

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet	Utgivningsdatum 01.06.2001	
Författare (uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare) Ordförande: Jouko Lönnqvist Sekreterare: Sami Pirkola Jukka Heinonen	Typ av publikation Promemoria	
	Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet	
	Datum för tillsättandet av organet 23.05.2000	
Publikation (även den finska titeln) Promemoria av arbetsgruppen med uppgift att utveckla vården av narkotikamissbrukare (Huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa kehittäneen työryhmän muistio)		
Publikationens delar		
Referat <p>Arbetsgruppen hade till uppgift att lägga fram förslag till hur service- och finansieringssystemet inom social- och hälsovården samt samarbetet och arbetsfördelningen mellan olika instanser kunde utvecklas. Arbetsgruppen hade även till uppgift att bedöma behovet av att revidera lagstiftningen.</p> <p>Det splittrade servicesystemet samt brister i fråga om kunnskap, attityder och resurser är faktorer som speciellt försvårar anordnandet av vården. Det primära syftet med vården av en person med ett svårt narkotikaberoende är inte att få personen drogfri, utan att minska narkotikabruket och att förebygga, minska och behandla hälsomässiga, sociala och andra olägenheter i anslutning till bruket. För att vården av en narkotikaberoende person skall lyckas behövs det en individuell, långsiktig, mångsidig och systematisk vårdhelhet, till vilken såväl den som vårdas som servicesystemet förbinder sig. För att uppnå detta behövs det dessutom betydande ändringar beträffande verksamhetsmetoderna, kunnskapen, attityderna, resurserna och lagstiftningen.</p> <p>Arbetsgruppen rekommenderar att kommunerna gör upp en särskild vårdstrategi för narkotikamissbrukare och utser en servicekonsultent för personer med ett svårt narkotikaberoende. Det mest brådskande är att utöka utbudet på medicinsk och annan vård för opioidberoende personer så att det motsvarar behovet. Detta sker genom att utöka antalet nya vårdplatser och genom att styra genomförandet av vården till den kommunala primärhälsovården och verksamhetsenheter för specialtjänster inom missbrukarvården. Verksamheten för att minska skadorna skall även utökas betydligt och underhållningsbehandling för opioidberoende personer skall påbörjas. Arbetsgruppen föreslår att man grundar ett samarbetsorgan för att följa upp och utveckla vården av narkotikamissbrukare och särskilt opioidberoende personer samt för att samordna utbildningen angående narkotikaberoende. Arbetsgruppen föreslår att staten under de närmaste 5-10 åren anvisar en tilläggsfinansiering på 50 miljoner mark per år för anordnande av behövlig vård. För kommunerna betyder detta 150 miljoner mark i årliga tilläggsresurser.</p> <p>Arbetsgruppen föreslår att lagen om missbrukarvård ändras så att kommunerna åläggs att söra för att tjänsterna och åtgärderna inom missbrukarvården bildar en fungerande helhet. Längden på vård oberoende av missbrukarens vilja till följd av hälsorisk förlängs från nuvarande 5 till högst 20 dygn, och en läkare åläggs att bedöma vårdbehovet i fråga. Maximilängden för vård oberoende av missbrukarens vilja till följd av våldsamhet förkortas från nuvarande 30 till 20 dygn. Social- och hälsovårdsministeriet kan genom förordning meddela närmare föreskrifter om vården.</p>		
Nyckelord Narkotika, narkotikaberoende, vård, servicesystem, skadereaktion		
Övriga uppgifter		
Seriens namn och nummer Social- och hälsovårdsministeriets promemorior 2001:8	ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-0991-4
Sidoantal 62	Språk Finska	Pris 86,- mk
		Sekretessgrad Offentlig
Distribution Social- och hälsovårdsministeriets publikationsförsäljning, PB 536, 33101 Tammerfors, tfn (03) 260 8158 och 260 8535, fax (03) 260 8150		Förlag Social- och hälsovårdsministeriet

DOCUMENTATION PAGE

Publisher Ministry of Social Affairs and Health		Date 1 June 2001	
Authors Chairman: Jouko Lönnqvist Secretaries: Sami Pirkola Jukka Heinonen		Type of publication Working Group memorandum	
		Commissioned by Ministry of Social Affairs and Health	
		Date of appointing the organ 23 May 2000	
Title of publication Memorandum of the working group for the development of treatment for substance abusers			
Parts of publication			
Summary <p>The task of the working group was to provide suggestions with regard to developing the service and financial system of social welfare and health care and the co-operation and division of labour of different parties as well as to evaluate the need for the development of legislation.</p> <p>The organisation of care is complicated especially by the disconnectedness of the service system as well as limitations with regard to know-how, attitudes and resources. The primary aim in the treatment of difficult substance abuse is not sobriety, but decreasing the use of intoxicants and preventing, decreasing and treating related health, social and other damages. The successful treatment of a substance abuser requires an ensemble of treatment that is individual, persistent, diverse and systematic and to which both the patient and the service system are committed. In order to achieve this, measurable changes to workings, know-how, attitudes, resources and legislation are still needed.</p> <p>The working group recommends that the municipalities draw up a special treatment strategy for substance abusers and appoint a service advisor for those with serious intoxicant abuse problems. The most urgent measures are broadening the supply of medical and other treatments for opioid addicts in order for it to meet the demand by increasing the commencement of treatments and by managing the realisation of treatment at service points for municipal special service in primary health care and social work with intoxicant abusers. Activity to decrease the damages must also clearly be increased and maintenance treatment for opioid addicts must be started. The working group suggests that a co-operational body be formed to follow up on and develop treatments for substance abusers and especially opioid addicts as well as co-ordinate education on substance addiction. The working group proposes that additional government funding of 50 million marks per year for the following 5 – 10 years be allocated in order to arrange the necessary treatment. Annually this requires of the municipalities 150 million marks in additional resources.</p> <p>The working group suggests that the Act on Social Work with Intoxicant Abusers be changed so that municipalities are required to make sure that services and measures of social work with intoxicant abusers form a functional entity. The length of involuntary care based on health risk would be lengthened from the present five to a maximum of twenty days, and the medical doctor would be obligated to evaluate whether the treatment in question is necessary. The maximum length of involuntary care given based on violent behaviour would be shortened from the present thirty days to twenty days. By decree the Ministry of Social Affairs and Health could give more specific provisions concerning treatment.</p>			
Key words Intoxicant, drug addiction, treatment, service system, reduction of damages.			
Other information			
Title and number of series Working Group Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2001:8		ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-0991-4
Number of pages 62	Language Finnish	Price FIM 86.00	Publicity Public
Distributor/Orders Ministry of Social Affairs and Health, Publications Sale, P.O.Box 536, FIN-33101 Tampere, tel. +358 3 260 8158 and +358 3 260 8535, fax +358 3 260 8150		Financier Ministry of Social Affairs and Health	

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:8

Huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa
kehittäneen työryhmän muistio

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Helsinki 2001

TIIVISTELMÄ

Julkaisun nimi (myös ruotsinkielinen)

Huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa kehittäneen työryhmän muistio
(Promemoria av arbetsgruppen med uppgift att utveckla vården av narkotikamissbrukare)

Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri)

Puheenjohtaja: Jouko Lönnqvist

Sihteerit: Sami Pirkola

Jukka Heinonen

Tiivistelmä

Työryhmän tehtävänä oli tehdä ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelu- ja rahoitusjärjestelmän sekä eri osapuolten yhteistyön ja työnjaon kehittämiseksi sekä arvioida lainsäädännön kehittämistarpeet.

Hoidon järjestämistä vaikeuttaa erityisesti palvelujärjestelmän hajanaisuus sekä osaamiseen, asenteisiin ja voimavaroihin liittyvät puutteet. Vaikea-asteisen huumeriippuvuuden hoidossa ensisijainen tavoite ei ole päihdeettömyys, vaan päihdeiden käytön vähentäminen ja siihen liittyvien terveydellisten, sosiaalisten ja muiden haittojen ehkäisy, vähentäminen ja hoito. Onnistunut huumeriippuvaisen hoito edellyttää yksilöllistä, pitkäjänteistä, monipuolista ja systemaattista hoitokokonaisuutta, johon sekä hoidettava että palvelujärjestelmä sitoutuvat. Tämän saavuttamiseksi tarvitaan vielä merkittäviä toimintatapoihin, osaamiseen, asenteisiin, voimavaroihin sekä lainsäädäntöön liittyviä muutoksia.

Työryhmä suosittaa kunnille erityisen huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitostrategian laatimista ja vaikeasti huumeriippuvaisille palveluohjaajan nimeämistä. Kiireellisimpiä toimenpiteitä ovat opioidiriippuvaisten lääkkeellisten ja muiden hoitojen tarjonnan laajentaminen kysyntää vastaavaksi lisäämällä hoitojen aloituksia ja ohjaamalla hoitoja toteutettavaksi kuntien perusterveydenhuollon ja päihdehuollon erityispalvelujen pisteisiin. Haittojen vähentämistoimintaa on myös lisättävä selvästi ja aloitettava opioidiriippuvaisten ylläpitohoitoja. Työryhmä ehdottaa perustettavaksi yhteistyöelintä seuraamaan ja kehittämään huumeiden ongelmakäyttäjien ja erityisesti opioidiriippuvaisten hoitoja sekä koordinoimaan huumeriippuvuutta koskevaa koulutusta. Työryhmä esittää tarpeenmukaisen hoidon järjestämiseen osoitettavaksi valtion lisärahoitusta 50 miljoonaa markkaa vuodessa seuraavien 5 – 10 vuoden ajan. Tämä edellyttää kunnilta 150 miljoonan markan vuotuisia lisävoimavaroja.

Työryhmä ehdottaa päihdehuoltolakia muutettavaksi siten, että kunnat velvoitetaan huolehtimaan siitä, että päihdehuollon palveluista ja toimenpiteistä muodostuu toiminnallinen kokonaisuus. Terveysvaaran perusteella annettavan tahdosta riippumattoman hoidon kestoa pidennetään nykyisestä viidestä enintään kahteenkymmeneen vuorokauteen, ja lääkäri velvoitetaan arvioimaan onko kyseisen hoidon tarvetta olemassa. Väkivaltaisuuden perusteella annettavan tahdosta riippumattoman hoidon enimmäispituutta lyhennetään nykyisestä kolmestakymmenestä kahteenkymmeneen vuorokauteen. Sosiaali- ja terveysministeriö voisi antaa asetuksella hoitoa koskevia tarkempia määräyksiä.

Avainsanat: Huumausaine, huumeriippuvuus, hoito, palvelujärjestelmä, haittojen vähentäminen

Sarjan nimi ja numero Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:8

Kieli suomi, **Hinta** 86,- mk

Jakaja

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisumyynti, Tampere

puh. (03) 260 8158 ja 260 8535, fax (03) 260 8150

Sosiaali- ja terveysministeriölle

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 23.5.2000 työryhmän, jonka tehtävänä oli selvittää huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoidon kehittämistä. Toimeksiannossa työryhmän selvitettäväksi annettiin neljä tehtävää. Työryhmän tuli:

- 1) selvittää nykyisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän, mukaan lukien päihdehuoltojärjestöjen, edellytykset vastata keskeisten huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoidon tarpeeseen erityisesti niin, että palvelujen saatavuus, joustavuus ja hoidon suunnitelmallisuus voidaan turvata nykyistä paremmin asuinpaikasta riippumatta,

- 2) tehdä ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelu- ja rahoitusjärjestelmien kehittämiseksi vastaamaan keskeisten huumausaineiden ongelmakäyttäjryhmien ja heidän läheistensä hoidon, haittojen vähentämisen, kuntoutuksen, huollon ja muun tuen tarpeita ottaen huomioon myös matalan kynnyksen palvelujen sekä kenttätöiden tarpeet,
- 3) tehdä ehdotuksia valtion, kuntien, järjestöjen ja yksityisten palvelutuottajien yhteistyön ja työnjaon kehittämiseksi palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa, sekä
- 4) arvioida sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön kehittämistarve ja tehdä siitä mahdolliset ehdotukset mukaan lukien hoidettavaan henkilöön sosiaali- ja terveydenhuollon/päihdehuollon toimintayksikössä kohdistettavat itsemääräämisoikeuden rajoitukset ja pakotteet.

Työryhmän puheenjohtajaksi kutsuttiin professori Jouko Lönnqvist Kansanterveyslaitokselta ja jäseniksi osastopäällikkö Marja-Liisa Grönvall Kotkan sosiaali- ja terveysvirastosta, ylilääkäri Kimmo Kuoppasalmi Kansanterveyslaitokselta, ylitarkastaja Sauli Kytöharju sosiaali- ja terveysministeriöstä (1.1.2001 alkaen Vaasan päihdehuollon johtaja), mielenterveystyötä johtava lääkäri Sinikka Metsä-Simola Helsingin terveysvirastosta, hallitussihteeri Arja Myllynpää sosiaali- ja terveysministeriöstä, johtava ylilääkäri Rauno Mäkelä A-klinikkasäätiöstä, ylitarkastaja Jukka Mäki oikeusministeriöstä (1.1.2001 alkaen sosiaali- ja terveysministeriöstä), neuvotteleva lakimies Outi Raitoaho Suomen Kuntaliitosta, neuvotteleva virkamies Tapani Sarvanti sosiaali- ja terveysministeriöstä ja erikoislääkäri Riitta Vilponen Oulun yliopistollisen keskussairaalan psykiatrian klinikalta. Asiantuntijoiksi työryhmään kutsuttiin ylilääkäri Terhi Hermanson sosiaali- ja terveysministeriöstä sekä hallitusneuvos Maini Kosonen sosiaali- ja terveysministeriöstä. Työryhmän osa-aikaiseksi sihteeriksi kutsuttiin erikoistutkija, LT Sami Pirkola Kansanterveyslaitokselta.

Myöhemmin työryhmän jäseneksi kutsuttiin tutkija Yrjö Nuorvala Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta ja osa-aikaiseksi toiseksi sihteeriksi tutkija YTM Jukka Heinonen A-klinikkasäätiöstä.

Työryhmän toiminnan aikana on valmistunut useita sen työtä läheisesti sivuavia selvityksiä ja muistioita, joihin työryhmä on tutustunut. Työryhmän selvitystyön taustaksi katsottiin tarvittavan myös tuoretta tutkimustietoa. Tämän johdosta sosiaali- ja terveysministeriö antoi Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuselle toimeksiannon, jossa sen tuli selvittää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän, mukaan lukien päihdehuoltojärjestöjen, nykyisiä edellytyksiä vastata keskeisten huumausaineiden ongelmakäyttäjryhmien hoidon tarpeisiin. Selvityksessä tuli ottaa huomioon lasten ja nuorten erityistarpeet ja siihen tuli sisältyä lastensuojelua koskeva osuus. Selvitys on julkaistu nimellä ”Huumehoidon nykyiset tarpeet ja edellytykset” (Stakesin Aiheita –monistesarja, n:o 31/2000).

Työryhmän tuli saada työnsä valmiiksi 28.2.2001 mennessä, mutta sen työskentelylle myönnettiin sittemmin jatkoaikaa 15.5.2001 saakka. Työryhmä on kokoontunut 19 kertaa. Työryhmän muistioon sisältyy Suomen Kuntaliiton edustajan eriävä mielipide ehdotuksesta päihdehuoltolain 27§ a:ään sekä 28 §:ään ehdotettavasta asetuksenantovaltuudesta (LIITE 2). Työryhmän muistiosta pyydetään erikseen valtiovarainministeriön kannanotto.

Saatuana työnsä valmiiksi työryhmä jättää kunnioittavasti muistionsa sosiaali- ja terveysministeriölle ja toivoo, että työryhmän ehdotusten jatkovalmistelu käynnistettäisiin nopeasti.

Helsingissä 15 päivänä toukokuuta 2001

Jouko Lönnqvist

Marja-Liisa Grönvall

Kimmo Kuoppasalmi

Sauli Kytöharju

Sinikka Metsä-Simola

Arja Myllynpää

Rauno Mäkelä

Jukka Mäki

Yrjö Nuorvala

Outi Raitoaho

Tapani Sarvanti

Riitta Vilponen

Sami Pirkola

Jukka Heinonen

SISÄLLYSLUETTELO

1. Hoito- ja palvelujärjestelmä ja niihin liittyvä käsitteistö	15
1.1. Hoito- ja palvelujärjestelmä	15
1.2. Huumausaineiden käyttö.....	17
1.3. Huumeriippuvuuden hoito.....	18
1.4. Haittojen vähentäminen.....	19
2. Huumausainetilanne suomalaisesta näkökulmasta.....	20
2.1. Huumausainetilanne Suomessa	20
2.2. Uhkaamassa olevat ongelmat	21
3. Tausta-asiakirjoja	22
3.1. Konsensuslausuma 11/1999	22
3.2. STAKESin selvitys huumausaineiden käyttäjien hoidon tarpeista	22
4. Työryhmän selvitys ja ehdotukset.....	25
4.1. Huumeiden ongelmakäyttäjien hoitoon ja palvelujärjestelmiin liittyvät edellytykset	25
4.1.1. Yleistä	25
4.1.2. Palvelujärjestelmien edellytykset.....	25
4.1.3. Huumeiden ongelmakäytön erityispiirteitä hoitojärjestelmän näkökulmasta	26
4.2. Ehdotukset palvelujärjestelmän kehittämiseksi.....	27
4.2.1. Keskeiset periaatteet	27
4.2.2. Tavoitteet	28
4.2.3. Hoidon porrastus ja hoitoketjut.....	29
4.2.4. Psykiatristen palvelujen ja päihdehuollon erityispalvelujen käyttö	31
4.2.5. Hoitomuodot ja -käytännöt.....	32
4.2.5.1. Opioidiriippuvuuden hoitomuodot.....	32
4.2.5.2. Muihin huumausaineisiin liittyvät hoidot	34
4.2.6. Lasten ja nuorten päihdepsykiatristen palveluiden järjestäminen.....	35
4.2.7. Päivystyspalvelut ja ensihoito.....	36
4.2.8. Huumausaineiden ongelmakäyttäjien erityisryhmiä	36
4.2.9. Oikeuslaitos ja toimenpiteistä luopuminen	38
4.2.10. Koulutus	39
4.2.10.1. Yleistä	39
4.2.10.2. Opioidiriippuvaisten lääkkeellisiin hoitoihin liittyvä koulutus	39
4.2.10.3. Muu koulutus.....	40
4.2.11. Haittojen vähentäminen.....	40
4.3. Ehdotukset rahoitusjärjestelmän kehittämiseksi.....	41
4.3.1. Rahoituskysymykset palvelujärjestelmien tasolla	41
4.3.2. Rahoituskysymykset yksilötasolla	43
4.4. Työnjako eri toimijoiden kesken	45
4.4.1. Kunnat	45
4.4.2. Valtio	46
4.4.3. Järjestöt	46
4.4.4. Keskitetyt toiminnot	47
4.4.4.1. Koulutus.....	47
4.4.4.2. Tutkimus	47
4.4.4.3. Tiedon keruu ja tiedottaminen.....	47
4.5. Lainsäädäntö	48
4.5.1. Päihdehuoltolain velvoitteet ja eri lakien soveltaminen	48

4.5.2.	Tahdosta riippumaton hoito päihdehuoltolain perusteella	48
4.5.3.	Valtuutussäännös	50
5.	<i>Yhteenveto</i>	51
	<i>Kirjallisuus</i>	56
	<i>LIITE 1</i>	58
	<i>LIITE 2</i>	60

1. Hoito- ja palvelujärjestelmä ja niihin liittyvä käsitteistö

1.1. Hoito- ja palvelujärjestelmä

Päihdehuollon hoito- ja palvelujärjestelmää tarkasteltaessa on pidettävä mielessä päihdeiden ongelmakäytön seuraamusten ulottuminen useille yhteiskunnan eri sektoreille. Päihdeongelmat ylittävät usein hallinnolliset rajat nousten näkyville useiden eri toimijoiden vastuualueilla. Koska huumausaineiden käyttö ja hallussapito on kriminalisoitu, on huumausaineiden ongelmakäyttäjien osalta hoito- ja palvelujärjestelmän lisäksi tarpeellista tarkastella myös seuraamusjärjestelmän toimintaa.

Hoito- ja palvelujärjestelmää säännellään ensisijaisesti vuonna 1987 voimaan tulleella päihdehuoltolailla. Työryhmän työskentelyn kannalta merkittävää on se, että laissa käytetään yleiskäsitettä päihde, jolla tarkoitetaan sekä alkoholia että muita päihtymistarkoituksessa käytettyjä aineita. Lakiin ei sisälly erityissäännöksiä huumausaineiden osalta. Päihdehuollon palveluita tilastoitaessa ei asiakkaiden luokittelemisia käytettyjen päihteen perusteella ole myöskään pidetty oleellisena. Tämän vuoksi tietojen saaminen palveluiden piirissä olevista huumausaineiden ongelmakäyttäjistä ei ole juurikaan mahdollista ilman erillisselvityksiä.

Päihdehuoltolain mukaan viranomaisten tehtävänä on ehkäistä päihdeiden ongelmakäyttöä yleisesti lisäävien olosuhteiden ja elämäntapojen syntymistä, ehkäistä ja vähentää päihdeiden ongelmakäyttöä, edistää päihdeiden ongelmakäyttäjien ja heidän läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta sekä tarjota päihdehuollon palveluita. Lakia sovellettaessa on yleisesti korostettu ehkäisynäkökulman merkittävyyttä, sillä pelkäämään palveluita tarjoamalla ei ongelmakäytön seurauksiin kyetä vastaamaan. On kuitenkin varsin vähän tutkimustietoa siitä, missä määrin ehkäisynäkökulmaa on huomioitu kuntien yleistä hyvinvointipolitiikkaa hahmoteltaessa vaikkapa elinkeinopolitiikan ja kaavoituksen keinoin. On myös muistettava että raittiustoimi, jonka on perinteisesti katsottu vastaavan tähän ehkäisytarpeeseen, on viime vuosikymmenten aikana menettänyt merkittävän osan voimavaroistaan.

