelleenarviointiin on myös kunnan terveys- ja sosiaalitoimen lähetteen jälkeen.

Potilas- ja käyttäjälain 2:4 §:n mukaan potilaalla/palvelun käyttäjällä on oikeus valita, missä julkisessa tai yksityisessä yrityksessä tai tahossa hänen hoitoaan koskeva lähete arvioidaan tai missä häntä hoidetaan. Tämä koskee myös erikoissairaanhoidon alaista TSB-hoitoa. Paikkojen on kuitenkin täytettävä sille alueviranomaisten tai erikoissairaanhoidon taholta asetetut kriteerit. Potilas ei voi myöskään valita saamansa hoidon porrastusta. Kuten sanottua, hoitopalvelujen moninaisuus ja potilaiden valinnanvapauden lisääminen on ollut keskeinen periaate myös päihdehoitoa koskevilla kansallisilla strategioilla.

Lain 3. ja 4. ja 4A-luvussa säädetään asiakkaiden osallistumis- ja tiedonsaantioikeudesta, suostumuksesta terveydenhuoltoon ja siitä, milloin suostumuksesta on mahdollista poiketa. Potilaalla tai palvelujen käyttäjällä on ensinnäkin oikeus osallistua terveys- ja hoitopalvelujen toteuttamiseen ja käytettävissä olevien ja perusteltujen palvelumuotojen sekä tutkimus- ja hoitomenetelmien valintaan. Osallistumisen muoto on mukautettava yksilön kykyyn antaa ja vastaanottaa tietoa. Potilaalla on oltava myös tiedot, joita hän tarvitsee saadakseen käsityksen terveydentilastaan ja terveydenhuollon sisällöstä. Potilaalle tulee myös kertoa mahdollisista riskeistä ja sivuvaikutuksista. Tiedot voidaan jättää antamatta, jos se on kiireellisesti tarpeen potilaan itsensä hengenvaaran tai vakavan terveysvahingon estämiseksi. Tiedot voidaan jättää antamatta myös, jos potilaan läheisten henkilöiden vuoksi tietojen antaminen ei selvästikään ole suositeltavaa.

Jos potilas tai käyttäjä siihen suostuu tai olosuhteet niin vaativat, potilaan tai käyttäjän lähiomaisilla on oltava tiedot potilaan tai käyttäjän terveydentilasta ja annetusta terveydenhuollosta. Jos potilas tai käyttäjä on yli 16-vuotias eikä pysty puolustamaan etujaan fyysisen tai psyykkisen häiriön, dementian tai kehitysvammaisuuden vuoksi, on sekä potilaalla tai käyttäjällä että hänen lähiomaisillaan oikeus saada tietoa hoidosta. Terveydenhuoltoa voidaan antaa vain potilaan suostumuksella, ellei terveydenhuollon tarjoamiselle ilman suostumusta ole laillista tai muuta pätevää laillista perustetta. Jotta suostumus olisi pätevä, potilaan on oltava saanut tarvittavat tiedot terveydentilastaan ja terveydenhuollon sisällöstä. Potilas voi peruuttaa suostumuksensa. Jos potilas peruuttaa suostumuksensa, terveydenhuollon tarjoajan on annettava tarpeelliset tiedot antamatta jääneen terveydenhuollon merkityksestä. Suostumus voidaan antaa nimenomaisesti tai hiljaisesti. Hiljaisen suostumuksen katsotaan olevan olemassa, jos potilaan käyttäytymisen ja muiden olosuhteiden perusteella on todennäköistä, että hän ottaa terveydenhuollon vastaan. Oikeus osallistua terveydenhuoltoon eli suostumuspätevyys on yli 18-vuotiailla ja 16–18-vuotiailla ja 12–16-vuotiailla, ellei tästä ole muita säännöksiä.

Pasareanun (2019) mukaan vapaaehtoisen hoidon piirissä Norjassa oli vuonna 2015 27 500 ihmistä, joista noin 9 000 oli laitoshoidossa ja 18 500 avohoidossa. EMCDDA:n katsauksessa (EMCDDA 2017) todetaan, että TSB-hoidon piirissä oli vuonna 2017 hieman yli 12 000 asiakasta ja korvaushoidon piirissä oli 7 498 ihmistä.

3.2.3 Tahdosta riippumatonta päihdehoitoa koskeva lainsäädäntö

Terveydenhuoltolaki, luku 10.

Tahdosta riippumatonta päihdehoitoa koskeva lainsäädäntö löytyy Norjasta terveys- ja hoivapalvelulain 10. luvusta. Säädökset siirrettiin lakiin vuonna 2012 sosiaalipalvelulaista. Samalla muutettiin hoitoon liittyvää terminologiaa: sana ”rusmiddelmissbruker(e)” (päihteiden käyttäjä) korvattiin sanalla ”rusmiddelavhengig” (päihderiippuvainen) (Opsal 2013). Sananmukaisesti tahdosta riippumattomassa hoidossa on norjalaisessa lainsäädännössä kyse säilöönnotosta tai pidättämisestä (tilbakeholde), mutta perustelut sille ovat hoidolliset, kuten Ruotsissa.

Perusteet tahdosta riippumattomalle päihdehoidolle ovat terveys- ja hoivapalvelulain 10:2, 10:3 ja 10:4 §:ssä. Pykälän 10:2 perusteella tahdosta riippumaton päihdehoito on ensinnäkin mahdollista, jos joku altistaa fyysisen tai henkisen terveytensä vaaraan laajalla ja jatkuvalla päihteiden väärinkäytöllä (missbruk) ja jos korjaavat toimenpiteet eivät ole riittäviä. Tällöin henkilö voidaan ottaa hoitoon ilman hänen omaa suostumustaan tutkimuksia ja jatkohoidon helpottamista varten. Perusteet ovat siis hieman erilaiset kuin Ruotsissa, jossa hoidon tavoitteena on auttaa henkilöä pääsemään eroon riippuvuudestaan. Henkilöä voidaan pitää hoidossa enintään kolme kuukautta.

Pykälässä 10:3 säädetään raskaana olevien tahdosta riippumattomasta hoidosta. Perusteena hoidolle on ensinnäkin päihteiden väärinkäyttö, jonka perusteella on erittäin todennäköistä, että lapsi syntyy vaurioituneena ja että annettu apu ei ole riittävää. Perusteena tahdosta riippumattomalle hoidolle ei siis ole haitallinen päihteiden käyttö raskaana olevalle itselleen vaan sikiölle. Annetun hoidon tavoitteena on puolestaan estää tai vähentää todennäköisyyttä, että lapsi syntyy vaurioituneena. Raskaana olevan on saatava lain mukaan tyydyttävää tai riittävää apua päihdeongelmaansa hoitajakson aikana, jotta hänen tulisi kykeneväiseksi huolehtimaan lapsestaan.

Päätös tahdosta riippumattomasta hoidosta tai säilöönnotosta tehdään 10:2 ja 10:3 pykälien mukaisesti läänin tasolla lastensuojelu- ja sosiaalilautakunnassa (fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker). Käytäntö pohjautuu aikaisemman sosiaalihuoltolain alaisen tahdosta riippumattoman päihdehoidon käytäntöihin. Läänin tasolla tehtävä päätös voidaan panna täytäntöön vain, jos hoitopaikka kykenee tarjoamaan asianomaiselle henkilölle laitokseen oton tarkoitukseen nähden tyydyttävää tai riittävää apua. Kunta voi olosuhteiden niin vaatiessa pidättäytyä päätöksen täytäntöönpanosta.

Pykälän 10:2 tapauksissa hoito voi kestää korkeintaan kolme kuukautta. Jos päätöstä ei panna täytäntöön kuuden viikon kuluessa, se raukeaa. Raskaana olevien kohdalla tahdosta riippumaton hoito kestää tarvittaessa koko raskauden ajan. Kunnan on kuitenkin arvioitava vähintään kolmen kuukauden välein, onko tahdosta riippumattomalle hoidolle vielä perusteita, ja hoitoa voidaan jatkaa vain, jos kunta päättää siitä määräajan puitteissa. Kunta voi olosuhteiden niin vaatiessa pidättäytyä päätöksen täytäntöönpanosta. Jos päätöstä ei panna täytäntöön kahden viikon kuluessa, se raukeaa.

Pykälässä 10:4 säädetään Suomessakin esillä olleesta ja jo edellä manitusta sopimukseen perustuvasta tahdosta riippumattomasta hoidosta. Pykälän mukaan, kun päihderiippuvainen (rusmiddelavhengige) otetaan oman suostumuksensa perusteella alueellisen terveysviranomaisen määräämään laitokseen, laitos voi määrätä, että hänet pidetään laitoksessa enintään kolmen viikon ajan. Jos potilas on ollut hoidossa tai kuntoutuksessa vähintään kolmen kuukauden ajan, hänet voidaan pitää hoidossa enintään kolme viikkoa sen jälkeen, kun suostumus on nimenomaisesti peruutettu. Jos henkilö karkaa mutta hänet tuodaan takaisin kolmen viikon kuluessa, säilöönottoajan alkamisajankohta lasketaan siitä, kun henkilö tuodaan takaisin laitokseen.

Suostumukseen pohjautuvan laitoshoidon ottamisen edellytyksenä on, että siihen liittyvä suostumus on annettu kirjallisena ja että henkilö on ymmärtänyt, mitä suostumuksesta seuraa. Suostumuksen on oltava hoitopaikan johtajan tiedossa viimeistään silloin, kun hoito alkaa. Yli 12-vuotiaan lapsen, jolla on päihdeongelma, hoitoon tulee olla sekä hänen että hänen huoltajansa suostumus. 16-vuotias ja sitä vanhempi voi antaa suostumuksen itse. Kuten sanottua, sopimusta voi sen perumisen jälkeen jatkaa korkeintaan kolme viikkoa.

Terveys- ja hoivapalvelulain 10. luvun pykälä täydentää asetus, ”Forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon”, jossa säädetään laitoksessa tapahtuvan tahdosta riippumattoman päihdehoidon aikaisista rajoitustoimenpiteistä. Asetus säätelee päihdeongelmista kärsivien henkilöiden laitoksessa tapahtuvan hoidon

tai oleskelun toteuttamista, selvittää, milloin rajoitustoimet ovat sallittuja, ja estää tarpeettoman voimakkaiden keinojen käyttöä. Lähtökohtana on henkilökohtaisen koskemattomuuden suojeleminen, ja määräysten mukainen pakottaminen ja rajoitukset tulee asetuksen mukaan rajata siihen, mikä on ehdottoman välttämätöntä. Esimerkiksi huumeetestejä voi tehdä vain potilaan antaessa kirjallisen suostumuksen niiden tekemiseen. Tiettyissä tilanteissa päätöksen testauksesta voi tehdä myös paikan johtaja tai tämän valtuuttama henkilö. Potilaan näkemykset toimenpiteistä on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon. Ainoastaan sellaisia toimenpiteitä, joilla on niin suotuista vaikutus, että se ylittää selvästi toimenpiteen haitat, voidaan käyttää. Pakon käyttö voi tapahtua myös vain silloin, kun se on ehdottoman välttämätöntä esimerkiksi tilanteissa, joissa potilas on vaaraksi itselleen tai muille, tai tarkoituksena on estää merkittäviä vaurioita rakennuksille ja esineille. Tällöin kyseeseen voi tulla lyhytaikainen säilöönotto, jonka perusteista säädetään omana kohtanaan asetuksessa.

Asetuksen 4. pykälässä mainitaan myös hoitolaitosten säännöt, joita voidaan laatia laitoksen sisäisen toiminnan turvaamiseksi. Kuten Suomessa, säännöt eivät kuitenkaan saa olla kohtuuttomia ja rajoittaa laitoksessa olevien perusoikeuksia. Asetuksessa mainitaan erikseen, että rajoituksilla tulee luoda edellytykset potilaalle ja käyttäjälle muun muassa osallistua laitoksen arjen ja muiden yksilön vaikuttavien asioiden suunnitteluun, huolehtia yksityisistä kiinnostuksistaan ja harrastuksistaan ja mahdollisuus päivittäiseen ulkoiluun. Toiminnassa on otettava huomioon yksilön elämäntilanne, kulttuuritausta ja seksuaalinen suuntautuminen.

Norjassa tehdään 10:2 §:n perusteella noin 150 säilöönottopäätöstä vuosittain. Raskaana olevia koskevia päätöksiä tehdään 25–30 vuodessa (FHI 2018). Luvut ovat siis huomattavasti alhaisemmat kuin Ruotsissa. Synä alhaisiin hoitomääriin on pidetty hoitoon määräämisen prosessin monimutkaisuutta, hoidon ehdoksi asetettuja korkeita kriteerejä ja, joidenkin ammattiryhmien kielteistä suhtautumista tahdosta riippumattomaan hoitoon. Hoidosta käydystä keskustelussa on todettu, että lääkärit eivät tunne lakia eikä heillä ole myöskään mahdollisuutta osallistua hoitoon määräämisen prosessiin (Kristensen ym. 2018).

Myös Norjassa tahdosta riippumattoman päihdehoidon piirissä olevat kärsivät monista eri terveydellistä, psykiatrisista ja sosiaalisista ongelmista. Suurin osa hoidettavista on huumeiden käyttäjiä ja myös naisten osuus hoidettavista on suuri suhteessa heidän osuuteensa käyttäjistä (Pasareanu 2019; Opsal 2013).

Mielenterveyslaki (Psykisk helsevernloven)

Mielenterveyshoitoa säätelee Norjassa mielenterveyslaki (Psykisk helsevernloven). Laki säätelee sekä vapaaehtoista että tahdosta riippumatonta hoitoa. Lain tarkoituksena on varmistaa, että hoito tapahtuu ihmisoikeuksia ja oikeusvaltioperiaatteita kunnioittaen. Tarkoituksena on myös rajoittaa pakkokeinoja käyttöä.

Keskeiset tahdosta riippumatonta hoitoa säätelevät pykälät mielenterveyslaissa ovat 3:2 ja 3:3 §:t, jotka sijaitsevat lain 3. luvussa. Niiden mukaan potilasta ei voi määrätä laissa määriteltyihin tarkkailuun tai hoitoon ilman, että lääkäri on henkilökohtaisesti tutkinut kyseisen henkilön selvittääkseen täytyvätkö laissa säädetyt hoidon edellytykset. Tutkimuksen suorittavan lääkärin on tehtävä kirjallinen lausunto tutkimuksesta. Jos asianomainen välttelee tarkastusta, lääkäri voi omasta aloitteestaan tai muun viranomaisen tai henkilön lähimaisen pyynnöstä päättää tällaisen lääkärintarkastuksen suorittamisesta. Tarvittaessa henkilö voidaan noutaa ja tutkia vastoin hänen tahtoaan.

Kaiken kaikkiaan seitsemän ehdon on täytyttävä, jotta voidaan aloittaa ensinnäkin potilaan tahdosta riippumaton tarkkailujakso: 1) vapaaehtoista hoitoa on kokeiltu ja se ei ole toiminut tai on syytä uskoa, että se on riittämätöntä 2) potilaan on tutkinut kaksi lääkärinä, joista toisen tulee olla riippumaton siitä laitoksesta, johon potilasta ollaan ottamassa sisään, 3) potilaalla ei ole potilas- ja käyttäjälain mukaista suostumuspätevyyttä (poislukien välitöntä vaaraa aiheuttavat tilanteet), 4) on erittäin todennäköistä, että potilas täyttää määritellyn sairaalahoidon ehdot, 5) hoitolaitos pystyy antamaan laissa kuvailtua hoitoa ja täyttää lain vaatimat edellytykset ja 6) potilaalla on mahdollisuus kommentoida päätöstä. Lopuksi, 7) vaikka lain edellytykset täytyisivät, tarkkailujakso voidaan aloittaa vain, jos se kokonaisarvioinnin jälkeen näyttää asianomaisen kannalta selvästi parhaalta ratkaisulta, ellei sitten kyseessä ole henkilöä omaa tai muiden elämää ja terveyttä uhkaava välitön ja vakava vaara. Arvioinnissa tulee kiinnittää erityistä huomiota siihen, kuinka suuri kuormitus pakkotoimista aiheutuu kyseiselle henkilölle.

Pakollinen tarkkailu voi kestää enintään 10 päivää tutkimuksen alkamisesta ilman potilaan suostumusta. Jos potilaan tila arvioidaan sellaiseksi, että tarkkailujakson jatkaminen on välttämätöntä, määräaika voidaan pidentää 10 päivää valvontatoimikunnan päällikön suostumuksella. Siirtyminen tahdosta riippumattomaan

psykiatriseen hoitoon voi tapahtua ennen tämän määräajan päättymistä tai sen lopussa, jos suojelun edellytykset täyttyvät.

Tahdosta riippumattomaan psykiatrisen hoidon edellytyksenä ovat edellä mainitut lääkärintarkastus ja tarkkailujakso. Tämän lisäksi on arvioitava edellisten seitsemän kriteerin perusteella, täyttävätkö hoitojakson ehdot: Vain kolmas kriteeri poikkeaa edellisistä. Sen mukaan hoitojakson toteutumiseksi vaaditaan, että henkilöllä on todettu vakava mielenterveyden häiriö ja hoidon tarkoituksena on estää tilanteen vaikeutuminen tai että muussa tapauksessa voi koitua vakavaa uhkaa joko henkilölle itselleen tai hänen läheisilleen.

Muut mielenterveyslaissa olevat säädökset käsittelevät Suomen mielenterveyslain tapaan mielenterveyspalvelujen käytännön toteutusta, kuten siihen liittyviä sallittuja rajoitustoimenpiteitä.

Päihteiden käyttö ei ole Norjassa peruste tahdosta riippumattomalle hoidolle mielenterveyslain perusteella, ellei käyttöön liity psykoositasoisia oireita. Norjassa hoidetaan kuitenkin päihteitä käyttäviä Ruotsin ja Suomen tapaan myös psykiatrisessa tahdosta riippumattomassa hoidossa. Vuonna 2011 julkaistussa seurantutkimuksessa (Opsal ym. 2011) psykoosin vuoksi hoidetuista 24 prosentilla oli myös alkoholin tai huumeiden ongelmakäyttöä.

Vuonna 2019 Norjassa julkaistiin esitys ja sitä tukeva laaja selvitys eri tahdosta riippumatonta hoitoa koskevien lakien uudistamiseksi ja yhdistämiseksi (NOU 2019). Tällä hetkellä tahdosta riippumattomat keinot ovat mahdollisia edellä esiteltyjen lakien lisäksi potilas- ja käyttäjäoikeuslain nojalla, jonka 4A-luvussa säädetään suostumuksesta terveydenhuollossa ja sen siihen liittyvistä rajoituksista, sekä terveys- ja hoivapalvelulain 9. luvun nojalla, jossa säädetään kehitysvammaisten ihmisten hoidossa käytössä olevista rajoituskeinoista. Mahdollisuuden rajoitteiden käyttöön antaa myös tartuntatautilaki. Edellä mainitun esityksen mukaan lainsäädäntö on hajanainen, eikä sen katsota täyttävän ja sisältävän kaikilta osin tahdosta riippumattoman hoidon käytölle asetettuja periaatteita ja ehtoja: jokaisen oikeutta henkilökohtaiseen vapauteen, turvallisuuteen sekä fyysiseen ja psyykkiseen koskemattomuuteen, pakon käyttöä viimesijaisena keinona sekä sen käyttöä rajoittavia ja valvovia lakiin perustuvia oikeusturvakeinoja. Esitettyjä ehdotuksia ovat muun muassa tahdosta riippumatonta hoitoa ja rajoituskeinoja koskevan lainsäädännön yhdistäminen yhdeksi laiksi, pakon ja muiden rajoitustoimien käytön vähentäminen panostamalla ennalta ehkäisyyn ja viranomaisien velvollisuuteen tarjota hoitoa sen tarpeessa oleville, luopuminen diagnooseista tahdosta riippumattoman hoidon perusteena ja keskittymistä niiden sijasta potilaiden suostumusperustan arviointiin ja suostumuksen toteutumiseen ja hoidon tarpeeseen. Esimerkkeinä selvityksessä käytettiin edellä esiteltyissä laeissa olevia vakavan mielisairauden ja päihderiippuvuuden -käsitteitä, joiden tilalle hoidon perusteeksi ehdotettiin potilaan tarvetta ja suostumusperustan arvioimista. Kaiken kaikkiaan hoidon tavoiteena tulisi olla vakavan henkeä uhkaavan vaaran tai ruuminvamman riskin estäminen.

Myös mahdollisuuksia suostumukseen perustuvan pakon käyttämiseen ehdotetaan lisättäväksi, sillä se on selvityksen mukaan vielä vähän käytetty hoitomuoto, vaikka sitä tulisi käyttää ensisijaisesti. Riippuvuuden hoidon osata ehdotetaan TSB-hoidon kriteerien uudistamista ja siihen pääsyn helpottamista.

