Arviolta 13 miljardia euroa vuodessa - päihdehaitat kuormittavat sotehenkilöstöä ja koko yhteiskuntaa

Mika Arramies

OPINNÄYTETYÖ
Marraskuu 2024

Sosionomin tutkinto-ohjelma
22ASO

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu

Sosionomin tutkinto-ohjelma

ARRAMIES, MIKA:

Arviolta 13 miljardia euroa vuodessa -päihdehaitat kuormittavat sotehenkilöstöä ja koko yhteiskuntaa

Opinnäytetyö 50 sivua

Marraskuu 2024

Vuosittaisten päihdehaittakulujen on uutisoitu Suomessa olevan miljardista aina 13 miljardiin euroon asti. Mistä näin huomattavat erot arvioissa ja laskelmissa syntyvät ja millä tavoin päihteet ja niiden tuottamat haitat vaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon sektorilla ja ammattilaisten arjessa? Onko kustannus- ja soteresurssisäästöjä mahdollista saada sillä, että päihdehoitojärjestelmä alkaisi tuottaa merkittävästi parempaa virtausta asiakasohjausprosesseissa sekä hoitovaikuttavuutta päihdehoitotyössä?

Opinnäytetyössä käytettiin narratiivista menetelmää. Narratiivinen kommentoiva kirjallisuuskatsaus sopii laajojen asioiden yksinkertaistettuun osatarkasteluun niin, että aiheen kokonaiskuva on helppo hahmottaa. Narratiivinen ote pyrkii helppolukuiseen ja kertovaan lopputulokseen. Opinnäytetyössä tarkasteltiin, miten eri sektorien haitat kuormittavat näiden sektoreiden toimintaa ja sitä kautta koko yhteiskuntaa.

Opinnäytetyössä eritellään tekijöitä, jotka vaikuttavat päihdehaittojen kokonaiskustannuksiin. Näitä ovat esimerkiksi lastensuojelun, terveydenhuollon ja rikosseuraamuslaitoksen kulut. Työssä tarkastellaan myös, miten Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) virallisesti ilmoittamat kokonaiskustannukset eroavat hajanaisista lähteistä kerätyistä tiedoista. Asiakasvirtausmallien visualisointi Lean-filosofian mukaisesti paljastaa merkittäviä eroja hyvinvointialueiden asiakasohjausjärjestelmien vaikuttavuudessa. Tehokas asiakasvirtaus johtaa nopeampaan hoitoon pääsyyn.

Parantamalla asiakasohjausprosessien virtausta ja päihdehoidon vaikuttavuutta voitaisiin saavuttaa merkittäviä kustannus- ja resurssisäästöjä. Nämä parannukset voisivat tuottaa julkiselle ja yksityiselle sektorille miljardien säästöt vuodessa ja vastaavasti vähentää merkittävästi sosiaali- ja terveydenhuollon sekä oikeus- ja rikosseuraamushenkilöstön resurssitarpeita ja kuormitusta.

Asiasanat: Alkoholi, huumeet, lastensuojelu, päihdehaittakustannukset, soteresurssit, terveydenhuolto

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu

Tampere University of Applied Sciences

Degree Programme in Social Services

ARRAMIES, MIKA:

Estimated 13 billion euros per year - substance abuse harms burden healthcare personnel and the entire society

Bachelor's thesis 50 pages

November 2024

The annual costs of substance abuse-related harms in Finland have been reported to range from one billion to as much as 13 billion euros. What causes such significant differences in estimates and calculations, and how do substances and their associated harms impact the social and healthcare sectors and the daily lives of professionals? Is it possible to achieve cost and resource savings in social and healthcare by significantly improving the flow of client guidance processes and the effectiveness of substance abuse treatment?

The thesis employed a narrative method. A narrative literature review is suitable for simplified partial examination of broad issues, making it easy to grasp the overall picture of the topic. The narrative approach aims for an easy to read and storytelling outcome. The thesis examined how the harms of different sectors burden the operations of these sectors and, consequently, the entire society.

The thesis identifies factors that affect the total costs of substance abuse-related harms. These include, for example, the costs of child protection, healthcare, and the criminal sanctions agency. The study also examines how the total costs officially reported by the Finnish Institute for Health and Welfare (THL) differ from data collected from fragmented sources. Visualizing client flow models according to Lean philosophy reveals significant differences in the effectiveness of client guidance systems in different welfare areas. Efficient client flow leads to faster access to treatment.

By improving the flow of client guidance processes and the effectiveness of substance abuse treatment, significant cost and resource savings could be achieved. These improvements could generate billions in savings annually for both the public and private sectors and significantly reduce the resource needs and burden on social and healthcare, as well as justice and criminal sanctions personnel.

Keywords: Alcohol, child protection, drug abuse, healthcare, substance abuse costs, social and healthcare resources

SISÄLLYS

1 JOHDANTO 4
2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHTA JA LÄHDEAINEISTO 5
3 PÄIHDEHAITTAKULUJEN UUTISOINTIA JA TUTKIMUSTA 7
3.1 Päihdehaittakulut kumuloituvat yhteiskunnan eri osa-alueille 7
3.2 Päihteet merkittävin tekijä huostaanottojen määrään 7
3.2.1 Lastensuojeluilmoitusten ja huostaanottojen määrästä 8
3.2.2 Joka kuudennesta lapsesta lastensuojeluilmoitus v. 2023 ... 9
3.2.3 Huostaanotoista kuormitusta kaikille 10
3.2.4 HuosTa-hankkeen selvitys päihteet, perhe ja huostaanotot 10
3.2.5 Lastensuojelun ja huostaanoton kustannuksia 11
3.2.6 Huostaanotoista ja päihdepalveluista 12
4 PÄIHDEHAITAT KUORMITTAVAT TERVEYDENHUOLTOA 14
4.1 Päihdehaittakulujen uutisointia ja tutkimusta 14
4.2 Terveydenhuolto kuormituksessa päihteiden takia 14
4.2.1 Alkoholin tuottamista liitännäissairauksista 15
4.2.2 Päihderiippuvuuden liitännäissairaudet kansantautejamme 16
5 VANKEINHOIDON KUSTANNUKSET PÄIHDEONGELMISTA 17
6 PÄIHDEHAITTAKUSTANNUKSIEN TILASTOJA JA SELVITYKSIÄ .. 19
6.1 Päihdehoitopalvelujen saaminen laskee haittakustannuksia 19
6.2 THL:n julkaisemia päihdehaittakustannuksia v. 2011–2023 20
6.3 Mitä jos laskisimme toisin? Ehyt ry:n selvitys kustannuksista 22
6.4 Päihdehaittakustannuslaskelmissa isoja ristiriitaisuuksia 23
7 PALVELUOHJAUKSIEN PROSESSIVIRTAUKSEN KUVAUKSIA 27
7.1 HVA asiakasvirtausprosessin tarkastelua 27
7.2 Päihdeongelmaisen hoitoonohjausprosessin arvovirtakuvaus 28
7.3 Palveluohjauksen kuvaus -hoitoon miepä-tiimin kautta 29
7.4 Päihderiippuvaisen hoitoonohjausprosessien kuvauksia 32
7.5 LEAN ja kahdeksan hukkaa 35
8 PÄIHDEHOITOJEN VAIKUTTAVUUS JA LAATU 39
8.1 Hoidon vaikuttavuudella on merkittävä vaikutus kustannuksiin 39
8.2 Hallitusohjelman 2023 kirjauksia 40
8.3 Pirhan päihdepalvelujen toimivuus ja vaikuttavuus 41
9 POHDINTA 42
LÄHTEET 46

1 JOHDANTO

Päihteiden käyttö ja siitä johtuvat haitat ovat laaja-alainen yhteiskunnallinen ongelma. Huolimatta haittojen laajuudesta, päihdehaittojen kustannusten koostumusta on tutkittu yllättävän vähän. Tämä vaikeuttaa kustannustehokkaiden ratkaisujen löytämistä ja säästöjen aikaansaamista. Tässä opinnäytetyössä pyrin selvittämään uutisoinnin ja tutkimusten avulla, mistä eri tekijöistä päihteiden aiheuttamat kustannukset koostuvat ja miten ne kuormittavat sosiaali- ja terveydenhuoltoalan henkilöstöresursseja. Tavoitteena on tunnistaa ja havainnollistaa keskeiset sote-kuormitustekijät, jotta palveluita voitaisiin kehittää tehokkaammiksi ja sotehenkilöstöä vähemmän kuormittaviksi.

Vuoden 2023 alussa toteutettiin sosiaali- ja terveyspalvelujen hallinto- ja rakenneuudistus, jonka yhtenä tavoitteena oli hillitä kasvavia sotekustannuksia. Tehostamistarve korostuu entisestään väestön ikääntyessä ja työikäisen väestön supistuessa. Laadukkaiden, vaikuttavien ja kustannustehokkaiden palveluiden kehittäminen on välttämätöntä, jotta tulevaisuuden haasteisiin voidaan vastata.

Erityisesti lastensuojelupalvelut sekä terveydenhuollossa teho-osastohoito, päivystys, ensihoito, sisätaudit, kirurgia ja perusterveydenhuolto ovat jatkuvan kuormituksen alla päihteiden käytön vuoksi. Myös turvallisuus- ja pelastusalat kuormittuvat merkittävästi. Vastuu päihdepalveluista siirtyi vuoden 2023 alusta kunnilta hyvinvointialueille. Uudistuksen tavoitteena oli integroida sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja tarjota asiakkaille tarpeenmukaista hoitoa, hoivaa ja kuntoutusta niin, että ihminen on keskiössä ja järjestelmä häntä ja hänen tarpeitaan varten.

Opinnäytetyöni on kommentoiva narratiivinen kirjallisuuskatsaus sosiaali- ja terveysalaan. Se toimii pohjana aiheen myöhemmälle, laajemmalle ja tarkemmalle tarkastelulle ja tutkimukselle.

2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHTA JA LÄHDEAINEISTO

Vuodesta 2001 olen tehnyt yhteiskunnallista vaikuttamistyötä laadukkaan päihdehoitojärjestelmän kehittämiseksi ja saamiseksi Suomeen. Vuodesta 2005 olen toiminut päihdehoidon ammattilaisena sosiaalialan yrityksessä, tehden ohjaus- ja johtamistyötä. Itsekin toipuneena päihderiippuvaisena olen usein miettinyt, miksi päihteiden tuottamien ongelmien ja päihdehaittakustannusten uutisointia, tilastointia, tutkimusta ja julkista keskustelua on niin vähän, vaikka yhteiskunnalliset päihteiden tuomat ongelmat ovat niin valtavat? Olisiko mahdollista vapauttaa sote-henkilöstön resursseja kehittämällä hoito- ja kuntoutusjärjestelmää vaikuttavuustiedon avulla? Miten hyvinvointialueiden palveluohjaus ja vaikuttaviin hoitoihin pääsy toimivat käytännössä?

Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelmassa Vahva ja välittävä Suomi (2023) kiinnitetään huomiota päihderiippuvuuden ja rahapeliriippuvuuden hoidon vaikuttavuuden parantamiseen (Hallitusohjelma 2023):

- huomioidaan ja turvataan asiakkaiden tarpeita vastaavat erilaiset vaihtoehdot päihdehoitomalleihin. Kehitetään raskaana olevien päihteitä käyttävien naisten hoitoa.
- lisätään raittiuteen tähtäävä vaikuttavaa lääkkeetöntä, toipumisorientoituneen mallin käyttöä. Luodaan kansalliset laatustandardit koulutukseen ja päihdehoitoihin ja seurataan päihdehoidon vaikuttavuutta.
- kiinnitetään erityistä huomiota nuorten huumeidenkäytön ehkäisyyn ja nuorten huumekuolemien vähentämiseen. Arvioidaan erikseen hallituskauden aikana tarvittavat lisätoimet.
- puututaan ylivelkaantumiseen ja rahapelihaittoihin varhaisessa vaiheessa. Varmistetaan hoidon saatavuus peliriippuvaisille huomioiden myös etäpalvelut. (Hallitusohjelma 2023, 32.)

Opinnäytetyöni tarkoitus on tarkastella päihteiden yhteiskunnallisia haittoja ja niistä aiheutuvia päihdehaittojen kustannuksia, vertailla tilastojen ja laskelmien ristiriitoja, tarkastella joitain asiakasohjausprosesseja ja visualisoida niitä Lean-filosofian mukaisesti sekä tuoda yksinkertaisin esimerkein esille, miksi hoitopalvelun vaikuttavuus ja sen mittaaminen on tärkeää.

Hyödynnän opinnäytetyössäni kommentoivaa narratiivista menetelmää (Salminen 2023, 8) kuvaamaan aihekokonaisuuksia. Tarkoituksena on yksinkertaistaa ja havainnollistaa kokonaisuuksien osia, samalla pitäen fokuksen kokonaisuudessa. Kommentoiva narratiivinen menetelmä pyrkii helppolukuiseen ja kertovaan lopputulokseen. Kommentoivan kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on olla keskustelua herättävä eikä sellaisen tekijälle metodi ja työn objektiivisuus ole tiukkaan rajattu (Salminen 2023, 8).

3 PÄIHDEHAITTAKULUJEN UUTISOINTIA JA TUTKIMUSTA

3.1 Päihdehaittakulut kumuloituvat yhteiskunnan eri osa-alueille

Tarkastelen opinnäytetyössäni päihdehaittojen uutisointia ja tutkimusta 2010-luvulta lähtien. Keskityn erityisesti sote-henkilöstöä kuormittaviin ja yhteiskunnallisiin tekijöihin. Päihdehaitat ja niistä aiheutuvat kustannukset kasautuvat kaikille yhteiskuntaan.

Tarkastelen uutis-, tilasto- ja tutkimusaineiston kautta, onko arvio 13 miljardin euron vuotuisista yhteiskunnallisista päihdehaitoista realistinen ja miten THL:n viralliset tilastot eroavat muista arvioista. Tarkastelen päihteiden haittoja ja haittakustannuksia seuraavilla osa-alueilla:

a) Lastensuojelu ja huostaanotot
b) Terveydenhuolto
c) Rikosseuraamuslaitos, turvallisuusala ja rikollisuus
d) Päihdehaittakulujen tutkimus, tilastointi ja euromäärät

3.2 Päihteet merkittävin tekijä huostaanottojen määrään

Päihteiden käytön vaikutuksia sosiaalialalla voidaan havainnollistaa tarkastelemalla lastensuojelua ja huostaanottoja. Lastensuojeluilmoitukset ja huostaanotot ovat merkittävä sosiaalityön resursseja vaativa tekijä. Ylen kyselyssä (Joensuu 2020) 13 kunnan ja kuntayhtymän edustajille selvisi, että vanhempien päihteidenkäyttö on yleinen syy lapsen huostaanotolle.

Ylen artikkelissa Porin lastensuojelun päällikkö Leila Linnainmaa totesi, että suurimmassa osassa huostaanottoja on syynä päihteet, ja erityisesti kannabiksen käyttö on lisääntynyt (Joensuu 2020). Artikkelissa on mielenkiintoinen piirre, joka heijastaa päihdeongelmien käsittelyä yhteiskunnassamme. Päihteiden käyttöä usein vähätellään ja ongelmia kielletään. Ylen artikkelissakin otsikkoa muutettiin ja tarkennettiin jälkikäteen, vaikka kyselyn tulokset osoittivat päihteiden olevan merkittävin syy huostaanottoihin. Tämä herättää kysymyksen, miksi asiaa ei tut-

kita ja selvitetä laajemmin, jotta huostaanottojen juurisyihin voitaisiin puuttua tehokkaammin? Tiedon ja tutkimuksen avulla voitaisiin kehittää sekä koulutusta että palvelujärjestelmiä ja siten edistää lasten ja perheiden hyvinvointia.

