



PALVELUVALIKOIMA

Tjänsteutbudet | Choices in health care

Hyväksytty Palkon kokouksessa 11.6.2020

Palveluvalikoimaneuvoston valmistelu- muistio

RIIPPUVUUSSAIRAUKSIEN HOIDON JA KUNTOUTUKSEN PSYKOSOSIAALISET MENETELMÄT

OSA 1: ALKOHOLIRIIPPUVUUS

Palveluvalikoimaneuvosto / Mielenterveys- ja päihdepalvelujaosto

Sisällys

1. Suosituksen tausta	1
2. Käsitteet, ja tiedon hankkimiseen käytetyt menetelmät.....	2
2.1. Käsitteet	2
2.2. Tiedon hankkimiseen käytetyt menetelmät	3
2.3. PICO-rakenne	3
3. Alkoholiriippuvuus terveysongelmana ja sen yleisyys	3
3.1. Alkoholin käyttö ja siihen liittyvät riskit	4
4. Alkoholiriippuvuuden hoidossa ja kuntoutuksessa käytettävät menetelmät	6
4.1. Menetelmien käytön yleisyys	7
5. Lainsäädännöllinen tausta ja riippuvuuksia koskevat hoitosuositukset ja selvitykset	9
5.1. Lainsäädännöllinen tausta	9
5.2. Kotimaiset hoitosuositukset ja selvitykset	12
5.3. Ulkomaiset hoitosuositukset ja selvitykset.....	13
6. Interventoiden kustannukset ja budjettivaikutukset.....	13
7. Eettinen tarkastelu	15
7.1. Ihmisarvo	15
7.2. Itsemääräämisoikeus.....	16
7.3. Tarve-oikeudenmukaisuus	16
7.4. Hoidon toteuttaminen.....	17
8. Potilaskokemus	17
9. Palveluiden järjestäminen	19
10. Suositusvalmisteluun osallistuneet.....	20
11. Suositusvalmistelun vaiheet	21
11.1. Kommentointiprosessi.....	22
Liitteet.....	22
Lähteet.....	22

1. SUOSITUKSEN TAUSTA

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen palveluvalikoimaneuvoston (Palko) alaisuudessa toimii mielen-terveys- ja päihdepalvelujen jaosto, joka ehdotti neuvostolle aiheeksi päihde- ja peliriippuvuuksien hoidon ja kuntoutuksen menetelmiä. Perusteluna aiheen valmiste- luun ottamiselle oli, että eri riippuvuussairaudet koskettavat satoja tuhansia suoma- laisia ja epäsuorasti ne vaikuttavat myös sairastuneiden läheisten, perheiden ja yh- teisöjen hyvinvointiin. Terveysongelmana riippuvuussairaudet ovat erittäin vakavia sairauksia, jotka kehittyvät haittoja aiheuttamattoman käytön kautta. Ne lyhentävät merkittävästi sairastuneen henkilön elinajanodotetta, lisäävät kuolleisuutta ja hei- kentävät monin tavoin elämänlaatua. Lisäksi ne mm. lisäävät syrjäytymistä, niihin liittyy lisääntyntä väkivaltaista käyttäytymistä, ne vähentävät tuottavuutta työelä- mässä ja heikentävät liikenneturvallisuutta.

Riippuvuussairauksien hoidosta ja niistä kuntouttamisesta syntyy yhteiskunnalle suuret suorat ja epäsuorat kustannukset. Yhteiskunnan velvollisuus on suojata yksi- löä ja antaa sellaista hoitoa, josta potilas ja hänen läheisensä voivat saada terveys- hyötyä.

Riippuvuussairauksien hoidossa ja kuntoutuksessa käytettävien menetelmien si- sällössä ja määrissä tiedetään olevan paljon perusteetonta vaihtelua eri tuottajien ja maan eri alueiden välillä. Suosituksilla tavoitellaan sitä, että käytössä olevat mene- telmät ovat vaikuttavia ja että lisätään tällaisten menetelmien yhdenvertaista saata- vuutta, palvelujen asiakaslähtöisyyttä sekä hoidon/kuntoutuksen kokonaisvaltaisuut- ta määrittelemällä julkisessa terveydenhuollossa käytössä olevan palveluvalikoiman sisältöä. Suositukset perustuvat systemaattisella kirjallisuuskatsauksella koottuun tietoon. Suosituksilla kohdennetaan yhteiskunnan resursseja vaikuttaviin hoito- ja kuntoutusmenetelmiin.

EU:n neuvoston hyvinvointitalouden päätelmissä kiinnitetään huomiota siihen, että terveyspalvelujen saatavuus kaikille on yksi keskeisistä hyvinvointia edistävästä tekijöistä, joka vaikuttaa myös terveyseroihin ja hyödyttää näin osaltaan taloutta ja yhteiskuntaa. Terveysmenojen jatkuva kasvu on nähty kansantalouksien haasteena kaikissa Euroopan maissa. Sen vuoksi on ratkaisevan tärkeää puuttua terveyden taustatekijöihin ja ei-tarttuvien tautien aiheuttamaan taakkaan ja ottaa huomioon riskitekijät, kuten alkoholin haitallinen käyttö. Alkoholiriippuvuuden hoito ja kuntou- tus vastaa keskeisiin hyvinvointitalouden tavoitteisiin.¹

Alkoholi-, huume-, lääke- ja peliriippuvuudet ovat laaja kokonaisuus, jonka osa- alueilla on omat erityispiirteensä ja myös osittain eri menetelmät, joilla niitä voidaan hoitaa. Sen takia riippuvuussairauksien kokonaisuus on jaettu osiin.

Tässä suosituksessa keskitytään alkoholiriippuvuuden hoidossa ja kuntoutuksessa käytettäviin menetelmiin. Suosituksessa tarkastellaan psykososiaalisten menetel- mien käyttöä alkoholiriippuvuuden hoidossa tilanteissa, joissa kevyemmät, riskikäy- tön ja haitallisen käytön hoitoon tarkoitetut, menetelmät eivät riitä.

Palkon vuonna 2018 hyväksymä suositus ”Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa”² kos-

¹ Euroopan unionin neuvosto. 13432/19. Neuvoston päätelmät hyvinvointitaloudesta (24. lokakuuta 2019).

² Palkon suositus: Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäi- riöiden hoidossa.

kee mielenterveyshäiriöiden psykososiaalisia, vuorovaikutukseen perustuvia hoitoja yleisellä tasolla ja sisältää myös päihdehäiriöt. Tuon suosituksen ulkopuolelle oli rajattu monet ryhmä- ja verkostointerventiot, yhteisöohjelmat ja vertaistukeen perustuvat interventiot. Koska ne kuitenkin ovat riippuvuussairauksien hoidossa yleisesti käytössä olevia hoito- ja kuntoutusmuotoja, tarvitaan tämä, erityisesti alkoholiriippuvuuteen kohdentuva, suositus. Myöhemmin julkaistavaksi suunnitelluissa osissa käsitellään huume- ja lääkeriippuvuuksia ja pelihimoa.

2. KÄSITTEET, JA TIEDON HANKKIMISEEN KÄYTETYT MENETELMÄT

2.1. KÄSITTEET

Tässä muistiossa ao. käsitteillä on tarkoitettu:

Psykososiaaliset hoidot

Päihderiippuvuuksien psykososiaaliset hoitomenetelmät kohdistuvat riippuvuuden hoitoon ja tukevat samalla potilasta elämäntavan muutoksessa ja arkielämän taidoissa. Hoito voi kohdistua myös samanaikaiseen psykiatriseen häiriöön. Psykososiaalisella lähestymistavalla varmistetaan, että päihdehäiriöiden hoito on tasapainoinen kokonaisuus. Psykoterapiat luetaan kuuluviksi psykososiaalisiin hoitoihin.³

Tavanomainen hoito - TAU (treatment as usual)

Potilaalle annetaan hyväksytyjen hoitokäytäntöjen mukaista hoitoa tai kuntoutusta. Psykiatrinen TAU voi sisältää esimerkiksi säännölliset tukea antavat keskustelut.

Alkoholiriippuvuus (F10.2)

Alkoholin käytön aiheuttama elimellinen aivo-oireyhtymä tai käyttäytymisen häiriö.⁴ Alkoholiriippuvuudelle on ominaista alkoholin jatkuva, usein toistuva tai pakonomainen käyttö riippumatta käytön aiheuttamista sosiaalisista tai terveydellisistä haitoista.⁵

Päihteet

Päihteitä ovat ilman hoidollista tavoitetta käytetyt, psyykkisiin toimintoihin vaikuttavat aineet. Yleisiä päihteitä ovat alkoholi, impattavat aineet ja huumeet, sekä päihtymystarkoitukseen käytetyt lääkkeet.

³ Psykiatria. Lönnqvist ym.

⁴ ICD 10

⁵ Huttunen M. Lääkärin käsikirja. Päihde- ja huumeriippuvuus.

2.2. TIEDON HANKKIMISEEN KÄYTETYT MENETELMÄT

KIRJALLISUUSKATSAUS

Palko on teettänyt Duodecimillä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen riippuvuuksien hoidon ja kuntoutuksen menetelmistä (liite 1). Katsauksessa on kuvattu tarkemmin siinä tiedon hankkimiseen käytetyt menetelmät.⁶

Valmistelussa on huomioitu myös vuonna 2020, kirjallisuushaun tekemisen jälkeen, julkaistu, 12-askeleen hoito-ohjelmaa ja AA:ta tutkinut, Cochrane-katsaus⁷.

