

Kvalitetsrekommendation
för missbrukarvården

SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET
FINLANDS KOMMUNFÖRBUND

Helsingfors 2002

SAMMANFATTNING

Kvalitetsrekommendation för missbrukarvården. Helsingfors, 2002. 58 s. (Social- och hälsovårdsministeriets handböcker, ISSN 1236-116X; 2002:4)
ISBN 952-00-1199-4

Alkoholkonsumtionen har ökat exceptionellt snabbt i Finland och enligt prognoser kommer ökningen att fortsätta under de kommande åren. På grund av den ökade alkoholkonsumtionen ökar även olika olägenheter som förorsakas av alkoholbruk, relativt sett till och med i en ännu snabbare takt. Även narkotikamissbruket ökade i Finland under hela 1990-talet. Olägenheter som förorsakas av andra rusmedel, t.ex. sociala problem och hälsoproblem till följd av missbruk av lugnande eller smärtstillande medel och blandmissbruk, är även de beklagligt vanliga.

Styrningen av missbrukarvården har även visat sig vara svår att genomföra på lokal nivå. De totala kostnaderna för att åtgärda de olägenheter som förorsakas av rusmedelsbruk kommer att stiga mycket om vården av klienter och patienter inom missbrukarvården i en allt större utsträckning flyttas över till den specialiserade sjukvården, vilket skett på 1990-talet. Väl fungerande social- och hälsovårdstjänster på basnivå samt specialtjänster inom missbrukarvården är en förnuftig och viktig investering ur såväl klienternas och kommunernas som hela samhället synvinkel.

Social- och hälsovårdsministeriets och Finlands Kommunförbunds gemensamma kvalitetsrekommendation för missbrukarvården skapar en grund för högklassiga tjänster inom missbrukarvården. Rekommendationen har beretts i en bredbasig sakkunniggrupp som tillsatts av Stakes. I arbetsgruppen har social- och hälsovårdsministeriet, Finlands Kommunförbund, Stakes, kommunala och privata serviceproducenter samt klienter varit företrädare.

Den riksomfattande rekommendationen för att förbättra kvaliteten på tjänster inom missbrukarvården är en del av mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården 2000 - 2003, som statsrådet godkänt. Syftet är att rekommendationen skall vara till stöd för planeringen och beslutsfattandet i anslutning till missbrukarvården och då det gäller att ordna, producera och utveckla tjänster inom missbrukarvården. Vid beredningen av rekommendationen utgick man ifrån att förebyggandet av olägenheter som förorsakas av rusmedelsbruk skall beaktas i kommunens alla beslut. Syftet är även att rekommendationen skall styra och stödja allt arbete för förebyggande av rusmedelsbruk inom social- och hälsovården, inte endast specialtjänsterna inom missbrukarvården. Rekommendationen gäller tjänster som staten, kommunerna, privata företag eller organisationer producerar.

För att ordna specialtjänster inom missbrukarvården behövs redan nu överkommunala strukturer, vilket kan ses som en viktig möjlighet då det gäller att säkerställa kvaliteten och tillgången på tjänster. I de detaljerade rekommendationerna för det egentliga klientarbetet har man tagit ställning till utgångspunkterna för missbrukarvården och nödvändigheten av strategisk planering, systematisk användning av hela servicesystemet, klientens vilja, rättigheter och speciella behov, standarden på lokaliteterna, dimensione-

ringen av personal samt personalens kunskande och ork, processen för det egentliga klientarbetet samt behovet av uppföljning och utvärdering.

Uppmärksamhet har även separat fästts vid de behov som det växande antalet specialgrupper har, t.ex. minderåriga eller kvinnliga missbrukare samt särskilt mödrar och familjer med rusmedelsproblem. Behovet av service ökar även bland invandrare och andra minoriteter samt sämre lottade missbrukare. Handboken innehåller utöver rekommendationer även bakgrundsinformation om servicesystemet. Även särdragen för missbrukarvården samt grunderna för bedömning av de föreslagna rekommendationerna beskrivs. Förverkligandet av rekommendationen främjas som en del av mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården.

Nyckelord: alkohol, kvalitet, missbrukarvård, narkotika, rehabilitering, rusmedel, social- och hälsovårdstjänster, vård

FÖRORD

Kvalitetsrekommendationen för missbrukarvården har uppgjorts för att stöda planeringen, ordnandet och utvecklingen av tjänsterna inom kommunernas missbrukarvård. Social- och hälsovårdsministeriets och Finlands Kommunförbunds gemensamma rekommendation skall utgöra en grund för kvaliteten inom missbrukarvården. Behovet av missbrukarvård styrs av den lokala användningen av rusmedel och därpå följande problem. Rekommendationen ger de allmänna riktlinjer som kan tillämpas lokalt utgående från ifrågakvarande kommuners och kommuninvånarens behov. Kvalitetsrekommendationen har uppgjorts inom en av Stakes tillsatt expertgrupp på bred bas, i vilken har ingått representanter för social- och hälsovårdsministeriet, Finlands Kommunförbund, Stakes samt kommunala och privata serviceproducenter och representanter för klienterna.

I arbetsgruppspromemorian för det nationella projektet för trygghet av hälso- och sjukvården i framtiden konstateras följande: ”Finländarnas svåraste enskilda hälsoproblem i dag och i den närmaste framtiden är alkoholen”¹. Alkoholkonsumtionen ökar hela tiden och med den också förekomsten av olika rusmedelsskador. Antalet hälsoproblem som orsakats av alkohol står i direkt proportion till helhetskonsumtionen. Specialrestriktionerna gällande resandes import av alkoholhaltiga drycker kommer att slopas fr.o.m. början av år 2004, och som en följd av en eventuell skattesänkning kommer också priset på alkoholdrycker att sjunka till en nivå som är närmare den som råder i de övriga EU-länderna. Man har räknat med att de här förändringarna kommer att leda till att helhetskonsumtionen av alkohol kommer att stiga med 10 - 20 %. Som en följd härav kommer hälsoproblem som vållats av alkohol samt det därav orsakade behovet av vård att stiga markant. Användningen av rusmedel ökade i Finland under hela 1990-talet. Rusmedelsskadorna ger sig ofta tillkänna först efter några år. Också övriga rusmedelsskador, som t.ex. sådana som orsakats av lugnande mediciner och motsvarande samt blandmissbruk, är allmänt förekommande.

Inom social- och hälsovården har man startat talrika program och projekt för att förhindra rusmedelsskador. Trots detta intar servicesystemet en central ställning i främjandet av befolkningens hälsa samt arbets- och funktionsförmåga. Systemet ställs också inför nya, växande utmaningar speciellt när det gäller att förebygga utslagning och stävja utvecklingen mot ökad utslagning. Det beräknas att antalet missbrukare som lider av svåra psykiska problem håller på att öka. Också kvinnliga rusmedelsmissbrukare, ungdomar under 18 år samt fångar har speciella behov gällande vård och rehabilitering som servicesystemet måste kunna tillgodose.

Att satsa på missbrukarvården är också ekonomiskt lönsamt. Jämfört med de medel som anslagits för vården är de uppnådda direkta och indirekta inbesparingarna mångdubbla. Det är klart att den växande användningen av rusmedel och därav orsakade problem återspeglar sig i kommunernas servicesystem. Därför är det skäl att förbereda sig för arbetet på ett förutseende och systematiskt sätt. Om kommunen saknar ett fungerande system för missbrukarvården kan det tryck som orsakas av missbruksproblemen drabba sådana enheter inom social- och hälsovården där man inte har förberett sig för

¹Nationellt projekt för trygghet av hälso- och sjukvården i framtiden. SHM Arbetsgruppspromemoria 2002:3

situationen. Utvecklingen är svår att styra och de av rusmedelsproblemen orsakade helhetskostnaderna växer.

Efter inledningskapitlet och beskrivningen av uppdraget presenteras de egentliga kvalitetsrekommendationerna. I de därpå följande kapitlen framläggs, utgående från nuvarande servicesystem, centrala rekommendationer som grundar sig på en utvärdering av systemets effektivitet och förändringar, olika former av rusmedelsproblem som påverkat vårdens karaktär samt betydande framtida utmaningar. Följande kapitel behandlar metoder inom ordnandet av missbrukarvården, utvärderingen av resursbehovet samt missbrukarvårdens effektivitet.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD	5
I INLEDNING	9
1.1 Arbetsgruppens tillsättande och uppdragsbeskrivning	9
1.2 Uppdragets avgränsning	10
II KVALITETSTJÄNSTER INOM MISSBRUKARVÅRDEN	11
2.1 Kvalitetsrekommendation för missbrukarvården	11
2.1.1 Utgångspunkter för tjänster inom missbrukarvården	11
2.1.2 Strategi för missbrukarvården	12
2.1.3 Servicesystemet	12
2.1.4 Personalens kunnande och ork	15
2.1.5 Klientarbetet.....	16
2.1.6 Uppföljning och utvärdering.....	18
2.2 Kvaliteten inom social- och hälsovården	19
III MISSBRUKARVÅRDEN I DAG	22
3.1 Lagstiftningen gällande missbrukarvård	22
3.2 Vårdsystemet inom missbrukarvården	24
3.2.1 Den allmänna servicen inom social- och hälsovården	25
3.2.2 Specialtjänster inom missbrukarvården	26
3.2.3 Likställdas stödgrupper.....	28
3.3 Missbrukarvårdens klienter och använda rusmedel.....	29
3.3.1 Missbruksrelaterade klientbesök vid social- och hälsovårdens serviceenheter	30
3.3.2 Använda rusmedel	32
3.3.3 Blandmissbruk	33
3.4 Framtida utmaningar i samband med missbruk.....	34
3.4.1 Allmänna utmaningar.....	34
3.4.2 Användningen av narkotika	35
3.4.3 Specialgrupper	36
IV ORDNANDE AV MISSBRUKARVÅRDEN	37
4.1 Rusmedelskonsumtion samt ordnande av tjänster.....	37
4.1.1 Kommunernas servicepolicy.....	37
4.1.2 Servicebehovet och förändringar i konsumtionen.....	39
4.1.3 Modell för regionalt samarbete.....	40
4.1.4 Exempel på regionala modeller och deras verksamhet	41
4.2 Tilldelning av resurser för missbrukarvården.....	42
4.2.1 Bedömning av rusmedelssituationen i kommunen.....	42
4.2.2 Den interna arbetsfördelningen mellan serviceenheterna	43
4.2.3 Förändringar i efterfrågan på missbrukarvård och faktorer som inverkar härpå.....	44
4.3 Genomförande av missbrukarvård och -rehabilitering.....	46
4.3.1 Begrepp inom missbrukarvården	46
4.3.2 Vård- och rehabiliteringsplan.....	48
4.3.3 Servicehandledning	48
4.4 Rehabiliteringen av missbrukare är effektiv och ger goda resultat	49
Källor	51
Bilaga 1. Stakes statistikuppgifter om alkohol och narkotika samt om social- och hälsovården ..	54
Bilaga 2. Publikationer utarbetade på grundval av skolhälsoenkäter	56
Bilaga 3. Internetadresser	57

I INLEDNING

1.1 Arbetsgruppens tillsättande och uppdragsbeskrivning

Arbetsgruppens uppdrag grundar sig på Mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården 2000 - 2003, punkt 53, där följande konstateras:

Under programperioden utarbetar social- och hälsovårdsministeriet, Stakes, kommunerna, Finlands Kommunförbund och användarna av servicen tillsammans kvalitetsrekommendationer till stöd för den kommunala kvalitetsledningen. I förekommande fall skall rekommendationerna också innefatta anvisningar för dimensioneringen av personalen. I regeringsprogrammet framhålls följande: "För att man skall kunna följa att social- och hälsovårdstjänsterna tillhandahålls på ett likvärdigt sätt måste man skapa en fungerande kriterie- och kvalitetsmätaruppsättning där kundorientering är en ledande princip."

Vid sidan om äldrevården, mentalvården, skolhälsovården, serviceboendet för handikappade samt hjälpmedelsservicen utsågs inom mål- och verksamhetsprogrammet missbrukarvården till ett område som bör få egna kvalitetsrekommendationer. Vid uppgörandet av kvalitetsrekommendationen bör kommunernas och serviceanvändarnas synpunkt särskilt beaktas.

Mot denna bakgrund tillsatte Stakes 23.5.2001 en expertgrupp som fick i uppdrag att bereda kvalitetsrekommendationer för tjänsterna inom missbrukarvården. Arbetsgruppens kvalitetsrekommendationer skulle vara färdiga före 30.6.2002.

Expertgruppens medlemmar:

Forskningsprofessor Jussi Simpura, Stakes (ordförande till 30.9.2001)

Forskningsprofessor Marja Holmila, Stakes (ordförande från 1.10.2001)

Forskare Yrjö Nuorvala, Stakes (viceordförande)

Planerare Anneli Pienimäki, Stakes (sekreterare)

Verksamhetsledare Raimo Hilonen, A-Gillenas förbund

Överläkare Ulla Idänpään-Heikkilä, Stakes

Överinspektör Olavi Kaukonen, SHM

Ansvariga socialterapeuten Juha Leistola, Missbrukarvården i Vanda stad

Förvaltningsöverläkare Matti Liukko, Finlands Kommunförbund

Direktören för missbrukarvården Reijo Malila, Centralförbundet för missbrukarrehabilitering

Ledande överläkare Rauno Mäkelä, A-klinikstiftelsen

Verksamhetsledare Jukka Mäki, Kriminalvårdens främjande

Verksamhetsledare Jorma Niemelä, Sininauhaliitto

Byråchef Roger Nordman, Missbrukarvårdens nationella samarbetsgrupp

Specialplanerare Airi Partanen, Stakes

Rusmedelsombudsman Marjo Tervo, A-Gillenas förbund

Arbetsgruppen har sammanträtt 11 gånger, dessutom har flera möten arrangerats i mindre grupper. Mellan sammanträdena har arbetsgruppens medlemmar också givit skriftliga kommentarer till de uppgjorda texterna. Arbetsgruppen har också bett om ut-

låtanden gällande utkasterna till kvalitetsrekommendationer av flera instanser, såsom länsstyrelsernas social- och hälsoavdelningar, serviceproducenter och ansvariga servicearrangörer.

1.2 Uppdragets avgränsning

Arbetsgruppen avgränsade kvalitetsrekommendationerna till att omfatta endast tjänster inom missbrukarvården.

Tjänsterna inom missbrukarvården definierades på följande sätt:

"Med missbrukarvård avses sådana allmänna och speciella tjänster inom social- och hälsovården, där missbrukare och deras anhöriga erhåller stöd, hjälp, vård och rehabilitering."

Kvalitetsrekommendationerna har beretts med tanke på klientarbetet inom missbrukarvården i såväl allmän (t.ex. socialbyråer, mentalvårdsbyråer, hälsocentraler och sjukhus) som specialiserad vård (t.ex. A-kliniker, rehabiliteringsanstalter) inom social- och hälsovården. Rekommendationerna gäller tjänster som produceras såväl av staten, kommunerna som privata företag eller organisationer. Förutom den egentliga vården kan de omfatta förebyggande arbete gällande enskilda klienter eller s.k. sekundärprevention. Övriga former av preventiv missbrukarvård blir emellertid utanför ramen för den här utredningen. Den preventiva vården har vissa beröringspunkter med missbrukarvården, men den har dessutom särdrag som kräver egna kvalitetsrekommendationer.

Fastän den här rekommendationen koncentreras till social- och hälsovårdstjänsterna, utförs förebyggande mångsidig missbrukarvård i stor utsträckning såväl nationellt, regionalt som lokalt. I projekt som finansieras genom mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården läggs huvudvikten just vid det förebyggande arbetet. Detsamma gäller Stakes enhet för alkohol- och drogprevention samt arbetsprogrammen inom Centret för hälsofrämjande. De här programmen omfattar enligt bestämmelserna också uppföljning och utvärdering.

II KVALITETSTJÄNSTER INOM MISSBRUKARVÅRDEN

2.1 Kvalitetsrekommendation för missbrukarvården

Kvalitetsrekommendationen för missbrukarvården är avsedd som stöd för planeringen, ordnandet och utvecklingen av kommunernas tjänster för missbrukare. Social- och hälsovårdsministeriets och Finlands Kommunförbunds gemensamma rekommendation utgör en grund för högklassig missbrukarvård. Rekommendationen ger allmänna riktlinjer som kan tillämpas lokalt utgående från de enskilda kommunernas och kommuninvånarnas behov.

Det här kapitlet ger en kort presentation av de principer och rekommendationer som styr missbrukarvårdens kvalitet utgående från de allmännaste grundsatserna för produktion av tjänster och behovet av ett långsiktigt arbete till mera konkreta förutsättningar för att skapa högklassiga tjänster inom missbrukarvården. Några av rekommendationerna baserar sig på innehållsmässiga, socialrättsliga och etiska överväganden, medan andra styrs av mera kalkylmässiga motiveringar som behandlas närmare i senare kapitel.