> *”Juttua korjattu 12.3. klo 11:00: Tarkennettu huostaanottojen yleisimpiä syitä ja muutettu otsikkoa. Otsikossa väitettiin aiemmin, että päihteiden käyttö olisi suurin syy huostaanottoihin. Ylen selvitys ei kuitenkaan kattanut koko Suomea.”* (Joensuu 2020.)

TAULUKKO 1. Ylen kuntakyselyssä selvinneitä huostaanottojen syitä (Joensuu 2020).

Kaupunki	**Huostaanotot, 2018–2019**	**Yleisimpiä syitä**
Jyväskylä	Ei muutosta	Vanhempien päihteiden käyttö, lapsen/nuoren psyykkiset ongelmat
Kokkola	Ei muutosta	Vanhempien tai nuorten päihteiden käyttö
Kuopio	Lisääntynyt	Vanhempien päihteiden käyttö*
Oulu	Vähentynyt	Vanhempien päihteiden käyttö, lapsen mielenterveysongelmat, lapsen pahoinpitely
Pori	Lisääntynyt	Vanhempien ja lasten päihteiden käyttö**
Pieksämäki	Vähentynyt	Vanhempien päihteiden käyttö
Rovaniemi	Lisääntynyt	Vanhempien päihteiden käyttö, mielenterveysongelmat
Savonlinna	Ei muutosta	Vanhempien päihteiden käyttö
Tampere	Lisääntynyt	Vanhempien päihteiden käyttö
Turku	Ei muutosta	Vanhempien ja lasten päihteiden käyttö***
Äänekoski	Ei muutosta	Vanhempien päihteiden käyttö
Eksoten alue (Etelä-Karjala)	Vähentynyt	Vanhempien päihteiden käyttö
Kymsoten alue (Kotka, Kouvola, Hamina)	Lisääntynyt	Vanhempien päihteiden käyttö****

3.2.1 Lastensuojeluilmoitusten ja huostaanottojen määrästä

Suomen kuuden suurimman kaupungin (Helsinki, Vantaa, Espoo, Turku, Tampere ja Oulu) muodostaman Kuusikko-yhteenliittymän työryhmän selvityksen ja raportin mukaan kuutoskaupungeissa tehtiin vuoden 2021 aikana yhteensä 61 638 lastensuojeluilmoitusta (kuvio 1). Lastensuojeluilmoituksen kohteena oli 31 300 lasta eli 9,3 prosenttia kuutoskaupunkien 0–17-vuotiaasta väestöstä.

Palvelutarpeen arviota, joissa selvitettiin lastensuojelun tarve, tehtiin yhteensä 16 342. Lastensuojelun tarve todettiin hieman yli viidenneksessä arvioista. (Kuusikko-työryhmä 2022).

KUVIO 1. Kuutoskaupunkien lastensuojelua lukuina (Kuusikko-työryhmä 2022.)

3.2.2 Joka kuudennesta lapsesta lastensuojeluilmoitus v. 2023

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL julkaisi 2.5.2024 raportin (THL 2024) lastensuojeluilmoitusten määrästä vuonna 2023. Raportista ilmenee, että joka kuudennesta 13–15-vuotiaasta tehtiin lastensuojeluilmoitus vuonna 2023. THL:n tilastoinnin mukaan vuonna 2023 lastensuojeluilmoitusten kasvu oli ollut poikkeuksellisen suurta.

> ”Nuorten pahoinvointi eri indikaattoreilla mitattuna on viime vuosina lisääntynyt. Olisi yllättävää, jos esimerkiksi nuorten lisääntyneet mielenterveyden ongelmat sekä mielenterveys- ja päihdepalveluiden kuormitus eivät heijastuisi myös lastensuojelun palvelujen tarpeeseen”, toteaa THL:n tutkimusprofessori Taina Laajasalo. (THL 2024.)

THL:n tutkimusprofessori Taina Laajasalo tuo esille mielenterveys- ja päihdepalvelujen kuormittumisen heijastavan nuorten lisääntyneitä ongelmia. Laajasalon havainnot ja näkökulma ovat mielenkiintoisia. Pohdintaa ja tarkastelua olisikin syytä tehdä; millaisilla sotepalveluilla saisimme parhaan mahdollisen tuloksen lasten, nuorten, perheiden, sote-henkilöstön kuormituksen sekä työhyvinvoinnin

ja koko yhteiskunnan kannalta aikaiseksi? THL:n vuoden 2023 tilaston mukaan lastensuojeluilmoitus tehtiin 110 000 lapsesta (THL 2024). Tuo määrä vastaa 10,2 prosenttia Suomen lapsiluvusta, joten määrän voidaan katsoa olevan hälyttävän suuri. Kymmenessä vuodessa lastensuojeluilmoitusten määrä on kaksinkertaistunut (THL 2024).

3.2.3 Huostaanotoista kuormitusta kaikille

A-klinikkasäätiön Lasinen lapsuus -tietolähdepalvelu (A-klinikkasäätiö 2024) tarjoaa tukea henkilöille, jotka ovat kokeneet vanhempien päihteidenkäytöstä johtuvia haittoja lapsuudessaan. Lasinen lapsuus on monitasoinen ilmiö, jonka vaikutukset voivat ulottua pitkälle aikuisuuteen ja heijastua esimerkiksi parisuhteisiin ja omaan vanhemmuuteen.

Mira Roineen, Minna Ilvan ja Janne Takalan (2010) toimittamassa raportissa "Lapsuus päihteiden varjossa" todetaan, että työikäisten suomalaisten alkoholinkäyttö lisääntyi merkittävästi vuosien 1994–2005 välillä. Vuonna 2005 alkoholiperäiset syyt olivat työikäisten miesten yleisin ja naisten toiseksi yleisin kuolinsyy. Lisääntynyt päihteidenkäyttö johti myös perheiden ongelmien kasvuun ja huostaanottojen määrän lisääntymiseen. Raportissa todetaan myös, että vanhemman päihdeongelma on yleisin yksittäinen huostaanoton taustalla oleva tekijä (mm. Kalland & Sinkkonen 2001; STM 2003; Myllärniemi 2006).

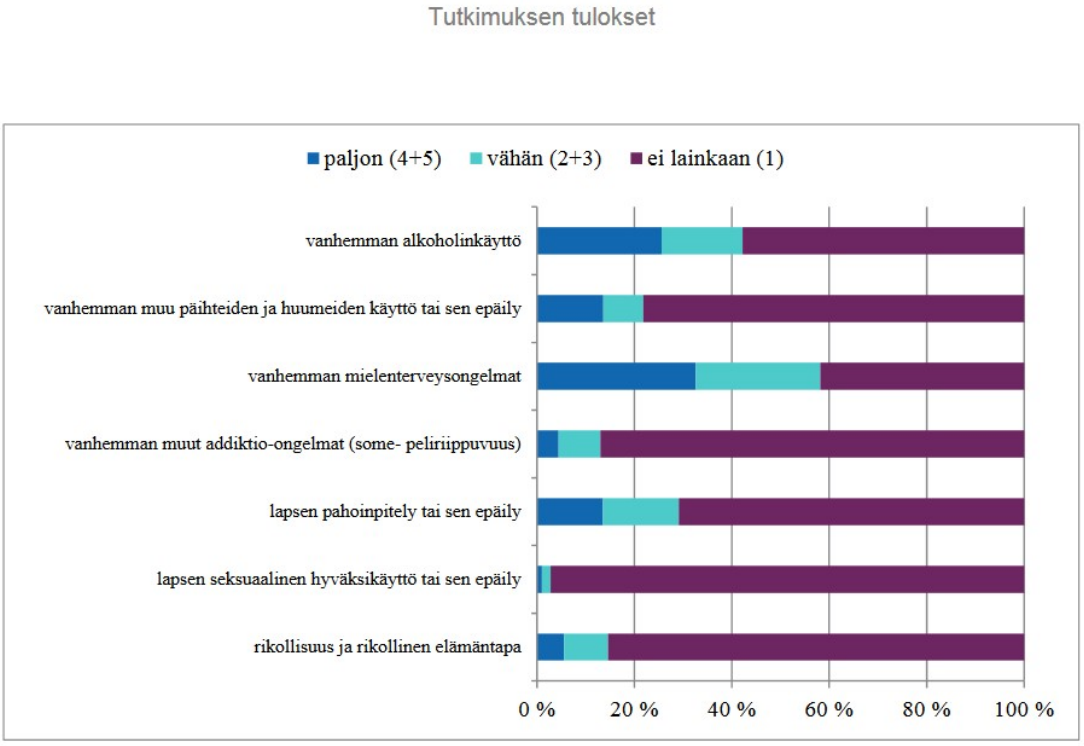
Lasinen lapsuus -kyselyjen (1994 ja 2004) mukaan joka viides suomalainen raportoi lapsuudenkodissaan esiintyneen päihteiden liikakäyttöä. Vuonna 2009 vastaava luku oli jo lähes joka neljäs (23 %) (Ilva, Roine & Takala 2010, 26).

3.2.4 HuosTa-hankkeen selvitys päihteet, perhe ja huostaanotot

Tarja Heinon ja kumppaneiden (2016) raportin mukaan yli 40 % lapsista oli nähnyt vanhemman alkoholinkäyttöä perheessään. Joka neljännen (26 %) lapsen kohdalla alkoholinkäytön arvioitiin vaikuttavan merkittävästi lapsen tilanteeseen

ja sijoituksen taustalla oleviin syihin. Useamman kuin joka viidennen (22 %) lapsen perheessä ilmeni tai epäiltiin vanhemman käyttävän muita päihteitä tai huumeita. 14 prosentilla lapsista tämä oli merkittävä sijoituksen taustalla oleva syy.

Yhteenvetona voidaan todeta, että vanhemman päihteiden käyttö on ollut lapsen sijoituksen ja lastensuojelun puuttumisen taustalla 48 %:ssa tapauksista. Tämä on huomattavan suuri luku, varsinkin kun otetaan huomioon, kuinka vähän asiasta keskustellaan ja kuinka vähän konkreettisia toimenpiteitä ongelman ratkaisemiseksi on tehty.



KUVIO 2. Lapsen vanhempien ongelmalliseen käyttäytymiseen liittyvistä asioista lapsen tilanteen taustalla (Heino ym. 2016, 69–70).

3.2.5 Lastensuojelun ja huostaanoton kustannuksia

YLE uutisoi verkkosivuillaan 2.10.2012, että tilastojen mukaan kodin ulkopuolelle sijoittamisen kustannukset olisivat jopa kymmenkertaiset, jos niitä verrataan ehkäisevän lastensuojelun kustannuksiin. Lastensuojelun asiakasmäärät ja kustannukset olivat kasvaneet 2.10.2012 mennessä jo 20 vuoden ajan (Virtanen 2012).

Lastensuojelun keskusliitto ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ovat keränneet tilastoja lastensuojelun kustannuksista. Seuraavassa on listattu esimerkkejä erilaisten palveluiden hinnoista lastensuojelussa (Virtanen 2012).

TAULUKKO 2. Esimerkkihintoja lastensuojelupalveluissa (Virtanen 2012).

Palvelutoiminto	**Kustannukset**
Käynti kouluterveydenhoitajalla	54 euroa / käynti
Pitkäaikainen huostaanotto (sijaisperhe)	62 euroa / vrk
Käynti A-klinikalla tai nuorisoasemalla	81 euroa / käynti
Käynti kuraattorilla	88 euroa / käynti
Lasten terapia	144 euroa / käynti
Pitkäaikainen huostaanotto (perhekoti)	162 euroa / vrk
Päihdepsykiatrian lääkäri	175 euroa / tunti
Pitkäaikainen huostaanotto (laitoshoito)	256 euroa / vrk
Psykiatrian poliklinikkakäynti lapselle	294 euroa / käynti
Nuorisopsykiatrin osastohoito	507 euroa / vrk

Taulukon 2 hinnat ovat vuonna 2012 julkistettuja, joten on huomioitava lastensuojelun kokonaiskustannuksien trendi, jonka kasvu on jatkunut. Lastensuojelun avo- ja sijaishuollon kustannukset ovat vuodessa jo noin 1,2 miljardia euroa, joista 73 % on kohdentunut sijaishuollon kustannuksiin (STM 2023).

3.2.6 Huostaanotoista ja päihdepalveluista

Kuntaliiton lastensuojelun erityisasiantuntija Aila Puustinen-Korhonen kertoi Kuntalehden podcastissa vuonna 2021 kuntakyselystä, jonka mukaan arvioitiin, että joka viides huostaanotto voitaisiin jättää tekemättä, jos nämä lapset saisivat tarvitsemansa hoidon mielenterveyspalveluissa (Miettinen 2021).

Puustinen-Korhosen mukaan sijaishuollosta on tullut rinnakkaispalvelujärjestelmä, johon sijoitetaan vammaispalveluja tarvitsevia ja psyykkisesti huonovoin-

tisia lapsia. Hän ja lapsiasiavaltuutettu Elina Pekkarinen nostivat esiin myös lasten päihdehuollon puutteet Suomessa. Pekkarisen mukaan alaikäisten päihdehoitoa ei oteta vakavasti, ja ehkäisevä työ on pitkälti järjestöjen varassa ja paikkakuntakohtaista. Lisäksi on paikkakuntia, joissa ei haluta tunnustaa huumeiden käyttöä lasten keskuudessa (Miettinen 2021).

4 PÄIHDEHAITAT KUORMITTAVAT TERVEYDENHUOLTOA

4.1 Päihdehaittakulujen uutisointia ja tutkimusta

”Alkoholin haittakustannukset kattaisivat koko kestävyysvajeen”. Näin otsikoi MTV:n 14.03.2014 julkaisema verkkouutinen. Artikkelin pohjana oli käytetty muun muassa TTL:n entisen pääjohtajan Harri Vainion kommenttia, jonka mukaan alkoholin takia menetetään laskennallisesti vuosittain 3900 elinvuotta jokaista 100 000 asukasta kohden. Tämä luku tarkoittaa sataa 40 vuoden työuraa vuodessa, jolloin bruttokansantulosta jää saamatta menetettyinä palkkoina ja palkkoihin liittyvinä kerrannaisvaikutuksina 14,5 miljardia euroa (Paavoseppä 2014).

TTL:n entisen pääjohtajan Harri Vainion laskelmat ovat kiinnostavia, ja ne tuovat esiin yhden sektorin kustannuslaskelmat ja arviot lähinnä alkoholin tuottamista kumuloituvista kustannuksista.

4.2 Terveydenhuolto kuormituksessa päihteiden takia

Itä-Suomen yliopiston (2022) julkaisemassa tiedotteessa kerrotaan, että Siun soten alueella tehdyn tutkimuksen mukaan päihdepalveluihin pääseminen pienentää sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksia ja kuolemanriskiä alkoholiongelmaisilla henkilöillä. Päihdepalvelujen piirissä olevien alkoholiongelmaisten keskimääräiset sote-kustannukset olivat viiden vuoden aikana 53 prosenttia matalammat verrattuna päihdepalvelujen ulkopuolelle jääneisiin. Kalleimpaan kymmeneen prosenttiin kuuluvilla 521 potilaalla hoidon keskimääräiset viisivuotiskustannukset olivat 125 226 euroa eli lähes kymmenkertaiset verrattuna muihin alkoholiongelmaisiin, joilla kulut olivat keskimäärin 13 228 euroa. Yli 94 prosenttia kaikkein kalleimmista potilaista oli monisairaita, eli heillä oli vähintään kaksi kroonista sairautta. (Itä-Suomen yliopisto 2022.)