POTILASTAPAAMINEN

Jaosto järjesti 19.8.2019 potilasjärjestöjen tapaamisen, jossa olivat edustettuina Youth Against Drugs, Nimettömät Narkomaanit ja Koulutetut Kokemusasiantuntijat KoKoA ry. Potilaskokemusta on kuvattu tarkemmin luvussa 8.

2.3. PICO-RAKENNE

Palkon suositusten valmisteluprosessin mukaisesti kysymyksenasettelu on määriteltä käyttäen PICO-rakennetta, jossa määritellään terveysongelma, hoito- tai kuntoutusmenetelmä (interventio), vaihtoehtoinen hoito- tai kuntoutusmenetelmä (vertailuinterventio) ja tavoiteltava hoidon tai kuntoutuksen lopputulos (terveystulos). Käytetty PICO-rakenne on kuvattu tarkemmin systemaattisessa katsauksessa.⁸

3. ALKOHOLIRIIPPUUUS TERVEYSONGELMANA JA SEN YLEISYYS

Tässä suosituksessa terveysongelmaksi on määriteltä alkoholiriippuvuus (F10.2).

Alkoholiriippuvuus on krooninen sairaus, jossa mieli ja elimistö tulevat riippuvaiseksi alkoholin saamisesta. Alkoholiriippuvuudelle on ominaista alkoholin jatkuva, usein toistuva tai pakonomainen käyttö riippumatta käytön aiheuttamista sosiaalisista tai terveydellisistä haitoista. Alkoholiriippuvuuteen liittyy usein fysiologisen riippuvuuden kehittyminen, jolloin henkilön kyky sietää alkoholin vaikutuksia on kohonnut (toleranssi) ja hänellä ilmenee alkoholin käytön lopettamisen jälkeisinä päivinä eriasteisia vieroitusoireita. Vieroitus- tai lopetusoireyhtymä saa henkilön usein jatkamaan alkoholin haitallista käyttöä. Alkoholiriippuvuus voi ilmetä myös ilman merkittävää sietokyvyn kasvua (toleranssia) tai vieroitusoireita.⁹

Päihdeongelmia voidaan tarkastella myös niiden vakavuuden kautta. Päihdeongelmat voidaan jakaa kolmeen luokkaan: riskikäyttö, haitallinen käyttö ja riippuvuus. Kaksi jälkimmäistä ovat ns. päihdehäiriöitä ja ICD-10 -tautiluokituksen diagnooseja.

⁶ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, s. 6-7.

⁷ Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder (Review)

⁸ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.

⁹ Huttunen M. Lääkärin käsikirja. Päihde- ja huumeriippuvuus.

Päihderiippuvuus on oireyhtymä. Eri yksilöillä sen oireet ilmenevät eri tavoin, eri yhdistelminä ja riippuvuuden vaikeusaste vaihtelee lievästä vaikea-asteiseen. Riippuvuuden ydinoire on kuitenkin useimmiten aineenhimo ja käytön pakonomaisuus.¹⁰

Päihteiden riskikäytön, haitallisen käytön ja niihin syntyneiden riippuvuuksien hoidossa ja kuntoutuksessa käytetään eri menetelmiä (taulukko 1 alla).¹¹

Taulukko 1. Interventioiden porrastus

Riskikäyttö	Haitallinen käyttö	Riippuvuus
Lyhytneuvonta	Lyhytneuvonta	
Psykoedukaatio	Psykoedukaatio	Psykoedukaatio
	Motivoiva haastattelu	Motivoiva haastattelu
		Muut psykoterapeuttiset ja psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmuodot, lääkehoito, vertaistuki
		Katkaisu- ja vieroitushoito, laituskuntoutus

Lähde: Aalto M. ja Vormo H. teoksessa Yleissairaalapsykiatria.

3.1. ALKOHOLIN KÄYTTÖ JA SIIHEN LIITTYVÄT RISKIT

Alkoholin kulutuksen ja alkoholihaittojen välillä on selvä yhteys: haitat lisääntyvät suorassa suhteessa käyttömäärään. Terveystieteiden tutkimusten mukaan naispotilaista noin 10 prosenttia ja miespotilaista lähes 20 prosenttia on alkoholin riskikäyttäjiä.¹²

Alkoholi on Suomessa yleisimmin käytetty haitallinen päihde. Väestöstä eniten juova 10 % kuluttaa arviolta lähes puolet kaikesta alkoholista. Alkoholin suurkuluttajia on Suomessa arviolta noin 300 000–500 000 henkilöä. 90 % väestöstä käyttää ainakin jonkin verran alkoholia. Vuonna 2017 miehistä 10 % ja 13 % naisista ilmoitti, ettei ole lainkaan käyttänyt alkoholia viimeisen 12 kuukauden aikana.¹³

Elinajanodote on alkoholiriippuvuuteen sairaalahoitoa saaneilla huomattavasti muuta väestöä matalampi. Yhteispohjoismaisen tutkimuksen mukaan laitoshoidon saaneiden alkoholiriippuvaisten henkilöiden elinajanodote oli 24-28 vuotta lyhempi kuin muulla väestöllä. Vuodesta 1987 vuoteen 2006 suomalaisten miesten osalta elinajanodotteen ero muuhun väestöön kasvoi 2,6 vuodella, mutta naisten osalta väheni hieman, 0,8 vuodella.¹⁴

Vakavimmin alkoholihaitat näkyvät alkoholiin liittyvänä kuolleisuutena. Suomessa kuoli vuonna 2017 alkoholin käytön seurauksena yhteensä 2 121 ihmistä. Alkoholisairauksien ja alkoholimyrkytysten osuus oli 1 588 henkeä. Tavallisimpia yksittäisiä kuolinsyitä olivat alkoholin aiheuttamat maksasairaudet, alkoholimyrkytykset ja alkoholi-

¹⁰ Alkoholiongelman hoito. Käypä hoito –suositus.

¹¹ Aalto M. ja Vormo H. Yleissairaalapsykiatria, luku 33.

¹² Palkon suositus: Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa.

¹³ Päihdetilastollinen vuosikirja 2018. Alkoholi ja huumeet.

¹⁴ Westman J. ym.

lipäihtymykseen liittyvät tapaturmat. (Taulukko 2).¹⁵ Päihtymystilalla on suora yhteys henkilön työkykyyn ja epäsuorasti myös siihen liittyvä muu sairastaminen aiheuttaa työkyvyttömyyttä ja sairauspoissaoloja. Päihtynyt henkilö on riski paitsi itselleen myös ympäristölle mm. aiheuttamalla tapaturmia sekä liikennevahinkoja. Alkoholiaperäiset kuolemat ovat merkittävä työikäisen väestön kuolinsyy sekä naisten että miesten keskuudessa.¹⁶

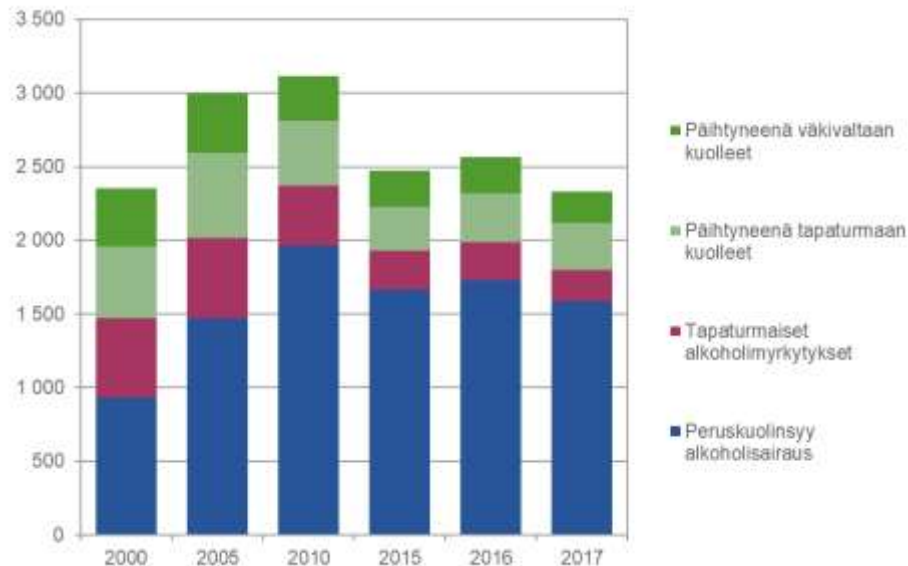
Vaikka Suomessa naisten alkoholinkäyttö on ollut perinteisesti huomattavasti miesten käyttöä vähäisempää erityisesti maaseudulla, on naisten alkoholinkäytön lisääntynyt myös naisten alkoholinkäyttöön liittyvien elimellisten sairauksien ja mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys voimakkaasti lisääntynyt.

Mielenterveyden häiriöt ovat yleisiä päihteiden käyttäjillä. Lähes 60 %:lla päihteiden käyttäjistä on samanaikaisesti mielenterveysongelmia. Tämä osuus ei ole juurikaan muuttunut viimeisten vuosien aikana, mutta terveyden- ja sosiaalihuollon palveluita käyttävien mielenterveysongelmaisten joukossa laittomien huumeiden käyttäjien osuus on kasvanut. Sekä mielenterveysongelmaisten että muiden palveluiden käyttäjien päihteiden käytön profiili on muuttunut pelkästä alkoholin käytöstä enemmän laittomien huumeiden käytön suuntaan, mikä tulee huomioida palveluita järjestettäessä.¹⁷

Maailmanlaajuisesti alkoholi on merkittävin 15–49-vuotiaan väestön sairaustaakkaa lisäävä riskitekijä aiheuttaen lähes 10 % tämän ikäryhmän kuolemista.¹⁸

Alkoholin ja muiden päihteiden käytön kasvaessa myös muihin kuin käyttäjään itseensä kohdistuvat päihdehaitat ovat lisääntyneet.¹⁹

Taulukko 2. Alkoholin käyttöön liittyvät kuolemat 2000–2017



Lähde: Kuolemansyyt SVT. Tilastokeskus; THL

¹⁵ Päihdetilastollinen vuosikirja 2018. Alkoholi ja huumeet.