3.3 Tanska

3.3.1 Työnjako päihdeongelmien hoidossa

Tanskassa vastuu päihdehoidosta ja -kuntoutuksesta on jakautunut alueille (5) ja kunnille (98). Valtion viranomaiset Sundhedsstyrelsen ja Socialstyrelsen ohjaavat, koordinoivat ja seuraavat palveluja ja niiden kehittämistä. Alueet vastaavat terveydenhuoltolain (Sundhedsloven) alaisesta sairaalatasoisesta hoidosta ja tämän lisäksi yleislääkäreiden toiminnasta, jotka ovat usein yksityisiä ammatinharjoittajia Alueilla on myös päihdehoitopaikkoja, joihin kuntalaiset voivat hakeutua asiakkaiksi palvelujärjestelmään kuuluvan valinnanvapausmahdollisuuden mukaisesti.

Päihdehoidon toteutuksesta ja kokonaishoidon koordinoinnista vastaavat Tanskassa kunnat. Keskeinen päihdehoitoa koskeva lainsäädäntö löytyy sosiaalihuoltolaista (Serviceloven) ja terveydenhuoltolaista (Sundhedsloven). Molempien lakien mukaan päihdehoidon piiriin tulee päästä 14 päivän sisällä avun tarpeen ilmaamisesta. Kumpikin lainsäädäntö mahdollistaa tietyin ehdoin myös valinnanvapauden hoitopaikan suhteen.

Tahdosta riippumattoman päihdehoidon osalta Tanskassa on kaksi lakia, jotka velvoittavat kuntia tarjoamaan päihdeongelmista kärsiville raskaana oleville sopimukseen perustuvaa tahdosta riippumatonta hoitoa. Terveydenhuoltolaki koskee alkoholin väärinkäyttäjien hoitoa, ja huumeiden käyttäjille kohdistettu oma erillinen laki, ”Bekendtgørelse af lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling”. Kunta voi jälkimmäisen lain mukaan tarjota hoitoa koskevaa sopimusta raskaana olevien lisäksi myös muille päihteitä käyttäville, mutta tähän ei liity velvollisuutta. Näitä lakeja ei kuitenkaan sovelleta. Terveydenhuoltolakia täydentää myös psykiatrista tahdosta riippumatonta hoitoa koskeva laki, Psykiatriloven. Siinä mainitut menetelmät ovat mahdollisia vain psykiatriassa ja sairaalatasoisessa hoidossa. Hoidon perusteena potilaalla on oltava vakava psykiatrinen sairaus tai siihen rinnastettava tila.

Tanskassa ei ole vastaavaa kansallista päihdestrategiaa kuin Norjassa ja Ruotsissa. Ministeriöiden sivuilta on kuitenkin löydettävissä tietoa erilaisista kansallisista ohjeistuksista ja kehittämisprojekteista. Socialstyrelsen julkaisi vuonna 2020 kansalliset ohjeet sosiaalihuoltolain alaisen päihdekuntoutuksen toteutukseen (Socialstyrelsen 2020). Ohjeistuksissa huomioidaan sekä lainsäädäntö että tutkimukseen perustuvat hyvät käytännöt, ja niitä tehtiin yhteistyössä viranomaisten, eri alojen ammattilaisten, järjestötoimijoiden ja asiakkaiden edustajien kesken. Ohjeistukseen laaditut keskeiset lähtökohdat palvelujen toteutukselle ovat: 1) tutkimukseen ja tietoon perustuvat käytännöt, 2) yhteistyö hoidossa kansalaisten kanssa ja kansalaisten hoitoon liittyvien oikeuksien turvaaminen, 3) kokonaisvaltaisten (fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset) tarpeiden huomiointi hoitoa suunniteltaessa ja hoidon antaminen näiden tarpeiden mukaisesti, 4) kuntoutussuunnitelma, jossa huomioidaan edellä mainitut tarpeet ja jota seurataan hoidon aikana, 5) kokonaisvaltainen työskentely palvelujärjestelmän eri sektorien kesken ja päihdekuntoutuksen integroiminen kansalaisen tarvitsemien muiden palvelujen toimintaan, 6) helposti saatavilla oleva päihdekuntoutus ja laaja palveluvalikoima ja 7) systemaattisen tiedon kerääminen hoidosta.

Toinen laaja tutkimus- ja kehittämishanke on koskenut nuorten motivaavaa huumeikuntoutusta MOVE-menetelmällä. Menetelmää tutkittiin vuosina 2014–2018, ja siitä saadut tulokset ovat olleet hyviä (Sondergaard Fredriksen ym. 2019). Menetelmästä on olemassa myös laaja opas (Socialstyrelsen 2019). Tällä hetkellä mallia levitetään kuntiin Socialstyrelsin tuella.

3.3.2 Vapaaehtoista päihdehoitoa koskeva lainsäädäntö

Terveydenhuoltolaki (Sundhedsloven)

Terveydenhuollon palvelujen toimintaa säätelee Tanskassa terveydenhuoltolaki. Terveydenhuollon tavoitteena on lain mukaan edistää väestön terveyttä sekä ehkäistä ja hoitaa sairautta, kärsimystä ja toimintakyvyn heikkenemistä. Laissa mainittuja terveydenhuollon toimintaperiaatteita ovat yksilön koskemattomuuden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Näihin vastataan laissa varmistamalla muun muassa nopea ja helppo pääsy terveydenhuoltoon, valinnanvapaus, helppo pääsy omiin potilastietoihin ja lyhyet odotusajat hoitoonpääsyssä (1 §). Vastuu palvelujen tarjoamisesta jakautuu kuntien ja alueiden kesken. Niiden on varmistettava terveydenhuollon laadun ja tehokkaan resurssien käytön jatkuva kehittäminen yhteistyössä valtion viranomaisten ja palvelujen käyttäjien kanssa (4 §).

Päihdehoidosta säädetään terveydenhuoltolain luvuissa 40 ja 41. Lain piirissä ovat alkoholiriippuvuuden hoito (luku 40) ja lääkkeellinen huumehoito ja heroiniavusteinen hoito (luku 41). Lukuun 41 sisältyy myös muu riippuvuuden lääkkeellinen hoito. Tällainen hoito liittyy tarvittaessa myös sosiaalihuoltolain perusteella annettavaan hoitoon ja kuntoutukseen, mikäli se on katsottu osaksi palvelusuunnitelmaa.

Hoitoa ongelmista kärsiville tarjoaa kunta ja hoito on lain mukaan kaikille ilmaista (141 §). Kunta on velvollinen tarjoamaan hoitoa myös alle 18-vuotiaille nuorille (141:7§). Hoito on aloitettava 14 päivän kuluessa siitä, kun henkilö on esittänyt paikallisviranomaiselle halukkuutensa päästä hoitoon (141:2 §). Hoitoa voi tarjota kunta itse omissa hoitopaikoissaan tai tekemällä niistä sopimuksia laissa mainittujen muiden toimijoiden, kuten alueiden tai yksityisten palveluntarjoajien, kanssa (141:3 §). Hoitoa on annettava myös anonyymisti, jos henkilö niin toivoo (141:4 §). Tällöin hoitoon voi osallistua esimerkiksi nimimerkillä tai numerotunnuksella. Kyseessä ovat tyypillisesti avohoidossa tapahtuvat muutaman kuukauden mittaiset yksilö- ja tai ryhmäkeskustelujaksot tai muu terapeuttinen työskentely, joihin osallistumisen ehtona on, että hoitoon

hakeutuvalla ei ole muita sosiaalisia ongelmia. Hoidon kohderyhmiä ovat muun muassa työssäkäyvät. Hoitoa on tarjolla virka-ajan ulkopuolella, ja hoitopaikat sijaitsevat usein erillään muista päihdepalveluista.

Myös luvussa 41 säädelty korvaushoito ja heroiniavusteinen hoito ovat 14 päivän hoitotakuun piirissä ja niistäkin vastaa kunta. Palveluja voivat tuottaa myös alueet ja yksityiset palveluntarjoajat, ja potilaalla on oikeus valita hoitopaikka. Valinnanvapaus ei kuitenkaan koske heroiniavusteista hoitoa (141:7 §).

Sosiaalihuoltolaki (Serviceloven)/

Bekendtgørelse om garanti for social behandling for stofmisbrug til unge under 18 år i særlige tilfælde

Sosiaalihuoltolain tarkoituksena on tarjota neuvoja ja tukea sosiaalisten ongelmien ehkäisemiseksi, erilaisia julkisia palveluita ongelmien ennaltaehkäisyyn sekä fyysisen tai henkisen toimintakyvyn heikkenemisestä tai erityisistä sosiaalisista ongelmista johtuvien tarpeiden tyydyttämiseksi. Tarkoituksena on edistää yksilön mahdollisuutta omatoimisuuteen ja helpottaa jokapäiväistä elämää ja parantaa elämänlaatua. Tämän lisäksi todetaan, että lain mukainen apu perustuu yksilön vastuuseen itsestään ja perheestään sekä vastuuseen kehittää ja hyödyntää omia mahdollisuuksiaan. Apu järjestetään yhteistyössä yksilön kanssa yksilöllisen arvioinnin perusteella hänen tarpeidensa ja edellytystensä perusteella. Päätöksissä huomoidaan myös ammatilliset ja taloudelliset näkökulmat (1 §).

Sosiaalihuoltolain alaisista palveluista vastaavat kunnat ja alueet sopimuksen mukaan. Palveluja voivat tuottaa kunnat itse, alueet tai yksityiset toimijat. Laki mahdollistaa terveydenhuoltolain tapaan eri tavoilla toteutetun kansalaisten valinnanvapauden.

Pykälässä 5 mainitaan kunnan ja alueiden vastuu huumeidenkäyttäjien hoidosta tai ”hoitotarjouksesta”. Tarkemmat pykälät löytyvät lain 18. luvun 101. ja 102. pykälästä. Niiden mukaan kunta vastaa siitä, että hoitoa tarjotaan viimeistään 14 päivän kuluessa siitä, kun tiedustelu hoidosta on tullut kuntaan (101:2 §). Henkilö, joka on oikeutettu hoitoon, voi valita hoidetaanko häntä kunnan palveluissa, toisen julkisen toimijan palveluissa vai yksityisissä palveluissa (101:4 §). Tällöin 14 päivän määräajasta voidaan kuitenkin luopua (101:5 §). Oikeutta hoidon valintaan voidaan lain mukaan myös rajoittaa, jos katsotaan, että huumeidenkäyttäjän etu vaatii sitä (101:6 §). Pykälässä 101a säädetään anonyymista huumehoidosta. Kyseessä on samanlainen hoitomuoto kuin mitä kuvattiin edellä alkoholismin hoidon yhteydessä. Kunnalla on oltava tarjottavana tällaisia paikkoja, ja vähintään yhden niistä on sijaittava kunnan ulkopuolella. Kunnan on myös varmistettava, että henkilö voi lähestyä kuntaa nimettömästi verkkosivuston kautta tai puhelimitse.

Vuonna 2020 sosiaalihuoltolain 101 §:ään tuli useita huumehoitoa koskevia lisäyksiä. Niiden tarkoituksena on ollut selkiyttää lain piiriin kuuluvan hoidon sisältöä ja sääntelyä ja vahvistaa hoitoon liittyvää hoitotakuuta. Lisäysten mukaan 14 päivän hoitotakuun sisällä on ensinnäkin päätettävä hoidosta ja hoito on aloitettava, jos siihen on perusteet. Perusteena olevan hoidon tarpeen arvion on oltava kokonaisvaltainen ja käsiteltävä kattavasti hoitoon tulevan päihteiden käyttöä, sosiaalisia suhteita, fyysisistä ja psyykkistä terveydentilaa sekä työ- koulutus- ja asumisolosuhteita. Myös hoitosuunnitelman laatiminen tuli pakolliseksi, ja sen tulee sisältää kuvaus hoidon tavoitteista ja sisällöstä. Hoitosuunnitelman tulee olla lisäksi aktiivisesti ja yhdessä asiakkaan kanssa käytettävä työkalu. Tarkoituksena on varmistaa hoidon systemaattinen, kohdennettu ja johdonmukainen kulku. Lopuksi lisäykset mahdollistavat verovapaan lahjakortin (gavekort) käytön osana hoitoa. Kortti on tarkoitettu varsinkin kaikkein haavoittuvimmille asiakasryhmille ja nuorille, ja sen tarkoitus on motivoida kortin saajaa pysymään hoidon piirissä mahdollisimman pitkään. Hoitoon liittyy keskustelu lahjakortin merkityksestä.

Lahjakortin taustalla on 15–25-vuotiaille nuorille suunnattu MOVE-hoitomenetelmä, jota on kokeiltu ja tutkittu Tanskassa viime vuosina (esim. Socialstyrelsen 2019; Sondergaard Fredriksen 2019). Hoitomenetelmään kuuluu strukturoituja haastatteluja, ja joka toinen hoitokerta nuori saa vapaasti käytettäväkseen 200 kruunun (n. 27 euroa) arvoisen lahjakortin. Kuten muutkin sosiaalihuoltolain 101 §:ään tehdyn lisäykset, tarkoitus on ollut tehdä hoidosta houkuttelevaa, jotta sen piirissä haluttaisiin pysyä mahdollimman pitkään.

Nuorten päihdehoidosta säädetään lisäksi omassa asetuksessaan ”Bekendtgørelse om garanti for social behandling for stofmisbrug til unge under 18 år i særlige tilfælde”, joka nimensä mukaisesti takaa alle 18-vuotiaiden nuorten huumeriippuvuuden (stofmisbrug) sosiaalisen hoidon erityistapauksissa. Velvollisuus tarjota asetuksen mukaista hoitoa perustuu sosiaalihuoltolain 11 §:ään, jossa säädetään lasten, nuorten ja

perheiden tuesta. Asetuksen kohderyhmänä ovat nuoret, joilla on huumausaineiden väärinkäytön vuoksi vakavia sosiaalisia ja käyttäytymiseen liittyviä ongelmia, joiden vuoksi he eivät pysty toimimaan perheensä, koulunsa, työnsä tai koulunsa parissa. Heillä on myös huumeiden väärinkäytön aiheuttamia sosiaalisia, fyysisiä ja/tai psyykkisiä vaurioita. Palveluja on tarjottava vanhemman tai huoltajan suostumuksella, ja ne edellyttävät myös nuoren suostumusta, kun hän täyttänyt 15 vuotta. Tarjous hoidosta on tehtävä 14 päivän kuluessa kunnalle osoitetusta pyynnöstä. Kunta voi myös tehdä ammatillisen arvion siitä, ovatko nuoren ongelmat niin vakavia, että tarjous on tehtävä 14 päivän kuluessa.

3.3.3 Tahdosta riippumatonta päihdehoitoa koskeva lainsäädäntö

Terveydenhuoltolain 141b. pykälä ja raskaana olevien huumeidenkäyttäjien säilöönottoa koskeva erillinen laki

Tahdosta riippumattomasta päihdehoidosta tai ”säilöönotosta” säädetään Tanskassa kahdessa eri laissa: terveydenhuoltolain 141b. pykälässä, kun kyse on raskaana olevien alkoholin väärinkäytöstä, ja omassa laissaan, ”Bekendtgørelse af lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling”, joka koskee raskaana olevia huumeidenkäyttäjiä. Molemmissa on kyse sopimukseen perustuvasta hoidosta (tilbyde at indgå i kontrakt), jota kunnan tulee tarjota raskaana oleville. Huumeita käyttäviä koskevan lain mukaan kunta voi päättää, sovelletaanko lain säädöksiä raskaana olevien lisäksi myös muihin päihdeongelmista kärsiviin (1:1 §).

Sopimus hoidosta tai säilöönotosta tehdään lain mukaan kirjallisena ja raskaana oleva voi irtisanoa sopimuksen halutessaan. Mahdollisuus hoidon jatkamiselle kuitenkin säilyy molempien lakien mukaan sopimuksen irtisanomisesta huolimatta, jos 1) mahdollisuus väärinkäytön lopettamiseen tai raskaana olevan voinnin elpymiseen muuten heikkenee selvästi, 2) jos hoidossa oleva aiheuttaa merkittävää vaaraa itselleen tai muille tai 3) raskaana olevan huumeiden käytöstä on vaara aiheutua vakavaa haittaa sikiölle.

Sopimus voidaan tehdä vain, jos raskaana olevalle on tarjottu ympärivuorokautista hoitoa tai, jos hän on parhaillaan tällaisen hoidon piirissä, eivätkä toimenpiteet ole olleet riittäviä. Raskaana olevalle on myös mahdollisuus valittaa, jos hänelle ei tarjota tällaista sopimusta kunnan taholta hänen ollessaan ympärivuorokautisen hoidon piirissä.

Hoidon sisältö kattaa kokonaisvaltaisesti erilaisia terapeuttisia menetelmiä. Hoitoa ohjaa sosiaalihuoltolain vaatima yksilöllinen palvelusuunnitelma. Eristäminen ja erilainen mekaaninen rajoittaminen tai kiinnittäminen (esim. sitominen) ei ole sallittua hoidon aikana. Jos henkilö on kuitenkin vaarallinen itselleen tai muille, hänen rajoittamiseen on mahdollista käyttää fyysistä voimaa. Voimankäytön on oltava kuitenkin suhteutettu sen tarkoitukseen ja käytön jälkeen on arvioitava siitä koituneet mahdolliset riskit sekä raskaana olevalle itselleen että sikiölle ja tehtävä asiaan kuuluva lääketieteellinen tutkimus ja arviointi.

Tanskassa tahdosta riippumatonta säilöönottoa koskevia lakeja ei ole juurikaan noudatettu, ja pääpaino on ollut vapaaehtoisien hoitojärjestelmän kehittämisessä raskaana oleville (suullinen tiedonanto). Tanskassa on viisi alueellista perhepoliikklinikkaa, jotka ovat erikoistuneet päihteitä käyttävien raskaana olevien hoitoon ja tukemiseen, ja jotka täydentävät muita näille perheille tarjolla olevia raskaudenaikaisia palveluita. Terveystieteiden tutkimuskeskus suosittelee, että raskaana olevien hoito järjestettäisiin yhteistyössä alueellisten ja kunnallisten toimijoiden kesken ja että työnjaosta sovittaisiin yhteistyösopimuksilla. Sosiaalihuoltolaki velvoittaa kuntia suunnittelemaan synnytyksen jälkeisiä palveluita yhteistyössä perheen kanssa raskauden aikana. Vanhempien suostumuksella voidaan päättää kotituesta, perhehoidosta, ympärivuorokautisesta hoidosta, yhteishenkilön nimittämisestä tai muusta avusta, jonka tarkoituksena on antaa neuvontaa, hoitoa sekä käytännön ja pedagogista tukea. Lisäksi kunta voi määrätä sosiaalihuoltolain 11 §:n mukaisista ennaltaehkäisevistä toimenpiteistä, joihin kuuluu perhelähtöistä neuvontaa ja vanhemmuuden koulutusta vanhempien vanhemmuuden kyvyn kehittämiseksi jo ennen lapsen syntymää.

Vuonna 2015 tehdyn tutkimuksen mukaan (Rausgaard ym. 2015) tietoa siitä, kuinka paljon raskaana olevia päihteitä käyttäviä naisia Tanskassa on, on vaikea arvioida. Tutkimuksen mukaan on kuitenkin syytä olettaa, että palvelut eivät tavoita kaikkia avun ja tuen tarpeessa olevia naisia tällä hetkellä. Tutkimuksen otoksessa oli noin 700 naista, jotka olivat osallistuneet raskauden aikaiseen ultraäänitutkimukseen. Heitä pyydettiin antamaan virtsanäyte ja täyttämään lyhyt kysely. Otoksesta 3,6 prosentilla oli merkkejä raskauden aikaisesta päihteiden käytöstä, mikä oli oletettua suurempi määrä.

Mielenterveyslaki (Psykiatriloven)

Mielenterveyslaki täydentää terveydenhuoltolakia, ja sisältää perusteet tahdosta riippumattomalle psykiatriselle hoidolle. Lain tarkoituksena on varmistaa, että lain mukainen hoito toteutetaan lain peruseriaatteiden mukaisesti osana potilaan toipumismahdollisuuksien tukemista ja että pakkoa käytettäessä turvataan mahdollisimman pitkälle potilaan tarpeet ja arvokkuus. Hoidossa on myös huomioitava potilaan yksilöllisyys ja kulttuurinen tausta. Peruste tahdosta riippumattomalle hoidolle on lain mukaan ensinnäkin mielisairaus (sindyg), tai vastaava tila. Toinen peruste on, että ilman hoitoa paranemisen mahdollisuus vaarantuu ja kolmas, että asianomainen henkilö on vaaraksi itselleen tai muille. Lain mahdollistamista muista pakko- ja rajoituskeinoista säädetään lain 5. luvussa.

