

11.5.2011

## **Järjestöjen ehdotukset tulevan hallitusohjelman päihdepoliittisiksi kirjauksiksi:**

Päihdepolitiikan keinoista allekirjoittaneet sosiaali- ja terveysalan järjestöt näkevät seuraavat toimenpiteet kiireellisimpinä **kansanterveydellisin perustein terveyserojen vähentämiseksi ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi:**

### **Alkoholi**

Alkoholiverotuksen taso nostetaan ensisijaisesti vuoden 2003 tasolle.

Alkoholijuomien mainonta kielletään.

Alaikäisten alkoholinkäyttöä ehkäistään nykyistä tehokkaammin, mm. yhtenäisellä viestinnällä joka korostaa, ettei alkoholi kuulu heidän elämäänsä.

### **Tupakka**

Tupakkatuotteiden verotusta nostetaan.

Tupakkalainsäädäntöä kehitetään kansainvälisen tupakkasopimuksen ja sopimusosapuolten hyväksymien tulkintaohjeiden mukaisesti erityisesti parantamalla elinympäristön savuttomuutta ja suuntaamalla ennaltaehkäiseviä toimia erityisesti lapsiin ja nuoriin.

### **Laittomat huumeet**

Rajoittavaa sekä haittoja vähentävää huumeepolitiikkaa jatketaan.

### **Päihde- ja pelihaittojen lievittäminen**

Alkoholiveron tuotosta irrotetaan määräosa päihdehaittojen ehkäisyyn ja hoitoon.

Aloitetaan laajasti eri osapuolia yhdistävä kokonaisvaltainen huumausaineiden ja alkoholin käytön haittojen vähentämishjelma, joka nostaisi haittojen vähentämisen politiikan keskiöön.

Peliongelmiin ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi luodaan rahapeliyhtiöiden tuotosta kerättävä valtiorahoitteinen järjestelmä, joka mahdollistaa valtakunnallisten nykyaikaisten palvelujen kehittämisen ja tuottamisen.

### **Matalan kynnyksen palvelut**

Päihdeongelmista kärsiville säädetään subjektiivinen oikeus hoitoon.

Helposti saavutettavat matalan kynnyksen päihdepalvelut turvataan koko maassa. Asiakkailla tulee olla mahdollisuus asioida myös anonyymisti. Matalan kynnyksen palveluja kohdennetaan erityisesti nykyisestä palvelujärjestelmästä syrjäytyville erityisryhmille. Perinteisten palvelujen rinnalle tarvitaan moderneja verkkopalveluja sekä uusia palvelumalleja.

Päihdepalvelujen tarpeessa olevien keskinäiselle vertaistuelle sekä yhteistyölle ammattiauttajien kanssa luodaan vahvemmat edellytykset. Järjestölähtöisen tuen antaminen varmistetaan RAY-rahoituksella ja kuntarahoituksella.

**Koulutus**

Vahvistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon sekä kasvatus- ja opetustoimen työntekijöiden osaamista päihdeongelmaisten vanhempien ja heidän lastensa kohtaamisessa ja oikea-aikaisessa auttamisessa.

**Tutkimus**

Päihdetyön soveltavaa tutkimusta tuetaan nykyistä paremmilla ja pysyvämmillä resursseilla. Päihdetyön järjestelmien ja menetelmien tutkimuksen turvaamiseksi perustetaan *kansallinen tutkimuskeskus* tai *-verkosto*, jonka toimintaan osallistuvat alan keskeiset toimijat (yliopistot, tutkimuslaitokset, järjestöt, ammattikorkeakoulut).

A-klinikkasäätiö

Aseman Lapset ry

Elämä On Parasta Huumetta ry

Elämäntapaliitto ry

Ensi- ja turvakotien liitto

Irti Huumeista ry

Koulutus Elämään -säätiö

Nykterhetsförbundet Hälsa och Trafik

Raittiuden Ystävät ry

Sininauhaliitto

Suomen ASH

Suomen Lääkäriliitto

Suomen Syöpäyhdistys ry

Terveys ry

## Liite: Taustamuistio

Tähän muistioon on koottu taustatietoa ja perusteluita hallitusohjelmaan ehdotetuille kirjauksille.