¹⁶ Tilastokeskus. Kuolemansyyt.

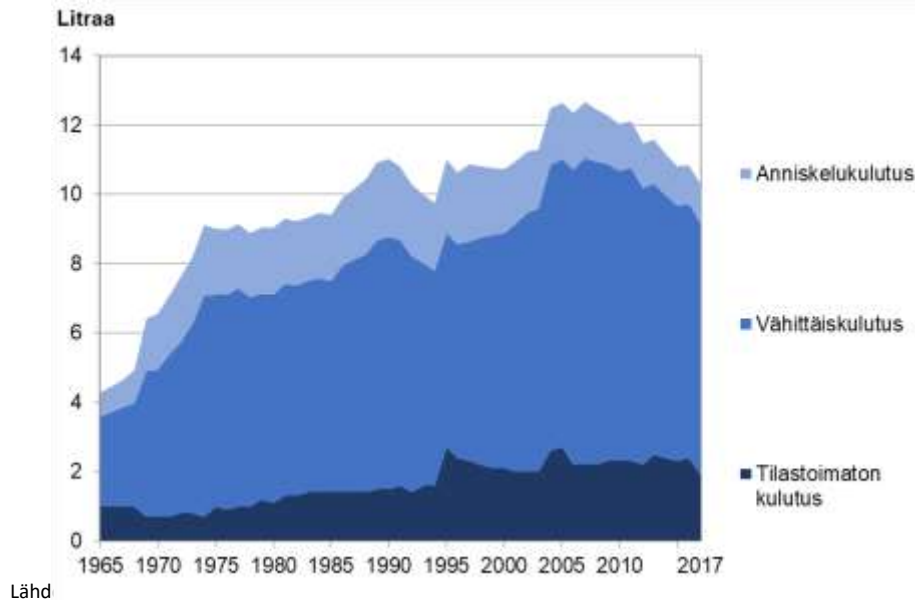
¹⁷ Kuussaari ym. Mental health problems among clients with substance use problems: a nationwide time-trend study.

¹⁸ Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016.

¹⁹ Warpenius, K., Holmila, M., Tigerstedt, C. Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille muille ihmisille ja yhteiskunnalle.

Tilastoitu kulutus oli koko väestöön suhteutettuna 8,4 litraa ja tilastoimaton 1,9 litraa absoluuttista alkoholia (100 %) henkeä kohden (Taulukko 3).²⁰

Taulukko 3. Alkoholin kokonaiskulutus 100 %:n alkoholin kulutus 15 vuotta täyttäneeltä asukasta kohti 1965-2017, litraa



Alkoholin käyttö alkaa usein jo alaikäisenä tai nuorena aikuisena. Raittiiden osuus vaihtelee koulutyyppin mukaan. Vuonna 2017 peruskoulun 8.-9.-luokkalaisista oli raittiita noin 60 %, lukion 1.-2.-luokkalaisista noin 35 % ja ammatillisten oppilaitosten opiskelijoista noin 27 %. Samana vuonna, koulutyyppistä riippuen, 9-31 % em. nuoris- ta joi itsensä humalaan vähintään kerran kuussa.²¹ Nuorten alkoholin käyttö ja humalajuominen ovat tutkimusten mukaan vähentyneet ja raittiiden nuorten osuus on kasvanut 2000-luvulla.²² Humalahakuista viikoittaista alkoholin käyttöä esiintyi 20–64-vuotiaista miehistä 20 %:lla ja naisista 5 %:lla. Runsaimmillaan käyttö oli 45–64-vuotiailla miehillä.²³

4. ALKOHOLIRIIPPUVUUDEN HOIDOSSA JA KUNTOUTUKSESSA KÄYTETTÄVÄT MENETELMÄT

Tässä suosituksessa keskitytään alkoholiriippuvuuden hoidossa ja kuntoutuksessa käytettäviin psykososiaalisiin menetelmiin. Alkoholin riskikäyttöön ja haitalliseen käyttöön puuttumisen menetelmät eivät kuulu tämän suosituksen sisältöön.

Eri terveydenhuollon yksiköissä toteutettavat psykoedukaatio, lyhytinterventio ja motivoiva haastattelu on osoitettu vaikuttaviksi menetelmiksi riskikäyttöön ja haitalliseen käyttöön liittyvässä alkoholin käytön vähentämisessä.²⁴

²⁰ Päihdetilastollinen vuosikirja 2018. Alkoholi ja huumeet.

²¹ Päihdetilastollinen vuosikirja 2018. Alkoholi ja huumeet.

²² Psykoterapia-suositus

²³ Päihdetilastollinen vuosikirja 2018. Alkoholi ja huumeet.

²⁴ Aalto M. ja Vorma H. Yleissairaalapsykiatria, luku 33.

Palveluvalikoimaneuvoston lakisääteinen tehtävä on määrittää terveydenhuollon palveluvalikoimaa, joten sosiaalityön menetelmien tai vertaistukitoiminnan vaikuttavuuden arvioiminen eivät kuulu tämän suosituksen piiriin.

Suositusvalmistelussa on tarkasteltu seuraavia menetelmiä:

- Kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT)
- Motivaatiota vahvistava hoitomalli (MET)
- Motivoiva haastattelu (MI)
- Lyhytinterventiot (BI) Lyhytneuvonta (mini-interventiot, BI)
- Mindfulness-pohjaiset terapiat
- 12 askeleen ohjelma
- Ratkaisukeskeinen terapia (katsotaan myös yhdeksi lyhytterapiaksi)
- Yhteisövahvistusohjelma
- Terapeuttinen yhteisö
- Psykodynaaminen psykoterapia
- Interpersoonallinen psykoterapia
- Pari-, perhe- ja verkostoterapiat
- Palkkiohoito
- Verkkopohjaiset ja digitaaliset ohjelmat
- Dialektinen käyttäytymisterapia (DKT)

Menetelmien tarkempi kuvaus löytyy systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta ²⁵.

Valmistelussa on huomioitu, siinä määrin kuin niistä on löytynyt tietoa, erikseen seuraaville ryhmille kohdennetut interventiot:

- raskaana olevien interventiot
- nuorten interventiot
- naisten interventiot
- iäkkäiden interventiot
- väkivaltaisten interventiot
- asunnottomien interventiot
- interventiot käyttäjille, joilla on kognitiivisia häiriöitä, psykiatrinen samanaikaissairastavuus jne.

4.1. MENETELMIEN KÄYTÖN YLEISYYS

Tietoa näiden menetelmien käytön yleisyydestä Suomessa ei juuri ole. Käypä hoito-suosituksessa todetaan, että eri menetelmiä on otettu vaihtelevasti käyttöön.

4.2. Palveluiden käyttö ja alkoholisairaudet

Luotettavia kokonaistietoja alkoholiriippuvuuden tai edes laajemmin alkoholisairauksien aiheuttamista perusterveydenhuollon avohoitokäynneistä ei ole saatavilla. Tiedetään kuitenkin, että merkittävä osa terveydenhuollon päivystyspotilaista hakeu-

²⁵ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, sivu 3-5.

tuu hoitoon alkoholin vaikutuksen alaisena²⁶. Se ei kuitenkaan kuvasta alkoholiriippuvuuden avohoitopalveluille aiheuttamaa palveluntarpeen määrää.

Vuonna 2017 A-klinikoilla ja nuorisoasemilla kävi 43 801 asiakasta. Katkaisuhoidoasemilla ja kuntoutuslaitoksissa asiakkaiden määrä oli 13 406 (taulukko 4).²⁷

Taulukko 4. Päihdehuollon erityispalvelut (kunnan kustantamat palvelut) 2000-2017, asiakkaita vuoden aikana

Asiakkaita vuoden aikana	2000	2005	2010	2015	2016	2017
A-klinikat	42 115	42 775	44 160	40 678	39 971	38 650
Nuorisoasemat	5 601	5 939	5 627	5 272	5 119	5 151
Katkaisuhoidoasemat	10 136	9 641	11 298	10 528	8 959	9 273
Päihdehuollon kuntoutuslaitokset	6 927	7 152	5 690	4 789	4 464	4 133
Ensisuojat	1 090	1 291	2 218	1 961	1 807	1 965
Päihdehuollon asumispalveluyksiköt	3 833	3 809	4 325	4 188	4 150	3 959

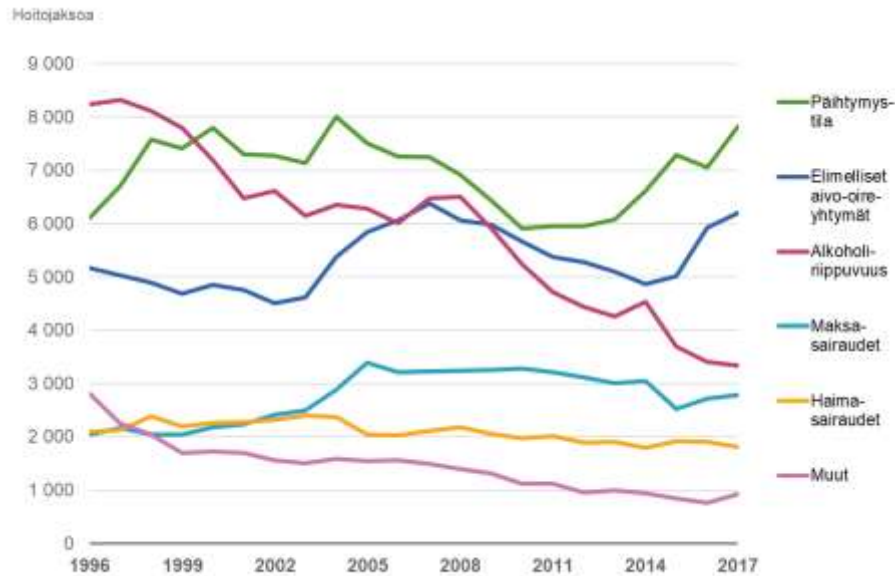
Lähde: Vuoteen 2004 asti Kuntien ja kuntayhtymien talous ja toiminta. SVT. Tilastokeskus ja vuodesta 2015 alkaen Sosiaalipalvelujen toimintatilasto. THL.