Myös Tanskassa hoidetaan psykiatrian piirissä ihmisiä, joilla on ongelmia päihteiden kanssa. Vuonna 2016 julkaistussa rekisteritutkimuksessa havaittiin, että psykiatristen sairauksien yhteydessä esiintyi huomattavan usein samanaikainen päihdehäiriö (Toftdahl ym. 2016). Tutkimusaineisto kerättiin kansallisesta rekisteristä, johon on kirjattu kaikki psykiatrisen laitoshoidojaksot vuodesta 1969 lähtien ja psykiatriset avohoidon ja päivystyskäynnit käynnit vuodesta 1995 lähtien. Otokseen valittiin ihmisiä, joilla oli diagnosoitu skitsofrenia tai muuta vastaavaa oireilua, muita psykooseja, kaksisuuntainen mielialahäiriö, ahdistus, masennus, pakko-oireinen häiriö, post-traumaattinen stressihäiriö tai persoonallisuushäiriö. Päihteiden osalta tarkasteltiin alkoholin, opioidien, kannabiksen, rauhoittavien lääkkeiden, stimulanttien ja hallusinogeenien käyttöä. Aineisto käsitti kaiken kaikkiaan 463 000 eri henkilöä. Sen perusteella päihdehäiriö liittyi useimmiten persoonallisuushäiriöön (47 %), skitsofreniaan ja muihin psykooseihin (37 %) ja kaksisuuntaisen mielialahäiriöön (28 %). Myös muiden häiriöiden yhteydessä päihdehäiriön ilmaantuvuus oli suuri (11–25 %). Vuonna 2018 ilmestyneessä rekisteritutkimuksessa (Jorgensen ym. 2018) samanaikaisesti esiintyvä päihde- ja vakava mielenterveyden häiriö lisäsi huomattavasti sekä sairaalahoidon että sairaalapäivien lukumäärää, ja lisäksi myös päivystyskäyntejä, verrattuna niihin vakavista mielenterveyden ongelmista kärsiviin, joilla ei ollut ongelmia päihteiden kanssa.

3.4 Englanti

3.4.1 Työnjako päihdeongelmien hoidossa

Englannin palvelujärjestelmien piirissä on 58 miljoona henkeä eli suurin osa Iso-Britannian 63 miljoonasta asukkaasta (Whellams 2017). Palvelujärjestelmää on muokattu merkittävästi viimeisen kymmenen vuoden aikana. Keskeisin muutos on ollut terveydenhuollon palvelujen tuottamiseen liittyvän vastuun siirtyminen kansalliselta tasolta paikalliselle tasolle ja aikaisemman hajanaisen lainsäädännön korvaaminen yhteisellä sosiaali- ja terveydenhuollon lailla (The Health and Social Care Act 2012). Toinen merkittävä muutos on koskenut palveluihin liittyvän valinnanvapauden ja palveluntarjoajien lisääntymistä viranomaisten alueellisella ja paikallisella tasolla järjestämien hankintojen kautta. Nykyinen palvelujärjestelmä on hajautunut ja sen erityispiirteitä ovat kansalliset ja paikalliset valvonta- ja seurantajärjestelmät, yhteistyötahot ja lautakunnat, joiden avulla pyritään seuraamaan ja valvomaan eri toimijoita. Palvelujen hankintaan on tarjolla sekä kansallisella että paikallisella tasolla laadittuja oppaita ja indikaattaroita ja hoidon seurantaan on perustettu kansallisia ja paikallisia järjestelmiä ja viranomaistahoja seuraamaan sekä hoidon tuloksellisuutta että laatua.

Terveys- ja sosiaalihuoltoa johtaa Department of Social and Health Care, jonka budjetista ohjataan rahaa kansalliselle terveysjärjestelmälle NHS:lle (National Health Service) ja kansanterveysystyöstä vastaavalle PHE:lle (Public Health England). Kansallisen NHS:n rooli muuttui lainsäädäntömuutosten myötä palvelujen tuottajasta niiden rahoittajaksi. Nykyisessä järjestelmässä NHS kanavoi rahaa alueellisille lääkärivetoisille järjestäjätiimeille (clinical commissioning groups) ja paikallisviranomaisille (local authorities), jotka puolestaan huolehtivat palvelujen järjestämisestä paikallisten hankintojen kautta yksityisiltä tai julkisilta palveluntuottajilta. Alueellisten tiimien vastuulla ovat sairaala- ja poliklinikkapalvelut, perus- ja avoterveydenhuolto sekä mielenterveyspalvelujen hankinnat. Paikallisviranomaiset vastaavat ehkäisevästä työstä ja kansanterveysystyöstä ja päihdepalveluista. Niille kanavoituu rahaa NHS Englannin lisäksi PHE:n kautta.

Keskeisiä toimijoita päihdepalvelujen hankintajärjestelmässä ovat paikalliset hankintaelimet (local authority commissioners), jotka huolehtivat päihdepalvelujen hankinnoista, ja vaaleilla valitut

paikallisviranomaiset (elected local authorities), jotka tekevät lopullisen päätöksen hankinnoista, valvovat niiden toteutusta sekä suunnittelevat tulevien palvelujen suuntaviivoja. Näillä henkilöillä on myös edustus paikallisissa terveys- ja hyvinvointilautakunnissa (health and well-being boards), jotka ohjaavat paikallisviranomaisten toimintaa. Palveluntuottajien tehtävä järjestelmässä on tarjota palveluja ja varmistaa, että ne toteutuvat sovitusti ja noudattavat päihdepalveluille asetettuja standardeja. Palveluntuottajien toiminnan valvontaa varten on kehitetty erilaisia seuranta- ja valvontamekanismeja, jotka seuraavat sekä palvelun tuloksellisuutta että laatua. Keskeisin alueellinen asiantuntijataho on DsPH (Directors of Public Health), joka neuvoo paikallisviranomaisia palvelujen järjestämisessä ja varmistaa, että ne noudattavat niille asetettuja kriteerejä.

Palvelujärjestelmässä on myös tarjolla NHS:n paikallisten palvelujen kautta tarjoama julkisesti rahoitettu vaihtoehto, joka toteutuu tyypillisesti avohoitona ja ryhmämuotoisesti, ja on ilmaista. Pidempikestoista laitostuntoutusta tarjoavat yksityiset palveluntuottajat. Hoito on maksullista, mutta siihen voi saada kuitenkin tukea. Päihdehoitoon voi hakeutua myös yleislääkärin kautta, joka arvioi hoidon tarpeen ja ohjaa asiakkaan tarvittaessa eteenpäin. Tämä hoito on ilmaista. Yleislääkärit voivat hoitaa osaa ongelmista myös itse, kuten tarjota katkaisuhoidoa ja myös korvaushoidoa, jos asiakkaalla ei ole muita palvelutarpeita. Yleislääkärin työparina toimii usein sairaanhoitaja tai päihdetyöntekijä, joka huolehtii hoidon käytännön toteutuksesta. Yleislääkärin tarjoama hoito on alueellisten järjestäjätiimien vastuulla.

Käytännössä paikalliset päihdetoimijat ja alueellisiin järjestäjätiimeihin kuuluvat toimijat hoitavat usein samoja asiakkaita. Monilla päihdeongelmista kärsivistä henkilöistä on mielenterveysongelmia, joiden hoito on myös alueellisten järjestäjätiimien vastuulla. Alueellisten tiimien ja paikallisten tahojen tuleekin tehdä yhteistyötä potilaiden erilaisiin tarpeisiin vastaamiseksi ja hoitamiseksi.

Alkoholi- ja huumehoidon piirissä olevien lukumääriä ja hoitajaksoja seurataan PHE:n ylläpitämän The National Drug Treatment Monitoring System -tilaston avulla, joka käsittää potilaita noin 900 palveluntuottajan piiristä eri puolilta Englantia (hoitopaikat, sairaalat, asumisyksiköt ym.). Erilaisia valvontaa tekeviä viranomaisia löytyy lisäksi järjestelmän eri tasoilta: kansalliselta, alueelliselta ja paikalliselta tasolta. Yksi keskeinen tapa ohjata palvelujen toteutusta ovat kansallisen tason ohjeistukset, joita palveluja tilaavat ja tuottavat tahot ovat sitoutuneet noudattamaan rahoituksen vastineena. Vuonna 2017 julkaistiin esimerkiksi huumehoidon toteutusta koskeva laaja opas ("Orange book"), joka korvasi aiemman vuonna 2007 julkaistun oppaan (Department of...2017).

Strategisella tasolla Englannin päihdehoidon periaatteita on muokattu 2000-luvulla melko paljon. Maassa on ollut 1980-luvulta lähtien tarjolla erilaisia haittoja vähentäviä palveluja ja esimerkiksi korvaushoidoa on annettu kattavasti. Vuoden 2010 julkaistu huumestrategia muutti hoidon painopistettä kuntouttavampaan suuntaan (STM 2016a). Taustalla olivat muun muassa Englannissa ja Skotlannissa toteutetut laajat huumehoidon vaikuttavuutta koskevat tutkimukset, joissa saatiin positiivisia tuloksia hoidon merkityksestä ja tuloksellisuudesta riippuvuuden hoidossa (McKeganey ym. 2006). Samalla haittoja vähentävien palvelujen kehittäminen kuitenkin hidastui ja niiden laatu huononi (Black 2020a ja b).

Viime vuosina politiikkaa on arvioitu jälleen uudelleen, ja tavoitteeksi on asetettu sekä vieroitukseen, kuntouttavaan hoitoon että haittoja vähentäviin palveluihin panostaminen. Lisäksi on ehdotettu resurssien merkittävää lisäystä kaikilla palvelujärjestelmän tasoilla ja panostamisesta palveluiden laatuun ja asiantuntijuuteen. Palvelujen on katsottu kärsivän resurssipulasta ja toimivan liiaksi esimerkiksi vertaistyön keinoin. Ammattilaisia on siirtynyt päihdepalveluista mielenterveyspalvelujen piiriin, jonka vuoksi yksittäisten työntekijöiden asiakasmäärät ovat kasvaneet (Black 2020a ja b). Joulukuussa 2021 julkaistiin uusi huumestrategia "From Harm to Hope. 10-year drugs plan to cut crime and save lives" (HM Government 2021), jossa ehdotetaan maan historian suurinta rahallista panostusta päihdehoitoon ja siitä huolehtiville paikallisille toimijoille. Viidellekymmenelle suurimmista ongelmista kärsivälle alueelle ehdotetaan myös lisäresursseja. Vaikka strategia keskittyykin laittomiin huumeisiin, hoidon osalta siinä ehdotetut toimenpiteet koskevat kaikkia päihteitä.

Käytännössä lisärahoitusta tullaan suuntamaan muun muassa uusien hoitopaikkojen perustamiseen. Strategiassa mainittuja kohderyhmiä, joita halutaan lisätä hoidon piiriin, ovat opioidiriippuvaiset, crack-huumeen käyttäjät ja muut ei-opioideja käyttävät, asunnottomat ja asunnottomuusriskissä olevat, rikoskierteessä olevat ja nuoret. Hoidon ohella on tarkoitus panostaa päihdeongelmista toipuvien henkilöiden työllisyyttä lisääviin

toimiin ja asumiseen. Haittoja vähentävistä toimista mainitaan ruiskujen ja neulojen vaihto sekä yliannostusten ehkäisyyn tarkoitetut naloksoniohjelmat.

Nuoret ja samanaikaisista päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivät mainitaan strategiassa erityisryhminä. Nuorten kohdalla on tarkoitus huolehtia, että entistä suurempi osa, 50 prosenttia nykyistä enemmän, ongelmista kärsivistä nuorista pääsee erikoistuneen päihdehoidon pariin. Tavoitteena on estää päihteiden käytön jatkuminen aikuisuuteen ja muuttuminen riippuvuudeksi. Samanaikaisista päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien kohdalla tarkoitus on parantaa yhteistyötä mielenterveystyöstä vastaavien alueellisten järjestäjätiimien ja päihdetyöstä vastaavien paikallisviranomaisten kesken.

3.4.2 Vapaaehtoista päihdehoitoa koskeva lainsäädäntö

Englannissa ei ole varsinaista päihdepalveluja koskevaa lainsäädäntöä. Edellä mainitussa sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä (The Health and Social Care Act 2012) palvelujen järjestämisen periaatteet koskevat kuitenkin myös päihteitä käyttäviä siltä osin kuin he käyttävät terveydenhuollon palveluja; esimerkiksi alueellisten järjestäjätiimien peruspalveluista on saatava apua myös päihteiden käytön aiheuttamiin ongelmiin. Myös palvelujärjestelmän keskeinen periaate valinnanvapaus koskee päihdepalveluja. Käytännössä valinnanvapaus on rajoitettua kuitenkin esimerkiksi siten, että julkisesti rahoitetut hoito- ja kuntoutusvaihtoehdot käsittävät vain rajallisen määrän vaihtoehtoja, kuten avomuotoista ryhmäterapiaa. Esimerkiksi pidempi-aikainen laituskuntoutus on kustannettava itse, ja rajaa valinnanvapauden ulkopuolelle ne, joilla ei ole varaa maksaa hoidosta.

Lainsäädännön sijaan päihdepalvelujen toimintaa ohjataan erilaisin valvonta- ja seurantamekanismein, jotka koostuvat kansallisista, alueellisista ja paikallisista toimijoista (National Institute for Health and Clinical Excellence, Care Quality Commission, Regional Quality Surveillance Groups, Local Care Quality Commissions). Palveluista vastaavat paikallisviranomaiset ovat sitoutuneet NHS:ltä ja PHE:ltä saamansa rahoituksensa vastineeksi noudattamaan hankkinoissaan palveluille asetettuja kansallisia laatustandardeja ja tavoitteita. Näissä voi olla myös esimerkiksi palvelujen pääsyn piiriin liittyviä aikatavoitteita, mutta ne vaihtelevat. Myös eri tasolla toimivat viranomaiset voivat asettaa erilaisia kansallisia, alueellisia tai paikallisia tavoitteita ja suosituksia. Laadun varmistamisen ja seurannan vaatimukset kirjataan myös palveluntuottamista koskeviin sopimuksiin hankintoja tehtäessä, mitä ohjaa oma lainsäädäntö. Myös palveluntuottajat ovat velvollisia seuramaan palvelujen laatua ja raportoimaan toiminnasta paikallisviranomaisille. Niiden toimintaa, tuloksia ja laatua seurataan rekistereiden ja mittareiden avulla.

Vuonna 2014 Englannissa tuli voimaan hoitoa koskeva laki (Care Act), jossa on aikuisväestön suojelua ja turvaamista koskevia säännöksiä. Lain mukaan paikalliset viranomaiset ovat velvollisia seuraamaan kuntalaisten hyvinvointia ja järjestämään heille aktiivisesti apua ja tukea palvelujärjestelmästä, jos sille on tarvetta. Lain piiriin kuuluvat myös mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät ja heidän omaisensa. Kuntiin on lain mukaan perustettava myös toimintaa seuraava lautakunta (Safeguarding Board), joissa on oltava eri viranomaisten (terveys, sosiaali, poliisi) edustus.

Eri alueilla on myös omia paikallisia tapoja integroida niillä tehtävää terveydenhuoltoa, sosiaalityötä ja muita palveluja toisiinsa kansallisissa strategioissa asetetun integroidun hoivan (integrated care) tavoitteen mukaisesti. Joillakin alueilla on kehitetty muun muassa erilaisia digitaalisia asiakastietojärjestelmiä eri viranomaisten välisen tiedonkulun helpottamiseksi, mutta käytännöt vaihtelevat alueittain.

PHE:n tilastojen (2020) mukaan suurin osa (98 %) päihdehoidosta tapahtui avohoidossa. Laitoshoidossa oli ollut vain muutama prosentti ja hoidettavien määrät olivat lähes puolittuneet vuodesta 2014 (emt.). Opioidiriippuvaisista 98 prosenttia oli lääkkeellisen korvaushoidon piirissä. Suurin osa oli tullut päihdepalvelujen piiriin itse tai omaisten tai läheisten ohjaamana (65 %). Seuraavaksi eniten palvelujen piiriin tultiin terveydenhuollosta (15 %). Sosiaalityön piiristä palveluihin oli ohjautunut sen sijaan vain yksi prosentti asiakkaista, minkä voi katsoa kertovan, ettei hoitoon ohjaamiseen liittyviä Care Actin velvoitteita (Care Act) syystä tai toisesta sovelleta kovin aktiivisesti päihteitä käyttäviin ihmisiin. Opioidien käyttäjistä neljäosa tuli palveluihin rikosoikeudellisten tahojen ohjaamana.

3.4.3 Tahdosta riippumatonta hoitoa koskeva lainsäädäntö

Mental Health Act

Mielenterveyslaki (Mental Health Act) säätelee tahdosta riippumattoman hoidon perusteita psykiatriassa. Hoito ei mahdollista tahdosta riippumatonta hoitoa pelkän päihderiippuvuuden perusteella. Laki mahdollistaa kuitenkin päihteiden käytöstä johtuvien mielenterveyden ongelmien tahdosta riippumattoman hoidon, kuten esimerkiksi harhojen tai pitkäaikaisesta käytöstä johtuvien elimellisten mielenterveyden ongelmien ja myös persoonallisuushäiriöiden hoidon.

Lain perusteella annettava tahdosta riippumaton hoito vaatii kirjallisen hakemuksen, jonka perusteena on oltava kahden lääkärin kirjallinen lausunto. Lääkärinlausunnoissa on eriteltävä, mitä muita hoitomahdollisuuksia on tarjolla, ja myös se, miksi niiden käyttöä ei katsota soveltuvaksi tilanteessa. Tahdosta riippumattoman hoidon perusteita ovat Mental Health Actin mukaan mielenterveyden häiriö, joka vaatii sairaalataisoista hoitoa tai -tutkimuksia. Hoidon tulee olla lisäksi välttämätöntä sekä potilaan oman terveyden ja turvallisuuden kannalta tai muiden suojelemiseksi, ja sitä ei voi antaa millään muulla tavalla. Hoitoon voi ottaa myös akuutisti Hakemuksen tekijänä voi olla tällöin myös joku muu hyväksytty mielenterveystyön ammattilainen kuin lääkäri, tai omainen. Hakemuksessa on oltava kirjattuna edellä mainitut perusteet.

Tahdosta riippumattoman hoito on mahdollista 28 päivää kerrallaan, jos kyseessä on hoidon tarpeen arviointi. Mahdollinen uusi arvio hoidon tarpeesta on oltava tehtynä ennen hoitajakson päättymistä. Akuuttitilanteessa tehty hoitopäätös on voimassa 72 tuntia, jonka aikana on tehtävä uusi arvio. Jos henkilöllä on jo diagnosoitu mielenterveyden häiriö, tahdosta riippumaton hoito on mahdollista kuusi kuukautta kerrallaan. Tämän jälkeen hoitopäätöksen voi uusida ensin 6 kuukaudeksi, sitten uudestaan 6 kuukaudeksi ja sitten vuodeksi kerrallaan.

Tahdosta riippumaton hoitoa voi antaa myös avohoidossa lääkärin läheteellä (community treatment order, CTO). CTO:n ensijaisena diagnoosina on oltava lääkityksen vaativa psykiatrinen diagnoosi, kuten kaksisuuntainen mielialahäiriö tai skitsofrenia, mutta hoidettavilla on usein myös ongelmallista päihteiden käyttöä. Hoito sisältää esimerkiksi ehtoja, joihin potilaan on sitouduttava, kuten sitoutuminen alkoholi- tai huumeestaukseen. Hoito sisältää myös mahdollisuuden ottaa potilas tahdosta riippumattomaan hoitoon sairaalaan, jos hän ei pysty sitoutumaan ehtoihin. Ehtojen on kuitenkin tuettava potilaan kuntoutumista, eivätkä ne saa olla kohtuuttomat. Potilasta ei voi velvoittaa esimerkiksi käyttämään autoaan tai maksamaan taksikuluja, jotta hän pääsisi osallistumaan hoito-ohjelmaan liittyviin terapia- tai muihin palveluihin.