> Aiempien tutkimusten mukaan vain murto-osa alkoholiongelmaisista on päihdepalvelujen piirissä. Kuitenkin he ovat myös yksi tunnetusti kalleimmista ja paljon sote-palveluja käyttävistä asiakasryhmistä. Alkoholihaitat kasautuvat usein muiden mielenterveys- ja sosiaalisten ongelmien kanssa, mikä puolestaan johtaa suurempaan palvelujen

> tarpeeseen ja hoidon kustannuksiin, toteaa väitöskirjatutkija Elina Rautiainen. (Itä-Suomen yliopisto 2020.)

Tutkijat päättelevät, että päihdehoidon ulkopuolelle jääminen kasvattaa hoidon kokonaiskustannuksia ongelmien komplisoituessa ja päätyessä erikoissairaanhoidon hoidettaviksi.
– Päihdeongelmat tulisikin tunnistaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja pääsy päihdepalveluihin tulisi varmistaa hoidon kokonaiskustannusten pienentämiseksi. Tiedotteen mukaan tulokset julkaistiin Journal of Studies on Alcohol and Drugs -lehdessä (Itä-Suomen yliopisto 2022).

LL Siiri Hietanen (2021) tutki Oulun yliopistossa tekemässä väitöskirjassaan alkoholin riski- ja suurkulutuksen vaikutusta teho-osastohoitoon. Väitöskirjassa todettiin alkoholin riskikulutusta esiintyvän kolmasosalla tehohoitoa tarvitsevista potilaista (Hietanen 2021). Kun tähän lisätään kaikista riippuvuutta aiheuttavista kemiallisista aineista (alkoholi, huumeet, lääkkeet, tupakka) johtuvat teho-osastohoidot, niin päihteistä ja päihteiden käytöstä johtuvaa jatkuvaa kuormitusta, vaativaa hoitoa ja tarkkailua voidaan olettaa olevan kolmasosasta jopa puoleen teho-osastohoidon kaikesta hoidosta, toimenpiteistä ja tarkkailuista.

Vuonna 2010 Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä hoitopaketteihin tai niiden kaltaisiin hoito- tai tutkimuspaketteihin kuulumaton osastohoitopäivä erikoissairaanhoidossa maksoi erikoisalan mukaan 215–420 euroa ja poikkeuksellisen kallis osastohoitopäivä 616–2197 euroa vuorokaudelta. Tehohoitopäivän hinta oli 2365–4000 euroa ja vaativan tehohoitopotilaan tehohoitopäivä maksoi 3425–4465 euroa erikoisalan mukaan. (Lehtinen 2021, 5.)

4.2.1 Alkoholin tuottamista liitännäissairauksista

Ehyt ry:n blogissa “Vaiettu pandemia” professori Tim Stockwell (2022) Victorian yliopistosta Kanadasta toteaa:

> Maailmanlaajuisesti alkoholi aiheuttaa vuosittain hieman alle kolme miljoonaa kuolemantapausta, mikä vastaa koronaan kuolleiden määrää pandemian ensimmäisen vuoden aikana. Suomessa kansanterveydelliset koronatoimenpiteet ovat tosin olleet niin tehokkaita, että koronakuolemat jäivät ensimmäisenä pandemiavuonna viidennekseen alkoholikuolemien

> määrästä. Ero siinä, kuinka tiedostamme alkoholin terveys- ja turvallisuusriskit ja suhtaudumme niihin, on koronavirukseen verrattuna karu – siitä huolimatta, että alkoholihaitat ovat vähintään samansuuruiset.

Stockwell lisää:

> Kuka voisi olutta ostaessaan olettaa, että sen juomisella on suora syyseuraussuhde satoihin mahdollisesti jopa hengenvaarallisiin sairauksiin? Tai tietää, että maailmanlaajuisesti kolme neljästä vuosittaisesta syöpäkuolemasta liittyy alkoholiin? Tutkimusryhmäni arvioiden mukaan Suomessa olisi vuonna 2018 voitu välttää 556 syöpäkuolemaa, jos alkoholia ei olisi käytetty. (Stockwell 2022.)

4.2.2 Päihderiippuvuuden liitännäissairaudet kansantautejamme

Päihteistä, niiden käytöstä ja riippuvuussairauksista koituva hoito- ja taloudellinen kuormitus jakaantuu terveydenhuoltosektorille laajasti jo senkin takia, että hoitamattomana ja edetessään päihderiippuvuussairaus aiheuttaa liitännäissairauksina mm. kalliiksi tulevia kansansairauksia. Mika Arramies kirjoittaa (2021) Fuengirola.fi -lehden blogissaan:

> THL:n kansantautien tautiluettelosta loistaa täydellisellä poissaololla edellä mainitsemani päihde- ja muut riippuvuussairaudet. Laitetaanpa siis listaa, millaisia liitännäissairauksia päihderiippuvuuksiin ja nikotinismiin liittyy: Sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, krooniset keuhkosairaudet, syöpäsairaudet, muistisairaudet, mielenterveyden ongelmat, sisäelinsairaudet jne. Seuraavassa taas listausta niistä seurauksista mitä päihderiippuvuus (ja osin nikotinismi) saavat aikaan: Tapaturmat, itsemurhat, väkivalta, läheisten mielenterveysongelmat, sote-, turvallisuus ja pelastusalan sekä niiden henkilöstön kuormitustilat, tuottavuuden valtavat menetykset… (Arramies 2021.)

5 VANKEINHOIDON KUSTANNUKSET PÄIHDEONGELMISTA

Rikosseuraamuslaitos RISE:n päihdetyön esittelyn (2022) mukaan vangeista noin 80 prosentilla ja yhdyskuntaseuraamuksiin tuomituilla noin 50 prosentilla on ongelmia päihteiden käytön kanssa. Päihdeongelma on myös yksi keskeinen rikollista elämäntapaa ylläpitävä tekijä (Rikosseuraamuslaitos 2022). Monet päihteiden käyttäjät varsinkin huumeriippuvuudessa syyllistyvät rikoksiin, kuten varkaudet, ryöstöt, petos- ja omaisuusrikoksiin saadakseen rahaa päihteiden hankkimiseen. Jos päihderiippuvuutta ei saada hoidettua, jatkuu myös rikoskierre. Päihdetyö on yksi tärkeimmistä keinoista, kun halutaan vähentää uusintarikollisuutta ja edistää vankien ja yhdyskuntaseuraamusasiakkaiden kiinnittymistä yhteiskuntaan (Rikosseuraamuslaitos 2022).

Yle uutisoi 19.10.2021 vankeinhoitokustannuksista verkkosivuillaan (Mäntysalo 2021), että suljetussa vankilassa asuva vanki maksaa yhteiskunnalle 225 euroa vuorokaudessa ja että samalla vuorokausihinnalla voisi yöpyä tasokkaassa hotellissa Helsingin keskustassa. Yhtä vankia kohden vuosikustannukset oli laskettu olevan 82 500 euroa. Päivä avovankilassa maksoi Ylen mukaan vankia kohden 168 euroa. Valvotun koevapauden kustannukset ovat päivässä 63 euroa per vanki (Mäntysalo 2021).

Vuonna 2023 vankeja oli keskimäärin 3 143 ja niiden lisäksi yhdyskuntaseuraamuksia suorittavia keskimäärin 3 785 (RISE 2024). Jos suhteutetaan Rikosseuraamuksen lukua, että 80 prosentilla vangeista on päihdeongelma, vuoden 2023 vankien määrään niin päihderiippuvaisten vankien vankeinhoitokustannukset olisivat noin 200 miljoonaa euroa vuodessa. Luku ei sisällä yhdyskuntaseuraamuksen kuluja vaan ainoastaan päihdeongelmaisten vankien vankeinhoitokustannukset. Kun mietitään rikollisuutta ja päihteiden haittakustannuksia niin vankeinhoidon lisäksi pitää ottaa huomioon ainakin poliisin- ja muun turvallisuusalan kustannuksia, rikoksista koituneet kustannukset yksityiselle ja julkiselle sektorille, sosiaalialan kustannuksia sekä muita vankeinhoitoon liittyvän koko oikeusjärjestelmän hallinnonalan kustannuksia, jotka olivat vuonna 2023 yhteensä noin 1,1 miljardia euroa. Tuo 1,1 miljardia euroa kattaa muun muassa tuomioistuinlaitoksen

toiminnan, julkisen oikeusavun ja edunvalvonnan, syyttäjätoiminnan, ulosottotoiminnan sekä vankeusrangaistusten ja yhdyskuntaseuraamusten täytäntöönpanon (Valtioneuvosto Oikeusministeriö 2022).

Poliisin budjetoidut määrärahat vuoden 2023 talousarviossa olivat yhteensä 854 miljoonaa euroa (Sisäministeriö 2022). Edellä mainitut oikeusministeriön hallinnon alan ja poliisin määrärahat vuodelle 2023 on aukaistu sen takia, koska Rikosseuraamuslaitoksen mukaan vangeista on noin 80 prosenttia päihdeongelmaisia, jolloin voidaan suhteuttaa tuota lukua myös rikosten määrään, jotka työllistävät koko oikeuslaitoksen ja poliisin lisäksi merkittävästi myös sosiaalisektoria. Otetaan esimerkkinä nouseva kaikenlainen katurikollisuus. Sen ja jengiytymisen taustalla ovat suurelta osin huumeet, niiden myynti ja ison sekä laajan joukon käyttö ja siitä seuraava rikollisuus.

6 PÄIHDEHAITTAKUSTANNUKSIEN TILASTOJA JA SELVITYKSIÄ

6.1 Päihdehoitopalvelujen saaminen laskee haittakustannuksia

Suomesta on puuttunut tutkimukseen perustuva kokonaiskuva palvelujärjestelmän kyvystä tunnistaa ja hoitaa alkoholiongelmia. Elina Rautiaisen (2021) väitöstutkimus Health service use, care costs, and associated care outcomes of patients with alcohol use disorder in North Karelia, Finland (Rautiainen 2021) osoittaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisten potilas- ja asiakasrekisterien avulla olisi mahdollista tutkia alkoholiongelmiin liittyvää palvelunkäyttöä, hoitotuloksia ja alueellisten palveluiden vaikuttavuutta (Taja n.d.). Yhdistämällä rekisteritietoon tietoa hoidon kustannuksista voidaan saavuttaa parempi ymmärrys palveluiden vaikuttavuudesta ja hoidon kustannuksiin vaikuttavista tekijöistä.

Alkoholiongelmat ovat yhteydessä korkeisiin sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin. Rautiaisen (2021) tutkimuksessa selvitettiin alkoholiongelmasta yhteiskunnalle koituvien kustannusten suuruutta ja syitä. Elina Rautiaisen tutkimus selvitti syy-seurausvaikutuksia eri riskitekijöiden ja kustannusten välillä. Tutkimuksessa käytettiin Bayes-verkkoon perustuvaa koneoppimismenetelmää kustannusten arvioimiseksi ja samalla sitä, mitä tapahtuu kustannuksille, jos potilas raitistuu. Rautiaisen tutkimusaineiston muodosti 363 pohjoiskarjalaista henkilöä, joilla oli todettu alkoholiongelma vuosina 2011–2012. Heidän tietojaan etsittiin viiden vuoden ajalta potilastietojärjestelmistä ja sosiaalitoimen tietokannoista. (Rautiainen 2020.)

Rautiaisen tutkimuksessa tarkasteltiin yli 18-vuotiaita, jotka olivat asioineet sosiaali- ja terveyspalveluissa alkoholiin liittyen vuosina 2014–2018. Heidät jaettiin ryhmiin sen mukaan, käyttivätkö he päihde-, mielenterveys- tai molempia palveluita (Itä-Suomen yliopisto 2020).

Itä-Suomen yliopiston tiedotteen (2020) mukaan, tulokset osoittivat, että pelkkiä päihdepalveluita käyttäneillä oli 53 % (yli 12 000 euroa) alhaisemmat hoitokustannukset ja pienempi kuolemanriski viiden vuoden seurannassa.

Kalleimman 10 %:n potilaiden hoitokustannukset olivat lähes kymmenkertaiset (125 226 euroa) muihin verrattuna (13 228 euroa). Yli 94 % kalleimmasta ryhmästä oli monisairaita. Tutkimuksen tiedotteessa (2020) korostettiin päihdepalveluiden merkitystä kustannusten hillitsemisessä ja kuolleisuuden vähentämisessä. Alkoholiongelmaisien päihdehoitopalveluiden käyttö on merkittävän vähäistä (Itä-Suomen yliopisto 2020).

> Yllättävästi suurin vaikutus alkoholiongelmaisten hoidon kokonaiskustannuksiin oli kroonisten fyysisten sairauksien lukumäärällä. Potilailla, joilla oli vähintään kaksi kroonista sairautta, keskimääräiset hoitokustannukset olivat noin 26000 euroa korkeammat verrattuna niihin potilaisiin, jotka eivät olleet monisairaita. Kustannuksia nostivat myös aiemmat korkeat kustannukset, toimeentulotuen saaminen ja korkea ikä. Hoidon kalleuteen vaikuttivat lisäksi huumeiden käyttö, kodittomuus sekä psykiatrinen sairastavuus. Raitistuminen vähensi kustannuksia. Tutkimuksessa laaditun mallinnuksen mukaan raitistumisen jälkeen noin 43 prosenttia henkilöistä sijoittuisi alimpaan kustannusneljännekseen, kun taas alkoholin ongelmakäytön jatkuessa tähän neljännekseen kuuluisi vain 24 prosenttia. (Rautiainen 2020.)

Rautiaisen (2020) mukaan päihdehoidon kehittämistä ja hoitoon pääsyä olisi tuettava, sillä raitistuminen eli päihteettömyys vähensi merkittävästi kustannuksia. Etenkin somaattinen oheissairastavuus oli suurin yksittäinen hoidon korkeita kustannuksia selittävä tekijä (Rautiainen 2020).

Päihteiden tuomia ja niiden suurkulutuksesta sekä riippuvuuskäytöstä aiheutuvia liitännäissairauksia ja -ongelmia ei voi kyllin korostaa. Ne vaatisivat paljon enemmän huomiota ja tutkimusta, jos yhteiskunnassa on halua kehittää kustannustehokkaita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. On erikoista, että yliopistotutkimus tällä saralla on hämmentävän pientä päihteiden tuottamien yhteiskunnallisten ongelmien suuruuteen verrattuna.

6.2 THL:n julkaisemia päihdehaittakustannuksia v. 2011–2023

Valtion Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos THL julkaisee vuosittain Suomen viralista (THL 2023) alkoholin ja huumeiden tilastotietokoostetta Päihdetilastollisessa vuosikirjassaan.

> Päihdetilastollinen vuosikirja tarjoaa laajan tietoperustan alkoholipolitiikan päätöksentekijöille ja suunnittelijoille. Vuosikirjan tiedot tukevat myös sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoita Suomen alkoholi- ja huumetilanteen arvioinnissa ja tutkimuksessa. Päihdetilastollinen vuosikirja 2023 sisältää keskeiset tilastotiedot Suomen alkoholi ja huumeoloista. (THL 2023, 3.)

THL:n Päihdetilastolliset vuosikirjat ovat tarkoitettu tilastojen viralliseksi koosteeksi päätöksentekijöille, poliitikoille, medialle, tutkijoille, palvelujärjestelmälle ja kansalaisille. Koska tilastokoosteet ja esimerkiksi alkoholin sekä huumeiden päihdehaittakustannukset ovat laskettuna valtion virallisen julkaisun kautta niin media sekä muun muassa poliitikot kirjoittavat, puhuvat ja pohjaavat näihin virallisten julkaisujen lukuihin ja pitävät niitä luotettavana.