Sairaaloiden vuodeosastoilla hoidettiin vuonna 2017 runsaasti potilaita, joilla alkoholisairaus oli päädiagnoosina. Heidän hoitamisen vaati yhteensä 22 890 sairaalahoidojaksoa (taulukko 5). Yhtä naispotilasta kohden oli nelinkertainen määrä miespotilaita, joista valtaosa oli yli 45-vuotiaita. Kolme keskeistä diagnoosiryhmää olivat päihtymystila, alkoholiriippuvuus sekä alkoholin aiheuttama elimellinen aivo-oireyhtymä kuten esimerkiksi alkoholideliriumin tai alkoholin aiheuttama käyttäytymisen häiriö. Jos huomioidaan alkoholisairauksien maininta sivudiagnoosina, nousee sairaaloiden hoitojaksojen määrä yhteensä 33 460:een. Erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä, joissa päihdesairaus oli päädiagnoosina, oli vuonna 2017 yhteensä lähes 200 000. Perusterveydenhuollon avohoidossa päihdetyön asiakkaita oli yli 35 000.^{THL}

²⁶ Psykiatria, luku 18.

²⁷ Päihdetilastollinen vuosikirja 2018. Alkoholi ja huumeet.

Taulukko 5. Sairaaloiden vuodeosastoilla alkoholisairauksien vuoksi hoidetut vuosina 1996-2017, päädiagnoosit



Lähteet: Perusterveydenhuolto, THL; Erikoissairaanhoito; SVT, THL

Terveyshaittojen lisäksi alkoholi aiheuttaa merkittävää työ- ja toimintakyvyn menetyksiä. Vuonna 2017 alkoholisairauksien vuoksi työeläkkeelle siirtyneitä oli reilut 7 800 henkilöä²⁸, mikä kuvastaa vain yhtä osaa alkoholisairauksien yhteydestä työkyvyttömyyteen. Päihderiippuvuuden vuoksi ei kuntoutustukea tai eläkettä yleensä myönnetä ellei potilaalla ole jo pysyviä merkittäviä vaurioita. Alkoholisairauksien aiheuttamat työ- ja toimintakyvyn menetykset tilastoituvat huonosti myös sairaalomatilastoihin, koska moni vaikeasti päihderiippuvainen ei ole mukana työelämässä ja on työttömän työnhakija vailla työllistymisedellytyksiä.

5. LAINSÄÄDÄNNÖLLINEN TAUSTA JA RIIPPUVUUKSIA KOSKEVAT HOITOSUOSITUKSET JA SELVITYKSET

5.1. LAINSÄÄDÄNNÖLLINEN TAUSTA

Vuonna 2011 voimaan tullessa terveydenhuoltolaissa (1326/2010) määritellään terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sekä sairaanhoidon eri osa-alueet kunnan järjestämisvastuuseen kuuluvassa terveydenhuollossa. Terveydenhuoltolaissa säädetään sairaanhoidon osana myös päihdetyön tavoitteista, keinoista ja toteuttamisesta. Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) on vastaavat säännökset sosiaalihuollon päihdetyöstä.

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 28 §:n mukaan kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen päihdetyö, jonka tarkoituksena on vahvistaa yksilön ja yhteisön päihdeettömyyttä suojaavia tekijöitä

²⁸ Päihdetilastollinen vuosikirja 2018. Alkoholi ja huumeet.

sekä vähentää tai poistaa päihteisiin liittyviä terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä. Päihdetyöhön kuuluu terveydenhuollon palveluihin sisältyvä ohjaus ja neuvonta, joka koskee päihdeettömyyttä suojaavia ja sitä vaarantavia tekijöitä sekä päihteisiin liittyviä terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä, sekä päihteiden aiheuttamien sairauksien tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalvelut. Terveydenhuollossa tehtävän päihdetyön edellytetään muodostavan toimivan kokonaisuuden muun kanssa tehtävän päihdetyön ja mielenterveystyön kanssa.

Terveydenhuollon päihdepalveluilla tarkoitetaan päihteiden riskikäyttäjille, päihderiippuvaisille ja heidän läheisillensä lääketieteellisin perustein annettuja tutkimus-, hoito- tai kuntoutuspalveluita. Päihdepalvelujen tavoitteena on päihteiden aiheuttamien sairauksien parantaminen, lievittäminen ja pahenemisen estämiseen sekä toimintakyvyn ylläpitäminen tai palauttaminen. Tavoitteena voi olla myös päihteidenkäytöstä aiheutuvien haittojen vähentäminen, koska aina ei ole mahdollista parantaa ja hoitaa riippuvuutta, mutta haittoihin voidaan vaikuttaa. Terveydenhuollon päihdepalveluja annettaessa on aina myös arvioitava sosiaalihuollon toimenpiteiden tarve. Esimerkiksi alaikäisen henkilön kohdalla on erityisesti arvioitava lastensuojelun tarve. Päihdepalveluissa vapaaehtoisuus sekä palvelujen helppo tavoitettavuus ja saavutettavuus edesauttavat niistä koituvaa hyötyä.²⁹

Terveydenhuolain nojalla on annettu useita asetuksia. Keskittämisasiäsetuksen (548/2017) mukaan on viiden yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaanhoitopiirin huolehdittava erikoissairaanhoidon tehtävistä, niiden suunnittelusta ja yhteen soveltamisesta alueellisesti. Edellä mainittuihin tehtäviin kuuluu myös psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien arviointi ja niiden osaamisen ylläpito. Kyse on alueellisten kokonaisuuksien suunnittelua ja yhteensovittamista koskevasta tehtävästä.

Päivystysasetuksessa (782/2014) on säädetty muun muassa päivystysyksikköön hakeutuneen tai sinne tuodun päihtyneen henkilön hoidon tarpeen arvioimisesta. Asetuksen 14 § 3 momentin mukaan päihtymys ei saa estää henkilön hoidon ja seurannan järjestämistä. Päihtyneen henkilön kiireellisen hoidon ja seurannan yhteydessä on arvioitava potilaan päihdepalvelujen tarve tarvittaessa yhteistyössä sosiaalihuollon laillistetun ammattihenkilön kanssa jatkohoidon turvaamiseksi. Päivystyksessä on huomioitava yhteistoiminta päihdehuoltolain (41/1986) 9 §:ssä säädetyn mukaisesti.

Koska päihdehuolto voi erityispalveluissa olla luonteeltaan sekä sosiaalihuoltoa että terveydenhuoltoa, on terveydenhuoltolaissa ja sosiaalihuoltolaissa täsmennetty, että yhteisissä palveluissa noudatetaan säännöksiä, jotka turvaavat tuen tarpeita vastaavat palvelut ja lääketieteellisen tarpeen mukaisen hoidon. Potilaan ja asiakkaan asema ja oikeudet muodostuvat erilaisiksi riippuen siitä, järjestetäänkö palvelut sosiaalipalveluina vai terveydenhuollon palveluina. Säännöksillä korostetaan sitä, että lainsäädäntöä on sovellettava asiakkaan ja potilaan edun mukaisesti riippumatta siitä toteutetaanko henkilön tarvitsemia palveluja yhteisissä yksiköissä tai erikseen. Riippumatta siitä, onko toiminta organisoitu sosiaali- vai terveydenhuollon toimintayksikköön, kysymys on terveydenhuollosta, jos henkilö saa palveluja lääketieteellisin perustein ja sosiaalihuollon palveluista silloin, kun palvelu perustuu sosiaalihuollon lainsäädännössä säädetyn edellytyksin arvioituun palvelutarpeeseen ja palvelun

²⁹ Terveydenhuoltolaki (1326/2010) ja Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)

Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki (1287/2013) suuntaa toiminnan painopistettä yhteisölliseen ja ehkäisevään sekä monialaiseen toimintaan. Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain (695/2019) mukaan opiskeluterveydenhuollon palvelut on sovittava yhteen muihin sosiaali- ja terveyspalveluihin sekä kuntoutuspalveluihin yhteistyössä kuntien ja muiden palveluja järjestävien tahojen kanssa. Tarkoituksena on turvata palvelukokonaisuuden ja sujuvien palveluketjujen toteutuminen yhteistyössä kunnan järjestämän opiskeluterveydenhuollon ja muun sosiaali- ja terveydenhuollon sekä kuntoutuspalvelujen järjestäjien kanssa.