### Alkoholihaittojen ehkäisy

Alkoholin *reaalihinta* on edelleen alle vuoden 2003 tason ja alkoholihaitat ovat kasvussa.

Alkoholin yhteiskunnalle aiheuttamat kokonaiskustannukset ovat vuosittain noin 6 miljardia euroa, moninkertaisesti enemmän kuin alkoholista saatavat tulot. Alkoholi on työikäisten naisten ja miesten yleisin kuolinsyy Suomessa. Työssä käyvistä 25–34-vuotiaista miehistä 63 % on alkoholin riskikäyttäjiä. Saman ikäryhmän työssä käyvistä naisista riskikäyttäjiä on 30 % (TTL 2008).

Vuonna 2008 Suomessa kulutettiin ensimmäistä kertaa enemmän alkoholia kuin missään muussa Pohjoismaassa. Vuonna 2008 alkoholin kokonaiskulutus oli Suomessa 12,5 litraa 100 sataprosenttista alkoholia 15 vuotta täyttänyttä asukasta kohti laskettuna, kun esimerkiksi Ruotsissa luku vuonna 2007 oli 9,4 litraa.

Alkoholin kulutus lisääntyi 17 % vuosien 2000 ja 2008 välillä. Alkoholin reaali hinnat olivat vuonna 2008 noin 17 % alemmalla tasolla kuin vuonna 2000. Naisten humalakulutus on lisääntynyt huomattavasti, yli 50-vuotiaat ovat lisänneet kulutustaan kun aiemmat sukupolvet vähensivät sitä samassa iässä, alkoholia on ryhdytty juomaan entistä useammin, ja sitä juodaan entistä enemmän kotona (Yhteiskuntapolitiikka 74 (2009):4, 387–399).

Alkoholin kokonaiskulutus on viime vuosina ollut jatkuvasti selvästi yli 10 litraa jokaista asukasta kohden vuodessa. Päätyvällä vaalikaudella hallitus on toimeenpannut kansanterveydellisesti perusteltuja alkoholiveron korotuksia. Kulutus näyttäisi tasaantuneen tai kääntyneen jopa hienoiseen laskuun. Tehdyt veronkorotukset ovat kuitenkin vielä riittämättömiä. Jotta alkoholin kulutuksen orastavaa laskutrendiä pystytään voimistamaan ja terveysthaittoja selvästi vähentämään, on alkoholiverojen korottaminen edelleen välttämätöntä.

On olemassa vahva tutkimusnäyttö ja tutkijayhteisön konsensus siitä, että alkoholin *mainonnalle ja markkinointiviestinnälle* altistuminen lisää nuorten ja alaikäisten käyttämän alkoholin määrää ja aikaistaa käytön aloittamista.

Voimassa olevat alkoholin mainontasäännökset eivät ole tarpeeksi rajoittaneet lainvastaista ja erityisesti lapsiin ja nuoriin vaikuttavaa mainontaa. Säännökset eivät myöskään ole riittävän tarkkarajaisia. Mainonnassa käytetään entistä useammin keinoja, jotka sijoittuvat laillisuuden rajoille ja säännösten noudattamisen valvonnalla ei ole pystytty puuttumaan riittävän tarkasti ja nopeasti asiattomaan mainontaan. Valvontaa ei juuri pystytä lisäämään nykyisestä, tästä syystä em. lakimuutokset ovat välttämättömiä.