Tarkastelen seuraavassa alkoholin ja huumeiden tuottamia päihdehaittakustannuksia kolmen eri Päihdetilastollisen vuosikirjan 2011, 2012 ja 2023 julkaisuista.

Välittömät päihdehaittakustannukset (alkoholi + huumeet) vuoden 2011 Päihdetilastollisessa vuosikirjassa olivat yhteensä 994–1 337 miljoonaa euroa vuodessa (THL 2011, 123). Välilliset kustannukset alkoholin osalta on ilmoitettu olleen 3 180–5 949 miljoonaa euroa ja huumeiden osalta 548–1 213 miljoonaa euroa vuodessa. Välilliset päihdehaittakustannukset eli alkoholin ja huumeiden kustannukset yhteensä olivat THL:n vuosikirjan 2011 mukaan 4 174–7 162 miljoonaa euroa vuodessa. Välillisiin kustannuksiin on laskettu ja ilmoitettu tuotannonmenetykset ja menetetyn elämän arvo ennenaikaisen kuoleman takia (THL 2011, 123). Kun alkoholin ja huumeiden tuottamat välilliset ja välittömät kustannukset lasketaan yhteen (THL 2011, 123), saadaan päihdehaittojen kokonaisvuosikustannukseksi 4 722–8 499 miljoonaa euroa.

Vuoden 2012 Päihdetilastollisessa vuosikirjassa tapahtui merkittävä muutos edellisten vuosien päihdehaittakustannuksien laskelmiin. THL jätti laskematta ja tilastokirjaan ilmoittamatta alkoholin ja huumeiden välilliset kustannukset, ilmoittaen ainoastaan julkisen sektorin välittömät kustannukset, johon on sisällytetty muun muassa julkisen terveydenhuollon päihdekustannukset (THL 2012, 161). Vuoden 2012 Päihdetilastollisen vuosikirjan informaatio alkoholin ja huumeiden

tuottamista päihdehaittakuluista on 3730–7160 miljoonaa euroa vuodessa pienempi kuin vuotta aiemmin julkaistussa vuosikirjassa. Kyseessä on merkittävä, miljardien eurojen ero vuosikustannuksissa, vaikka realistiset haitat ja niiden kustannukset ovat olleet samaa mittaluokkaa kuin vuoden 2011 Päihdetilastollisessa vuosikirjassa ilmoitetuissa haittakuluissa (THL 2011, 123). Vuoden 2012 Päihdetilastollisen vuosikirjan mukaan (THL 2012, 161) alkoholin haittakustannukset olivat 1204–1399 miljoonaa euroa vuodessa ja huumeiden tuottamat haittakustannukset 325–380 miljoonaa euroa vuodessa eli yhteenlaskettuna alkoholin ja huumeiden tuottamat päihdehaittakustannukset on ilmoitettu olevan 1529–1779 miljoonaa euroa vuodessa.

THL:n Päihdetilastollisessa vuosikirjassa 2023 ilmoitetut alkoholin tuottamat kustannukset julkiselle sektorille ovat 638,5–940,1 miljoonaa euroa ja huumeiden tuottamat kustannukset julkiselle sektorille 429,5–637,9 miljoonaa euroa vuodessa. Pelkän julkisen sektorin päihdehaittakulut ovat vuoden 2023 Päihdetilastollisessa vuosikirjan mukaan yhteensä 1068–1578 miljoonaa euroa vuodessa (THL 2023, 92–93).

THL:n päihdetilastollisten vuosikirjojen tuottama päihdehaittakuluinformaatio on muuttunut merkittävästi välillisten kustannusten (THL 2011, 123) poisjäämisen myötä. Kyseessä on kuitenkin valtion virallinen tilasto, jonka tuloksia hyödyntävät muun muassa poliittiset päättäjät, tutkijat, viranhaltijat, kansalaiset ja media. Päihdetilastollisessa vuosikirjassa 2023 ilmoitetut päihdehaittakulut (THL 2023, 92–93) ovat jopa 7 miljardia euroa vuodessa pienemmät kuin Päihdetilastollisen vuosikirjan 2011 (THL 2011, 123) ilmoitetut päihdehaittakustannukset.

6.3 Mitä jos laskisimme toisin? Ehyt ry:n selvitys kustannuksista

Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry:n tilaamassa ja FCG Finnish Consulting Groupin tekemässä selvityksessä (2024) tarkastellaan ensimmäistä kertaa sekä suorien, että epäsuorien alkoholikuolemien vaikutusta elinvuosien menetyksiin hyvinvointialueilla (Ehyt 2024). Selvityksessä on laskettuna ja esitettynä THL:n päihdetilastoista poikkeavat uudet arviot alkoholin kustannuksista julkiselle terveydenhuollolle. Lisäksi selvityksessä on arvioitu menetettyjen elinvuosien taloudellista

arvoa. Alkoholin aiheuttamat kustannukset arvioitiin pelkälle julkiselle terveydenhuollolle jopa 1,1 miljardiksi euroksi vuodessa.

Ehyt ry:n raportissa (2024) todettiin, että Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL arvioi vuonna 2013 toteuttamassaan tutkimuksessa, että alkoholin kustannukset julkiselle terveydenhuollolle olisivat noin 109 miljoonaa euroa, mutta laskelma otti huomioon ainoastaan alkoholiin suoraan yhdistettävät välittömät kustannukset (Ehyt 2024). Ehyt ry tarkasteleekin raportissaan samoja ristiriitaisuuksia THL:n valtion virallisissa päihdehaittakulutilastoissa kuin tässä opinnäytetyössä tarkastellaan sillä erotuksella, että Ehyt ry:n raportissa (2024) tarkastellaan pelkkiä alkoholin tuottamia kuluja, kun opinnäytetyössäni pyrin tarkastelemaan yhteiskunnallisia päihdehaittakuluja sisältäen alkoholin tuottamien välittömien ja välillisten kustannuksien lisäksi huumeiden aiheuttamat vastaavat kustannukset. Yhteiskunnallisten päihdehaittakustannuksien laskuissa ja tilastoinnissa pitäisi aina ottaa huomioon julkisen sektorin haittakulujen lisäksi myös yksityiselle sektorille koituvat välittömät ja välilliset päihdehaitat ja niistä koituvat kustannukset.

Ehyt ry:n (2024) johtopäätökset alkoholin haittakulujen tarkemman laskemisen tarpeesta ovat samat kuin opinnäytetyöni tarkastelun kohteet:

> Suomessa ei ole tehty kunnon laskelmaa alkoholin yhteiskunnallisista kustannuksista vuoden 2013 jälkeen. On selvää, että Suomessa tarvitaan päivitettyä ja kattavampaa arvioita alkoholin aiheuttamista kustannuksista, erityisesti nyt, kun alkoholin sääntelyä on kevennetty. Selvityksen perusteella terveydenhuoltoon kohdistuvat alkoholista johtuvat kustannukset ovat selvästi aikaisemmin arvioitua suuremmat. On mahdollista, että sama koskee myös sosiaalipalveluiden sekä yleisen järjestyksen ja turvallisuuden kustannuksia. On syytä arvioida, miten menetetty inhimillinen pääoma huomioidaan arvioitaessa alkoholin yhteiskunnalle aiheuttamia kustannuksia. Poliittisessa päätöksenteossa tulee olla käytettävissä realistinen kuva alkoholin aiheuttamista kustannuksista yhteiskunnalle kokonaisuutena. (Ehyt ry 2024.)

6.4 Päihdehaittakustannuslaskelmissa isoja ristiriitaisuuksia

Vuoden 2011 jälkeen THL:n päihdehaittakustannusten laskennassa on havaittavissa ristiriita muiden tutkimusten kanssa, sillä THL lopetti välillisten päihdehaittakustannusten arvioinnin ja ilmoittamisen tilastoissaan.

Tämä tarkoittaa, että Suomen virallisista tilastoista puuttuu vuoden 2011 jälkeen keskimäärin 5 668 miljoonan euron välillisten kulujen kustannuserä (THL 2011, 123; THL 2012, 161). Välilliset haitat, kuten työpoissaolot, ennenaikaiset kuolemat ja eläköitymiset, ovat kuitenkin yhtä relevantteja kuin välittömät kustannukset, ja niiden aiheuttamat merkittävät kustannukset tulisi ottaa huomioon ennaltaehkäiseviä ja korjaavia toimenpiteitä suunniteltaessa.

Päihteiden käytön haitat näkyvät yhteiskunnassamme laajasti ja niiden korjaamiseen osallistuu useita eri toimijoita, kuten sosiaali- ja terveydenhuolto, pelastusala ja rikosseuraamuslaitos. Alkoholi- ja huumeriippuvuus ovat sairauksia, joiden hoitamattomuus aiheuttaa mittavia kustannuksia ja kuormittaa sote-henkilöstöä.

Opinnäytetyössäni tarkastelen päihdehaittakustannusten lisäksi mahdollisuuksia säästää kustannuksissa ja sote-henkilöstön resursseissa panostamalla päihdehoidon ja -kuntoutuksen vaikuttavuuteen sekä päihdepalvelujärjestelmän ja hoitoonohjausprosessien toimivuuteen.

Koska THL:n Päihdetilastolliset vuosikirjat on tarkoitettu viralliseksi tilastolähteeksi päätöksentekijöille, poliitikoille, medialle, tutkijoille, palvelujärjestelmälle ja kansalaisille, niissä ilmoitetut päihdehaittakustannukset toimivat tietopohjana esimerkiksi alkoholi- ja päihdepolitiikan sekä lainsäädännön kehittämiselle. Kun tilastoissa ei ole huomioitu kaikkia päihteiden käytön aiheuttamia kustannuksia, se johtaa päihdehaittojen todellisen laajuuden ja yhteiskunnallisten vaikutusten aliarviointiin.

Seuraavassa taulukossa (taulukko 3) vertaillaan keskenään THL:n Päihdetilastollisten vuosikirjojen (2011, 2012 ja 2023) ja Ehyt ry:n (2024) selvityksen alkoholihaittakustannuksia julkiselle terveydenhuollolle.

TAULUKKO 3. Päihdehaittakustannuksia. Alkoholi. Pvk (Päihdetilastollinen vuosikirja)

Kulut/ vuosi/ milj.eur	**Pvk 2011**	**Pvk 2012**	**Pvk 2023**	**Ehyt 2024**
Alkoholin haittakulut **julkiselle terveydenhuollolle**/ vuosi/ miljoonaa euroa	129–273	81–136	95–207	648–1141
Alkoholin välittömät ja välilliset **haittakulut yhteensä**/ vuosi/ miljoonaa euroa	3945–6965	1204–1399	639–940	4440

Taulukossa 3 on esitetty pelkästään alkoholin ilmoitettuja haittakustannuksia. Huumeiden tuottamat haittakustannukset ovat jatkuvassa voimakkaassa kasvussa, mikä trendi näkyy myös THL:n Päihdetilastollisten vuosikirjojen 2011, 2012 ja 2023 tilastoista (THL 2023).

TAULUKKO 4. Päihdehaittakustannuksia. Huumeet. Pvk (Päihdetilastollinen vuosikirja)

Kulut/ vuosi/ milj. euroa	**Pvk 2011**	**Pvk 2012**	**Pvk 2023**
Huumeiden haittakulut **julkiselle sektorille**/ vuosi/ miljoonaa euroa	229–321	320–380	429,5–637,9
Huumeiden välittömät ja välilliset **haittakulut yhteensä**/ vuosi/ milj. euroa	777–1534	Ei ilmoitettu	Ei ilmoitettu

Päihteiden aiheuttamat haittakulut koko yhteiskunnalle on arvioitu olevan jopa 14,5 miljardia euroa vuodessa (Paavoseppä 2014). Päihteiden (alkoholi, lääkkeet ja huumeet) haitat vaikuttavat kaikkialle yhteiskunnassa. Tautiluokitteiset päihderiippuvuussairaudet ovat Suomessa selkeästi alidiagnosoituja ja -hoidettuja ja ne aiheuttavat merkittäviä kustannuksia niin julkisella kuin yksityiselläkin sektorilla sekä niiden talouksissa

> Perustuslain 19§ 3. momentti: Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Julkisen vallan on myös tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu. (Suomen perustuslaki 731/1999.)

Perustuslain pitäisi ohjata vaikuttavuuteen ja ihmisten terveyteen ohjaavaa politiikkaa ja ohjauksia hyvinvointialueilla. Itselle ja omille intresseille edulliset lakitulkinnat ”riittävästä julkisen vallan omasta tuotannosta” eivät saa ohittaa selkeää perustuslain 19§:n 3. momentin määräämää riittävien sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuuta. Kriisitilanteisiin on oma valmiuslainsäädäntö, jonka nojalla julkinen valta voi tarvittaessa ottaa kontrolliin myös yksityisen sektorin ja sen rekisteröidyn sote-henkilöstön ammattiosaamisen. Julkisen vallan turvattu asema ja kontrollimahdollisuus on siis olemassa koko ajan ostopalveluiden käytöstä huolimatta. Julkisen vallan järjestämisvastuuseen kuuluu turvata sotepalvelut. Jos julkisen oma palvelutuotanto ei pysty vastaamaan palveluntarpeeseen, palvelu on perustuslain 19§:n 3. momentin mukaan ostettava.

Jotta ihminen saisi sosiaali- ja terveydenhuollolta tarpeensa mukaisen avun, palvelun on oltava vaikuttavaa ja laadukasta. Hyvä saavutettavuus ja avun tarjoaminen eivät yksin riitä. Kun kyse on päihderiippuvaisista ihmisistä ja heidän päihdeongelmistaan, tarvitaan vaikuttavien päihdehoitojen lisäksi tehokkaita, integroituneita hoito- ja palveluohjausprosesseja. Seuraavassa luvussa tarkastelen kahta erilaista asiakasohjausmallia, joita hyvinvointialueilla on laajasti käytössä.

7 PALVELUOHJAUKSIEN PROSESSIVIRTAUKSEN KUVAUKSIA

7.1 HVA asiakasvirtausprosessin tarkastelua

Kun sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus astui voimaan 1.1.2023 siirtyi kunnilta valtava määrä sotevastuita, sopimuksia ja henkilöstöä uusille hyvinvointialueille. Hyvinvointialueiden (HVA) strategioissa painotettiin palvelujärjestelmän vaikuttavuutta ja sitä, että ihminen saisi hyvinvointialueella avun nopeasti. Koko hoitoprosessin laadun kannalta huomiota pitää kiinnittää palveluntarpeen arvion tekoon, hoitoon, hoivaan, kuntoutukseen tai muuhun sotepalveluun pääsyn nopeuteen. Sotepalvelulta mihin ihminen ohjataan, edellytettiin vaikuttavuutta. Ilman palvelun vaikuttavuutta ihmisen palveluntarve ei poistu. Hän jää palvelujärjestelmään kiertämään kehää, jonottamaan uudelleen palveluja, jotka eivät auta koko ajan kasvavaan palveluntarpeeseen.

Vaikka sotepalvelu olisi vaikuttavaa, mutta hyvinvointialueen palveluohjausjärjestelmä byrokraattinen, hidas, luukulta toiselle jonottamaan ohjaava, ihmisen asia ja palvelutarve ei välttämättä tule ratkaistuksi. Hitaassa palveluohjausjärjestelmässä jonottaen hoidon, hoivan ja kuntoutuksen tarve ja sitä kautta niiden hoitamisen kustannusten määrä yleensä kasvaa.

