

Kaukonen Olavi 2005. Torjunta vai poisto? Päihdepalvelujen kehitys laman jälkeen. Yhteiskuntapolitiikka 70 (2005):3. 311-322.

Olavi Kaukonen käsittelee artikkelissaan päihdepalvelujärjestelmässä tapahtuneita muutoksia 1990-luvun laman jälkeisessä Suomessa erityisesti erityispalveluina tuotettujen päihdepalvelujen saatavuuden kehityksessä. Hän luo katsauksen hyvinvointipolitiikan ja syrjäytymismekanismien muutoksiin ja arvioi, mitä mahdollisuuksia palvelujärjestelmällä on ehkäistä sosiaalista syrjäytymistä muuttuneissa tilanteissa.

Kaukonen puoltaa muun muassa matalan kynnyksen lähipalvelujen hyödyllisyyttä ja erityisesti moniongelmaisten ja vakavimmin päihdeongelmaisten kokonaisvaltaisten palvelujen saatavuutta yhden luukun periaatteella. Hoidon saatavuus on suomalaisessa päihdepalvelujärjestelmässä vaikeutunut: järjestelmä sisältää rakenteellisia torjunta- ja jopa poistomekanismeja, jotka valikoivat ja syrjäyttävät erityisesti huono-osaisimpia asiakkaita. Erityisesti huono-osaisimmilla asiakkailta on entisestään kasvanut riski jäädä päihdepalveluverkon ulottumattomiin. Näitä huono-osaisimpia ovat muun muassa mielenterveysongelmista kärsivät päihdeongelmaiset, vankilatuomion saaneet lainrikkoajat ja pitkäaikaistyöttömiksi jääneet, joiden elämäntapaan päihteet liittyvät tiiviisti. Näiden ryhmien saaminen kuntoutuksen piiriin olisi yksilöllisesti, yhteiskunnallisesti ja kokonaistaloudellisesti erityisen kannattavaa, koska vaihtoehtokustannukset hoitamatta jättämisestä muodostuvat korkeammiksi kuin pystyvimmillä tai sosiaalisemmilla päihdeongelmaisilla.

Kaukonen toteaa, että päihdetyö ja –palvelut ovat siirtyneet yhä enemmän järjestöjen vastuulle, ja kuntien sisältö- ja tilaaja-osaaminen on sitä mukaa heikentynyt. Yhä lyhyempiä laitoshoidotkokoja saavat yhä harvemmat asiakkaat ja avohoito valikoi sosiaalisempia päihdeongelmaisia. Perinteisillä informaatio-ohjauksen menetelmillä (yhteistyö, verkostoituminen, palveluohjaus) ei pystytä poistamaan rakenteellisia torjuntamekanismeja päihdepalvelujärjestelmässä. Tarvitaan myös resurssiohjausta, sekä kuntien että valtion ohjausotteiden terävöittämistä. Tärkeää on myös asiakkaiden palveluoikeuksien vahvistaminen ja toisaalta päihdepalvelujen paikan uudelleen määrittäminen lähemmäksi yleistä sosiaali- ja terveyspolitiikkaa ja sen arvopohjaa.

Sosiaalialan kehittämissuunnitelmaan liittyvässä päihdepalvelujen kehittämishankkeessa (STM/ISO 1.2.-31.12.2005; Makkonen 2005) tehtyjen selvitysten pohjalta Kaukonen esille nostamat kysymykset ja havainnot nostavat esille muun muassa seuraavanlaisia pohdintoja:

Yhden luukun periaate ja moniongelmaiset asiakkaat

Etelä-Savon ja Pohjois-Karjalan maakuntien selvityksissä etenkin kaksois- ja kolmoisdiagnoosiasiakasryhmä tulee selkeästi esille. Tämän ryhmän ”pompottelu” palvelujärjestelmässä luukulta luukulle näyttää olevan ilmeistä. Kokonaisnäkemys ja –vastuu näiden asiakkaiden hoidosta ja kuntoutuksesta puuttuu usein, samoin kuntien päihdetyön henkilöstön osaaminen erityisen moniongelmaisen asiakaskunnan kanssa. Kun mielenterveysongelmiin liittyy päihderiippuvuus ja sitä mukaa moniulotteinen lääkkeiden ja alkoholin sekakäyttö, on hoidontarpeen arviointi ja jatkohoidon suunnittelu/toteutus usein erittäin haasteellista. Yhä monimutkaisemmilla käyttötaustoilla ja elämänhallinnan ongelmilla tulevat asiakkaat kohtaavat usein hyvin epäsystemaattisen ja jopa ”pärstäkertoimen” mukaan tapahtuvaa hoidontarpeen arviointia. Asiakasta hoidetaan ”kilon kimpaleina”, mielenterveyttä siellä ja päihdeongelmaa täällä. Usein muun elämänhallinnan ongelmat, kuten asuminen, toimeentulo, työllistyminen ym. jäävät kokonaan hoitamatta. Näyttääkin siltä, että Kaukonen kuvaamat torjuntamekanismit ovat usein päihdepalvelujen arkipäivää.

Yhden luukun periaatteen toteutumiseksi tarvittaisiin hyvin kokonaisvaltaista kuntien päihdepalvelujärjestelmän koordinoitua, systematisointia ja järkiperäistämistä. Palvelupisteet niin julkisella sektorilla kuin järjestöissäkin toimivat erillään, päällekkäisesti ja toisistaan tietämättöminä. Paljon voimavaroja ja resursseja tuhlautuu sirpalemaisessa toimintajärjestelmässä. Verkostoyhteistyöstä puhutaan paljon, mutta käytännössä se on usein sanahelinää.

Vaikeasti päihdeongelmaiset näyttävät olevan etenkin katkaisu- ja vieroitushoidon ”pyöröovijoukkoa”. He ovat asiakkaita, jotka kerta toisensa jälkeen uusiutuvasti tarvitsevat akuuttia laitostatkaisuhoidoa. Lyhyen, pari kolme päivää kestävä fyysisen katkaisuhoito keinoin ei varsinaiseen päihderiippuvuuteen pystytä vaikuttamaan lainkaan. Sama asiakas uusii katkaisuhoitoja usein vuodesta, jopa vuosikymmenestä toiseen, eikä asiakkaan elämäntilannetta ja muita palvelutarpeita välttämättä missään vaiheessa kartoiteta lainkaan.

Moniongelmaisten asiakkaiden ”välimallin” palvelurakenteet laitos- ja avokuntoutuksen välimaastossa ovat puutteellisia ja niitä peräänkuulutetaan kunnissa. Tarvittaisiin päiväkeskustyyppisiä toimintamuotoja, päiväkatkaisuhoidoa, toiminnallisia ja yhteisöllisiä paikkoja ja toimintatapoja, joissa tuettaisiin asiakkaiden kokonaisvaltaista elämänhallintaa arjen perustaidoista asumiseen, toimeentuloon ja mielekkääseen tekemiseen saakka. Elämän mielekkääksi ja itsensä tarpeelliseksi kokeminen, yhteen kuuluminen ja osallisuus lienevät asioita, joita erityisesti päihdetyössä tulee nostaa esille. Tällaiset ”välimallin” palveluratkaisut eivät välttämättä edellyttäisi suuria taloudellisia investointeja, pikemminkin tahtotilaa, koordinoitua ja moniulotteista yhteistyötä julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoiden välillä.