Terveydenhuollossa päihdetyön tavoitteiden toteutuminen edellyttää monialaista yhteistyötä, johon osallistuu terveydenhuollon ammattihenkilöiden lisäksi sosiaali-
huollon ammattihenkilöitä muita toimijoita. Jotta päihdetyöstä muodostuu yksilön,
perheen ja yhteisön tueksi toimiva kokonaisuus, tarvitaan eri toimijoiden kesken
suunnitelmallista yhteensovittamista, jonka vastuutaho on määriteltävä lakisääteis-
ten palvelujen turvaamiseksi.

Sosiaalihuoltolain (1301/2014) mukaisella päihdetyöllä vähennetään ja poistetaan päihteisiin liittyviä hyvinvointia ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä sekä tuetaan päihteettömyyttä. Sosiaalihuoltolain mukaiseen päihdetyöhön kuuluu ohjaus ja neuvonta, päihteiden riskikäyttäjille, heidän omaisilleen ja muille läheisilleen suunnatut päihdehuollon erityispalvelut ja muut sosiaalihuoltolain 14 §:n mukaiset päihteettömyyttä tukevat ja päihteiden riskikäytön vuoksi tarvittavat sosiaalipalvelut.

Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden riskikäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden riskikäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Laki velvoittaa kuntia järjestämään tarpeen mukaisesti hoitoa päihdeongelmista kärsiville ja heidän läheisilleen. Päihdehuoltolain (41/1986) nojalla on myös annettu useita asetuksia. Päihdehuoltoasetuksessa (653/1986) säädetään muun muassa palvelujen järjestämisestä ja kuntoutussuunnitelmasta. Asetuksessa opioidiriippuvuuden vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä (33/2008) säädetään opioidiriippuvuuden vieroitus- ja korvaushoidon edellytyksistä ja toteuttamisesta. Asetuksessa hyväksyttävästä hoidosta huumausainerikoksissa (290/2002) säädetään niistä edellytyksistä, joilla hoitoa pidetään rikoslaissa tarkoitettuna sosiaali- ja terveysministeriön hyväksymänä hoitona. Lisäksi on annettu asetus tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyvistä lomakkeista (993/2006).

5.2. KOTIMAISET HOITOSUOSITUKSET JA SELVITYKSET

Alkoholiongelman hoidosta on tehty Käypä hoito –suositus, jota on esitelty systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa.³⁰

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet (2019)³¹ ovat suosituksia, jotka tukevat oikeaa hoidon porrastusta, yhteistyötä ja työnjakoa hoidon organisoimisessa. Lääkärit käyttävät suosituksia päättäessään potilaan hoidosta huomioiden myös potilaan yksilöllisen elämäntilanteen ja hoidon tarpeen. Suosituksissa ei oteta kantaa hoidossa tai kuntoutuksessa käytettäviin menetelmiin, kuten terapiaihin. Aikuispsykiatriassa suositukset kattavat keskeiset mielenterveyshäiriöryhmät kuten ahdistuneisuushäiriöt, mielialahäiriöt, persoonallisuus- ja käytöshäiriöt, psykoosit, lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat häiriöt ja pelihimon. Lasten- ja nuorisopsykiatria on laadittu ohjeistukset siitä, milloin kiireetön hoito kuuluu erikoisairaanhoidossa annettavaksi.

Uuteen mielenterveysstrategiaan, julkaistu 11.2.2020, on valittu viisi mielenterveyspoliittista painopistettä ja ehdotukset tavoitteiden saavuttamiseksi. Strategia kattaa myös päihdepalvelut ja ottaa huomioon ehkäisevän päihdetyön. Yhdessä painopisteistä tähdennetään, että palvelujen pitää vastata ihmisen tarpeita, ja niiden pitää olla laaja-alaisia ja yhteensovitettuja. Myös omaiset pitää ottaa palvelujen suunnittelussa huomioon entistä paremmin. Sen mukaan palvelujärjestelmässä toimintoja pitää sovittaa yhteen ja siinä nähdään, että hyvä mielenterveysjohtaminen tarkastelee myös päihde- ja riippuvuusilmiöitä laajasti ehkäisevän työn sekä hoidon, kuntoutuksen ja haittojen vähentämisen näkökulmasta.³²

Palveluvalikoimaneuvoston vuonna 2018 antama suositus ”Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa”³³ ohjaa käyttämään vaikuttavaksi todettuja terapiamenetelmiä mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa ja kuntoutuksessa.

³⁰ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, s. 11-12.

³¹ STM julkaisuja 2019:2

³² Vormaa H., Rotko T., Larivaara M., Kosloff A. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma v. 2020–2030.

³³ Palkon suositus: Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa.

5.3. ULKOMAISET HOITOSUOSITUKSET JA SELVITYKSET

Tietoa kansainvälisistä hoitosuosituksista koottiin sillä perusteella, että hoitosuosituksia on tehty tunnetuissa organisaatioissa ja niiden edustama terveydenhuoltojärjestelmä on suhteellisen samankaltainen suomalaisen järjestelmän kanssa.

Alkoholi-riippuvuuden osalta on tarkasteltu mm. Englannin NICE:n, Ruotsin Socialstyrelsenin ja Skotlannin SIGNin antamia suosituksia.

Näiden suositusten keskeinen sisältö löytyy systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta.³⁴

6. INTERVENTIOIDEN KUSTANNUKSET JA BUDJETTIVAIKUTUKSET

Suomalaiset käyttivät alkoholiin vuonna 2014 yhteensä 4,6 miljardia euroa. Valtio sai samana vuonna alkoholista tuloja 2,3 miljardia euroa. Toisaalta alkoholi aiheuttaa merkittävässä määrin myös sellaisia kustannuksia ja muita epäsuoria menetyksiä, joita on vaikea arvottaa tai laskea taloudellisesti.

Alkoholihaittojen suorien kustannusten arvioitiin olevan vuonna 2016 maksimissaan lähes miljardi euroa (kustannusten minimi 772 m€ ja maksimi 962 m€ ovat laskennallisia arvioita, joiden väliin todellisten kustannusten oletetaan sijoittuvan). Se koostuu terveydenhuoltojärjestelmän kustannuksista, eläkkeistä, sairauspäivärahoista, sosiaalipalveluista, sosiaaliturvasta, järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidosta sekä oikeusjärjestelmän ja vankeinhoidon kustannuksista. Kustannukset ovat vähentyneet vuodesta 2014 vuoteen 2016 yhteensä 12,5 % (taulukko 6).³⁵ Elinkeinoelämässä alkoholin käyttö aiheuttaa suomalaisilla työpaikoilla vähintään 500 miljoonan euron, mahdollisesti jopa miljardin euron suuruiset vuosittaiset kustannukset.³⁶

³⁴ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, sivut 8-9.

³⁵ Päihdehaittakustannukset, THL.

³⁶ Miettinen A., Rantapaska E. Numerot puhuvat.

Taulukko 6. Alkoholin käytön haittojen julkiset kustannukset pääryhmittäin 2014 ja 2016, miljoonaa euroa

Välittömät kustannukset	2014 Min ¹⁾ Milj. €	Max ¹⁾	2016 Min ¹⁾	Max ¹⁾	Muutos 2014–2016 % ²⁾
Kustannukset yhteensä	860,8	1 068,1	772,2	962,2	-12,5
Terveydenhuolto	81,5	151,5	73,4	128,4	-13,4
Eläkkeet ja sairauspäivärahat	185,6	267,1	175,9	261,6	-3,4
Sosiaalipalvelut ja -turva	235	282,8	230,0	271,3	-3,2
Järjestyksen ja turvallisuuden ylläpito	230,4	230,4	203,1	203,1	-11,8
Oikeusjärjestelmä ja vankeinhoito	128,3	136,3	89,9	97,7	-29,1

1) Haittakustannusten minimi ja maksimi ovat laskennallisia arvioita, joiden väliin todellisten kustannusten oletetaan sijoittuvan. • Skadestkostnadernas minimi och maximibelopp är beräknade uppskattningar och de faktiska kostnaderna antas placera sig mellan dem. • The minimum and maximum costs arising from alcohol-related harm are calculated estimates, and the real costs are assumed to be somewhere in between the two.
2) Muutosprosentti laskettu keskiarvosta • Förändringsprocenten har beräknats på medelvärden. • The percentage change is based on the average.

Lähde: Päihdehaittakustannukset. THL.

Päihdepalvelujen saaminen pienentää sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksia ja kuolemanriskiä alkoholin riskikäyttäjillä. Suomalaisen tutkimuksen mukaan päihdepalvelujen piirissä olevien alkoholin riskikäyttäjien keskimääräiset sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset ovat noin puolet matalammat verrattuna päihdepalvelujen ulkopuolelle jääneisiin ja vain päihdepalvelujen piirissä olevilla keskimääräiset kustannukset olivat 53 prosenttia eli yli 12 000 euroa matalammat kuin päihdepalveluiden ulkopuolelle jääneillä.

Kun tarkasteltiin kaikkia potilaita sen mukaan, kuinka paljon kustannuksia heidän sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käytöstä aiheutui ja rajattiin tästä 10 % potilaita (n=521) kalleimmasta päästä, huomattiin, että tämän ryhmän osalle syntyneet kustannukset olivat yli puolet kaikista kustannuksista. Yli 94 prosenttia kaikkein kalleimmista potilaista oli monisairaita eli heillä oli vähintään kaksi kroonista sairautta.³⁷

Kustannusvaikuttavuus

Alkoholiriippuvuuden hoitoon käytettävien menetelmien kustannusvaikuttavuutta arvioivia tutkimuksia ei teetettyyn systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen löytynyt.