2.1.1 Utgångspunkter för tjänster inom missbrukarvården

- Kommuninvånarna har, oberoende av sin bostadsort, rätt till behovsinriktad och högklassig missbrukarvård och –rehabilitering som verkställs i rätt tid.
- Missbruk av rusmedel och därtill hörande problem bör åtgärdas i ett så tidigt skede som möjligt på alla servicenivåer, och information, stöd och hjälp bör aktivt erbjudas. Det här gäller speciellt den allmänna servicen inom social- och hälsovården, såsom socialarbetet, företags-, student-, och skolhälsovården, övrig primärhälsovård samt rådgivningsbyråerna för mödravård.
- Tjänsterna bör organiseras på ett sådant sätt att klientens, grundläggande rättigheter, mänskliga rättigheter samt rättsskydd kan tryggas.
- Utgångspunkten för missbrukarvården bör vara klientens och de anhörigas behov av hjälp, stöd och vård.
- Grundprinciperna är respekt för individens självbestämmanderätt, stöd av hans eller hennes handlingskraft samt konfidentialitet.
- Klientens möjligheter att delta i planeringen, beslutsfattandet och innehållet gällande vården bör tryggas.
- Rehabiliteringen inom missbrukarvården bör ta hänsyn till klientens fysiska och psykiska hälsotillstånd, sociala situation och behov av stöd.
- Vårdenheterna utvecklar missbrukarvården i samarbete med klienterna och de organisationer och stödgrupper av likställda som representerar dem.

2.1.2 *Strategi för missbrukarvården*

Varje kommun bör för missbrukarvården ha en strategi som skall ingå i kommunens hälso- och välfärdsstrategi. Strategin bör omfatta riktlinjer för hur man inom kommunen skall förhindra uppkomsten av rusmedelsskador och hur tjänsterna inom missbrukarvården bör organiseras, samt utreda social- och hälsovårdens arbetsfördelning gällande dessa tjänster. Strategin kan uppgöras i samarbete med andra kommuner.

Strategin bör omfatta åtminstone följande faktorer²:

- ◆ Vilka krav ställer lagstiftningen och de nationella vårdprogrammen på missbrukarvården?
- ◆ Hur utvärderas rusmedelssituationen i kommunen och behovet av missbrukarvård och hur följer man upp deras utveckling?
- ◆ Vilka är målsättningarna för tjänsterna inom kommunens missbrukarvård?
- ◆ Hurudant är samarbetet samt ansvars- och arbetsfördelningen inom social- och hälsovårdens olika tjänstesektorer när det gäller missbrukarvård?
- ◆ Hur har kommunen ordnat utbudet på tjänster inom missbrukarvården, hurdana tjänster finns tillgängliga för kommuninvånarna och hur kan kommuninvånarna söka vård?
- ◆ Hur har vårdens och rehabiliteringens finansiering organiserats?
- ◆ Hur får man feedback av kommuninvånarna och missbrukarvårdens klienter och deras anhöriga gällande de tjänster de har anlitat?
- ◆ Hur informeras kommuninvånarna om tjänsterna inom missbrukarvården?
- ◆ Hur följer man upp och utvärderar missbrukarvården och dess kvalitet?

2.1.3 *Servicesystemet*

- Inom missbrukarvården tillhandahåller kommunen mångsidiga tjänster som motsvarar invånarnas behov, allt från diagnostisering i ett tidigt skede och akuta jourtjänster till långsiktig rehabilitering.

² Instruktioner för uppgörandet av en strategi för missbrukarvården finns på följande adress:
www.stakes.fi/neuvoa-antavat

- Tjänsterna tillhandahålls på finska och svenska samt vid behov också på andra språk. Klientens modersmål, kulturella bakgrund och förutsättning att anlita tjänsterna bör beaktas speciellt noggrant.
- Specialtjänster inom missbrukarvården anordnas på regionnivå i de fall då detta anses ändamålsenligt på grund av kommunens storlek eller andra orsaker. Härvid rekommenderas att kommunerna kommer överens om kostnadsfördelningen på befolkningsbasis.
- Vid allokering av resurser för missbrukarvården beaktas förändringar som skett inom användningen av rusmedel.
- Den allmänna servicen inom social- och hälsovården (inklusive sjukhusen samt företags-, student- och skolhälsovården) ansvarar för egen del för tidig diagnostisering och vård vid missbruk.
- Kommunen tillhandahåller jourtjänster som man kan anlita också efter öppettid och under veckoslut för omedelbar vård vid brådskande fall.
- Vid krissituationer kan man utan tidsbeställning söka vård vid missbrukarvårdens specialenheter eller övriga psykosociala serviceenheter.
- Kommunen tillhandahåller effektiva akutvårds- och avvänjningstjänster. Klienter som är i behov av akutvårds- eller avvänjningstjänster erhåller vård omedelbart.
- Kommun tillhandahåller tjänster inom missbrukarvården där man kan söka hjälp också i berusat tillstånd.
- Kommunerna garanterar tjänster åt personer som tagits i förvar på grund av missbruk.
- Specialtjänster inom den öppna missbrukarvården kan anlitas också anonymt.
- Speciellt tjänsterna inom den öppna vården bör placeras möjligast nära klientens hemort.
- I kommunerna bör man ha en klar arbetsfördelning inom missbrukarvården. Speciellt ansvaret för vården av missbrukare som lider av psykiska problem bör klart definieras.
- Anhöriga till missbrukare skall ha möjlighet att separat anlita specialtjänsterna inom missbrukarvården.

Vårdlokaler och serviceboende

- Kommunerna bör vid behov ordna akutservice och boende för bostadslösa och bristfälligt logerade missbrukare.

- Vårdlokalerna bör vara lämpade för missbrukarvård. Personer som söker vård eller som redan får vård bör garanteras ett tillräckligt intimitetsskydd. För akutvård och övervakning av rusmedelspåverkade personer bör ändamålsenliga lokalteter anslås. Familjerehabilitering förutsätter också därtill lämpade utrymmen.
- Lokalteterna bör uppfylla de kriterier som arbetarskyddet och –säkerheten förutsätter.
- Målsättningen för serviceboende i institutioner, grupphem eller internat bör vara en persons rum på minst 15 m² och två personers rum på minst 20 m². Vid kortare institutionsvård som t.ex. akut missbrukarvård kan rummen vara mindre. Vid serviceboende tillämpas alltid allmänna krav gällande bostadsutrymmen.
- Vid planering och byggnad av vårdinstitutioner bör man särskilt beakta klientens rätt till intimitetsskydd.
- Vid stödboende tillämpas huvudsakligen lagen om hyra av bostadslägenhet. För rehabiliterings- och andra stödtjänster uppgörs separata avtal.
- När det gäller joutjänster, som t.ex. skyddshärbärgen, fäster man särskild uppmärksamhet vid klienternas hälsa och vårdbehov och tillgången till flexibla social- och hälsovårdstjänster. Gällande utrymmena är det också viktigt att beakta hälsoaspekter (luftkonditionering, material, användning av utrymmena).
- I alla utrymmesfrågor bör man beakta också handikappade personers behov, speciellt avskaffandet av hinder.
- Vid alla tjänster bör speciell uppmärksamhet ägnas utrymmenas brand- och boendesäkerhet.
- Kommunerna reserverar lokalteter för aktiviteter inom kundföreningar och grupper av likställda.

Personaldimensionering inom missbrukarvårdens specialtjänster

Personaldimensioneringen ger rekommendationer som kommunerna kan beakta i enlighet med sina egna resurser och behov. Utgångspunkterna för utvärdering av personaldimensioneringen för en arbetsgrupp har varit a) kalkyler gällande förhållandet mellan användningen av rusmedel och efterfrågan på vårdtjänster; b) kalkyler över förändringar i servicesystemets arbetsfördelning (servicestrukturen), varvid målsättningen är att styra utvecklingen mot ett allt öppnare koncept inom missbrukarvården; c) en jämförelse med de kalkylmässiga behov som framförts gällande övriga tjänster inom social- och hälsovården. (t.ex. i de olika serviceenheterna inom primärhälsovården, socialväsendet, mentalvården och äldrevården). Dessa siffror har sedan ställts i relation till rusmedelskadornas utbredning. d) Arbetsgruppens medlemmars egna uppgifter och utvärderingar som framförts såväl inom hela gruppen som i separata smågrupper.

- Målet för personaldimensioneringen inom den polikliniska missbrukarvården är 3 personarbetsår per 10 000 invånare. I de största kommunerna kan behovet vara större. Personalbehovet är beroende av hur väl basservicen inom social- och hälsovården fungerar.
- Inom akut- och avvänjningsvården som dejourerar dygnet runt är målsättningen för personaldimensioneringen 0,8 arbetstagare med utbildning inom social- och hälsovård per klienter, och vården av vissa klientgrupper som t.ex. minderåriga missbrukare och blandmissbrukare, klienter med psykiska problem samt rusmedelspåverkade kan t.o.m. kräva 1,5 arbetstagare per klient.
- Rehabiliteringsanstalternas personaldimensionering förutsätter att det för varje klient bör finnas 0,5 arbetstagare som har utbildning inom social- och hälsovården.
- Vid institutionsliknande serviceboende (vårdförhållande) är målsättningen att det för varje klient bör finnas 0,3 arbetstagare som har utbildning inom social- och hälsovården.
- Tillräcklig personal bör finnas för andra uppgifter än klientarbete (administration, städning, kosthåll etc.).
- Inom den polikliniska vården och den akuta institutionsvården (akut- och avvänjningsvård samt jourtjänster och vård av rusmedelspåverkade) bör arbetsskiftena och personaldimensioneringen ordnas på ett sådant sätt att det på ifrågavarande serviceenhet alltid finns minst två arbetstagare. Det här gäller också övriga enheter i fall verksamheten förutsätter det.

2.1.4 Personalens kunnande och ork

- Inom social- och hälsovårdens allmänna service och missbrukarvårdens specialtjänster bör man försäkra sig om att de anställda genom grund-, fortsättnings- och kompletterande utbildning fått en tillräcklig yrkeskunskap för att i ett tidigt skede kunna diagnostisera rusmedelsproblem, utvärdera vårdbehovet och ge klienterna en högklassig professionell vård och rehabilitering.
- Man bör se till att arbetstagarna orkar i sitt arbete. De bör ha möjlighet till regelbunden handledning och konsultation.
- Beträffande personalens behörighetsvillkor tillämpas förordningen³ om behörighetsvillkor för yrkesutbildad personal inom socialvården samt lagen⁴ om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården.
- Arbetstagarna bör ha färdighet att diskutera klientens rusmedelsproblem. De bör känna till olika vård- och interventionsalternativ och kan styra vården i enlighet med klientens behov.

³ Förordningen om behörighetsvillkor för yrkesutbildade personer inom socialvården (804/1992)

⁴ Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994)

- I varje enhets inlärningsprogram beaktas missbrukarvårdens och -rehabiliteringens utbildningsbehov. Samtliga arbetstagare som utför klientarbete inom social- och hälsovårdens basservice (såsom läkare, sjukskötare och socialarbetare) bör få kompletterande utbildning inom missbrukarvården under minst två arbetsdagar under en period av fem år. Inom missbrukarvårdens specialtjänster bör man anordna kompletterande utbildning under minst fem arbetsdagar per år.
- Vid social- och hälsovårdens serviceenheter bör finnas minst en arbetstagare som specialiserat sig på missbrukarvård, vars uppgift vid sidan om det egentliga arbetet med klienterna är att utbilda övriga arbetstagare inom sin enhet samt samarbeta med och upprätthålla kontakter till övriga arbetstagare och myndigheter. Personen i fråga bör vara utbildad och motiverad för uppgiften. Arbetsuppgifterna bör vara klart definierade och arbetstagaren måste ha tillgång till de resurser som arbetet förutsätter.
- Arbetstagare inom missbrukarvården bör garanteras trygga arbetsförhållanden bl.a. med hjälp av ändamålsenlig personaldimensionering och utrymmesplanering samt adekvata tekniska lösningar.

2.1.5 Klientarbetet

- Vid vården och rehabiliteringen av missbrukare strävar man efter att stärka och stöda klientens egna och de anhörigas resurser.
- Interaktionen med klienten bör basera sig på ett värnadsfullt, empatiskt och motive-
rande förhållningssätt.
- Vårdrelationen grundar sig på konfidentialitet. Konfidentiella uppgifter får endast vidarebefordras med klientens tillstånd också när det gäller social- och hälsovårdens samarbete gällande klienterna⁵.
- Vårdenhetens register på basis av personlagen bör vara tillgänglig för alla klienter.⁶
- Rusmedelstestet (alkohol och narkotikatester) resultat är konfidentiellt. Tester bör utföras endast med personens medgivande och som stöd för vården, och de får inte orsaka klienten några svåra olägenheter. Ett positivt testresultat bör vid behov verifieras.
- I missbrukarvården och -rehabiliteringen används vårdmetoder som grundar sig på vidsträckt praktisk erfarenhet och vetenskapliga rön, som också uppfyller etiska kriterier.

⁵ Instruktioner finns bland annat i publikationen; Parkkari m.fl.. Julkisuus ja salassapito moniammatillisessa työssä. Stakes, och på Stakes internetsidor: www.stakes.fi/neuvoa-antavat. Se också Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000) samt Lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1996)

⁶ Lagen om personuppgifter (523/1999). Ytterligare uppgifter fås på internetsidorna: www.tietosuojafi.fi

- I vården av rusmedelsproblem deltar många olika yrkesgrupper och vårdarbetet kan utnyttja nätverkets alla möjligheter.
- Kundens existentiella och religiösa behov beaktas i vårdhelheten.
- Speciella krav gällande vård och rehabilitering av kvinnor beaktas.
- I vården bör man ta hänsyn till handikappades specialbehov.
- Man bör också beakta de anhörigas behov av stöd.
- För klienter som har familj eller andra nära anhöriga bör vid behov ordnas familjeträffar.
- Behovet av vård av och stöd för barn i missbrukarfamiljer bör kartläggas utan undantag.
- I missbrukarvårdens verksamhetsprinciper och praxis bör man också ta hänsyn till behovet av socialt stöd för de klienter som saknar familj och sociala relationer.
- Man bör samla feedback av klienterna gällande deras erfarenheter av tjänsterna.

Utvärdering och styrning av klientens vårdbehov

- Man bör i första hand sträva efter att hjälpa klienten vid de social- och hälsovårdsenheter han eller hon vänder sig till. Klienten bör också vid behov få hjälp med att ordna betalningarna av vården. Den primära vårdenheten svarar för vården ända tills klienten eventuellt remitteras till en annan enhet för fortsatt vård.
- Klienten bör få uppgifter om olika vård- och rehabiliteringsmöjligheter och erbjudas mångsidiga vårdalternativ.
- Klienter som söker vård i påverkat tillstånd bör också få sitt vårdbehov utrett, och erbjudas ändamålsenlig vård.

Vård- och rehabiliteringsplanen och vårdens förverkligande

- I vården följs en skriftlig vård- och rehabiliteringsplan som vid behov uppdateras och som uppgörs i samarbete med klienten på basis av hans eller hennes vårdbehov.
- Vårdbesluten görs alltid skriftligt då lagen eller klientens rättskydd förutsätter det. Kunden bör ges en klar bild av vårdens innehåll och omfattning. Avtalsvillkoren i samband med vården bör vara etiskt godtagbara.

Vårdens och rehabiliteringens kontinuitet

- Den i samarbete med klienten uppgjorda vårdplanen utvärderas och granskas vid behov under vårdperiodens gång och när den avslutas. I samband härmed bör man komma överens om ändamålsenlig fortsatt vård och stödåtgärder.
- För missbrukare som behöver längre vård eller rehabilitering utses inom social- och hälsovården en ansvarsperson som tar helhetsansvar för klientens vård och rehabilitering. Här kan man tillämpa servicehandledningens princip. Ansvarspersonen skall vara klart angiven samt godkänd av klienten.
- När vårdplatsen ändras skall alla parter komma överens om överförandet av vårdansvaret och ändringen bör vid behov antecknas i vårdplanen eller remissen.
- En kartläggning och förstärkning av klientens sociala stödnätverk är av ytterst stor vikt med tanke på ett bestående vårdresultat.
- Klienten bör vid behov erbjudas möjlighet att ordna en eventuell nätverksdiskussion, dit man kan kalla t.ex. representanter för den fortsatta vården och andra instanser som deltar i vården, samt anhöriga och övriga personer i klientens stödnätverk.
- Vården fortsätter enligt vårdplanen också i de fall då klienten återfaller i missbruk.
- Enligt särskild överenskommelse kan man göra en uppföljning av klientens livssituation efter vården, kontakterna till vårdinstanserna samt användningen av rusmedel.

2.1.6 Uppföljning och utvärdering

Kommunen bör regelbundet uppgöra bokslut över tjänsterna inom missbrukarvården som en del av kommunens hälso- och välfärdsbokslut eller motsvarande dokument. För missbrukarvårdens del består den t.ex. av följande uppgifter och indikatorer, som bör vara så konkreta och praktiska som möjligt.