Matalat kynnykset ja hoitoon valikoituvuus

Läänien peruspalvelujen arvioinneissa todetaan jonojen ja hoitoon pääsyn esteiden olevan erityisesti suurten kaupunkien ilmiöitä. Haja-asutetuilla ja maaseutumaisilla alueilla, kuten Lapissa ja Itä-Suomessa hoitoon pääsy näyttää toteutuvan jopa hyvin. Tämän väitteen lähempi tarkastelu tuntuu kuitenkin tarpeelliselta. Hoidontarpeen arviointeihin ja hoidon porrastukseen liittyy kunnissa paljon eritasoisia priorisointia ja valikointia. Etenkin päihdehuollon laitoshoidojen määrärahat ovat tiukassa, ja hoitoon pääsevätkin pääsääntöisesti ja myös perustellusti nuoret ja odottavat äidit. Yksikin huumehoitoa tarvitseva voi nielaista kerralla koko pienen kunnan päihdebudjetin ja näyttääkin siltä, että alkoholi-ehdoiset hoidot jäävät usein huumehoitojen varjoon.

Hoitoon valikoitumisessa törmää usein motivoitumattomuus-diskurssiin. Sosiaaliterapeuttiseen ja dialogiseen, annetuille hoitoajoille perustuvaan hoitoon sopeutumattomat, kyvyttömät tai haluttomat asiakkaat saattavat leimautua motivoitumattomiksi, eivätkä näin ollen tule hoitoa saamaan. ”Kaikki motivoituneiksi arvioidut saavat kyllä hoitoa” –on kuitenkin yleinen lause hoitoon pääsyyn liittyen. Kuka arvioi motivoitumisen asteen? Mihin asiakkaan pitäisi olla motivoitunut? Millä motivaatiota mitataan ja kuka sen tekee? Tutkimusten mukaan on näyttöä siitä, että hoitomotivaatio syntyy ja vahvistuu vasta hoidon kuluessa. Voi olettaa, että motivaatio-vaade on yksi olennainen kynnys nolla-promillerajojen lisäksi hoitoon valikoitumisessa ja hoitoon pääsemisen esteissä. Kertooko motivoitumattomuus-puhe siis pikemminkin hoitojärjestelmän kuin asiakkaan motivoitumattomuudesta?

Informaatio-ohjauksesta

Kaukosen havainnot informaatio-ohjauksen, kuten verkostotyön ja palveluohjauksen tehottomuudesta etenkin rakenteellisten, poistomekanismeihin perustuvien palvelujärjestelmän toimimattomuusongelmien ratkaisemisessa ovat mielenkiintoisia ja osuvia. Päihdeongelma ja myös sen hoito palautetaan asiakkaaseen tai työntekijään, ja rakenteisiin kytkeytyvät ja kätkeytyvät mekanismit pysyvät piilossa. Näin myös kehittämistyössä haaskataan panoksia ja voimavaroja helposti toisarvoiseen. Päihderiippuvuuden syntyminen ja kehittyminen ei useinkaan johdu informaation puutteesta, siihen vaikuttavat syyt lienevät luonteeltaan psyko-fyysis-sosiaalisia, myös kulttuurisia. Sen vuoksi pelkästään sosiaaliset tai terveydelliset näkökulmat ovat myöskin riittämättömiä päihdetyön ja – palvelujen kehittämisessä. Laaja-alaisempi ja kokonaisvaltaisempi päihderiippuvuusproblematiikan ja päihdetyön luonteen ymmärrys, sisällön osaaminen näyttää olevan kuntien päihdepalveluissa kadoksissa. Se on ymmärrettävääkin, sillä päihdeasia on kuin ameeba, kaikkialle yhteiskunnan rakenteisiin ja toimintoihin, koko ihmisen elämänkaaren vaiheisiin syntyvästä lapsesta vanhuuteen ulottuva ilmiö, josta on vaikeaa saada hahmoa ja otetta.