Päihdehuoltolaki asettaa palveluiden järjestämisvelvoitteen yksiselitteisesti kunnan vastuulle kunnassa esiintyvän tarpeen mukaisesti. Tuota tarvetta ei ole tarkemmin normitettu vaikkapa väestöperusteisiksi suoritemääriksi. Palveluiden järjestämistävän kunta voi valita tarkoituksenmukaisella tavalla tuottamalla palveluita joko itse tai hankkimalla niitä ostopalveluina.

Tullessaan voimaan laki lisäsi terveydenhuollon vastuuta päihdeongelmien hoidon järjestämisessä asettaen sen sosiaalihuollon rinnalle palveluiden tasavertaiseen kehittämis- ja järjestämisvastuuseen. Kummankin sektorin on kehitettävä sekä yleisiä palveluitaan niin, että ne kykenevät vastaamaan päihdehuollon tarpeisiin, että annettava erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettuja palveluita.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä palveluissa toteutuvasta päihdeiden ongelmakäyttäjien hoidosta ei ole saatavilla valmista tilastotietoa. Päihdeongelmat ovat osalla toimeentulotuen tai lastensuojelun asiakkaista keskeinen syy asiakkaaksi hakeutumi-

selle, mutta ongelmakäyttäjien ryhmän osuutta asiakkaiden kokonaismäärästä ei ole yksiselitteisesti arvioitu. Myöskään polikliinisessa terveydenhuollossa ei tietoja päihdepotilaiden määrästä ole saatavilla. Sairaalahoidona toteutuvassa terveydenhuollossa on päihde-ehtoisten hoitopäivien määräksi arvioitu 1 - 2 prosenttia kaikista hoitopäivistä. Hoitopäiviä kertyy sekä somaattisesta että psykiatrisesta sairaalahoidosta. Terveydenhuollossa päihdeongelmat ovat ilmeisen alidiagnosoituja – kun niihin on tarkemmin kiinnitetty huomiota, on osuus noussut 5- 7 prosenttiin kaikista hoitopäivistä.

Terveydenhuollossa erityisiä päihdeongelmien hoitoon tarkoitettuja palveluita on tuotettu melko vähän. Suurin tälle sektorille keskittynyt yksikkö on Järvenpään sosiaalisairaala. Opioidiriippuvaisten hoidon järjestämisvelvoite on synnyttämässä terveydenhuoltoon lisää palvelutuotantoa. Samoin aivan viime vuosina on syntynyt terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välimaastoon sijoitettavia terveysterveystapisteitä. Niiden toiminta on harm reduction- eli haittojen vähentämistyyppistä palvelutuotantoa, jossa huomattavan matalalla hoitokynnyksellä palveluiden piiriin tavoitellaan nyt kenties kokonaan niiden ulkopuolella olevia huumausaineiden käyttäjiä.

Sosiaalihuollon puolella erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettujen palveluverkoston muodostavat A-klinikat, joita on toiminut 1950 -luvulta lähtien. Ne olivat aluksi yksityisen palvelutuottajan, A-klinikkasäätiön, ylläpitämiä, kunnes vuodesta 1975 lähtien on perustettu myös kunnallisia A-klinikoita. Verkostoon kuuluu kaikkiaan noin 70 A-klinikkaa, ja niillä käy vuosittain noin 40 000 asiakasta.

Edellisen suuren huumeaallon yhteydessä 60 - 70 -lukujen vaihteessa perustettiin erityisesti nuorille päihteiden käyttäjille suunnattuja yksiköitä, nuorisoasemia. Tuon aikaista työtettä kuvaa se, että yksiköiden nimeä valittaessa sanaa ”huume” haluttiin tietoisesti välttää, ja neutraalimman nimen katsottiin mahdollistavan kokonaisvaltaisemmin nuorten ongelmiin keskittymistä. Huumetilanteen rauhoituttua muutama nuorisoasema on lakkautettu, ja nuorille tarkoitettuja yksiköitä toimii nykyään hieman erinimisinä kymmenkunta.

Joko itsenäisinä yksiköinä tai A-klinikoiden liitännäisinä toimii noin 50 katkaisuhuoltoasemaa ja päihdehuollon kuntoutusyksikköä. Tähän joukkoon kuuluvat myös vanhat työlaitokset, jotka 1970 -luvulta lähtien muuttuivat kuntoutuskeskuksiksi. Katkaisuhuolto- ja kuntoutusyksiköissä kertyi vuonna 1999 lähes 250 000 hoitopäivää. Päihdehuollon laitospaikkojen määrä väheni 1990 -luvun aikana suunnilleen kolmanneksella. Paikkojen vähentäminen oli suurempaa kuin millään muulla laitoshoidon sektorilla.

Sosiaalihuollon erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettuihin palveluihin kuuluu myös lukuisilla eri nimillä toimivia asumispalveluita. Osa niistä keskittyy pelkästään asumisen järjestämiseen, mutta osa on huomattavan palveluintensiivisiä lähentyen sisällöltään perinteisiä hoitopalveluita. Kentän suuresta kirjavuudesta johtuen ei jaottelua hoidoksi ja asumispalveluksi voida tehdä, mutta kokonaisuudessaan sektori on sosiaalihuollon päihdepalvelujärjestelmistä selvästi suurin.

Erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettuja palveluita tuotetaan sosiaalihuollossa sekä julkisen vallan että yksityisen sektorin toimintana. Yksityissektorilla on lukuisia toimijoita, joista merkittäviä hoitokokeilujen ja -käytäntöjen toteuttajia ovat esimerkiksi A-

klินิกkasäätiö ja Helsingin Diakonissalaitos. Yksityiset palvelutuottajat ovat Raha-automaattiyhdistyksen avustuksella kyenneet usein toteuttamaan sellaisia hoito- ja palvelukokeiluita, joiden järjestäminen julkisella sektorilla olisi saattanut olla hankalaa.

Päihdehuoltolaki mahdollistaa myös tahdosta riippumattoman hoidon toteuttamisen joko asiakasta välittömästi uhkaavan terveysvaaran tai hänen väkivaltaisuutensa perusteella. Näitä päätöksiä on 1990 -luvulla väkivaltaisuusperusteella tehty vuosittain vajaat kymmenkunta. Muutos päihdehuoltolakia edeltäneeseen aikaan, jolloin pakko-päätöksiä tehtiin satoja vuodessa, on olennaisen suuri. Muutosta voidaan tulkita siten, että jos laadukkaita palveluita on tarjolla, päihteiden ongelmakäyttäjät hakeutuvat niihin vapaaehtoisesti. Toisaalta voidaan kysyä, jätetäänkö tahdosta riippumatta toteuttavaa hoitoa toimeenpanematta tilanteissa, joissa sen edellytykset kuitenkin selvästi täyttyvät.

1.2. Huumausaineiden käyttö

Huumausaineet ovat kansainvälisten huumausaineyleissopimusten perusteella määrättyjä aineita. Lääkinnällisiä ja eräitä muita laillisia tarkoituksia lukuun ottamatta huumausaineiden hallussapito, käyttö ja muu niihin liittyvä toiminta on kiellettyä ja rangaistavaa. Huumausaineiden katukaupassa liikkuu usein myös päihdyttäviä aineita, joita ei ole ehditty tai tiedetty sisällyttää huumausaineluetteloihin. Termillä huume ei ole vakiintunutta sisältöä, mutta yleisimmin sillä viitataan laittomassa päihdekäytössä tavattaviin huumausaineisiin ja niiden kaltaisiin päihdyttäviin aineisiin.

Yleisimmin käytetyt huumausaineet ja niiden ominaisuuksia on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1 Yleisimmin käytettyjä huumausaineita ja niiden ominaisuuksia (APA 1994)

Aine	Luokitus	Pääasiallinen käyttö	Fyysinen riippuvuus	Psyykkinen riippuvuus
Kannabis	Kannabisyhdisteet	Polttamalla	(+)	+
Amfetamiini	Stimulantti	Suonensisäinen	+	++
Kokaiini	Stimulantti	Nuuskaaminen	++	+++
LSD	Hallusinogeeni	Suun kautta	-	+
Heroiini	Opioidi	Suonensisäinen	+++	+++
Ecstasy	Stimulantti/hallusinogeeni	Suun kautta	(+)	+

Terveydenhuollon näkökulmasta huumausaineiden käyttöön liittyvät ongelmat ilmenevät tyypillisimmillään aineiden väärinkäyttönä ja huumeriippuvuutena, sekä huumeiden käyttöön liittyvänä fyysisenä ja psyykkisenä sairastavuutena.

Huumeiden väärinkäyttö tai haitallinen käyttö ja huumeriippuvuus ovat kansainvälisiin tautiluokituksiin ja psykiatrian alaan kuuluvia oireyhtymiä, joiden tausta on nykytutkimuksen valossa monitekijäinen pitäen sisällään niin perinnöllisen alttiuden kuin elinympäristön altistavat ja suojaavat tekijät. Sekä väärinkäyttö että riippuvuus voivat liittyä myös muihin psykoaktiivisiin aineisiin, kuten nikotiiniin tai alkoholiin. Väärinkäytöllä tai haitallisella käytöllä tarkoitetaan sellaista päihteen käyttöä, johon liittyy todettavissa olevia psykologisia, sosiaalisia tai terveydellisiä haittoja. Riippuvuus ymmärretään päihteen toistuvana, pakonomaisena ja kontrolloimattomana käyttönä sen aiheuttamista negatiivisista seuraamuksista huolimatta. Keskeisiä päihderiippuvuuden piirteitä ovat käytön hallinnan menettäminen, sekä lisääntyvä tietokyky ja vieroitusoireiden ilmaantuminen. Riippuvuuden käsitteen diagnostista luotettavuutta pidetään väärinkäytön käsitettä parempana. Lääketieteellisen tutkimuksen kiinnostuksen kohteita ovat riippuvuuden synnyn mekanismien ymmärtäminen ja täsmähoitojen kehittäminen päihderiippuvuuteen. Lopullista käsitystä huumeriippuvuuden kulusta ja ennusteesta ei ole, mutta sitä pidetään pitkäaikaisena, käytännössä kroonisena sairautena, johon kuitenkin asianmukaisella hoidolla pystytään vaikuttamaan siten, että osassa tapauksia voidaan saavuttaa joko väliaikainen tai lopullinen vieroittuminen huumeista.

Huumeiden ongelmakäytön käsitteen voidaan ajatella kattavan sekä väärinkäytön tai haitallisen käytön että riippuvuuden diagnostiset luokat. Tautiluokituksista riippumatta ongelmakäyttönä voidaan pitää huumausaineiden käyttöä, jolla on todettavissa olevia, hoito- tai muita toimenpiteitä vaativia haitallisia seuraamuksia.

Sosiaalihuollon näkökulmasta huumausaineiden käyttöön liittyvät ongelmat ilmenevät eriasteisena sosiaalisen toimintakyvyn menettämisenä. Kroonistuessaan huumausaineiden väärinkäyttö voi johtaa vaikeaan syrjäytymiskiarteeseen, missä käyttäjä nennettää lopulta aivan yksinkertaisimmatkin arkipäivän elämänhallintataitonsa. Tilannetta mutkistaa edelleen se, että huumausaineiden käyttö saattaa käyttäjän melko väistämättä yhteyteen rikollisten alakulttuurien kanssa.

Kuten edellä on kuvattu, sosiaalihuollon palvelut koostuvat sekä hoidollisista että kuntouttavista elementeistä. Tämä työryhmämuistio keskittyy hoidollisten kysymysten tarkastelemiseen, mutta on muistettava, että osalle huumausaineiden käyttäjistä toimeentuloon, asumiseen, työkykyisyyteen ja yksinkertaisten elämänhallintataitojen harjaannuttamiseen liittyvien palveluiden järjestäminen on ensisijaisen tärkeää.

1.3. Huumeriippuvuuden hoito

Huumausaineisiin liittyvän riippuvuuden hoitomuodot vaihtelevat käytettyjen huumausaineiden ja riippuvuuden vaikeusasteen mukaan. Hoitomuodot voidaan jakaa lääkkeettömiin eli psykososiaalisiin ja lääkkeellisiin hoitomuotoihin, joita käytännössä pyritään yksittäisissä hoitosuunnitelmissa yhdistämään toisiinsa. Psykososiaalisista hoitomuodoista käyttökelpoisimmiksi huumeriippuvuuden hoidossa ovat osoittautuneet kognitiivis-behavioraaliset terapiat, niin sanotut 12-kohdan ohjelmat, strukturoidut ryhmä- ja yhteisöhoito-ohjelmat ja erityisesti nuorempien huumausaineiden ongelmakäyttäjien kohdalla perheterapeutit interventiot.

Huumeriippuvuuden lääkkeellinen hoito on vilkkaan tutkimuksen kohde, ja alalla on saavutettu ja tullaan todennäköisesti edelleen saavuttamaan selviä edistysaskelia. Huumeriippuvuuden lääkkeellinen hoito pitää sisällään lääkeaineiden avulla toteutettuja katkaisu-, vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoitoja. Katkaisu- ja vieroitushoitojen tarkoituksena on huumausaineen käytön hetkellinen tai pitkäaikaisempi keskeyttäminen tai lopettaminen. Näissä hoidoissa lääkeaineilla pyritään lievittämään huumausaineen käytön keskeyttämisestä johtuvia vieroitusoireita tai korvaamaan huumausaineella, josta vieroittautuminen on helpompaa kuin huumausaineesta. Korvaus- ja ylläpitohoidoissa annetaan huumausainetta käyttävälle aineen vaikutuksen kanssa ainakin osittain samansuuntaisesti vaikuttavaa lääkeainetta tarkoituksena korvata huumausaineen käyttötarve kokonaan tai osittain. Näissä hoidoissa käytettyjä lääkkeitä annostellaan siten, että mahdollisesti samanaikaisesti käytetty laiton huumausaine ei enää tuo päihdyttävää lisävaikutusta, jolloin motivaatio sen käyttämiseen vähenee. Suomessa yleiseen amfetamiiniriippuvuuteen ei toistaiseksi ole käytössä lääkkeellisiä hoitoja.

Huumeriippuvuuden hoito vaatii pitkäjänteisyyttä ja moniammatillista yhteistyötä ja sen tuloksellisuus vaihtelee suuresti. Yksittäisiä hoitouria leimaavat toistuvat huononemisivaiheet ja moninaiset sosiaaliset ongelmat. Hoitomuotoja ovat toisaalta akuutit katkaisu- ja vieroitushoidot ja toisaalta pitkäaikainen psykososiaalinen kuntoutus. Lähtökohtana hoidolle on pidettävä yksilöllisten tilannearvioiden ja hoitosuunnitelmiensa tekoa sekä valmiutta niiden uudelleen arvioimiseen kun oireyhtymän kulussa tapahtuu muutoksia.

1.4. Haittojen vähentäminen

Harm reduction eli haittojen vähentäminen on huumausaineiden ongelmakäyttöön ja ennen kaikkea pitkäaikaisen huumeriippuvuuden yhteyteen liittyvä käsite, jolla tarkoitetaan huumeiden käytöstä johtuvien haittojen minimoimista kaikin käytettävissä olevin keinoin. Keskeisinä tavoitteina ovat mm. huumausaineiden käyttöön liittyvien tartuntatautien ehkäisy, rikollisuuden torjunta sekä ihmisarvoisen elämän edellytysten turvaaminen myös vaikeimmassa asemassa oleville huumausaineiden ongelmakäyttäjille. Haittojen vähentämisen käsitteen yhteydessä realistisena tavoitteena ei yleisesti pidetä yksilö- tai yhteisötasolla huumeiden käytön loppumista tai edes merkittävää vähenemistä, vaan haitallisten seuraamusten hallintaa ja apua tarvitsevien saamista hoidon ja palvelujen piiriin.

Eri maissa haittojen vähentämistoimintoihin kuuluvat tavallisimmin ylläpitohoito, jossa huumausaine korvataan lääkeaineella, terveysneuvonta, neuojen vaihtotoiminta ja erilaiset matalan kynnyksen hoito- ja palvelupisteet. Näitä palveluja tarjotaan huumausaineiden käyttäjille riippumatta heidän senhetkisestä huumausaineiden käytöstään.

2. Huumausainetilanne suomalaisesta näkökulmasta

2.1. Huumausainetilanne Suomessa

Huumausaineiden käyttö ja siihen liittyvät sosiaaliset- ja terveysongelmat sekä rikollisuus ovat olleet Suomessa useihin muihin länsimaihin verrattuna suhteellisen rajallisia ilmiöitä aina 1900 -luvun loppupuolelle saakka. Ensimmäinen nousu huumausaineongelmien määrässä ajoittui 1960- 1970 -lukujen vaihteeseen, jonka jälkeen tilanne rauhoittui. Ongelmat ovat alkaneet lisääntyä uudelleen 1990 -luvun aikana, ja kasvun oletetaan edelleen jatkuvan.

Päihtymistarkoitukseen kaikista päihteistä käytetään yleisimmin alkoholia, keskushermostoon vaikuttavia lääkeaineita, kannabista ja amfetamiinia. Huumausaineiden käyttö ja haitat vuoden 1999 aikana näyttävät seuraavan koko 1990 -luvun Suomessa jatkunutta nousukehitystä. Huumeiden kokeilukäyttö jatkaa kasvuaan, minkä osoittaa 15 - 16-vuotiaiden kannabiksen käytön lisääntyminen lähes kaksinkertaiseksi (10 % ikäluokasta) vuoden 1995 tilanteeseen nähden. Muiden huumeiden osalta uutta on lisääntynyt poltettavan heroiinin käyttö. Kannabista joskus kokeilleiden määrä aikuisväestössä vuonna 1998 oli myös noin 10 %, ja viimeisen vuoden aikana huumeita kokeilleita oli noin 3 %. Nopeinta huumeiden käytön yleistymisen on alueilla, joilla käytön taso on perinteisesti ollut matalin. Vuoden 1998 tietojen mukaan ns. kovien huumausaineiden, amfetamiinien ja opioidien (esim. heroiini), käyttäjien määrä oli Suomessa noin 11 000 - 16 000, eikä tilanne näytä tästä muuttuneen vuoden 1999 aikana.

Suomalaiselle päihteiden käyttökulttuurille tyypillisiä piirteitä ovat alkoholiin liittyvä humalahakuinen juominen sekä päihteiden sekakäytön ja amfetamiinin käytön suhteellisen suuri osuus. Toistaiseksi Suomi poikkeaa muista Euroopan unionin jäsenmaista siinä, että täällä amfetamiinipohjaiset huumausaineet ovat perinteisesti olleet tärkein huumehaittojen lähde kun taas muissa EU-maissa käytetyin huumausaine on ollut heroiini. Tällä on merkitystä hoitojärjestelmän kannalta ainakin sen vuoksi, ettei amfetamiiniin liittyviin ongelmiin ja amfetamiiniriippuvuuteen ole toistaiseksi olemassa osoitettavasti tehokasta lääkehoitoa. Myös vuorovaikutuksellisten eli psykososiaalisten hoitomuotojen osalta tietämys perustuu toisen huumausaineen, kokaiinin, hoitotutkimusten soveltamiseen.

Kansainvälisille huumausainemarkkinoille tulee jatkuvasti uusia, usein synteettisiä huumaavia aineita. Näiden usein nuoremman kaupunkilaissukupolven suosimien aineiden vaikutuksista on tietoa vaihtelevasti, eikä niitä useinkaan ole vielä ennätetty ottaa huumausaineluetteloihin. Uusimmista huumausaineista laajimmalle levinnyttä lienee metyleenidioksimetamfetamiinin (MDMA) eli ekstaasin käyttö. Sen haitallisista ja mahdollisesti pysyvistä seuraamuksista on kertymässä jonkin verran kansainvälistä tutkimustietoa.

2.2. Uhkaamassa olevat ongelmat

Huumausainehaittojen huolestuttavimpia kehityssuuntia ovat heroiiniin liittyvien myrkytyskuolemien sekä suonensisäisten huumeiden käytöstä aiheutuneiden HIV-tapausten nopea lisääntyminen. Vuonna 1995 todettiin yksi heroiiniin liittyvä myrkytyskuolema, mutta vuonna 1998 kuolemia oli 27 ja vuoden 1999 aikana 46. Vuoden 2000 tietojen mukaan kasvukehitys jatkuu samanlaisena. Vuoden 1999 aikana yli puolet (80 kpl) uusista HIV-tapauksista (142 kpl) on liittynyt suonensisäiseen huumeiden käyttöön, kun osuus vielä pari vuotta aiemmin oli kolmen prosentin tasolla. Vuoden 2000 tietojen mukaan uusista löydetyistä HIV-tapauksista noin 40 % liittyy suoraan suonensisäisesti käytettävien huumeiden käyttöön.

Laillisuusvalvontatilastojen mukaan sekä huumausainerikosten että huumausainerikostuomioiden määrät ovat edelleen kasvussa. Vuoden 2000 alkupuolella huumausainerikosten määrä on kasvanut noin 15 % edellisvuoden vastaavasta ajanjaksosta. Varsinkin synteettisten huumeiden (esim. amfetamiinit) ja erityisesti ekstaasitakavarikojen määrät näyttäisivät alustavien tietojen mukaan lisääntyneen viime vuoden aikana.

Huumausaineiden ongelmakäyttäjistä suurin osa on alle 30-vuotiaita. Ikäprofiili eroaa alkoholin tai lääkeaineiden ongelmakäyttäjistä, joiden keski-ikä on selvästi korkeampi. Vuonna 1999 sekä huumausainerikoksista epäillyistä että heroiinimyrkytykseen kuolleista noin puolet oli alle 25-vuotiaita. Myös todetuista suonensisäisesti käytettävien huumeiden käyttöä heijastavista C-hepatiittitartunnoista yli puolet kohdistui alle 30-vuotiaisiin. Alueellisesti huumeiden käyttö ja kokeilut sekä huumehaitat ovat yleisempiä Etelä-Suomessa ja suurimmissa kaupungeissa.

