

PÄIHDEPALVELUJEN TARJONNASSA SUURIA EROJA KUNTIEN VÄLILLÄ

Johdanto

Päihteitä käyttävällä tai päihderiippuvaisella henkilöllä on päihdehuoltolain mukaan oikeus saada hoitoa ja kuntoutusta sairautensa ja ongelmiinsa. Lainsäädännöstä tulee myös velvoite, jonka mukaan kunnalla on velvollisuus kehittää sosiaali- ja terveyspalveluja vastaamaan päihteidenkäyttäjien tarpeisiin. Palvelujen tulisi lain mukaan olla joustavia ja monipuolisia. (L 41/1986 § 6 ja 7.) Kuitenkin yleisestä keskustelusta käy valitettavan usein ilmi, että päihderiippuvaisilla on vaikeuksia hoitoon pääsyssä. Lisäksi päihdepalvelujen järjestämisessä ja tarjonnassa on merkittäviä kuntakohtaisia eroja (esim. Uusikylä & Laine 2020).

Päihteiden käytön taustalla on moninaisia syitä, ja se altistaa erilaisille terveydellisille, taloudellisille ja sosiaalisille ongelmille. Päihderiippuvuus ja siihen kytkeytyvät sosiaaliset ongelmat aiheuttavat kärsimystä ja moninaisia haittoja sekä päihderiippuvaisille itselleen että heidän lähipiirilleen ja laajemmin koko yhteiskunnalle. Päihdeongelmilla on suuri kansanterveydellinen merkitys, ja niiden tuottamat suorat ja epäsuorat kustannukset kuntien sote-menoille ovat huomattavat (Lavapuro ym. 2016, 134). Asian merkityksellisyyttä korostaa se, että päihde-

ongelmilla on taipumus siirtyä seuraaville sukupolville. Suomessa arviolta jopa 70 000 alle 18-vuotiasta elää perheessä, jossa vanhemmilla on päihdeongelmia. Päihdeperheissä varttuneilla lapsilla on kohonnut riski kokea aikuisiällä päihdeongelmia ja muita vaikeuksia, kun heitä verrataan muihin lapsiin. (Saari ym. 2020, 87–90.)

Tässä katsauksessa tarkastelemme kahden empiirisen aineiston avulla, millaisia eroja päihdepalveluissa on kuntien välillä. Laadullinen aineisto on kerätty vuonna 2014 lisensiaattityön ja väitöskirjan aineistoksi teemahaastattelemalla 32:ta päihdetyötä tekevää, eri koulutustaustoja edustavaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaista. Haastatteluihin osallistuneet ammattilaiset työskentelivät yrityksissä, säätiöissä, julkisella sekä kolmannella sektorilla Etelä-Savossa, Pohjois-Savossa ja Pohjois-Karjalassa. Laadullinen aineisto on analysoitu teoriasidonnaisen sisällönanalyysin avulla.

Haastatteluaineiston keruussa ja analyysissä on noudatettu yleisesti hyväksytyjä tutkimuseettisiä periaatteita (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Eri toimijoilta on haettu tarvittavat tutkimusluvut, ja haastateltavat ovat allekirjoittaneet tutkimusta koskevat suostumuslomakkeet. Heitä on in-

formoitu osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja mahdollisuudesta keskeyttää osallistumisen haastatteluprosessiin. Haastateltaville on kerrottu aineiston käyttötarkoituksesta, säilyttämisestä, jatkokäytön mahdollisuuksista ja omistussuhteista. Haastattelut on nauhoitettu ja litteroitu sanataarkasti. Tunnistettavat tiedot on anonymisoitu litterointivaiheessa. Aineistoa ei ole aiemmin analysoitu tähän tiedontarpeeseen.

Tilastoaineistona olemme käyttäneet kahta Sokra-hankkeen huono-osaisuusmittaria (ks. tarkemmin www.diak.fi/eriarvoisuus) 295:stä Manner-Suomen kunnasta: päihteiden vuoksi vuodeosastoilla hoidettuja asiakkaita ja päihdehuollon avopalveluiden asiakkuuksia. Näissä mittareissa on käytetty Sotkanet.fi-palvelusta löytyvien, vapaasti saatavilla olevien tilastojen 2016–2018 keskiarvoja vuosivaihtelujen minimoimiseksi ja suhteutettu ne mediaanikuntaan. Esimerkiksi vertailuarvo 100 kuvastaa Suomen keskitasoa, ja 120 tarkoittaa kahtakymmentä prosenttia keskitasoa enemmän. Kolmantena tarkasteltavana mittarina olemme käyttäneet Sotkanet.fi-palvelusta löytyviä päihdehuollon erityispalvelujen asukaskohtaisia kustannuksia. Näissä euromääräisissä kustannuksissa on myös käytetty vuosien 2016–2018 keskiarvoa, mutta niitä ei ole mediaanisuhteutettu Sokra-hankkeen mittareiden tavoin.