- ◆ Strategin för kommunens missbrukarvård, hur har rusmedelsanvändningen utvecklats, hur förhindrar man rusmedelsskador, hurdana tjänster finns tillgängliga?
- ◆ Beskrivning av kommunens tjänster inom missbrukarvården och de ansvarigas utvärdering av sin egen verksamhet.
- ◆ Missbrukarvårdens kostnader i förhållande till verkställda tjänster. Regional och nationell jämförelse.
- ◆ Informationen om missbrukarvården, kvantitet och kvalitet.
- ◆ Beskrivning av missbrukarvårdens verksamhetspraxis och arbetsfördelning. (utvärdering av vårdbehov och olika vårdkedjor).

- ◆ Personalens antal och utbildningsnivå.
- ◆ Kompletterande utbildning och handledning av personalen.
- ◆ Vårdplanernas kvalitet och omfattning.
- ◆ Kötiderna till olika tjänster.
- ◆ Resultaten av förfrågningarna gällande klienttillfredsställelse.
- ◆ Antalet klagomål, anmärkningar med hänvisning till klient- eller patientlagen, inlagor samt fall behandlade av social- och hälsovårdsministeriet och deras avgöranden.
- ◆ Resultaten av eventuella beräkningar gällande fall av rusmedelsmissbruk, övrig statistik om missbrukarvårdens klienter, uppgifter om klientströmmarna.
- ◆ Eventuella övriga forsknings- och utredningsresultat gällande rusmedelsskador.

2.2 Kvaliteten inom social- och hälsovården

Kvaliteten på tjänsterna inom social- och hälsovården utgörs av förmåga att identifiera, fastställa och uppfylla klienternas vårdbehov på ett professionellt och etiskt hållbart sätt, till förmånliga kostnader samt enligt gällande lagar, förordningar och bestämmelser. Till kvaliteten hör också förmågan att rikta resurserna i första hand till de mest behövande.

Kvaliteten kan utvärderas ur tre olika perspektiv:

- klientens erfarenheter
- det professionella perspektivet
- ledningsperspektivet (servicesystemet).

Klienten har alltid en central ställning när det gäller utvärderingen av tjänster. Klientens erfarenhet av kvaliteten säger om tjänsten motsvarar hans eller hennes uppfattning av sitt behov. Vid utvärderingen av kvaliteten betonar klienterna såväl tillgången på tjänster, flexibiliteten och bemötandet som den professionella kvaliteten. *Den professionella kvaliteten* anger om tjänsten uppfyller klientens eller patientens behov och om resultatet är tillfredsställande ur professionell synvinkel. *Ledningskvaliteten* å sin sida anger huruvida tjänsten verkställs smidigt, effektivt och felfritt, samt ekonomiskt förmånligt och i enlighet med gällande lagar och bestämmelser.

Deltagarna i social- och hälsovårdens servicekedja prioriterar olika faktorer inom kvalitetsbegreppet och ansvarar för olika dimensioner inom planeringen av verksamheten samt inom kvalitetsstyrningen. Trots att kvaliteten är svår att definiera är det viktigt att komma överens om vad man inom ifrågavarande verksamhet och organisation avser med den kvalitet som man eftersträvar. Den här gemensamma uppfattningen bör ingå i kvalitetspolitiken och den skall förmedlas till såväl befolkningen och klienterna som till dem som arbetar med ifrågavarande tjänster.

Kvalitetsrekommendationer och –kriterier är hjälpmedel vid konkretiseringen och bestämmandet av kvalitetsens innehåll och de bidrar också till utvärderingen av kvaliteten på tjänsterna, samt tjänstgör som hjälp vid planeringen.

Uppföljningen av verksamhetens omedelbara resultat och vårdens produktivitet och effektivitet på längre sikt samt användningen av resultaten som underlag för verksamhetens utveckling är väsentliga faktorer. Därför är det viktigt att i kvalitetsrekommendationerna som grund för uppföljningen och utvärderingen gemensamt fastställa kvalitetsbeskrivande indikatorer

Den nationella rekommendationen⁷ för utveckling av social- och hälsovårdens kvalitetsstyrning poängterar följande faktorer:

- klientens medverkan i kvalitetsledningen,
- ledningens uppgift som vägvisare i kvalitetsfrågor,
- personalens roll som garant för god kvalitet,
- kvalitetsledningens roll i den förebyggande verksamheten,
- kvalitetsarbetet i styrningen av processerna.
- kunskapens betydelse i arbetet för bättre kvalitet och
- systematiseringen av kvalitetsarbetet.

Kvaliteten på missbrukarvården borde granskas såväl ur teknisk (t.ex. utrymmesfrågorna) som processuell (t.ex. verksamhetsprocedurer) synpunkt. Dessutom bör de bedömas innehållsmässigt i sin egenskap av den allmänna servicen inom social- och hälsovården och speciellt utgående från de innehållsmässiga krav och specialvillkor som tjänster inom missbrukarvården ställer. Tjänsterna måste vara av hög kvalitet såväl ur klientens, den ansvariga kommunens som hela samhällets synpunkt. Kvalitetskriterierna bör fastställas på ett sådant sätt att de på ett eller annat sätt är mätbara. Nedan följer av Wilding (1994) framlagda kvalitetskriterier, anpassade till det finländska servicesystemets och samhällets strukturer och behov.⁸ serviceutbudets viktigaste klient är kommuninvånaren – om kvalitetskriterierna inte uppfylls på personnivå kan de inte heller mätas på samsamfunds- eller samhällsnivå.

⁷Kvalitetsledning för social- och hälsovården på 2000-talet. Landsomfattande rekommendation. STM, Stakes, Finlands kommunförbund 1999.

⁸ Kaukonen 1998

KUND	KVALITETSKRITERIER
Kommun- invånaren	Tillgänglighet, godtagbarhet, öppenhet och ändamålsenlighet
Kommunen	<p>Ovan nämnda kriterier samt dessutom:</p> <p>Kompabilitet med kommunens övriga tjänster och av kommunen finansierade tjänster samt övriga social- och hälsovårdspolitiska verksamhetsområden. Hela tjänstesystemets tillräcklighet. Rätt inriktning och jämlikhet Kostnadsutvecklingens förutsebarhet Upprätthållande av arbetstagarnas arbetsförmåga Allmän trivsel</p>
Samhället	<p>Ovan nämnda kriterier samt dessutom:</p> <p>Allmänna social- och hälsovårdspolitiska målsättningar Politisk godtagbarhet Upprätthållande av social trygghet</p>

Tjänsternas tillgänglighet är ett av de viktigaste villkoren för att de övriga kriterierna skall uppfyllas. Tillgänglighet betyder inte här enbart fysisk utan också psykisk hinderlöshet. Konkreta hinder är kötiderna och tiderna för behandling av vårdbeslut, besvärlika öppettider samt vårdavgifterna. Godtagbarheten innebär att verksamhetsprinciperna är i överensstämmelse med allmänna lagar och övriga regelverk, t.ex. gällande jämlik behandling av olika klientgrupper. Öppenhetskriteriet står för offentlighet gällande organisationens mål och verksamhetsprocesser samt transparens, i synnerhet ur klientens synvinkel. Med ändamålsenlighet avses här uppnåendet av de resultat som verksamhetens mål förutsätter. Målsättningarna kan gälla såväl individer som samfund.

III MISSBRUKARVÅRDEN I DAG

3.1 Lagstiftningen gällande missbrukarvård

Enligt grundlagen bör samhället trygga tillräckliga social- och hälsovårdstjänster för sina medlemmar och främja befolkningens hälsa. Grundlagen föreskriver också om jämlikhet mellan människor och förbjuder ett sådant bemötande som kränker individens människovärde.⁹ Bedömningen av tjänsternas tillräcklighet bör utgå från en sådan servicenivå som ger envar möjlighet att verka som en bemyndigad medlem av samhället.¹⁰

Kommunerna är förpliktade att ordna missbrukarvård. Enligt lagen om missbrukarvård¹¹ bör kommunen se till att vården till innehåll och omfattning motsvarar behovet i kommunen. Vården bör ges åt missbrukaren, hans eller hennes familj eller övriga anhöriga. Tjänsterna bör ges på basis av klientens behov av hjälp, stöd och vård. Vården bör i första hand beakta problemanvändarnas och deras anhörigas intressen. Vård skall kunna sökas på eget initiativ och man bör i möjligaste mån stöda klientens förmåga att klara sig på egen hand.

Missbrukarvården har som mål att förebygga och minska missbruket av rusmedel och därmed förknippade sociala olägenheter och men för hälsan samt att främja missbrukarens och honom eller henne närstående personers funktionsförmåga och säkerhet. Missbrukarvården verkställs såväl inom social- och hälsovårdens allmänna service som inom specialenheter för missbrukarvård. Samtliga arbetstagare inom social- och hälsovårdens verksamhetsenheter deltar i arbetet för tidig upptäckt av rusmedelsproblem och vården av missbrukare.

Vården bör också omfatta hjälp till klienten med att lösa problem i samband med utkomst, boende och arbete. Missbrukarvården förutsätter ett intimt samarbete mellan olika myndigheter och samfund. För socialvårdens del ingår de allmänna reglerna gällande plikt att ordna vård i socialvårdslagen¹², för hälsovårdens del i folkhälsolagen¹³ och lagen om specialiserad sjukvård.¹⁴ Motsvarande bestämmelser om missbrukarvårdens tjänster ingår i lagen om missbrukarvård.

I klientlagen¹⁵ och patientlagen¹⁶ ingår bestämmelser om patientens rätt att erhålla socialvård samt hälso- och sjukvård av god kvalitet samt ett gott bemötande i samband med dessa. Oberoende av eventuella rusmedelsproblem bör personen ha rätt att anlita normala social- och hälsovårdstjänster.

I rättslitteraturen har, med stöd av lagen om missbrukarvård, framhållits att personer som har problem i samband med användningen av rusmedel samt deras familjer och

⁹ Finlands grundlag (731/1999)

¹⁰ Regeringens proposition till Riksdagen med förslag till ändring av grundlagarnas stadganden om de grundläggande fri- och rättigheterna (RP 309/1993)

¹¹ Lagen om missbrukarvård (41/1986)

¹² Socialvårdslagen (710/1982)

¹³ Folkhälsolagen (66/1972)

¹⁴ Lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989)

¹⁵ Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000)

¹⁶ Lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992)

anhöriga har subjektiv rätt att erhålla missbrukarvård. Kommuninvånarna har emellertid inte ansetts ha rätt att erhålla exakt den tjänst de önskar få, t.ex. vård i en bestämd institution. Utlåtandena i länsrätterna (nuvarande förvaltningsrätterna) har dock ansetts utvidga den subjektiva rätten sålunda, att ifall sökanden kan påvisa att det vård alternativ han eller hon önskar bäst motsvarar hans eller hennes behov bör han få vård i enlighet med sin ansökan.¹⁷

Alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv har rätt till oundgänglig försörjning och omsorg.¹⁸ Av de ekonomiska förmånerna är utkomststödet en subjektiv och i sista hand tillämplad rättighet. För eventuella sociala risker garanterar lagen alla medborgare rätt att få sin grundläggande försörjning tryggad vid arbetslöshet, sjukdom och arbetsoförmåga.¹⁹ Sålunda har också de personer som genomgår rehabilitering för missbruk rätt till i sjukförsäkringslagen²⁰ och i lagen om rehabiliteringspenning²¹ avsedda förmåner. I förhållande till sjukdagpenningen kommer rehabiliteringspenningen i första hand. Rehabiliteringspenning kan erhållas för familje- och individuell rehabilitering. Den individuella rehabiliteringen förutsätter vårdhänvisning från arbetsplatsen eller utlåtande av företagsläkare. En arbetslös missbrukare kan få rehabiliteringspenning om beslutet om rehabilitering gjorts på basis av folkhälsolagen. Ett villkor för erhållande av sjukdagpenning är sjukdom som bestyrks genom läkarintyg och arbetsoförmåga gällande nuvarande eller motsvarande arbete.

Lagen om missbrukarvård ger också möjlighet till åtgärder oberoende av missbrukarens vilja i fall av fysiskt våld och föreliggande hälsorisk. Den årliga förekomsten av dylika fall har varit ytterst liten. Dessutom förekommer motstridiga uppgifter gällande behovet av tvångsvård, dess berättigande och effektivitet. Vård oberoende av missbrukarens vilja och därtill hörande missförhållanden behandlas i Social- och hälsovårdsministeriets promemoria: ”Motiverade begränsningar eller dåligt bemötande – en rapport om behovet av att reglera sanktionerna inom social- och hälsovården”.²²

¹⁷ Tuori 2000, 269-271

¹⁸ Finlands grundlag (731/1999) 19 § 1 mom.

¹⁹ Finlands grundlag (731/1999) 19 § 2 mom.

²⁰ Sjukförsäkringslagen (364/1963)

²¹ Lagen om rehabiliteringspenning (611/1991)

²² Social- och hälsovårdsministeriet promemoria 2001:33

3.2 Vårdsystemet inom missbrukarvården

Vårdsystemet kan beskrivas med följande schema:

KOMMUNENS STRATEGI FÖR MISSBRUKARVÅRDEN

- Omfattar förebyggande missbrukarvård
- Bestämmer hur missbrukarvården organiseras inom kommunen
- Informerar kommuninvånarna bl.a. om var missbrukare kan få hjälp

DEN ALLMÄNNA SERVICEN INOM SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDEN ÖPPEN VÅRD

- Hälsocentraler
- Socialbyråer
- Mentalvårdsbyråer
- Företagshälsovård
- Elevvård

ÖPPEN VÅRD INOM MISSBRUKARVÅRDENS SPECIALTJÄNSTER

- A-kliniker
- Ungdoms- och missbrukarstationer
- Hälsorådgivningar (kan också placeras inom den allmänna servicen)
- Dagvårdscentraler

DEN ALLMÄNNA SERVICEN INOM SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDEN - INSTITUTIONSVÅRD (vård dygnet runt)

- Sjukhusens bäddavd.
- Psykiatrisk sjukhusvård
- Boendeservice

INSTITUTIONSVÅRD INOM MISSBRUKARVÅRDENS SPECIALTJÄNSTER (vård dygnet runt)

- Rehabiliteringsanstalter
- Akutvårdsstationer
- Boendeservice

3.2.1 *Den allmänna servicen inom social- och hälsovården*

Basservicen inom hälso- och sjukvården tillhandahålles vid kommunernas hälsocentraler. Primärhälsovården verkställs redan i de flesta hälsocentralerna på basis av befolkningens storlek och sammansättning i enheter som t.ex. består av en hälsocentralläkare och en socialarbetare (eller socionom med yrkeshögskoleexamen), 1 - 2 hälsovårdare och 6 - 10 hemvårdare, beroende på antalet äldre. Befolkningsansvaret förutsätter verksamhet på basis av 1 500 – 2000 invånare.

Kommunerna ansvarar också för ordnandet av specialiserad sjukvård för sina invånare. Varje kommun hör till ett sjukvårdsdistrikt som ordnar och producerar tjänster inom den specialiserade sjukvården till befolkningen i sitt område. Vid vissa centralsjukhus finns också enheter som specialiserat sig på missbrukarvårdens psykiatri.

Primärhälsovården, eller den kombinerade social- och hälsovården, ansvarar i de flesta kommuner för jourliknande tjänster och första hjälp i samband med rusmedelsproblem. Hälsocentralerna, mentalvårdsbyråerna, hemsjukvården, rådgivningsbyråerna för mödra- och barnavård, skol- och studenthälsovården samt företagshälsovården intar en central ställning när det gäller att konstatera rusmedelsproblem i ett så tidigt skede som möjligt, samt erbjuda hjälp och vård. Primärhälsovården erbjuder på många orter bl.a. akut- och avvänjningstjänster för att bryta en ond cirkel inom missbruket samt ansvarar för vården i samband med rusmedelsrelaterade sjukdomar, skador och förgiftningar. Primärhälsovården måste således ha beredskap att bedöma vårdbehovet och den rätta vårdplatsen. De svåraste psykiska och somatiska problemen i samband med rusmedelsanvändning bör omhändertas av den specialiserade sjukvården. Enligt inventeringen av missbrukarfallen år 1999²³ omhändertogs ungefär en tredjedel av de rusmedelsrelaterade fallen av hälso- och sjukvården. Enligt en finländsk undersökning är var femte manlig och var tredje kvinnlig patient storkonsumenter av alkohol²⁴

Med socialvård avses speciellt de till kommunens arrangörsansvar hörande tjänster som nämns i § 17 i socialvårdslagen. Till den allmänna socialservicen räknas bl.a. socialarbetet, barnskyddet, barndagvården, rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor, äldre vården, hemvårdstjänsterna, boendeservicen samt mödra- och skyddshemmen. Socialarbetet består av handledning, rådgivning och utredning av sociala problem, som tillhandahålls av en arbetstagarare med utbildning inom socialarbetet. Vården ges åt individer, familjer eller samfund. Det kommunala socialarbetet svarar dels för kommunens socialvård som en helhet, dels för hjälpen till de individer och familjer som har det svårast ställt. Socialarbetarna intar således en nyckelställning när det gäller att identifiera förekomsten av sociala problem bland kommuninvånarna samt problemens natur. Inom socialarbetet kan klienterna vid behov också hänvisas till annan vård.