PHE:n tilastojen mukaan 59 prosenttia päihdepalvelujen asiakkaista kärsii samanaikaisista mielenterveysongelmista. Vuonna 2017 julkaistussa päihdeongelmien hoidon laajassa kliinisen työn oppaassa (Department of...2017) on oma lukunsa mielenterveys- ja päihdeongelmien samanaikaisesta esiintyvyydestä, jonka todetaan olevan yleistä. Päihdepalvelujen asiakkaista jopa 75 prosentilla todetaan olevan samanaikainen psykiatrinen häiriö, kuten masennusta, ahdistusta ja persoonallisuushäiriöitä. Hyvin monella on useita samanaikaisia psykiatrisia häiriöitä ja myös itsemurha-ajatukset ovat yleisiä. Palvelujen keskeisenä periaatteena mainitaan, ettei ns. väärää ovea ole ("no wrong door"). Tämän tarkoituksena on ehkäistä ongelmista kärsivien ohjaamista palvelusta toiseen. Päihde- ja mielenterveyspalveluissa tulisi olla sekä päihde- että mielenterveystyön ammattilaisia tai yhteistyön palvelujen välillä tulisi olla saumatonta. Yksi ohje koskee kriisitilanteiden (esim. psykoosi, itsemurhariski) tunnistamista päihdepalveluissa ja apua tarvitsevan ohjaamista akuutin avun piiriin.

Kaksoisdiagnoosipotilaat nostetaan esille myös uudessa huumestrategiassa ryhmänä, jonka hoitoon panostetaan. Varsinkin alueiden vastuulla olevien mielenterveyspalvelujen ja paikallisviranomaisten vastuulla olevien päihdepalvelujen toimintaa halutaan koordinoita tulevaisuudessa paremmin.

3.5 Hollanti

3.5.1 Työnjako päihdeongelmien hoidossa

Hollannissa palvelujärjestelmän rahoitus tulee kansalaisten omista terveysvakuutuksista, joka on terveydenhuoltolain lain mukaan oltava jokaisella hollantilaisella. Kansalaisella on oikeus valita vakuutuksenantaja, eikä vakuutusyhtiöillä ole oikeutta evätä vakuutusta yksilön terveydentilan perusteella. Sosiaalitoimi auttaa

tarvittaessa vakuutuksen hankinnassa, mikäli henkilöllä itsellään ei ole siihen varaa. Palvelut kuuluvat Hollannissa terveys-, hyvinvointi- ja urheiluministeriön (VWS) vastuualueelle.

Terveysvakuutukset kattavat myös päihdehoidon tai -kuntoutuksen tiettyyn rajaan saakka. Jos kuntoutus pitkittyy, siirrytään pitkäaikaissairauksien hoitoon tarkoitetun lainsäädännön ja vakuutusjärjestelmän piiriin. Päihdepalveluja tarjoavat monet eri palveluntuottajat, ja niihin hakeudutaan yleislääkärin läheteellä, ellei lääkäri hoida ongelmaa itse. Hollannissa on useita suuria palveluntuottajia, jotka ovat myös mukana suunnittelemassa palvelujärjestelmää. Moni niistä tuottaa hoitoa ja kuntoutusta moniin eri mielenterveyden häiriöihin. Kunnat vastaavat pienestä osasta marginaaliryhmien palveluja, joihin kuuluu kaikkein haavoittuvimmassa asemassa olevia päihteiden käyttäjiä, asunnottomia ja mielenterveysongelmista kärsiviä ihmisiä. Myös kolmannella sektorilla on keskeinen rooli näiden ihmisten auttamisessa.

Hoidon ja kuntoutuksen rinnalla päihdepalveluissa on panostettu Hollannissa perinteisesti haittoja vähentäviin palveluihin ja erityisesti huumeiden käyttäjien palveluihin. Ne ovat useimmiten joko kuntien rahoittamia ohjelmia tai sitten kolmannella sektorilla tehtävää työtä. Maassa on ollut tarjolla opioidiriippuvuuden hoitoon tarkoitettua korvaushoitoa jo 1980-luvulta lähtien ja myös ruiskujen ja neulojen vaihto-ohjelmia. Hollannissa on lisäksi useita huumeiden käyttäjille valvottuja käyttötiloja ja mahdollisuus myös laittomien huumausaineiden testaukseen. Myös ikääntyville huumeiden käyttäjille on perustettu omia hoitokoteja.

Tämänhetkisessä päihdepolitiikassa on korostettu aikaisempaa voimakkaammin alkoholihaittojen ja nuorten päihdekokeilujen ehkäisyä sekä erilaisen naapurusto- ja yhteistyön roolia varhaisessa puuttumisessa ongelmiin. Päihteiden käytön, päihdepolitiikan ja palvelujärjestelmän kehitystä seurataan kansallisen kehittämis- ja tutkimuslaitoksen, Trimbos-instituutin, ylläpitämän National Drug Monitor (NDM) -järjestelmän avulla. Yksiä keskeisiä kohderyhmiä palvelujen suunnittelussa ja kehittämisessä ovat olleet stimulanttien ja kannabiksen käyttäjät. Vuonna 2020 julkaistiin suunnitelma ”Plan van aanpa toegankelijkheid en beschikbaarheid hoogcomplexe ggz” mielenterveys- ja riippuvuushoidon ja muiden palvelujen turvaamisesta niille, joilla on monia ongelmia ja palvelutarpeita.

3.5.2 Vapaaehtoista päihdehoitoa koskeva lainsäädäntö

Hollannissa ei ole päihdepalveluja koskevaa erillistä lainsäädäntöä, vaan niistä säädetään yleisen terveydenhuollon lainsäädännön piirissä. Palvelu- ja hoitojärjestelmässä päihdepalvelut sijoittuvat osaksi mielenterveyspalveluja ja mielenterveyden hoitoa. Terveysturvalaissa (Zorgverzekeringswet) säädelty perusvakuutus sisältää terveydenhuollon ja sairaalahoidon lisäksi mahdollisuuden muun muassa mielenterveyspalvelujen piiriin hakeutumiseen, joiden alle lukeutuu Hollannissa myös päihdeongelmien hoito. Muu palveluja koskeva keskeinen lainsäädäntö löytyy pitkäaikaishoitoa koskevasta laista (Wet langdurige zorg) ja sosiaalitulokilasta (Wet langdurige zorg). Nämä lait tulivat voimaan vuonna 2015, ja ne ovat osa suurta lainsäädäntömuutosta, jossa pitkäaikaista tukea ja hoivaa tarvitsevien kansalaisten palvelut ja tuki siirtyivät kuntien vastuulle niin sanotun integroidun mallin mukaisesti. Integroidulla mallilla tarkoitetaan sitä, että näiden ryhmien palveluissa pyritään auttamaan ja tukemaan päihdeongelman hoidon ohella mahdollisimman kokonaisvaltaisesti myös palveluita käyttävän ihmisen asumista ja työllistymistä. Toiminnasta vastaa kunta, mutta mukana on toimijoita kaikilta yhteiskunnan sektoreilta.

Päihdepalvelujen tarjontamalli on ollut kolmiportainen vuodesta 2014 lähtien (EMCCDA 2017). Ensimmäisellä tasolla toimivat yleislääkärit tai perhelääkärit, joiden asiakkaaksi asiakkaat rekisteröityvät, ja jotka hoitavat muitakin perusterveydenhuollossa hoidettavia sairauksia. Asiakas voi vapaasti valita, kenen lääkärin asiakkaaksi rekisteröityy, ja käynti katetaan vakuutuksesta. Apua päihdeongelmaan voi saada suoraan lääkäriltä. Toisella tasolla lääkäri voi lähettää asiakkaan eteenpäin erityispalveluihin, jotka katetaan myös vakuutuksesta. Palvelut ovat erikoistuneet riippuvuuden hoitoon, ja ne ovat tyypillisesti avomuotoisia palveluita. Kyseessä voivat olla kunnan, yksityisten yritysten tai kolmannella sektorilla toimivien järjestöjen tarjoamat palvelut, ja ne pitävät sisällään psykososiaalista kuntoutusta, motivoivia haastatteluja, kognitiivista terapiaa tai yhteisöhoitoa. Kolmannelta palvelutasolta löytyvät erilaiset laitoshoitovaihtoehdot, jotka katetaan myös vakuutuksesta. Keskeinen rooli järjestelmässä on yleislääkäreillä, jotka toimivat hoidon tarpeen arvioijina ja läheteiden kirjoittajina. Ilman lähetettä hoitoa ei kateta vakuutuksesta.

Vakavimmista päihdeongelmista kärsivät, joilla on usein myös monia muita ongelmia, hoidetaan kuntien palveluissa. Palveluihin hakeudutaan kuntien sosiaalitoimen kautta, jossa arvioidaan palvelutarve ja

arvioidaan ja päätetään tarvittavat toimet. Tarve palveluihin on havaittu tyypillisesti esimerkiksi järjestöjen tuottamien matalan kynnyksen palvelujen ja etsivän työn piirissä. Kuntien palveluihin lukeutuvat esimerkiksi kaikkein vaikeimmista päihdeongelmista kärsivien metadoni- ja heroiniavusteinen hoito. Kunnissa toimii myös edellä kuvaillun integroidun mallin mukaisia terveyskeskuksia tai -palveluja, joissa on myös tarjolla tukea asumiseen, toimeentuloon ja työllistymiseen sekä mahdollisuuksia osallistua erilaiseen päivätoimintaan.

Tyypillisimmät päihteet, joiden vuoksi hakeudutaan hoitoon Hollanissa, ovat alkoholi, kannabis ja opioidit. Hollanissa on aloitettu viime vuosina omia hoito-ohjelmia myös crack-kokaiinin käyttäjille ja nuorille kannabiksen käyttäjille. Hollannin erityispiirre Suomeen verrattuna ovat ikääntyvät opioidiriippuvaiset, joille on tarjolla esimerkiksi omia hoitokoteja. Suurimmissa kaupungeissa on panostettu myös asunnottomille päihdeongelmista kärsiville tarjottuun tukeen.

3.5.3 Tahdosta riippumatonta päihdehoitoa koskeva lainsäädäntö

Wvggz-laki

Hollanissa ei ole erillistä tahdosta riippumatonta päihdehoitoa koskevaa omaa lainsäädäntöä. Niin sanottu Wvggz-laki (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg) säätelee tahdosta riippumatonta psykiatrista hoitoa, jonka piiriin luetaan myös riippuvuuskien hoito psykiatrisen DSM-V sairausluokituksen mukaisesti. Vuonna 2020 voimaan tullut laki mahdollistaa laitoshoidon ohella avohoidossa, joko poliklinikalla tai kotona, annettavan tahdosta riippumattoman hoidon.

Wvggz-lain perusteella henkilöä, joka kärsii mielenterveyden häiröstä, voi hoitaa hänen tahdostaan riippumatta viimeisenä keinona, jos vapaaehtoiselle hoidolle ei ole vaihtoehtoja, eikä ole olemassa ns. vähemmän rasittavia vaihtoehtoja, joita voitaisiin käyttää. Henkilöön kohdistettujen tahdosta riippumattomien pakkokeinojen on oltava oikeassa suhteessa pakkokeinon tarkoitukseen nähden ja on myös voitava kohtuudella olettaa, että sovelletut tahdosta riippumattomat keinot ovat tehokkaita henkilön tilanteeseen nähden. Laissa mainitut perusteet hoidolle ovat ensinnäkin henkilöllä olevan mielenterveyden häiriöstä johtuvan kriisitilanteen välttäminen tai vakavan vahingon estäminen. Vakava haitta voi olla sekä terveydellinen että sosiaalinen tai pitää sisällään aineellista tai ruumiillista haittaa tai uhkaa. Muita perusteita hoidolle ovat henkilön mielenterveyden ja fyysisen terveyden vakauttaminen tai palauttaminen siten, että henkilö saa mahdollisimman paljon itsemääräämisoikeuttaan takaisin. Kuten sanottua, tahdosta riippumatonta hoitoa voi kuitenkin soveltaa vain, jos se katsotaan ainoaksi ja tehokkaaksi keinoksi puuttua tilanteeseen ja myös oikein mitoitetuksi toimenpiteeksi suhteessa haittaan.

Päätöksen hoidosta tekee tuomioistuimille sille toimitetun hoitolupa-anomuksen perusteella, jonka tekemiseen osallistuvat syyttäjä ja kaksi psykiatria. Prosessin hoitoluvan saamiseksi voi aloittaa kuka tahansa ottamalla yhteyttä kuntaan. Kunta puolestaan tutkii, onko anomukselle perusteita, ja aloittaa tältä pohjalta hoitoluvan valmistelun. Päihdeongelman tai riippuvuuden hoidossa tahdosta riippumattomalla hoidolla tarkoituksena on varmistaa, että henkilö on raittiina riittävän kauan, jotta hänen tilanteensa, esimerkiksi mahdolliset mielenterveysongelmat, voidaan arvioida luotettavasti.

Vuonna 2020 toteutuneen lakiuudistuksen jälkeen on korostettu, että potilaan tai asiakkaan toiveet ja näkökulmat tulee ottaa tahdosta riippumatonta hoitoa toteutettaessa mahdollisimman hyvin huomioon. Nykyisen lain mukaan henkilöllä on esimerkiksi mahdollisuus vaikuttaa edellä mainitun hoitoluvan toteutumiseen ja raukeamiseen kirjoittamalla sille vaihtoehdoksi oma kirjallinen toimintasuunnitelma, jossa tulee esille potilaan itsensä esittämiä vaihtoehtoja tahdosta riippumattomalle hoidolle. Näitä voivat olla esimerkiksi vapaaehtoiselta pohjalta tapahtuva hoito, kuntoutus tai muu arkielämän tuki, jota tarjotaan esimerkiksi kotiin. Suunnitelman laatimiseen voi osallistua myös omainen, läheinen tai muu tukihenkilö, ja laissa määritellään myös perheitä tukevan ns. luottamushenkilön tehtävät, jonka tarkoitus on auttaa ja tukea potilasta ja hänen omaisiaan kaikkien Wvggz-lain piiriin kuuluvien prosien aikana (12:1§).

Jos potilaan laatima suunnitelma katsotaan riittäväksi, syyttäjä voi luopua hoitoluvan toteuttamisesta. Toisaalta hoitoon ottamisen prosessia voi myös nopeuttaa, jos katsotaan, että tilanteessa on vaara koitua edellä mainittua vakavaa haittaa.

Jos syyttäjä päättää viedä hoitoluvan tuomarin päätettäväksi, se on tehtävä neljän viikon sisällä siitä, kun syyttäjä saa käsiteltäväkseen edellä mainitun hoitolupa-anomuksen. Jos prosessi etenee, tuomari järjestää hoitolupaa koskevan kuulemisen mahdollisimman nopeasti. Asianomaisen ja hänen edustajiensa on oikeus olla paikalla kuulemisessa, ja se voidaan järjestää myös esimerkiksi hoitopaikassa. Päätös hoidosta tulee tehdä kolmen viikon sisällä. Istunnossa tuomari vahvistaa hoitosuunnitelman, mutta voi tehdä siihen myös muutoksia, jos hän esimerkiksi katsoo, että siinä ehdotetut toimenpiteet ovat liian voimakkaita.

Henkilö voidaan määrätä Wvggz-lain mukaiseen tahdosta riippumattomaan hoitoon myös kiireellisesti. Perusteena hoidolle on mielenterveyden häiriöstä – tai ainakin epäilystä mielenterveyden häiriöstä – johtuva kriisitilanne, johon liittyy akuutti riski edellä mainitusta itseen tai toiseen kohdistuvasta vaarasta. Päätöksen tällaisesta hoidosta tekee kunnan pormestari ja sitä varten on oltava riippumattoman psykiatrin tekemä lääkärintodistus, joka perustuu potilaalle tehtyyn tutkimukseen. Päätöksentekoprosessi kestää muutaman tunnin. Odotusaikana on mahdollista turvautua tarpeen vaatiessa pakkolääkitykseen ja muihin rajoittaviin toimenpiteisiin. Tällaista hoitoa voi antaa kuitenkin korkeintaan 18 tuntia kerrallaan. Päätös hoidon jatkamisesta on tehtävä kolmen vuorokauden sisällä.

Wvggz-laki mahdollistaa myös suostumukseen perustuvan tahdosta riippumattoman hoidon yli 16-vuotiaiden kohdalla. Tästä säädetään lain 4. luvussa (De zelfbindingsverklaring). Tällaisissa tapauksissa asianomainen henkilö ja hoitoa tarjoava taho kirjoittavat ns. itsesitoumisilmoituksen (zelfbindingsverklaring), jossa kuvataan, millaisissa olosuhteissa henkilölle on annettava tahdosta riippumatonta hoitoa vakavan haitan välttämiseksi, ja tämän lisäksi hoidon enimmäiskesto, olosuhteet, joissa hoito voidaan lopettaa, ilmoituksen voimassaoloaika sekä läheiset, joihin voi olla tarvittaessa yhteydessä (4:1§). Potilaalla on oikeus saada tukea ilmoituksen tekemiseen, ja riippumattoman asiantuntijaryhmän on myös arvioitava, onko potilas kelpoinen tekemään sopimuksen ja arvioimaan omia etujaan sitä tehdessä. Ilmoituksen hyväksyy kunnan ylilääkäri ja ilmoitus viedään tiedoksi myös syyttäjälle (4:2§).

Kaiken kaikkiaan Hollannissa on pyritty vähentämään tahdosta riippumattoman hoidon käyttöä viimeisen 10 vuoden ajan käynnissä olleen ohjelman avulla, jossa on ollut mukana suurin osa hollantilaisista psykiatrisista sairaaloista. Tässä ei ole kuitenkaan arvioiden mukaan täysin onnistuttu (Vruwink ym. 2021). Tämän lisäksi on pyritty kehittämään psykiatristen sairaaloiden hoitokulttuuria ja hoidon etiikkaa järjestelemällä uudelleen työntekijöiden työskentelytapoja.

Päihdeongelman osalta Hollannin palvelujärjestelmässä on tunnistettu erityinen ryhmä kaikkein vaikeimmin hoidettavia, samanaikaisista päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiviä ja muutenkin sosiaalisesti huonossa asemassa olevia potilaita, jotka sitoutuvat huonosti hoitoon vapaaehtoisesti ja joilla on historiassaan myös toistuvia tahdosta riippumattoman hoidon jaksoja. Vuonna 2007 Pohjois-Hollantiin perustettiin hoitopaikka, johon ohjataan tällaisia potilaita pitkäaikaiseen tahdosta riippumattomaan hoitoon. Tällä tarkoitetaan, että potilaiden liikkumista on jonkin verran rajoitettu ja että potilaat sitoutuvat säännöllisin väliajoin toteutettavaan alkoholin ja huumeiden käytön seurantaan. Hoitopaikka on aidattu, mutta potilailla on mahdollisuus päivittäiseen asiointiin laitoksen ulkopuolella ennalta sovittuina aikoina. Paikassa on myös mahdollisuus kriisityöskentelyyn ja osasto intensiivisempään ja pitkäkestoisempaan tahdosta riippumattomaan hoitoon. Vuodepaikkoja on kaikkiaan 133. Vastaava hoitomallia ei ole tiedossa muualta maailmasta (Kranenberg ym. 2022).

Hoidon perusteena ovat periaatteessa yllä mainitut Wvggz-lain kohdat, mutta hoitopaikkaa perustettaessa todettiin, että hoidosta päätettäessä on otettava huomioon myös potilaiden tausta vaikeasti hoitoon sitoutuvina ja erilaisista vakavista mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivinä ihmisinä. Sisäänottokriteerejä on kaiken kaikkiaan neljä: 1) henkilöllä oleva kaksoisdiagnoosi (tyypillisesti samanaikaiset päihde- ja mielenterveysongelmat), 2) asunnottomuustausta, 3) epäonnistuneet vapaaehtoisen ja tahdosta riippumattoman hoidon jaksot ja 4) itseen tai muihin kohdistuva pysyvän vaaran riski. Tavoitteena hoidossa on parantaa potilaiden elämänlaatua ja toimintakykyä siten, että he tulisivat toimeen vähemmän rajoitetussa hoito- tai asumisympäristössä. Hoidon tarvetta arvioidaan tuomioistuimessa 6–12 kuukauden välein (ks. lisää hoitomallista luku 4).

3.6 Yhteenveto

Edellä on kuvattu selvityksen kohdemaiden päihde- ja mielenterveyspalveluja ja erityisesti tahdosta riippumatonta päihdehoitoa koskevaa lainsäädäntöä ja periaatteita. Tässä yhteenvedossa jäsennetään tarkastelun pohjalta yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia tavoissa, joilla päihdeongelmista kärsiviä ihmisiä hoidetaan ja lähestytään näissä maissa.