Näyttää siltä, että jos 1990-luvun alussa alkanut huumausainekokeilujen uusi nousukausi jatkuu pitkään, leviävät haitat käyttäjäkunnan ikääntyessä myös vanhempiin ikäluokkiin sekä akuuteissa (esimerkiksi myrkytyskuolemat) että kroonistuneissa (esimerkiksi C-hepatiitin aiheuttamat maksakirroosit jne.) muodoissa. Kokeilujen ja käytön vakiintuminen aiheuttaa pidemmällä aikavälillä myös alueellisten erojen vähenemistä. Eräät haitat, esimerkiksi alun perin suonensisäisten huumeiden käytöstä aiheutuneet HIV-tartunnat, tulevat leviämään myös huumeiden käyttäjäkunnan ulkopuolelle.

Sosiaalihuollon näkökulmasta erityisen huolestuttavaa on huumausaineiden ongelmakäytön keskittyminen usein henkilöille, joilla muutoinkin on monenlaisia sosiaaliseen selviytymiseen ja turvallisuuteen liittyviä ongelmia. On pelättävissä, että syntyy enenevästi sellaisia hyvin syrjäytyneitä erityisryhmiä ja kokonaisia alakulttuureja, joiden elämään liittyy keskeisesti huumausaineiden käyttö. Kansainvälisten kokemusten mukaisesti tämänkaltaisten ryhmien integroiminen takaisin osaksi valtakulttuuria on hyvin vaikeaa.

Muihin pähteisiin verrattuna huumausaineisiin liittyvä erityinen ongelma syntyy käytön ja hallussapidon laittomuudesta. Huumausaineiden käyttö synnyttää satunnaiskontaktien lisäksi helposti hyvin kiinteitäkin kytkentöjä rikollisiin alakulttuureihin. Vaikuttava ongelmien ehkäisy ja vähentäminen vaatii tältä osin myös palvelu- ja seuraamusjärjestelmien yhteistyökäytäntöjen arvioimista.

3. Tausta-asiakirjoja

Työryhmä käsitteli runsaasti tuoreita työhönsä liittyviä tausta-asiakirjoja, kuten huumeriippuvuuden hoitoa Suomessa käsittelevää konsensuslausumaa ja Valtioneuvoston vuonna 1998 tekemää huumausainepolitiikkaa koskevaa periaatepäätöstä.

3.1. Konsensuslausuma 11/1999

Hanasaarella Espoossa pidettiin 1. – 3.11.1999 huumeriippuvuutta koskeva konsensuskokous, jonka loppulausumassa nostettiin esiin keskeiset huumausaineiden käyttöön liittyvät ongelmat ja hoidon ja muiden toimenpiteiden tarpeet. Työryhmä pitää konsensuskokouksen johtopäätöksiä myös sen työn kannalta merkittävinä ja katsoo näiden tarjoavan perustan hoidon kehittämisehdotuksille.

Lisävoimavarojen tarve todettiin konsensuslausumassa selvästi, mutta muistutettiin myös kustannusten tasaantuvan haittojen vähetessä useiden sektoreiden alueilla. Johtopäätöksissä korostettiin alueellisten hoitomallien tärkeyttä, huumausaineisiin liittyvää porrastettua ammatillista erityisosaamista ja kuntien vastuuta järjestää huumausaineongelmiin liittyvät palvelut alueellaan. Valtion tehtävänä nähtiin kuntien aktivoiminen tarvittavien palveluiden järjestämiseen. Lausumassa ehdotettiin yksittäisistä hoidosta vastuussa olevien hoitohenkilöiden ja -yksiköiden määrittelemisiä ja nimeämisiä, jotta vältettäisiin hoito- ja kuntoutusprosessin pirstoutuneisuutta. Toisaalta määriteltiin palvelujen muodostamassa kokonaisuudessa erilaisia toimijoita, kuten esimerkiksi matalan kynnyksen hoitopaikkoja, yksityislääkäreitä ja päihdehuollon ja päihdepsykiatrian erityisyksiköitä.

Huumausaineiden ongelmakäytön vuoksi erityistä huomiota vaativina ryhminä konsensuslausumassa lueteltiin raskaana olevat huumausaineiden käyttäjät, huumeita käyttävät lapset ja nuoret, HIV-positiiviset ja C-hepatiittipositiiviset huumausaineiden käyttäjät, maahanmuuttajat ja huumeriippuvaiset vangit.

Kaiken kaikkiaan konsensuslausumassa korostettiin uudenlaista, aikaisempaa konkreettisempaa ja eriytyvämpää kysymyksiin puuttumista huumeriippuvuuden tutkimisen, ehkäisemisen ja hoidon alueilla. Haittojen vähentämisen merkitys ja tarve todettiin melko yksiselitteisesti, ja lausumassa suositeltiin toimien käynnistämistä haittojen vähentämiseksi.

3.2. STAKESin selvitys huumausaineiden käyttäjien hoidon tarpeista

Työryhmän selvitystyön taustaksi katsottiin tarvittavan myös tuoretta tutkimustietoa huumausaineiden ongelmakäyttäjryhmien hoidon tarpeista. Tämän johdosta STM antoi toimeksiannon, jossa Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (STAKES) tuli selvittää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän, mukaan lukien päihdehuoltojärjestöjen, nykyiset edellytykset vastata keskeisten huumausai-

neiden ongelmakäyttäjryhmien hoidon tarpeisiin. Selvityksessä tuli ottaa huomioon lasten ja nuorten erityistarpeet ja siihen tuli sisältyä lastensuojelua koskeva osuus.

STAKES toimitti työryhmälle 25.10.2000 päivätyn selvityksen ”Huumehoidon nykyiset tarpeet ja edellytykset”. Selvitykseen sisältyy tilastomateriaalia, viimeisintä tutkimustietoa sekä paikallisia haastatteluja.

Selvityksen johtopäätökset on tiivistetty seuraavaan:

- 1) Hoidon tarpeen laajuudesta voidaan todeta, että Suomessa arvioidaan olevan noin 30 000 huumeiden säännöllistä käyttäjää, joista puolet on luettavissa amfetamiinin tai opiaattien ongelmakäyttäjiksi. Hoidon tarve on suurempi jälkimmäisessä ryhmässä, joskin myös osa säännöllisistä käyttäjistä kuuluu hoitopalvelujen potentiaaliseen asiakaskuntaan. Hoidon tarpeessa olevien huumeaineiden käyttäjien määrä on lisääntynyt sekä käyttöä kuvaavien tutkimusten ja tilastojen mukaan että kentän haastattelutietojen perusteella. Kasvukehityksen jatkuminen edelleen näyttää todennäköiseltä.
- 2) Sosiaali- ja terveydenhuollon yleisten palvelujen merkitys huumehoidon palvelujen tarjonnassa on merkittävä sekä kontaktipintansa että alueellisen kattavuutensa ansiosta. Asenteelliset, tiedolliset ja taidolliset puutteet sekä henkilöstöresurssien määrään liittyvät rajoitukset kuitenkin rajoittavat merkittävästi sosiaali- ja terveydenhuollon yleisten palvelujen nykyisiä edellytyksiä vastata huumeaineiden käyttäjien hoidon tarpeisiin.
- 3) Mielenterveyssektorin palveluille on tullut kasvava kysyntä sekä amfetamiinin käytön aiheuttamien akuuttien sekavuustiloista kärsivien huumeiden käyttäjien että ns. kaksoisdiagnoosiasiakkaiden lisääntymisen myötä. Mielenterveyssektorin rooli huumehoidon järjestelmässä näyttäisi kuitenkin nykyisellään olevan varsin epäselvä.
- 4) Erityispalvelujen osalta avohoitoon pääsyn kriteerit näyttävät tiukentuneen, mikä karsii osan huumeiden käyttäjistä tai lykkää heidän hoitoon hakeutumistaan. Helpon hoitoon pääsyn mahdollistavia hoitopaikkoja kaivattaisiin lisää.
- 5) Laitoshoidon erityispalvelujen laskennallinen vuosikapasiteetti kattaa noin yhden kymmenesosan ongelmakäyttäjien arvioidusta määrästä. Tämä on todennäköisesti liian vähän. Kentän toimijoiden haastatteluissa käyttäjiä lähellä olevien katkaisuja kuntoutuspaikkojen lisätarve tuli toistuvasti esiin. Erityisesti nuorten tarpeet tuotiin monelta taholta esiin.
- 6) Lastensuojelun ja nuorten erityisosaamisen osalta voidaan todeta, että vaatimukset palvelujärjestelmää kohti ovat kasvaneet ja muuttuneet. Syvimpänä ongelmana nähdään hoitoonohjauksen toimimattomuus. Päihdeongelman nuoren tilannetta ja hoidon tarvetta ei pystytä nykyresursseilla riittävästi kartoittamaan. Soveltuvista hoitopaikoista vallitsee puute. Varhaista puuttumista sekä perheiden ja lähiverkostojen tukea tulisi kehittää. Parempien edellytysten luomisessa myös kentän työntekijöiden koulutustarve on mitä ilmeisin.

- 7) Sosiaali- ja terveystieteiden palvelujärjestelmässä tavatut huumausaineiden käyttäjät ovat usein erityisen huonossa sosiaalisessa asemassa, erityisesti asunnottomuuden, työttömyyden ja koulutustason puolesta. Kuntoutuksen edellytykset riippuvat pitkälti myös siitä, kuinka käyttäjien sosiaaliseen asemaan heikkouksiin kyetään puuttamaan.
- 8) Palvelujärjestelmän kehittämisessä on kiinnitettävä huomiota sekä kasvussa olevaan opiaattien käyttäjien hoidon tarpeeseen että amfetamiinin käyttäjien hoidon kehittämiseen. Lisäksi on huomioitava, että lääkkeet ja alkoholiongelmien kytkeytyvät usein huumausaineiden käyttöön.
- 9) Huumeiden voimakas lisääntyminen 1990 –luvun jälkipuoliskolla nostaa esiin tarpeet ensihoidon edellytysten kehitystyölle. Tämän työn merkityksestä on olemassa paikallisesti lupaavia esimerkkejä.
- 10) HIV –tartuntojen ja muiden tartuntatautiin merkittävä lisääntyminen huumeiden käyttäjien keskuudessa viime vuosien aikana tähdentää neulojen ja ruiskujen vaihtopalveluja tarjoavien terveysneuvontapisteiden tarvetta sekä jo tartunnan saaneiden hiv –positiivisten huumeiden käyttäjien erityistuen merkitystä. Amfetamiinin ja opiaattien käyttäjien keskuudessa tartuntariskille altistava suonensisäinen käyttötapa on yleinen.
- 11) Eri etnisten ryhmien hoidon tarpeisiin liittyvät kysymykset tulivat selvityksessä esiin vain paikoitellen. Toisaalta tämä on luonteeltaan arka ja piiloinen alue, josta meilläkin on käytettävissä ainoastaan hyvin niukasti tietoa niin rekistereissä, tutkimuksissa kuin palveluissakin. Ulkomaisten kokemusten perusteella palvelujärjestelmän edellytyksiä vastata tulevaisuudessa mahdollisesti voimistuviin tarpeisiin kannattaisi ehkä etukäteen vahvistaa ja viritellä.
- 12) Uusien hoitotoimien käyttöönottoa ja palvelujärjestelmän kehitystyön tarpeita tulisi seurata jatkuvasti. Palvelujärjestelmää koskevan tiedonkeruun ja tutkimuksen edellytykset kaipaavat vahvistamista. Tärkeätä olisi kehittää myös huumeiden käytössä tapahtuvien muutosten seuranta ja paikallisen huumeetilanteen arviointia.

Stakesin selvityksessä korostettiin helpon hoitoon pääsyn ja käyttäjiä lähellä olevien katkaisu- ja vieroitushoitojen tarvetta. Käytössä olevien huumausaineiden moninaisuus ja useiden päihteiden sekakäyttö tuotiin myös esiin. Edelleen muistutettiin Suomen amfetamiinin ongelmakäytön laajuudesta, joka asettaa hoitojärjestelmälle erityisiä haasteita. Hoito- ja palvelujärjestelmien ongelmana nähtiin rajankäynnin vaikeudet muun muassa mielenterveyspalvelujen osalta. Selvitys korosti lisäksi huumausaineiden ongelmakäyttäjien, erityisesti pitkäaikaisesti huumeriippuvaisten, huonoa sosiaalista asemaa ja sen palvelujärjestelmälle asettamia vaatimuksia.

4. Työryhmän selvitys ja ehdotukset

4.1. Huumeiden ongelmakäyttäjien hoitoon ja palvelujärjestelmiin liittyvät edellytykset

4.1.1. Yleistä

Työryhmän käsityksen mukaan Suomen päihdehuollon palvelujärjestelmä on kansainvälisesti katsoen kohtuullisen hyvin toimiva ja osaamiseltaan korkeatasoinen. Järjestelmä tavoittaa vuosittain kymmeniä tuhansia asiakkaita ja heidän läheisiään. 1990 –luvun lamavuosina päihdehuollon laitostuntoutus joutui kuitenkin suurten leikkausten kohteeksi, joka merkittävästi eriarvoisti palvelujen saatavuutta maan eri osissa. Palvelujärjestelmä tarjoaa kansalaisille tasavertaiset oikeudet käytettävissä oleviin palveluihin ja palveluiden alueellinen kattavuus kokonaisuudessaan on tyydyttävä. Mainittakoon, että esimerkiksi päihdehuollon erityispalveluiden yksiköitä on tällä hetkellä yli sadassa kunnassa. Nuorten huumeekysymyksiin erikoistuneita yksiköitä on ollut 1970 -luvulta lähtien – tosin vain muutamassa suurimmassa kaupungissa. Päihdehuollon avopalvelut ovat käyttäjälleen maksuttomat. Laitoshoidosta peritään asiakasmaksu, mutta varattomuus ei ole esteenä palvelujen saannille. Vapaaehtoisuus, luottamuksellisuus ja yksilön oman tahdon kunnioittaminen ovat olleet järjestelmän peruseriaatteita. Palvelujen parantamisessa on painotettu avo- ja välimuotoisia palveluja sekä yhteistyötä muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa.

Kuitenkin työryhmä toteaa nimenomaan huumeaineiden ongelmakäyttäjien hoidon järjestämisessä olevan monenlaisia ongelmia. Merkittäviä esteitä heidän hoitonsa toteutumiselle ovat kielteiset asenteet huumeaineiden ongelmakäyttäjiä kohtaan, ammatillisen osaamisen puutteet, vakiintumattomat hoitokäytännöt, alueelliset erot hoitopalvelujen saatavuudessa, sektoreiden välisten rajojen ja yhteistyökäytäntöjen selkiintymättömyys sekä hoitoonohjausjärjestelmän toimimattomuus. Osin ongelmia voidaan selittää myöskin laajamittaisen huumeaineongelman lyhytaikaisuudella – raskaat palvelujärjestelmät eivät ole vielä ennättäneet reagoida muuttuneeseen ongelmakenttään.

4.1.2. Palvelujärjestelmien edellytykset

Päihdehuoltolain mukaan kuntien velvollisuus on järjestää päihdehuoltoa kunnassa esiintyvän tarpeen mukaan sekä yleisinä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluina että tarvittaessa erityispalveluina. Käytännössä palveluiden järjestäminen vaihtelee kuntien välillä määrällisesti niin paljon, että erot eivät selity pelkästään vaihtelevan suurista palvelutarpeista käsin. Eroihin vaikuttavat merkittävästi myös sekä asenteelliset ja tiedolliset tekijät että kuntien taloudellisiin voimavaroihin liittyvät tekijät.

Määrällisten erojen lisäksi päihdehuollon palvelut profiloituvat sisällöllisesti erilaisiksi kokonaisuuksiksi. Rakenteellisesti varsin samanlaiset kunnat saattavat päihdehuollon palveluita järjestäessään päätyä hyvin erilaisiin palvelukokonaisuuksiin.

Palvelujen kysynnässä ja tarjonnassa esiintyy alueellisia eroja. Suurissa kaupungeissa palvelujen tarjonta on laajinta, mutta niissä toisaalta kysyntä ylittää selvästi tarjonnan. Myös alalla toimivien järjestöjen ja muiden toimijoiden asema ja merkitys vaihtelee kunnittain. Kynnys keskitettyjen ja kunnille lisäkustannuksia tuovien palvelujen käyttöön on suurempi pienemmissä ja syrjäisemmissä kunnissa sekä taloudellisista että maantieteellisistä syistä.

Huumausaineiden ongelmakäyttäjien palvelujärjestelmä on osittain historiallisistakin syistä hajanainen. Käytännön tasolla palvelujen järjestämistä vastuu tuntuu usein hämärtyvän. Huumausaineiden ongelmakäyttäjät ajautuvat helposti sekä palvelusektoreiden että hoidon portaiden välillä.

Päivystyspalveluita ja niin sanotun matalan kynnyksen omaavia hoitopisteitä on tarpeeseen nähden liian vähän erityisesti suurissa asutuskeskuksissa. Samoin kuntouttavia ja sosiaalisia näkökulmia huomioonottavista palveluista on alueellisesti vaihtelevaa puutetta. Erilaiset laitoshoidon tarjontapolitiikat ja laitousyksiköiden merkittävät erot toimintaperiaatteissa lisäävät edelleen alueellisia eroja. Osa laitoshoitoyksiköistä toimii ilmeisestä hoidon tarpeesta huolimatta vajaakäytöllä, mikä heikentää niiden taloudellisia toimintamahdollisuuksia ja hidastaa kehittämissäpyrkimyksiä.

Monet huumausaineiden ongelmakäyttäjien erityisryhmät tarvitsevat erityishuomiota palvelujärjestelmän taholta. Tällaisia ryhmiä ovat ainakin raskaana olevat, alaikäiset ja HIV –positiiviset huumausaineiden käyttäjät sekä huumausaineita käyttävät maahanmuuttajat ja vangit.

4.1.3. Huumeiden ongelmakäytön erityispiirteitä hoitojärjestelmän näkökulmasta

Huumeriippuvuus on kulultaan ja ennusteeltaan vaikea mielenterveyden häiriö, mutta huumausaineiden ongelmakäyttäjillä esiintyy runsaasti muitakin terveysongelmia kuin huumeriippuvuutta. Heillä on usein samanaikaisesti myös hoitoa vaativia muita mielenterveyden häiriöitä ja fyysisiä sairauksia. Myös sosiaalinen syrjäytyminen, asunnottomuus ja rikollinen toiminta liittyy merkittävään osaan huumausaineiden ongelmakäyttöä. Huumausaineita käyttävät tarvitsevat usein samanaikaisesti palveluja monilta organisaatioilta ja -järjestelmiltä, joista useilla ei ole erityisosaamista huumausaineongelmien suhteen.

Palvelujen tarvitsijoiden eli huumausaineiden ongelmakäyttäjien tarpeiden moninaisuus ja heidän vaikeutensa sitoutua pitkäjänteiseen hoitoon vaikuttavat palvelujen asianmukaiseen järjestämiseen merkittävästi. Muun sosiaali- ja terveydenhuollon tavanomaiset toimintatavat ja periaatteet eivät sovellu osaan ongelmakäyttäjien hoitoa. Heidän auttamisekseen tarvitaan päivystyksellisempiä, käytännönläheisempiä ja joustavampia lähestymistapoja kuin mihin palvelujärjestelmissä on totuttu.

Huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoidolle on tyypillistä, että hoitoyritykset sijoittuvat usein satunnaisesti erilaisiin hoito- tai palvelupisteisiin. Hoitoketjujen katkonaisuus ja hoitokokonaisuuden sirpaleisuus vaikeuttavat hoitovastuun määrittä-

mistä. Hoitojen ja palvelujen suunnittelu ja seuranta on vain poikkeustapauksissa yksissä käsissä ja selkeästi johdettua.

Huumausaineiden käyttäjien lisäksi palvelujärjestelmien asiakkaita voivat olla myös käyttäjien lähipiiri, kuten perhe, omaiset ja muu sosiaalinen verkosto. Erityisesti nuorten ongelmakäyttäjien perheiden tukemisesta on runsaasti kansainvälistä kokemusta. Tuki on useimmiten ollut joko sosiaalista tukea tai varsinaista perheterapiaa. Keinoja muiden asianosaisten auttamiseen ovat myös tiedon jakaminen huumausaineista ja käyttäjille tarkoitetuista palveluista sekä riskiryhmien erilaisten toiminnallisten verkostojen tukeminen.

4.2. Ehdotukset palvelujärjestelmän kehittämiseksi

4.2.1. Keskeiset periaatteet

Työryhmä arvioi huumausaineiden ongelmakäyttäjien palvelu- ja rahoitusjärjestelmässä Suomessa olevan paljon sekä määrällistä että laadullista kehittämisen tarvetta. Erityisesti kuntien on tehtävä runsaasti uudistuksia huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitotarpeiden ja palveluiden tarjonnan saattamiseksi parempaan tasapainoon.

Huumausaineiden ongelmakäyttäjien ja huumeriippuvaisten sairastavuuteen, elämäntilanteisiin ja käyttäytymiseen liittyy erityisiä piirteitä, jotka asettavat perinteisten sairaus- ja hoitomallien mukaan rakentuneet palvelujärjestelmät vaikeiden haasteiden eteen. Työryhmä ei kuitenkaan suosittele uusien järjestelmien perustamista, vaan ehdottaa olemassa olevien sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden sekä päihdehuollon erityispalvelujen toiminnan uudistamista ja vahvistamista. Koska huumausaineiden ongelmakäyttäjän hoito edellyttää yksilöllistä ja pitkäjänteistä eri palveluista koostuvaa palvelukokonaisuutta, tarvitaan erityisesti yhteistoiminnan ja systemaattisen tiedonkulun kehittämistä eri sektorien välillä.

Työryhmä korostaa huumausaineongelmien hoidosta saatavaa merkittävää kustannus- hyötyä pitkällä aikavälillä, vaikka välittömien kustannusten lisääntyminen on väistämätöntä hoidon tarpeen ja palveluiden tarjonnan tasapainottamiseksi. Huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa tukevien palvelu- ja rahoitusjärjestelmien kehittämisen hyödyllisyys tulee osittain mitattavaksi vasta monien seurannais- ja pitkäaikaisvaikutusten kautta. Onnistuneen hoidon kokonaishyöty ilmenee suurelta osin varsinaisen hoitojärjestelmän ulkopuolella ihmisten toimintakyvyn parantumisena, sosiaalisten haittojen vähenemisenä sekä rikollisuuden laskuna. Viime kädessä huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoidossa on kyse myös taloudellisista tekijöistä riippumattomasta elämän ja elämän laadun arvostamisesta.