Socialarbetet strävar efter att eliminera individernas och familjernas problem och, vid sidan om att lindra människornas trångmål, påverka problemets bakgrundsfaktorer. Allt större uppmärksamhet fästs vid klientens hela livssituation och hans eller hennes möj-

²³ Nuorvala et al. 2000

²⁴ Seppä & Mäkelä 1993; Sillanaukee et al. 1994

ligheter att påverka den. I Finland fanns år 1998 ²⁵ 2 800 socialarbetare som arbetade med klienter.

Enligt inventeringen av missbrukarfallen år 1999 inträffade vart tionde missbruksrelaterade klientbesök hos social- och hälsovården på socialbyråerna och fem procent anlätade hemvårdstjänster. Dessa tjänster innehar en central ställning när det gäller att nå och hjälpa personer med rusmedelsproblem. Till socialbyråernas arbete hör bl.a. att ge råd till klienterna och hänvisning till olika tjänster inom missbrukarvården, såsom hemvårdstjänster, hjälp med ordnandet av betalningar, utkomst och boende. Socialbyråernas roll också inom vården på längre sikt och i rehabiliteringen är viktig, i synnerhet i de kommuner som inte erbjuder specialiserad missbrukarvård.

3.2.2 *Specialtjänster inom missbrukarvården*

Specialtjänsterna inom missbrukarvården utgör ofta enheter inom socialförvaltningen. Vid sidan om dem har det uppstått ett antal specialtjänster inom hälso- och sjukvården som i första hand har specialiserat sig på vård av missbrukare. Missbrukarvårdens specialtjänster kan indelas i öppen vård, mellanformer såsom mödrahem och boendeservice samt rehabilitering vid institution.

Enheter inom den öppna vården

A-klinikerna och motsvarande enheter för öppen vård erbjuder hjälp vid missbruk och därtill hörande sociala, somatiska och mentala problem. A-klinikerna är polikliniska enheter och deras tjänster är kostnadsfria för klienten. Arbetet består i huvudsak av individ-, familje- och gruppterapeutiska diskussioner och läkemedelsbehandling. Vid A-klinikerna ges också poliklinisk akutvård. År 2000 fanns 75 A-kliniker i Finland. Kliniker besöks årligen av cirka 40 000 klienter och det totala antalet besök är omkring 350 000 per år.²⁶ I stadskommunerna är nätverket av A-kliniker ganska omfattande.

Mångserviceenheter. I några kommuner har A-kliniken, mentalvårdsbyrån och/eller familjerådgivningsbyrån slagits ihop till en enhet. Målsättningen har varit att bevara och samtidigt utveckla alla delområden inom ifrågavarande enhet.

Ungdomsstationerna är enheter inom öppenvården, vilkas uppgift i första hand är att hjälpa ungdomar och deras anhöriga med rusmedelsproblem och andra svårigheter bland ungdomar. Verksamhetsformerna är i stort sett desamma som för A-klinikerna. Förvaltningsmässigt är ungdomsstationerna ofta kopplade till A-klinikerna. År 2000 fanns 12 ungdomsstationer i vårt land och antalet klienter var då 4 500 och besökens antal cirka 33 000.

Missbrukar- och rusvårdsstationerna för unga är avsedda att sänka tröskeln för unga men att söka vård, t.ex. genom förlängda öppettider eller genom att erbjuda möjlighet

²⁵ Marjamäki et al. 1998

²⁶ Årsbok för missbrukarstatistiken 2001

att söka vård anonymt. Här får man hjälp vid akuta rusmedels- och narkotikaproblem samt vid behov hänvisning till övriga vårdplatser. Några av dessa stationer erbjuder också möjlighet till vård på längre sikt.

Vid de för missbrukare avsedda hälsorådgivningarna ges möjlighet att erhålla ny injektionsutrustning, hälsorådgivning, hepatitvaccinering samt övriga tjänster för att minska skadorna i samband med missbruk av rusmedel. År 2000 besöktes hälsorådgivningarna som fanns på inalles 13 orter i Finland av 4800 klienter, och antalet besök uppgick till 32 000.²⁷ I början av år 2000 fanns hälsorådgivningar redan på 19 orter i Finland.

Dagcentren erbjuder måltids- och tvättmöjligheter, ibland också arbets- och hobbyverksamhet, samt framförallt sociala kontakter. De verkar antingen separat eller i samband med övriga tjänster. Dagcentrens tjänster beräknas anlitas av 5000 – 10 000 personer årligen.²⁸

Förutom ovan nämnda specialtjänster inom missbrukarvården kan på några större orter också finnas övriga s.k. lågröskeltjänster, som t.ex. nattkaféer för bostadslösa och personer med rusmedelsproblem.

Skyddshärbärgen och boendeservice

Skyddshärbärgena är tillfälliga inkvarteringsställen.. Här kan också rusmedelspåverkade personer få nattlogi. Förutom övernattning erbjuder de också övriga tjänster i varierande omfattning. Skyddshärbärgenas antal har minskat sedan slutet av 1980-talet. Deras klientel har bestått av samhällets mest utslagna missbrukare. Vid skyddshärbärgena noterades år 2000 cirka 71 000 övernattningar.²⁹

Serviceboendet är en på vårdrelationen grundad dygnetruntservice till de missbrukare som dagligen är i behov av stöd och hjälp antingen tillfälligt eller bestående. Tjänsterna varierar mycket till sin natur. Skillnaderna ligger framför allt i boendetiderna och personalstrukturen. Förutom boende erbjuds i de här enheterna också andra tjänster, som t.ex. möjlighet till olika former av vård och rehabilitering samt tillgodoseende av individernas grundbehov, t.ex. måltider. Vårdhemmen är rehabiliterande boendeservice till personer i aktiv ålder, och deras målsättning är att rehabilitera klienten till självständigt boende, möjligen också till arbete. Vårdhem finns såväl i samband med rehabiliteringsenheter som separat. Servicehemmen erbjuder husrum för längre perioder, även permanent inkvartering åt äldre missbrukare. I enheterna för boendeservice noterades år 2000 cirka 504 500 inkvarteringsdygn. Det totala antalet platser är cirka 1 500 och antalet boende per år är ungefär 5 000.³⁰

Man strävar efter att hjälpa boende i stödbostäder till ett självständigt liv genom olika stödåtgärder. Exakta uppgifter om antalet stödbostäder finns inte, men det har uppskattats till 6 500 –7 000 i medlet på 1990-talet, av vilka ungefär hälften upprätthålls av olika organisationer. Bostäderna är antingen separata enheter, bostadsklunger i samma

²⁷ Stakes 2001, opublicerad uppgift

²⁸ Kaukonen 2000

²⁹ Årsbok för missbrukarstatistiken 2001

³⁰ Kaukonen 2000

trappa eller speciellt för självständigt stödboende avsedda rad- eller hyreshus, eventuellt med gemensamma dagcenter- och hobbylokaler samt bostäder för stödfamiljer.

Rehabilitering på institution

Vid akutvårdsstationerna strävar man efter att avbryta en ond cirkel i samband med rusmedelsanvändning och skapa förutsättningar för fysisk, psykisk och social rehabilitering. Akutvårdsstationen kan ingå som en del av en rehabiliteringsenhet. De är ofta institutioner med 10-20 platser. I Finland finns omkring tjugo sådana institutioner. Vården sker dygnet runt och under bevakning. Akutvård för missbrukare ges också vid hälsostationernas bäddavdelningar och vid psykiatriska sjukhus.

Rehabiliteringsinstitutionerna erbjuder såväl akutvård som rehabilitering under en längre tid. De viktigaste arbetsformerna är individ- och gruppdiskussioner, förbättring av individernas hälsotillstånd, funktionell rehabilitering samt planering av fortsatt vård efter institutionsvården. Också familjemedlemmarna kan vid behov delta i vården om de så önskar. Vårdperiodens längd varierar från en vecka till några månader. Vid vård av personer med narkotikaproblem är vårdperioderna i allmänhet längre och kan räkna flera månader. År 2000 fanns i Finland 47 enheter som erbjöd institutionsvård för rusmedelsmissbrukare. Siffran inkluderar akutvårdsstationerna. Klienternas antal var 11 000 och vård dygnet uppgick till cirka 278 000.³¹

Avgiftning samt substitutions- och underhållsbehandling för opioidmissbrukare

Bedömningen av opioidmissbrukarnas behov av avgiftning samt substitutions- och underhållsbehandling görs vid ett centralsjukhus eller socialsjukhus, där också vården inleds.³² Sjukvårdsdistriktet kan i stället för till centralsjukhus ge uppdraget till annat motsvarande sjukhus. Vårdbehovet kan också bedömas och vården inledas vid samkommuns verksamhetsenhet, hälsocentral, enhet inom missbrukarvården eller enhet för hälso- och sjukvård på fängvårdsanstalt, förutsatt att de har en för vården ansvarig läkare och övrig kompetent personal, ändamålsenliga utrymmen, samt övriga förutsättningar att självständigt inleda vården.

Den fortsatta vården sker i någon av ovan nämnda vårdenheter i samarbete med den enhet där vården inleddes. Substitutions- och underhållsbehandlingen bör på grund av vårdens långvarighet flyttas så nära klientens bostadsort som möjligt. Vården måste grunda sig på en vårdplan, som förutom läkemedelsbehandlingen omfattar också övrig medicinsk och psykosocial vård samt uppföljning.

3.2.3 Likställdas stödgrupper

³¹ Årsbok för missbrukarstatistiken 2001

³² Social- och hälsovårdsministeriets förordning om avgiftning samt substitutions- och underhållsbehandling av opioidberoende personer med vissa läkemedel (289/2002)

Vid sidan om vårdsystemet verkar också några självständiga frivilliga stödgrupper och klientorganisationer.

AA (Anonyma Alkoholister) verkar på 270 orter i Finland. Gruppernas antal är i dag 680. AA består av grupper av likställda och det enda anslutningsvillkoret är att man vill sluta använda alkohol. AA-grupperna är självförsörjande och självständiga samt bygger på anonymitet. År 2001 kunde 4 550 medlemmar fira ett år av nykterhet, men medlemsantalet är naturligtvis större än så, och besökarnas antal ännu större. AA-verksamheten strävar efter bestående nykterhet och ett meningsfullt liv.

NA (Narcotics Anonymous eller Anonyma Narkomaner) är en stödgrupp bestående av f.d. missbrukare, vars medlemmar har en gemensam önskan att bli kvitt narkotikaberoendet. NA följer ett s.k. 12-stepsprogram. Deltagande i självvårdsgrupperna är gratis. NA tillämpar inga anslutningsvillkor eller –avgifter. Verksamheten grundar sig på frivillighet.

Al-Anon/Alateen. Al-Anon har som mål att hjälpa alkoholisters familjer och vänner att återhämta sig från de påfrestningar som orsakats av familjemedlemmars eller vänners alkoholmissbruk. Alateen är ett återhämtningsprogram avsett för tonåringar. Programmet har utarbetats på basis av AA:s (Anonyma Alkoholister) återhämtningsprogram. Det grundar sig också på 12-stepsprincipen. Det enda medlemsvillkoret är att en nära anhörig eller vän har alkoholproblem. Verksamheten bygger på anonymitet. Föreningen har inga medlemsregister eller –avgifter.

A-gillen. I Finland finns i dag 84 A-gillen. År 2001 bedrevs dagcenterverksamhet i 30 A-gillen, stödboende i 11 A-gillen, och besöken i de olika verksamhetsenheterna uppgick till cirka 200 000. År 2000 hade A-gillena sammanlagt 2 176 medlemmar. Deltagande i verksamheten förutsätter inte nödvändigtvis medlemskap, varför deltagarantalet kan vara större. A-gilletts verksamhetsformer omfattar diskussionsgrupper, motionsgrupper och övriga fritidsaktiviteter samt en separat kvinnogrupp. Verksamheten består av att hjälpa medlemmarna till en rusmedelsfri tillvaro, där stödet från likställda har stor betydelse.

Övrig gruppverksamhet. Dessutom verkar inom Sininauhaliitto (svenska verksamheten: Kran r.f.) och dess medlemssamfund Kriisipalvelu (Kristjänst) femtio s.k. Compassi- och övriga stödgrupper på olika orter i Finland.

3.3 Missbrukarvårdens klienter och använda rusmedel

Enligt en år 2000 gjord undersökning av finländarnas dryckesvanor var 5-6 % av kvinnorna och 23-24 % av männen riskförbrukare av alkohol. De uppnådde 11 s.k. AUDIT³³-poäng eller mera. Av alla kvinnor som ingick i undersökningen fick 2 % minst 16 AUDIT-poäng och av männen 8 %. En storkonsument av alkohol är en person som regelbundet dricker så stora alkoholemängder att det i epidemiologiska undersökningar konstaterats leda till ökad sjuklighet och dödlighet.³⁴ För en normalstor man är riskgrän-

³³ Audit-mätaren har utvecklats speciellt för att upptäcka riskförbrukning av alkohol i ett tidigt skede. Den mäter värden från 0-40. Summapoängtalet för helnyktra är noll.

³⁴ Sillanaukee et al. 1992

sen för en sådan veckokonsumtion 280 g absolut alkohol (25 flaskor mellanöl) och för kvinnor 190 g (16 flaskor mellanöl). Också konsumtion av stora mängder på en gång hör till riskanvändningen. För männens del går engångsdrickandets riskgräns vid över 80 g absolut alkohol (7 flaskor mellanöl och för kvinnorna över 60 g (5 flaskor mellanöl).

Majoriteten av riskförbrukarna blir sannolikt bäst hjälpta av den rådgivning (mini-intervention) som ges vid allmänna hälso- och socialvårdsenheter, samt av den allmänna upplysningen. Till den specialiserade missbrukarvården hör den delen som förbrukar mest alkohol. Dessa storförbrukares antal är svårt att uppskatta. Den totala alkoholkonsumtionen har stigit med 1,6 liter per person mellan åren 1985 och 2001. År 2001 konsumerades 9,2 liter (100 %:ig alkohol) per invånare.³⁵ Ökningen av den totala konsumtionen innebär sannolikt också att storförbrukarnas antal ökat.

Enligt en enkät gällande användning av narkotika som gjordes i samband med undersökningen av finländarnas dryckesvanor hade 9,8 % av dem som svarade använt narkotika under sin livstid och 2,3 % hade använt narkotika under det senaste året. Regelbundet bruk ansågs föreligga om personen i fråga använt narkotika under den senaste månaden, vilket var fallet för 0,7 %. Största delen av dem, d.v.s. 90 % hade använt cannabis. Narkotikaanvändning i experimentsyfte har i stort sett tvådubblats sedan år 1992.³⁶ Finland beräknas ha omkring 30 000 narkotikamissbrukare, av vilka ungefär hälften (11 000 – 14 000) missbrukar amfetamin och opiater.³⁷ Behovet av vård är naturligtvis mest uppenbart för användare av amfetamin och opiater, men också en del av dem som regelbundet använder övrig narkotika kan räknas som potentiella klienter.

3.3.1 Missbruksrelaterade klientbesök vid social- och hälsovårdens serviceenheter

De missbruksrelaterade klientbesöken vid social- och hälsovårdens serviceenheter ökade under 1990-talet. Enligt en år 1999 utförd inventering av missbrukarfallen.³⁸ hade de missbruksrelaterade klientbesöken ökat med 14 procent sedan år 1995. Stakes gjorde 12.10.1999 en inventering av missbrukarfallen som omfattade uppgifter beträffande samtliga inom social- och hälsovården noterade missbruksrelaterade klientbesök under ifrågavarande dygn.³⁹ Besökens antal var inalles 11 535. Av dessa inträffade 44 % inom missbrukarvårdens specialservice och 56 procent inom de allmänna servicen. Den öppna vårdens andel var 55 % och dygnetruntvården stod för 45 procent. Hela 66 % av besöken ägde rum inom socialvården och 34 procent inom hälso- och sjukvården.

Följande tabell visar tio typer av serviceenheter, där man noterade det största antalet missbruksrelaterade klientbesök.