Ruotsi erottuu ensinnäkin maana, missä käytetään muihin maihin verrattuna melko paljon tahdosta riippumatonta päihdehoitoa. Tämän lisäksi Ruotsin lainsäädännössä korostuu muita maita enemmän julkisen vallan velvollisuus tarjota aktiivisesti apua päihdeongelmista kärsivälle ja myös puuttua asiaan aktiivisesti, jos asiakkaan tilanne sitä vaatii: esimerkiksi hyvin suurta osa tahdosta riippumatonta päihdehoitoa perustellaan ongelmista kärsivän henkilön tilanteen kriisiytymisellä. Sosiaalihuollolla on muita maita keskeisempi rooli tahona, joka vastaa siitä, että päihdeongelmista kärsivät ihmiset saavat tarvitsemansa avun ja tuen, ja myös tahdosta riippumatonta päihdehoitoa perusteltiin osittain sosiaalisilla syillä. Järjestelmästä käydyissä keskusteluissa terveydenhuollon roolia on pidetty edelleen paikoittain liian pienenä, mutta tähän oli ryhdytty panostamaan esimerkiksi alkoholiongelmiin puuttumiseen osalta.

Norjassa ja Tanskassa voimassa oleva lainsäädäntö mahdollistaa tahdosta riippumatonta päihdehoidon käytön tietyillä edellytyksillä, mutta mahdollisuutta sovelletaan melko harvoin (Norja) tai ei lainkaan (Tanska). Maissa oli panostettu sen sijaan vapaaehtoiselta pohjalta toteutettujen palvelujen kehittämiseen ja hoitoon pääsyn helpottamiseen ja nopeuttamiseen. Norjassa on ehdotettu tahdosta riippumattomasta hoitoa koskevan lainsäädännön yhdistämistä ja myös hoitoon liittyvän suostumusperustan entistä tarkempaa arviointia. Tahdosta riippumattoman päihdehoidon osalta on ehdotettu suostumukseen perustuvan tahdosta riippumattoman hoidon kehittämistä ja sen ensisijaisuutta muihin lain mahdollistamiin tahdosta riippumattoman hoidon muotoihin nähden (NOU 2019). Poikkeuksellista muihin verrattuna Norjaassa oli mahdollisuus määrät raskaana oleva tahdosta riippumattomaan hoitoon sikiön terveysvaaran perusteella, johon turvaututtiin muutaman kymmenen kertaa vuodessa. Tanskassa oli mahdollista vain raskaana olevien suostumukseen tai sopimukseen perustuva tahdosta riippumattoman päihdehoito, mutta mahdollisuutta ei sovellettu.

Englannin ja Hollannin palvelujärjestelmät näyttäytyivät tarkastelussa hajautuneina järjestelminä Pohjoismaihin verrattuna. Lainsäädäntö säätelee palveluja vain melko yleisellä tasolla. Esimerkiksi Englannissa päihdepalveluja ohjataan lainsäädännön sijasta erilaisin laadunvalvontamekanismein- ja mittarein ja yhteistyösopimuksin, jotka palveluja tilaavat julkiset tahot solmivat palveluja tuottavien yritysten tai muiden tahojen kanssa. Hollannissa järjestelmä perustuu pakollisiin vakuutuksiin, joiden puitteissa kansalaisten on mahdollista hakeutua valitsemaansa palveluun, joita tuottavat monet eri toimijat. Kummassakaan maassa ei ollut erillistä tahdosta riippumatonta päihdehoitoa koskevaa lainsäädäntöä tai pykälää, mutta molempien maiden mielenterveyslaki mahdollisti myös päihderiippuvuuden tai siihen liittyvien seurausten tahdosta riippumattoman hoidon. Hollannin järjestelmän erikoisuus oli myös mahdollisuus pitkäkestoiseen, useamman vuoden kestoiseen tahdosta riippumattomaan hoitoon niiden henkilöiden kohdalla, joilla oli taustallaan pitkäkestoisia ja uusutuvia päihde- ja mielenterveysongelmia, väkivaltaa ja asunnottomuutta.

Liitteeseen 1 on koottu yhteen keskeisiä tahdosta riippumatonta päihdehoitoa sääteleviä lain kohtia ja periaatteita eri maiden lainsäädännössä. Tarkastelluista maista Tanska vertautuu Suomeen siinä mielessä, että maassa oli tahdosta riippumattomasta päihdehoitoa koskevaa lainsäädäntöä, jota ei kuitenkaan sovelleta. Ruotsin ja Hollannin mallissa poikkeuksellista Suomeen verrattuna oli pitkäkestoisen tahdosta riippumattoman hoidon mahdollisuus -ja myös lainsäädännön soveltaminen käytännössä. Norjassa lainsäädäntö mahdollisti erilaisia tahdosta riippumattoman hoidon muotoja, mutta hoidon kriteerit ovat melko korkeat ja tahdosta riippumattomaan hoitoon turvaututtiin melko harvoin. Norjassa ja Hollannissa kiinnostavaa oli myös suostumukseen perustuvan hoitotahdosta riippumattoman hoidon mahdollisuus, joista varsinkin Norjassa toteutettava malli on ollut esillä myös Suomessa käydyssä keskustelussa lainsäädännön uudistamisesta. Kriteerit tällaiset sopimuksen tekemiselle ovat kuitenkin melko korkeat, ja kyseessä on edelleen melko harvinainen hoitomuoto.

Suomalaisen lainsäädännön kehittämisen kannalta mielenkiintoista tarkastelussa oli myös kohdemaisissa viime vuosina tehty päihdepalvelujen kehittämistyö, joka näkyi myös lainsäädännössä tai siitä käytävästä keskustelusta. Esimerkiksi Tanskassa sosiaalihuoltolakiin oli tuotu mukaan uusia tapoja työskennellä päihdeongelmista kärsivien ihmisten kanssa, kuten hoitotakuun tiivistäminen, palvelusuunnitelman laadinta ja

aktiivinen seuranta, sekä motivoivaan hoito-otteeseen pohjautuvan lahjakortin mahdollisuus. Norjassa oli panostettu riippuvuuden hoitoon omana erikoissairaanhoidon alueenaan, ja myös sitä koski hoitotakuu ja valinnanvapaus hoitopaikan suhteen, josta säädettiin erillisissä potilas- ja käyttäjäoikeuslaissa. Molempien maiden palvelujärjestelmässä korostettiin myös yleislääkäreiden keskeistä roolia varsinkin lievien päihdeongelmien hoidossa ja hoitoon eteenpäin ohjaavina tahoina. Tavoitteena oli, että kaikilla olisi mahdollisimman helppo pääsy ja kiinteä kontakti omalle yleislääkärille, joka oli mahdollisuus valita kunnan ylläpitämältä lääkärilistalta.

Englannissa ja Hollannissa osallisuuden ja palvelujen saavutettavuuden osalta korostettiin keskeisinä periaatteina valinnanvapautta. Myös näissä maissa yleislääkäreillä oli keskeinen rooli hoidossa ja pääsy lääkärille oli pyritty tekemään mahdollisimman helpoksi. Englannissa yleislääkäreillä oli esimerkiksi mahdollisuus antaa katkaisu- ja korvaushoitoa ja hoito oli maksutonta. Hollannissa yleislääkäri hoiti lieviä päihdeongelmia ja ohjasi potilaita tarvittaessa eteenpäin hoitoon erikoistuneille päihdeklinikoille. Yleislääkärikäynnit sisältyivät vakuutukseen. Erikoistunut hoito oli mahdollista kattaa vakuutuksesta vain, jos yleislääkäri oli ensin arvioinut potilaan. Vakavimmista ongelmista kärsivien palvelut järjestettiin Hollannissa omassa, kuntien vastuulla olevassa järjestelmässä. Hoidon lisäksi palveluissa pyrittiin tarjoamaan apua työllistymiseen ja asumiseen integroidun mallin mukaisesti ja palveluja oli tarjolla siihen tarkoitetuista matalan kynnyksen keskuksista. Liitteeseen 2 on koottu tiivistetysti yhteen kohdemaiden työnjakoa päihdepalvelujen ja -hoidon järjestämisessä ja tyypillisiä tapoja huolehtia asiakkaiden osallisuudesta ja vaikutusmahdollisuuksista hoitoa ja palveluja toteutettaessa.

Päihdeongelmista kärsiviä hoidettiin kaikissa maissa myös psykiatrisen tahdosta riippumattoman hoidon piirissä, ja keskeinen haaste palvelujen järjestämisessä ja kehittämisessä olivat kaikissa maissa samanaikaisista päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivät ihmiset, joilla ongelmiin liittyi myös erilaista sosiaalista huono-osaisuutta. Ruotsissa tahdosta riippumatonta lainsäädäntöä on ehdotettu yhdistettäväksi, jotta varsinkin päihdeongelmiin liittyviin psykiatrisiin häiriöihin olisi mahdollista saada nykyistä tarkoituksenmukaisempaa apua ja että ne tunnistettaisiin paremmin (SOU 2021). Kuten edelläkin tuli esille, tahdosta riippumattoman lainsäädännön yhdistämistä ja tahdosta riippumattoman hoidon kriteerien uudistamista on esitetty myös Norjassa (NOU 2019). Hollannin lainsäädännössä riippuvuus nähtiin psykiatriseksi häiriöksi, jota oli mahdollista hoitaa tahdosta riippumattomasti samoilla perusteilla kuin muita psykiatrisia häiriöitä. Varsinkin vakavista ja kroonistuneista samanaikaisista päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiviä ihmisiä oli mahdollista ottaa tahdosta riippumattomaan hoitoon jopa useaksi vuodeksi kerrallaan. Englannissa samanaikaisista päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden katsotaan tällä hetkellä jäävän alueellisella tasolla järjestettävien mielenterveyspalvelujen ja paikallisella tasolla järjestettävien päihdepalvelujen väliin ja palvelujen välinen yhteistyö ja koordinaatio on nostettu maassa joulukuussa 2021 julkaistun uuden päihdestrategian yhdeksi kehittämiskohteeksi.

Toinen ryhmä, jonka palveluihin oli panostettu kaikissa maissa, olivat nuoret. Ruotsissa vakavista päihdeongelmista kärsiviä nuoria ohjataan tahdosta riippumattomasti valtion ylläpitämiin LVU-koteihin, ja järjestelmää pidetään edelleen toimivana. Toimintaan on otettu kuitenkin mukaan motivoivia elementtejä ja panostusta on lisätty varsinkin hoidon alkuvaiheeseen. Tavoitteena on ollut muun muassa lyhentää hoitoaikojia. Myös Tanskassa on pyritty lisäämään motivoivia tekijöitä varsinkin nuorten hoitoon. Englannissa tavoitteena on ohjata päihdeongelmista kärsiviä nuoria tulevana vuosina aikaisempaa enemmän päihdehoidon piiriin ja pyrkiä näin estämään riippuvuuden syntyminen.

Muita kaikkien maiden strategioissa esiintyviä kehittämistavoitteita olivat palvelujen saatavuuden helpottaminen, hoidon kokonaisvaltaisuus ja yksilöllisten tarpeiden huomioiminen sekä tarjolla olevien hoitovaihtoehtojen monipuolisuus. Toisaalta samanaikaisesti korostettiin näyttöön perustuvien menetelmien ensisijaisuutta.

Selvityksessä ei ole tarkasteltu verrokkimaiden eroja päihteiden käytössä. Yleisesti voi todeta, että varsinkin Englannissa, Hollannissa ja Tanskassa käydyssä keskustelussa näkyy Suomea enemmän kokaiinin ja crack-kokaiinin käyttö osana nuorten aikuisten juhlimiskulttuureita, ja tämä näkyy myös hoitopalvelujen sisällöissä. Palveluja pyritään myös tarjoamaan joustaviin aikoihin ihmisille, jotka ovat työelämässä. Myös Norjassa puhutaan yhä enemmän stimulanttien aiheuttamista ongelmista opioidiriippuvuuden hoidon rinnalla. Toisaalta palvelujärjestelmät eivät ole ainekeskeisiä, vaan niissä hoidetaan riippuvuutta, eikä tietyn

aineen aiheuttamaa ongelmaa. Sekä tahdosta riippumattomassa päihdehoidossa että psykiatrisessa tahdosta riippumattomassa hoidossa on korostunut 2000-luvun alkupuolelta lähtien huumeongelmista kärsivien osuus varsinkin nuorissa ikäryhmissä. Vanhimmissa ikäryhmissä syynä hoitoon on kuitenkin edelleen alkoholi.

4 Tahdosta riippumattomaan päihdehoitoon liittyviä tutkimustuloksia selvityksen kohdemaissa

Tahdosta riippumattoman päihdehoidon tuloksista ja vaikutuksista ei ole olemassa paljoa tutkimuksia Pohjoismaissa, eikä muissakaan maissa. Tässä luvussa tarkastellaan seitsemää tutkimusta, joissa on seurattu hoidon vaikutuksia hoidossa olleiden päihteiden käyttöön, yleiseen elämäntilanteeseen ja hyvinvointiin hoitajakson jälkeen. Tutkimukset on tehty Ruotsissa ja Norjassa ja Hollannissa. Seuranta-ajat ovat vaihdelleet puolesta vuodesta useampaan vuoteen. Kyseessä ei ole systemaattinen katsaus, vaan tutkimukset on otettu mukaan esimerkkeinä. Varsinkin tahdosta riippumattomasta päihdehoitoa koskevia seurantatutkimuksia on olemassa ylipäätään vähän ja osa tehdyistäkin tutkimuksista on julkaistu yli kymmenen vuotta sitten. Moni tutkimuksista on tehty myös rikosoikeudellisen prosessin kautta hoitoon päätyneiden piirissä, joka on esimerkiksi hoitoon hakeutumisen motiivien osalta hieman erilainen potilasryhmä kuin sosiaali- ja terveydenhuollon kautta hoitoon tulleet ihmiset (keskustelusta esim. Pasareaunu 2019).

4.1 Yleistä tahdosta riippumattomasta päihdehoidosta

Lainsäädäntö mahdollistaa tahdosta riippumattoman päihdehoidon monissa maissa. Lainsäädäntö sijoittuu joko sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön tai rikoslainsäädäntöön (Werb ym. 2016; Israelsson ym. 2011). Maailman terveysjärjestö WHO suosittaa, että tahdosta riippumattomasta päihdehoidosta säädettäisiin sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevassa lainsäädännössä ja että sitä annettaisiin hoidollisin perustein, mutta suuressa osassa maissa lainsäädäntöä löytyy edelleen rikoslaista. Rikoslakia tahdosta riippumattomaan hoitoon soveltavien maiden osuus on jopa kasvanut varsinkin huumeiden käyttöön liittyvän hoidon osalta (Werb. 2016).

Tahdosta riippumaton hoito jakautuu tyypillisesti akuuttiin lyhytaikaiseen ja pidempiaikaiseen kuntouttavaan hoitoon. Hoitoa perustellaan erilaisilla eettisillä perusteilla, jotka vaikuttavat hoidon pituuteen ja sisältöön. Yleisimmät perustelut ovat paternalistinen ja preventiivinen, joista paternalismia on pidetty tyypillisenä sosiaalihuollon lainsäädännön alle sijoittuvana hoidon perusteluna ja preventiivistä mielenterveyslain alle sijoittuvan hoidon perusteluna (Israelsson ym. 2015). Tässä selvityksessä tarkastelluista maita Ruotsin tahdosta riippumattoman päihdehuollon mallia voisi kutsua paternalistiseksi, sillä siellä perustelu hoidolle on sosiaalihuoltolakiin kirjatussa yksilön suojelemisessa. Myös Hollannin hoitomallissa oli merkkejä tällaisesta ajattelutavasta varsinkin kaikkein vakavimista ongelmista kärsivien kohdalla, joita oli mahdollista ottaa hyvin pitkäkestoiseenkin hoitoon, ja tavoitteena oli yhteiskuntaan integroituminen. Muissa tarkastelluissa maissa eettinen perustelu hoidolle oli pikemminkin preventiivinen, ja hoidolla pyrittiin estämään tilanteen paheneminen. Hoidon pituuteen perustelut vaikuttavat muun muassa siten, että preventiivinen hoito on lyhytkestoisempaa kuin paternalistisin perustein annettu, jossa tavoitteena ei ole pelkästään akuutin tilanteen korjaaminen vaan pysyvämpi kuntoutuminen (Israelsson ym. 2015).

Tulokset tahdosta riippumattomasta päihdehoidosta ovat olleet ristiriitaisia. Vuonna 2016 julkaistussa kirjallisuuskatsauksessa (Werb ym. 2016) tahdosta riippumaton hoito oli vaikuttanut positiivisesti hoidossa olevien elämäntilanteeseen hoidon jälkeen kahdessa tutkimuksessa yhdeksästä. Toisessa oli seurattu hoidettavien uusintarikollisuutta, joka oli vähentynyt selvästi kahden vuoden seurannassa. Toisessa kyseessä oli huumeidenkäyttö, joka oli vähentynyt selvästi viikon seurannassa. Mukana katsauksessa oli myös yksi ruotsalainen tutkimus, jossa oli seurattu tahdosta riippumattomassa päihdehoidossa olleita naisia, joilla oli todettu persoonallisuushäiriö (Jansson ym. 2008). Suurimmalla osalla tarkastelluista naisista esiintyi rikollisuutta vuoden jälkeen hoidosta, joka oli yhteydessä erityisesti opioidien käyttöön (emt.). Werb ym. (emt.) kysyvätkin, ovatko vaatimattomat tulokset peruste turvautua hoitomuotoon, johon liittyy eettisiä ongelmia ja lisäksi riski vakaviin ihmisoikeusrikkomuksiin (tahdosta riippumattoman hoidon kritiikistä ks. myös Udwadia &

Illes 2021; Bazazi 2018; Raffal 2018). Katsauksen puutteena on kuitenkin pidetty sitä, ettei siihen ollut sisällytetty päihteidenkäytön ja uusintarikollisuuden lisäksi muiden elämänalueiden seuranta (Pasareanu 2019).

Ruotsalaisten tutkijoiden tekemien systeemaattisten kirjallisuuskatsausten (Gerdner & Berglund 2011; Lindahl & Tonnesen 2013) perusteella tahdosta riippumaton päihdehoito lisää todennäköisyyttä, että potilas pysyy hoidon piirissä sekä hoitajakson että sen jälkeisen seurannan ja jälkihoidon ajan. Katsauksessa mukana olleissa tutkimuksissa tahdosta riippumattoman hoidon tulokset olivat myös yhtä hyvät tai hieman paremmat kuin vapaaehtoisesti hoidettujen piirissä. Tahdosta riippumaton päihdehoito vaikutti vähentävän myös päihteisiin liittyviä kuolemia. Hoidon laadukas toteutus vähensi negatiivisia kokemuksia hoidosta.

Tahdosta riippumatonta päihdehoitoa Ruotsissa tutkinut Reitan (2013) on korostanut, ettei eri maissa toteutettua tahdosta riippumatonta päihdehoitoa ja sen tuloksia ja toteutustapoja voi vertailla suoraan keskenään. Joissakin maita hoitoa toteutetaan vankilamaisissa, epäinhimillisissä ja valvomattomissa olosuhteissa ja hoitoon liittyy paljon ihmisoikeusrikkomuksia. Myös hoitomenetelmät ovat epäeettisiä. Esimerkiksi Ruotsissa tahdosta riippumaton päihdehoito on taas tarkasti valvottua ja potilaan oikeuksien kunnioittaminen on tärkeä osa sekä hoitoon määräämisen prosessia että hoidon toteutusta.

Tässä selvityksessä tarkastelluista tutkimuksista tahdosta riippumaton päihdehoito ei ollut hyödyttänyt kaikkia tutkittavia yhdessäkään tutkimuksista. Osassa tutkimuksista tahdosta riippumattoman hoidon tulokset olivat heikommat kuin vapaaehtoisessa hoidossa, jonka piirissä oleviin tahdosta riippumattomassa päihdehoidossa olleita verrattiin. Toisaalta tutkimuksissa katsottiin, että hoidon tulokset on suhteutettava tahdosta riippumattomasti hoidettavien lähtötilanteeseen, joka on usein äärimmäisen huono. Tällöin myös pientä parannusta elämänlaatuun voi pitää hyvänä tuloksena (esim. Pasareanu 2019).

Ruotsissa tahdosta riippumattomaan LVM-hoitoon liittyy viimeaikaisen tutkimuksen mukaan hoidossa olleiden kuolleisuutta varsinkin hoidon päättymistä seuraavien viikkojen aikana (Ledberg & Reitan 2022). Kuolleisuus on yhteydessä sosiaalisiin ongelmiin, mutta keskustelua on käyty myös siitä, onko tahdosta riippumaton päihdehoito ollut tarkoituksenmukaista ja laadukasta näiden ihmisten kohdalla (Storbjörk 2018). Kaiken kaikkiaan, kuten seuraavaksi tarkastelluissa tutkimuksissakin tulee esille, jälkihoidolla katsotaan olevan suuri merkitys hoitotuloksiin. Myös osallistuminen itsehoitoryhmiin on positiivinen hoitotuloksia parantava tekijä, samoin perheellisyys, oma asunto ja jokin psykiatrinen diagnoosi, jos sairauteen saadaan hoitoa.