Vuonna 2020 julkaistun,³⁸ 12-askeleen ohjelmaa ja AA:ta tutkineen, Cochrane-katsauksen mukaan on näyttöä siitä, että 12-askeleen ohjelman ja AA:n käytöllä säästettiin enemmän terveydenhuoltomenojen säästöjä kuin kognitiivisella käyttäyty-

³⁷ Rautiainen E. ym. Do the Costs of AUD-Related Health and Social Care Services Vary Across Patient Profiles?

³⁸ Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder (Review)

misterapialla (KKT) ja motivaatiota vahvistavalla hoitomallilla (MET) avohoidossa toteutettuina.

Budjettivaikutusten kokonaisuuteen vaikuttaa niin moni tekijä sekä kuluja vähentävästi että lisäävästi, että tässä yhteydessä ei ole mahdollista esittää tarkkoja rahsummia. Toisaalta, kun potilas saa vaikuttavaa hoitoa, vältetään todennäköisesti muita hoito- ja kuntoutusmuotoja ja niiden kustannuksia. Parantuneen terveyden kautta syntyy säästöjä myös silloin, kun epäsuoria kustannuksia jää syntymättä. On huomattava, että hoitamattomien päihdeongelmien kustannukset yhteiskunnalle ovat merkittävät. Mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvien sosiaali- ja terveystalvelujen käytöstä sekä tuottavuuden menetyksestä, työkyvyttömyydestä, työttömyydestä ja sairastuneen ja hänen omaistensa kärsimyksen kautta tulevista menoista aiheutuu yhteensä noin 6 miljardin euron kustannukset.³⁹

Nuorten syrjäytymisen taustalla on usein mielenterveys- että päihdeongelmia. On arvioitu, että yhden syrjäytyneen nuoren (15–29-vuotias) osalta syntyy noin 700 000 euron kustannus yhteiskunnalle pelkästään menetettyinä verotuloina ja annettuina tulonsiirtoina. Tästä voidaan laskea, että yhden ikäluokan syrjäytyneiden nuorten vastaava kustannus on 2,3 miljardia euroa yhteiskunnalle näiden nuorten elinaikana.

40

Alkoholiriippuvuuden hoitamisesta vaikuttavilla menetelmillä syntyvien kustannusten määrää arvioitaessa on huomattava, että myös ei-vaikuttavien menetelmien käytöstä syntyy kustannuksia. Vaikuttavien menetelmien käyttöönottamisen kustannukset ovat pääasiassa henkilöstön koulutus- ja työnohjauskustannuksia.

7. EETTINEN TARKASTELU

Eettiset kysymykset ja niihin liittyvät pohdinnat vaihtelevat näkökulman mukaan. Eettisen tarkastelun keskiössä on ihmisarvon, itsemääräämisoikeuden, tarveoikeuden mukaisuuden, ja hoidon toteuttamisen arvioiminen.

7.1. IHMISARVO

Potilaat, joilla on päihderiippuvuus, ovat usein häiriönsä/ongelmansa vuoksi heikommassa asemassa. Avun pyytäminen ja hakeminen on usein vaikeampaa kuin somaattisten sairauksien yhteydessä, ja siihen vaikuttaa myös riippuvuuksiin liittyvä motivaatiojärjestelmän häiriö.

Ihmisarvon ja ihmisen kunnioittaminen ovat sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan perusta. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden on mietittävä omalta osaltaan, miten yksilön vastuu omista elämänvalinnoistaan näkyy potilaan ohjauksessa siten, että potilaan ihmisarvoa, perusoikeuksia ja itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan. Potilasta tulee kunnioittaa yksilönä, joka ei mahdollisesti kaikissa tilanteissa voi ottaa vastuuta tai tehdä päätöksiä omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Potilaan ihmisarvoa voi ylläpitää tarjoamalla riittävää hoitoa sekä olemalla herkkä sille, mitä

³⁹ Päihdetilastollinen vuosikirja 2014

⁴⁰ Jussi Pyykkönen / Me-säätiö. Suullinen tiedonanto 18.5.2018.

potilas haluaa sanoa. Ihmisarvon ja perusoikeuksien kunnioituksen tulee näkyä myös potilaan omaisten ja läheisten kohtelussa^{41 42}. Aito vuorovaikutus alkaa kuuntelemisesta ja eläytymisestä toisen asemaan. Myötäelämisen taito on keskeistä. Potilaan luottamus on mahdollista saavuttaa osoittamalla aitoa kiinnostusta potilaaseen ja toimimalla avoimesti⁴³.

7.2. ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Laki turvaa potilaan itsemääräämisoikeuden hoitopäätöksiä tehtäessä. Potilaalla on oikeus kieltäytyä tietyistä hoidosta, hoitotoimenpiteestä tai tutkimuksesta, jolloin häntä on tällaisessa tilanteessa hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.

Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen rajoja on tarkasteltava suhteessa potilaan oikeuteen saada hoitoa. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.⁴⁴ Kun tehdään valintoja eri hoitomenetelmien välillä, voi hyvän tekemisen periaate joissakin tilanteissa olla vahvempi kuin itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen.

Potilaiden edustajat pitivät tärkeänä ihmisen omaa vastuuta hoitoon sitoutumisessa.⁴⁵ Potilaiden ja ammattilaisten välinen vuorovaikutus edellyttää keskinäistä luottamusta, rehellisyyttä ja molemminpuolista sitoutumista sovittuihin tavoitteisiin ja toimintaan. Vuorovaikutukseen sisältyy myös kuulluksi tuleminen ja tiedonsaanti omassa asiassa.⁴⁶

7.3. TARVE-OIKEUDENMUKAISUUS

Päihderiippuvuus on yksilölle ja hänen läheisilleen vaikea, monille elämänaloille ulottuva sairaus. Se nähdään usein moraalisenä (itseaiheutettuna) ja sosiaalisena ongelmana mieluummin kuin sairautena. Riippuvuussairauksiin ja niiden syihin liittyy runsaasti ennakoasenteita, tuomitsemista ja väärinkäsityksiä. Päihderiippuvuudet ovat yhteiskunnallisesti merkittävä terveydellinen, sosiaalinen ja taloudellinen ongelma. Osa päihdepotilaista jää vaille hoitoa, koska heille hoitoon hakeutuminen on vaikeaa muun muassa häpeän, leimautumisen pelon, alentuneen toimintakyvyn tai hallitsemattoman riippuvuuskäyttäytymisen johdosta⁴⁷. Terveydenhuollon reurssien jakamisessa tulee ottaa huomioon, että potilasryhmän hoidontarve on perusteltu, vaikka potilaat eivät pidä näkyvästi omia puoliaan.

⁴¹ Etene 2011 Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta.

⁴² Sairaanhoidtajaliitto 2014 Sairaanhoidtajien eettiset ohjeet.

⁴³ Lääkärin etiikka 2013

⁴⁴ Potilaslaki, 6§ itsemääräämisoikeus

⁴⁵ Potilasjärjestöjen tapaaminen 19.8.2019

⁴⁶ Etene 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta.

⁴⁷ Lääkärin etiikka 2013

Myös potilailla, jotka eivät pysty tekemään omasta puolestaan päätöksiä, on oikeus saada hoitoa, joka lievittää potilaan kärsimystä sekä optimoi hoidon ja kuntoutuksen hyödyt. Tällöin voidaan vähentää myös potilaan lähiympäristöön kohdistuvaa kärsimystä.

7.4. HOIDON TOTEUTTAMINEN

Terveystieteiden lain (1326/2011) mukainen kiireetön hoitoonpääsy koskee lääketieteellisin perustein annettavaa hoitoa, kuten laitoksessa tai avopalveluissa tapahtuvaa päihdehoitoa ja –kuntoutusta.

Päihderiippuvuuksiin ja niiden hoitoon liittyy osalla ammattilaisia turhautumista ja muita kielteisiä tunteita. Nämä voivat liittyä moniin asioihin: Riippuvuus voidaan käsittää paheena, itseaiheutettuna tapana tai rikoksena. Riippuvuuden vuoksi aineen himo muuttuu usein keskeiseksi tavoitteeksi potilaan toiminnassa ja vaikeuttaa hoitokontaktia. Lisäksi riippuvuushäiriötä sairastavalla on tavallista useammin muita sairauksia, jotka vaikuttavat hoitoon. Näitä ovat mm. erilaiset persoonallisuuden häiriöt, kognitiiviset muutokset sekä tarkkaavaisuuden ja keskittymisen häiriöt. Nämä kaikki voivat vaikuttaa potilaan kohteluun sekä siihen saako hän hoitoa ja millä tavalla.

8. POTILASKOKEMUS

Potilasjärjestöjen edustajat toivat esiin 19.8.2019 järjestetyssä tapaamisessa seuraavia asioita, jotka on ryhmitelty väljästi Palkon suositusten tarkastelunäkökulmien mukaisesti:

Sairauden vakavuus

Päihdesairauden vakavuutta kuvattiin sen aiheuttamilla psyykkisillä ja sosiaalisilla ongelmilla. Häpeä ja pelko voi estää asian puheeksi ottamisen ja avun hakemisen. Potilas ei aina uskalla kertoa päihteiden käytöstään sen käytön paljastumisen seurausten vuoksi (esim. ajokortin menetys, työpaikan menetys tms.) tai rangaistavuuden (huumeet) vuoksi, ja ammattihenkilö ei aina saa ongelmaa esille edes kyselemällä tai nuorten osalta myös alkoholin käytöstä kertomiseen voi liittyä pelkoja. Esille nousi myös huoli niistä nuorista aikuisista, jotka ovat väliinputoajina palvelujen saatavuuden osalta, koska he eivät kuulu koulu- tai opiskeluterveydenhuollon eivätkä työterveyshuollon piiriin.