Tarkastelen esimerkkien avulla hyvinvointialueiden sote-uudistuksen myötä käyttöön otettua palveluohjausmallia, jossa moniammatillinen työryhmä tekee palvelutarpeen arvioinnin ja ohjaa asiakkaan palveluihin. Vertailukohtana toimivat suoraohjausmallit, joissa sote-ammattilainen tekee palveluntarpeen arvion yhdessä asiakkaan kanssa ja ohjaa hänet suoraan sopivaan palveluun. Suoraohjauksessa asiakas voi hakeutua palveluun saman tien tai tutustua palveluntuottajaan etukäteen.

Tarkastelen seuraavassa esimerkinomaisesti hyvinvointialueen asiakasvirtaprosesseja käyttäen kuvaukseen apuna Lean-johtamisfilosofiaa.

> Lean-filosofia on ajattelutapa, jossa organisaatioiden ja henkilöstön ongelmaratkaisutaitojen järjestelmällinen kehittäminen on kaiken keskiössä. Se tarkoittaa työyhteisön toimintamallien perusteellista ja avointa arviointia sekä niiden jatkuvaa parantamista. Tärkeintä ei ole vauhti, vaan päättäväinen, jatkuva liike kohti tavoitteita. (Suomen Lean-yhdistys 2024.)

Lean-ajattelu on johtamisfilosofia, jossa keskitytään havaitsemaan, näkemään ja poistamaan prosesseista sekä työvaiheista turhia, hukkatyötä ja hukkaenergiaa tuottavia toimintoja. Avoimella toimintojen ja prosessien tarkastelulla ja turhien toimintojen eli hukan poistamisella pyritään parantamaan prosessivirtausta alusta loppuun, saamaan resurssit tekemään työn ja prosessin kannalta oleellisia asioita, saamaan aikaan asiakastyytyväisyyttä, työhyvinvointia, laadun parannusta, kustannussäästöjä sekä lyhentämään prosessin läpimenoaikoja. Lean-filosofian tarkoitus on tuottaa laadukasta työtä ja laadukkaan tekemisen kulttuuria.

HVA:n mielenterveys- ja päihdepalvelujen hoitoonohjausprosessin asiakasvirtaus voidaan katsoa alkavan siitä hetkestä, kun ihminen ilmaisee HVA:n sotepalvelujen piirissä tarvitsevansa itselleen hoidollista apua päihteiden tuomiin ongelmiin tai niin, että hänen päihteiden käyttönsä tuottamiin ongelmiin puututaan HVA:n soteammattilaisen, esimerkiksi lastensuojelun toimesta.

7.2 Päihdeongelmaisen hoitoonohjausprosessin arvovirtakuvaus

Lean-menetelmässä prosessin virtausta voidaan tarkastella arvovirtakuvauksella (LeanThinking 2024). Seuraavassa tarkastellaan hyvinvointialueen päihdepalveluihin hakeutumista kahden mallin avulla; moniammatillisen mielenterveys- ja päihdetyöryhmän (miepä-tiimi) ja suoraohjauksen kautta. Hyvinvointialueilla on käytössä paljon identtisiä tai lähes identtisiä palveluohjausjärjestelmiä.

Arvovirtakuvauksella visualisoidaan asiakkaan tai potilaan kulkua hoito- tai kuntoutusprosessissa. Arvovirtakuvaukseen määritellään alku, loppu ja läpimenoaika. Yleensä arvovirtakuvaus tehdään sekä nykytilasta että tavoitellusta tilasta (LeanThinking 2024).

Arvovirtakuvauksessani virtausyksikkö on päihdehoidollista apua ja hoitoa tarvitseva ihminen. Virtausprosessin alkuna on päihdeongelman kartoittamisen ja hoitamisen tarpeen toteaminen ja virtausprosessin päätös taas päihderiippuvaisen pääseminen riippuvuussairautensa tarpeen mukaiseen, riittävään ja vaikuttavaan päihdehoitoon elämän sekä päihderiippuvuussairauden hallintaan saamiseksi kestävällä ja päihteettömällä tavalla.

7.3 Palveluohjauksen kuvaus -hoitoon miepä-tiimin kautta

1. Asiakas hakeutuu HVA:n sote-ammattilaisen (esim. sosiaalityöntekijän, psykologin tai päihdesairaanhoitajan) vastaanotolle ja kertoo päihteiden käyttöön liittyvistä ongelmistaan (kuvio 3). HVA:n ammattilainen kartoittaa tilannetta ja varaa asiakkaalle ajan lääkärille tai psykiatrille lisäkartoitusta, diagnostiikkaa ja lausunnon tekemistä varten.

2. Asiakas jää odottamaan lääkärille aikaa, joka järjestyy noin kolmen viikon päähän (kuvio 3). Lääkärikäynnillä asiakas kertoo tilanteestaan samoja asioita kuin kolmea viikkoa aiemmin HVA:n soteammattilaiselle. Lääkäri tekee lähetteen HVA:n mielenterveys- ja päihdetyöryhmälle (miepä-tiimi). Asiakas jää odottamaan miepä-tiimin päätöstä hoitoonohjauksesta ja mahdollisesta maksusitoumuksesta.

3. Miepä-tiimi kokoontuu käsittelemään päihderiippuvaisen ihmisen avun ja hoidon tarvetta. Miepä-työryhmä voi koostua esimerkiksi seuraavista ammattilaisista:
   Sosiaalityöntekijät: Arvioivat ihmisen tilanteen ja tarjoavat tukea esimerkiksi asumiseen, talouteen, kuntoutukseen ja sosiaalisiin suhteisiin liittyvissä asioissa.
   Lääkärit: Tekevät diagnostiikkaa, terveys-, hoito- ja lääkitysarvioita
   Psykologit: Tarjoavat keskusteluapua ja hoitoa mielenterveysongelmiin.
   Päihdetyöntekijät/ päihdesairaanhoitajat: Auttavat päihdeongelmissa, koordinoivat ja tarjoavat tukea vieroitusoireiden hallinnassa.
   Vertaistukihenkilöt: Henkilöt, jotka ovat itse kokeneet päihde- tai mielenterveysongelmia ja voivat tarjota vertaistukea ja -ohjeita.

Miepä-tiimin jäsenet koostuvat usein lähinnä mielenterveysalan, eivätkä niinkään päihderiippuvuussairauksien hoidon ammattilaisista. Tässä prosessikuvauksessa esiintyvän asiakkaan päihdehoitoa koskevat asiakirjat käsitellään miepä-tiimissä, joka ei ole tavannut asiakasta henkilökohtaisesti. Tiimi tutustuu asiakkaan tilanteeseen lausuntojen ja muiden dokumenttien perusteella ja tekee päätöksen hoitoonohjauksesta avo- tai laitoshoitoon käytettävissä olevien palveluvaihtoehtojen pohjalta. Päätös lähetetään tiedoksi asiakkaalle.

Miepä-asiantuntijatiimi arvioi potilaan tilanteen ja suosittelee sopivia hoitomuotoja, kuten laitoshoitoa, avopalveluita tai mielenterveyspalveluita, ja tarvittaessa tekee muutoksia hoitosuunnitelmaan. On kuitenkin tärkeää, että päihderiippuvainen saa tarvitsemansa tuen ja hoidon nopeasti ja oikea-aikaisesti. Hoidon tulee olla riittävää hoidon tarpeeseen nähden, kuten perustuslain 19. pykälän 3. momentissa sanotaan. Hoidon, minne päihderiippuvainen ohjataan, tulisi tuottaa vaikuttavuutta, eli että henkilö tulisi hyvillä tuloksilla päihteettömäksi ja saisi tautiluokitteisen, alkuperäisen ongelmien juurisyyn eli riippuvuussairautensa hallintaan. Jos näin ei tapahdu, ihmisen päihderiippuvuussairaus etenee ja hänen sote-apunsa tarve vain lisääntyy. Hän jää ns. ”järjestelmän vangiksi” (kuvio 4). Päihderiippuvuus on kaikkien tautiluokitusten mukaisesti sairaus. Se on biologinen, etenevä, keskushermostollinen sairaus, joka hoitamattomana johtaa ihmisen ennenaikaiseen kuolemaan (Arramies & Hakkarainen 2013, 19). Päihdehoidon lähtökohtana tulee olla aina täydellinen pidättäytyminen päihteistä eli abstinenssi. Päihteettömyys on neurobiologisen päihderiippuvuussairauden hoidollinen lähtökohta, mutta jos henkilöllä ei ole halua eikä motivaatiota lähteä päihteettömään hoitoon, on hänelle tarjottava kuitenkin motivoivaa keskusteluapua.

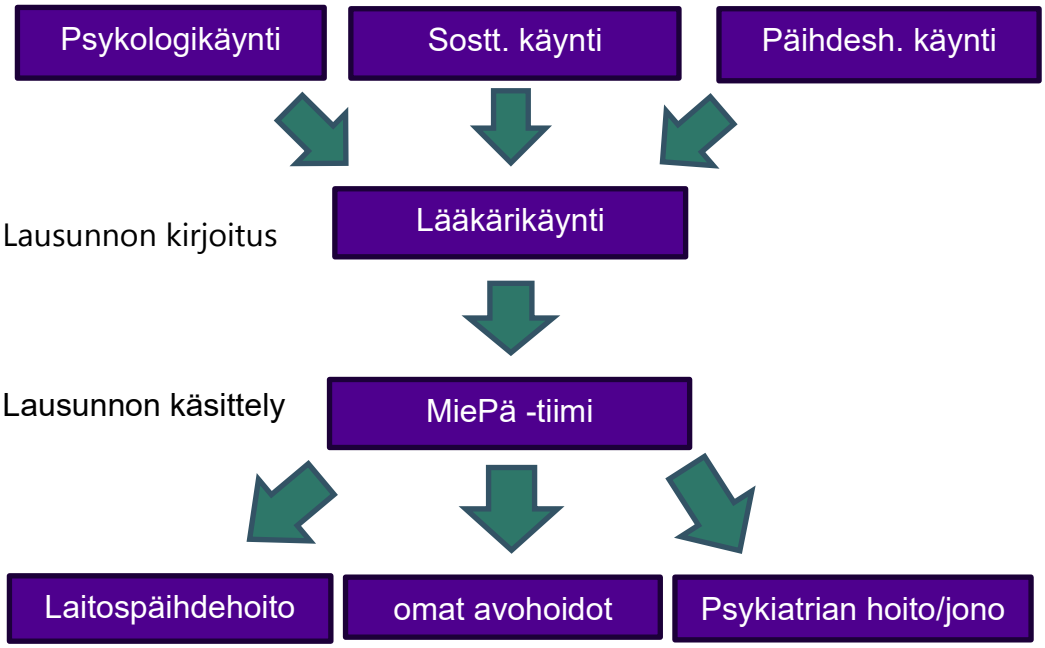
Suomessa traditionaalisen eli vallitsevan päihderiippuvuuden hoidon koulutuksen opeilla on viimeisimmissä vaikuttavuustutkimuksissa saatu yleisesti vain 1,9 prosentin tulos vuoden päihteettömyydellä mitattuna (Keso & Salaspuro 1990). Perinteisen suomalaisen avo- ja laitospäihdehoidon kahden prosentin vuoden päihteettömyyden vaikuttavuustulos tarkoittaa sitä, että kahden ihmisen vuoden päihteettömyyteen tarvitaan 100 hoitoonohjausprosessia ja hoidettavaa.

Voi vain kuvitella, kuinka paljon tällainen päihdehoidon tehottomuus kuormittaa hoitoonohjausjärjestelmän lisäksi koko sote- ja yhteiskuntajärjestelmää, kun päihdehoidon jälkeen 98 hoidettua sadasta palaa takaisin perheisiin, työpaikoille, yhteiskuntaan käyttämään päihteitä. Iso osa näistä asettautuu hakemaan uudelleen päihdehoitojärjestelmästä apua, mutta entistä huonokuntoisempana (kuvio 4).

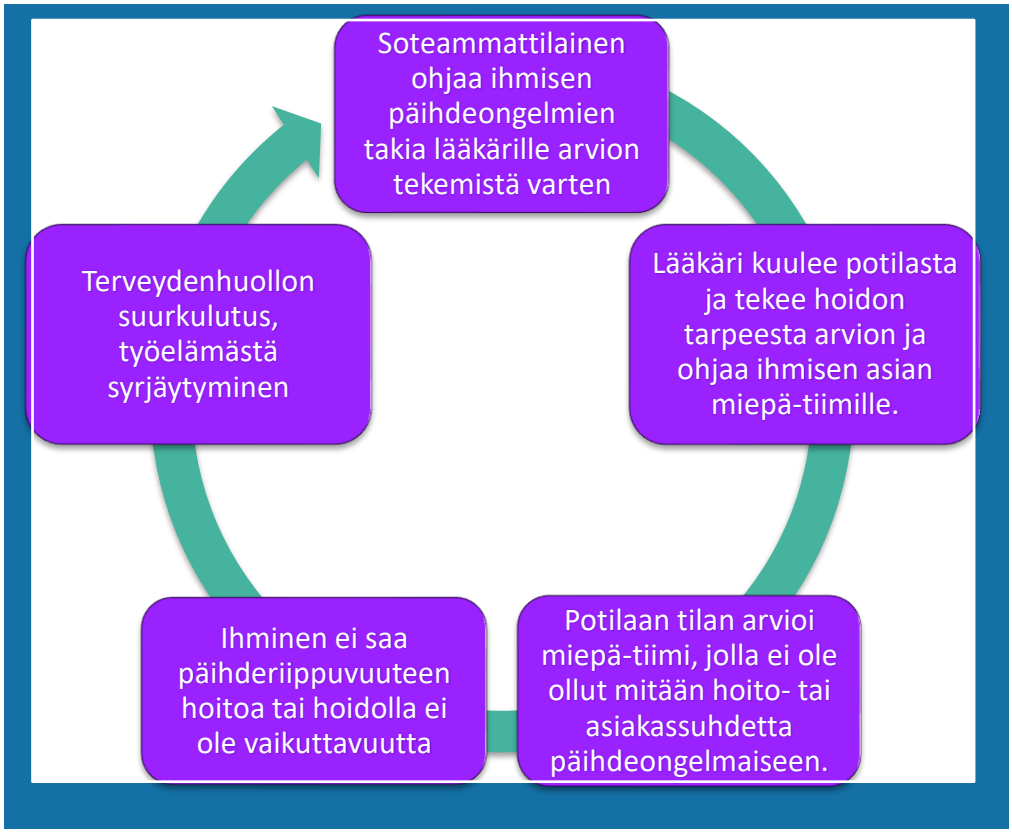
Sote-uudistuksen alkuvaiheen eli hallinnollisten siirtymävaiheiden jälkeen useat, ellei kaikki HVA:eet alkoivat tuottamaan avohoidon päihdepalveluita laajemmin omana tuotantona. Laitoshoidon palveluita ostettiin ja käytettiin sopimuskumppaneita merkittäviä määriä vielä vuonna 2023, jolloin ihmisten oli helppoa saada monilta HVA:lta maksusitoumus laitoshoitoon.