4.2.2. Tavoitteet

Työryhmä kävi laajan ja periaatteellisen keskustelun huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoidon tavoitteista. Hoidon tavoitteet vaihtelevat huumausaineongelman vaikea-asteisuuden, hoitomotivaation, hoitomyöntyvyyden ja hoitojärjestelmän mahdollisuuksien mukaan. Mitä varhaisemmassa vaiheessa hoito voidaan aloittaa, sen realistisempaa on asettaa erääksi hoidon tavoitteeksi huumeettomuus. Vaikea-asteinen huumeriippuvuus on vakava lääketieteellinen sairaus, johon liittyy huomattavia psyykkisiä ja sosiaalisia seuraamuksia. Tämän vuoksi vaikea-asteisen huumeriippuvuuden hoidon realistinen tavoite ei yksiselitteisesti ole ainakaan ensivaiheessa huumeiden käytön lopettaminen, vaan hoidolla pyritään myös hoitokontaktien aikaansaamiseen, asianmukaisten hoitotoimenpiteiden järjestämiseen ja käyttöön liittyvien haittojen vähentämiseen.

Huumeriippuvuuden hoito on toisinaan pitkäaikaista, jopa vuosikymmeniä kestävä, eikä lopputuloksena aina ole työkykyinen tai huumeista vapaa henkilö. Työkyvyn edes osittainen ylläpitäminen kuntoutuksen keinoin ja psykososiaalisen syrjäytymisen estäminen ovat keskeisiä tavoitteita hoito- ja kuntoutusprosessissa. Periaatteena tulee jo perustuslainkin mukaan olla, että huumausaineiden ongelmakäyttäjillä on tasavertaiset oikeudet muihin verrattuna niin asianmukaisiin hoitoihin kuin muihinkin yhteiskunnan tuki- ja palvelumuotoihin.

Huumausaineiden ongelmakäyttö on merkittävä terveysongelma, vaikka kansanterveyden näkökulmasta laillisten pähteiden käytöstä aiheutuu väestölle monin verroin enemmän terveydellisiä haittoja. Huumausaineiden käytön haittavaikutuksia on laajasti tarkasteltuna vaikeampaa arvioida kuin alkoholin tai tupakan vaikutuksia, koska ne kohdistuvat useille yhteiskunnan sektoreille. Monet haitoista ovat lisäksi seurausta laittomasta toiminnasta ja jäävät sen vuoksi tilastoinnin ulkopuolelle.

Työryhmän mielestä lähtökohtana hoidon järjestämiselle on hyvään arviointiin perustuva realistinen kuva ajankohtaisesta tilanteesta huumeiden käytön suhteen niin yksilö- kuin yhteisötasolla. Eri huumausaineiden tunnistaminen erilaisine ominaisuuksineen ja niiden käytön aiheuttamien monien seuraamuksineen on tärkeää tämän päivän tilanteessa. Työryhmä katsoo, että ammatillisen tiedon on oltava ajanmukaista ja sitä on päivitettävä jatkuvasti huumeiden tilanteen muuttuessa. Tähän tarvitaan kattavaa ja hyvin toimivaa tutkimus- ja asiantuntijaverkostoa, joka on meillä vielä toistaiseksi vajavainen. Varsinaisen tutkimuksen lisäksi on hoitojärjestelmän samanaikaisesti toimintatutkimuksen keinoin koottava tietoa arkipäivän käytännöistä ja sovellettava sitä oman toimintansa kehittämiseen.

Työryhmän näkemyksen mukaan hoitoa ja hoitojärjestelmää on kehitettävä osana laajempaa huumeiden vastaista työtä ja huumausainestrategiaa. Strategian tulee varauksetta hyväksyä eriasteisiin tavoitteisiin tähtäävä huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoito, hoidon yhteydessä tapahtuva muiden sairauksien ehkäisy ja muu haittojen vähentämistoiminta.

4.2.3. *Hoidon porrastus ja hoitoketjut*

Hoidon porrastaminen ja hoitoketjujen vakiinnuttaminen on edellytys asianmukaisen hoidon toteutumiseksi. Terveystieteiden ja sosiaalihuollon peruspalvelut muodostavat jo olemassa olevan, kattavan ja myös päivystyksellisiä palveluja tarjoavan perustason huumausaineongelmaisten hoidolle. Niiden tehtävänä on tunnistaa paikallistasolla huumausaineongelmat, hoitaa niistä osa ja tarjota kuntalaisille helppo pääsy kulloinkin tarkoituksenmukaisen hoidon piiriin. Peruspalveluiden on vastattava ajankohtaisiin ja muuttuviin tarpeisiin. Hoidettavien pääsyn edelleen erityistason palveluihin on oltava joustavaa. Erityistason palveluja ovat esimerkiksi psykiatriset arviot ja hoidot, sekä päihdehuollon erityispalveluiden toteuttamat hoito- ja kuntoutusohjelmat. Opioidiriippuvaisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoitojen aloitusarvioita tekevät keskitetyt ja sosiaali- ja terveysministeriön heinäkuussa 2000 voimaan astuneessa opioidiriippuvaisten henkilöiden lääkkeellisiä vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoitoja koskevassa asetuksessa mainitut yksiköt. Ne edustavat eräänlaista vaativaa erityistason, ja niillä on kyseisiin hoitoihin liittyviä koordinoivia tehtäviä (Taulukko 2).

Päihdehuollon palveluista suuren osan varsinkin perustasolla tuottavat kunnat itse omia toimintoinaan. Erityistason tai vaativan erityistason palveluita tuottavat usein yksittäistä kuntaa laajemmalla alueella toimivat palvelutuottajat, joita ovat kuntayhtymät tai yksityiset palvelutuottajat. Hoitopalvelujen tuottamisen lisäksi tärkeää on vapaaehtoistoiminta, josta voidaan mainita esim. AA- ja NA-ryhmätoiminta sekä ongelmakäyttäjien läheisryhmät.

Taulukko 2. Huumausaineiden ongelmakäyttäjien palvelujärjestelmän tasot

<p>1. Perustaso</p> <p>Terveydenhuollon peruspalvelut</p> <ul style="list-style-type: none"> - huumausaineongelman tunnistaminen ja alustava diagnosointi - ohjaus, neuvonta ja motivointi - hoitovastuun tapauskohtainen määrittäminen ns. palveluohjaajalle ("case management") - vieroitushoidot ja opioidiriippuvaisten korvaus- ja ylläpito-hoidot osittain - terveysneuvontapisteet (mm. neurolojen vaihto) osittain <p>- Sosiaalihuollon peruspalvelut</p> <ul style="list-style-type: none"> - huumausaineongelman tunnistaminen - ohjaus, neuvonta ja motivointi - hoitovastuun tapauskohtainen määrittäminen ns. palveluohjaajalle ("case management") - huumausaineiden ongelmakäyttäjien psykososiaaliset hoitomuodot - perhekeskeinen työ - etsivä kenttätyö - asumiseen ja muihin elinolosuhteisiin liittyvä auttamistoiminta ja tuki
<p>2. Erityistaso/erikoistunut perustaso</p> <p>Päihdehuollon erityispalvelut</p> <ul style="list-style-type: none"> - A-klinikat ja nuorisoasemat, katkaisuhuoltoasemat, kuntoutusyksiköt ja muut päihdehuollon laitokset - terveysneuvontapisteet osittain, muut matalan kynnyksen yksiköt ja erityisesti huumeiden käyttäjille tarkoitettut yksiköt - päihdelääketieteen erityisosaamista, psykososiaalisia hoito- ja kuntoutusohjelmia, moniammatillisia työryhmiä - vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoitojen toteuttaminen - koulutus, kehittämistyö, tiedotus <p>Mielenterveystoimistot</p> <ul style="list-style-type: none"> - psykiatriin häiriöihin liittyvien huume- ja muiden päihdeongelmien avohoito - moniammatilliset työryhmät <p>Psykiatriset sairaalat</p> <ul style="list-style-type: none"> - psykiatristen potilaiden lääkevieroitukset - kaksois- ja monidiagnostiikka - huumeiden käytön yhteydessä esiintyvät psykoottiset tilat, itsetuhoisuus - päihdepsykiatria
<p>3. Keskitetty, vaativa erityistaso</p> <p>Keskussairaalat, yliopistolliset keskussairaalat, Järvenpään sosiaalisairaala</p> <ul style="list-style-type: none"> - opiaateilla tehtävien vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoitojen aloitusarviointi, ohjaus ja tuki - koulutus, tutkimus, tiedotus

Työryhmä arvioi huumausaineiden ongelmakäyttäjien määrän mitä todennäköisimmin lisääntyvän ja lähestyvän eurooppalaista tasoa, jolloin myös hoidettavien lukumäärä kasvaa. Kun keskitettyä palvelujärjestelmää samanaikaisesti hajautetaan, niin hoito-

vastuu perusterveydenhuollon tasolla lisääntyy. Tämä johtaa ongelmakäyttäjien hoitoon tarvittavan henkilöstön ja muiden voimavarojen lisätarpeeseen. Erityisesti tarvitaan lääkärin ja terveydenhoitajien työpanoksen lisäämistä perustasolla. Ratkaisut ovat kuntakohtaisia ja riippuvat muun muassa väestövastuualueen koosta sekä huumausaineongelmien luonteesta. Työryhmä muistuttaa, että tehostamalla nykyisen henkilöstön osaamista ja hoitoketjujen toimivuutta ei lisävoimavarojen tarve kuitenkaan kasva samassa suhteessa huumausaineongelmien lisääntymisen kanssa.

Erityisesti pääkaupunkiseudulla ja sen ympäristökunnissa vallitseva epäsuhta hoidon tarpeen ja tarjonnan välillä vaatii työryhmän mielestä välittömästi lisävoimavaroja. Samanlaisia ongelmaisia alueita löytyy muualtakin maasta. Tämä edellyttää asiantuntevien hoitopaikkojen välitöntä lisäämistä sekä perusterveydenhuollon, päihdehuollon erityispalvelujen että psykiatrisen erikoissairaanhoidon puolelle. Samanaikaisesti nykyisten yksiköiden toimintaa on tehostettava muun muassa ohjaamalla jo aloitettuja korvaushoitoja paikallistasolle kuten A-klinikoille ja perusterveydenhuoltoon.

Useissa länsimaissa on vaikeiden ja pitkäaikaisten mielenterveysongelmien, kuten huumeriippuvaisten ja skitsofreniaa sairastavien hoidossa sovellettu tapauskeskeistä, eräänlaisen palveluohjaajan valvomaan hoitoa (ns. case management). Työryhmä ehdottaa, että tällainen järjestelmä otettaisiin käyttöön myös Suomessa huumeriippuvaisten hoidossa. Jokaiselle vaikeasti huumeriippuvaiselle asiakkaalle, jolle aloitetaan jokin pitkäjänteinen huumehoito-ohjelma, tulisi nimetä yksi vastuullinen työntekijä palveluohjaajaksi peruspalvelujen tasolla tai osoitettava tällainen palveluohjausvastuu jollekin ammattihenkilölle osto- tai erityispalveluiden piiristä. Hän edustaisi asiantuntijana palveluiden tilaajaa eli kustannuksista vastaavaa kuntaa. Palveluohjaajan tehtävänä olisi seurata ja ohjata asiakastaan ja tämän asioiden hoitamista hoitoketjuissa. Tällä menettelyllä voitaisiin turvata myös yksilötasolla hoidon tarkoituksenmukaista järjestämistä ja hoidon jatkuvuutta sekä sektoreiden yli ulottuvaa yhteistyötä eri viranomaisten välillä. Menettely antaisi myös välineen seurata hoidon kustannustehokkuutta.

Voimavarojen lisätarpeesta huolimatta olemassa olevat voimavarat tulisi hyödyntää mahdollisimman tehokkaasti. Tätä varten tulisi edellä mainitun palveluohjaajan varmistaa, ettei potilailla ole päällekkäisiä hoitosuunnitelmia eri hoitoyksiköissä ja tehdä yhteistyössä asiakkaan ja kulloinkin tarvittavien tai kyseeseen tulevien hoitotahojen kanssa tilannekohtaiset hoitovalinnat (katkaisu-, vieroitus-, korvaus- tai kuntoutushoito). Kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä annetussa laissa mainittujen asiakaspalvelun yhteistyöryhmien tulisi osaltaan koordinoita vaikeimpien huumausaineiden ongelmakäyttäjien kuntoutuksen toteutumista kunnissa.

4.2.4. Psykiatristen palvelujen ja päihdehuollon erityispalvelujen käyttö

Työryhmä katsoo, että huumeriippuvalaiset henkilöt tulisi hoitaa ensisijaisesti perusterveydenhuollon tai päihdehuollon erityispalvelujen piirissä myös pelkästään huumeriippuvuuteen kohdistuvien katkaisu-, vieroitus-, korvaus- ja ylläpito- tai kuntoutushoitojen osalta. Psykiatristen palvelujen käytön huumeriippuvaisten hoidoissa tulee perustua ainoastaan psykiatrisen erikoisosaamisen tarpeeseen. Huumausaineongel-

maisten vaikeudet erityisesti päivystysaikana päästä muihin hoitopaikkoihin tai hankaluudet lähete- tai maksusitoumuskäytännöissä eivät voi olla peruste hoidon siirtymiselle psykiatrisen hoitojärjestelmän vastuulle.

Työryhmän mielestä psykiatrisen erikoissairaanhoidon tulisi lisätä valmiuttaan tukea perusterveydenhuoltoa ja sosiaalihuoltoa konsultaatioiden ja työnohjauksen keinoin. Ne huumausaineiden ongelmakäyttäjät, joilla esiintyy psykoottisia häiriöitä tai itsetuhoisuutta, tulee ohjata psykiatrisen erikoissairaanhoidon arvioitavaksi. Huumeriippuvuuden ja samanaikaisten muiden psykiatristen häiriöiden tunnistamiseen ja hoitoon perehtyneitä kaksoisdiagnoosiyksiköitä pitäisi perustaa yliopistosairaaloiden ja mahdollisesti myös muiden keskussairaaloiden yhteyteen. Psykiatrisiin häiriöihin liittyvää lääke- ja muuta päihderiippuvuutta tulisi hoitaa ensisijaisesti psykiatrisen erikoissairaanhoidon piirissä.

Kuntoutus- ja tukiasumispalvelut kroonista psykiatrista sairautta sairastaville huumeita käyttäville henkilöille tulisi turvata, sillä nämä potilaat soveltuvat huonosti huumeiden käytön vuoksi sosiaalitoimen järjestämien tavanomaisten tukiasumis- ja kuntoutuspalveluiden käyttäjiksi. Tätä varten kuntien tulisi ostopalvelusopimusten avulla tukea myös sellaisten palveluiden toimintaa ja kehittämistä, jotka kohdistuvat huumausaineongelmaisten kroonisten psykiatristen potilaiden elämänlaadun ja toimintakyvyn ylläpitämiseen.

Päihdehuollon erityispalveluiden osaamista ja ammattitaitoa tulee enenevästi suunnata alkoholin ongelmakäyttäjien hoidon lisäksi myös huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoon. Tarpeen mukaan toimintaan on osoitettava lisävoimavaroja. Voimavarojen tarvittava lisäys tapahtuu paitsi kehitys-, tutkimus- ja koulutushankkeiden tukemisena Raha-automaattiyhdistyksen avustuksella, myös kuntien, kuntayhtymien ja yksityisten palvelutuottajien kanssa tehtävillä pitkäaikaisilla ostopalvelusopimuksilla, joissa sovitaan toimintojen lisäämisestä ja kehittämisestä. Erityisesti kuntoutuksen osaamista pitäisi saada paremmin sekä asiakkaiden hoitoon että muiden toimijoiden koulutukseen. Sekä matalan kynnyksen erityisyksiköiden että kuntouttavien laitosten hoitopaikkojen määrää on lisättävä alueellisten tarpeiden mukaisesti.

4.2.5. *Hoitomuodot ja -käytännöt*

4.2.5.1. *Opioidiriippuvuuden hoitomuodot*

Opioidiriippuvuuden hoidossa kyseeseen tulevat hoitomuodot ovat lääkkeetön avohoito, naltreksoni-avohoito, terapeutinen yhteisö -tyyppinen laitoshoido sekä huumausaineen kaltaisesta vaikuttavalla aineella toteutetut korvaus- ja ylläpito-hoidot. Jotta opioidiriippuvaisten hoito olisi vaikuttavaa, sen keston tulee olla 3 kuukautta tai enemmän. Mitä pitempään opioidiriippuvainen potilas on hoidon piirissä riippumatta käytetystä hoitomuodosta, sitä todennäköisempää on, ettei hän retkahda uudestaan opioidien säännölliseen käyttöön. Lääkkeettömät avohoidot ovat tieteellisten tutkimusten mukaan kyenneet vain huonosti kiinnittämään hoitoon opioidiriippuvaisia. Samoin naltreksonihoidon kiinnostavuus opioidiriippuvaisten keskuudessa on huono (<15%). Terapeuttiseen yhteisöhoitoon (ns. Kiskon malli) kiinnittyy puolestaan noin

neljäsosa potilaista, ja ne, jotka ovat hoidossa yli 3 kuukautta, pysyvät todennäköisesti (60 - 85%) hoidossa loppuun asti. Suomessa hoitopaikkoja on tarjolla vähän, joten hoitomuoto ei ole realistinen vaihtoehto suuren potilasmäärän hoitamiseen. Parhaiten opioidiriippuvaiset potilaat kiinnittyvät matalan kynnyksen ylläpitohoitoihin, joissa alussa tavoitteeksi ei aseteta päihitteettömyyttä, vaan rikollisuuden vähentäminen, infektiotautien väheneminen ja potilaan elämänlaadun parantaminen. Korvaushoitojen tavoite, päihitteettömyys, on realistinen tavoite vain osalle opioidiriippuvaisista potilaista.

Työryhmän alustavan arvion mukaan koko maassa ja erityisesti Helsingissä ja pääkaupunkiseudulla on merkittävä puute opioidiriippuvaisten lääkkeellisten hoitojen tarjonnassa. Tällä hetkellä näiden hoitojen tarpeessa on arviolta 1 200 – 1 500 henkilöä. Lääkkeellisten hoitojen rinnalla ja niiden jatkoksi tulisi kehittää myös lääkkeetömiä hoito-ohjelmia ja yhteisöhoito-ohjelmia ja parantaa niiden saatavuutta.

Opioidiriippuvaisten lääkkeellinen ja muu hoito on järjestettävä kunnissa todellisen tarpeen mukaisesti. Opioidilääkkeillä tapahtuvan vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoitojen arviointi, aloittaminen ja hoidon seuranta tapahtuu sosiaali- ja terveysministeriön opioidiriippuvaisten lääkehoitoa koskevan asetuksen mukaisesti keskitetysti yliopistollisissa sairaaloissa, muissa keskussairaaloissa ja Järvenpään sosiaalisairaalassa. Itse lääkkeellinen hoito tapahtuu metadoni- tai buprenorfiinihoitoina, joiden toteuttamisesta vastaavat kunnat. Ne järjestävät hoidon alueellaan paikallisen tilanteen mukaan. Hoito voidaan toteuttaa perusterveydenhuollon pisteessä tai tuottaa A-klinikan toimesta, mikäli kunnan käytettävissä olevalla A-klinikalla on siihen asianmukaiset valmiudet.

Lääkkeellisen vieroitus-, korvaus- tai ylläpitohoidon toteuttamispiste määritetään aloitusarviojakson aikana ja siirtämisestä informoidaan hoitopistettä hyvissä ajoin tärkeimmät tiedot ja ohjeet sisältävällä lähetteellä. Hoitojen arvioinnin ja aloituksen sairaalassa pitäisi alkaa mahdollisimman tehokkaasti 2 viikon sisällä ja siirron jatkopaikkaan tapahtua mahdollisimman nopeasti - kuitenkin niin, että hoitotulokset säilyvät hyvinä. Mikäli potilas joutuu jonottamaan hoidon arviointiin tai aloitukseen, hänelle pitää järjestää muu toimiva hoito odotusaikana. Nämä asiat tulee sisällyttää päihdehuollon osalta sosiaali- ja terveysministeriön, Stakesin, kuntien, Suomen Kuntaliiton ja palvelujen käyttäjien yhteistyönä määriteltäviin laatusuosituksiin.

Aloituspaikkakunnille on kehittynyt työryhmän saaman selvityksen perusteella erilaisia käytäntöjä arvioida ja aloittaa hoitoja. Työryhmä ehdottaa, että hoitojen sisältöjen seuraamiseksi ja laadun yhdenmukaistamiseksi perustetaan huumausaineongelmien hoitoa ja koulutusta kehittävä yhteistyöelin. Koordinoijana toimisi sosiaali- ja terveysministeriö alaisine laitoksineen ja mukana olisi ainakin Kansanterveyslaitoksen ja STAKESin edustajat sekä yliopistollisten sairaaloiden ja päihdehuollon erityispalvelujen edustus. Kyseinen yhteistyöelin voi osaltaan olla mukana laatimassa eri tyyppisille paikkakunnille sopivia hoitomalleja. Sama asiantuntijoiden muodostama yhteistyöelin voi olla mukana luomassa edellä mainittuja laatusuosituksia.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen mahdollistama ylläpitohoito vaikeimmin riippuvaisille ja vaikeasti kroonistuneille opiaattien käyttäjille on aloitettu. Tähän toimintaan tulisi sisällyttää myös niin sanottu matalan kynnyksen ylläpitohoito, jonka

tavoitteena on ensisijaisesti hoitoon sitoutuminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa opioidiriippuvuuden kehittyttyä. Tähän soveltuvia potilasryhmiä ovat HIV- ja C-hepatiittipositiviset opioidiriippuvalaiset ja myös esimerkiksi kaksoisdiagnoosipotilaat, joiden voi olla vaikea sitoutua täyteen huumeettomuuteen, mutta joita hoidon piiriin saaminen auttaa ratkaisevasti muilla tulostavilla tarkasteltuna (esim. elämänlaatu, psykiatrinen sairaus). Näiden erityisryhmien ylläpitohoitojen tavoitteena on elämänlaadun parantaminen ja haittojen ehkäisy.