Vaikuttavuus / hyödyt

Potilaiden edustajat korostivat sitä, että hoidon vaikuttavuuden kannalta oleellista on se, että potilaalle löytyy sopiva hoitomuoto. Pitkien laitos- tai yhteisöhoitojen sijaan käytetään paljon helpommin tarjolla olevaa korvaushoitoa. Korvaushoito nähtiin vaikuttavana, mutta potilaalle haasteellisena hoitomuotona, koska hänelle itselleen jää siinä iso vastuu.

Potilaiden edustajat toivat vahvasti esiin luottamuksen merkityksen omaan hoitoon sitoutumisen ja onnistumisen kannalta. He korostivat kokemusasiantuntijoiden merkitystä hoidon vaikuttavuuden saavuttamisen kannalta ja, että kokemusasiantuntijoiden osaamista tulisi hyödyntää matalan kynnyksen palveluissa. Kokemusasiantuntija toimii siltana potilaan ja ammattilaisen välillä. Oikea-aikainen tuki, ammattilaisen osaaminen (vierellä kulkeminen ja tukitoimien käyttö) ja hoitojärjestelmän valmius hoitosuunnitelman muuttamiseen eri tilanteissa ovat oleellisia hoidon onnistumisessa.

Turvallisuus

Potilaiden edustajat toivat esille sen, että kentällä on tarjolla niukka ja vajavainen menetelmävalikoima ja, että samaa hoitopakettia tarjotaan usein kaikille. Myös hoidon laatu vaihtelee ja hoito pirstaloituu eri tahoille. Potilaiden edustajien mukaan hoitoon sitoutuminen on heikkoa, jos hoitoa ei koeta itselle sopivaksi tai luottamusta ei synny. Case manager -tyyppinen vastuuhenkilö, jolla olisi potilaan asiat hallussa, auttaisi potilasta pysymään palvelujen piirissä ja vähentäisi potilaan asiointia eri ammattilaisten luona.

Esille tuotiin myös se, että kaikilla potilailla on oikeus saada itseään koskevaa tietoa ja olla osallisena päätöksiä tehtäessä. Tällöin oma toimijuus vahvistuu ja nostaa omaa pystyvyyden tunnetta ja motivaatiota.

Kustannukset

Potilaiden edustajat olivat huolissaan siitä, että hoitojen omavastuuosuus voi olla kohtuuton pienituloisille potilaille ja, että se voi estää hoitoon sitoutumista.

Huolta oli myös siitä, että loppuvuodesta usean kunnan rahat ovat loppumassa ja potilaille tarjotaan halvempia hoitoja (esimerkiksi avohoito laitoshoidon tilalla). Hoitomenetelmien rajaamisen seurauksena tulee usein monia muita kustannuksia. Monenlaisia kuntouttavia menetelmiä tulisikin olla käytettävissä, jottei heti hoitojakson jälkeen tapahtuisi relapsia entiseen tilanteeseen.

Eettiset kysymykset

Potilaiden edustajat korostivat sitä, että psyykkisesti sairaita potilaita tulisi kohdella samalla lailla kuin somaattisesti sairaita potilaita. Tällä tarkoitetaan muun muassa sitä, kuinka suurta onnistumista elämäntapamuutoksissa edellytetään hoidon saamiseksi.

Alaikäisten lasten ja nuorten aikuisten kohdalla aidon kuuntelemisen ja kohtaamisen merkitys on erityisen tärkeää. Potilaiden edustajat pitivät tärkeänä, että nuorilla olisi palvelujärjestelmässä luotettava aikuinen, jolle voisi kertoa ongelmistaan ja, joka ei ylireagoisi, jos kertoo huumekokeilusta ja, joka ei heti tekisi käytöstä huumeongelmaa. Aikuisen pitäisi huomioida nuoren koko elämä, eikä siirtää heti nuorta pois jonnekin muualle. Matalan kynnyksen palvelujen suunnittelussa tulisi olla mukana kuntoutunut nuori (esim. chat -palvelu). Nuorten kanssa työskenteleville ammattilaisille tulisi olla tarjolla koulutusta nuorten kohtaamiseen, jotta ammattilainen olisi ”kartalla” nuorten asioista.

9. PALVELUIDEN JÄRJESTÄMINEN

Päihdehäiriön hoito ja kuntoutus vaatii tavoitteellista suunnittelua. Palvelujärjestelmän on toimittava riittävän varhain ja matalalla kynnyksellä. Tämän vuoksi palvelujärjestelmän on toimittava integroituna kokonaisuutena (potilas saa palvelut oikea-aikaisesti ja saumattomasti ja palveluja yhdistetään potilaan tarpeiden perusteella) ja yhteys perustason palveluista erityistasolle ei saa katketa.

Hoidon aloitus ja palvelutarpeen arviointi alkaa usein päivystyksellisesti. Silloin poissuljetaan kiireellisen somaattisen tai psykiatrisen hoidon (päivystyksellisen hoidon) tarve, kuten akuutti myrkytystila, vaikeat vieroitusoireet, kiireellinen katkaisuja vieroitushoidon tarve, akuutti psykoosi, kyvyttömyys huolehtia itsestä tai itsemurhavaara. Päivystyksissä ja sen jälkeisissä kiireellisen hoidon yksiköissä on systemaattisesti motivoitava asiakasta ja ohjattava hänet kiireettömän päihdehoidon piiriin. Päihdehäiriöisen potilaan kiireettömän hoidon ja palvelutarpeen arviointi toteutetaan useimmiten perustason yksikössä, kuten terveystieteiden tutkimuskeskuksessa, opiskelijaterveydenhuollossa, työterveyshuollossa tai A-klinikkatyypissä yksikössä. Lähtökohtaisesti perustaso myös vastaa päihteiden riskikäytön ja päihdehäiriöiden hoidosta, tarvittaessa hyödyntäen käytössään olevaa psykiatrian ja päihdelääketieteen alan osaamista ja sosiaalihuollon yhteistyötä.

Päihdeongelmat ja mielenterveysongelmat kietoutuvat usein yhteen. Päihteiden käyttö saattaa seurata mielenterveysongelmia tai aiheuttaa niitä, tai molempien taustalla saattaa olla yhteisiä altistavia tekijöitä. 48 Sekä mielenterveysongelmaisten että muiden palveluiden käyttäjien päihteiden käytön profiili on muuttunut pelkästä alkoholin käytöstä enemmän laittomien huumeiden käytön suuntaan, mikä tulee huomioida palveluita järjestettäessä ⁴⁹.

Tämän suosituksen tarkoituksena on turvata riittävä, yhdenvertainen ja potilaiden yksilöllisyyden huomioiva menetelmävalikoima. Näyttöön perustuvan, monipuolisen menetelmävalikoiman ylläpitäminen ja perustasolle tarjottavat toimintaohjeet, koulutus- ja konsultaatiotuki edellyttävät erityistason yksikön riittävää kapasiteettia ja perustason yksikön riittävää resursointia. ⁵⁰ Suositus koskee julkisin varoin tuotettua alkoholiriippuvuuden hoitoa ja kuntoutusta, jolloin myös kolmannen sektorin tuottamat palvelut ovat sen piirissä silloin, kun niitä kustannetaan verovaroilla.

Erityisvastuualueen järjestämissopimuksessa on sovittava, miten erityisvastuualueella toteutetaan perusterveydenhuollon ja kuntien peruspalvelujen tarvitsema erityisosaamista vaativa tuki ja neuvonta. ⁵¹

Kunnat palveluiden järjestäjinä

Kuntien tulee järjestää riippuvuuksien hoidon ja kuntoutuksen palvelut sisällöltään ja laadultaan kunnassa esiintyvän tarpeen mukaisiksi. Päihdepalveluja tarjotaan

⁴⁸ Alkoholi-ongelman hoito. Käypä hoito –suositus.

⁴⁹ Kuussaari ym. Mental health problems among clients with substance use problems: a nationwide time-trend study.

⁵⁰ Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019. Aikuispsykiatria

⁵¹ Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta (337/2011)

ensisijaisesti avopalveluina, mutta niitä täydennetään tarvittaessa laitoshoidolla. Kuntien tehtävänä on koordinoida julkiset, järjestöjen tuottamat ja yksityiset päihdepalvelut toimivaksi kokonaisuudeksi.

Palvelun järjestäjän vastuulla on varmistua mm. siitä, että käytettävissä on riittävä valikoima vaikuttavaksi osoitettuja alkoholiriippuvuuden hoito- ja kuntoutusmenetelmiä. Palvelun järjestäjällä on myös valvontavastuu ostopalveluista. Palvelun tuottajan vastuulla on varmistua siitä, että henkilöstön menetelmäosaaminen on riittävä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut

Riippumatta siitä, onko toiminta organisoitu sosiaali- vai terveydenhuollon toimintayksikköön, kysymys on terveydenhuollosta, jos henkilö saa palveluja lääketieteellisin perustein ja sosiaalihuollon palveluista silloin, kun palvelu perustuu sosiaalihuollon lainsäädännössä säädetyin edellytyksin arvioituun palvelutarpeeseen ja palvelun myöntämisen kriteereihin.