Sallivassa, alkoholimyönteisessä kulttuurissamme nuorten juomisesta on tullut sallittua. Alaikäisten kohdalla puhutaan jopa haittojen vähentämisestä. Lain mukaan alkoholin ikäraja on 18 vuotta. Sitä nuoremmille ei missään tilanteessa pidä viestiä haittojen vähentämisestä. Myöskään työntekijöiden tai edes vanhempien ei tulisi toimia missään organisaatioissa Suomen lain vastaisesti.

On siis olemassa selvä *tarve valistuksen yhtenäistämiseksi* niin, että viesti on selvä: alaikäisten nuorten ei kuulu käyttää alkoholia. Eli vaikka on selvää, että vähempi kulutus on parempi kuin suu-

remppi kulutus niin ”harm reduction” ei voi olla valistuksen viesti. Alaikäisten kohdalla tavoitteen tulee aina olla raittius.

### **Tupakkapolitiikka**

Tupakka ja tupakkatuotteet eivät ole normaaleja kulutushyödykkeitä, koska ne aiheuttavat käyttäjälleen vaikean riippuvuuden ja sisältävät aineita. Ne ovat farmakologisesti aktiivisia ja myrkyllisiä, aiheuttaen elimistössä solumuutoksia, kudonvaurioita ja lukuisia sairauksia, kuten syöpää. Tupakointi on erityisen tuhoisaa lasten ja nuorten kehitysvälle elimistölle.

Joka toinen tupakoitsija kuolee ennenaikaisesti näihin sairauksiin ja menettää 10–20 vuotta elämästään. Alempien sosioekonomisten väestöryhmien tupakointi on keskeisin väestöryhmien terveyseroja selittävä tekijä ja sosioekonomiset erot näkyvät nuortenkin keskuudessa. Peruskoulussa huonosti menestyvillä nuorilla on yli kaksinkertainen riski aloittaa tupakointi muihin verrattuna. Tupakointi on nuoruudessa usein myös tyypillinen terveydellisen riskikäyttäytymisen ensiaskel, ja se voi olla oire psyykkisestä huonovointisuudesta ja syrjäytymisvaarasta.

Tupakkasairauksien hoito aiheuttaa yhteiskunnalle mittavat kustannukset. Tupakkatuotteiden käytön loppuminen onkin yksi merkittävimmistä mahdollisuuksista edistää väestön terveyttä, pienentää terveydenhuollon kokonaismenoja ja saada lisävoimavaroja terveyden- ja sairaanhoitoon.

Väestön kasvavia sosioekonomisia terveyseroja voidaan kaventaa tehokkaimmin korottamalla tupakkatuotteiden hintoja ja lisäämällä savuttomia elinympäristöjä.

*Tupakkatuotteiden hinta* on erityisesti nuorten ja vähän koulutusta saaneiden kohdalla tehokas tupakoinnin yleisyyttä säätelevä tekijä. Suomessa tupakkatuotteiden hinnankorotusten ja hintasäätelyn käyttö tupakoinnin vähentämiseen ja väestöryhmien välisten terveyserojen vähentämiseen on viidentoista viime vuoden aikana jäänyt vähemmälle huomiolle lukuun ottamatta vuosia 2009 ja 2010. Tupakkatuotteiden hinnat ovat jääneet selvästi jälkeen suomalaisten ostovoiman kehityksestä, ja reaali hinnat ovat laskeneet ja jääneet jälkeen eurooppalaisesta hintakehityksestä.

### **Laittomat huumeet**

Kannabista joskus kokeilleiden osuus 15–69-vuotiaassa väestössä oli viimeisimmän, vuoden 2008 väestökyselyn mukaan 13 %. Vuoden 2010 kouluterveyskyselyn mukaan lukion 1.–2.-luokkalaisista 11 % on joskus kokeillut laittomia huumeita, kun vastaava osuus vastaan ikäisillä ammattioppilaitosten opiskelijoista on 17 %. Huomionarvioista on huumausaineisiin liittyvien kuolemien kasvu viime vuosina. Utta on myös muuntohuumeiden, erityisesti MDPV:n, yleistymisen.