Suomessa tulisi seurata opioidiriippuvaisten lääkkeellisiin hoitoihin liittyvää kehitystä ja purkaa keskitettyä hoitoa säädellysti antamalla uusi sosiaali- ja terveysministeriön asetus asiasta tarvittaessa. Mikäli lääkkeellisissä opioidihoidoissa siirrytään tavanomaiseen reseptilääkekäytäntöön on aina huolehdittava kuitenkin siitä, että lääkehoiton lisäksi hoitoon sisältyy tarpeenmukainen psykososiaalinen kuntoutus. Tämän lisäksi uusien lääkkeellisten hoitojen, kuten esimerkiksi buprenorfiini-naloksoni –yhdistelmien käyttöönottoon tulisi valmistautua koulutuksellisesti. Uusien hoitomuotojen käyttö tulisi tehdä mahdolliseksi yliopistotasolla viivytystä, kun riittävä näyttö niiden tehokkuudesta ja turvallisuudesta on saatu.

Työryhmän näkemyksen mukaan yksityisten lääkäripalvelujen tulee olla julkista terveydenhuoltoa tarvittaessa täydentävä järjestelmä. Yksityislääkärien antaman korvaushoidon tulee olla valvottua. Jos julkisen sektorin kapasiteetti ei riitä opioidiriippuvaisten lääkkeellisiin korvaus- ja ylläpitohoitoihin, voidaan harkita hoidon toteuttamista sellaisen yksityislääkäriin ja tämän johtaman työryhmän toimesta, jolla aloituspaikka katsoo olevan hoitoon riittävät edellytykset. Tällöin aloitusarvion tehnyt yksikkö ohjeistaa ja tukee hoitoa antavaa yksityislääkärää. Yksityislääkärien ottaminen mukaan toteuttamaan korvaus- ja ylläpitohoitoja edellyttää sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen muuttamista. Ennen tätä olisi sosiaali- ja terveysministeriön selvittävä tärkeimmät toimintaedellytykset, kuten lääkkeiden jakoon, maksuttomuuteen ja tiedon kulkuun liittyvät yksityiskohdat, ja antaa niistä ohjeistus.

4.2.5.2. Muihin huumausaineisiin liittyvät hoidot

Amfetamiiniin, kannabikseen ja uudempiin synteettisiin huumausaineisiin liittyvät terveysongelmat ovat monenlaisia. Tulokselliseksi osoitettuja lääkkeellisiä hoitoja niihin ei ole toistaiseksi käytössä. Työryhmä toteaa tietämystä niihin liittyvien terveysongelmien hoidosta tarvittavan kipeästi palvelujärjestelmän käyttöön. Psykososiaalisista hoitomuodoista kognitiivis-behavioraaliset lähestymistavat, 12-kohdan ohjelmat, strukturoidut yhteisöhoito-ohjelmat ja erityisesti nuorempien huumausaineongelmaisten kohdalla perheterapeutit interventiot ovat nykyisen käsityksen mukaan lupaavimpia ja niitä tulee käyttää nykyistä paljon laajemmin eri hoitoyksiköissä.

Amfetamiinin aiheuttamien psykoosien hoito tapahtuu yleensä psykiatrissa yksiköissä, mutta lievän oireilun hoitoa tulee kyetä toteuttamaan myös päihdehuollon yksiköissä. Tähän vaadittava psykiatrinen osaaminen tulee järjestää koulutuksen, työhönjauksen ja konsultaatioiden avulla.

Amfetamiiniriippuvaisten korvaushoito on vielä tutkimus- ja kehittämisvaiheessa. Sen käyttöön ottoa on arvioitava erityisesti HIV –epidemian ehkäisyn näkökulmasta. Koska Suomessa amfetamiiniin ja muiden huumausaineiden käyttö sekä sekakäyttö ovat yleisiä, on huumeriippuvaisia hoitavilta perus- ja erityistason yksiköiltä edellytettävä perehtyneisyyttä opiaateilla tehtävien vieroitus- korvaus- ja ylläpitohoitojen lisäksi myös näiden ongelmien hoitoon. Kokaiiniin väärinkäyttäjien hoidossa tulokselliseksi osoitettuja kognitiivisen käyttäytymisterapian muotoja tulee ottaa meillä aktiivisesti käyttöön myös amfetamiiniongelmiaisten hoidoissa niin perus- kuin erityistasonkin yksiköissä.

Päihdehoitoja koskeva menetelmäkartoitus on valmistumassa. Sen tuloksia tullaan käyttämään hyväksi myös huumausaineiden käyttäjien hoitoa kehitettäessä. Edellä mainitun yliopistollisten sairaaloiden, sosiaali- ja terveysministeriön, Kansanterveyslaitoksen, STAKESin ja päihdehuollon erityispalvelujen edustajien muodostaman yhteistyöelimen tulisi osaltaan arvioida hoitojen sisältöjä tältä osin ja päivittää suosituksia tiedon karttuessa.

4.2.6. Lasten ja nuorten päihdepsykiatristen palveluiden järjestäminen

Alaikäisten vakaviin päihdeongelmiin ja päihdehäiriöihin liittyy lähes poikkeuksetta myös muuta psykiatrista oireilua. Työryhmä katsoo, että koulujen oppilashuoltojärjestelmän, lastensuojelun ja perheneuvoloiden valmiuksia tunnistaa ja kohdata päihdeongelmia ja niihin liittyviä sosiaalisia ja psykiatrisia häiriöitä tulee vahvistaa. Eri-tyisen hedelmällistä olisi vahvistaa koulujen oppilashuoltojärjestelmän edellytyksiä havaita ongelmat varhaisvaiheessa sekä tukea, yhteistyössä muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa, vaikeuksiin joutuneita oppilaita ja heidän perheitään. Osaltaan tätä edistetään lisäämällä kyseisille toimijoille järjestettäviä päihdepsykiatrisia konsultatioita, koulutusta ja työnohjausta.

Alaikäisten päihdeongelmien hoito edellyttää usein koko elämäntilanteen hoitamista. Tämä voi tapahtua sijaishuoltona joko perhehoidossa tai lastensuojelulaitoksessa. Myös näille tahoille on järjestettävä huumausaineisiin liittyvää koulutusta ja päihdepsykiatrista työnohjausta tarpeen mukaan. Lasten ja nuorten ohjaamisen heille soveltuviin päihdehuollon erityispalveluihin tai psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluihin tulee tapahtua joustavasti. Sekä valtion että kuntien on ohjattava lasten ja nuorten päihdepsykiatriaan kokonaisuudessaan lisää voimavaroja. Kysymykseen tulisivat kohdennetut valtionavustukset ja kunnallisten lasten ja nuorten päihdepsykiatristen palveluiden vahvistaminen. Lisäresursseja on syytä kohdentaa sekä päihdepsykiatristen hoitopaikkojen lisäämiseen että esimerkiksi lastensuojelun tai koulun oppilashuollon parissa tapahtuvaan konsultaatio- ja työnohjaustoimintaan. Työryhmä katsoo, että nuorisopsykiatristen yksiköiden päihdeongelmiin liittyvää osaamista tulee vahvistaa. Ainakin yliopistosairaaloiden yhteydessä pitäisi olla nuorten päihdepsykiatriaan perehtynyt avo- tai laitoshoitoyksikkö.

Työryhmän näkemyksen mukaan päihdehuollon erityispalveluihin kuuluvilla nuorten hoitoyksiköillä on runsaasti erityisosaamista, jota on tuettava ja käytettävä sekä suoraan asiakastyöhön että nuorten kanssa työskentelevien tahojen koulutukseen ja työn-

ohjaukseen. Samalla näille yksiköille tulee järjestää mahdollisuuksia nuorisopsykiatriin konsultaatioihin. Toimintojen maksujärjestelyistä voidaan sopia ostopalvelusopimusten tekemisen yhteydessä.

4.2.7. Päivystyspalvelut ja ensihoito

Työryhmän mielestä huumausaineisiin, lähinnä opioidien suonensisäiseen käyttöön, liittyvien myrkytyskuolemien ehkäisemiseksi on turvattava sairaankuljetuksen ja terveydenhuollon päivystysyksiköiden osaaminen ja valmiudet huumausaineiden yliannostustapausten ja muiden hätätapausten varalle. Asianmukaiseen jatkohoitoon ohjaamiseen ensihoidon jälkeen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Päivystyspalveluiden ja ensihoidon yksiköiden tulisi huolehtia yhteyksien luomisesta perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja päihdehuollon huumausaineongelmia hoitaviin tahoihin. Myös huumausaineiden käyttäjien läheisten ja muiden henkilöiden valmiuksia ohjata käyttäjiä päivystyspalveluihin ja ensihoitoon tulee parantaa tiedotuksen ja valistuksen avulla.

4.2.8. Huumausaineiden ongelmakäyttäjien erityisryhmiä

Vangit ovat huumausaineiden ongelmakäytön suhteen erityisryhmä, jonka hoidon järjestämisen voidaan olettaa olevan erityisen hyödyllistä. Arvioiden mukaan kaikista vangeista varsin suuri osa on päihdeiden ongelmakäyttäjiä. Osa vangeista käyttää myös rangaistusta suorittaessaan huumeita tai lääkkeitä päihtymystarkoituksessa.

Päihdeongelmien käsittelyä vankeusrangaistuksen aikana on tehostettu viimeisen vuosikymmenen aikana. Kun 1996 päihdeiden käyttöä koskevien tukitoimien kohteena oli n. 200 vankia, oli vuoden 1999 luku n. 700 vankia, eli runsaat 10 prosenttia kokonaisvankimäärästä. Tavoitteena on osallistujien määrän kaksinkertaistaminen 1 400 vankiin. Huumeiden käyttäjien osuutta kuntoutuksessa oljoiden kokonaismäärästä ei ole erikseen tilastoitu. Tukitoimiin osallistujista runsas puolet osallistui erilaisiin informaatio- tai motivaatio-ohjelmiin, vajaa puolet päihdehuollollisiin kuntoutusohjelmiin.

Päihdekuntoutusta edistää edelleen hiljattain voimaan tullut rangaistusten täytäntöönpanosta annetun lain muutos (364/1999), jonka mukaan päihdeongelmainen vanki ”voidaan sijoittaa määräajaksi rangaistuslaitoksen ulkopuoliseen laitokseen tai vastaanvaan yksikköön, jossa hän osallistuu päihdehuoltoon tai hänen selviytymismahdollisuuksiaan parantavaan muuhun tavoitteelliseen toimintaan.” Toistaiseksi näitä sijoituksia on ollut vain muutama.

Vankeinhoitolaitos ryhtyy kuluvana vuonna myös tekemään erityisen työkyky- ja kuntoutusarvion yli kuuden kuukauden tuomion saaneista vangeista sekä kaikista nuorisovangeista. Arviossa tarkastellaan myös päihdekysymyksiä. Päihdehoidollinen suhtautuminen onkin vankeinhoidon sisällä tullut hyväksytyksi toiminnan osaksi. Näkemykset noiden interventioiden sisällöistä ovat osin vielä muotoutumassa.

Rikokseen syyllistyneen huumausaineiden ongelmakäyttäjän vankeusrangaistus- ja yhdyskuntaseuraamusaika on työryhmän mielestä hyödynnettävä kuntoutuksellisesti järjestämällä päihdeettömyyttä ja rikoksetonta elämäntapaa edistäviä toimintaohjelmia vankilassa. Mahdollisuutta sijoittaa huumehoitoon sitoutunut vanki – vankeinhoidollisten ehtojen täytyessä – myös rangaistuslaitoksen ulkopuolelle päihdekuntoutukseen tulee oleellisesti lisätä. Työryhmän katsoo, että rangaistuksenaikaisen päihdehuollon järjestäminen kuuluu vankeinhoitolaitokselle, mutta sen on tapahduttava yhteistyössä vangin kotikunnan päihdehuollon ja tarvittaessa kriminaalihuollon kanssa. Huomiota tulisi kiinnittää erityisesti rangaistuksen alkamiseen ja loppumiseen liittyviin siirtymävaiheisiin, ja sopia vangin kotikunnan ja vankeinhoidon kesken hoitojen katkeamattomasta toteutumisesta ja mahdollisuuksien mukaan henkilön huumevieroituksesta ennen henkilön sijoittamista vankilaan tai yhdyskuntaseuraamusten alkamista.

Huumausaineiden käyttöön liittyvien tartuntatautien, kuten HIV:n ehkäisy on erityisen tärkeää vankilaolosuhteissa. Työryhmä katsoo, että mahdollisten HIV-epidemioiden ehkäisemiseksi vangilla on oltava tarvittaessa samanlainen mahdollisuus käyttövälineiden vaihtoon kuin siviilissä. Asiaa koskeva kokeilutoiminta tulisi käynnistää myös Suomessa.

Maahanmuuttajat, heidän jälkeläisensä ja etniset vähemmistöt ovat huumausaineiden ongelmakäytön ja siihen liittyvän rikollisuuden suhteen toinen erityisryhmä. Heidän hoitajensa järjestämiseen tulee käyttää hyväksi monikulttuuristen ongelmien erityisosaamista, jota saattaa löytyä myös hoitoihin perehtyneiden järjestöjen piiristä. Äidinkielliset palvelut tulisi turvata niille, joiden suomenkielen taito on puutteellinen. Ilman maahanmuuttajille suunnattuja erityistoimia uhkana on rikollisten, huume-ehtoisten alakulttuurien muodostuminen maahanmuuttajaryhmien piiriin.

Raskauden aikana erityisesti alkoholin käytön tiedetään olevan riski sikiön normaalille kehitykselle. Myös huumausaineiden käytöstä aiheutuu sikiölle todennäköisesti riskejä, joiden vuoksi raskaana olevien huumeita käyttävien naisten ongelmien tunnistamista, heidän ohjaamistaan hoitoon ja hoitomahdollisuuksia on tehostettava nykyisestä. Hoidon suunnittelussa on tarkasteltava koko hoitoketjua raskauden ehkäisystä synnytyksen jälkeiseen tilanteeseen ja myös siitä eteenpäin. Kynnyksen hakea apua huumausaineongelmiin on oltava riittävän matala ja tarjolla tulisi olla myös lääkkeellisiä korvaus- tai vieroitushoitoja opioidiriippuvaisille äideille. Sosiaalitoimen mahdollisuuksia auttaa raskaana olevien huumausaineita käyttäviä äitejä nykyistä enemmän tulee edistää siten, että raskaana olevia voidaan ottaa erityisen tuen kohteeksi. Hoidon keskittäminen äitiyshuollon erityisyksiköihin takaa parhaan mahdollisen hoidon ja madaltaa kynnystä huumeriippuvaisten raskauden seurannassa käyvien naisten osalta. Tahdosta riippumaton hoito raskauden aikana sikiölle mahdollisesti aiheutuvan vaaran perusteella ei ole nykyisin mahdollista. Työryhmän mielestä pakon käytön lisääminen ei ole järkevää tilanteessa, jossa myönteisiäkin keinoja ei ole vielä riittävästi käytetty.

4.2.9. Oikeuslaitos ja toimenpiteistä luopuminen

Voimassa oleva lainsäädäntö tuntee tilanteita, jolloin syyttämistä ja tuomitsemisesta voidaan luopua sosiaali- ja terveydenhuollon toimenpiteiden johdosta tai muusta syystä. Samoin annettuihin tuomioihin voi liittyä palvelujärjestelmän käyttöä. Oikeuslaitoksen tekemät palvelujärjestelmän käyttöä edellyttävät päätökset ovat lukumääräisesti hyvin vähäisiä, eikä niistä aina voida eritellä huumarikosten osuutta. Syyttämättä ja tuomitsematta jättäminen on paljon yleisempää muilla perusteilla kuin palveluiden käytöllä.

Huumarikoksissa voidaan jättää syyttämättä tai rangaistukseen tuomitsematta oikeudenkäynnistä rikosasioissa annetun lain (689/1997) 1 luvun 7 ja 8 §:n perusteella, rikoslain 3 luvun 5 §:n perusteella sekä rikoslain 50 luvun 7 §:n (1304/1993) perusteella. Ensiksi mainitun lain perusteella syyte voidaan jättää nostamatta teon vähäisyyden, tekijän nuoruuden (alle 18-vuotias), konkurrenssiperiaatteen tai ns. kohtuuttomuusperiaatteen nojalla. Syytteen nostaminen voidaan katsoa kohtuuttomaksi mm. syytetyn henkilökohtaisten olojen tai sosiaali- ja terveydenhuollon toimien perusteella.

Rikoslain perusteella syyte voidaan jättää nostamatta, jos teko ei heikennä yleistä lainkuuliaisuutta tai tekijä osoittaa sitoutuneensa sosiaali- ja terveysministeriön hyväksymään hoitoon. Tältä osin rikoslaki on uudistumassa (HE 213/2000). Lisäksi tuomitsematta jättäminen on mahdollista rikoslain 3 luvun 5 §:n 3 ja 4 momentin ja rikoslain 50 luvun 7 §:n perusteella.

Syyttämättä jättäminen huumausainerikoksissa on lisääntynyt jatkuvasti (1990 noin prosentti tietoon tulleista huumerikoksista, 1998 noin 9 prosenttia). Vuonna 1998 tehtiin mainittujen kahden lainkohdan perusteella huumerikoksissa 925 syyttämättäjättämispäätöstä. Näistä vain aivan muutamassa perusteluna olivat sosiaali- ja terveydenhuollon toimet.

Yhdyskuntapalvelulaki (1055/1996) mahdollistaa ehdottoman vankeustuomion muuttamisen tietyin edellytyksin yhdyskuntapalveluksi. Yhdyskuntapalvelutuomiosta voi tiettyjen edellytysten vallitessa suorittaa enintään viisi tuntia käyttämällä päihdeongelmien vähentämiseen tarkoitettuja palveluja Kriminaalihuoltoyhdistyksen hyväksymällä tavalla.

Vuonna 2000 annettiin noin 2 700 yhdyskuntapalvelutuomiota. Tyypillinen yhdyskuntapalvelutuomion saaja oli rattijuoppo (noin 60 prosenttia), ja tuomion vei suunnitellulla tavalla loppuun noin 85 prosenttia tuomituista. Vuonna 2000 suoritettiin loppuun 468 tuomiota, joihin sisältyi edellä mainittu viiden tunnin päihdejakso. Jakso toteutettiin joko Liikenneturvan kouluttajien järjestämänä koulutuksena tai käynteinä A-klinikalla. Huumerikoksista annettujen yhdyskuntapalvelutuomioiden määriä ei ole eritelty.

Palvelujärjestelmän ja kontrollijärjestelmän riippumattomuus toisistaan on tärkeää. Palveluiden käytön tulee lähtökohtaisesti olla niiden käyttäjälle jotakin tavoiteltavaa, eikä sellaista johon hänet velvoitetaan. Tuomioistuimet voivat kuitenkin nykylainsäädännön turvin määrätä rangaistuksia, joihin sisältyy hoidollisia elementtejä tai jättää

syytetyn rikoslain 50 luvun 7 §:n perusteella tuomitsematta rangaistukseen, jos tämä osoittaa sitoutuneensa hoitoon. Oikeusministeriö on lisäksi asettanut toimikunnan valmistelemaan lainsäädäntöä ns. sopimushoidosta. Tällöin sellaisesta rikoksesta, jonka tekemiseen ovat vaikuttaneet päihdeongelmat, tuomittu lyhyt, ehdoton vankeusrangaistus voitaisiin korvata sitoutumalla hoitoon. Työryhmä tukee sitä, että tämänkaltaisten seuraamusten laajempaakin käyttöönottoa huumeiden ongelmakäyttäjien tuomioistuinkäsittelyssä selvitetään.

Työryhmä on sitä mieltä, että erityisesti nuorten ja ensikertalaisten kohdalla on käytettävä aktiivisesti mahdollisuutta ohjata huumausaineiden käyttöön tai siihen liittyvään huumausainerikokseen syyllistyneitä rangaistuksen sijasta hoitoon. Poliisin, syyttäjälaitoksen ja sosiaaliryöryyön yhteistyötä on tiivistettävä jo huumausainerikosten esitutkintavaiheessa. Käytäntönä voi olla yhteyden ottaminen sosiaali- tai terveydenhuollon työntekijään aina alaikäisten tekemiksi ilmoitetuissa huumausainerikoksissa. Menettelyllä tehostettaisiin lastensuojelulain 15 §:ään nykyisin sisältyvää säännöstä, jonka mukaan sosiaalilautakunnan tulee olla edustettuna rangaistavan teon esitutkinnassa ja tuomioistuinkäsittelyssä, jollei se ole ilmeisen tarpeetonta.

4.2.10. Koulutus

4.2.10.1. Yleistä

Työryhmän mielestä nykyisten voimavarojen käytön tehostamisen erityinen edellytys on uuden tiedon, koulutuksen ja osaamisen saattaminen koko palvelujärjestelmän käyttöön. Koulutusta tulee järjestää kuntien, sosiaali- ja terveysministeriön ja A-klinikkasäätiön toimesta sekä huumausaineiden ongelmakäytön parissa toimijoille että laajemmille tahoille. Perustietoja antavaa koulutusta on järjestettävä hoitoalalla toimijoiden lisäksi muillekin tahoille, muun muassa opetus- ja poliisitoimeen. Koulutuksen tulee perustua ajan tasalla oleviin alueellisiin koulutustarvekartoituksiin. Palvelujärjestelmissä huumausaineiden ongelmakäyttäjiiä kohtaavat tarvitsevat huumausaineisiin liittyvää yleistä koulutusta ja huumeriippuvuutta hoitavat uusimpaan tutkimustietoon perustuvaa erityistason koulutusta huumeriippuvuuden ja siihen liittyvien muiden sairauksien ja ongelmien hoidosta. Koulutuksen tulee olla systemaattista, jatkuvaa ja näyttöön perustuvaa. Koulutusasioita koordinoi sosiaali- ja terveysministeriön ja sen alaisten laitosten perustama huumausaineongelmien hoitoa ja koulutusta kehittävä yhteistyöelin, joka seuraa muun muassa opioidiriippuvuuden hoitojen kansainvälistä ja paikallista kehitystä. Raha-automaattiyhdistyksen avustuksella järjestettävän pitemmän aikavälin systemaattisen ja jatkuvan täydennyskoulutusjärjestelmän aikaansaamista tulee selvittää.