Avopäihdehoidon ostopalveluita oli lopetettu monilla HVA:lla vuoteen 2024 tultaessa, vaikka palveluntuottajien sopimuskautta olisi ollut vielä jäljellä. Laitoshoitojen ostopalveluihin myönnettiin maksusitoumuksia vielä vuoden 2024 aikana, mutta esimerkiksi hoitojaksojen pituudesta leikattiin niin paljon, ettei se hoidollisesti voi tuottaa vaikuttavuutta eli päihteettömyyttä hoitoon ohjatulle. Hoidollisesti on tulos sama, ohjataanko ihminen neljän viikon sijasta kahden viikon laitoshoitoon vai jätetäänkö hänet suoraan ilman hoitoa, sillä strukturoitujen vaikuttavien päihdehoitojen kesto on suunniteltu koko laitoshoitojakson ajalle. Jos vaikuttavia avohoidon ostopalveluita ei käytetä ja laitoshoitojaksoista nipistetään vähintään puolet, ei päihdesairautta saada hoidettua ja hallintaan. Ihminen jää kiertämään HVA:n järjestelmään (kuvio 4), menettää elämässään aina vain enemmän ja tulee aina vain vaikeammin hoidettavaksi. Päihdeavopalvelujen tuotantoa on siirretty riippuvuussairauksiin erikoistuneilta vaikuttavaa hoitotyötä tekeviltä sopimuspalveluntuottajilta tuotettavaksi hyvinvointialueen omissa uusissa päihderyhmissä, joihin ryhmänohjaajiksi on palkattu yleisesti päihde- ja mielenterveyslähihoitajia sekä päihde- ja psykiatrisia sairaanhoitajia. Näillä ammattilaisilla ei ole kuitenkaan koulutusta päihderiippuvuussairauden vaikuttavaan hoitoon vaan erityisesti mielenterveysongelmien ja -sairauksien hoitoon. Tämä on suomalaisen sote-koulutuksen ongelma, ei soteammattilaisten vika.

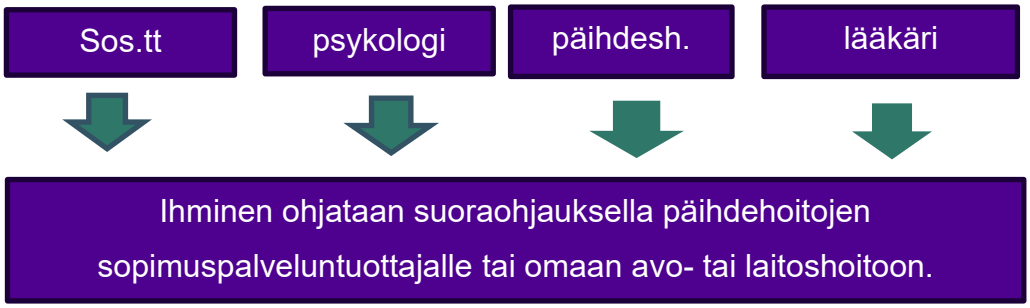
7.4 Päihderiippuvaisen hoitoonohjausprosessien kuvauksia



KUVIO 3. Päihderiippuvaisen hoitoonohjaus asiantuntijatiimin (miepä-tiimi) kautta (Arramies 2024)



KUVIO 4. Asiakasvirtausprosessin kehä toimimattomassa palvelujärjestelmässä (Arramies 2024)



KUVIO 5. Suoraohjauksin toteutettu hoitoonohjaus- ja virtausprosessi (Arramies 2024)

Vuoden 2023 alusta kuntien sote-vastuut, lakivelvoitteet ja tuhansittain ostopalvelusopimuksia siirtyivät hyvinvointialueille hoidettavaksi. Hyvinvointialueet tuottavat sote-palveluja itse sekä myös ostopalveluina. Ostopalvelun palveluntuottajat valikoituivat hyvinvointialueen sopimuspalveluntuottajiksi sopimussiirtojen ja julkisten hankintojen kilpailutusten kautta. Julkisiin hankintoihin osallistuvilta yksityisiltä palveluntuottajilta edellytetään aina samoja ammatillisia vaatimuksia henkilöstön, koulutusten, henkilöstömitoitusten ja tilojen suhteen kuin julkisen palvelun omassa tuotannossa. Tämä tarkoittaa sitä, että yksityisillä ostopalveluntuottajilla on itsellään kyky arvioida ja hoitaa ihmistä hänen tarpeensa mukaan, ja jos tätä palvelua tai tarvetta ei pystytä toteuttamaan omassa organisaatiossa, on ammattivelvollisuus ohjata ihmistä sellaiseen paikkaan, missä hänen hoitonsa tarve ja hoito kohtaavat ja ihminen saa asiansa hoidettua kuntoon. Tästä uudesta palveluohjaustarpeesta ostopalveluntuottaja informoi hyvinvointialueen ihmisen hoitoon lähettänyttä tahoa, joka tekee päätöksiä hoitoonohjauksista uuden palveluntarpeen arvion pohjalta. Koko sote-uudistuksen peruslähtökohta on ollut sosiaali- ja terveydenhuollon siiloton integraatiomalli, missä ihminen olisi järjestelmän keskiössä ja liikkuisi joustavasti aina hoidon ja palvelutarpeen mukaisesti. Sote-integraation on ollut tarkoitus tuottaa hallittua ja toimivaa prosessivirtausta hoidon, hoivan ja kuntoutuksen sekä myös kaikenlaisen muun sote-asioinnin sisällä.

Kun tarkastelemme suoraohjauksien (kuvio 5) virtausprosessia miepä-asiantuntijatiimien kautta tapahtuviin palveluohjauksiin (kuvio 3), voimme havaita, että samat sote-ammattiryhmät, jotka tekevät suoraohjauksia ammatillisille palveluntuottajille (kuvio 5), ovat niitä, jotka ohjaavat hyvinvointialueiden miepä-tiimin

mallissa ihmisen ensin lääkärille lausunnon tekemistä varten ja jonka lääkäri lähettää sitten samoille sote-ammattiedustajille (psyk.sh., sos.tt., psykologi, lääkäri) miepä-tiimiin kuin lääkäriä ja häntä ennen asiakkaan palvelutarpeen kartoittaneet sote-ammattilaiset ovat olleet (kuvio 3). Ainoa ero lääkärille lähettäneisiin sote-ammattilaisiin ja miepä-tiimin sote-ammattilaisiin verrattuna on, että lääkärille ihmisen lähettäneet sote-ammattilaiset ja lähetteen tekevä lääkäri ovat tavanneet ihmisen ja keskustelleet hänen kanssaan, kartoittaneet avun tarpeen, kun taas miepä-tiimin sote-ammattilaiset eivät ole koskaan tavanneet ihmistä. He ”kohtaavat” hoitoa tarvitsevan tai haluavan ihmisen vain lausunnoista ja diagnooseista käsin ja niiden perusteella tekevät ihmiselle palveluntarpeenarvion sekä mahdollisen hoitoonohjauksen määrättyihin, ylempää HVA:n operatiivisen johdon intressien mukaisiin palveluihin. Tässä ollaan jo kaukana sote-uudistuksen ja hyvinvointialueille luotujen demokraattisten, palvelujen vaikuttavuutta painottavien alkustrategioiden noudattamisen suhteen.

Suoraohjauksissa (kuvio 5) ihminen saa heti informaatiota palveluntarpeensa perusteella HVA:n soteammattilaiselta, jolla on hoidon- ja palveluntarpeeseen sopiva palveluntuottajalistaus. Vastaanotolla oleva keskustelee soteammattilaisen kanssa ja he yhdessä kartoittavat palveluntarvetta ja tutustuvat HVA:n palveluntuottajiin, jotka vastaisivat ihmisen palveluntarpeeseen. Usein soteammattilainen ottaa vastaanottotilanteessa yhteyttä sopivalta tuntuvaan palveluntuottajaan ja pidetään kolmikantakeskustelu kaiutinpuheluna. Tässä tarkistetaan, sopiiko palveluntuottajan hoitopalvelu ihmisen hoidon- ja palveluntarpeeseen. Varsinkin avohoitopalveluissa saatetaan sopia ihmisen tutustumiskäynti palveluntuottajalla ennen kuin tämä ilmoittaa ohjaavalle HVA:n soteammattilaiselle aloittavansa hoitoprosessin kyseisellä palveluntuottajalla. Ilmoituksen jälkeen ihmistä ohjaava soteammattilainen rekisteröi hoidon alkaneeksi, tekee maksusitoumuksen tai avaa ostovoiman kyseiseen palveluun kyseiselle henkilölle.

Erona suoraohjauksiin ja kilpailutusten kautta suoraan valituille palveluntuottajille ohjaamisessa (kuvio 5) on, että miepä-asiantuntijatiimit ovat saaneet ohjeistukset ja usein prioriteettijärjestyksen käytettävistä palveluista, minne ihmisiä voi tai pikemminkin saa ohjata (kuvio 3). Näitä palveluntuottajalistauksia voivat oh-

jata muut kuin hoidolliset ja julkisten hankintojen kautta tulevat hoidon ja palvelun tarpeeseen vastaavat intressit. Miepä-tiimit ja muut palvelutarpeen arvioita tekevät asiantuntijaryhmät tekevät hyvinvointialueen operatiivisen johdon kautta tulevien intressien ja palvelujen prioriteettijärjestyksen pohjalta tehtyjen palveluntuottajalistauksien ja omien palveluntarvearvioiden pohjalta päätöksen palveluohjauksesta, joka toimitetaan apua hakeneelle, hoitopaikkaa hakevalle ihmiselle. Tällaista järjestelmää olisi syytä viranomaisten tarkastella lain puitteissa. Toteutuuko tällaisessa työryhmämenettelyssä ihmisen oikeus saada palveluntarvetta vastaavaa palvelua (Suomen perustuslaki 731/1999, 19§ 3.mom.), vaikka järjestelmä itsessään olisi laillinen?

7.5 LEAN ja kahdeksan hukkaa

Lean-menetelmässä on kahdeksan hukan päätyyppiä liiketoiminta- ja valmistusprosesseissa (Mflow 2021). Leanin avulla pyritään tunnistamaan prosesseista nämä kahdeksan hukan lajia ja eliminoimaan tai minimoimaan arvoa tuottamattomat työvaiheet tai työ. Tällöin tuote tai palvelu virtaa alusta loppuun prosessissa nopeammin ja vähemmän tekijöitä kuormittaen eli pienemmällä vaivalla. Hukka-aika on työtä tai palvelun prosessin osa, joka ei tuota asiakkaalle mitään lisäarvoa.

Alla Leanin kahdeksan hukan päätyyppiä:
1. Ylituotanto
2. Odottelu
3. Tarpeeton kuljettelu
4. Ylikäsittely tai virheellinen käsittely
5. Tarpeettomat varastot
6. Tarpeeton liikkuminen
7. Viat
8. Työntekijän luovuuden käyttämättä jättäminen

Vaikka Lean-menetelmä yhdistetään usein tavaratuotantoon voi sitä soveltaa ja myös sovelletaan sosiaali- ja terveydenhuollon erilaisissa prosesseissa. Tarkastelen lyhyesti, miten kahdeksan hukan osia voisi tarkastella päihderiippuvaisen

hoitoonohjauskontekstissa, kun palveluohjaukseen käytetään miepä-tiimiä tai muuta vastaavaa asiantuntijatiimiä suoraohjausten sijaan:

Ylituotanto

Prosessissa kulkeva virtausyksikkö on tässä esimerkkitapauksessa päihderiippuvainen, joka hakee apua päihdeongelmiinsa. Jos hoitoon ohjattavan virtausprosessissa päihdehoitopaikka ei tuota vaikuttavuutta, kaikki hoitoonohjausprosessiin liittynyt työ ja energia eivät ole vain turhia, vaan jopa haitallisia. Päihderiippuvuus on etenevä sairaus ja hoitamattomana ennenaikaiseen kuolemaan johtava. Päihteiden käytön jatkuessa päihdehoidon jälkeenkin jää hoitoon ohjattu niin sanotusti palvelujärjestelmän vangiksi, kiertämään hoitoonohjausjärjestelmään yhä huonommassa kunnossa ja suuremmalla palvelun sekä hoidon tarpeella (kuvio 4). Suomessa perinteinen, yleisesti käytetty päihdehoidon malli julkisissa ja perinteisissä päihdehoitopalveluissa tuottaa viimeisimpien vaikuttavuustutkimusten mukaan noin 2 prosentin tuloksia vuoden raittiudella mitattuna (Keso & Salaspuro 1990), kun taas parhaimmat päihdehoidon tulokset ovat noin 50 prosenttia (Avominne 2020).

Hukkana ylituotanto tarkoittaa tässä tapauksessa kuvion 4 kiertoa eli ihminen jää jatkuvaan kiertoon järjestelmään, eikä asiakasvirtausprosessilla ole enää alkua ja loppua, vaan pelkkä kierto. Tämä aiheuttaa "ylituotantoa", yhä pahenevia ja lisääntyviä hoidontarpeita sekä resurssipulaa koko sotesektorille ja sitä kautta kaikkialle sote-alalle. Jos päihderiippuvaisia ihmisiä ei saada hoidettua kuntoon, hyvinvointialueiden alijäämät kasvavat sellaisiksi, ettei mitkään käytössä olevat resurssit riitä hoitamaan niitä kuntoon. Heikot päihdehoitojärjestelmän tulokset ylläpitävät Suomen perinteisesti korkeita päihdekuolemalukuja ja ennen päihdesairauteen kuolemista, korkeita hoito- ja haittakustannuksia.

Odottelu

Hyvinvointialueiden miepä-asiantuntijatyöryhmämallissa ihminen joutuu jonottamaan (kuvio 3) palvelujärjestelmässä verrattuna suoraohjauksien (kuvio 5) nopeaan hoitoon ohjaukseen. Pahimmillaan hoitoa tarvitseva jonottaa ensin esimerkiksi sosiaalityöntekijälle tai psykologille ja sen jälkeen lääkärille, joka taas kirjoittaa lausunnon miepä-työryhmälle, joka vasta käsittelee ihmisen asiaa.

Päihderiippuvainen odottaa ratkaisua soteasiantuntijatiimiltä, joka ei ole koskaan tavannut hoitoon ohjattavaa, ja joka tekee palvelutarpeen arvion ja hoitoonohjauksen edellisten vastaavien, ihmisen kohdanneen ja jo kartoituksen tehneiden hyvinvointialueen soteammattilaisten palvelutarpeen arvioiden ja lausuntojen pohjalta. On aiheellista kysyä, toteuttavatko hyvinvointialueet veronmaksajien rahoilla ja mandaatilla perustuslain 19 pykälän 3. momentin mukaisesti riittävien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisvastuutaan, jos palvelu on tehoton ja palvelujärjestelmät ja prosessit tuottavat huonoa vaikuttavuutta?

Tarpeeton kuljettelu

Koskee ihmisen täysin turhia käyntejä vastaanotoilla, joka olisi hoidettavissa yhdellä käyntikerralla soteammattilaisen luona ja puhelimitse sen jälkeen, kun palveluntarve on kuultu ja kartoitettu.

Ylikäsittely tai virheellinen käsittely

Kun ihminen joutuu kertomaan ja kartoittamaan tilaansa ensin soteammattilaisille, jotka voivat vain ohjata hänet lääkärille tekemään näistä asioista jälleen lausunnon mielenterveystyöryhmän vastaavan koulutuksen saaneille soteammattilaisille, on prosessissa ylikäsittelyä sekä järjestelmän ajan ja resurssien tuhlausta. Ylikäsittelyn myötä virheellisen palvelutarpeen arvion ja sitä kautta virheellisen hoitoonohjauksen riski lisääntyy.

Tarpeettomat varastot

Tätä hukan muotoa voisi verrata miepä-työryhmän hukattuihin soteresursseihin, jotka olisivat paremmassa käytössä suorassa asiakas- ja potilastyössä sekä asiakaspalvelutyössä.

Tarpeeton liikkuminen

Katso kohta Ylikäsittely.