Määrällisen aineiston analyysi ja tulokset

Tilastoaineistolle tehtiin ensimmäisessä vaiheessa SPSS for Windows -analyysiohjelmistolla K-keskiarvon ryhmittelyanalyysi

(K-means cluster analysis), jolla ryhmitellään havaintoja mahdollisimman samankaltaisten muuttujien joukkoihin. Ryhmittelylle ei ole menetelmässä mitään tiettyä perustetta, vaan se tapahtuu aineiston perusteella. K-keskiarvon ryhmittelyanalyysissä havainnot ryhmitellään keskiarvoltaan mahdollisimman paljon poikkeaviin ryhmiin. Analyysissä testataan aineiston ryhmittelyä eri ryhmämäärillä, joista tutkija valitsee tarpeisiinsa parhaiten sopivan ratkaisun. (Metsämuuronen 2008, 247–248, Meyers ym. 2013, 631.) Tässä tapauksessa neljän ryhmän malli tuotti parhaiten tulkittavan ratkaisun. Manner-Suomen 295 kunnasta muodostetut kuntaryhmät on nähtävissä taulukossa 1. Taulukon lukemat kuvastavat mittareiden keskiarvoja kussakin kuntaryhmässä.

Ykkösryhmän kuntien päihdepalveluissa painottuu vuodeosastohoito, ja avopalvelujen asiakasmäärät ovat niissä selvästi alhaisemmat Suomen keskitasoon nähden. Kakkosryhmän kunnissa on muita kuntia selvästi enemmän asiakkaita avopalveluissa, ja päihdehuollon erityispalvelujen kustannukset ovat muita kuntia suuremmat. Kolmosryhmän kunnissa päihdepalvelujen käyttö on vähäisintä, ja nelosryhmässä josta-kuinkin keskitasoa; avopalveluiden asiakasmäärä korostuu jonkin verran.

Seuraavassa vaiheessa ryhmittelyanalyysin tuloksille tehtiin erotteluanalyysi (discriminant analysis) hyödyntäen erilaisia selittäviä taustamuuttujia. Erotteluanalyysillä taustamuuttujista luodaan funktio, joka parhaiten erottelee ryhmiä toisistaan. Tällöin saadaan tietoa siitä, mikä on luonteenomaista kullekin ryhmälle. (Jokivuori & Hietala

Taulukko 1. Ryhmittelyanalyysin tuottamat kuntaryhmät ja ryhmien mittarikeskiarvot; vertailuarvo 100 kuvastaa Suomen keskitasoa.

Kuntaryhmät (Yhteensä 295 kuntaa) ¹	Ryhmä 1 (72 kuntaa)	Ryhmä 2 (29 kuntaa)	Ryhmä 3 (106 kuntaa)	Ryhmä 4 (88 kuntaa)
Päihteiden vuoksi vuodeosastoilla hoidetut (vertailuarvo) ²	157,6	113,3	73	103,1
Päihdehuollon avopalveluiden asiakkaat (vertailuarvo) ²	25,8	373,7	61,3	206,7
Päihdehuollon erityispalvelujen kustannukset (€/asukas) ³	15,4	35,6	15,8	24,4

¹ Ryhmittelymenetelmän k-keskiarvon ryhmittelyanalyysi (k-means cluster analysis)

² Lähde Sotkanet.fi, vuosien 2016–2018 tilastojen keskiarvo mediaanisuhteutettuna (lisätietoa www.diak.fi/eriarvoisuus)

³ Lähde Sotkanet.fi, vuosien 2016–2018 tilastojen keskiarvo

Taulukko 2. Erotteluanalyysin tuottamat funktiot sekä funktioiden erottelupisteet.

Erotteluanalyysin funktiot ¹	1	2	3
Ominaisarvo	0,48	0,346	0,064
% varianssista	53,9	38,9	7,2
Kanoninen korrelaatio	0,57	0,507	0,246
Yksinasuvat ²	,748*		
Syrjäisyyskerroin	,658*		
Asukasluvun muutos	-,613*		
Perheen keskikoko	-,377*		
Tilastollinen kuntaryhmitys		,703*	
Taajama-aste		,678*	
Väkiluku			-,435*
Funktioiden kuntaryhmittäiset ³ erottelupisteet	1	2	3
Ryhmä 1 ⁴	0,864	-0,721	0,004
Ryhmä 2	0,497	0,921	0,625
Ryhmä 3	-0,851	-0,26	0,06
Ryhmä 4	0,154	0,599	-0,282

¹ Mitä suurempi erottelufunktion arvo taustamuuttujalla on, sitä merkittävämpi vaikutus sillä on kyseisessä funktiossa.
² Erotteluanalyysissä oli mukana useita erilaisia kuntien rakennetta ja väestöä kuvastavia taustamuuttujia, joista analyysin myötä löytyi seitsemän parhaiten erottelevaa taustamuuttujaa.
³ Kuntaryhmit on muodostettu 295 Manner-Suomen kunnasta k-keskiarvon ryhmittelyanalyysillä (k-means cluster analysis) käyttämällä kolmea muuttujaa: päihdeiden vuoksi vuodeosastoilla hoidetut (lähde Sotkanet.fi, vuosien 2016–2018 tilastojen keskiarvo mediaanisuhteutettuna), päihdehuollon avopalveluiden asiakkaat (lähde Sotkanet.fi, vuosien 2016–2018 tilastojen keskiarvo mediaanisuhteutettuna), päihdehuollon erityispalvelujen kustannukset (lähde Sotkanet.fi, vuosien 2016–2018 tilastojen keskiarvo).
⁴ Mitä suurempi on erottelupisteen arvo, sitä suurempi vaikutus kunkin erottelufunktion muuttujilla on kullekin kuntaryhmälle.