4.2.10.2. Opioidiriippuvaisten lääkkeellisiin hoitoihin liittyvä koulutus

Työryhmän näkemyksen mukaan opioidiriippuvaisten lääkkeellisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoitojen aloittaminen, seuranta ja toteutus edellyttävät riittävän ja

asianmukaisen koulutuksen ja työnohjauksen järjestämistä kaikille ongelmakäyttäjien kanssa toimiville ammattihenkilöille. Tämä voidaan järjestää ostopalveluina niin, että palvelujen tuottajina ovat psykiatrian ja päihdelääketieteen asiantuntijat, A-klinikasäätiö ja muut järjestöt. Koulutusten koordinoinnissa keskeinen taho on opioidiriippuvaisten hoitojen kansainvälistä kehitystä ja paikallista toteutumista seuraava, aikaisemmin mainittu yhteistyöelin, joka ylläpitää asiantuntijaverkostoa yhteyksineen ainakin sosiaali- ja terveystieteiden ministeriöön, Kansanterveyslaitokselle, STAKESiin, Helsingin Yliopiston päihdelääketieteen yksikköön ja A-klinikasäätiöön.

4.2.10.3. Muu koulutus

Huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitojen kehittäminen edellyttää tietämystä asianmukaisten, näyttöön perustuvien hoitomuotojen työkäytännöistä ja hoitotuloksista. Erityisesti tietämys opioidi- ja amfetamiiniriippuvuuden hoitomenetelmien kehityksestä on pidettävä ajan tasalla. Tämän tiedon päivittämiseksi työryhmä ehdottaa järjestettäväksi vuosittain säännöllisiä seminaareja tai konsensustapaamisia. Koulutustoimintaa koordinoidaan aikaisemmin mainitun yhteistyöelimen toimesta ja siihen on ohjattava riittäviä voimavaroja sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön määrärahoista sekä järjestöjen osalta Raha-automaattiyhdistyksen avustusvaroista.

4.2.11. Haittojen vähentäminen

Työryhmä katsoo, että niin sanottuja matalan kynnyksen hoitopaikkoja ongelmakäyttäjille on perustettava lisää ainakin suuriin asutuskeskuksiin. Tällaisten hoitopaikkojen toiminnassa keskeistä on katkaisuhoidon tai sen arviointiin pääsy ilman ajanvarausta, tarvittaessa myös päivystysaikoina. Olosuhteista riippuen palvelut voidaan järjestää joko olemassa olevien hoitopisteiden yhteyteen tai hankkia toiminta ostopalveluna ulkopuolisilta palvelutuottajilta. Palvelujen sisältö tulee suunnitella huolellisesti ja suorittaa toiminnan säännöllistä evaluaatiota.

Työryhmän mielestä katkaisuhoidon lisäksi tulee järjestää päiväkeskustyyppisiä huumausaineiden ongelmakäyttäjille tarkoitettuja sosiaalisen tuen palvelupisteitä, joissa on tarjolla mm. peseytymis- majoittumis- ja terveysneuvontapalveluja. Samoin etsivän kenttätyön avulla huumausaineiden ongelmakäyttäjiiä tulee tavoittaa palvelujen piiriin. Edellä mainittuja toimintoja voidaan järjestää tarkoituksenmukaisella tavalla joko kunnan omana toimintana tai hankkimalla niitä ostopalveluina. Sosiaalisen syrjäytymisen vähentämiseksi ja ehkäisemiseksi myös yleiset asumiseen, työllistymiseen ja tavanomaisten elämänhallintataitojen oppimiseen tähtäävät kuntoutuspalvelut ovat keskeisen tärkeitä.

Neulojen ja muiden suonensisäisten huumausaineiden käyttöön tarkoitettujen välineiden vaihtotoiminta ja muu matalan kynnyksen toiminta on saatava käyntiin niillä paikkakunnilla, joissa suonensisäistä huumausaineiden käyttöä infektioriskeineen esiintyy. Konkreettisia haittoja vähentäviä toimia suonensisäisiä huumeita käyttäville

voivat olla esimerkiksi B-hepatiittirokotuksen jakaminen, puhtaiden neulojen käytön opetus ja sukupuolitautilien ehkäisyohjelmat. Tämä on perustason toimintaa, jota tulee toteuttaa terveyskeskuksissa tai hankkia ostopalveluina yksityisiltä palvelutuottajilta. Toimintaa tulee evaluoida säännöllisesti.

4.3. Ehdotukset rahoitusjärjestelmän kehittämiseksi

4.3.1. Rahoituskysymykset palvelujärjestelmien tasolla

Huumausaineiden käytöstä eri palvelujärjestelmille aiheutuvien kustannusten arviointi kokonaisuudessaan on vaikeaa. Tutkimuksissa lukuina esitetäänkin useimmiten väljiä kustannushaarukoita. On arvioitu, että vuonna 1998 Suomessa huumausaineiden käytöstä aiheutuneet välittömät kustannukset olivat 690 - 1 050 miljoonaa markkaa vuodessa. Kustannuksiin on otettu mukaan sosiaalitoimen (noin 40 % kokonaisuudesta), valvonta- ja rikolliskontrollin (noin 30 % kokonaisuudesta), terveydenhuollon (noin 15 % kokonaisuudesta) ja omaisuusvahinkojen (yli 10 % kokonaisuudesta) välittömät kustannukset. Arvio välillisistä kustannuksista, joihin luettiin ennenaikaisesti menetetyn elämän laskennallinen arvo ja laskennalliset tuotannonmenetykset, oli samaan aikaan 1 700 - 3 700 miljoonaa markkaa vuodessa.

Huumausaineiden käytöstä hoitojärjestelmälle aiheutuvat kustannukset lisääntyvät jyrkästi ongelmien vaikeutuessa. Korvaus- tai ylläpitohoidosta vuodessa syntyvät kustannukset ovat 80 000 - 100 000 markkaa potilasta kohden. Yhden HIV-positiivisen potilaan vuoden lääkehoito maksaa 100 000 markkaa ja C-hepatiitin hoitokustannukset vuodessa ovat 70 000 - 80 000 markkaa. Vastaavasti terveysneuvontapisteiden kustannukset asiakasta kohden ovat jääneet 600 - 800 markkaan vuodessa. On myös huomattava, että kroonistuneimpien potilaiden hoitojen kustannukset lankeavat väistämättä maksettavaksi, eikä niiden osalta voida suorittaa sellaista harkintaa kuin palveluketjun keveämmässä päässä usein oletetaan voitavan tehdä.

Hoidon kustannusvaikuttavuuden arvioiminen on myös vaikeaa. Yleisesti esitettyjen arvioiden mukaan hoidon järjestäminen on kuitenkin taloudelliselta kannalta hyvin perusteltua, sillä yhden ehkäisyyn tai hoitoon investoidun markan on laskettu tuottavan 5 - 7 markan säästön vähentyneinä haittakustannuksina. Kustannusvaikuttavuuden kannalta on merkittävää myös se, mihin ongelmaketjun vaiheeseen hoito kohdennetaan: terveysneuvontapisteessä kannattaa hoitaa 150 asiakasta, jos sillä voidaan estää yhden korvaus- tai ylläpitohoitoa vaativan opioidiriippuvuuden syntyminen. Työryhmä korostaa edelleen, että huumeista aiheutuvista kustannuksista vain pieni osa syntyy hoidon järjestämisestä. Suurin osa kustannuksista kertyy hoito- ja palvelujärjestelmän ulkopuolella niistä haitoista, joita huumeiden käyttö aiheuttaa.

Huumausaineongelmien lisääntyminen merkitsee lisävoimavarojen tarvetta päihdehuollon palvelujärjestelmässä. Koska hyvin todennäköisesti lisääntyvän alkoholinkulutuksen seurauksena myös alkoholihaitat mitä ilmeisimmin tulevat kasvamaan, ei sektorin sisällä ole resurssien uudelleen allokoinnin mahdollisuuksia. Oikealla hoidon porrastuksella, saumattomilla hoitoketjuilla ja kokonaisvaltaisella sektoreiden väli-

sellä yhteistyöllä voidaan kuitenkin jossain määrin tehostaa nykyistenkin voimavarojen käyttöä.

Valtion kunnille osoittamaa käyttökustannusten valtionosuutta ei ole sidottu käyttötarkoitukseen, vaan kunnat päättävät itse saamansa valtionosuuden käytöstä. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annettu laki (733/1992) kuitenkin velvoittaa kuntia osoittamaan voimavaroja valtionosuuden perusteena olevaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Sosiaali- ja terveysministeriön strategisissa linjauksissa vuoteen 2010 saakka esitetään nykyisen informaatio-ohjauksen jatkamista ohjaamalla kuntia ja muita palvelujen tuottajia tavoitteita asettamalla ja suosituksia antamalla sekä tuottamalla ja välittämällä tietoa ja toimintamalleja paikallisen päätöksenteon tueksi. Informaatio-ohjauksen rinnalla käytetään myös säädös- tai resurssiohjausta tilanteissa, joissa haluttua tavoitetta ei voida muilla keinoin saavuttaa kohtuullisessa ajassa ja joissa väestön mahdollisuudet saada yhdenvertaisesti palveluita ovat uhattuina.

Useiden kuntien taloudelliset edellytykset riittävien palveluiden järjestämiseen asukkaalleen ovat merkittävästi heikentyneet. Voimavaroista kilpailevat kunnissa moninaiset tarpeet, ja tässä kilpailussa huumausainekysymykset eivät välttämättä läheskään riittävästi priorisoidu päätöksenteossa. Tämä saattaa osittain johtua negatiivisista asenteista koko ongelmakenttää kohtaan sekä siitä, että huumausaineiden käyttäjät eivät itse pysty ajamaan etujaan. Onkin perusteltua kysyä, toteutuuko huumausaineiden käyttäjien tasavertainen oikeus palveluiden saamiseen.

Työryhmä katsoo, että huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoidon järjestäminen vaatii nopeasti käynnistettäviä toimenpiteitä ja tämä edellyttää näihin toimiin osoitettavaa valtionavustusta. Työryhmän käsityksen mukaan valtion lisärahoitusta tarvitaan 5 – 10 vuoden ajaksi. Sillä pyritään ensinnäkin vastaamaan kiireelliseen välittömään palvelutarpeeseen, sekä jatkovuosien aikana tukemaan kuntia niiden resursoidessa palvelujaan tasolle, joka vastaa välttämättömään hoidon tarpeeseen.

Rahoitus voidaan kohdentaa huumeiden ongelmakäyttäjien hoitoon osoittamalla siihen valtion talousarviossa valtionavustusta, jonka käyttötarkoitus on myöntämisen yhteydessä tarkoin määritelty. Tällöin ei muita säännöksiä tarvita. Toinen tapa on myöntää kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksiin valtionosuutta, jonka käyttöä ohjataan haluttuihin hoitoihin valtioneuvoston tai sosiaali- ja terveysministeriön antamalla asetuksella. Jälkimmäinen vaihtoehto edellyttää päihdehuoltoon asetuksen antamisvaltuutusta.

Perustelluksi tavoitteeksi voimavarojen lisäämisessä voidaan asettaa tarpeenmukaisen hoidon järjestäminen tuhannelle opioidiriippuvaiselle vuodessa. Hoidon kustannukset olisivat noin 100 miljoonaa markkaa vuodessa. Vastaavasti amfetamiiniriippuvaisten ja muiden huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoidon asianmukainen järjestäminen edellyttäisi myös noin 100 miljoonan markan lisävoimavaroja. Jos halutaan säilyttää valtion ja kuntien nykyinen kustannusjako, myönnetään vuosittaisesta 200 miljoonan markan rahoitustarpeesta 50 miljoonaa markkaa kohdennettuina valtionavustuksina, ja loppu 150 miljoonaa markkaa jää kuntien maksuosuudeksi.

Osoitettaessa hoidon järjestämiseen lisävoimavaroja tulee ne kohdentaa kaikkein vaikeimmin ongelmisten huumausaineiden käyttäjien hoitoon. Hoitojärjestelmä on

myös nähtävä pitkäjänteisenä kokonaisuutena, jossa keskittyminen johonkin yksittäiseen osioon ei vielä takaa tuloksia. Työryhmä suosittaa lisävoimavarojen suuntaamista esimerkiksi tässä muistiossa ehdotettujen palveluohjaajien avustamina toteutettavien ja heidän seuraamiensa yksilöllisten hoitokokonaisuuksien toteuttamiseen. Myös opioidiriippuvaisten lääkkeellisiin hoitoihin on tarpeen suunnata lisävoimavaroja.

Koska kustannukset kroonistuneimpien huumausaineiden käyttäjien hoidossa nousevat yksilötasolla usein suuriksi, saattaa hoidon järjestäminen ainakin pienemmille kunnille aiheuttaa taloudellisia ongelmia. Kuntien tulisikin selvittää mahdollisuuksia perustaa yhteisiä hoitoyksiköitä, jotka kykenevät vastaamaan tämän ryhmän hoidon tarpeeseen. Niiden käytön myötä kustannukset jakautuisivat tasaisemmin. Eräänä keinona kustannusten tasaamisessa voitaisiin myös käyttää erikoissairaanhoidossa sairaanhoitopiirien tasolla olevaa suurten kustannusten tasausjärjestelmää. Säädösten muuttamista ei tarvita, sillä sairaanhoitopiirien kunnat voivat tasausjärjestelmää koskevassa sopimuksessa varmistaa sen, että myös psykiatrinen erikoissairaanhoido ja mielenterveystyö kuuluvat järjestelmän piiriin, jolloin huumeriippuvuuden ja muiden päihdesairauksien kustannuksia voitaisiin tarvittaessa tasata kuntien välillä.

Päihdehuollossa Raha-automaattiyhdistys (RAY) avustaa merkittävästi kolmannella sektorilla toteutettavaa kehittämis-, kokeilu-, koulutus- ja tutkimustoimintaa. Vuonna 2000 RAY myönsi raittius- ja päihdetyöhön avustuksia yli 90 miljoonaa markkaa, mistä summasta 20 - 25 miljoonaa markkaa kohdentui huumehankkeisiin. Avustusten turvin on voitu käynnistää monia päihdehuollon hankkeita, joiden toteuttaminen julkisen vallan toimesta olisi saattanut olla hankalaa.

Eräänä ongelmana Raha-automaattiyhdistyksen rahoittamissa päihdehuollon hankkeissa on joskus ollut se, että tuloksellisiksi osoittautuneita kokeiluja on ollut vaikea vakiinnuttaa osaksi vakinaista palvelutuotantoa. Tältä osin ongelma on laajempikin: miten soveltaa käytäntöön tutkimuksessa ja kehittämisessä hankittua uutta merkittävää tietoa.

Työryhmä katsoo, että sekä mahdollisuuksia parantaa hyväksi havaittujen projektiluonteisten hankkeiden vakinaistamisedellytyksiä kunnissa että mahdollisuuksia suunnata RAY:n avustuksia nykyistä enemmän varsinaiseen huumeongelmien hoitamiseen tulee selvittää.

4.3.2. *Rahoituskysymykset yksilötasolla*

Huumeiden käyttäjä hakeutuu hoitoon joko sosiaalihuollon tai terveydenhuollon palvelujärjestelmiin. Sosiaalihuollon puolella hoitoon hakeutumisessa saattaa syntyä pulmallisia tilanteita silloin, kun hoidon tarpeen arvioinnin tekevä taho ja sosiaalihuollon järjestämisestä päättävä viranomainen ovat eri henkilöitä. Tämä tarkoittaa tilannetta, jossa esim. A-klinikalla on tehty arvio laitoshoidon tarpeellisuudesta huumeongelmien vuoksi, ja asiakkaan tulee ennen laitokseen hakeutumista saada erillinen maksusitoumus suunnitellun hoidon toteuttamiselle. Käytännössä hän joutuu käymään sosiaalitoimistossa, joka arvioi tilannetta uudelleen. On tapauksia, joissa aikai-

sempi ammatillisesti laadittu arvio on hylätty tai sitä on olennaisesti muutettu. Tilanne poikkeaa terveydenhuollosta, jossa hoidon tarpeen tultua selvitettyä ei tarvitse hakea erillistä päätöstä hoidon toimeenpanemisesta.

Hoito on myös voitu evätä kunnan käytettävissä olevien määrärahojen niukkuuteen vedoten. Oikeuskäytäntö ei kuitenkaan ainakaan yksiselitteisesti näyttäisi lähteneen siitä, että kielteisiä päätöksiä olisi voitu perustella pelkästään määrärahojen vähäisyydellä tai loppumisella. Hyväksyttävää ei ole myöskään ollut se, että päihdehoidon määrärahat on varattu ensisijaisesti tiettyjen asiakasryhmien (esim. työelämässä olevat) tarpeisiin. Kuluvan vuoden alusta voimaan tullut laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista korostaa myös asiakkaan omien toivomusten ja mielipiteiden huomioimista sosiaalihuollon toteuttamisessa. Asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua palveluiden suunnitteluun ja toteuttamiseen, mikä periaate koskee myös alaikäistä.

Huumeiden ongelmakäyttäjien hoitomotivaatio saattaa olla varsin ailahteleva, joten hoitohalukkuuteen tulisi aina kyetä vastaamaan joustavasti. Näissä tilanteissa viranomaiskäytäntöjen tulee olla motivaatiota tukevia ja helposti toteutettavia. Moniportainen päätöksentekoprosessi aiheuttaa ajallista viivettä. Jos hoidon tarpeen arviointi on ammattihenkilön toimesta suoritettu, on vaikeaa ajatella jossain toisaalla sosiaalitoimessa suoritettavan uuden tarkastelun tuottavan lisätietoa päätöksentekoa varten.

Toinen yksilötason rahoitusongelma liittyy huumeiden ongelmakäyttäjien oikeuteen kuntoutusrahan ja sairauspäivärahan. Kuntoutusraha on ensisijainen sairauspäivärahan nähdessä, ja siihen oikeuttavan kuntoutuksen tarkoituksena on kuntoutujan työelämässä pysyminen, työelämään palaaminen tai sinne tulo. Kuntoutusrahaa voidaan maksaa huumeiden ongelmakäyttäjille lähinnä kansanterveyslain tai päihdehuoltolain nojalla toteutetun kuntoutuksen ajalta. Päihdehuoltolaissa tarkoitettu kuntoutus oikeuttaa kuitenkin kuntoutusrahan vain, jos siihen on hakeuduttu työpaikan hoitotoimen järjestelmän tai työterveyshuollon kautta. Tällöin päihdehuoltolakia sovellettaessa työelämän ulkopuolelle ajautuneet tai työelämään vielä tulemattomat nuoret jäävät kuntoutusrahan ulkopuolelle.

Ongelmaan on kiinnitetty aiemminkin huomiota. Esimerkiksi valtioneuvoston selonteossa kuntoutuksesta eduskunnalle 7.10.1998 todetaan yhtenä kehittämistavoitteena ”kuntoutusrahan kattavuuden laajentaminen siten, että myös työtä vailla olevilla päihdeongelmaisilla on samanlainen mahdollisuus kuin työssä olevilla saada kuntoutusrahaa päihdehuoltolain mukaisen kuntoutuksen ajalta.”

Työttömän huumeiden ongelmakäyttäjän on tällä hetkellä mahdollista saada kuntoutusrahaa, jos kuntoutuspäätös on tehty kansanterveyslain perusteella. Käytännössä näitä päätöksiä tehdään suhteellisen harvoin. Terveystieteiden tutkimusten tulisi ottaa lisää vastuuta huumeiden ongelmaisten kuntouttamisesta.

Sairausvakuutuslain mukaan oikeus sairauspäivärahan edellyttää, että hakija on sairautensa vuoksi kykenemätön työhön. Kuntoutusrahan saaminen puolestaan ei edellytä sairautta, vikaa tai vammaa. Huumeiden ongelmakäyttäjillä voidaan kuitenkin usein diagnosoida huumeriippuvuus tai muita sairauksia, jotka oikeuttavat sairauspäi-

värahaan. Tällöin heillä tulee olla oikeus saada sairauspäivärahaa samoin perustein kuin muillakin sairausvakuutuslain mukaisen päivärahan hakijoilla.

4.4. Työnjako eri toimijoiden kesken

4.4.1. Kunnat

Kunnilla on vastuu asukkaidensa, myös huumausaineiden ongelmakäyttäjien palvelujen järjestämisestä. Kunnat järjestävät tarpeen mukaiset palvelut tarkoituksenmukaisesti katsomallaan tavalla ja niitä voidaan järjestää kunnan omana toimintana tai ostopalveluina. Vastuulliseen palvelujen järjestämiseen liittyy myös säännöllisen koulutuksen järjestäminen, jotta palvelujen laatu voidaan turvata.

Laadukkaiden palveluiden tuottamiseen ei kuitenkaan riitä ns. substanssiosaaminen, jolla terveydenhuollossa yksinkertaistaen tarkoitetaan käypien hoitojen ammatillisesti pätevää toteuttamista. Sen rinnalla tarvitaan myös systeemistä osaamista, jolla tarkoitetaan monista eri palveluista ja toimijoista koostuvien osasuoritusten (jotka yksittäisinä osasina saattavat sinänsä olla hyvinkin korkealaatuisia) pätevää koordinoimista tarkoituksenmukaiseksi kokonaisuudeksi. Työskentelynsä aikana työryhmä on toistuvasti kiinnittänyt huomiotaan siihen pirstaleiseen ja yhteensovittamattomaan lopputulemaan, joka huumausaineongelmien parissa työskentelevien useiden toimijoiden työskentelystä muodostuu.