Palvelujärjestelmän ulkopuolelle jäävät päihdeongelmaiset

Itä-Suomen selvityksissä nousee esille se päihdeongelmaisten mittava joukko, joka ongelmistaan huolimatta jää tai jättäytyy päihdepalvelujärjestelmän ulkopuolelle. Nämä ihmiset ovat esimerkiksi vaikeasti päihdeongelmaisia ja nuoria huumeiden käyttäjiä, jotka eivät syystä tai toisesta ole välttämättä koskaan olleet julkisen palvelujärjestelmän piirissä. Heitä kohdataan kolmannen sektorin ja seurakuntien toiminnoissa. Näissä pisteissä mahdollistuvat usein matalan kynnyksen periaatteet, ne ovat paikkoja joihin voi tulla ”sellaisena kuin on”. Kolmannen sektorin ja seurakuntien työntekijät viestivät päihdeongelmaisten suuresta tarpeesta keskusteluihin ja elämänhallinnan kokonaisvaltaiseen selvittelyyn. Julkisen palvelujärjestelmän piiriin menemisessä on kynnyksiä: asiakaspalautte kertoo mm. että katkaisu- ja vieroitushoitoon ei uskalla mennä, koska ”ei ole tarpeeksi arvokas hoitoon”. Koetaan myös, että pelkästään fyysinen katkaisu on riittämätöntä, suurimmat elämän ongelmat kun ovat jossain aivan muualla. Kielteiset asenteet, hoidosta käännätyttämiset ja vuodeosastojen tai psykiatristen sairaaloiden ns. ”oikeiden” potilaiden joukossa saadut hoitokokemukset voivat olla ahdistavia, ja muodostavat kynnyksiä tai suoranaisia esteitä hoitoon hakeutumiselle jatkossa.

STM- päihdepalvelujen kehittämishankkeessa syvennetään jatkossa asiakkaiden kokemuksia katkaisu- ja vieroitushoidostaan. Tähän saakka voidaan todeta, että erityisesti naisilla hoitoon hakeutuminen on usein pitkällisen prosessoinnin tulos: häpeä, syyllisyys ja pelko muun muassa lasten huostaanotosta estää naisia ja äitejä hakemasta apua ajoissa. Usein katkaisuhoidon hakeudutaan näistä syistä hyvin viime vaiheissa, ystävän tai sukulaisen toimesta. Herää kysymys katkaisuhoidon ja päihdepalvelujärjestelmän sukupuolisokeudesta, huomioidaanko järjestelmässä riittävästi sukupuolten eroja, asiakkaiden välisiä eroja ylipäätään?

Avo- ja lähipalvelujen kysymykset

STM kehittämishankkeen pilottimaakunnissa kunnat suosivat yleisesti ajatusta katkaisu- ja vieroitushoitopalvelujen, samoin huumehoidon keskittämisestä ja siirtämisestä kokonaan pois terveyskeskuksista. Näin lähi- ja peruspalveluperiaatteet eivät toteudu, ja etenkin harvaan asutuilla alueilla palveluihin pääseminen vaikeutuu entisestään. Toisaalta suuntauksen suosiminen on ymmärrettävää, kun huomioi terveyskeskusten usein kaaosmaiset tila-voimavara- ja henkilöstöresurssikysymykset. Ylipaikoille ja tupaten täyteen ahdetut vuodeosastot, yhä vaikeampien dementia- ym. vuodepotilaiden hoito ja alimitoitettujen kuntien hoitohenkilökunnat ovat realiteettia, jotka vaatisivat kehittämistä ilman että päihdepotilaiden tilanteista vielä puhuttaisiinkaan.

Puoltavia kannanottoja muiden potilaiden joukossa hoidettavista katkaisu- ja vieroitushoitolaisista, tai edes paikallisten terveyskeskusten kehittämisistä esimerkiksi seudullisesti, muiden kuntien kanssa yhteistyössä ei ole juurikaan kuulunut henkilöstöhaastatteluisissa tai –kannanotoissa. Kysymys lähipalvelujen turvaamisesta vaikuttaa siis ongelmalliselta, jos kuntien tahtotila on aivan muuta kuin valtakunnalliset suositukset. Erillisten katkaisuasemien tai päihdeosastojen perustaminen psykiatrisiin sairaaloihin tai suurimpiin kaupunkeihin vie palvelut pienten kuntien asukkaiden ulottumattomiin ja lisää alueellista eriarvoisuutta. Niilläkin on omat etunsa, varsinkin pitkäaikaista hoitoa ja kuntoutusta ja moniosaamista vaativien asiakkaiden kohdalla. Ensikertalaisten ja kevyemmällä hoitotoimenpiteillä autettavissa olevien päihdeasiakkaiden asioissa tällaiset raskaat rakenteet voivat kuitenkin olla turhan kalliita, asiakasta leimaavia ja kokonaisvaltaisen elämäntilanteen kannalta tarpeettomia. Miten kokonaisvaltainen, palveluketjumallinen ajatus inhimillisestä ja ihmiskasvoisesta, asiakaslähtöisestä päihdepalvelusta nähtäisiin tavoittelemisen arvoisena kunnissa?