³⁵ STTV:s meddelande 13.2.2002

³⁶ Hakkarainen & Metso 2001

³⁷ Partanen et al.2001

³⁸ Nuorvala et al. 2000

³⁹ Nuorvala et al. 2000

Tabell 1. Missbruksrelaterade klientbesök enligt typ av serviceenhet i inventeringen av missbrukarfallen år 1999

Serviceenhet	Andelen missbruksrelaterade klientbesök Procent
Boendeservice	16
A-klinik	11
Socialbyrå	10
Avd. vid psykiatriskt sjukhus	10
Dagcenter	8
Hälsocentral, öppen vård	6
Rehabiliteringsinstitution	5
Hemtjänst	5
Hälsocentral, avdelning	4
Mentalvårdsbyrå	4
Övriga	21

Boendeservicen stod för det största antalet missbruksrelaterade klientbesök. A-klinikerna, socialbyråerna och avdelningarna vid psykiatriska sjukhus hade i stort sett lika många missbruksrelaterade klientbesök. Inventeringen av missbrukarfallen gällde främst personer som sökte hjälp med anledning av problem i samband med missbruk eller rusmedelspåverkade personer. Den ger inte en helt sanningsenlig bild av antalet fall, eftersom man, i synnerhet inom hälso- och sjukvården, ofta inte kan identifiera ett missbrukarproblem innan det är helt uppenbart.⁴⁰

Missbrukarvårdens klienter var i allmänhet socialt sämre lottade. Deltagande i arbetslivet var sällsynt, endast ungefär var tionde hade ett arbete. Två av fem var arbetslösa, och av socialbyråernas och rehabiliteringstjänsternas klienter var t.o.m. två av tre utan arbete. Ungefär 40 procent var pensionärer, av vilka över hälften var under 56 år. Nio procent saknade egen bostad. Nio procent bodde i hem för bostadslösa och sju procent i stödbostäder. Klienternas medelålder var 46 år. Åldersgruppen under tjugo år var ganska liten; 4 procent. Fyra av fem var ensamstående.

Kvinnornas andel av missbrukarvårdens klienter har vuxit stadigt sedan 1970-talet. År 1999 uppgick deras andel till närmare en fjärdedel. Största delen av kvinnorna anlätade psykiatrisk och poliklinisk missbrukarvård. Fyra av fem klienter inom boendeservice, akutvårdsstationerna och dagcentren var män och av skyddshärbärgenas klienter var männens andel hela 94 %.

De klienter som anlätade specialtjänster inom missbrukarvården på grund av narkotikamissbruk var betydligt yngre än de som sökte vård på grund av alkoholmissbruk. Enligt uppgifter gällande vård av narkotikamissbrukare år 2001 var männens medelålder 27 år och kvinnornas 25 år.⁴¹ De flesta, eller 32 % var 20 - 24 -åringar och 22 % var under 20 år. Narkotikamissbrukarnas utbildningsnivå var låg, majoriteten hade bara genom-

⁴⁰ Aira 2000

⁴¹ Partanen 2002

gått grundskolan. Nästan två av tre av de klienter som missbrukade narkotika var arbetslösa och var femte var studerande. Var tionde var bostadslös.

Förutom mentala problem och social utslagning orsakar narkotikamissbruk många somatiska problem. Ett stort problem ur folkhälsosynpunkt är de allvarliga virusinfektioner som sprids via blodet i samband med injektioner av narkotika, speciellt C-hepatit och HIV-infektioner. Under de senaste åren har man konstaterat 1 600 – 1 700 nya fall av hepatit C årligen, av vilka största delen orsakats av narkotikainjektioner. Av de år 2001 konstaterade 127 nya HIV-fallen har 37 % blivit besmittade i samband med narkotikamissbruk. Användningen av opiater och stimulantia sker i allmänhet genom injicering. Enligt uppgifter gällande vård av narkotikamissbrukare år 2001 hade 76 % av dem som sökte vård för opiatmissbruk och 56 % av dem som sökte vård för missbruk av stimulantia använt injektionsmetoden i en månads tid innan de sökte vård. Av dem som injicerat narkotika sporadiskt var något över hälften C-hepatitpositiva och tre procent HIV-positiva.

3.3.2 *Använda rusmedel*

Av rusmedlen är alkoholen fortfarande i en dominerande ställning när det gäller missbruksrelaterade klientbesök inom social- och hälsovården: År 1999 hade nio av tio klienter använt alkohol. Användningen av rusmedel som huvudsakligen påverkar det centrala nervsystemet, såsom lugnande medel och sömnmedel samt vissa smärtstillande medel har vuxit snabbt. Under åren 1995 och 1999 hade nästan en fjärdedel av klienterna använt dessa medel, medan användarnas antal år 1987 var endast 9 %.⁴² Av narkotikamissbrukarna använde var tionde cannabis år 1999. Detsamma gäller amfetamin. Opiater användes av ungefär 5 %. Olagliga rusmedel användes år 1999 av sammanlagt 15 %, medan 11 % av klienterna använde andra rusmedel än cannabis. Användningen av narkotika har ökat med 4 % sedan år 1995. Substitut hade använts av var tionde missbrukare och lösningsmedel av 3 %.

Andelen personer som använt enbart alkohol har minskat. År 1999 var deras andel tre av fem. Blandmissbruk av minst två rusmedel var allmänt, och förekom bland en tredjedel av klienterna. Två av fem blandmissbrukare hade använt minst tre olika rusmedel. Användning av både narkotika och mediciner har blivit allt vanligare bland social- och hälsovårdens klientel. Bland rehabiliteringsenheternas klienter var narkotikamissbrukarnas andel en tredjedel, och vid A-klinikerna och mentalvården utgjorde de redan en femtedel av alla klienter med rusmedelsproblem. Från år 1987 hade blandmissbruket blivit allmännare och användning av mediciner tillsammans med narkotika hade ökat markant. Andelen missbrukare som använde endast narkotika var fortfarande liten. Det största antalet narkomaner påträffas vid missbrukarvårdens special- och mentalvårdsservice i de större städerna.

Enligt insamlad information⁴³ gällande missbrukarvårdens narkomanklienter var år 2001 opiatmissbruk (28 %) den viktigaste orsaken till att söka vård, något oftare än stimulantia (26 %) och var femte hade sökt vård för missbruk av cannabis (19 %), men

⁴² Nuorvala & Vertio 1989

⁴³ Partanen 2002

bland de missbrukare som sökte vård för första gången var cannabis den mest använda narkotikan (33 %) år 2001. Blandmissbruk var vanligt. Var tredje missbrukare som hade sökt vård hade sagt sig använda minst tre rusmedel. Vid en granskning av de tre först använda rusmedlen framgick det att över hälften av missbrukarvårdens narkomanklienter hade använt cannabis (62 %) eller stimulantia (55 %) och över en tredjedel använde opiater (40 %) eller alkohol (41 %).

Enligt insamlade uppgifter gällande narkomanvården under åren 1998-2000 har missbruk av opiater ökat under de senaste åren, både som primär orsak att söka vård och i egenskap av ett av de tre först använda rusmedlen. Andelen personer som söker vård för missbruk av buprenorfin, som hör till gruppen opiater, har under de senaste åren ökat till den grad, att missbruk av buprenorfin (12 %) var nästan lika allmänt som missbruk av heroin (13 %) som primär orsak att söka vård. Missbruk av övriga medel som hör till gruppen opiater (såsom kodein, morfin och dekstropoksifen) hade noterats som primär orsak att söka vård för tre procent av narkomanklienterna eller -patienterna år 2001.

3.3.3 *Blandmissbruk*

Med blandmissbruk avses samtidig eller successiv användning av två eller flere rusmedel. Å ena sidan kan missbrukaren genom simultan användning av olika rusmedel försöka nå ett starkare eller varaktigare rus. Å andra sidan kan olika rusmedel användas alternativt för att åstadkomma en likartad verkan. Många rusmedel kan också användas som självmedicinering för att behandla avvänjningssymptom eller andra obehagliga tillstånd. Dessutom kan blandmissbruk vara kaotiskt, så att man använder vilka ämnen som helst som finns till hands och blandar dem helt slumpmässigt. Bruket av alkohol tillsammans med mediciner eller andra rusmedel är mycket allmänt.

När det gäller blandmissbruk kan man bland narkomanklienterna inom missbrukarvården skönja några typiska användarprofiler. Hos över hälften av dessa klienter har man konstaterat användning av minst tre problemrusmedel som lett till att vederbörande sökt vård. Bland dem som sökt vård för opiatmissbruk finns speciellt användare av stimulantia och cannabis, och i någon mån mediciner eller andra opiater, medan användningen av alkohol har varit obetydlig. De som sökt vård för användning av stimulantia eller cannabis använder dessa medel alternativt. Bland klienter som sökt vård för missbruk av stimulantia finns emellertid flera användare av opiater än bland dem som sökt vård för missbruk av cannabis. Båda grupperna använder också alkohol i viss mån. Bland klienter som sökt vård för missbruk av läkemedel är inga ämnesgrupper särskilt framträdande som sekundära rusmedel, utan de använder i någon mån såväl stimulantia, cannabis som alkohol och i mindre utsträckning opiater.⁴⁴

⁴⁴ Partanen 2002

Tabell 2. Översikt över i andra och tredje hand använda sekundärrusmedel som använts tillsammans med det primära rusmedlet bland missbrukarvårdens narkomanklienter år 2001 (%)

			Andra- och tredjehandsrusmedel som använts tillsammans med primärrusmedlet (%)				
			Opiater	Stimulantia	Cannabis	Mediciner	Alkohol
Primärt rusmedel	N	%					
Opiater	1 457	28	24	37	39	29	7
Stimulantia	1 336	26	23	12	48	19	24
Cannabis	1 028	20	11	36	3	13	25
Alkohol	1 004	19	7	35	41	25	0
Mediciner	288	5	15	22	24	12	22

3.4 Framtida utmaningar i samband med missbruk

Användningen av rusmedel innebär många utmaningar, eventuella förändringar och utvecklingstrender som bör beaktas i kommunens strategi för missbrukarvården. Föreliggande rekommendationer behandlar också några specialgrupper bland missbrukarna. Det är emellertid skäl att påpeka att **största delen av missbrukarna är medelålders, sämre lottade män som i första hand missbrukar alkohol**. Problemen i samband med specialgrupperna berör närmast de större städerna. Nedan presenterade utmaningar grundar sig på synpunkter som framlagts av den expertgrupp som utarbetat rekommendationerna.

3.4.1 Allmänna utmaningar

- **Efterfrågan på missbrukarvårdens tjänster inom den allmänna vården ökar**, eftersom de är tillgängliga för alla kommuninvånare. Dessutom kan inte specialservicesystemet utbyggas i all oändlighet, även om problemen ökar och blir svårare till sin natur. Det här ställer allt större krav på basservicen. Företagshälsovårdens betydelse blir allt större när det gäller att upprätthålla den arbetsföra befolkningens arbetsförmåga och förhindra utslagning.
- **Behovet av vård för alkoholmissbrukare ökar**. Alkoholen kommer också i framtiden att vara det mest använda rusmedlet och alkoholkonsumtionen ökar, vilket tar sig uttryck i olika missförhållanden. Största delen av missbrukarna använder alkohol, och den ökade användningen återspeglar sig tydligare än förut i form av hälsoproblem och sjukdomar samt sociala problem.
- **Blandmissbruket** kommer troligen att fortsätta att öka, varvid också vården av missbrukare blir svårare och mera komplex.
- **Somatiska sjukdomar**, såsom infektionssjukdomar och förgiftningar samt sjukdomar till följd av långvarigt missbruk kommer troligen att öka bland missbrukarna. Det här är ett problem som hälso- och sjukvården bör ha beredskap för.

- Till beroendeproblem hör också **beroende av hasardspel**. Vid utvecklingen av det professionella kunnandet bland servicesystemets personal bör man också beakta de utmaningar som den här typen av problem innebär.
- Det finns ett allt större behov av ett **mångprofessionellt och långsiktigt nätverksarbete**. Missbrukarna är ofta också socialt utslagna och vanlottade, och deras sociala stödnätverk är svagt. Av vården och rehabiliteringen förutsätts ett övergripande och långsiktigt grepp om problemet samt konkret hjälp.
- **Behovet av utbildning ökar**. Missbrukarproblemens mångformighet och utvecklingen av vårdmetoderna förutsätter fortgående grund-, fortsättnings- och kompletterande utbildning för att handha rusmedelsproblem i synnerhet inom den allmänna social- och hälsovårdsservicen.
- **För att trygga missbrukarvården behövs regionalt samarbete**. Det kalkylmässiga kommunvisa statsandelssystemet har inte lyckats trygga anordnandet av ändamålsenliga tjänster för missbrukarna i kommunerna.
- **Vårdbesluten bör ske på professionella grunder**. Beslutsfattandet inom missbrukarvården sker inte lika flexibelt som inom hälso- och sjukvården. En flexibel och snabb remiss till dygnetruntvård inom missbrukarvården kan dröja eller t.o.m. förhindras om klienten måste besöka flera olika enheter för att få klarhet i frågor gällande vårdavgifterna.
- **Det bör finnas ett tillräckligt antal arbetstagare och man bör se till att de orkar i sitt arbete**. När problemen ökar och försvåras behövs flera arbetstagare än förut och man bör fästa större vikt vid deras orkande i arbetet. Detta kräver bland annat kontinuerlig fortsättnings- och kompletteringsutbildning samt regelbunden arbetsledning.

3.4.2 *Användningen av narkotika*

- **Antalet narkotikamissbrukare** och därmed förknippade problem kommer sannolikt att öka.
- **Användningen av narkotika genom injicering** kommer troligen att öka och detta innebär stora utmaningar för begränsningen av infektioner som sprids via blodet.
- **Ökningen av opioidberoendet** förutsätter en ökning av medicinsk avgiftning samt substitutions- och underhållsbehandling och av vårdalternativ utan läkemedel. Bägge vårdmetoderna omfattar också psykosocial rehabilitering.
- **Metoderna för vård av amfetaminmissbrukare bör utvecklas**, då användning av amfetamin är allmännare i Finland än i många andra länder.
- **Nya arbetsmetoder**, såsom metoder som grundar sig på fältarbete och stöd från likställda bör utvecklas också när det gäller att nå de missbrukare som inte ännu har sökt hjälp av servicesystemet.

3.4.3 Specialgrupper

- **Under 18-åriga** missbrukare bildar en egen specialgrupp som behöver vård. Hittills har det funnits ett för litet antal vårdplatser som motsvarar deras behov.
- Missbruk bland **kvinnor** kommer sannolikt att öka ytterligare, vilket leder till att allt flera kvinnor söker vård. Behovet av lämplig institutionsvård och ändamålsenlig boendeservice för kvinnor kommer att öka.
- **Småbarnsmammor som har rusmedelsproblem** behöver förutom vård också stöd för sitt moderskap och speciellt tidig samvaro och interaktion med sitt nyfödda barn. Dessa kvinnor borde ha möjlighet att redan under graviditeten ha tillgång till sådan vård som beaktar alla dessa specialområden. Också papporna är ofta i behov av stöd.
- **Invandrare och representanter för etniska minoriteter** söker sig i allt större utsträckning till missbrukarvården. Servicesystemet förutsetts tillhandahålla sådana tjänster som beaktar etniska och kulturella särbehov.
- **Missbrukare som har allvarliga psykiska problem** blir ofta lätt förfördelade i nuvarande servicesystem där de bollas av och an mellan missbrukar- och mentalvården. De behöver ett eget vårdsystem.
- Rusmedels- och speciellt narkotikaproblemen **bland fångar och klienter inom kriminalvården** har ökat markant. Detta förutsätter en ökning av vårdmöjligheter och –alternativ före och under fängelsestiden samt efter frigivningen, och här spelar kommunen en viktig roll. Det behövs ett intimt samarbete mellan kommunerna, polisen och hela brottsuppföljningssystemet.
- **Handikappade missbrukare** behöver sådana tjänster som beaktar deras specialbehov.
- Befolkningens åldrande och ökningen av användningen av alkohol och andra rusmedel, såsom lugnande mediciner, kan öka behovet av missbrukarvård bland äldre.
- **Äldre narkotikamissbrukare** som har en lång missbrukarhistoria, och vilkas möjlighet till rehabilitering har minskat, behöver speciellt stöd för att de skall kunna garanteras ett människovärdigt liv.
- Boende och vård åt **bostadslösa klienter inom missbrukarvården** kommer också i framtiden att utgöra en aktuell utmaning.
- Möjligheterna till inskolning-, utbildning- och sysselsättning bland **missbrukare som innehar en svag ställning på arbetsmarknaden** samt **arbetsförmögna**s möjligheter till pension är en viktig del av arbetet för att motarbeta social utslagning.