4.2 Selvityksessä tarkastellut tutkimukset

Tätä selvitystä varten tarkasteltiin seitsemää tutkimusta, joissa oli seurattu tahdosta riippumattoman päihdehoidon vaikuttavuutta hoitajakson jälkeen. Tutkimukset olivat Norjasta ja Ruotsista ja Hollannista ja ne oli julkaistu viimeisen kymmenen vuoden aikana. Kyseessä olivat tieteellisen verrtaisarvioprosessin läpikäyneet tutkimukset tai opinnäytetyöt. Kriteerinä tutkimusten ottamiseen mukaan tähän selvityksiin oli, että niissä tarkasteltiin hoidon vaikuttavuutta ja tuloksia. Tutkimusten seuranta-ajat vaihtelivat puolesta vuodesta useampaan vuoteen. Hoidossa olleiden hoitoajat vaihtelivat 3–6 kuukauden välillä lukuun ottamatta Hollannissa tehtyä tutkimusta, jossa osa potilaista oli hoidon piirissä koko tutkimuksen nelivuotisen keston ajan. Yksi tutkimuksista (Opsal 2013) oli poikkileikkaustutkimus.

Ruotsista tarkasteltavana oli neljä tutkimusta. Larssonin & Leiniön (2012) rekisteritutkimuksessa oli seurattu tahdosta riippumattomassa päihdehoidossa vuosina 1999–2003 olleita (N=4 341) vuoden ajan hoidosta. Friedellin ym. (2009) rekistereitä ja haastatteluja yhdistelevässä tutkimuksessa oli seurattu hoidossa olleita naisia (N=132) viisi vuotta hoidon jälkeen. Reitanin ja Wedingn tutkimuksessa (2012) tarkasteltavana olivat raskaana olevat naiset, jotka olivat olleet tahdosta riippumattoman hoidon piirissä vuosien 2000–2009 välisenä aikana. Vuonna 2017 julkaistussa Multifunc-tutkimuksessa (Socialstyrelsen 2017) seurattiin LVU-kodeissa olleita nuoria (N=80) kaksi vuotta hoidon jälkeen ja vertailtiin kahta erilaista hoidossa olleiden ryhmää: niitä, jotka olivat olleet ns. perinteisessä LVU-hoidossa (n=40) ja niitä, joiden hoidossa oli sovellettu Multifunc-menetelmää (n=40).

Norjasta tarkasteltiin kahta tutkimusta. Opsalin (2013) artikkeliväitöskirjassa tarkasteltiin päihteiden käyttöön liittyviä tahdosta riippumattoman hoidon jaksoja, jotka olivat toteutuneet joko silloisen sosiaalihuoltolain tai mielenterveyslain perusteella. Kahdessa osatutkimuksessa tutkittavat oli otettu hoitoon

mielenterveyslain perusteella ja yhdessä silloisessa sosiaalihuoltolaissa olleiden pykälien perusteella, jotka vastaavat luvussa 4.2.2 esitettyä nykyistä tahdosta riippumatonta päihdehoitoa koskevaa lainsäädäntöä Norjassa. Tavoitteena tutkimuksessa oli muun muassa selvittää, mitkä yksilöillä olevat tekijät olivat yhteydessä tahdosta riippumattomiin hoitajaksoihin. Pasareaunun (2019) tutkimuksessa seurattiin kuuden kuukauden ajan 123 potilasta, jotka olivat olleet tahdosta riippumattoman päihdehoidon piirissä vuosina 2009–2011.

Hollannista tarkasteltiin yhtä tutkimusta, jossa oli seurattu pitkäaikaisessa tahdosta riippumattomassa hoidossa olevia (N=165) ja hoidon vaikutuksia neljän vuoden ajan (Kranenberg ym. 2021: 2019). Tutkimuksessa yhdistettiin havainnointia ja haastatteluita ja hoidon vaikuttavuutta ja tuloksia seurattiin myös erilaisten hoidossa käytettävien mittareiden avulla. Yksi tutkimuksen osa-alue koski potilaiden elämänlaatua ja sen arviointia.

4.3 Keskeiset tulokset

Larssonin ja Leiniön (2012) tutkimuksessa kysyttiin, onko tahdosta riippumattomalla hoidolla pystetty tavoitteiden mukaisesti katkaisemaan päihteiden käyttö, vai jatkuuko käyttö ja siihen liittyvät ongelmat. Toinen kysymys oli, millainen oli tarkasteltavana olevien hoidettujen kuolleisuus. Otoksessa oli 4 341 henkeä, joista 1 298 oli naisia ja 3 048 miehiä. Heistä noin puolet (44 %) oli tahdosta riippumattoman päihdehoidon piirissä ensimmäistä kertaa. Tutkittavien seuranta perustui erilaisiin rekisteritietoihin. Seuranta-aika oli vuosi hoidon päättymisestä.

Tutkimuksessa viidesosa (20 %) tutkittavista palasi tahdosta riippumattomaan päihdehoitoon vuoden sisällä hoidosta. Sairaanhoidon piirissä oli ollut vuoden sisällä 65 prosenttia seurantaan osallistuneista henkilöistä. Noin 60 prosenttia heistä oli ollut sairaalahoidossa alkoholin- tai huumeiden käytön vuoksi. Muita syitä olivat onnettomuudet, itsemurhayritykset, psykiatrinen häiriö tai joku somaattinen sairaus. Noin puolet oli ollut epäiltynä rikoksesta vuoden seuranta-ajan jälkeen hoidosta. Neljäsosa heistä epäiltiin huumausainerikoksista, nuorimmista hoidossa olleista lähes puolta. Kaiken kaikkiaan 69 prosentilla tutkimuksessa seuratuista oli jokin rekisterimerkintä, jonka perusteella saattoi päätellä, että päihteiden käyttö jatkui vuoden hoidon päättymisen jälkeen. Suurimmalta osalta, 3 900 henkilöltä, löytyi merkintä tuloja koskevasta LISA-rekisteristä. Heistä joka viidennellä oli merkintä palkkatuloista 12 kuukauden seurannassa. Loput saivat erilaisia tukia ja heidän tulotasonsa oli merkittävästi alhaisempi koko väestöön verrattuna. Varsinkin nuorimpien hoidossa olleiden toimeentulo oli huono. Suurin osa tutkittavista asui yksin. Seurannassa mukana olleista 4341 henkilöstä 27 menehtyi jo hoidon aikana ja 230 henkilöä kuoli vuoden seuranta-ajan aikana. Kuolemista 70 prosenttia liittyi päihteisiin. Miesten kuolleisuus oli hieman suurempaa kuin naisilla ja nuorten suurempaa kuin vanhempien hoidossa olleiden.

Tutkijoiden mukaan tulokset vastasivat aikaisempien tutkimusten tuloksia siitä, että osalla tahdosta riippumattomasti hoidetuista tilanne paranee jollakin tapaa, mutta monella päihteiden käyttö ja siihen liittyvät ongelmat jatkuvat ja osa tulee tahdosta riippumattoman hoidon piiriin jossain vaiheessa uudestaan. Rekistereihin perustuvan seurannan ongelmaksi katsottiin se, että sen perusteella ei voinut sanoa, mitä oli tapahtunut niille, joista ei ollut tietoa rekistereissä. Rekistereistä ei saanut myöskään tietoa siitä, millaista heidän päihteiden käyttönsä oli.

Friedellin ym. (2009) tutkimuksen seuranta-aika oli viisi vuotta ja siinä oli seurattu sekä LVM-kodeissa olevia aikuisia naisia että LVU-kodeissa olevia alaikäisiä tyttöjä. Otoksen koko oli yhteensä 132 henkilöä. Tutkittavista 35 prosenttia oli ollut käyttämättä päihteitä viiden vuoden seuranta-ajan jälkeen viimeisen vuoden ajan ja 31 prosenttia oli ollut vähintään kaksi vuotta raittiina. Kolmetoista prosenttia (13 %) oli ollut päihteettömiä koko seuranta-ajan. Noin joka viides LVM-kodeissa olleista ja joka kolmas LVU-kodeissa olleista oli työssä tai opiskeli, kun hoidon päättymisestä oli kulunut viisi vuotta. Rikollisuus laski selvästi hoitajakson jälkeen ennen ja jälkeen hoidon toteutuksessa kahdeksan vuoden seurannassa. Hoidettavien kuolleisuus oli 5.3 kertaa korkeampaa koko väestöön verrattuna, LVM-hoidossa suurempaa kuin nuoremmilla LVU-hoidossa olleilla. Kaikien kaikkiaan LVM- ja LVU-hoidolla katsottiin kuitenkin olleen positiivisia vaikutuksia monille tutkittavista. Varsinkin nuorempien hoidettavien kohdalla tutkimuksen katsottiin osoittavan, että varhaisessa vaiheessa annettulla hoidolla oli positiivinen vaikutus hoidon piirissä olleiden päihteiden käyttöön ja elämäntilanteeseen. Tärkeänä pidettiin hoidon jatkumista tahdosta riippumattomasti toteutetun

hoitojakson jälkeen. Tätä toivoivat myös tutkittavat heille tehdyissä haastatteluissa. Erilaiset psykiatriset ja persoonallisuushäiriöt heikensivät hoitotuloksia, ja tutkimuksessa todettiin, että sama hoito ei välttämättä sopinut kaikille. (Friedell ym. 2009).

Socialstyrelsenin (2017) Multifunc-tutkimuksessa seuranta-aika oli kaksi vuotta, ja tarkoituksena oli tarkastella etenkin Multifunc-terapiaohjelman vaikuttavuutta LVU-kodeissa olleiden nuorten päihteiden käyttöön ja elämäntilanteeseen. Tulosten perusteella Multifunc-metodilla saadut hoitotulokset olivat melko samanlaisia kuin vertailtavana olleesta perinteisestä LVU-hoidosta saadut. Hoito oli kuitenkin tutkimuksen johtopäätösten mukaan kustannustehokkaampaa, sillä Multifunc-ryhmässä olleet nuoret käyttivät vähemmän laitoshoidon palveluja LVU-hoitojakson jälkeen. Seurantajakson aikana hoitoon palasi takaisin noin kolmasosa ohjelmassa hoidetuista nuorista, mikä oli vähemmän kuin perinteisessä LVU-hoidossa olleiden kohdalla. Kaksi kolmasosaa Multifunc-ohjelmaan osallistuneista jatkoi hoitoa LVU-hoidon jälkeen avohoidossa, pojat useammin kuin työt. Myös muun tuen tarve jatkui suurimmalla osalla. Kahden vuoden seurannassa puolet hoidetuista oli palannut jonkin ympärivuorokautisen hoidon tai tuen piiriin. Kahdella kolmesta oli merkintä rikoksesta kaksi vuotta LVU-sijoituksen jälkeen. Valta-osa näistä oli pojilla. Tyypillisimmät rikokset olivat väkivalta- ja huumerikoksia. Joka viides hoidettavista oli ollut suljetussa psykiatrisessa hoidossa kahden vuoden seuranta-aikana. Heistä suurin osa oli tyttöjä. Muutama oli ollut hoidettavana psykiatrisessa tahdosta riippumattomassa hoidossa päihdeongelman vuoksi. Tutkimuksen johtopäätöksissä nostetaan esille tarve kehittää laitostuntoutushoidon ja tahdosta riippumattoman hoidon sisältöjä näyttöön perustuvaan tutkimukseen perustuen. Näyttö hoidosta lisäisi tutkijoiden mukaan muun muassa LVU-hoidon eettisyyttä, sillä kyseessä on usein merkittävä interventio nuorten ja heidän perheittensä elämään. Toinen johtopäätös koski poikien ja tyttöjen erilaisuutta potilaina. Pojilla ongelmallinen päihteidenkäyttö yhdistyi usein rikollisuuteen. Tyttöjen päihteiden käytön taustalla oli taas useimmiten psykiatrisia ongelmia. Tutkimuksessa pohdittiinkin sitä, hyötyivätkö varsinkaan tytöt riittävästi nykyisestä LVU-hoidosta.

Reitanin ja Wedingin (2012) tutkimuksen kohderyhmänä olivat tahdosta riippumattoman hoidon piirissä vuosien 2000–2009 aikana raskaana olleet naiset. Tutkimuksessa oli mukana 150 naista. Lainsäädäntö ei mahdollista Ruotsissa raskaana olevan tahdosta riippumatonta päihdehoitoa sikiön suojelemiseksi, mutta raskaana olevia hoidetaan tahdosta riippumattomasti esimerkiksi heidän oman terveytensä suojelemiseksi. Reitanin tutkittavista suurin osa, 125 henkilöä, oli raskaana tullessaan hoidon piiriin eli heidän raskautensa oli viranomaisen tiedossa. Loppujen kohdalla raskaus ilmeni hoidon aikana. Hoidossa olleiden naisten keski-ikä oli 28 vuotta. Nuorin naisista oli 18-vuotias, vanhin 45-vuotias. Päihteiden käyttö muistutti nuorempien LVM-hoidossa olevien päihteiden käyttöä: kyseessä oli useimmiten pistämällä tapahtuva sekakäyttö ja tyypillisemmät käytetyt aineet olivat opiaatit, stimulantit ja bentsodiatsepiinit. Suurin osa tutkittavista oli toimeentulotuen saajia. Suurin osa oli parisuhteessa, ja useimmiten myös tutkittavan kumppani käytti päihteitä. Monilla naisista oli sekä erilaisia psykiatrisia että somaattisia sairauksia ja myös hyväksikäytön kokemuksia. Osa oli myös itse syyllistynyt väkivaltaan. Hoidettavilla oli hoitoon tullessa meneillään keskimäärin 21 raskausviikko. Tutkittavia oli kuitenkin tasaisesti kaikilta raskauskolmanneksilta. Raskauksista 60 prosenttia johti synnytykseen. Yhteensä 40 henkilön kohdalla raskaus päättyi aborttiin. Abortit tapahtuivat useimmiten LVM-hoidon aikana ja keskimäärin 13. raskausviikolla. Myös synnytyksistä suurin osa tapahtui LVM-hoidon aikana. Hoito jatkui tästä joko jatkohoitoon lapsen kanssa, omaan kotiin lapsen kanssa, äidin hoitona ja lapsen huostaanottona tai lapsen huostaanottona äidin palatessa kotiin. Tutkijoiden mukaan tutkimuksen tulokset osoittavat, että raskaana olevat päihdeongelmista kärsivät naiset ovat usein monella tapaa huonokuntoisia ja huono-osaisia, ja heidän hoidon tarvettaan voi perustella raskaana olevan oman hyvinvoinnin suojelulla ja siten myös olemassa olevalla lainsäädännöllä. Sikiön suojelemisen lisääminen hoidon perusteeksi, josta on ajoittain keskusteltu Ruotsissa, ei toisi välttämättä mukanaan suurta muutosta tilanteeseen. Ruotsalaisessa keskustelussa sikiön suojelu hoidon perusteena on nähty ongelmallisena muun muassa siksi, että ei ole olemassa selkeää rajaa sille, mikä määrä päihteitä on sikiölle vahingollista. Toinen keskeinen perustelu on ollut, että sikiön hyvinvoinnin suojelu ei voi ohittaa äidin itsemääräämisoikeutta hoidon perusteena.

Norjalaisista tutkimuksista Opsalin tutkimuksessa (2013) näkyivät vahvasti päihteiden käyttöön liittyvät psykiatriset ongelmat. Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella päihteiden käytön yhteyttä sekä mielenterveyslain että tahdosta riippumatonta päihdehoitoa koskevien sosiaalihuoltolain säädösten perusteella tapahtuneisiin hoitojaksoihin. Keskeinen kysymys oli, liittyikö tahdosta riippumattomiin hoitajaksoihin joitakin

toistuvia taustatekijöitä, kuten sosio-demografiseen taustaan, sukupuoleen tai diagnostisiin seikkoihin liittyviä tekijöitä. Tutkimus käsitti kaikkiaan kolme osahanketta.

Tutkimuksen ensimmäinen osa-aineisto kerättiin osana laajempaa akuuttiin psykiatriseen hoitoon liittyvää norjalaista tutkimushanketta vuosina 2005–2006. Aineiston keruu kesti kolme kuukautta, jonka aikana kerättiin potilas- ja sisäänottotiedot kaikista tuona aikana psykiatriseen sairaalaan sisäänotetuista henkilöitä (N=3 506). Näistä potilaista kaiken kaikkiaan 35 prosenttia oli otettu hoitoon vastoin tahtoa mielenterveyslain perusteella. Heistä päihteitä käyttäviä oli kaikkiaan 30 prosenttia (N=361).

Toinen Opsalin osa-aineistoista kerättiin yhdestä psykiatrisesta sairaalasta. Tutkittavana olivat henkilöt, jotka oli otettu hoitojaksolle sairaalaan ensimmäistä kertaa psykoosin vuoksi vuosien 2002–2005 välisenä aikana. Heistä mukaan tutkimukseen otettiin potilaita, joilta oli saatu suostumus tutkimukseen ja, jotka täyttivät myös muita tutkittaville asettuja kriteerejä, kuten riittävän älykkyysosamäärän tai neurologisten oireiden puutteen. Alkuperäinen tutkimusjoukko käsitti 166 henkilöä, joista lopulliseen tutkimukseen otettiin mukaan 104 henkilöä. Poisjääneet eivät joko täyttäneet tutkimuksen kriteereitä tai he kieltäytyivät tutkimuksesta. Näistä 104 henkilöistä lopulta 25 henkilöllä oli taustallaan myös runsasta päihteiden käyttöä.

Tutkimuksen kolmas osa-aineisto käsitteli tahdosta riippumattoman päihdehoidon asiakkaita, ja se kerättiin kolmesta tällaista hoitoa antavasta eri yksiköstä ja yhdeltä avohoitoa antavalta klinikalta vuosien 2008–2011 välisenä aikana. Tässä osa-aineistossa oli 65 tahdosta riippumattomassa päihdehoidossa ollutta ja 137 vapaaehtoisesti hoidossa ollutta henkilöä, joita koskevia hoitotuloksia vertailtiin toisiinsa.

Tutkimuksen tulosten perusteella sekä tahdosta riippumattoman mielenterveyshoidon että -päihdehoidon todennäköisyyttä lisäsi nuori ikä, miessukupuoli, työttömyys ja yksinasuminen. Toisaalta tahdosta riippumattomassa päihdehoidossa naisia oli suhteellisesti enemmän kuin miehiä. Tätä selitettiin muun muassa sosiaalityöntekijöiden piirissä sillä, että päihteitä käyttävät naiset nähtiin haavoittuvampana asiakasryhmänä kuin miehet ja että tahdosta riippumattoman hoitojakson yhtenä tarkoituksena oli suojella heitä. Samanaikaiset päihde- ja mielenterveysongelmat olivat yleisiä tai melko yleisiä kaikissa osatutkimuksissa, ja taustalla oli usein monien eri päihteiden käyttöä. Tyypillisimmät käytetyt päihteet olivat alkoholi, kannabis ja stimulantit. Päihteiden käyttö vaikutti nimenomaan tahdosta riippumattoman hoidon piiriin joutumiseen. Esimerkiksi psykoosipotilaista vapaaehtoisesti hoidetuilla potilailla esiintyi päihteiden käyttöä vähemmän kuin tahdosta riippumattomasti hoidetuilla. Toisaalta Opsalin kolmannessa osatutkimuksessa, jossa vertailtiin tahdosta riippumattomassa päihdehoidossa ja vapaaehtoisessa päihdehoidossa olevia, mielenterveysongelmia esiintyi runsaasti runsaasti molempien potilasryhmien piirissä. Kyseessä olivat kuitenkin erilaiset lievemmat mielialahäiriöt, eikä esimerkiksi psykoositasoinen oireilu. Tahdosta riippumattomaan päihdehoitoon liittyi usein myös huumeiden pistokäyttöä, pitkäaikaista riippuvuutta sekä sosiaalista huono-osaisuutta, kuten toimeentulokiasiatkuus tai vakavia psyykkisiä ja somaattisia ongelmia.

Opsalin (2013) mukaan tulokset kertovat ensinnäkin siitä, että päihteiden käyttöön liittyviä psykiatrisia ongelmia ei tunnusteta tai osata hoitaa palvelujärjestelmässä riittävän hyvin, mikä lisää riskiä tahdosta riippumattomiin hoitojaksoihin. Opsalin mukaan järjestelmässä olisikin panostettava päihde- ja mielenterveysongelmien samanaikaiseen hoitoon ja myös ongelmien diagnosoitiin nykyistä enemmän. Tahdosta riippumattoman päihdehoidon piiriin valikoituu taas etenkin huumeita käyttäviä, ja hoito on voimakkaasti yhteydessä sosiaaliseen huono-osaisuuteen. Yhtenä havaintona tutkimuksessa nostettiin esille, että myös vapaaehtoisessa hoidossa olevat saattavat kokea erilaista painostusta ja pakkoa hoitoonsa liittyen. Opsalin mukaan tarvitaankin enemmän tutkimusta siitä, miten ihmiset kokevat sekä tahdosta riippumattoman että vapaaehtoisesta hoidon ja niihin liittyvien rajoitusten käytön.