Työryhmä esittää, että kunnat hajanaisuuden vähentämiseksi joko yksin tai yhdessä palveluiden tarjoajien kanssa laativat erityisen huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitostrategian, missä selvitetään ne vastuutahot, menetelmät ja yhteistyökäytännöt, joilla kunnassa esiintyviin palvelutarpeisiin vastataan. Hoitostrategia tulee liittää osaksi niitä yleisempiä päihde- tai hyvinvointiohjelmia, joita useissa kunnissa on jo laadittu.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintoja huumeiden ongelmakäyttäjien hoidossa on integroitava. Tässä muistiossa ehdotettavan päihdehuoltolain muutoksen kautta hoitojen järjestämis-, ohjaus- ja seurantavastuu määritetään yli sektorirajojen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiseksi. Seurannasta vastuullisina toimijoina voivat olla yksittäisten hoitojen edellä ehdotettujen palveluohjaajien lisäksi myös kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä annetussa laissa mainitut asiakaspalvelun yhteistyöryhmät. Mikäli kunnan päihdehuollon erityispalvelut ovat yksityisten palvelutuottajien tuottamia, tulee kunnan tehdä niiden kanssa pitkäaikaisia ostopalvelusopimuksia, jotka turvaavat palvelutuottajien mahdollisuudet ylläpitää ja kehittää riittävän tasokasta toimintaa.

4.4.2. Valtio

Valtion tehtävänä on sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta. Kuntien järjestämää huumeusaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa tuetaan mm. sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman 2000 – 2003 toimenpidesuosituksen mukaisesti. Ohjelma pitää sisällään sosiaali- ja terveystieteiden laatusuosituksen luomisen lisäksi määrärahojen kohdentamisen muun muassa huumehoitoja koskevaan täydennyskoulutukseen ja peruspalvelujen mielenterveystyöhön. Ohjelman mukaan valtio pyrkii valtionosuusjärjestelmän tarkistuksilla ottamaan huomioon eri kuntien erilaiset palvelujen tarpeet ja kustannusrakenteet ja turvaamaan alueiden tasapainoisen kehittymisen. Lisäksi tuetaan uudistushankkeiden toteuttamista. Raha-automaattiyhdistyksen avustuksia suunnataan päihdehuollon kehittämis-, ko-keilu-, koulutus- ja tutkimustoimintaan.

Päihdehuollon menetelmiä koskeva kartoitus on valmistumassa STAKESin toimesta. Sen tuloksia tulee hyödyntää myös huumeiden käyttäjien hoidon kehittämisessä. Aikaisemmin mainitun, sosiaali- ja terveysministeriön asettaman ja sen alaisten tutkimuslaitosten sekä muiden asiantuntijoiden muodostaman kehityksen seurannan ja koulutuksen yhteistyöelimen tehtävänä on seurata opioidiriippuvaisten lääkkeellisten hoitojen toteutumista sekä suunnitella ja kehittää alueellisia hoitomalleja.

4.4.3. Järjestöt

Tarpeenmukaisten palvelujen turvaaminen ja kuntoutusjatkumon aikaan saaminen edellyttävät usein kuntien ja päihdehuollon järjestöjen välisen alueellisen yhteistyön ja työnjaon järjestämistä palvelujen saatavuuden ja laadun turvaamiseksi. Tähän velvoittaa myös päihdehuoltolain 9 §, jonka mukaan päihdehuollon alalla toimivien viranomaisten ja yhteisöjen on oltava keskenään yhteistyössä. Järjestöjen roolin vakiinnuttaminen huumeusaineongelmien hoidon alueelle edellyttää toimivaa työnjakoa toimijoiden kesken. Työryhmä katsoo, että järjestelmää ja työnjakoa selkiyttäisi edellä ehdotetun hoitostrategian puitteissa tapahtuva joidenkin keskeisten valtakunnallisten järjestöjen, kuten A-klinikkasäätiön ja Helsingin Diakonissalaitoksen asiantuntijaroolin korostaminen. Järjestöjen toimintaedellytysten parantamiseksi kuntien on solmittava niiden kanssa pitkäaikaisia yhteistyösopimuksia, jotka turvaavat järjestöjen mahdollisuuden kehittää toimintaansa palvelutarpeiden mukaisesti.

Järjestöistä nimenomaan A-klinikkasäätiö toimii muun päihdetyön lisäksi myös päihdelääketiedettä edustavana asiantuntijajärjestönä ja kouluttajana sekä toiminnan suunnittelijana esimerkiksi korvaus- ja muiden hoitojen järjestämisessä. Useat muut järjestöt tuottavat lisäksi erilaisia psykososiaalisia kuntoutusohjelmia ja ehkäisevän päihdetyön projekteja.

4.4.4. *Keskitettyt toiminnot*

4.4.4.1. *Koulutus*

Ongelmakäyttäjien hoitoon liittyvän koulutuksen tulee pitää sisällään keskitettyjen tapahtumien järjestämistä, asiantuntijoiden ja maallikoiden kouluttamista ja sekä työnohjausta tarjoavan asiantuntijaverkoston ylläpitämistä. Työryhmä ehdottaa, että aikaisemmin mainitun sosiaali- ja terveysministeriön asettama ja sen alaisten tutkimuslaitosten sekä muiden asiantuntijoiden muodostama kehityksen seurannan ja koulutuksen yhteistyöelin koordinoi osaltaan koulutustoimintaa pitäen yllä asiantuntijayhteyksiä sosiaali- ja terveysministeriöön, Kansanterveyslaitokseen, STAKESiin, A-klinikkasäätiöön ja Helsingin Yliopiston päihdelääketieteen yksikköön.

4.4.4.2. *Tutkimus*

Huumeriippuvuuteen ja sen hoitoihin liittyvää tutkimusta voidaan organisoida yhteistyössä Kansanterveyslaitoksen, Helsingin Yliopiston päihdelääketieteen yksikön, STAKESin ja A-klinikkasäätiön kanssa. Muita tutkimuksen yhteistyötahoja ovat esimerkiksi muut yliopistot, Alkoholitutkimussäätiö. Erityisen keskeinen rooli on myös Suomen Akatemialla, jonka tulisi käynnistää huumausainekysymystä koskeva poikkitieteellinen tutkimusohjelma sosiaali- ja terveysministeriön sille tekemän ehdotuksen pohjalta. Tutkimusta rahoittavista lähteistä tulisi ohjata voimavaroja huumeisiin liittyvään tutkimustyöhön.

4.4.4.3. *Tiedon keruu ja tiedottaminen*

STAKES ylläpitää päihdetilanteen seurannan lisäksi valtakunnallista rekisteriä erilaisiin päihdehoitoihin soveltuvista hoitopaikoista. Hoitopaikat ilmoitetaan sekä alueellisesti että palvelun mukaan, ja lisäksi listataan Kelan kuntoutusrahalain ja -asetuksen mukaiset hyväksytyt hoitopaikat. Tietojen ylläpito ja täydentäminen on tärkeää, ja rekisteriä voidaan käyttää mm. kuntouttavien hoitopaikkojen sekä päihdehuoltolain tarkoittamien tahdosta riippumattomaan hoitoon soveltuvien hoitopaikkojen kartoittamiseen ja evaluaatioon.

STAKES ja STM seuraavat huumausaineongelmiin liittyvää eurooppalaista kehitystä ja tiedottavat EMCDDA:n ja Pompidou -ryhmän raporteista osana valtionhallinnon informaatio-ohjausta. Tähän tiedottamiseen ja tiedon arkistointiin voidaan osoittaa myös erillisiä lisävoimavaroja valtion hankekohtaisin väliaikaisin avustuksin.

4.5. Lainsäädäntö

4.5.1. Päihdehuoltolain velvoitteet ja eri lakien soveltaminen

Päihdehuoltolain nykyisten säännösten mukaan päihdehuollon palvelujen ja toimenpiteiden järjestäminen ja kehittäminen kuuluu sosiaalihuollon osalta sosiaalilautakunnalle ja terveydenhuollon osalta terveyslautakunnalle. Työryhmä katsoo olevan tarvetta muuttaa säännöstä siten, että siitä ilmenee sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen vastuu niin huumeidenkäyttäjien kuin muidenkin päihdehuollon asiakkaiden palveluiden järjestämisestä. Säännöksessä olisi siten tarpeen todeta, että päihdehuollon palvelujen ja toimenpiteiden järjestäminen ja kehittäminen kuuluu kunnan sosiaalihuollon ja kansanterveystyön toimeenpanoon kuuluvista tehtävistä huolehtiville toimielimille ja että näiden tulee huolehtia siitä, että päihdehuollon palveluista ja toimenpiteistä muodostuu toiminnallinen kokonaisuus.

Käytännössä on ilmennyt epätietoisuutta eri lakien keskinäisestä "etusijajärjestyksestä", toisin sanoen siitä, pitäisikö tietyssä yksittäisessä tilanteessa soveltaa esimerkiksi päihdehuoltolain, mielenterveyslain vai lastensuojelulain säännöksiä. Epäselvyyttä voi ilmetä esimerkiksi harkittaessa mahdollisuutta asiakkaan hoitoon hänen tahdostaan riippumatta. Työryhmä katsoo, että kyseiset lait (ja toisinaan muutkin sosiaali- ja terveydenhuollon säädökset) voivat ja että niiden pitäisikin saman henkilön kohdalla usein tulla sovellettaviksi rinnakkain tai peräkkäin. Tämä koskee erityisesti alaikäisiä, jotka lastensuojelutoimenpiteiden ohella saattavat tarvita esimerkiksi mielenterveyslain mukaisia palveluja. Keskeistä eri lakien soveltamisjärjestystä arvioitaessa on, millaista asiantuntemusta ja hoitoa tai toimenpiteitä kussakin yksittäisessä tilanteessa tarvitaan.

Alle 18-vuotiaiden tahdosta riippumattoman hoidon toteuttamisessa mielenterveyslain soveltamisen osuus on ollut epäselvä. Lain tulkinnoissa on katsottu vakavan mielen-terveyden häiriön kriteerien täyttyvän, kun nuorella on todettavissa pitkäaikaisen ja vaikea-asteisen päihderiippuvuuden ohella myös joku muu mielenterveyden häiriö. Työryhmä ehdottaa, että vaikea-asteinen ja pitkäaikainen päihderiippuvuus sellaise-naan tulkittaisiin vakavaksi mielenterveyden häiriöksi, joka muiden mielenterveys- laissa vaadittujen edellytysten täyttyessä oikeuttaisi tahdosta riippumattoman hoidon toteuttamiseen.

4.5.2. Tahdosta riippumaton hoito päihdehuoltolain perusteella

Työryhmä on pohtinut myös tahdosta riippumatta annettavan hoidon mahdollisuuksia ja tarvetta huumeusainien ongelmakäyttäjien hoidossa. Työryhmä katsoo, että huumeriippuvuutta kuten muutakaan päihderiippuvuutta ei voida sairauden laadun vuoksi hoitaa tahdosta riippumatta. Huumeriippuvuuden kehittyessä on kuitenkin vaiheita ja tiloja, jolloin tahdosta riippumattomien menetelmien käyttö tilan rauhoittamiseksi, hoitoedellytysten synnyttämiseksi ja potilaan suojelemiseksi vakavalta hengen tai terveyden menetyksen uhkalta saattaa olla ainoa käytettävissä oleva keino. Viime aikoina tällaisia tilanteita on alkanut ilmaantua lisääntyvässä määrin.

Nykyisen päihdehuoltolain 10 §:n mukaan tahdostaan riippumatta hoitoon terveysvaaran perusteella voidaan määrätä henkilö, jonka hoidon ja huollon järjestämisessä vapaaehtoisuuteen perustuvat palvelut eivät ole mahdollisia tai ne ovat osoittautuneet riittämättömiksi ja joka ”ilman päihteiden käytön keskeyttämistä ja asianmukaista hoitoa on hänellä olevan tai hänelle päihteiden käytöstä välittömästi aiheutumassa olevan sairauden tai vamman johdosta välittömässä hengenvaarassa tai saamassa vakavan, kiireellistä hoitoa vaativan terveydellisen vaurion”. Säännöstä ei ole sovellettu käytännössä juuri lainkaan. Osasyynä tähän voi olla se, että säännöstä on pidetty vaikeaselkoisena. Ongelma on myös se, että hoitoa on mahdollista antaa nykyisten säännösten perusteella korkeintaan viisi vuorokautta, mikä ei aina riitä esimerkiksi akuutin huumekierteen pysäyttämiseen tai itsetuhoisuuteen vaikuttamiseen.

Tämän vuoksi työryhmä katsoo, että päihdehuoltolain 10 §:ssä olevia edellytyksiä tahdosta riippumattoman hoidon antamiselle terveysvaaran perusteella olisi tarpeen muotoilla uudelleen esimerkiksi siten, että hoitoa voitaisiin antaa, jos henkilö ilman asianmukaista hoitoa vaarantaa päihteiden käytön vuoksi välittömästi ja vakavasti terveyttään. Lisäedellytyksenä olisi edelleenkin, että vapaaehtoisuuteen perustuvat palvelut eivät ole kyseisen henkilön hoidon ja huollon järjestämisessä mahdollisia tai että ne ovat osoittautuneet riittämättömiksi. Muutoksen tarkoituksena ei ole väljentää tahdosta riippumattoman hoidon edellytyksiä nykyisestä, vaan ainoastaan selventää säännöksen muotoilua. Hoidon antaminen henkilön tahdosta riippumatta olisi siten edelleen viimesijainen ja poikkeuksellisesti sovellettava vaihtoehto, kun muut vaihtoehdot eivät tule kysymykseen. Välitön ja vakava terveyden vaarantaminen kattaisi myös henkilön oman turvallisuuden välittömän ja vakavan vaaran, esimerkiksi itsemurhavaaran.

Työryhmä katsoo myös, että terveysvaaran perusteella tahdosta riippumatta annettavan hoidon maksimiaikaa tulisi pidentää 20 vuorokaudeksi. Päätös asiassa voitaisiin tehdä vastaavalla tavalla kuin se tehdään jo nykyisin lain 12 §:n mukaan väkivaltaisuusperusteella, toisin sanoen siten, että terveyskeskuksen vastaava lääkäri tai sairaalan ylilääkäri voisi määrätä henkilön hoitoon enintään viideksi vuorokaudeksi, ja päätös alistettaisiin hallinto-oikeuden vahvistettavaksi, joka voisi määrätä henkilön hoitoon lisäksi enintään 15 vuorokaudeksi. Pyrkimyksenä terveysvaaraperusteissa hoidon järjestämisessä on, että potilas voisi jälkikäteen hyväksyä häneen kohdistetut pakkotoimet. Lääkärin tekemän päätöksen alistaminen hallintotuomioistuimelle voisi mahdollistaa tahdosta riippumattoman hoidon antamisen myös yksityisluonteisissa sairaaloissa kuten Järvenpään sosiaalisairaalassa.

Päihdehuoltolain 10 §:n 1 momentin 2 kohdassa tarkoitettulla väkivaltaisuusperusteella henkilö voidaan päihdehuoltolain 13 §:n mukaan määrätä sosiaalityöntekijän enintään viideksi vuorokaudeksi tekemän päätöksen alistamisen jälkeen hallinto-oikeuden päätöksellä tahdosta riippumatta annettavaan hoitoon enintään 30 vuorokaudeksi. Käytännössä väkivaltaisuusperusteella tehtyjä päätöksiä ei ole alistettu, vaan enintään viiden vuorokauden tahdosta riippumatonta hoitoa on pidetty riittävänä. Työryhmä katsookin, että nykyinen 30 vuorokauden maksimiaika on tarpeettoman pitkä ja ehdottaa, että hoidon maksimipituus niin terveysvaaran kuin väkivaltaisuudenkin perusteella olisi 20 vuorokautta. Olisi myös tarpeen selvittää, onko lainkaan tarpeen mahdollistaa hoidon antamista väkivaltaisuusperusteella henkilön tahdosta riippumatta viittä vuorokautta pidempään.

Eräs ongelma tahdosta riippumatta annettavan hoidon toteuttamisessa on ollut se, että nykyisen päihdehuoltolain 18 §:n mukaan lääninhallitus hyväksyy hoidon antamiseen oikeutetut toimintayksiköt, mutta ainakaan kaikkien läänien alueella tällaisia päätöksiä ei ole tehty ja hoitopaikoista on myös huonosti tietoa. Työryhmän näkemyksen mukaan hoitopaikkojen erillisestä hyväksymismenettelystä voitaisiin luopua ja pykälä siis kumota.

Päihdehuoltolain nykyisiä tahdosta riippumatta annettavaa hoitoa koskevia säännöksiä sovellettaessa on ollut epäselvää myös säännösten velvoittavuus, toisin sanoen se, onko lääkärillä tilanteessa, jossa syntyy epäily terveysvaaraperusteisesta tahdosta riippumatta annettavan hoidon tarpeesta, velvollisuus ryhtyä toimenpiteisiin tilanteen arvioimiseksi, vai antavatko säännökset ainoastaan mahdollisuuden tilanteen arviointiin, kun henkilö jo on esimerkiksi lääkärin vastaanotolla. Työryhmä katsoo tämän vuoksi tilanteen selventämiseksi olevan tarpeen säätää terveyskeskuslääkärille vastaavan kaltainen toimintavelvoite kuin mielenterveyslaissa on säädetty ryhtyä toimenpiteisiin henkilön tahdosta riippumattoman hoidon tarpeen arvioimiseksi, jos hänen tietoonsa on tullut, että terveyskeskuksen toimialueella asuva tai oleskeleva henkilö on mahdollisesti terveysvaaran perusteella tällaisen hoidon tarpeessa. Vastaavasti on tarpeen säätää poliisille velvoite antaa lääkärin tai lain 12 §:ssä tarkoitetun viranhaltijan pyynnöstä virka-apua henkilön toimittamiseksi toimintayksikköön, jossa tahdosta riippumatta annettavan hoidon tarve voidaan arvioida, samoin kuin velvoite antaa virka-apua tahdostaan riippumatta hoitoon määrätyn henkilön palauttamiseksi toimintayksikköön, jos hän on poistunut sieltä luvatta.

Tahdosta riippumatta annettavassa hoidossa olevaan henkilöön on eräissä tilanteissa välttämätöntä soveltaa hänen itsemääräämisoikeuttaan rajoittavia toimenpiteitä. Päihdehuoltolain säännökset mahdollistavat tällä hetkellä eristämisen, henkilön hallussa olevien pähteiden, niiden käyttöön liittyvien välineiden sekä turvallisuutta vaarantavien esineiden ja aineiden ottamisen toimintayksikön haltuun samoin kuin henkilön tarkastuksen (sen tarkastamisen, mitä henkilöllä on vaatteissaan tai muutoin yllään) sekä postin ja muiden lähetysten tarkastamisen kyseisten aineiden ja esineiden löytämiseksi. Työryhmä katsoo, että näitä säännöksiä on tarpeen täydentää vastaavan tyyppisillä säännöksillä kuin sosiaali- ja terveysministeriössä valmisteltavana olevassa esityksessä täydennettäisiin mielenterveyslaissa olevia itsemääräämisoikeuden rajoittamista koskevia säännöksiä. Samalla tällä hetkellä päihdehuoltoasetuksessa olevia itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen liittyviä säännöksiä on tarpeen nostaa päihdehuoltolakiin.

Työryhmä ehdottaa, että tahdosta riippumatta annettavaan hoitoon liittyvien säännösmuutosten vaikutuksia seurattaisiin erityisesti, esimerkiksi siten, että Stakesin tehtäväksi annetaan seurata muutosten vaikutuksia kahden vuoden ajan niiden voimaantuloista ja antaa sen perusteella asiasta selvitys.

4.5.3. Valtuutussäännös

Sosiaali- ja terveysministeriön antamat säännökset opioidiriippuvaisten henkilöiden hoidosta eräillä lääkkeillä on annettu tähän saakka erikoissairaanhoitolaissa olevan

säännöksen perusteella. Työryhmä pitää perusteltuna, että päihdehuoltolakiin otettaisiin säännös, jonka nojalla kyseistä hoitoa koskevat säännökset annettaisiin jatkossa. Työryhmän näkemyksen mukaan valtuutussäännös olisi tarpeen muotoilla siten, että sen perusteella voidaan antaa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella tarkempia hoidon sisältöä ja toteuttamista koskevia säännöksiä muustakin huumeriippuvaisten hoidosta kuin vain opioidiriippuvaisten henkilöiden lääkkeellisestä hoidosta. Hoitopääsyn parantamiseksi tarkempia säännöksiä tulisi voida antaa myös hoidon tarpeen arviointiin ja hoitoon pääsyn enimmäisajoista. Vastaavan kaltaiset valtuutus-säännökset on otettu mielenterveyslain 34 §:ään 1.1.2001 lukien voimaan tulleilla säännöksillä. Päihdehuoltolaissa on myös tarpeen mahdollistaa se, että sosiaali- ja terveysministeriö voi muutoinkin antaa päihdehuollon toteuttamista koskevia ohjeita.

Alustavat pykälämuutosehdotukset (lukuun ottamatta itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen liittyviä säännöksiä), joissa muutokset nykyisiin päihdehuoltolain säännöksiin on merkitty tummennetulla, ovat liitteenä.

5. Yhteenveto

Työryhmän hoitovastuuta koskevat ehdotukset:

Huumausaineiden ongelmakäyttäjien tarvitsemien palveluiden järjestäminen kuuluu monille eri toimijoille. Tuloksellisen palvelukokonaisuuden luominen edellyttäisi nykyään hyvinkin erillisten toimintojen pitemmälle menevää koordinoitua. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden olisi muodostettava koko päihdehuollon osalta toiminnallinen kokonaisuus. Kuntien olisi luotava huumausaineiden ongelmakäyttöä koskeva hoitostrategia alueellaan ja liitettävä se osaksi kunnan laajempaa päihde- tai hyvinvointiohjelmaa.

Ensisijainen vastuu huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoidon ja muiden palveluiden järjestämisestä on sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluilla. Jo olemassa olevien voimavarojen käyttöä olisi tehostettava ja voimavaroja sekä osaamista ja hoitopaikkojen osalta olisi lisättävä. Kuntien olisi osoitettava alueellisen huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitostrategian toimeenpanemiseksi tarpeen mukaiset taloudelliset- ja henkilöstövoimavarat. Ehdotettu strategia voitaisiin laatia myös yhden tai useamman kunnan yhteistyönä. Palvelujen tarpeen mukaiseksi järjestämiseksi ja niiden käytön seuraamiseksi tulisi nimetä yksittäisten vaikeasti huumeriippuvaisten hoidon ja huollon koordinoijiksi henkilökohtaiset palveluohjaajat, jotka ovat kunnan perustason tai erityistason edustajia. Palveluohjaajat seuraisivat ja ohjaisivat huumeriippuvaisten asiakkaiden hoidon ja huollon toteutumista palvelujärjestelmässä.