IV ORDNANDE AV MISSBRUKARVÅRDEN

4.1 Rusmedelskonsumtion samt ordnande av tjänster

Kommuninvånarna bör tillhandahållas missbrukarvård i tillräcklig utsträckning. Enheterna inom social- och hälsovården skall ha en klart organiserad arbetsfördelning när det gäller missbrukarfrågor. Kommuninvånarna skall också känna till var de kan få missbrukarvård. Kommunen kan anordna de uppgifter som hör till social- och hälsovården:

- 1) genom att sköta verksamheten själv,
- 2) genom avtal tillsammans med en annan kommun eller andra kommuner,
- 3) genom att vara medlem i en samkommun som sköter verksamheten, eller
- 4) genom att anskaffa service från staten, en annan kommun, en samkommun eller någon annan offentlig eller privat serviceproducent.⁴⁵

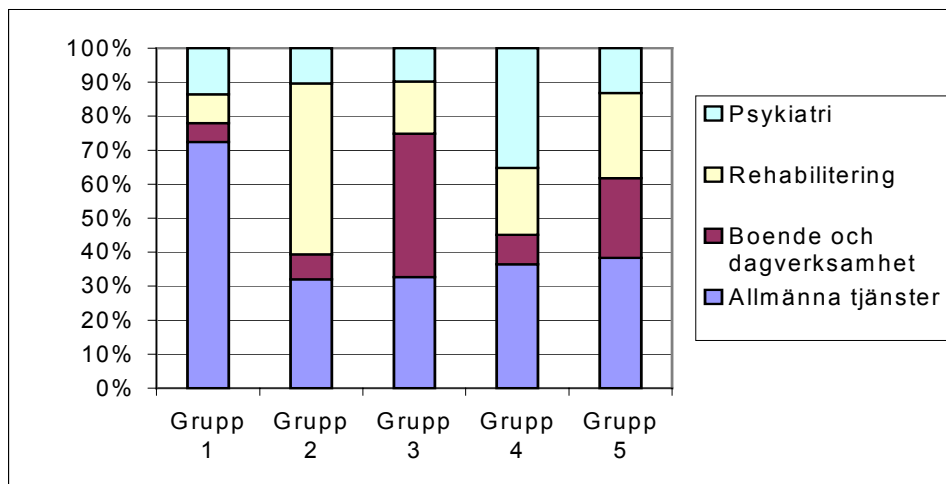
Det är fördelaktigt för kommunerna att eftersträva regionalt samarbete vid ordnandet av service. Utgångspunkten är att varje kommun åtminstone ställer primärvårds- och socialvårdstjänster till missbrukarnas förfogande. Den första kontakten med en missbrukarklient uppstår oftast just inom basservicen. Därför borde personalen inom denna service ha tillräcklig yrkeskunskap för att kunna bedöma missbrukarnas vårdbehov och hänvisa dem till vård. När det gäller ordnandet av specialtjänster är det ofta att rekommendera att den organisatoriska basen för tjänsterna är ännu bredare än det ovan nämnda regionala samarbetet.

4.1.1 Kommunernas servicepolicy

Kommunerna har en mycket varierande policy i fråga om missbrukarvården. Figuren nedan visar enligt kommungrupp hur servicen ordnats år 1995, utgående från antalet redovisade missbrukarfall.⁴⁶ Grupperna har bildats utgående från hur efterfrågan på tjänster utfallit i kommunerna.

⁴⁵ Lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården (733/1992)

⁴⁶ Kaukonen 2000

Figur 1. Skillnader i kommunernas servicepolicy 1995, n = 94 kommuner

Grupp 1: Kommungrupp som prioriterat den allmänna servicen inom social- och hälsovården (20 kommuner)

Grupp 2: Kommungrupp som prioriterat specialtjänster inom missbrukarvården (15 kommuner)

Grupp 3: Kommungrupp som prioriterat ordnande av bostäder och dagverksamhet för missbrukarklienter (21 kommuner)

Grupp 4: Kommungrupp som prioriterat psykiatriska tjänster (11 kommuner)

Grupp 5: Ingen särskild prioritering (27 kommuner)

Grupperingen utgår från tvärsnittsmaterialet för bara ett dygn. Analyser av material som omfattar ett helt år har dock gett likartade resultat. Den sammanlagda folkmängden i de kommuner som ingick i materialet var 3,5 miljoner. De kommuner (365 stycken) som utelämnades från analysen på grund av ringa antal fall var små kommuner, som skulle ha placerat sig i den första gruppen som prioriterade allmän service. Servicesystemet skulle inte fungera i en enda kommun utan den allmänna servicen inom social- och hälsovården. Servicestrukturen bör anpassa sig efter de lokala behoven, å andra sidan kan det finnas risk för att alla klienter inte får den service de behöver.

En granskning på såväl riks- som kommunnivå ger dock vid handen att tjänsterna också delvis ersätter varandra: ju mer man i kommunerna använder specialtjänster inom missbrukarvården, desto mindre är den missbrukarrelaterade arbetsbörda som styrs till den allmänna servicen inom social- och hälsovården. Ett mer än genomsnittligt utnyttjande av psykiatriska tjänster minskar för sin del även utnyttjandet av rehabiliteringstjänster inom missbrukarvården, och detsamma gäller ett mer än genomsnittligt utnyttjande av dagcenter och boendeservice. Enligt resultaten från inventeringen av missbrukarfallen år 1999 har utnyttjandet av tjänster inom missbrukarvården i förhållande till folkmängden och den totala alkoholförbrukningen varit nästan konstant (i snitt ca 3 besök eller vård-dygn per dygn / konsumerad liter alkohol / 10 000 invånare.)

Eftersom det inte finns några klara bevis på vilka servicekombinationer som är bättre resp. sämre, är det svårt att säga vilket som är det rätta eller bästa sättet att producera tjänster. Utbudet av och tillgången till service varierar i varje fall mycket i olika kommuner och olika delar av landet. Uppenbarligen går det inte heller på kommunnivå att skapa en enhetlig servicenivå, eftersom det med ett befolkningsunderlag på mindre än 20 000 personer knappast ens är möjligt att ordna specialtjänster lokalt. Tillgången till specialtjänster är på många håll en fråga som överskrider kommungränserna.

4.1.2 Servicebehovet och förändringar i konsumtionen

Den kommunala servicepolicyn har stor betydelse både för klienterna och för kontrollerbarheten av servicesystemet samt de totala kostnaderna, eftersom den totala belastning som rusmedelskonsumtion innebär för servicen huvudsakligen är beroende av rusmedelskonsumtionens omfattning, tills vidare uttryckligen den totala alkoholkonsumtionen. Konsumtionen är lägst i västra Finland och högst i huvudstadsregionen. De regionala konsumtionssiffrorna är dock inexakta, och icke statistikförd alkoholkonsumtion kan inte uppskattas särskilt exakt, i synnerhet inte regionvis. Till exempel i östra Finland är antalet missbrukarrelaterade klientbesök inom social- och hälsovården lika stort som i huvudstadsregionen. Norra Finland är också en svårjämförbar region, eftersom det där är glest mellan servicen och eftersom turismen och alkohol som inköpts på annat håll påverkar den nordliga alkoholstatistiken i väsentlig grad.

När det gäller narkotika försvåras en regional granskning av att narkotikabruket trots ökningen på 1990-talet fortfarande är begränsad till en rätt liten del av befolkningen. Regionala jämförelser kan göras bara i fråga om experimentellt bruk av cannabis, eftersom det bland annat vid elev- och befolkningsenkäter förekommer så få fall som gäller andra slag av narkotika. Experimentellt och annat bruk av narkotika tycks koncentrera sig till södra Finland och de stora städerna.⁴⁷ När det gäller narkotikamissbruk har det gjorts en regional uppskattning av antalet opiat- och amfetaminmissbrukare. Vid en statistisk uppskattning av antalet opiat- och amfetaminmissbrukare år 1999 uppskattades utbredningen vara 0,71 – 0,94 % av befolkningen i åldern 15 – 55 år i Stor-Helsingfors, mot 0,38 – 0,48 % i hela landet.

De narkotikarelaterade problem som framkommit inom servicesystemet har fördubblats under perioden 1995 – 99 och medför en betydande ökning av servicebehovet särskilt i huvudstadsregionen och på andra håll i södra Finland. De alkoholrelaterade problemen var dock fortfarande i en klass för sig. Som helhet ökade alkoholkonsumtionen med 0,5 liter åren 1994 – 1999. Under samma tidsperiod kunde en kraftigt ökad efterfrågan på tjänster konstateras. Då alkoholkonsumtionen åren 1995 – 99 ökade med ca 4 %, ökade efterfrågan på alkoholrelaterade tjänster med över 14 %, alltså relativt sett mer än tre gånger så mycket. Utgående från detta kan man räkna ut att då alkoholkonsumtionen år 2001 steg med rekordartade ca 5 procent, ökade den servicebehovet med minst 15 procent samma år.

⁴⁷ Ahlström et al. 2000

Kalkylerna är givetvis ungefärliga, eftersom efterfrågan på och allokeringen av tjänster även påverkas av andra faktorer än den totala konsumtionen. Under lågkonjunkturen i början av 1990-talet steg efterfrågan på tjänster trots den sjunkande alkoholkonsumtionen, eftersom det skedde förändringar i tjänsterna och deras tillgänglighet. Den totala alkoholkonsumtionen har dock visat sig vara en bra oberoende variabel vid både nationella och internationella bedömningar av alkoholrelaterade problem. Bruket av illegal narkotika och sambandet med olika problem kan inte statistikföras på samma sätt.

4.1.3 Modell för regionalt samarbete

Medborgarnas möjligheter att i rätt tid få specialtjänster särskilt inom missbrukarvården har minskat. Detta beror delvis på att servicen särskilt i små kommuner inte är tillgänglig i skälig utsträckning eller på att servicekapaciteten i större kommuner inte har hållit jämna steg med de växande klientströmmarna. Det viktigaste tillväxtområdet inom servicen har varit den specialiserade sjukvården, vilket även återspeglar sig i de totala kostnaderna för missbrukarvården. Det förefaller som om det enda sättet att vända utvecklingen är att öka satsningarna på billigare och kostnadseffektivare former av missbrukarvård, framför allt på öppen service, vars andel i arbetsfördelningen hela tiden minskat då efterfrågan på service ökat och problemen försvårats.

I största delen av landet skulle man kunna övergå till ett **regionalt servicesystem, där kostnaderna fördelas i proportion till kommunernas folkmängd**, och inte enligt hur mycket service kommunen utnyttjar, så som i dag oftast är fallet. Modellen förutsätter ett avtal om det serviceurval som behövs och något slags struktur för förvaltningen och planeringen. Modellen skulle innebära åtminstone följande fördelar:

- Det skulle vara möjligt att på regional nivå definiera/avtala om en skälig servicenivå genom att binda servicens kvantitet och kvalitet till förändringar i rusmedelskonsumtionen (nedskärningar i systemet skulle inte vara möjliga utan motiveringar, men även utökningar skulle kräva rationella motiveringar).
- Det skulle vara möjligt att sänka kostnaderna en aning jämfört med dagens system, eftersom en regional servicehelhet kan utvärderas och utnyttjas som en helhet (insyn i systemet).
- Kostnadsinbesparingar skulle uppstå inom social- och hälsovården, då resurserna för klientarbete helt kunde koncentreras på vård och rehabilitering i stället för att en del av klientarbetet går åt till att ordna betalningsförbindelser, så som i dag är fallet.
- Det skulle vara ekonomiskt möjligt att bygga upp en regional servicehelhet.
- Alla klienter skulle kunna garanteras vård enligt behovet (regional jämlikhet).
- Det skulle fortfarande vara möjligt att utnyttja riksomfattande tjänster efter behov.
- Olika instanser kan bilda interna nätverk, så att deras kompetens förenas och kan utnyttjas bättre.

4.1.4 Exempel på regionala modeller och deras verksamhet

Enligt kommunallagen⁴⁸ kan kommuner med stöd av avtal sköta sina uppgifter tillsammans. Kommunerna kan komma överens om att anförtro en annan kommun att sköta en uppgift för en eller flera kommuners räkning eller att uppgiften skall skötas av en samkommun. Nedan några exempel på dylika fungerande samarbetsmodeller inom missbrukarvården.

Pixnekliniens modell som bygger på årsavgift

Den svenskspråkiga missbrukarenheten Pixnekliniken fungerar enligt årsavgiftsprincipen. Kommunen kan till Pixnekliniken betala en årsavgift, som sedan 1994 har varit 10 mk / svenskspråkig invånare / år. Numera är årsavgiften 2 €. Invånare i en kommun som betalat årsavgiften kan om de vill ringa kliniken direkt och boka tid för en månadslång vårdperiod. Efter vårdperioden får klienten fortsatt vård inom den öppna vården.

Systemet med årsavgift har fungerat på önskat sätt. Till exempel åren 2000 – 2001 deltog ca 35 svenskspråkiga eller tvåspråkiga kommuner. Bland dem återfinns även mycket små kommuner, från vilka det vissa år inte kommit in en enda klient för vård. Det sammanlagda antalet svenskspråkiga invånare i kommunerna är ca 145 000, vilket är drygt hälften av den svenskspråkiga befolkningen i vårt land. Ca 80 % av Pixnekliniens klienter och vårddygn kom dock från dessa kommuner. Vårdenheten har 10 – 14 platser och har de senaste åren verkat med full kapacitet, ca 140 klienter per år. Det är klart enklare att söka vård från de kommuner som har betalat årsavgift. Den negativa betydelsen av att köa har kommit till synes i det faktum att om Pixnekliniken har varit fullbelagd och klienten har blivit tvungen att vänta på vård exempelvis två veckor, så ökar klart andelen personer som låter bli att infinna sig till den avtalade vårdplatsen.

A-klinikverksamheten i västra Nyland

Karis stad upprätthåller A-klinikverksamhet tillsammans med Ekenäs och Hangö stad samt Ingå och Pojo kommun. Verksamheten omfattar specialtjänster inom öppenvården i enlighet med lagen om missbrukarvård. A-kliniken har mottagning i var och en av samarbetskommunerna. Varje kommun ansvarar för att ordna med verksamhetslokaler inom sitt område. Kostnaderna för anskaffning av inventarier fördelas mellan medlemskommunerna enligt folkmängden. De övriga verksamhetskostnaderna för kliniken fördelas utgående från antalet ordnade mottagningsdagar. För förvaltningen har en gemensam nämnd tillsatts enligt 77 § kommunallagen.

A-kliniken producerar tjänster för medlemskommunernas invånare, som inte betalar någonting för att utnyttja tjänsterna. I mån av möjlighet erbjuds även andra kommuner tillgång till tjänsterna, om dessa förbinder sig att delta i driftskostnaderna för kliniken på det sätt som nämnden beslutar. Eftersom det inte finns några väsentliga skillnader

⁴⁸ Kommunallag (365/1995)

mellan kommunerna i regionen när det gäller rusmedelskonsumtionen, har den kalkylmässiga kostnadsfördelningen inte förändrat de inbördes kostnadsansvaren. Däremot har systemet minskat förvaltnings- och faktureringsbyråkratin.

4.2 Tilldelning av resurser för missbrukarvården

Enligt Jukka Salomaas⁴⁹ undersökning är det ekonomiskt lönsamt för kommunerna att satsa på missbrukarvård. De medel som använts för missbrukarvård bidrar till att minska sjukligheten och dödligheten, vilket innebär en direkt inbesparing inom sjukhusvården. Därav följer även lägre indirekta kostnader för missbruket, t.ex. i fråga om produktionsförluster, upprätthållande av ordning, fängelsedagar samt antalet omhändertagna barn. Även egendomsbrotten minskar då antalet narkotikamissbrukare minskar. Enligt Salomaa är de direkta och indirekta inbesparingarna mångfaldiga jämfört med de medel som satsats på missbrukarvården.

4.2.1 Bedömning av rusmedelssituationen i kommunen

Uppgifter om alkoholkonsumtionen samlas in av Stakes och STTV (Social- och hälsovårdens produkttillsynscentral). De färskaste siffrorna finns kommunvis i Stakes statistikrapport 2/2001 Alkohol och narkotika regionvis 1999. Situationen kan också följas med hjälp av statistiken över berusade som omhändertagits av polisen.⁵⁰ Vid bedömningen av narkotikabrukets omfattning kan man till exempel använda enkäter som utreder experimentellt bruk av narkotika, statistik över social- och hälsovårdsservicen samt brottsstatistik. Genom skolhälsoenkäter⁵¹ kan man få uppföljningsinformation om ungdomars narkotikaexperiment. Basresultaten från skolhälsoenkäten rapporteras skolvis till de kommuner som deltar i kostnaderna för enkäten. Statistiska uppgifter om narkotikabrott kommunvis fås ur Statistikcentralens publikation.⁵²

För kartläggningen av den lokala rusmedelssituationen är det viktigt att utöver statistiken även använda tvärprofessionella (t.ex. hälso- och socialmyndigheter, ungdoms-, skol- och fritidsväsendet, polisen, antidrogorganisationer, underhållnings- och restaurangbranschen) samarbetsgrupper, i vilka man kan kartlägga olika instansers observationer och iakttagelser om de senaste förändringarna inom rusmedelsbruket. På detta sätt får man på lokal nivå fram aktuell information som inte är åtkomlig för statistiken.

⁴⁹ Salomaa 2000

⁵⁰ Statistikcentralen. Se: www.tilastokeskus.fi

⁵¹ Se: www.stakes.fi/kouluterveys

⁵² SVT-serien Brott som kommit till polisens kännedom

4.2.2 *Den interna arbetsfördelningen mellan serviceenheterna*

Det är bra om kommunerna utreder var missbrukare bosatta i kommunen för närvarande får vård. I de större kommunerna kan man göra en beräkning av antalet missbruksfall⁵³, genom att till exempel under en veckas tid räkna alla missbruksrelaterade klientbesök vid kommunens samtliga social- och hälsovårdsenheter, och samtidigt utreda klienternas egenskaper, de rusmedel som brukats samt den service som givits. På det här sättet kan man få en bild av den grundläggande situationen i kommunen och genom att upprepa räkneproceduren kan man följa med hur utnyttjandet av missbrukarvården utvecklas. I räkneformuläret kan man också ta med nya delområden som det är viktigt för kommunen att få uppgift om.