Viat

Kun asiakas joutuu odottamaan hoitoa ja kertomaan tilanteestaan useille eri tahoille, riski virheille, kuten väärille diagnooseille ja hoitojatkumoille, kasvaa. Asiantuntijaryhmä, kuten miepä-tiimi, käsittelee asiakkaan asiaa pelkkien dokumenttien perusteella tapaamatta häntä henkilökohtaisesti. Tämä voi lisätä virheiden todennäköisyyttä palveluntarpeen arvioinnissa, hoitopaikan sekä koko hoitojatkumon osalta. Jos hoidetaan väärää diagnoosia, syntyy väärä hoitojatkumo, eikä alkuperäinen sairaus tule hoidetuksi.

Työntekijän luovuuden käyttämättä jättäminen

Ammattitaitoa ja motivaatiota menetetään, kun asiakkaan henkilökohtaisesti vastaanottavat sote-ammattilaiset eivät voi hyödyntää ammattiosaamistaan ja tehdä suoraohjausta. Asiantuntijaryhmä-mallissa asiakkaan asia "kierrätetään" lääkärin kautta miepä-tiimille, vaikka ihmisen ohjaus tarpeen mukaiseen hoitoon eli suoraohjaus olisi mahdollista jo ensimmäisessä kohtaamisessa.

Hoidon ja palvelun vaikuttavuus ja tehokkuus sekä asiakas- ja potilasprosessivirtaus ovat oleellisia tekijöitä sotekustannuksien ja -resurssien priorisoinnissa ja kohdentamisessa. Tärkeintä on jatkuvasti mitata ja tutkia, saavatko ihmiset apua HVA:n järjestelmältä vai jäävätkö he kiertämään kehää palvelujärjestelmään (kuvio 4).

8 PÄIHDEHOITOJEN VAIKUTTAVUUS JA LAATU

8.1 Hoidon vaikuttavuudella on merkittävä vaikutus kustannuksiin

Päihdehoitopalveluiden tuloksellisuutta eli hoitojen vaikuttavuutta on Suomessa mitattu äärimmäisen vähän. Suomalaisten terveyttä ja hyvinvointia edistävän valtion laitoksen THL:n tutkimusprofessori istui vuoteen 2023 asti myös yksityisen palveluntuottajan ja päihdepalvelujen markkinajohtajan A-klinikkasäätiön ja A-klinikka Oy:n hallituksien puheenjohtajana. Viimeisin merkittävä vaikuttavuustutkimus, mikä on tehty päihdehoito-, -tutkimus ja -koulutuskentällä A-klinikkatyön hoidon vaikuttavuudesta, on LKT Lauri Keson ja LKT, prof. Mikko Salaspuron väitöskirja, missä tutkittiin A-klinikkasäätiön Järvenpään sosiaalisairaalan "traditionaalisen" päihdehoidon tuloksia. Järvenpään sosiaalisairaalan laitoshoidon käyneistä vuoden raittiuden sai ainoastaan 1,9 % (Keso & Salaspuro 1990).

Tampereen ammattikorkeakoulun sairaanhoitajakoulutuksen Tiia Purujoki ja Emilia Mavrodiev tekivät vuonna 2017 Tampereen ammattikorkeakoulussa oppilastyön "Potilaiden tyytyväisyys hoitoon Tampereen Avominnessä". Oppilastyön kyselyssä Tampereen Avominnen entisiltä potilailta kysyttiin, ovatko he retkahtaneet hoidon aloittamisen jälkeen. Hoidon käyneistä kyselyyn vastanneista 61 potilaasta 46 potilasta eli 75 % ei ollut retkahtanut kertaakaan. Retkahtaneita oli 15 potilasta eli 25 % (Mavrodiev & Purujoki 2017). Keson ja Salaspuron kansainvälisen tason väitöskirjan vaikuttavuusmittauksissa asiakaspotilasaineiston n-luku (tutkimukseen osallistuneiden ja vastanneiden määrä) oli 67 ja TAMK:n sairaanhoitokoulutuksen oppilastyössä n=61. On huomioitavaa, että TAMK:n tekemässä vaikuttavuusmittauksessa Tampereen Avominne klinikan asiakaspotilasaineiston raittiutta mitattiin 12 vuoden seurantajaksolta (2005–2017), kun se Keson ja Salaspuron väitöstutkimuksessa oli vain vuoden raittiuden otannalla.

TAULUKKO 5. Number needed to treat eli NNT-luku tehokkuuden mittaamiseen (Arramies 2024)

Kahden ihmisen raitistumiseen tarvitaan	Hoidossa raitistumisprosentti %	Hoitoonohjattavat/ 2 raitistunutta
Avominne-hoito	50	4 hoitoonohjausta
Traditionaalinen	2	100 hoitoonohjausta

8.2 Hallitusohjelman 2023 kirjauksia

Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelmassa Vahva ja välittävä Suomi (2023) kiinnitetään huomiota päihderiippuvuuden ja rahapeliriippuvuuden hoidon vaikuttavuuden parantamiseen (Hallitusohjelma 2023). Ohjelmassa huomioidaan ja turvataan asiakkaiden tarpeita vastaavat erilaiset vaihtoehdot päihdehoitomalleihin sekä kehitetään raskaana olevien päihteitä käyttävien naisten hoitoa. Lisäksi lisätään raittiuteen tähtäävän vaikuttavan lääkkeettömän, toipumisorientoituneen mallin käyttöä ja luodaan kansalliset laatustandardit koulutukseen ja päihdehoitoihin sekä panostetaan päihdehoidon vaikuttavuuden mittaamiseen ja tutkimiseen. Erityistä huomiota kiinnitetään nuorten huumeidenkäytön ehkäisyyn ja nuorten huumekuolemien vähentämiseen sekä arvioidaan erikseen hallituskauden aikana tarvittavat lisätoimet. Ylivelkaantumiseen ja rahapelihaittoihin puututaan varhaisessa vaiheessa ja varmistetaan hoidon saatavuus peliriippuvaisille huomioiden myös etäpalvelut (Hallitusohjelma 2023, 32). Hallitusohjelman mukaan sote-palveluiden järjestämistä pyritään tehostamaan ja monipuolistamaan purkamalla lainsäädännön esteitä ja mahdollistamalla erilaisia palveluntuotantotapoja. Tavoitteena on parantaa palveluiden saatavuutta, laatua ja kustannustehokkuutta (Hallitusohjelma 2023, 44–45).

Vuoden 2023 hallitusohjelmassa on painotettu keskeisiä sote-palveluiden kehittämiskeinoja:

- Monituottajuuden edistäminen. Hyvinvointialueiden ja yhteistyöalueiden mahdollisuuksia järjestää palveluita eri tavoin lisätään.
- Sääntelyn keventäminen. Helpotetaan palveluiden hankkimista yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta.
- Palvelusetelien käyttö. Laajennetaan ja yhtenäistetään palvelusetelien käyttöä.
- Hankintaosaamisen vahvistaminen. Parannetaan hankintaosaamista ja ymmärrystä laadun ja vaikuttavuuden merkityksestä.
- Kilpailun edistäminen. Jaetaan hankintoja pienempiin osiin, jotta myös pk-yritykset voivat osallistua.
- In house -yhtiöiden valvonta. Puututaan hankintalain kiertämiseen in house -yhtiöiden avulla.

- Tietojohtamisen hyödyntäminen. Hyödynnetään kansallista kustannuslaskennan mallia ja seurataan jonotilanteita.

Tavoitteena on

- laadukkaat, vaikuttavat ja kustannustehokkaat palvelut
- parempi palveluiden saatavuus
- hyvinvointialueiden ja eri palveluntuottajien yhteistyön tehostaminen.

8.3 Pirhan päihdepalvelujen toimivuus ja vaikuttavuus

Pidin opinnäytetyöhöni teemaan liittyvän esityksen Tampereen pääkirjasto Metsossa 14.10.2024 otsikolla: Ovatko Pirhan päihdepalvelut toimivia ja vaikuttavuutta tuottavia?

Puhetilaisuuden jälkeisen palautteen perusteella tein julkisesti näytettäväksi ja opinnäytetyöni liitteeksi esityksestä YouTube videon (Arramies 2024) saatetekstillä:

> EU:n n. 32.000 viranhaltijaa voi hakea ja saada päihde- ja rahapeliriippuvuuden hoidon maksusitoumuksen Avominne klinikoille nopeasti. Ensimmäisen maksusitoumuksen päätös tuli noin kolmessa päivässä ja palveluntuottajaksi rekisteröityminen noin neljässä päivässä.
>
> Pirhassa taas vaikuttavat päihteettömät päihdehoidot lopetettiin liiallisiin ostopalveluihin vedoten ja suljetussa kokouksessa operatiivinen johto junttasi vuosiarvoltaan 11,5 miljoonan (sopimuskausi 46 miljoonaa euroa) opioidikorvauskorvaushoidon eli lääkkeiden jaon ja terveysneuvontapalvelun ostopalvelun lähinnä kahdelta toimijalta. Tämän täysin terveydenhuollon rutiinipalvelun Pirha olisi voinut tehdä itse, mutta osti sen. Miksi?”
>
> Toteuttavatko hyvinvointialueet veronmaksajien rahoilla ja mandaatilla perustuslain 19 pykälän 3. momentin mukaisesti riittävien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisvastuutaan, jos palvelu on tehoton ja palvelujärjestelmät ja prosessit tuottavat huonoa vaikuttavuutta?

9 POHDINTA

Opinnäytetyössä käytettiin kommentoivaa narratiivista menetelmää (Salminen 2023, 8). Narratiivinen kommentoiva kirjallisuuskatsaus sopii laajojen asioiden yksinkertaistettuun osatarkasteluun niin, että aiheen kokonaiskuva on helppo hahmottaa. Narratiivinen ote pyrkii helppolukuiseen ja kertovaan lopputulokseen. Opinnäytetyössä tarkasteltiin, miten eri sektorien haitat kuormittavat näiden sektoreiden toimintaa ja sitä kautta koko yhteiskuntaa.

Lähdeaineisto valikoitui hajanaisista lähteistä aivan siitä syystä, että aiheen tutkimus ja uutisointi on hajanaista ja sitä on aivan liian vähän verrattuna useiden miljardien vuosikustannuksiin ja päihteiden tuomiin yhteiskunnallisiin ongelmiin. Päihdehoidon vaikuttavuuden mittauksen sekä tehokkuuden NNT-lukeman merkitystä kuvaamaan valikoitui (taulukko 5) kaksi toimijaa, A-klinikkasäätiön Järvenpään sosiaalisairaala sekä Avominne klinikat siitä syystä, että Järvenpään sosiaalisairaalan tutkimus (Keso & Salaspuro 1990) on viimeisimpiä traditionaalisen päihdehoidon vaikuttavuuden tutkimuksia Suomessa ja Avominne klinikoilta löytyi taas vertailuun TAMK:n sairaanhoitajien opinnäytetyön vaikuttavuuskyselyn tulokset Tampereen Avominne klinikalta vuosilta 2005-2017 (Avominne klinikat 2020).

Opinnäytetyöni ei ole tieteellinen julkaisu. Sen eettinen perusta ja lähtökohta on tuottaa näkökulmia yhteiskunnallisesti merkittävän ja erityisesti sote-sektoria ja sen henkilöstöä merkittävästi kuormittavien päihdehaittojen ja niistä koituvien yhteiskunnallisten kustannusten esille tuomiseen. Opinnäytetyöni on tarkastellut erilaisia uutisointeja ja tutkimuksia päihteiden tuomista haitoista ja niiden aiheuttamista kustannuksista yhteiskunnassamme sekä minkälaisia prosessivirtauksia hyvinvointialueiden palvelujärjestelmien asiakasohjauksiin liittyy.

Hoidon vaikuttavuus ja tehokkuus sekä asiakas- ja potilasprosessivirtaus ovat oleellisia tekijöitä HVA:n sotekustannuksia ja -resursseja tarkastellessa. Prosessien tutkimisessa on oleellista pohtia, saavatko ihmiset apua HVA:n järjestelmältä vai jäävätkö he kiertämään kehää palvelujärjestelmässä (kuvio 4)?

Sote-uudistuksen yhteisesti sovittuna tarkoituksena oli leikata hallitsemattomasti kasvaneista sote-kuluista 3 miljardia euroa. Ikääntyvä väestörakenne yhdistettynä väheneviin veronmaksajiin aiheuttaa ison sotekustannusten ja -resurssien kasvun paineen. Kun kustannusten nousu ja sotehenkilöstön resurssien lisääntyvä tarve on tiedossa, meidän on tehostettava ja saatava säästöjä kaikesta mahdollisesta. Jos löydetään kohteita, joilla saavutetaan merkittäviä säästöjä kustannuksissa, palvelujen vaikuttavuudessa, avun saannin nopeudessa ja sotehenkilöstön resursseissa, parempaa työhyvinvointia tehokkaammilla työ-, asiakas- ja potilasprosesseilla, miksi emme alkaisi toteuttaa sellaisia käytäntöjä? Opinnäytetyöni tarkoitus on tuoda toivoa ja näkökulmia siitä, että meillä on monia keinoja ja tehostamistoimia käyttämättä, joilla on mahdollisuus saavuttaa hyvinvointia ja terveyttä merkittävästi pienemmillä kustannuksilla. Tämä on myös opinnäytetyöni eettinen tarkoitus.

Mietitään vaikka lapsia ja heidän mielenterveysongelmien juurisyitä. Palvelujärjestelmäämme tarkastellessa tuntuu ja näyttää siltä, ettei suomalaisilla lapsilla ole oikeutta omiin vanhempiin silloin, kun lapsen vanhempi on päihderiippuvainen. Miksi lapsen vanhempaa tai vanhempia ei hoideta vaikuttavissa päihdehoidoissa, jolloin vanhempien päihteiden käytöstä johtuneet lasten huostaanotot voitaisiin purkaa, kun vanhemmat tulisivat hoidetuksi ja päihteettömäksi? Kuinka paljon henkisiä, taloudellisia ja sote-resursseja säästyisi, kun käyttäisimme enemmän vaikuttavia päihdepalveluja ja hoitaisimme vähemmän päihteiden aiheuttamien haittojen oireita?

Aluevaltuustoissa pohditaan jatkuvasti, kuinka rahat riittävät, miten eurolla saataisiin enemmän terveyttä sekä miten vaikuttaa henkilöstön kuormitukseen ja hyvinvointiin. Tulevaisuuden kustannustehokkuutta, säästöjä ja toimintojen laatua kartoitettaessa olisi varmasti hyvä selvittää, kuinka validia suomalainen päihdehoidon tutkimus viime vuosina on ollut ja miksi päihdehoitojen vaikuttavuutta ei virallisilta tahoilta ylipäätään Suomessa tutkita. Vaikuttavuustutkimusten pitäisi ohjata hoitojen ja palvelujärjestelmän laatua, johtamista sekä soteammattilaisten hoito- ja kuntoutukseen liittyvää koulutusta sektorilla, joka tuottaa vuosittain tuhansien suomalaisten ennenaikaisen kuoleman, merkittävimmät huostaanottojen

syyt ja jopa Suomen kestävyysvajeen verran haittakuluja. Tulevaisuudessa pitäisi tutkia ja tehdä selvitystyötä paljon enemmän siitä, kuinka saisimme säästöjä ja kuinka paljon ennaltaehkäisevästi pystyisimme vapauttamaan resursseja sote-sektorilla, jos päihdehoito- ja päihdepalvelujärjestelmä toimisi tehokkaimmalla mahdollisella tavalla ja vaikuttavuuden mittaaminen sekä sen tuottama data ohjattaisiin toimivan päihdehoito-, kuntoutus- ja koulutusjärjestelmän laatu- ja tietopohjaksi.