Viimeisimmän arvion mukaan huumausaineiden ongelmakäyttäjää oli 14 500–19 100 vuonna 2005. Miesten osuus oli lähes 80 %. Eniten ongelmakäyttäjää oli 25–34-vuotiaiden ikäryhmässä. Virallisiin tilastoihin käyttäjämääräarvioihin tulee kokemusperäiseen tietoon (esim. Irti Huumeista ry:n asiantuntemus) perustuen lisätä noin 10 prosenttia, jotta päästään kulloiseenkin ajan tasalla olevaan tilanteeseen. Tällä laskutavalla huumeidenkäyttäjää on maassamme noin 50 000 - 60 000.

Tutkimusten mukaan suomalaiselle huumausaineiden ongelmankäytölle tyypillistä on alkoholin vahva asema oheispäihteenä, buprenorfiinin pistoskäyttö ja samanaikaiset mielenterveydenhäiriöt. Huumehoitoon hakeutuvat ilmoittavat yhä enenevästi lääkeaineopioideit eniten ongelmia aiheuttavaksi päihteiksi. Korvaushoidossa arvioitiin olevan 1 800 henkilöä. Korvaushoitoon pääsyn ongelmana on hoidon tarpeen arvioinnista siirtyminen säännölliseen avohoidossa toteutettavaan korva-

ushoitoon. Opiattiiriippuvaisten korvaushoitoa ollaan siirtämässä aiempaa enemmän terveyskeskuksiin ja osin myös apteekkien vastuulle.

Päihdehuoltolain mukaan kunnan on huolehdittava päihdehuollon järjestämisestä siten, että palvelut vastaavat sisällöltään ja laajuudeltaan kunnassa esiintyvää tarvetta. Päihteenä pidetään kaikkia päihtymistarkoituksessa käytettäviä aineita: alkoholia, korvikkeita, lääkkeitä ja huumeita. Päihdehuollon erityispalvelujärjestelmä koostuu avohoidosta (A-klinikat, nuorisoasemat), lyhytaikaisesta laitoshoidosta (katkaisuhuoltoasemat), pidempiaikaisesta kuntoutushoidosta (kuntoutusklinikat) ja tukipalveluista (päiväkeskukset ja tukiasunnot) sekä vertaistukitoiminnasta.

Päihdehuollon erityispalvelujen ohella entistä enemmän päihdeongelmaisia hoidetaan sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa, joita ovat sosiaalitoimistot, lastensuojeluyksiköt, mielenterveys-toimistot, terveyskeskusten vastaanotot ja vuodeosastot, sairaalat sekä psykiatriset sairaalat. Pelkät hoitotoimet eivät ole useinkaan riittäviä, vaan päihdeongelmaista tulee tarvittaessa auttaa ratkaisemaan myös toimeentuloon, asumiseen ja työhön liittyviä ongelmia.

Huumeriippuvuuteen sairastuneiden hoitoon pääsyä tulee vauhdittaa, helpottaa ja tehostaa aineesta riippumatta. Hoidon tulisi olla tarpeeksi pitkäkestoista, ja siihen tulee aina liittyä psykososiaalinen tehokas tuki ja kuntoutus. Hoitoon pääsyn tulisi olla käyttäjän subjektiivinen oikeus, eikä perustua tarveharkintaan. Pakkohoidon ja sen jälkeisen tehokkaan psykososiaalisen tuen ja jatkohoidon käyttämistä yhtenä välineenä huumeriippuvuudesta irtautumiseen, tulisi vakavasti harkita.

Huumausaineiden käyttö on aina koko perheen ongelma, ja käyttäjän toipumista tuetaan parhaiten auttamalla myös läheisiä. Vertaistukiryhmät ovat osoittautuneet erittäin toimiviksi tällä alueella.