Kommunerna borde också samla in uppgifter om helhetsläget för klienterna inom missbrukarvården samt om servicens effektivitet. Uppgifter om klienter inom missbrukarvården fås från flera källor: sjukhusens och socialvårdens vårdanmälningsregister (HILMO, Stakes), statistiken över specialtjänster inom missbrukarvården och deras klienter (A-klinikstiftelsen) samt från insamlingen av uppgifter om narkomanvård (Stakes).

Insamlingen av uppgifter om klienter som får narkomanvård kan användas inte bara för en nationell uppföljning av klienterna inom narkomanvården utan även för en uppföljning av förändringar i klientelet på enhetsnivå.⁵⁴ En regional utvärdering av narkomanvården förutsätter dock att insamlingen av uppgifter om narkomanvården görs mera täckande. En bredare utvärdering av missbrukarvården förutsätter att systemen för insamling av uppgifter om kommunernas missbrukarvård görs innehållsmässigt enhetliga och mera täckande.

Vid planeringen av anlagen för missbrukarvården borde man beakta den personaldimensionering som olika serviceformer kräver.

Personalmängden vid vårdenheterna påverkas av bland annat följande faktorer:

- enhetens platsantal eller storlek
- enhetens verksamhetsprinciper, dygnetruntvård, öppettider, jourberedskap samt tillämpade vårdformer och -metoder
- klienternas ålder, blandmissbruk eller hur omfattande och grava de övriga sociala och hälsomässiga problemen är
- enhetens läge och miljöfaktorer
- hur enheten ansluter sig till övrig service, möjlighet att vid behov anlita personal från andra enheter

Exempel på verksamhet som kräver stora professionella personalresurser är kortvarig akutvård på institution, en vårdform som kräver tvärprofessionell personal dygnet runt. Detsamma gäller vård av missbrukare med mentala problem samt vård i samband med barnskyddet, där det också behövs ett tvärprofessionellt angreppssätt. Nätverksarbete tillsammans med missbrukaren och dennes anhöriga kan kortvarigt binda upp en hel del resurser, även om detta på lång sikt kan komma att minska missbrukarens utnyttjande

⁵³ Blanketten fås från Stakes forskningsgrupp för alkohol och narkotika / Raija Ahtola, tel. (09) 3967 2013

⁵⁴ Partanen 2001

av service. Vårdformer som inte kräver lika mycket professionella personalresurser är till exempel långvarig behandling vid ett vårdkollektiv, vilken i högre grad än de tidigare nämnda vårdformerna baserar sig på att medlemmarna i kollektivet deltar i kollektivets verksamhet. Detta förutsätter dock att klienten har förmåga och beredskap att förbinda sig att delta i kollektivets verksamhet. Inom öppenvården kan vårdpersonalens storlek påverkas av exempelvis de vårdformer och arbetsmetoder som väljs, såsom pararbete i nätverks-, familje- och parterapi, vilket kräver mer resurser än arbete med enskilda individer.

4.2.3 Förändringar i efterfrågan på missbrukarvård och faktorer som inverkar härpå

Nedan presenteras kvantitativa förändringar i missbrukarvården i olika stora kommuner och befolkningsunderlag samt deras inverkan på personaldimensioneringen. Uppgifterna i tabellerna bygger på inventeringen av missbrukarfallen åren 1995 och 1999.⁵⁵

Tabell 3. Befolkningens och de missbruksrelaterade klientbesökens (n = 11 535) fördelning på olika stora kommuner vid inventeringen av missbrukarfallen 1999

Kommungrupp enligt folkmängd	Kommuner i respektive grupp	Andel av befolkningen (%)	Andel av de missbruksrelaterade klientbesöken (%)
Under 10 000	342	27	19
10 000 > 20 000	62	16	13
20 000 > 50 000	34	19	19
50 000 eller mera	14	37	49
Hela landet	452	100	100

En stor del av befolkningen och hälften av den efterfrågan på missbrukarvård som riktade sig till social- och hälsovården koncentrerade sig till de fjorton största stadskommunerna. Ju större kommun, desto större var andelen missbruksrelaterade klientbesök. De direkta fördelningarna berättar dock inte hela sanningen, vilket framgår ur följande tabell där uppgifterna ställs i relation till folkmängden. I tabell 4 granskas också variationen i fråga om mera sällsynta rusmedel än alkohol samt klienternas bostadslöshet i olika stora kommuner, även i förhållande till folkmängden.

⁵⁵ Kaukonen et al. 2000

Tabell 4. Missbruksrelaterade klientbesök sammanlagt samt narkotikabrukares, substitutbrukares och bostadslösa klienters besök, per 10 000 invånare under ett dygn år 1999

Kommungrupp enligt folkmängd	Missbruksrelaterade klientbesök per 10 000 invånare			
	Sammanlagt	Narkotikabrukare	Substitutbrukare	Bostadslösa
Under 10 000	15,8	1,0	1,2	0,6
10 000 > 20 000	17,2	1,7	1,0	1,2
20 000 > 50 000	21,9	3,1	1,5	1,6
50 000 eller mera	29,9	5,9	2,7	3,6
Hela landet	22,4	3,4	1,8	2,0

När antalet missbruksrelaterade klientbesök ställs i relation till befolkningen krymper skillnaderna mellan kommunerna, men de försvinner inte helt. Däremot har narkotika och substitut förorsakat fler missbruksrelaterade klientbesök just i de större kommunerna, där andelen är ungefär sex gånger så stor som i mindre kommuner. Likaså har bostadslöshetens betydelse varit tre gånger vanligare i kommuner med över 50 000 invånare än i andra urbaniserade kommuner och sex gånger vanligare än i kommuner med under 10 000 invånare.

I tabell 5 nedan granskas förändringen i efterfrågan på tjänster under 1990-talets senare hälft samt särskilt förändringar i den missbruksrelaterade arbetsfördelningen mellan social- och hälsovården.

Tabell 5. Missbruksrelaterade klientbesök inom olika tjänster inom social- och hälsovården per 10 000 invånare under ett dygn vid inventeringarna år 1995 resp. 1999

Kommungrupp enligt folkmängd	Missbruksrelaterade klientbesök per 10 000 invånare											
	Sammanlagt		Social- och hälsovårdens allmänna service		A-kliniker och ungdomsstationer		Akutvårdstationer och rehabiliteringsinstitutioner		Boendeservice, dagcenter, skyddshärbärgen		Inom psykiatri	
	År	År	År	År	År	År	År	År	År	År	År	År
Under 10 000	12,6	15,8	8,0	9,3	1,0	1,1	0,8	0,7	0,8	2,0	2,0	2,7
10 000 > 20 000	13,9	17,2	6,7	8,0	1,9	2,3	0,8	0,7	2,1	3,0	2,3	3,2
20 000 > 50 000	19,0	21,9	7,4	8,6	3,4	3,5	1,6	1,8	4,2	4,6	2,4	3,4
50 000 eller mera	28,3	29,9	9,8	9,0	3,1	3,4	3,4	2,8	8,7	10,0	3,3	4,7
Hela landet	19,8	22,4	8,3	8,8	2,4	2,6	1,9	1,7	4,6	5,6	2,6	3,6

Från 1995 till 1999 hade efterfrågan på missbrukarvård ökat och samtidigt hade skillnaderna mellan kommungrupperna krympt. Som helhet har ökningen varit viktig ur social-

och hälsovårdssystemets synvinkel: på nationell nivå har den på fyra år inneburit en ökning med uppskattningsvis drygt 1 300 vårdkontakter eller vårddygn under ett vardagsdygn. Kalkylen är riktgivande, eftersom klientbesöken inte har ökat jämnt inom olika serviceformer. Ökningen har relativt sett varit störst inom social- och hälsovårdens allmänna service små kommuner samt på nationell nivå inom psykiatrin. Dagcenter och boendeservice är en annan sektor där ökning skett.

- Ökningen inom social- och hälsovårdens allmänna service har framför allt gällt sektorn social service och socialbyråarbete; primärvårdens andel har inte väsentligt ökat sedan 1995.
- Inom polikliniska (A-kliniker och motsvarande) specialtjänster och institutions-tjänster inom missbrukarvården har det inte skett någon väsentlig kvantitativ förändring. Kvalitativt har klientelet dock förändrats i och med det ökade bruket av narkotika; av klienterna inom rehabiliterande missbrukarvård använde nästan var fjärde även narkotika.
- En verkligt signifikant ökning har skett i alla kommungrupper dels i fråga om utnyttjandet av dagcenter, skyddshärbärgen och boendeservice och dels i fråga om psykiatrisk service. Inom psykiatrin har vården framför allt varit sjukhusvård. Vid mentalvårdsbyråer och polikliniker har missbrukarklienterna ökat rätt måttligt. Också vid mentalsjukhusen har nästan var fjärde missbrukarpatient använt narkotika, men ökningen har till största delen berott på behandling av alkoholmissbruk.

4.3 Genomförande av missbrukarvård och -rehabilitering

4.3.1 Begrepp inom missbrukarvården

Arbetet för att förebygga missbruk kan indelas i hälsofrämjande och förebyggande arbete, förebyggande av missbruksproblem i ett tidigt skede samt vårdande och rehabiliterande arbete. Med *miniintervention* avses rådgivning som sker inom hälso- och sjukvården och som inriktar sig på tidigt ingripande i hög alkoholkonsumtion.⁵⁶ Till en effektiv miniintervention hör följande faser: identifiera hög alkoholkonsumtion, informera om dess skadeverkningar, motivera klienten att förändra sina alkoholvanor och ställa upp personliga mål, ge råd om hur målet kan nås och övervaka alkoholkonsumtionen med hjälp av fortsatta besök.

Miniintervention kan genomföras inom ramen för ett normalt mottagningsbesök. Antalet besök varierar i allmänhet mellan ett och fyra. Eftersom miniintervention är sekundärpreventiv verksamhet, lämpar den sig bäst för verksamhetspunkter dit det är lätt för patienten att söka sig. I praktiken innebär detta primärvården och företagshälsovården, men även den specialiserade sjukvården.

⁵⁶ För närmare information om miniintervention se t.ex. Inkinen Maria: Mini-interventio – kysymällä ja motivoimalla muutokseen. Stakes, Ehkäisevä päihdetyö 1/1999. Kuokkanen Martti: Mini-interventio työterveyshuollossa. Toimintamalleja 2/1997. Stakes, Sosiaali- ja terveysministeriö. Webbsida: www.fimnet.fi/klyhdistys/vuoski99/miniinte.html

Enligt ett flertal undersökningar⁵⁷ är miniintervention en enkel, effektiv och billig vårdform. Hög alkoholkonsumtion är en av de största enskilda hälsoriskerna för befolkningen. Genomförande av miniintervention på bred bas innebär därför också en förbättring av hela befolkningens hälsotillstånd och livskvalitet. Sannolikheten för att storkonsumenter som fått miniintervention skall vara måttliga förbrukare 6 – 12 mån efter interventionen är dubbelt så stor som för storkonsumenter som inte fått intervention.⁵⁸

Vården kan variera från kortvarig öppenvård till långvarig öppen- eller institutionsvård. De mål som ställs upp för de vårdsökande klienternas alkoholmissbruk kan växla från en strävan efter helnykterhet till att stoppa ökningen av missbruket eller minska de problem som missbruket förorsakar.

Rehabilitering är ett vidare begrepp än vård. I rehabilitering ingår inte bara vård utan även andra faktorer beaktas, såsom samhälleligt och socialt stöd samt klientens social-ekonomiska miljö, t.ex. boende, jobb, utbildning och utkomst. Härvid talar man om s.k. totalrehabilitering. Rehabilitering och vård har olika mål i olika skeden och olika situationer.

Ur den aktiva befolkningens synvinkel har missbruksproblemen i arbetslivet motverkats ända sedan 1972 med stöd av ett avtal mellan de centrala arbetsmarknadsorganisationerna. I avtalsmodellen underströks vårdens betydelse, senare har man bl.a. genom insatser från Institutet för arbetshygien inlett och stött bredare, rehabiliteringsinriktade missbruksprogram för arbetslivet. Ur företagshälsovårdens och det preventiva arbetets synvinkel har betydelsen av individuell bedömning och stöd – alltså just miniintervention – accentuerats.

Målen för vård och rehabilitering inom missbrukarvården kan delas upp på fem nivåer:

- 1) problem som förorsakats av klientens missbruk lindras,
- 2) genom stödinsatser förhindrar man att klientens tillstånd och/eller levnadsförhållanden försämras,
- 1) genom stödinsatser förblir klientens tillstånd och/eller levnadsförhållanden oförändrade,
- 3) klientens tillstånd och/eller levnadsförhållanden kan delvis rättas till och
- 4) klientens psykiska, fysiska och sociala situation förbättras avsevärt.

Att återhämta sig från ett missbruksproblem har ofta karaktären av en process, vilket innebär att förändringar i missbruket och livssituationen stabiliseras först efter en längre tid. En missbrukare söker kanske vård flera gånger. Hos en del har missbruket kanske också framskridit så långt att personen inte längre kan bli helt återställd. Trots det är det med hjälp av stödinsatser möjligt att bekämpa olika slags problem, öka både individens och samhällets välbefinnande samt förhindra att hälso- och sjukvårdskostnaderna stiger.

⁵⁷ Sillanaukee et al. 1994

⁵⁸ Wilk et al. 1997

4.3.2 *Vård- och rehabiliteringsplan*

Vården av en klient som besöker hälso- och sjukvården eller socialvården på grund av missbruk bör bygga på en bedömning av klientens situation och på en vårdplan som utarbetats i samråd med klienten utgående från denna bedömning. Vikten av att utarbeta en skriftlig vårdplan framhålls såväl i klientlagen⁵⁹, patientlagen⁶⁰ som i förordningen om missbrukarvård⁶¹. Den yrkesutbildade personalen inom hälso- och sjukvården bör i patienthandlingarna anteckna de uppgifter som behövs för att ordna, planera, genomföra och följa vården av patienten. Enligt klientlagen *skall* en service-, vård-, rehabiliterings- eller någon annan motsvarande plan *utarbetas* när socialvård lämnas. Planen skall, om det inte finns något uppenbart hinder för det, *göras upp i samförstånd med klienten*.

Vikten av en skriftlig plan har också framhållits i regeringens proposition⁶², där det bland annat konstateras: "Ett viktigt mål är att få klienten och arbetstagaren att engagera sig i den gemensamma processen. Genom planen främjas syftet att bättre än förr beakta klientens önskemål och åsikter i en sak som berör klienten själv. I planen kan man i samförstånd med klienten komma överens om vart man vill komma med verksamheten och hur man skall gå till väga för att nå målet. Planen skulle, när verksamheten framskrider, smidigt kunna ändras när klientens behov eller omständigheterna i övrigt förändras."

För den som deltar i arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte skall en så kallad aktiveringsplan utarbetas i samråd mellan klienten själv, kommunen och Arbetskraftsbyrån. I samband med utarbetandet av planen bör man utreda vilka social- hälsovårds-, rehabiliterings- och utbildningstjänster som eventuellt behövs.⁶³

4.3.3 *Servicehandledning*

Genom servicehandledning inom social- och hälsovården strävar man efter ett mera klientcentrerat arbetssätt som tar fasta på klientens bästa. Genom servicehandledning kan man bättre bedöma klientens helhetsituation samt kostnadsutvecklingen. Servicehandledning är en verksamhetsmodell inom social- och hälsovården, där klienten och servicehandledaren tillsammans försöker finna lösningar på klientens livsproblem. De som utnyttjar tjänsterna deltar aktivt i valet av service- och stödformer som är aktuella för dem.

Servicehandledaren är klientens kontaktperson och ansvarig handläggare av klientens ärende. Det kan vara fråga om en yrkesutbildad person inom social- och hälsovården eller någon annan lämplig person. Servicehandledaren har till uppgift att öka klientens möjligheter att verka och delta, aktivera klientens egna stödnät samt hjälpa klienten att orka med sin vardag. Servicehandledaren hjälper klienten att få de rätta stöd- och servi-

⁵⁹ Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000)

⁶⁰ Lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992)

⁶¹ Förordningen om missbrukarvård (653/1986)

⁶² RP (137/1999) till RD med förslag till lagar om klientens ställning och rättigheter inom socialvården samt om ändring av socialvårdslagen och av vissa lagar som har samband med dem

⁶³ Lagen om arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte (189/2001)

ceformerna vid rätt tidpunkt, så att servicen så väl som möjligt anpassar sig till klientens vardag och hjälper klienten att klara vardagen.