Pasareanun (2019) seurantatutkimuksessa oli nähtävissä päihteiden käytön pientä vähenemistä ja hoidettavien elämänlaadun parantumista tahdosta riippumattomatonta päihdehoitoa seuraavien kuuden kuukauden seurantajakson aikana, mutta tulokset olivat huonommat kuin vapaaehtoisesti hoidossa olevilla, joihin potilaita verrattiin. Tahdosta riippumattomassa päihdehoidossa olleilta 60 prosentilla esiintyi kuuden kuukauden seurannassa edelleen huumeiden pistämistä ja 11 prosentilla oli ollut kuuden kuukauden seurannassa yliannostuksia. Vapaaehtoisesti hoidettujen piirissä vastaavat luvut olivat 16 prosenttia ja yksi prosentti. Kolmasosa tahdosta riippumattomasti hoidetuista (31 %) oli ollut päihteetön hoitoa seuraavien kuuden kuukauden aikana verrattuna 50 prosenttiin vapaaehtoisesti hoidetuista. Toisaalta Pasareanun mukaan vaatimattomatkin tulokset voidaan katsoa hyviksi potilasryhmässä, jonka elämänlaatu on ollut erittäin huono ennen tutkimusta.

Hänen mukaansa päihteettömyyttä ei tulisi myöskään pitää ainoana tahdosta riippumattoman päihdehoidon onnistumisen kriteerinä. Hoitoa voisi esimerkiksi antaa myös haittoja vähentävällä tavoitteella, jolloin hoidolla pyrittäisiin esimerkiksi pistämällä tapahtuvan huumeidenkäytön vähentämiseen. Myös Pasareanu nostaa esille näyttöön perustavan tahdosta riippumattoman hoidon kehittämisen hoidon eettisen perustan oikeuttamiseksi. Tämän lisäksi potilaiden näkemykset hoidon laadusta olisi nostettava nykyistä paremmin osaksi hoidon kehittämistä.

Hollannissa tehdyssä tutkimuksessa (Kranenburg 2022; 2019), jossa seurattiin pitkäkestoisessa tahdosta riippumattomassa hoidossa olevia potilaita neljän vuoden ajan, potilaat olivat tyytyväisiä paikasta saamaansa hoitoon, vaikka kyseessä olikin tahdosta riippumaton hoito. Tärkeä seikka sekä potilastyytyväisyyden että hoitotulosten kannalta oli, että potilas koki, että hänen otettiin mukaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Toinen keskeinen kriteeri onnistumiselle oli, että potilas koki olevansa hoidon tarpeessa ja että tahdosta riippumaton hoito oli hänen kohdallaan oikeutettu päätös (Kranenburg ym. 2022). Kaikissa edellä mainituissa tapauksissa katsottiin, että pitkäkestoinen hoitajakso auttoi potilasta näkemään hänen saamansa hoidon ja muun avun ja tuen hyödyt (emt).

Tulokset hoidosta olivat pääosin myönteisiä. Noin 40 prosenttia potilaista kykeni jatkamaan vähemmän tuettuun hoito- ja asumismuotoon neljän vuoden seurannassa ja heidän psyykinen ja sosiaalinen toimintakykynsä ja kielelliset taidot olivat parantuneet. Myös riski itsen tai muiden vahingoittamiseen oli vähentynyt. Sama määrä (40 %) potilaita jäi toistaiseksi asumaan paikkaan ja noin 20 prosenttia jatkoi tarkoituksenmukaisempaan hoitopaikkaan, kuten täysin suljettuun psykiatriseen sairaalaan. Syynä oli tällöin useimmiten henkilökuntaan kohdistunut vakava fyysinen väkivalta. Kaikissa ryhmissä tapahtui kuitenkin edistystä psykososiaalisessa toimintakyvyssä ja hoitoon sitoutumisessa. Vain harva potilaista keskeytti hoidon (Kranenburg 2019).

Toisaalta niiden kohdalla, jotka jäivät asumaan hoitopaikkaan neljän vuoden seurannan jälkeen, oli myös merkkejä psyykkisen toimintakyvyn heikkenemisestä ja myös riski itsetuhoiseen käytökseen kasvoi hieman seuranta-aikana. Tutkimuksen mukaan tässä ryhmässä oli alun perin vähiten kokemuksia psykiatrisista ongelmista ja itsetuhoisuudesta. Tutkimuksen johtopäätöksissä todetaan, että hoitajakso on saattanut tuoda pintaan aiemmin esimerkiksi runsaan päihteidenkäytön vuoksi piilossa olleita psykiatrisia ongelmia. Samalla kuitenkin todetaan, että myös itse hoitopaikka on voinut vaikuttaa ongelmien esiintymiseen, mikä pitää huomioida tehtäessä päätöksiä potilaan kannalta tarkoituksenmukaisimmasta hoitomuodosta (Kranenburg 2019).

4.4 Yhteenvetoa tutkimuksista ja pohdintaa selvityksen tuloksista

Tarkastellut tutkimukset osoittavat, että tahdosta riippumattoman päihdehoidon tulokset eivät ole yksiselitteiset ja kaikki eivät hyödy hoidosta ainakaan kovin pitkäkestoisesti. Toisaalta hoidosta on tutkimusten perusteella hyötyä osalle asiakkaista. Selvityksessä tarkasteltujen tutkimusten valossa hoito saattaa hyödyttää kaikkein vakavimmista päihdeongelmista kärsiviä ja parantaa heidän elämänlaatuaan, vaikka päihteiden käyttö jatkuisikin. Hoito voi laadukkaasti toteutettuna tuottaa hyviä tuloksia myös nuorilla, joiden päihdeongelmat eivät ole vielä kroonistuneet, vaikka ovatkin vakavia. Tulokset eivät ole kuitenkaan yksiselitteisiä. Esimerkiksi Ruotsissa on keskusteltu viime vuosina tahdosta riippumattoman päihdehoidon jälkeisestä korkeasta kuolleisuudesta. Tämän on katsottu heijastelevan osittain hoidon piirissä olevien heikkoa elämäntilannetta, mutta kertovan myös hoitoon liittyvistä ongelmista. Hoidon sisältöjä tulisikin tutkimusten perusteella kehittää näyttöön perustuvien menetelmin ja myös jälkihoitoon ja hoidon piirissä olevien muihin elämänalueisiin, kuten asumiseen, tulisi panostaa nykyistä enemmän.

Selvityksen kohdemaista sekä Norjassa, Ruotsissa että Hollannissa on keskusteltu tahdosta riippumattoman päihdehoidon kehittämisestä viime vuosina. Hollannissa lainsäädäntöä on myös hiljattain muutettu. Selvityksen lopuksi pohdimme lyhyesti näitä kehityskulkuja ja tarkastelemme niiden valossa myös Suomen tämänhetkistä tilannetta ja mahdollisia kehityssuuntia tahdosta riippumattoman hoidon suhteen.

Ruotsissa sosiaalihuollolla on ollut perinteisesti vahva rooli päihdehoitoa arvioivana ja sen piiriin ohjaavana tahona, ja myös hoitopaikan valinnassa ja hoidosta päättävänä tahona. Myös terveydenhuollosta ohjataan päihdeongelmista kärsiviä asiakkaita tyypillisesti sosiaalihuollon piiriin, minkä katsotaan poikkeavan

muiden sairauksien hoidosta. Tahdosta riippumatonta päihdehoitoa koskevaa lainsäädäntöä ei ole muutettu vuoden 2008 jälkeen, ja sen nähdään sisältävän puutteita joiltakin osin: epäselvyyttä on muun muassa siitä, millä seikoilla hoitoa perustellaan. Vaikka Ruotsin lainsäädäntö ei esimerkiksi sisällä raskaana olevien tahdosta riippumatonta päihdehoitoa, raskaana olevia hoidetaan käytännössä tahdosta riippumattomasti melko paljon. Kriteerit hoitojaksoille myös vaihtelevat esimerkiksi tuomioistuimen mukaan. Myös tahdosta riippumattoman hoidon menetelmät ja vastuutahot ovat herättäneet keskustelua, kuten esimerkiksi lääkäreiden rooli pieni rooli hoidossa tai näyttöön perustuvien hoitomuotojen soveltamisen puute, joka nousi esille myös edellä esitellyssä Multifunc-tutkimuksessa. Naisten ei katsota hyötyvän Ruotsissa päihdehoidosta tällä hetkellä samassa määrin kuin miesten, minkä katsotaan johtuvan osittain tarjolla olevista hoitovaihtoehtoista. Esimerkiksi naisten päihdekuolleisuus (huumeet ja alkoholi) lisääntyi Socialstyrelsenin tilastojen mukaan vuosien 2009–2019 välillä ja kasvaa nopeammin kuin miehillä (Socialstyrelsen 2021). Ongelmana on nähty erityisesti vapaaehtoinen päihdehoito, jonka piirissä on suhteessa vähemmän naisia kuin tahdosta riippumattomassa hoidossa. Näyttäisi siis siltä, että naisten hoidon tarvetta ei siis jostain syystä huomata ennen kuin ongelmat ovat muodostuneet vakaviksi tai sitten naisia määrätään tahdosta riippumattoman hoidon piiriin eri kriteereillä kuin miehiä (mm. raskaus). Naisten hoitoajat vapaaehtoisessa hoidossa ovat myös lyhyempiä kuin miehillä, ja naisten ei katsota hyötyvän olemassa olevista palveluista yhtä paljon kuin miesten (emt.). Myös psykiatrian roolia hoidossa on pidetty tärkeänä vahvistaa, sillä päihdeongelmiin riittyy runsaasti samanaikaisia mielenterveysongelmia, joita ei välttämättä aina tunnisteta tai osata hoitaa tarkoituksenmukaisesti (SOU 2021). Viime aikoina on käyty julkista keskustelua LVM-hoidon jälkeisestä kuolleisuudesta, joka on varsin korkeaa (esim. Institutens för...2018). Hiljattain julkaistu tutkimus osoittaa, että kuolleisuusriski on korkeimmillaan muutama viikko hoidon loppumisen jälkeen ja että kyseessä ovat erityisesti nuoret myrkytyskuoleman seurauksena menehtyneet potilaat (Ledberg & Reitan 2022). Osa hoidosta kotiutetuista potilaista näyttäisikin jatkavan päihdeiden käyttöään samaan tapaan kuin ennen hoitoa, mikä muodostaa riskin muun muassa juuri myrkytyskuolemille. Tutkimuksen mukaan hoitojärjestelmässä tulisikin panostaa potilaiden seurantaan tahdosta riippumattoman hoitajakson jälkeen (emt.).

Norjassa tahdosta riippumattomalle päihdehoidolle on esitetty näkemyksiä sekä puolesta että vastaan. Pitkäaikaisena tavoitteena on ollut kuitenkin vähentää puuttumista potilaiden itsemääräämisoikeuteen ja parantaa asiakkaiden asemaa ja oikeuksia hoidossa (NOU 2019). Edellä esiteltyjen tutkimusten pohjalta on kuitenkin katsottu, että tahdosta riippumattomasta päihdehoidosta saattaisi hyötyä nykyistä suurempi joukko kaikkein vaikeimmista ongelmista kärsiviä potilaita. Etenkin suostumukseen perustuva tahdosta riippumatonta päihdehoito on nähty vaikeasti sovellettavaksi, eikä sitä ei ole juurikaan käytetty, vaikka sen tulisi olla ensisijainen toteuttaa tahdosta riippumatonta hoitoa (emt.).

Hollannissa psykiatrista tahdosta riippumatonta hoitoa koskevaa lainsäädäntöä on uudistettu hiljattain. Tällä hetkellä voimassa oleva lainsäädäntö tuli voimaan vuonna 2020. Tavoitteena Hollannissa on ollut vähentää hoidossa olevien määrää ja toisaalta parantaa hoidossa olevien oikeusturvaa muun muassa ottamalla heidät mukaan oman hoitonsa suunnitteluun. Hollannin hoitomallin erityispiirre on mahdollisuus pitkäkestoiseen, jopa useamman vuoden kestävään tahdosta riippumattomaan hoitoon kaikkein vakavimmista ongelmista kärsivien kohdalla. Hoidon tulokset ovat pääosin myönteiset, mutta osoittavat myös, että hoidolla voi olla myös epäsuotuisia seurauksia.

Suomen osalta edellä esitetyt tutkimukset ja koko selvityksessä kerätty tietoa haastaa palvelujärjestelmän kehittämiseen osallistuvia eri tahoja pohtimaan ensinnäkin, mikä paikka tahdosta riippumattomalla päihdehoidolla katsotaan olevan nykyisessä palvelujärjestelmässä ja mitä hoidolla tavoitellaan, sillä näillä seikoilla on vaikutusta esimerkiksi hoidon keston. Onko tavoitteena esimerkiksi akuuttiin vaaratilanteeseen puuttuminen, päihdeiden käytön katkaiseminen potilaan tilanteen arvioinnin (esim. mielenterveys) mahdollistamiseksi vai pidempiaikainen kuntoutus? Toiseksi on pohdittava hoidon toteutustapoja, hoidon laatua ja hoidon suhdetta vapaaehtoisuuteen perustuviin päihdepalveluihin. Edellä tarkastellut tutkimukset osoittavat, että tahdosta riippumaton hoito ei ole ”ihmelääke” vaan esimerkiksi kuntoutus vaatii hoitajakson jälkeistä intensiivistä seurantaa. Ei ole myöskään niin eettisesti kestävää kuin hoidollisestikaan perusteltua, että tahdosta riippumattomalla päihdehoidolla paikataan vapaaehtoisuuteen perustuvan järjestelmän puutteita. Kolmas tärkeä kysymys koskee päihdeongelmista kärsivien oikeuksia ja asemaa hoidossa. Ne on turvattava niin hoidon tarvetta arvioitavassa kuin hoidon aikana.

Lähteet

- Autti, Lilli (2013) Itsemääräämisoikeuden toteutuminen sosiaalihuollon ympärivuorokautisissa palveluissa. Lastensuojelussa, vammaispalveluissa, mielentereyspalveluissa ja päihdehuollossa. Valvira. Selvityksiä 1:2013.
- Bazazi, Alexander, R. (2018) Unpacking involuntary interventions for people who use drugs. *Commentary*. 113:6.
- Black, Dame Carol (2021) Dame Carol Black's Independent Review of Drugs. Part one: terms of reference. <https://www.gov.uk/government/publications/independent-review-of-drugs-terms-of-reference>
- Black, Dame Carol (2021) Dame Carol Black's Independent Review of Drugs. Review of drugs part two: prevention, treatment and recovery: annexes. <https://www.gov.uk/government/publications/review-of-drugs-phase-two-report>
- Department of Health (2017) Drug misuse and dependence UK guidelines on clinical management. *Global and Public Health / Population Health / Healthy Behaviours / 25460*.
- EMCDDA (2017) Netherlands, Country Report. https://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2017/netherlands_en
- EMCDDA (2017) Norway, Country Drug Report. https://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2017/norway_en
- FHI, Folkhelseinstituttet (2018) Tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke ved risikofylt rusmiddelbruk. <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/tiltak-og-behandling/tilbakeholdelse-i-institusjon-uten-egget-samtykke-ved-risikofylt-rusmiddelbruk/>
- Fridell, Mats, Billsten Jonas, Iréne Jansson & Rickard Amylon (2009) Femårsuppföljning. Kvinnor vårdade vid Lundens ungdomshem och LVM-hem. Statens Institutions Styrelse SiS. Forskningsrapport nr. 1.
- GGZ Nederland (2020) Plan van aanpak toegankelijkheid en beschikbaarheid hoogcomplexen ggz. https://www.eerstekamer.nl/overig/20200313/plan_van_aanpak_toegankelijkheid/meta
- HE, luonnos (2022) Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sosiaalihuol, tolain, terveydenhuoltolain ja eräiden muiden lakien muuttamisesta.
- Helse- & omsorgsdepartementet (2015) Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/?ch=1>
- HM Government (2021) From Harm to Hope: a 10-year drugs plan to cut crime and save lives. December 2021. <https://www.gov.uk/government/publications/from-harm-to-hope-a-10-year-drugs-plan-to-cut-crime-and-save-lives>
- Hämeen-Anttila, Lotta (2018) Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus -työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 27/2018.
- Härkönen, Tero (2012) Päihdehuoltolainsäädännön kehittyminen Suomessa. Nykyisen päihdehuoltolain muotoutuminen ja siihen johtaneet tekijät. Itä-Suomen yliopisto. Historia – ja maantieteiden laitos- Suomen historian pro - gradu tutkielma.
- Institutet för folkhälsovetenskap (2018) "Det svåra börjar när man kommer hem". Om missbrukares risk för återfall efter avslutad behandling. <https://www.su.se/publichealth/forskning/forskningsnyheter/det-sv%C3%A5ra-b%C3%B6rjar-n%C3%A4r-man-kommer-hem-om-missbrukares-risk-f%C3%B6r-%C3%A5terfall-efter-avslutad-behandling-1.419125>
- Kainulainen, Heini, Rönkä, Sanna & Savonen, Jenni (2017) Vanha liitto — Koviin huumeiden käyttäjät 1960–1970 -lukujen Helsingistä. SKS.
- Koski-Aho, Briitta (2008) Hyvinvointipalvelujen tavaratalossa : palvelutalous ja sosiaalipolitiikka Englannissa, Ruotsissa ja Suomessa. Vastapaino.
- Kristensen, Oistein, Opsal, Anne & Clausen, Thomas (2018) Tvangsinnleggelse for rusbehandling? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2018. <https://tidsskriftet.no/2018/04/kro-nikk/tvangsinnleggelse-rusbehandling>
- Larsson, Jonas & Leiniö, Tarja-Liisa (2012) Beskrivning och 12-månaders registeruppföljning av vuxna klienter intagna på SiS institutioner 1999–2003. Statens institutionsstyrelse SiS, Institutionsvård i fokus nr. 3.
- Ledberg, Anders & Reitan, Therese (2022) Increased risk of death immediately after discharge from compulsory care for substance abuse. *Drug and Alcohol Dependence* 236:1.
- Makkonen, Pekka, Putkonen, Anu, Korhonen, Jukka, Kuosmanen, Lauri & Kärkkäinen, Jukka (toim.) Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatriassa hoidossa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Työpöytä 35/2016.
- McKeganey, Neil, Bloor, Michael, Robertson, Michelle, Neale, Joanne & MacDougal, Jane (2006) Abstinence and drug abuse treatment: Results from the Drug Outcome Research in Scotland study. *Drugs: education, prevention and policy* 13:6.
- NOU, Norges offentlige utredninger (2019) Tvangsbegrensingsloven Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten. 2019:14.
- Opsal, Anne (2013) Involuntary admitted people with substance orders. Series of dissertations submitted to the Faculty of Medicine, University of Oslo No. 1490.
- Opsal, Anne, Kristensen, Oistein, Ruud, Torleif, Larsen, Tor K., Gråwe, Rolf, W. & Clausen, Thomas (2011) Substance abuse in patients admitted voluntarily and involuntarily to acute psychiatric wards: a national cross-sectional study. *Norsk Epidemiologi* 21:1.
- Pasareaunu, A.R. (2019). Inpatient treatment for patients with substance use disorders: outcomes at 6 months follow-up for both voluntarily and compulsorily admitted patients. Series of dissertations submitted to the Faculty of Medicine, University of Oslo.
- Pehkonen, Aini & Kekoni, Taru & Kuusisto, Katja (toim.) (2019) Oikeus päihdehuoltoon. Tampere: Vastapaino.
- Poikonen, Heidi (2010) Päihdehuollon lainsäädännöllinen kehitys. Poikonen, Heidi. Oikeus-lehti. 2013.
- Poikonen, Heidi & Keinänen, Anssi (2017) Erityislait puolustavat paikkaansa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Blogi. <https://www.paihdeasiamies.fi/blog-post/erityislait/>