Terveydenhuoltoon kuuluvaa ja siten terveydenhuollon lainsäädännön alaista toimintaa ovat esimerkiksi katkaisuhuolto, päihdeongelmien hoidon aloitus ja toteutus sekä lääkinnällinen kuntoutus. Hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta voidaan antaa esimerkiksi sairaaloissa, A-klinikoilla, nuorisoasemilla, terveyskeskuksissa, poliklinikoilla, kuntoutuslaitoksissa tai kotiin vietävinä palveluina.⁵²

Päihdehuollon laitoksissa toteutettu kuntoutus voi olla luonteeltaan sekä lääkinnällistä että sosiaalista kuntoutusta. Jos asiakas tarvitsee laitoshoidon tai kuntoutusta lääketieteellisin perustein, hoitoon tai kuntoutukseen on päästävä terveydenhuollon lainsäädännön mukaisesti. Esimerkkejä lääketieteellisistä perusteista ovat riippuvuuden vieroitushoito, psykososiaalinen hoito ja kuntoutus tai samanlaisen mielenterveyden häiriön hoito.⁵³

Vertaistukeen pohjautuvista menetelmistä on saatu paljon hyviä kokemuksia ja tutkimusnäyttöä niiden vaikuttavuudesta. Silloin kun toiminta on pelkästään vertaishenkilöiden toteuttamaa, kuten esim. AA-ryhmätoiminta, kyse ei ole terveydenhuollon palvelusta. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten toteuttama hoito, jossa hyödynnetään vertaistukitoimintaa, voi kuulua terveydenhuollon palveluihin. Näitä ovat muun muassa 12 askeleen hoito-ohjelman sovellukset.

Palveluvalikoimaneuvosto voi ottaa kantaa vain terveydenhuollon palveluvalikoimaan. Hoito voi olla myös sosiaalihuollon henkilöstön toteuttamaa.

10. SUOSITUSVALMISTELUUN OSALLISTUNEET

Suositus on valmisteltu Palkon mielenterveys- ja päihdepalvelujen jaostossa.

⁵² Sosiaalihuoltolain soveltamisopas, mm. luku 24

⁵³ Sosiaalihuoltolain soveltamisopas, mm. luku 24

Jaoston kokoonpano toimikaudella 4.10.2017–30.6.2020:Puheenjohtaja:

Risto Heikkinen, nuorisopsykiatrian erikoislääkäri, klinisen kemian erikoislääkäri, ylilääkäri, Valvira

Jäsenet:

Kirsi Honkalampi, psykologian professori, Itä-Suomen yliopisto

Tapio Kekki, yleislääketieteen ja työterveyshuollon erikoislääkäri, päihdelääketieteen erityispätevyys, ylilääkäri, Lapin sairaanhoitopiiri 24.3.20 asti. Aluehallintoylilääkäri, Lapin aluehallintovirasto, 25.3.2020 alkaen.

Tanja Laukkala, lääketieteen tohtori, dosentti, psykiatrian erikoislääkäri, Kela 31.8.2019 saakka ja Käypä hoito -toimittaja Duodecim.

Sami Pirkola, sosiaalipsykiatrian professori, Tampereen yliopisto

Kaarlo Simojoki, lääketieteen tohtori, johtava ylilääkäri, A-klinikka, päihdelääketieteen työelämäprofessori, Helsingin Yliopisto

Helena Vormaa, lääketieteen tohtori, psykiatrian erikoislääkäri, päihdelääketieteen erityispätevyys, lääkintöneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö

Carola Wärnå-Furu, professor emerita i vårdvetenskap, Åbo Akademi

sekä palveluvalikoimaneuvoston sihteeristöstä:

Sari Koskinen, erityisasiantuntija, vastuuvalmisteliija

Ilona Autti-Rämö, pääsihteerit (1.12.18 alkaen)

Anne Arvonen, erityisasiantuntija (osa-aikaisesti ajalla 1.5.19-31.12.2019)

11. SUOSITUSVALMISTELUN VAIHEET

1. 12.6.2018: Palko hyväksyi - riippuvuussairauksien hoidon ja kuntoutuksen menetelmät -aihe-ehdotuksen otettavaksi jatkovalmisteluun. Suositusvalmistelu alkoi loppusyksystä 2018.
2. 3.6.2019 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ”Intensiivisen hoidon ja kuntoutuksen menetelmät riippuvuuksien hoidossa” luovutettiin jaoston käyttöön.
3. 30.1.2020 Palko päätti jakaa riippuvuussairauksien hoidon ja kuntoutuksen –suosituksen osasuosituksiksi
4. 19.3.2020 Palko hyväksyi alkoholiriippuvuuden suositusluonnoksen laitettavaksi ota kantaa-palveluun
5. Otakantaa-komentointi 8.4.-10.5.2020
6. 11.6.2020 Palko hyväksyi suosituksen

11.1. KOMMENTOINTIPROSESSI

Suositusluonnos oli kommentoitavana Otakantaa-palvelussa huhti-toukokuussa 2020. Määräaikaan mennessä saapui 21 kommenttia. Kommenttoijien tausta vaihteli seuraavasti:

Vastaajan tausta	Lkm
Potilaita tai asiakkaita edustava järjestö	4
Sosiaali- ja terveysalan hallinto	3
Sosiaali- ja terveysalan työntekijä	5
Muu	7
Terveydenhuoltoalan tieteellinen järjestö	1
Terveydenhuoltoalan edunvalvontajärjestö	1
Yhteensä	21

Iso osa vastaajista kommentoi suosituksen eri kohtia positiivisesti. Joihinkin kohtiin kommentoijat esittivät muutosehdotuksia mm. käsitteisiin liittyen tai täydennyksiä liittyen mm. huomioitaviin menetelmiin. Jaosto käsitteli saadut kommentit ja teki niiden pohjalta tärkeiksi katsomansa muutokset suositukseen.

LIITTEET

Liite 1. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus riippuvuuksien hoidon ja kuntoutuksen menetelmistä sekä sen liitteet :

- 1a PALKO Alcohol RCTs ja
- 1b PALKO Alcohol Systematic reviews

LÄHTEET

Aalto M. ja Vorma H. Yleissairaalapsykiatria, luku 33. Duodecim 2019.

Alkoholiongelman hoito. Käypä hoito –suositus. Julkaistu: 21.08.2018.
<https://www.kaypahoito.fi/hoi50028>

Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder (Review)
 Copyright © 2020 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2018 Sep 22;392(10152):1015-1035. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31310-2. Epub 2018 Aug 23.

Etene 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE -julkaisuja 32. STM 2011.

Euroopan unionin neuvosto. 13432/19. Neuvoston päätelmät hyvinvointitaloudesta (24. lokakuuta 2019). <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-13432-2019-INIT/fi/pdf>

Huttunen M. Lääkärin käsikirja. Päihde- ja huumeriippuvuus. Duodecim 2018..
<https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/dlk00414/search/p%C3%A4ihde-%20ja%20huumeriippuvuus>

ICD 10. Terveysportti.

Jussi Pyykkönen / Me-säätiö. Suullinen tiedonanto 18.5.2018.

Kuussaari K., Karjalainen K., Niemelä S., Mental health problems among clients with substance use problems: a nationwide time-trend study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology (2020) 55:507–516.

Lääkärin etiikka 2013. 7. painos. Suomen Lääkäriliitto 2013.

Miettinen A., Rantapuska E. Numerot puhuvat. Kuinka tehokkaasti alkoholin aiheuttamia taloudellisia tappioita työpaikoilla voisi vähentää? Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry 2018.

Palkon suositus: Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielen-terveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa. Palko 2018.
<https://palveluvalikoima.fi/psykoterapiat-ja-muut-psykososiaaliset-hoito-ja-kuntoutusmenetelmat-mielen-terveys-ja-paihdehairioiden-hoidossa>

Potilasjärjestöjen tapaaminen 19.8.2019

Psykiatria. Lönnqvist J., Henriksson M., Marttunen M., Partonen T. (toim.). Duodecim, uudistettu painos 2019.

Päihdehaittakustannukset, THL.

Päihdetilastollinen vuosikirja 2014

Päihdetilastollinen vuosikirja 2018. Alkoholi ja huumeet. Thl. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2018.

Rautiainen E., Linna M., Ryyänen O-P, Laatikainen T. Do the Costs of AUD-Related Health and Social Care Services Vary Across Patient Profiles? Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 81(2), 144–151 (2020). Published Online: April 17, 2020.
<https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.144>

Sairaanhoitajaliitto 2014 Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Luettavissa
<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus: Intensiivisen hoidon ja kuntoutuksen menetelmät riippuvuuksien hoidossa. Komulainen J., Lamberg T., Tuunainen A. Palveluvalikoimaneuvoston toimaksiannosta tehty katsaus.

Terveysturvalaki (1326/2010) ja Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)

Tilastokeskus. Kuolemansyyt. Kuolleet peruskuolemansyyn ja iän mukaan 2017.

Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta (337/2011).

Vorma H., Rotko T., Larivaara M., Kosloff A. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6.

Warpenius, K., Holmila, M., Tigerstedt, C. Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille muille ihmisille ja yhteiskunnalle. <https://kirjakauppa.thl.fi/sivu/tuote/alkoholi-ja-paihdehaitat-laheisille-muille-ihmisille-ja-yhteiskunnalle/68465>

Westman J., Wahlbeck K., Laursen T. M., Gissler M., Nordentoft M., Hällgren J., Arffman M., Osby U. Mortality and life expectancy of people with alcohol use disorder in Denmark, Finland and Sweden. Acta Psychiatr Scand 2015; 131: 297–306.

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019. STM julkaisuja 2:2019.