4.4 Rehabiliteringen av missbrukare är effektiv och ger goda resultat

Hur effektiv rehabiliteringen av missbrukare är⁶⁴ har undersökts både på befolkningsnivå med hjälp av tidsserieanalyser och på klientnivå med hjälp av randomiserade studier där vårdformer av olika typ jämförts, samt genom uppföljning. Effektiviteten har mätts med olika kriterier i olika undersökningar. Exempel på använda kriterier är förändringar i bruket av rusmedel, i hur klienten eller hans eller hennes närstående klarar sig socialt, i hur klienten stannar kvar i vården, i hur klienten mår fysiskt och psykiskt samt förändringar i klientens livsstil. På befolkningsnivå har ett effektiviserat utbud klart sänkt hälsovårdskostnaderna, ökat välbefinnandet och minskat vårdbehovet.

Genom primärhälsovårdstjänster som riktar sig till riskkonsumenter av alkohol har man kunnat påverka alkoholkonsumtionen, klienternas hälsotillstånd och sociala problem. Vården av alkoholberoende är framgångsrik vare sig den genomförs i öppen eller institutionsmiljö, som specialtjänster inom missbrukarvården eller till exempel på en sjukhusavdelning. I de randomiserade försöken förefaller det inte föreligga några väsentliga skillnader i resultaten mellan olika vård- och terapimetoder, särskilt inte på lång sikt.

Andelen helnyktra ett år efter avslutad vård överskrider sällan 15 % oberoende av vilket vårdprogram som används, om man inte försöker sovra bland klienterna. Dubbelt så många lyckas dock klart minska sin alkoholkonsumtion – enligt vissa undersökningar hela 70 – 80 % – och de flesta klienter som fått vård uppvisar en markant minskning av sociala och hälsomässiga problem av olika slag. Likaså minskar klart behovet av framtida rehabilitering.

Icke-randomiserade komparativa undersökningar av vård av narkotikamissbrukare antyder också att de som fått vård har klar nytta av rehabilitering oberoende av vårdform. Tolkningen av resultaten försvåras dock ofta av att en stor del avbryter vården. Undersökningsresultat som bygger på uppföljningar av till exempel amfetaminmissbrukare visar att de som stannat kvar i vården nog har nytta av rehabilitering, men att det är svårt att kontrollera hur de personer som får vård väljs ut och hur stort bortfallet är. Det tycks särskilt vara vårdförhållandets kvalitativa egenskaper och inte vårdens referensram som påverkar i vilken omfattning alkohol- och narkotikamissbrukare stannar kvar i vården och även hur väl klienterna klarar sig efter avslutad vård. Användning av substitut ökar klart andelen opiatmissbrukare (t.ex. heroinmissbrukare) som stannar kvar i vården. Psykosociala program effektiverar för sin del klart substitutbehandlingsprogrammen, ökar klienternas välbefinnande och gör att de klarar sig bättre socialt.

I vårt land har det överlag gjorts få randomiserade vårdundersökningar. Det finns inte heller några nationella undersökningar av hur det mångfasetterade finska servicesystemet inverkar på missbruksproblemet, och inte heller av hur framgångsrik tvärprofessionell psykosocial rehabilitering är. Rehabiliteringen av missbrukare har dock utvecklats och byggts ut uttryckligen i den här riktningen.

⁶⁴ Kaukonen 2002

Hur rehabiliteringen inverkar på kostnaderna för systemet och på hur klienterna klarar sig är något som bör granskas i ljuset av statistiken, inte utgående från vardagliga iakttagelser. Rehabiliteringen har såväl kostnadssparande effekter som långtidseffekter. Effekterna av olika vårdperioder eller -interventioner kan också kumuleras. Undersökningar av effektiviteten antyder att hälsoeffekter och samhällsliga kostnadsinbesparingar uppstår även då den enskilda klientens missbruksbeteende inte direkt förändras trots rehabiliteringsperiod på institution.

I en psykoterapiundersökning har man observerat att arbetsrelationen mellan klienten och vårdaren är en central faktor för hur framgångsrik vården är. Vid vård av missbruksproblem har denna relation även konstaterats inverka på vårdkontinuiteten. Vårdarens interaktiva egenskaper, t.ex. att han eller hon är empatisk, äkta, konkret och respekterar klienten, samt interaktionens kvalitet i terapiförhållandet var enligt en undersökning utförd av Pekka Saarnio⁶⁵ inom den öppna missbrukarvården faktorer som hade väsentlig betydelse för vårdkontinuiteten. Ju bättre vårdarens interaktiva egenskaper bedömdes vara, desto högre var klientens interaktionsomdöme om deras relation och desto mer sällan förekom det att klienterna avbröt vården.

Inom missbrukarvården krävs det av vårdaren utöver ovan nämnda faktorer även bland annat att vårdaren kan sätta gränser för klienten och samtidigt beakta klientens personliga behov. Dessutom måste vårdaren kunna arbeta med klienten oberoende av klientens fysiska och/eller mentala skick (om klienten t.ex. är berusad e.d.). Detta gör arbetet särskilt krävande. Förutom klienterna själva bör man vid vårdarbetet även beakta klientens familjemedlemmars och andra närstående personers behov. Av vårdaren krävs det således färdigheter för ett mycket brett, men ändå konkret och inriktat arbetssätt.

⁶⁵ Saarnio 2001

Källor

Aira M.: Alkoholihaittojen sekundaaripreventio terveystieteissä – lääkärin näkökulma. Kuopion yliopiston julkaisu D. Lääketiede 226. Kuopio 2000.

Ahlström S., Metso L. & Tuovinen E. L.: Nuorten päihteiden käytössä vähäisiä eroja suuralueiden välillä. Dialogi 3:2000.

Alkoholijuomien kulutus vuonna 2001 ennakkotieto. Tiedote Stakes/STTV 13.2.2002.

Hakkarainen P., Kekki T., Mustalampi S., Muuri A., Nuorvala Y., Partanen A., Virtanen A. & Virtanen P.: Huumehoidon nykyiset tarpeet ja edellytykset. Stakes, Aiheita 31/2000. Helsinki.

Hakkarainen P. & Metso L.: Onko huumeiden käytön yleistyminen taittumassa. Vuoden 2000 huumeekyselyn tulokset. Yhteiskuntapolitiikka 2001, 66:3, 277-283.

Huumausaineiden ongelmakäyttöä kehittäneen työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:8. Helsinki.

Inkinen Maria: Mini-interventio – kysymällä ja motivoimalla muutokseen. Stakes, Ehkäisevä päihdetyö 1/1999.

Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:3. Helsinki.

Kaukonen O.: Laatumittareista päihdepalvelupolitiikan arviointiin. Sosiaaliturva 1998, 9:17-19.

Kaukonen O.: Päihdekuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa Aalto A.- M. ym.: Kannattaako kuntoutus? Stakes 2002, raportteja 267:125-139.

Kaukonen O.: Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. Tutkimuksia 107/2000. Stakes, Helsinki.

Kaukonen O., Metso L. & Halmeaho M.: Päihdepalvelut. Teoksessa Uusitalo H., Parpo A. & Hakkarainen A. (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000:121-131.

Kuokkanen Martti: Mini-interventio työterveyshuollossa. Toimintamalleja 2/1997. Stakes, Sosiaali- ja terveysministeriö.

Marjamäki, P., Mäntysaari, M., Ristimäki, T.: Sosiaalityöntekijät Suomessa 1998 - tehtävät, koulutus, määrä ja riittävyys. STM. Monisteita 1998:21.

Mustonen H., Mäkelä P., Metso L. & Simpura J.: Muutokset suomalaisten juomatavoissa: toiveet ja todellisuus. Yhteiskuntapolitiikka 2001, 66:3, 265-276.

Nuorvala Y., Metso L., Kaukonen O. & Haavisto K.: Päihde-ehdotin asiointi sosiaali- ja terveydenhuollossa: vuosien 1995 ja 1999 päihdetapauskaskeutuksen vertailu. *Yhteiskuntapolitiikka* 2000, 65:3, 246-254.

Nuorvala Y. & Vertio H.: Eikö kunnallinen päihdehuolto tavoita nuoria ja ”hyväosaisia”? *Sosiaalinen aikakauskirja* 1989:2, 51-55.

Parkkari J. K., Soikkeli M. & Siira M.: Julkisuus ja salassapito moniammatillisessa työssä. *Stakes*, 2001.

Partanen A.: Päihdehuollon huumeasiakkaat vuonna 2001 -tiedonantajapalaute. *Finns även på internet: www.stakes.fi/tilastot/tiedonantajapalaute*. 2002.

Partanen P., Hakkarainen P., Holmström P., Kinnunen A., Lammi R., Leinikki P., Partanen A., Seppälä T., Simpura J. & Virtanen A.: Amfetamiinien ja opiaattien käytön yleisyys Suomessa 1999. *Suomen Lääkärilehti* 43/2001.

Perusteltuja rajoituksia vai huonoa kohtelua – selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon pakotteista. *Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita* 2001:33. Helsinki.

Päihdetilastollinen vuosikirja, *Stakes SVT, Sosiaaliturva* 2001:2.

Saarnio P.: Mitkä tekijät vaikuttavat terapiasuhteen keskeyttämiseen avopäihdehoidossa? *Yhteiskuntapolitiikka* 2001, 66:3, 224-232.

Salomaa J.: Päihdehaittojen seutukunnittaiset erot ja niitä selittävät tekijät. *Stakes, Tilastoraportti* 6/2000.

Salomaa J.: Päihdehuolto ja päihdehuollon kustannukset. *Stakes, Alkoholi ja huumeet* 1999 tilastoraportti 9/2000.

Seppä K. Mini-interventio – alkoholiongelman varhaisvaiheen hoito. *Finns även på Internet: www.fimnet.fi/klyhdistys/vuoski99/miniinte.html*.

Seppä K., Mäkelä R.: Heavy drinking in hospital patients. *Addiction* 1993:88, 1377-1382.

Sillanaukee P., Kiiänmaa K., Roine R. & Seppä K.: Alkoholin suurkulutuksen kriteerit. *Suomen Lääkärilehti* 1992:92, 2919-2921.

Sillanaukee P., Kukkonen A.- P., Mattila P., Laine P. & Seppä K.: Alkoholin suurkuluttajien prevalenssi ja tunnistaminen kaupunkiterveysasemalla – kokemuksia Lahti-projektista. *Alkoholipolitiikka* 1994:59, 412-421.

Sosiaalihuollon asiakkaan asema ja oikeudet. *Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita* 2001: 11.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. *Valtakunnallinen suositus. STM, Stakes, Suomen Kuntaliitto* 1999.

Sosiaali- ja terveystalvelujen lainsäädäntö käytännössä. Narikka J. (toim.). Tietosano-
ma, Helsinki 2001.

Tuori K.: Sosiaalioikeus, Werner Söderström Lakitieto Oy 2000, Helsinki.

Wilding P.: Maintaining Quality in Human Services. *Social Policy & Administration*,
1994, vol. 28:1, 57-72.

Wilk A., Jensen N. M. & Havighurst T. C.: Meta-analysis of randomized control trials
addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal
Medicine*, 1997:12, 274-283.

Stakes statistikuppgifter om alkohol och narkotika samt om social- och hälsovården:

Alkoholi ja huumeet 2000

Ritva Hein ja Ari Virtanen (toim.)

Stakes Tilastoraportti 4/2001

Alkoholi ja huumeet alueittain 2000

Ritva Hein, Ari Virtanen ja Lennart Wahlfors

Stakes Tilastoraportti 4/2002

Elpyvä Suomi ja alkoholijuomien kulutus

Jukka Salomaa ja Ritva Hein

Stakes Tilastoraportti 5/1999

Hintaindeksit alkoholijuomien hintojen kehityksen mittarina

Reijo Sund

Stakes Tilastoraportti 2/1999

Huumausaineiden aiheuttamat haittakustannukset Suomessa vuonna 1994

Jukka Salomaa

Stakes Aiheita-sarja 35/1996

Huumausainetilanne Suomessa 2000

Ari Virtanen

Stakes Tilastoraportti 1/2001

Pohjoismainen alkoholitilasto 1992 – 1996

Ritva Hein

Stakes Tilastoraportti 5/1998

Pompidou-lomakkeen käyttö päihdehuollossa

Tiedonkeruupilotin loppuraportti

Hanna Sellergren

Stakes Aiheita-sarja 5/1997

Päihdehaittojen seutukunnittaiset erot ja niitä selittävät tekijät

Jukka Salomaa, Leena Warsell ja Ritva Hein

Stakes Tilastoraportti 6/2001

Päihteiden käytön haittakustannukset vuosina 1994 – 1995

Alkoholi ja huumeet

Ritva Hein ja Jukka Salomaa

Stakes Tilastoraportti 4/1998

Päihdetilastollinen vuosikirja 2001 (Rusmedelsstatistisk årsbok 2001)
Alkoholi ja huumeet (Alkohol och narkotika)
 Sosiaaliturva 2001:2

Selvitys amfetamiinin ja opiaattien käyttäjien määrästä pääkaupunkiseudulla ja koko maassa vuonna 1997
Päivi Partanen, Aarne Kinnunen, Pauli Leinikki, Olli Nylander, Timo Seppälä, Jussi Sempura, Ari Virtanen ja Jouni Välkki
 Stakes Aiheita-sarja 19/1999

Selvitys päihdehuollon huumeasiakkaista 1998
 Pompidou-huumehoidontiedonkeruu
Airi Partanen
 Stakes Tilastoraportti 29/1999

Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2001 (Statistisk årsbok för social- och hälsovården 2001)
 Sosiaaliturva 2001:4

Sosiaali- ja terveystienot 1999
 Sosiaaliturva 2001:3

Taskumatti 2001
 Tilastotietoa alkoholista ja huumeista (Statistiska data om alkohol och narkotika)
 Internet: <http://stakes.fi/tilre/acrobat/taskumatti01-suomi.pdf>

Taskutieto 2002
 Tilastotietoa sosiaali- ja terveydenhuollosta (Fakta om social- och hälsovården)
 Internet: <http://stakes.fi/tilre/acrobat/taskutieto99.pdf>

Vuosiraportti 2001 Euroopan unionin huumeongelmasta (Årsrapport 2001 om narkotikaproblemet i Europeiska unionen). Publiceras på EMCDDA:s webbsidor:
<http://www.emcdda.fi>

Publikationer utarbetade på grundval av skolhälsoenkäter:

Luopa P., Rimpelä M. & Jokela J.: Huumeet ja koululaiset. Tuloksia Kouluterveyskyselystä 1996 – 2000. Stakes Aiheita-monistesarja 25/2000.

Nummelin R., Luopa P., Rimpelä M. & Jokela J. Kouluterveyskysely Helsingissä vuosina 1995 – 2000. Katsaus kyselyyn ja sen tuloksiin. Helsingin opetusviraston julkaisusarja A7:2001.

Nummelin R., Rimpelä M., Luopa P., Stubbe J. & Jokela J. Seksuaalikasvatus helsinkiläisten yläasteiden haasteena. Helsingin kaupungin opetusviraston julkaisusarja A9:2000.

Rimpelä M., Jokela J., Luopa P., Liinamo A., Huhtala H., Kosunen E., Rimpelä A. & Siivola M.: Kouluterveys 1996 -tutkimus. Kouluviihtyvyys, terveys ja tottumukset. Perustulokset yläasteilta ja kaupunkien väliset erot. Stakes Aiheita-monistesarja 40/1996.

Beställning av Stakes-publikationer:

Publikationerna levereras per post.

Telefonbeställningar på numret (09) 3967 2190 eller telefonsvarare (09) 3967 2308, telefax (09) 3967 2450, e-post: orders@stakes.fi
www.stakes.fi/julkaisut

Internetadresser:

<http://www.stm.fi/suomi/hankkeet/hanke01fr.htm>, information om det nationella alkoholprogrammet och genomförandet av det

<http://www.stakes.fi/neuvoa-antavat>, portalen innehåller bland annat följande information:

- diskussionsforum
- strategier, projekt och vårdplatser
- arbetsredskap, metoder och utvärderingar
- information om evenemang och utbildning
- lagstiftning
- finansiering (anvisningar och ansökningsblanketter för anslaget för hälsofrämjande)
- undersökningar, statistik och publikationer (länkar till statistiska rapporter och publikationer)
- registrerings- och responsformulär
- länkar och tekniskt stöd

<http://www.stakes.fi/kouluterveys/nettinuori>

<http://www.stakes.fi/kouluterveys/tarkemmin.htm>

- länkar till tabeller och nätpublikationer

<http://www.a-klinikka.fi>

<http://www.health.fi> (hemsida för Centret för hälsofrämjande)

<http://www.tietosuoja.fi>

**SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN OPPAITA
SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS HANDBÖCKER
HANDBOOKS OF THE MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH
ISSN 1236-116X**

- 2002: 1 Handbok om arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte.
ISBN 952-00-1121-8
- 2 Utkomststöd. Handbok för tillämpning av lagen om utkomststöd.
ISBN 952-00-1138-2
- 3 Päihdepalvelujen laatusuosituksset.
ISBN 952-00-1198-6
- 4 Kvalitetsrekommendation för missbrukarvården.
ISBN 952-00-1199-4