### **Matalan kynnyksen päihdepalvelut**

Päihdepalvelujen tarve moninaistuu, mutta mahdollisuudet laajamittaiseen tarpeisiin vastaamiseen vähentyvät johtuen mm. kuntatalouden pitkäaikaisesta heikentymisestä ja palvelujen kohdentamisesta todellista tarvetta rajatummin vain tietyille palvelunkäyttäjryhmille. Tämä merkitsee joidenkin väestöryhmien syrjäytymistä päihdepalveluista, kun samaan aikaan yhteiskunnan yleinen polarisointumisen yhä paremmin voiviin ja yhä huonommin voiviin lisääntyy ja syrjäyttää osan kansalaisista yhteiskunnallisesta osallisuudesta.

Palvelujen saatavuuden varmistaminen tapahtuu usein parhaiten matalan kynnyksen palvelumallien kautta. Päihdepalvelujen kattavan saatavuuden turvaamiseksi uudessa hallitusohjelmassa tulee kehittää erityisesti alle 30-vuotiaille ja yli 50-vuotiaille soveltuvia sekä Suomessa yleisen sekakäytökulttuurin huomioonottavia matalan kynnyksen palveluja. Näille on kasvavaa tarvetta ja päihdeongelmien varhainen tiedostaminen edistää kansanterveyttä.

Kuntien järjestämisvastuuta huumeiden käyttäjien terveysneuvonnan järjestämisessä on tarpeen terävöittää. Modernien verkkopalvelujen hyödyntämistä niin sellaisinaan kuin linkitettyinä perinteisiin kasvokkaispalveluihin tulee lisätä; tällä hetkellä niille ei ole tarjolla kestävää rahoitus pohjaa, vaikka ne ovat hyvin kustannustehokas ja vaikuttava palvelutapa.

Päihdepalvelujen tarpeessa olevien keskinäinen vertaistuki soveltuu hyvin kansalaisyhteiskunnan vahvistamiseen, mutta sen edistäminen edellyttää usein myös ammattiauttajien tarjoamaa tukea. Tästä yhteistoiminnasta hyötyvät myös ammattiauttajat.

Mieli 2009- ja Kaste-ohjelmien puitteissa mielenterveys- ja päihdepalveluja on pyritty siirtämään ”yhden oven periaatteella” helposti saavutettavaksi mm. terveysasemien palveluina. Tässä yhteydessä tulee varmistaa riittävät resurssit ja riittävä osaaminen uusissa palveluyksiköissä.

### **Koulutus ja vanhempien tukeminen**

Tutkimustiedon mukaan n. 23 % suomalaisista on kasvanut kodissa, jossa liiallinen alkoholinkäyttö tai muu vanhempien päihdeongelma on aiheuttanut lapselle ongelmia tai haittaa. Suurin haitta syntyy turvattomuudesta, pelosta sekä epäohdonmukaisesta kasvatuksesta. Lasten perushoivaa ja turvallisuutta laiminlyödään. Kodin elämän kaoottisuus on uhka perusturvallisuudelle siten, että lapsi saattaa olla koko ajan stressitilassa. Auttamisjärjestelmät on rakennettu aikuisväestön näkökulmasta. Päihdeongelmaisia vanhempia hoitavissa palveluissa lasten erityiset ja yksilölliset tarpeet liian usein ohitetaan ja keskitytään vanhempien asioihin. Lasten huomioonottaminen aikuisille suunnatuissa palveluissa ei toteudu lastensuojelulain ja päihdehuoltolain mukaisesti.

Neuvola-asetus 380/2009 edellyttää vanhempien alkoholinkäytön tunnistamisen ja hoidon vakiinnuttamista. Tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollon ja varhaiskasvatuksen ammattilaiset tarvitsevat lisää koulutusta ja materiaalia runsaasti päihteitä käyttävien vanhempien ja heidän lastensa kohtaamiseen ja auttamiseen.