Työryhmän erityispalvelujen käyttöä koskevat ehdotukset:

Huumeongelmaisten ensisijainen hoitotaho on ongelmasta riippuen perustason sosiaali- tai terveydenhuolto tai päihdehuolto. Mielenterveyspalveluissa hoidetaan pääosin huumausaineiden aiheuttamia psykoottisia tiloja ja vakavaa itsetuhoisuutta. Mielen-

terveysyksiköissä tulisi voida sovitusti toteuttaa myös psykiatristen potilaiden lääke- ja muita päihdevieroituksia sekä antaa psykiatrasta työnohjausta ja konsultaatioapua tahoille, jotka ovat tekemisissä huumeriippuvaisten mielenterveysongelmien kanssa.

Työryhmän hoitokäytäntöjä koskevat ehdotukset:

Työryhmä ehdottaa perustettavaksi sosiaali- ja terveysministeriön, Kansanterveyslaitoksen, STAKESin, yliopistollisten keskussairaaloiden ja päihdehuollon erityispalvelujen edustajien muodostaman yhteistyöelimen seuraamaan kotimaista ja kansainvälistä kehitystä hoidon alueella ja kehittämään erityisesti opioidiriippuvaisten hoitomalleja. Yhteistyöelimen koordinoisi myös huumeriippuvuutta koskevaa koulutusta. Tämän elimen kokoonkutsumisvastuu on sosiaali- ja terveysministeriöllä ja sen alaisilla laitoksilla.

Opioidiriippuvaisten lääkkeellisten hoitojen saatavuutta tulisi lisätä ja hoitoarviojonoja purkaa. Tämä edellyttää hoidon aloituspaikkojen lisäämistä ja aloitettujen hoitojen siirtämistä perusterveydenhuollon ja päihdehuollon erityispalveluiden paikallisiin hoitopisteisiin. Palveluiden määrää olisi lisättävä tarpeiden mukaiseksi, ja niitä tulisi voida tuottaa kuntien omina tai yhteisinä toimintoina tai ostopalveluina. Yksittäiset ratkaisut ovat kuntakohtaisia, mutta niitä ohjaisivat valtakunnallisesti annettavat laatusuosituksen. Uusien hoitomuotojen käyttöönottoon tulisi valmistautua.

Eri huumausaineongelmien lääkkeettömien hoitojen tarpeenmukaista saatavuutta olisi parannettava järjestämällä kognitiivis-behavioraalisiin hoitomalleihin, strukturoituihin yhteisöhoito-ohjelmiin, 12 kohdan ohjelmiin ja perheterapeuttisiin menetelmiin liittyvää koulutusta päihdehuollon erityispalveluiden sekä sosiaali- ja terveydenhuollon perustason yksiköille, jotka hoitavat huumausaineiden ongelmakäyttäjää. Opioidiriippuvaisten hoitoon perehtyneet yksiköt päivittäisivät tietojaan myös muihin huumausaineongelmiin liittyvistä ongelmista, joiden päivittymistä edellä mainittu yhteistyöelimen seuraa.

Työryhmän koulutusta koskevat ehdotukset:

Koulutusta huumausaineongelmien hoitoihin liittyvistä asioista tulisi järjestää sekä paikallisesti että keskitetysti ja sitä olisi tarjottava sekä ongelmakäyttäjien kanssa suoraan tekemisissä oleville että sitä laajemmille tahoille, kuten opetus- ja poliisitoimeen. Vastuuta palvelujärjestelmien kouluttamisesta olisi jaettava niin, että kunnat huolehtivat organisaatioidensa tarpeidenmukaisesta kouluttamisesta. Koulutusta hankitaan myös ostopalveluina ja tuottajina ovat päihdeasioiden asiantuntijatahot, kuten A-klinikkasäätiö. Vuosittaisia seminaareja tai konsensuskokouksia olisi järjestettävä ajankohtaisista aiheista, kuten opioidiriippuvuuden lääkkeellisistä hoidoista. Näiden järjestämistä koordinoisivat sosiaali- ja terveysministeriö ja sen alaiset laitokset.

Huumausaineiden ongelmakäytön hoitoon liittyvän koulutuksen tehostamiseksi ja organisoimiseksi tulisi muodostaa keskeisten asiantuntijatahojen yhteinen asiantuntija-

verkosto, jonka fyysisistä toimintaedellytyksistä sovitaan erikseen. Tämän verkoston ylläpitämistä koordinoi aikaisemmin mainittu, sosiaali- ja terveysministeriön asettaman ja sen alaisten tutkimuslaitosten sekä muiden asiantuntijatahojen muodostama kehityksen seurannan ja koulutuksen yhteistyöelin. Järjestäytymiskokoukseen kutsutaan edustajat ainakin sosiaali- ja terveysministeriöstä, Kansanterveyslaitokselta, STAKESista, Helsingin Yliopiston päihdelääketieteen yksiköstä ja A-klinikkasäätiöstä.

Työryhmän rahoitusjärjestelmää koskevat ehdotukset:

Huumausaineiden ongelmakäyttäjien riittävän hoidon järjestämiseen tulisi osoittaa vuosittain 50 miljoonaa markkaa valtion lisärahoitusta seuraavien 5 – 10 vuoden ajaksi. Järjestely edellyttää kunnilta noin 150 miljoonan markan vuotuisia lisävoimavaroja.

Valtion rahoitusosuus voidaan myöntää joko talousarviossa erityisenä valtionavustuksena tai ohjaamalla kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksiin valtionosuutta, jonka kohdentumista ohjataan valtioneuvoston tai sosiaali- ja terveysministeriön antamalla asetuksella.

Mahdollisuuksia lisätä Raha-automaattiyhdistyksen avustuksilla toteutettavassa kehittämisen-, kokeilu-, ja koulutustoiminnassa huumausaineiden ongelmakäyttäjille suunnattujen hankkeiden osuutta tulisi selvittää. Samoin tulisi selvittää käytäntöjä, joilla turvataan vaikuttaviksi todettujen kehittämishankkeiden vakiintumista osaksi tavanomaista palvelutuotantoa.

Työryhmä esittää erikoissairaanhoidossa sairaanhoitopiirien tasolla olevaa suurten kustannusten tasausjärjestelmää sovellettavaksi siten, että kunnat sopisivat tarvittaessa myös psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja mielenterveystyön kuulumisesta tasausjärjestelmään, jolloin huumeriippuvuuden ja muiden päihdesairauksien kustannuksia voidaan osittain tasata kuntien välillä.

Sosiaalihuollon piirissä toteutettava huumeiden ongelmakäyttäjien hoidon tarpeen ammatillinen arviointi ja päätös hoidon toteuttamisesta tulisi pyrkiä delegoimaan samoilta tahoille. Sairausvakuutusjärjestelmän kuntoutusrahalainsäädäntöä olisi muutettava siten, että myös työtä vailla olevilla huumeiden ongelmakäyttäjillä on oikeus saada kuntoutusrahaa päihdehuoltolain mukaisen kuntoutuksen ajalta.

Työryhmän oikeuslaitosta ja vankeinhoitoa koskevat ehdotukset:

Erityisesti alaikäisten ja ensikertalaisten huumausaineen käyttöön tai siihen liittyvään huumausainerikokseen syyllistyneiden henkilöiden syyttämättä ja tuomitsematta jättämistä olisi lisättävä, mikäli he hakeutuvat huumausaineongelmiensa hoitamisen kannalta asianmukaiseen hoitoon. Poliisin, syyttäjälaitoksen ja sosiaalitoimen yhteistyötä olisi tiivistettävä jo huumausainerikosten esitutkintavaiheessa. Käytäntönä voisi

olla yhteyden ottaminen sosiaali- tai terveydenhuollon työntekijään aina alaikäisten tekemiksi epäillyissä huumausainerikoksissa. Menettelyllä tehostettaisiin lastensuojelulain 15 §:ään nykyisin sisältyvää säännöstä, jonka mukaan sosiaalilautakunnan tulee olla edustettuna rangaistavan teon esitutkinnassa ja tuomioistuinkäsittelyssä, jollei se ole ilmeisen tarpeetonta.

Huumausaineiden ongelmakäyttäjien vankeusrangaistusaikaa tulisi hyödyntää kuntoutuksellisesti järjestämällä päihdeettömyyttä ja rikoksetonta elämäntapaa edistäviä toimintaohjelmia vankilassa. Huumausaineiden käyttöön liittyvien tartuntatautien, kuten HIV:n ehkäisy on erityisen tärkeää vankilaolosuhteissa. Mahdollisten epidemioiden ehkäisemiseen tähtäävä kokeilutoiminta tulisi käynnistää myös Suomessa.

Työryhmän lainsäädäntöä koskevat ehdotukset:

Päihdehuoltolain kuntia velvoittavaa säännöstä olisi muutettava siten, että siitä ilmenee sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen vastuu niin huumausaineiden ongelmakäyttäjien kuin muidenkin päihdehuollon asiakkaiden palveluiden järjestämisestä. Päihdehuollon palveluiden ja toimenpiteiden tulee muodostaa toiminnallinen kokonaisuus.

Päihdehuoltolain 10 §:ssä olevia edellytyksiä tahdosta riippumattoman hoidon antamiselle terveysvaaran perusteella olisi tarpeen selkiyttää. Samalla terveysvaaran perusteella tahdosta riippumatta annettavan hoidon maksimiaikaa ehdotetaan pidennettäväksi 20 vuorokaudeksi siten, että terveyskeskuksen vastaava lääkäri tai sairaalan ylilääkäri voisi määrätä henkilön hoitoon enintään viideksi vuorokaudeksi, ja päätös alistettaisiin hallinto-oikeuden vahvistettavaksi, joka voisi määrätä henkilön hoitoon lisäksi enintään 15 vuorokaudeksi. Väkivaltaisuusperusteella tapahtuvan tahdosta riippumattoman hoidon maksimiaikaa ehdotetaan lyhennettäväksi nykyisestä 30 vuorokaudesta 20 vuorokauteen.

Nykyisen päihdehuoltolain mukaisesta tahdosta riippumattoman hoidon toteuttamiseen nimettyjen hoitopaikkojen erillisestä hyväksymismenettelystä voitaisiin luopua.

Päihdehuoltolain itsemääräämisoikeuden rajoituksia koskevia säännöksiä on tarpeen täydentää hoidon menettelytapoja koskevilla vastaavan tyyppisillä säännöksillä kuin sosiaali- ja terveysministeriössä valmisteltavana olevassa esityksessä koskien mielen-terveyslaissa olevia itsemääräämisoikeuden rajoittamista koskevia säännöksiä.

Terveysvaaran perusteella tahdosta riippumattomasta annettavan hoidon toteuttamiseen liittyen terveyskeskuslääkärille on tarpeen säätää vastaavan kaltainen toimintavelvoite kuin mielenterveyslaissa on säädetty. Vastaavasti on tarpeen säätää poliisille velvoite antaa pyynnöstä virka-apua lääkärielle tai lain 12 §:ssä tarkoitetulle viranhaltijalle.

Päihdehuoltolakiin tulisi ottaa säännös, jonka nojalla opioidiriippuvaisten lääkkeellistä hoitoa koskevat säännökset annettaisiin jatkossa. Päihdehuoltolain valtuutus-säännös olisi tarpeen muotoilla siten, että sen perusteella voidaan antaa sosiaali- ja

terveysministeriön asetuksella tarkempia hoidon sisältöä ja järjestämistä koskevia säännöksiä muustakin huumeriippuvaisten hoidosta kuin vain opioidiriippuvaisten henkilöiden lääkkeellisestä hoidosta. Hoitopääsyn parantamiseksi tarkempia säännöksiä tulisi voida antaa myös hoidon tarpeen arviointiin ja hoitoon pääsyn enimmäisajoista. Päihdehuoltolaissa on myös tarpeen mahdollistaa se, että sosiaali- ja terveysministeriö voi muutoinkin antaa päihdehuollon järjestämistä ja toteuttamista koskevia ohjeita.

Vaikea-asteinen ja pitkäaikainen päihderiippuvuus tulisi sellaisenaan tulkita sellaiseksi mielenterveyslain tarkoittamaksi vakavaksi mielenterveyden häiriöksi, joka muiden mielenterveyslain vaatimien edellytysten täytyessä oikeuttaisi tahdosta riippumattoman hoidon toteuttamiseen alle 18-vuotiaiden henkilöiden kohdalla.

KIRJALLISUUS

Alho H, Järvenpää E, Seppälä T: Uudet synteettiset huumeet ja päihdetarkoituksessa käytetyt psykotrooppiset aineet. Suomen Lääkärilehti 2001; 56:1005-1007.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.

American Psychiatric Association: Practice guideline for treatment of patients with substance use disorders. Alcohol, cocaine and opioids. Am J Psychiatry 1995; 152 suppl:1-80.

Euroopan unionin huumausainestrategia 2000-2004, Cordrogue 73, rev.1.

Galanter M, Kleber H (eds): Textbook of substance abuse treatment. American Psychiatric Press, Washington 1999.

Hakkarainen P: Changing patterns, reshaping scenes: A brief overview of the epidemiology of non-medical drug-use in Finland. Psychiatr Fenn 1994; 25:196-204.

Hakkarainen P, Kekki T, Mustalampi S, Muuri A, Nuorvala Y, Partanen A, Virtanen A, Virtanen P: Huumeiden nykyiset tarpeet ja edellytykset. Stakesin Aiheita –mönistesarja, n:o 31/2000.

Halmesmäki E, Kari A: Huumeet ja raskaus. Duodecim 1998; 20:2109-

Hein R, ja Salomaa J: Alkoholin ja huumeiden aiheuttamat haittakustannukset. Teoksessa Ritva Hein, Airi Partanen ja Ari Virtanen (toim): Alkoholi ja huumeet 1999. Stakesin tilastoraportti 9/2000.

Liljeström M. Sikiön oikeusturva. Sikiön oikeusturva vai raskaana olevan naisen oikeusturva sikiön hyvinvoinnin oikeudellisena perusteena. Suomen lääkäri-lehti 2001; 56:2171-2175.

Konsensuskokous: Huumeriippuvuuden hoito Suomessa. Suomalainen Lääkäriseura, Duodecim, Suomen Akatemia. Konsensuslausuma 3.11.1999.

Sarkola T, Eriksson P, Halmesmäki E: Alkoholin ja huumeiden käytön vaikutus raskauteen. Prospektiivinen seurantatutkimus 1996-1997. Suomen Lääkärilehti 2001; 56:1111-1114.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2000. SVT-sarja, sosiaaliturva 2001/1.

Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2010 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:3.

Tsuang MT, Lyons MJ, Meyer JM, Doyle T, Eisen SA, Goldberg J, True W, Lin N, Toomey R, Eaves L: Co-occurrence of abuse of different drugs in men. The role of drug-specific and shared vulnerabilities. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:967-972.

Valtioneuvoston periaatepäätös huumaussainepolitiikasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1999:4.

Virtanen A. National report on the drugs situation in Finland 1998. STAKES 1999:2.

Alustavat ehdotukset päihdehuoltolain muutoksiksi

3 §

Päihdehuollon järjestäminen

Kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää.

Päihdehuollon palvelujen ja toimenpiteiden järjestäminen ja kehittäminen kuuluu **kunnan sosiaalihuollon ja kansanterveystyön toimeenpanoon kuuluvista tehtävistä huolehtiville toimielimille, joiden tulee huolehtia siitä, että päihdehuollon palveluista ja toimenpiteistä muodostuu toiminnallinen kokonaisuus.**

10 §

Hoitoon määräämisen edellytykset

Hoitoon tahdostaan riippumatta voidaan määrätä henkilö, jonka hoidon ja huollon järjestämisessä vapaaehtoisuuteen perustuvat palvelut eivät ole mahdollisia tai ne ovat osoittautuneet riittämättömiksi ja joka

1) **ilman asianmukaista hoitoa päihteiden käytön vuoksi välittömästi ja vakavasti vaarantaa terveyttään** (*terveysvaara*); tai

2) päihteiden käytön vuoksi väkivaltaisella tavalla vakavasti vaarantaa perheensä jäsenen tai muun henkilön terveyttä, turvallisuutta tai henkistä kehitystä (*väkivaltaisuus*).

11 §

Lyhytaikainen hoito terveysvaaran perusteella

Terveyskeskuksen vastaava lääkäri tai sairaalan asianomainen ylilääkäri voi toisen lääkärin antaman lääkärinlausunnon nojalla määrätä henkilön tahdostaan riippumatta hoitoon terveysvaaran perusteella enintään viideksi vuorokaudeksi.

Lääkärinlausunnon on oikeutettu antamaan terveyskeskuksen tai mielenterveystoimiston lääkäri taikka muu lääkäri.

Johtosäännöllä voidaan määrätä, että päätöksen hoitoon määräämisestä terveyskeskuksen vastaavan lääkärin tai sairaalan asianomaisen ylilääkärin sijasta voi tehdä muu lääkäri.

Päätös, jolla henkilö on määrätty hoitoon tahdostaan riippumatta, on alistettava heti hallinto-oikeuden vahvistettavaksi.

13 §

Hoito tahdosta riippumatta

Hallinto-oikeus voi päättää henkilön määräämisestä hoitoon tahdostaan riippumatta 10 §:ssä tarkoitetun **terveysvaaran tai** väkivaltaisuuden perusteella lisäksi enintään **15** vuorokaudeksi, jos **11 tai 12 §:ssä** tarkoitettu hoitoaika on osoittautunut riittämättömäksi.

18 §

Toimintayksiköiden hyväksyminen

(Kumotaan)

27 a §

Terveyskeskuslääkärin toimintavelvollisuus

Jos on syytä epäillä, että edellytykset terveyskeskuksen toimialueella asuvan tai oleskelevan henkilön hoitoon määräämiseen hänen tahdostaan riippumatta terveysvaaran perusteella ovat olemassa, terveyskeskuksessa toimivan lääkärin on ryhdyttävä toimenpiteisiin sen arvioimiseksi, onko henkilö tahdostaan riippumatta annettavan hoidon tarpeessa ja tarvittaessa laadittava 11 §:n 2 momentissa tarkoitettu lääkärintlausunto.

27 b §

Poliisin virka-apu

Jos terveyskeskuksen tai sairaalan lääkäri taikka 12 §:n 1 momentissa tarkoitettu viranhaltija katsoo, että 10 §:ssä tarkoitetun henkilön kuljettamisessa hoitoa antavaan toimintayksikköön tarvitaan poliisin virka-apua, poliisi on velvollinen toimittamaan henkilön toimintayksikköön.

Jos tahdostaan riippumatta hoitoon määrätty henkilö poistuu toimintayksiköstä ilman lupaa, poliisi on velvollinen antamaan virka-apua hänen palauttamisekseen toimintayksikköön.

28 §

Tarkemmat säännökset ja ohjeet

Tarkemmat säännökset tämän lain täytäntöönpanosta annetaan **valtioneuvoston** asetuksella.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella vahvistetaan tässä laissa tarkoitetuissa päätöksissä käytettävien lomakkeiden kaavat. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan lisäksi antaa tarkempia säännöksiä huumeriippuvaisten henkilöiden hoidon tarkemmasta sisällöstä, hoidon tarpeen arviointiin ja hoitoon pääsyn enimmäisajoista sekä muusta hoidon toteuttamisesta.

Sosiaali- ja terveysministeriö voi antaa ohjeita päihdehuollon toteuttamisesta.

ERIÄVÄ MIELIPIDE

Suomen Kuntaliitto
Outi Raitoaho

Päihdehuoltolakiin ehdotettava uusi 27 a §

Suomen Kuntaliitto pitää ongelmallisena päihdehuoltolakiin ehdotettavaa uutta 27 a §:ää. Työryhmä on lainkaan arvioinut kunnille syntyvien kustannusten määrää uudesta terveyskeskuslääkärille säädetystä tehtävästä, eli kustannuksia tehtävään käytettävästä terveyskeskuslääkärin työajasta ja terveysvaaran vuoksi tahdonvastaiseen hoitoon lähetettävän henkilön matkakustannuksia. Toisaalta päihdeongelman vuoksi välittömässä ja vakavassa terveysvaarassa olevan henkilön tilan toteamista ei aina voitane käytännössä selkeästi todeta. Tämä saattaa aiheuttaa kuntiin kohdistuvia vahingonkorvausvaatimuksia, jos myöhemmin todetaan, että terveyskeskuslääkäri ei ole arvioinut tilannetta oikein.

Päihdehuoltolain 28 §:n 2 momenttiin ehdotettu asetuksenantovaltuus

Suomen Kuntaliitto toteaa, että huumeriippuvuuden vuoksi hoitoon vapaaehtoisesti haluavien määrä on noin 1 500 – 2 000. Näitä henkilöitä varten ei ole käytettävissä riittävästi soveltuvia tiloja eikä ammattitaitoista henkilökuntaa, eikä hoitoa voida järjestää aina kohtuullisessa ajassa. Jos sosiaali- ja terveysministeriö antaisi asetuksella säännöksiä hoidon tarpeen arviointiin ja hoitoon pääsyn enimmäisajoista, tulisi huumeriippuvaisille subjektiivinen oikeus hoidon tarpeen arviointiin ja hoitoon pääsyyn asetuksessa säädettyssä enimmäisajassa. Tämä saattaisi aiheuttaa laillisuuskriisin, jos kuntien käytettävissä ei ole tarpeellisia tiloja ja asiantuntevaa hoitohenkilökuntaa. Ehdotus kohdennetusta valtiosuudesta ei ole riittävä em. subjektiivisen oikeuden toteuttamiseen.

Suomen Kuntaliitto vastustaa ministeriön asetuksenantovaltuuden säätämistä työryhmän esittämällä tavalla. Sen sijaan asetuksenantovaltuus voitaisiin kirjoittaa entisen erikoissairaanhoidon perusteella annetun asetuksen mukaisesti, ts. seuraavasti: Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä huumeriippuvaisten henkilöiden lääkkeellisestä hoidosta.