- Poikonen, Heidi (2017) Peruspalveluiden saavutettavuus ja oikeusturva päihdehuollossa -selvitys. Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry. <https://ehyt.fi/tuote/peruspalveluiden-saavutettavuus-ja-oikeusturva-paihdehuollossa/>
- Perälä, Riikka & Leppo, Anna (2022) Turha kärsimys. Päihtheisiin liittyvät institutionaaliset ongelmatilanteet eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisussa. Yhteiskuntapolitiikka 87:1.
- Perälä, Riikka (2017) Asunto ensin, asunto vain? Päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien asukkaiden palvelutarpeet tuetun asumisen asumisyksiköissä. Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry. <https://ehyt.fi/tuote/asunto-ensin-asunto-vain-selvitys/>
- Rafful, Claudia et al. (2018) "Increased non-fatal overdose risk associated with involuntary drug treatment in a longitudinal study with people who inject drugs." *Addiction* 113:6.
- Rausgaard, Nete L., Obsen, Inge O., Jorgensen, Jan S., Lamont, Ronald F., Lavn, Pernille (2015) Prevalence of substance abuse in pregnancy among Danish women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 94:2.
- Reitan, Therese (2013) Compulsory detention in addiction treatment. *Addiction* 108:3.
- Reitan, Therese & Weding, Linda (2012) Gravida missbrukare inom LVM-vården. Statens Institutions Styrelse SiS, Institutionsvård i fokus nr.9.
- RISE (2021) Sakko- ja lyhytaikaisvangit. <https://www.rikosseuraamus.fi/fi/index/ajankohtaista/hankkeet/siksak.html>
- Rollag, Karoline, Aaen Erlandsen, Margarethe & Spillaug, Guri (2020) Rett til behandling? En kartlegging av vurderingsteam for TSB i Norge. Nasjonal kompetansetjeneste TSB Skriftserie nr. 5, 2020.
- SiS, Statens Institutions styrelse (2022) Personer intagna på SiS LVM-hem 2020. En tabellsammanställning av DOK inskrivningsintervju. SiS. Institutionsvård i fokus.
- Skog-Hansen, Inge-Lise, Tofteng, Maja, Flatval, Vegard Salte, Anderson, Sara, Sörensen Holst, Linn & Bråthen Ketil (2018a) Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Første statusrapport, nullpunktsanalyse 2016. Fafo 2018:4.
- Skog-Hansen, Inge-Lise, Tofteng, Maja, Flatval, Vegard Salte, Anderson, Sara, Sörensen Holst, Linn & Bråthen Ketil (2018b) Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Andre statusrapport. Fafo 2018:44.
- Skog-Hansen, Inge-Lise, Tofteng, Maja, Flatval, Vegard Salte, Anderson, Sara, Sörensen Holst, Linn & Bråthen Ketil (2019) Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Tredje statusrapport. Fafo 2019:33.
- Skog-Hansen, Inge-Lise, Tofteng, Maja, Flatval, Vegard Salte, Anderson, Sara, Sörensen Holst, Linn & Bråthen Ketil (2020) Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Fjärde statusrapport. Fafo 2020:29.
- Socialstyrelsen (2019) Move. Struktureret, forstærkende, rusmiddelbehandling. Manual. Socialstyrelsen. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet 2019.
- Socialstyrelsen (2020) Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2021a) Missbruk slår hårdare mot svenska kvinnor. <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/debattartiklar/missbruk-slar-hardare-mot-svenska-kvinnor/>
- Socialstyrelsen (2021b) LVM. Handbok för socialtjänsten. <http://www.socialstyrelsen.se/2Cse/>
- Socialstyrelsen (2021c) Tvångsvård enligt LPT. Art.nr: 2021-4-7335.
- Socialstyrelsen (2019) Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/missbruk-och-beroende/>
- Socialstyrelsen (2017) MultifunC-institutionsbehandling för ungdomar med svåra beteendeproblem. Resultat efter två år. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/multifunc/>
- STM (2021a) Päihde- ja riippuvuusstrategia. Yhteiset suuntaviivat vuoteen 2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:17.
- SOU (2021) Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. Statens offentliga utredningar 2021:93.
- STM (2021b) Asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistaminen etenee – seurantarayhmä asetettu valmistelun tueksi. Tiedote. <https://stm.fi/-/asiakkaan-ja-potilaan-itsemaaramisoikeuden-vahvistaminen-etenee-seurantarayhman-asetettu-valmistelun-tueksi>
- STM (2016a) Arviomuistio: mielenterveyslain ja päihdehuoltolain palvelut. 18.1.2016. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2016b) Arviomuistio: tahdosta riippumaton hoito ja pakotoimet mielenterveyslaissa, päihdehuoltolaissa ja muussa sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Storbjörk, Jessica (2013) Stakeholders' Arguments for and against Moving Swedish Substance abuse Treatment to the Health Care System: How a Fat Reform Proposal became a Thin Government Bill. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 31:4.
- Svensson, Gustav (2014) Tvång i socialtjänsten. Förutsättningarna för tvångsvård i barn- och missbruksärenden. Teoksessa Busch, Hillevi, Eneroth, Elisabeth, Israelsson, Magnus, Mattson, Titti & Svensson, Gustav (toim.) Tvångsvård ur ett juridiskt perspektiv. Statens Institutions Styrelse. SiS. Institutionsvård i fokus Nr. 2.
- Sondergaard Fredriksen, Kirsten, Jones, Sheila, Ellegaard Skov Karina B., Mulbjerg Pedersen, Michael & Pedersen Mads U.(2019) MOVE – Implementering af Metodeprogrammet. Resultater fra implementeringsprocessen. Faglig rapport fra Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet.
- THL (2021) THL:n lausunto hallituksen esityksestä eduskunnalle laiksi poliisin säilyttämien henkilöiden kohtelusta ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi. THL 12733/4.00.00/2021.
- Toftdahl, Nanne G., Nordentoft, Merete & Hjorthoj, Carsten (2015) Prevalence of substance use disorders in psychiatric patients: a nationwide Danish population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 51:1.
- Udwadia, Farhadi & Illes, Judy (2021) An Ethicolegal Analysis of Involuntary Treatment for Opioid Use Disorders. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 48(4), 735-740.

- Vainikka, Mirka (2021) Vapaaehtoinen pakkohoito osaksi päihdehoidon keinovalikoimaa. Helsingin sanomat. Lukijan mielipide. <https://www.hs.fi/mielipide/art-2000007985021.html>
- Valtioneuvosto (2015) Putkalain kokonaisuudistus. SM014:00/2015 <https://valtioneuvosto.fi/hanke?id=a158a854-6275-40a3-b347-998da5b54e46>
- van Kranenburg, Gricke D., van den Brink, Rob, H.S., Mulder, Wijnand, G., Diekman, Wout, J., Pijenburg, G.H.M. & C.L. Mulder (2019) Clinical effects and treatment outcomes of long-term compulsory in-patient treatment of treatment-resistant patients with severe mental illness and substance-use disorder. BMC Psychiatry 19:270. <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2254-9>
- van Kranenburg, Gricke, D., Diekman, Wout, J, van den Brink, Rob, H.S, Mulder, Wijnand, G, Pijenburg, G.H.M. & C.L. Mulder (2022) Determinants of Quality of Life and Treatment Satisfaction During Long-Term Involuntary In-patient Treatment of Dual-Diagnosis Patients. Front. Psychiatry, 10 February 2022. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2022.801826/full>
- Vorma, Helena (2017) Itsemääräämisoikeuslaki Mielenterveys- ja päihdelainsäädännön uudistus Psykiatrian alojen ja päihdehoidon johtajien päivä 17.11.2017. <https://www.sli-deshare.net/THLfi/helena-vorma-mielenterveys-ja-pihde-lain-ja-itsemraamisoikeuslakien-uudistukset>
- Whellams, Anne (2016) Valinnanvapaus Englannin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Työpäperi 2/2016.
- Werb Dan, Kamarulzaman Adeeba, Meacham Meredith C., Riful, Claudia, Fischer Benedict, Strathdee Stephanie A.& Wood, E. The effectiveness of compulsory drug treatment: A systematic review. International Journal of Drug Policy. 2016;28:1–9.
- YLE (2021) Heikossa asemassa olevat "pyöröovivangit" jäävät usein avun ulkopuolelle, mutta nyt asiaan tulee muutos: heidät ohjataan vankilan sijasta päihdehoitoon. <https://yle.fi/uutiset/3-12189823>

Liite 1. Tahdosta riippumaton päihdehoito selvityksen kohdemaiden lainsäädännössä

	Ruotsi	Norja	Tanska	Englanti	Hollanti
Tahdosta riippumatonta päihdehoitoa säätelevä lainsäädäntö	Hoitoa säätelevät erilliset LVM- ja LVU-lait, jotka täydentävät sosiaalihuoltolakia	Hoidosta säädetään terveys- ja hoivapalvelulain (helse- 6 omsorgstjenstelv) 10. luvussa.	Raskaana olevien alkoholin käyttäjien ja huumeiden käyttäjien suostumukseen perustuvan säilöönnotto on mahdollista joko terveydenhuoltolain (alkoholi) ja sosiaalihuoltolakia täydentävän asetuksen (huumeet) perusteella.	Mielenterveys-laki, Mental Health Act, mahdollistaa päihteiden käytöstä johtuvien harhojen tai pitkäaikaisesta käytöstä johtuvien ”orgaanisten” mielenterveyden häiriöiden tahdosta riippumattoman hoidon.	Mielenterveyslaki (Wwggz) mahdollistaa DSM V-kriteerit täyttävän riippuvuusairauden tahdosta riippumaton psykiatrisen hoidon
Tahdosta riippumattomasta hoidosta vastaava taho/tahot	Viranomaisilla (ml lääkärit) velvollisuus ilmoittaa sosiaalilautakunnalle hoidon tarpeesta olevasta henkilöstä. Sosiaalilautakunta tutkii asian ja tekee tarvittaessa anomuksen hoidosta hallintuomioistuimeen, joka päättää hoidosta. Varsinainen hoito toteutetaan valtionalaisissa LVM- ja LVU-kodeissa, joihin ohjataan sosiaalilautakunnasta. Hoidon seurannasta vastaa sosiaalilautakunta.	Kunnalla on velvollisuus tutkia sille tulevat ilmoitukset mahdollisesta hoidon tarpeesta. Päätöksen hoidosta tekee kunnan lapsi- ja sosiaaliasiosta vastaava lautakunta. Hoitoon ohjataan kunnasta. Hoitoa toteutetaan erikoissairaanhoidon alaisissa laitoksissa, joilla on oikeus toteuttaa hoitoa	Kunnalla on velvollisuus tarjota säilöönnoton mahdollisuutta raskaana olevalle, joka on päihdepalveluiden piirissä.	Hoitoon tarvitaan kirjallinen hakemus ja lääkärinlausunto kahdelta lääkäriltä. Hoito toteutetaan sairaalassa.	Prosessi alkaa yhteydenotosta kuntaan, joka tutkii, onko tarvetta hoidolle. -Tämän jälkeen alkaa hoitoluvan valmistelu, johon osallistuu syyttäjä ja kaksi psykiatria, joista toinen edustaa kuntaa ja toinen on itsenäinen taho. -Päätöksen hoidosta tekee erityinen tuomioistuin hoitolupa-anomuksen perusteella. Päätöstä voidaan myös muuttaa tuomioistuimessa. - Akuuttitilanteissa henkilö voidaan määrätä hoitoon pormestarin päätöksellä, jonka jälkeen päätös vahvistetaan tuomioistuimessa.
Missä tilanteissa käytetään	Hoidosta päätetään, jos henkilö tarvitsee apua päästäkseen eroon riippuvuudesta ja muut palvelut eivät ole riittäviä asiakkaan palvelutarpeeseen nähden. Näiden lisäksi päätöksessä huomioidaan henkilön sosiaalinen tilanne ja mahdollinen väkivaltariski.	Hoito tai säilöönnotto mahdollista, jos muut korjaavat toimenpiteet eivät ole riittäviä ja päihteidenkäyttö on runsasta ja jatkuvaa. Kolme eri pykälää, jotka mahdollistavat tahdosta riippumattoman päihdehoidon ilman omaa suostumusta, raskaana olevien hoidon sikiön terveysvaaran vuoksi ja suostumukseen perustuvan tahdosta riippumattoman hoidon	Vain, jos muut hoitotoimenpiteet eivät ole olleet riittäviä ja asiakas on jo päihdepalveluiden piirissä.	Jos potilaan mielenterveyttä on tarve arvioida ja potilas on vaarassa vahingoittaa itseään tai muita. Jos potilaalla on hoitoa tarvitseva mielenterveyden häiriö, hän on vaarallinen itselleen tai muille ja hänen sairauteensa on tarjolla lääkitys.	Mahdollista vain viimeisenä keinona, jos vapaaehtoiselle hoidolle ei ole vaihtoehtoja, eikä ole olemassa ns. vähemmän rasittavia vaihtoehtoja, joita voitaisiin käyttää ja jos potilaan katsotaan hyötyvän hoidosta. Tavoitteena vakavan kriisitilanteen tai vaaran ehkäisy ja potilaan pitäminen hoidossa riittävän kauan tilanteen kartoitusta ja siihen liittyviä tutkimuksia varten. Laki mahdollistaa myös suostumukseen perustuvan tahdosta riippumattoman hoidon.

<p>Tahdosta riippumattoman hoidon tavoite ja kesto</p>	<p>Tavoitteena riippuvuudesta eroon pääseminen vapaaehtoisen hoidon tukena</p> <p>Maksimihoitoaika 6 kk.</p>	<p>Hoidon tavoitteena asiakkaan/potilaan tilannetta kartoittavien tutkimusten tekeminen ja jatkohoidon mahdollistaminen</p> <p>Maksimihoitoaika 3 kuukautta.</p> <p>Raskaana olevien kohdalla tavoitteena on taata, että sikiö syntyy terveenä ja äidille mahdollisuus huolehtia syntyvästä lapsesta.</p> <p>Raskaana olevia voidaan hoitaa koko raskauden ajan, mutta hoidon tarvetta on tarkasteltava 3 kk välein.</p> <p>Suostumukseen perustuvassa hoidossa henkilöä voi pitää hoidossa 3 viikkoa hänen antamansa suostumuksen perumisen jälkeen.</p>	<p>Tarvittaessa raskauden loppuun.</p> <p>Hoidon tarvetta on arvioitava uudelleen 3 kk välein.</p> <p>Jos raskaana oleva purkaa sopimuksen, hoitoa voidaan jatkaa hänen tahdosta riippumatta, jos on todennäköistä, että joko äiti itse tai sikiö on vaarassa äidin päihteiden käytön tai väkivallan vuoksi.</p>	<p>Arviointijakso on mahdollista 28 päivää kerrallaan.</p> <p>Uusi hoitajakso tarvitsee uuden arvion.</p> <p>Aiemmin diagnosoitun mielenterveyden häiriön tahdosta riippumaton hoito on mahdollista kuusi kuukautta kerrallaan, jonka jälkeen hoitopäätöksen voi uusia ensin 6 kuukaudeksi, sitten uudestaan 6 kuukaudeksi ja sitten vuodeksi kerrallaan.</p>	<p>Aluksi enintään kuusi kuukautta. Tämän jälkeen yleinen syyttäjä voi pyytää uudelleen hoitolupaa, joka voidaan myöntää enintään vuodeksi. Tämä on mahdollista joka vuosi, mikäli kaikki edellytykset täyttyvät.</p> <p>Viiden peräkkäisen hoitajakson jälkeen tuomioistuimien voi päättää hoitoluvan jatkamisesta enintään kahdella vuodella.</p>
--	--	---	--	---	---

Liite 2. Päihdepalveluja koskevaa työnjako ja asiakkaiden osallisuus ja vaikutusmahdollisuudet hoidossa selvityksen kohdemaissa

	Ruotsi	Norja	Tanska	Iso-Britannia	Hollanti
Päihdepalvelujen järjestämisvastuu	<p>Alueet ja kunnat yhteisesti sovitun mukaisesti.</p> <p>Kunnan sosiaalitoimen on huolehdittava aktiivisesti siitä, että jokainen väärinkäyttäjä saa tarvitsemansa avun väärinkäyttönsä lopettamiseksi.</p>	<p>Kunnat vastaavat peruspalveluista, joihin kuuluu mm. haittoja vähentäviä palveluja, etsivää päihdetyötä ja kotiin vietäviä palveluja.</p> <p>Monialainen päihderiippuvuuden hoito (TSB-hoito) neljän valtion alaisen alueviranomaisen vastuulla. Hoitoa säätelee erikoissairaanhoitolaki. Hoitoon pääsyyn vaaditaan lähete kunnan terveydenhuollosta- tai sosiaalitoimesta.</p>	<p>Hoitoa alkoholin väärinkäyttäjille tarjoaa kunta. Hoito on kaikille ilmaista.</p> <p>Kunta vastaa myös huumeidenkäyttäjien hoidosta ja hoito on ilmaista.</p> <p>Alueet vastaavat terveydenhuoltolain alaisesta sairaalatasoisesta hoidosta ja tämän lisäksi yleislääkäreiden toiminnasta.</p>	<p>Päihdepalveluiden järjestäminen on paikallisviranomaisten vastuulla.</p> <p>Tarjolla sekä kuntien että yksityisten palveluntuottajien palveluja. Palveluntuottajat sitoutuvat noudattamaan palvelulle asetettuja kriteerejä solmiessaan sopimuksen palvelun tuottamisesta.</p> <p>Palveluiden kriteerit vaihtelevat alueellisesti ja paikallisesti ja niiden laadinnasta vastaavat alueelliset ja paikalliset viranomais- ja yhteistyöelimet</p>	<p>Vakuutus pohjainen järjestelmä ja monia eri palveluntuottajia</p> <p>Yleislääkäri vastaa lievien ongelmien hoidosta ja potilaiden lähettämisestä eteenpäin.</p> <p>Kunnat vastaavat kaikkein haavoittuvimmassa asemassa olevien kansalaisten palveluista.</p>
Palveluiden toteutus ja asiakkaiden osallisuus	<p>Hoito ja apu suunniteltava yhteistyössä asiakkaan kanssa.</p> <p>Kunnan tulee seurata hoidon toteutumista tarkasti ja hoidolle on laadittava suunnitelma.</p> <p>Oikeus valinnanvapauteen perusterveydenhuollossa ja myös erikoissairaanhoidossa ja sosiaalipalveluissa alueesta ja kunnasta riippuen.</p> <p>Kiireettömän hoidon hoitotakuu 90 päivää</p>	<p>Mahdollisuus valita yleislääkäri (ns. listalääkärijärjestelmä).</p> <p>10 päivän hoitotakuu erikoissairaanhoidon arvioinnin piiriin pääsyssä ja oikeus tietää, milloin varsinainen hoito alkaa.</p> <p>Valinnanvapaus erikoissairaanhoidossa tietyillä ehdoilla</p> <p>Palveluiden käyttäjällä on oikeus osallistua terveys- ja hoivapalveluiden toteuttamiseen ja käytettävissä olevien tutkimus- hoito- ja palvelumuotojen valintaan. Toteutusta ohjaa asiakas- ja potilaslain vaatima yksilöllinen suunnitelma, johon tulee kirjata mm. kunnan ja erikoissairaanhoidon toimijoiden välinen työnjako ja erikoissairaanhoidon sisäinen työnjako.</p>	<p>Päihdehoidon piiriin tulee päästä 14 päivän sisällä avun tarpeen ilmaisemisesta.</p> <p>Henkilö, joka on oikeutettu hoitoon, voi valita hoidetaanko häntä kunnan palveluissa, toisen julkisen toimijan palveluissa vai yksityisissä palveluissa. Tällöin em. määräajasta voidaan kuitenkin poiketa.</p> <p>Kunnan velvollisuus tarjota anonymiä huumehoitoa.</p> <p>Pakollinen hoitosuunnitelma, jota on seurattava aktiivisesti.</p> <p>Mahdollisuus motivoivaan lahjakorttiin osana hoitoa sosiaalihuoltolain perusteella.</p>	<p>Mahdollisuus ilmaisiin avohuollossa tapahtuviin ryhmä- ym. keskusteluihin.</p> <p>Pääsy ilmaisen yleislääkärin vastaanotolle, joka voi hoitaa lieviä päihdeongelmia ja antaa esimerkiksi korvaushoitoa opioidiriippuvuuteen.</p> <p>Valinnanvapaus hoitopaikan suhteen, jos on varaa maksaa itse. Tarjolla on oltava myös kunnan tarjoama maksuton vaihtoehto.</p> <p>Paikallisten viranomaisten velvollisuus seurata kuntalaisten hyvinvointia ja järjestää heille aktiivisesti apua ja tukea palvelujärjestelmästä tarpeen vaatiessa.</p>	<p>Mahdollisuus vapaaseen yleislääkärin ja hoitopaikan valintaan vakuutuksen puitteissa.</p> <p>Vakuutus kattaa sekä avo- että laitospohjaisen kuntoutuksen.</p> <p>Vakavimmista ongelmista kärsivien hoito ja tuki perustuu integroituihin, moniammatilliseen malliin, josta vastaa kunta. Keskeisessä osassa palveluja mm. asumisen tuki.</p> <p>Paljon mahdollisuuksia erilaisiin haittoja vähentävään tukeen.</p>