Meidän olisi syytä kiinnittää huomiota myös ”kissanhännänvetoon” eli valtataisteluun mitä päihderiippuvaisten hoitoon, kuntoutukseen ja ammatilliseen koulutukseen liittyy. Tällä hetkellä Suomessa kiistellään erityisesti siitä, mille sektorille ja mihin viitekehykseen päihderiippuvaisten hoito ja kuntoutus kuuluisi, lääketieteen, sosiaalialan vai mielenterveyspuolen? Jos vaikuttavuutta halutaan saada niin ei yksistään mihinkään näistä. Päihderiippuvuuden hoidossa ja kuntoutuksessa saadaan tuloksellisuutta, kun niissä käytetään oman erikoisalojen ammatillisia osaajia, jotka ymmärtävät riippuvuussairauksien moninaiset mekanismit ja oireet, suositaan holistisia sekä päihteettömyyteen tähtääviä hoitofilosofioita, moniammatillisuutta ja vertaistyötäkin osana ihmisten toipumisprosessia.

Lopuksi jättäisin ilmaan kysymyksen, jonka muistan aikoinaan Poliisi TV:ssä kuulleeni: Kuinka monta poliisia ja partioita tarvittaisiin ison kaupungin vuoroon, jos päihteitä ei yhteiskunnassa olisi? Entä riittäisikö kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille töitä? Se työ ja ne haittakustannukset, joita joudumme veronmaksajina päihteiden tuomista haitoista maksamaan, ovat moninkertaiset verrattuna esimerkiksi alkoholituotoista saataviin tuottoihin. Jos leikimme vielä ajatuksella, että yhteiskunnassamme ei olisi ollenkaan päihteitä, niin pohdin, että voisimme ylläpitää rikasta hyvinvointivaltiota, jolla olisi vielä hyvien palvelujen lisäksi varaa maksaa kansalaispalkkaa kaikille valtion kansalaisille. Päihdehaittakulut, jotka ovat koko yhteiskunnassa julkinen ja yksityinen sektori mukaan laskien arviolta 13 miljardia euroa vuodessa tarkoittaa sitä, että meillä Suomessa jokainen 5,5 miljoonaa suomalaista maksaa noin 6,47 euroa päivässä niitä. Koska veronmaksajia ei ole lähellekään tuota 5,5 miljoonaa, on summa veronmaksajaa kohti päivässä todella suuri ja sille rahalle olisi varmasti muutakin käyttöä. Tästä syystä toivon, että opinnäytetyöni avaa silmiä sille, miksi on tärkeää,

että päihdehoito on laadukasta ja se tuottaa oikeasti vaikuttavuutta, mitä Orpon hallituksen hallitusohjelmassakin (Hallitusohjelma 2023) on kirjauksin peräänkuulutettu.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on herättää keskustelua ja avata tarvetta lisäselvityksille, joissa tarkemmin arvioidaan ja lasketaan päihdehaittojen kustannuseriä. Lisäselvityksiä kannattaisi etsiä erityisesti yksityiseltä sektorilta.

Kuinka paljon päihdehaittakustannuksia syntyy esimerkiksi yksityisen sektorin ennenaikaisista eläköitymisistä, sairauspoissaoloista, tehottomuudesta sekä somaattisista ja mielenterveyteen liittyvistä kustannuksista? Entä päihteistä johtuvat työ- ja muusta elämästä syrjäytymisen kustannukset?

Millaisia ovat päihdeperheen hoitamattoman päihderiippuvuuden kumuloituvat kustannukset, kun huomioidaan psyykkiset ja somaattiset oireet sekä mielenterveyden ja traumojen hoito ihmisen elämänkaaren aikana?

Mitkä ovat psykiatrian sektorin päihdehaitat ja niistä aiheutuvat kustannukset, kun oirehdinta johtuu ihmisen omasta tai hänen läheisen hoitamattomasta päihderiippuvuudesta?

Entä millaisia kustannuksia aiheutuu tapaturmista ja liikenneonnettomuuksista, joiden taustalla ovat päihteet?

Laajempaa tutkimusta päihdehaittojen kustannuksista, mistä kaikista eristä ne koostuvat ja miten niitä voidaan tehokkaimmin hoitaa, voitaisiin hyödyntää yhteiskunnallisesti ja hyvinvointialueilla. Sen avulla voitaisiin kohdentaa tiedolla johtamisen resursseja sosiaali- ja terveydenhoitoalan koulutukseen sekä sosiaali- ja terveydenhuoltosektorin työhön yleisesti.

LÄHTEET

A-klinikkasäätiö. 2024. Lasinen lapsuus. Tutkimusta ja artikkeleita. Viitattu 23.8.2024. https://lasinenlapsuus.fi/tietoa-lasisesta-lapsuudesta/lasinen-lapsuus-lukemisto/

Arramies, M. 2024. Ovatko Pirhan päihdepalvelut toimivia ja vaikuttavuutta tuottavia? YouTube-esitys 17.10.2024. Viitattu 20.10.2024. https://www.youtube.com/watch?v=xIVmJ3qvmFs

Arramies, M. 2021. Riippuvuudet hallitsevat elämäämme. Fuengirola.fi -lehden blogi 12/ 2021. Viitattu 31.1.2024. https://www.avominne.fi/riippuvuudet-hallitsevat-elamaamme/

Avominne. 2020. Tulokset ja kokemukset. Verkkosivut. Viitattu 10.10.2024. https://www.avominne.fi/tulokset-ja-kokemukset/

Ehyt ry. 2024. Mitä jos laskisimme toisin? -Alkoholin kustannukset terveydenhuollolle. Tiedotekooste raportista n.d. PDF-tiedosto. Viitattu 23.9.2024. https://ehyt.fi/wp-content/uploads/2024/09/Mita-jos-laskisimme-toisin_infograafi_sivut_verkkoon-1.pdf

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. Viitattu 7.10.2024. https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731

Hallitusohjelma. 2023. Vahva ja välittävä Suomi -Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelma 20.6.2023. Valtioneuvosto. Pdf-dokumentti. Viitattu 26.10.2024. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165042/Paaministeri-Petteri-Orpon-hallituksen-ohjelma-20062023.pdf

Heino, T., Hyry, S., Ikäheimo, S., Kuronen, M. & Rajala, R. 2016. Lasten kodin ulkopuolelle sijoittamisen syyt, taustat, palvelut ja kustannukset HuosTa-hankkeen (2014–2015) päätulokset. THL Raportti. Pdf-dokumentti. Viitattu 22.8.2024. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130536/URN_ISBN_978-952-302-644-5.pdf

Hietanen, S. 2021. Alcohol-related health problems in critically ill patients. Tiivistelmä 20.8.2021. Oulun yliopisto. Viitattu 29.9.2024. https://oulurepo.oulu.fi/handle/10024/36617

Itä-Suomen yliopisto. 2020. Päihdepalvelut tuovat säästöjä alkoholiongelmaisten hoitoon. Tiedote. Verkkosivu 6.5.2020. Viitattu 25.9.2024. https://www.uef.fi/fi/artikkeli/paihdepalvelut-tuovat-saastoja-alkoholiongelmaisten-hoitoon

Joensuu, J. 2020. Vanhempien päihteiden käyttö on yleinen syy huostaanottoihin – Lastensuojelu: "Mielenterveysongelmia hoidetaan päihteillä". Yle Uutiset 12.3.2020. Viitattu 25.9.2024. https://yle.fi/a/3-11244838

Keso, L. & Salaspuro, M. 9/1990. Inpatient Treatment of Employed Alcoholics: A Randomized Clinical Trial on Hazelden-Type and Traditional Treatment. Researchgate.net. Viitattu 28.11.2023. Inpatient Treatment of Employed Alcoholics: A Randomized Clinical Trial on Hazelden-Type and Traditional Treatment - Keso - 1990 - Alcoholism: Clinical and Experimental Research - Wiley Online Library

Kuusikko-työryhmä. 2022. Kuuden suurimman kaupungin lastensuojelun palvelut ja kustannukset vuonna 2021. Verkkosivu. Viitattu 18.9.2024. https://kuutoskaupunkivertailu.fi/arkisto/#lastensuojelu

LeanThinking. 2024. Lean sanasto. Arvovirtakuvaus – Value Stream Map. Verkkosivusto. Viitattu 18.9.2024. https://leanthinking.fi/sanasto/arvovirtakuvaus-value-stream-map/

Lehtinen, A-M. 2011. Outreach-toiminta: Tehohoidon jälkeistä seurantaa vuodeosastoilla. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos. Viitattu 29.9.2024. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/76657/gradu05128.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Mavrodiev, E. & Purujoki, T. 2017. Potilaiden tyytyväisyys hoitoon Tampereen Avominnessä. Sairaanhoitajakoulutus. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. Viitattu 18.1.2023. https://www.avominne.fi/wp-content/uploads/2018/06/Mavrodiev_Emilia_Purujoki_Tiia.pdf

Mflow. 2021. Kahdeksan hukkaa. Verkkosivu. Viitattu 12.10.2024. https://mflow.fi/kahdeksan-hukkaa/

Miettinen, V. 2021. Kuntalehden podcast pohtii koronan vaikutusta lapsiin ja nuoriin, lastensuojelun kuormitusta ja haasteita – "Meillä ei ole lasten päihdepalveluja Suomessa". Kuntalehti 5.5.2021. Viitattu 24.2.2024. https://kuntalehti.fi/uutiset/kuntalehden-podcast-pohtii-koronan-vaikutusta-lapsiin-ja-nuoriin-lastensuojelun-kuormitusta-ja-haasteita-meilla-ei-ole-lasten-paihdepalveluja-suomessa/

Mäntysalo, J. 2021. Päivä vankilassa maksaa saman verran kuin majoittuminen hyvässä hotellissa – tavoitteena on passittaa yhä useampi vanki halvempaan valvontaan. Ylen verkkoartikkeli 19.10.2021. Viitattu 23.9.2024. https://yle.fi/a/3-12142426

Oikeusministeriö. 2022. Oikeusministeriön hallinnonala valtion talousarvioesityksessä vuodelle 2023. Valtioneuvoston tiedote 19.9.2022. Viitattu 2.10.2024. https://valtioneuvosto.fi/-//1410853/oikeusministerion-hallinnonala-valtion-talousarvioesityksessa-vuodelle-2023

Paavoseppä, M. 2014. Alkoholin haittakulut kattaisivat koko kestävyysvajeen. MTV-Uutiset 14.3.2014. Viitattu 28.9.2024. https://www.mtvuutiset.fi/artikkeli/alkoholin-haittakustannukset-kattaisivat-koko-kestavyysvajeen/3102644

Rautiainen, E. 2021. Health service use, care costs, and associated care outcomes of patients with alcohol use disorder in North Karelia, Finland: a register-based study. Väitöskirja. Viitattu 25.9.2024. https://erepo.uef.fi/handle/123456789/24340

Rautiainen, E. 2020. Alkoholiongelma tulee yhteiskunnalle kalliiksi – mutta mikä siinä maksaa? Itä-Suomen yliopiston tiedote 5.6.2020. Viitattu 5.10.2020. https://www.uef.fi/fi/artikkeli/alkoholiongelma-tulee-yhteiskunnalle-kalliiksi-mutta-mika-siina-maksaa

Rikosseuraamuslaitos. 2022. Päihdetyö. Verkkosivu. Viitattu 10.9.2024. https://www.rikosseuraamus.fi/fi/index/seuraamukset/kuntoutus/paihdetyo.html

RISE. 2024. Vankien ja yhdyskuntaseuraamuksia suorittavien määrä kasvoi vuonna 2023. Tiedote 5.3.2024. Viitattu 2.10.2024. https://www.rikosseuraamus.fi/fi/index/ajankohtaista/tiedotteet/2024/vankienjayhdyskuntaseuraamuksiasuorittavienmaarakasvoivuonna2023.html

Roine, M., Ilva, M. & Takala, J. 2010. Joka neljännessä suomalaisperheessä käytetään lasten näkökulmasta liikaa päihteitä. Lapsuus päihteiden varjossa. Vanhempien päihteidenkäytöstä kärsivät lapset tutkimuksessa ja käytännön työssä. A- klinikkasäätiön raporttisarja 57. Pdf-dokumentti. Viitattu 20.9.2024. https://lasinenlapsuus.fi/wp-content/uploads/sites/5/2023/05/lapsuus_paihteiden_varjossa-_vanhempien_paihteidenkaytosta_karsivat_lapset.pdf

Salminen, A. 2023. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja joihinkin hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston raportteja 40. Pdf-dokumentti. Viitattu 10.11.2024. https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/15470/978-952-395-081-8%20%28PDF%29.pdf?sequence=2

Sisäministeriö. 2022. Sisäministeriön hallinnonalan määrärahoihin esitetään vuodelle 2023 huomattavaa lisäystä. Valtioneuvoston tiedote 19.9.2022. Viitattu 2.10.2024. https://valtioneuvosto.fi/-/1410869/sisaministerion-hallinnonalan-maararahoihin-esitetaan-vuodelle-2023-huomattavaa-lisaysta

STM. 2023. Visiotyö osoittaa lastensuojelun uudistustarpeet. Valtioneuvoston verkkotiedote. Viitattu 3.10.2024. https://valtioneuvosto.fi/-/1271139/visiotyo-osoittaa-lastensuojelun-uudistustarpeet

Stockwell, T. 2022. Puheenvuoro – Tim Stockwell: Vaiettu pandemia. Ehyt ry -blogi 24.2.2022. Viitattu 22.9.2024. https://ehyt.fi/uutishuone/blogit/puheenvuoro-tim-stockwell-vaiettu-pandemia/?utm_campaign=unspecified&utm_content=unspecified&utm_medium=email&utm_source=apsis-anp-3

Suomen Lean-yhdistys. n.d. Verkkosivu. Viitattu 15.9.2024. http://www.leanyhdistys.fi/

Taja ry. n.d. Rekisteritiedosta vaikuttavuutta päihdepalvelujärjestelmän kehittämiseen. Viitattu 5.10.2024. https://www.taja.fi/verkkolehti/tieteessa/rekisteritiedosta-vaikuttavuutta-paihdepalvelujarjestelman-kehittamiseen/

THL. 2024. Joka kuudennesta 13–15-vuotiaasta tehtiin lastensuojeluilmoitus vuonna 2023, määrä edelleen kasvussa. Tiedote 2.5.2024. Viitattu 6.8.2024. https://thl.fi/-/joka-kuudennesta-13-15-vuotiaasta-tehtiin-lastensuojeluilmoitus-vuonna-2023-maara-edelleen-kasvussa

THL. 2011. Päihdetilastollinen vuosikirja 2011 Alkoholi ja huumeet. PDF-dokumentti. Viitattu 2.10.2024. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80169/0f25bf0a-ad0c-4294-9e44-5ac2cf5fe544.pdf?sequence=1&isAllowed=y

THL. 2012. Päihdetilastollinen vuosikirja 2012 Alkoholi ja huumeet. PDF-dokumentti. Viitattu 2.10.2024. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103099/URN_ISBN_978-952-245-805-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y

THL. 2023. Päihdetilastollinen vuosikirja 2023 Alkoholi ja huumeet. PDF-dokumentti. Viitattu 5.10.2024. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/147998/URN_ISBN_978-952-408-204-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Virtanen, J. 2012. Lastensuojelun kustannuksia. Esimerkkihintoja erilaisten palveluiden hinnoista lastensuojelussa. Yle Uutiset 2.10.2012. Viitattu 22.9.2024. https://yle.fi/a/3-6316635