Päihderiippuvuuden ja –palvelujen kokonaisvaltaisen luonteen ymmärtämisestä

Kaukonen toteaa päihdepalvelujen medikalisoitumista ja sitä, kuinka tärkeää on sosiaali- ja terveyspolitiikan palauttaminen päihdepalvelupolitiikkaan: kyse on huono-osaisimpien suhteellisen aseman kohentamisesta palvelujen keinoin. Hyvinvointipalvelujen ydin on hyvinvointivajeiden kompensoiminen, eikä valikointi ole perusteltua. Päihdepalvelututkimus ja

marginaalisosiaalityö on palautettava siis temaattisen kiinnostuksen kohteeksi valtakunnallisesti ja paikallisesti.

Päihdepalvelut ja niiden kehittäminen näyttää olevan nyt nousemassa keskusteluihin ja priorisointeihin Etelä-Savossa ja myös Pohjois-Karjalassa. Ongelmien tiedostaminen ja elämänkaariajattelun juurtuminen kuntien palvelujärjestelmään on kuitenkin hyvin hitaalta tuntuvaa arvo- ja asennemuutosta. Tuntuu että vain pakon sanelemana päihdetyön kehittämiseen tartutaan. Usein päihdetyöhön resurssoinen on kuin nollasummajäätä kuntataloudessa: jos siihen satsataan, se on poissa esimerkiksi lastensuojelusta tai vanhustenhuollosta? Kokonaisvaltainen näköala puuttuu valitettavan usein, ja päihdeasiakkaiden hoitamatta jättämisen välillisiä vaikutuksia ei hahmoteta.

Sosiaalisen ja sosiaalityön merkitys päihdetyössä tuntuu olevan kadoksissa, päihderiippuvuuden mekanismeja ja sosiaalista luonnetta ei nähdä, vaan ihmisen fyysisiä ja mentaalisia oireita hoidetaan muusta elämästä irrallaan. Medikalisoitumiseen liittyy myös diagnosointi. Palveluja saadakseen henkilöllä on oltava jonkinlainen diagnoosi, joka usein jää kulkemaan ihmisen mukaan leimaamaan loppuelämää? "Kokonainen" ihminen päihdepalvelujärjestelmään tullessaan pilkkoutuukin kaksois-, kolmois- jopa nelosdiagnooseiksi. Ns. sosiokulttuurisen päihdetyön osaaminen tulisi olla sosiaalityön ytimessä: yksilö nähdään yhteisöjensä ja yhteiskunnan jäsenenä, tavoitteena osallisuuteen ohjaaminen, voimavaralähtöinen asiakastyö, verkostoyhteistyö ja asiakkaan arkeen jalkautuminen. Sosiaalipalveluilla tulisi olla koordinaattorin rooli ja kokonaisvastuu psykososiaalisen hoidon ja kuntoutuksen turvaamisesta. Mutta kuka tutkii päihdepalvelurakenteiden poistomekanismeja? Miten löydetään, tavoitetaan ja saavutetaan ne usein kaikkein huono-osaisimmat, alkoholin suurkuluttajat ja huumeongelmaiset, jotka jäävät tai jättyvät palvelujärjestelmän ulkopuolelle?