Palveluissa tulisi huomioida koko perheen tuen tarve ja olemassa olevat voimavarat. Auttamisjärjestelmiä tulee perus- ja täydennyskoulutuksella vahvistaa siten, että lapsen kannalta tärkeitä aikuisia tuetaan systemaattisesti edistämään ja ylläpitämään lapset turvallisuutta ja hyvinvointia.

Sektorikeskeisen ajattelun sijaan tulisi koulutuksella vahvistaa organisaatioiden välistä moniammatillista yhteistyötä.

### **Päihdetyön tutkimuksen vahvistaminen**

Alan tutkimus on tällä hetkellä hajallaan eri yliopistoissa, tutkimuslaitoksissa ja järjestöissä. Myös yhteys käytännön hoito- ja muuhun päihdetyöhön on etäinen. Päihdetyön tutkimus on Suomessa pisteittäistä ja siitä puuttuu jatkuvuutta. Alan tutkijat ovat hajallaan eri yliopistoissa, tutkimuslaitoksissa ja järjestöissä. Osa yliopistoista on saanut Alkolta kahteen otteeseen (2007 ja 2010) määräaikaisen erillisrahoituksen hoitotutkimuksen professuureihin tai kliiniseen päihdeopetukseen, mutta tietoa jatkosta ei ole. THL:n taloudellisen sopeutuksen yhteydessä erityisesti palvelujärjestelmään liittyvä tutkimus väheni entisestään. Isojen päihdepalveluiden tuottajien kuten A-klinikkasäätiön ja Sininauhaliiton tutkimustoiminnalla ei ole jatkuvaa rahoitusta.

Epävarmoista ja määräaikaisista resursseista huolimatta päihdetyön tutkimustoiminta on viime vuosina virinnyt ja nuoria tutkijoita on tullut alalle. Hoito- ja muun interventiotutkimuksen tarve on korostunut, sillä päihdeongelmat ovat monimuotoistuneet ja niiden hoitojärjestelmät ovat monin tavoin murroksessa. Pääosa päihdehuollon hoitotutkimuksesta on kuitenkin määräaikaiseen projektirahoitukseen sidottua. Hoitotutkimuksen piirissä on tehty uusia avauksia, mutta tutkimusalueelle ei ole toistaiseksi löytynyt luontevaa organisatorista paikkaa.

Päihdehoitoa ja -ehkäisyä koskeva tutkimus voidaan yleisesti jakaa kolmeen toisiinsa limittyvään alueeseen: päihdetyön menetelmien ja muiden tekijöiden tutkimukseen, asiakas- ja potilastutkimukseen sekä palvelujärjestelmien tutkimukseen. Kaikki kolme aluetta tuottavat päihdetyön kehittämistä palvelevaa tietoa. Se, että päihdetyö on Suomessa sekä tietopohjaltaan että menetelmillään moniammatillista, edellyttää lisäksi, että tutkimustieto on käyttökelpoista päihdetyön tekijöille,

kunnille ja toimintayksiköille. Monimuotoisen ja -ammattillisen päihdetyön tutkimus vaatii rinnakkaisia ja eri tieteenaloilta nousevia tutkimusasetelmia sekä näiden välistä vuoropuhelua.

Päihdetyön tutkimustoiminnan haasteita lähivuosina ovat tutkimuksen riittävä resursointi sekä alan tutkijakoulutuksen kehittäminen. Alan tutkimustoiminnan perustana tulee olla käytännön toimijoiden kumppanuus yliopistojen ja muiden tutkimuslaitosten kanssa.

Suomalaisen hoitotutkimuksen kehittämiseksi ja vakiinnuttamiseksi on tarpeen luoda erillisrahoituksella verkostomainen organisaatio, johon osallistuvat alan keskeiset toimijat (järjestöt, yliopistot, tutkimuslaitokset) ja saavat siitä mittakaava- ja synergiahyötyä tutkimusrahoituksia, -aiheita ym. haettaessa.