2007, 119–232.) Erotteluanalyysissä oli mukana useita erilaisia, kuntien rakennetta ja väestöä kuvastavia taustamuuttujia, ja niistä käytettiin vuosien 2016–2018 keskiarvoa, mikäli se oli mahdollista.

Erotteluanalyysin tulokset ovat nähtävissä taulukossa 2. Usean taustamuuttujan joukko supistui seitsemään olennaisimpaan, jotka muodostivat kolme aineistoa selittävää erottelufunktiota. Näiden kolmen yhteenlaskettu selitysaste on sata prosenttia. Ensimmäinen funktio koostuu yksinasuvien osuudesta, kunnan syrjäisyyskerroimesta (ks. Lavapuro ym. 2016, 20–26), asukasluvun muutoksesta ja perheen keskikoosta. Toinen funktio koostuu tilastollisesta kuntaryhmästä ja taajama-asteesta. Kolmas funktio, jonka selitysaste on vähäinen eli vain alle kymmenen prosenttia, koostuu kunnan väkiluvusta.

Taulukon 2 jälkipuolisko kertoo siitä, mitkä erottelufunktiot kuvastavat parhaiten kutakin kuntaryhmää. Ykkösyhmän kuntia, joissa korostui päihdepalveluiden vuodeosastokeskeisyys, kuvastavat muita kuntia suurempi syrjäisyyskerroin, voimakkaasti vähenevä väestö, yksin asuvien korkea osuus ja muita kuntia jonkin verran pienempi perhekokoo. Lisäksi ne ovat maa-

seutumaisia kuntia, joilla on muita kuntia pienempi taajama-aste. Avopalvelupainotteisia kakkosryhmän kuntia kuvastavat kaupunkimaisuus ja muita kuntia suurempi taajama-aste. Kolmosryhmän kunnissa, joissa päihdepalvelujen käyttö on vähäisintä, on muita vähemmän yksinasuvia ja muihin kuntiin verrattuna suurempia perheitä, ja ne ovat ei-syrjäisiä kasvavan väestön kuntia. Nelosryhmän kunnissa on muita kuntia jonkin verran suurempi taajama-aste, ja ne ovat tilastollisessa kuntaryhmityksessä pääasiallisesti taajaan asuttuja kuntia.

Tilastoaineistojen analyysi tuotti siis kiinnostavan havainnon siitä, että syrjäisissä vähenevän väestön kunnissa, joissa on paljon yksin asuvia, korostuu päihdeasiakkuuksien hoito terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastoilla. Toinen kiinnostava havainto, joka ei suoranaisesti liity palvelujen tarjontaan vaan niiden kysyntään, tulee ryhmästä kolme. Vähäisimmän päihdepalvelujen tarpeen kuntia kuvastaa yksinasuvien pieni osuus, ei-syrjäisyys, kasvava väestö ja muita kuntia suurempi perhekokoo. Erilaisissa kunnissa on erilainen palvelujen kysyntä ja tarjonta, eikä palvelujen tarjonta välttämättä vastaa kysyntää.

Laadullisen aineiston analyysi ja tulokset

Laadullista aineistoa käsiteltiin teoriasidon-
naisen sisällönanalyysin avulla. Analyysin
ensimmäisessä vaiheessa aineistosta poimit-
tiin kuvauksia ja tulkintoja kuntien tarjoa-
mista päihdepalveluista. Kuvauksista oli jo
ensimmäisessä vaiheessa havaittavissa päih-
depalvelujen tarjonnan kuntakohtaiset erot.
Seuraavassa vaiheessa työntekijöiden kerto-
mia samankaltaisia kuvauksia ja tulkintoja
yhdisteltiin ja ryhmiteltiin. Samalla tarkas-
teltiin, oliko tulkinnoissa ammattiryhmä-
kohtaisia tai organisaatioista johtuvia eroja.
Analyysin viimeisessä vaiheessa yhdisteltiin
kuntakohtaisten erojen selvittäviä tekijöitä.
Näistä merkittävimiksi tekijöiksi nousivat
niukat resurssit, kunnan taloudellinen tilan-
ne ja palvelujen priorisointi.

Laadullisen aineiston mukaan päihdepal-
velujen kunnittaiset erot ovat merkittäviä.
Tämä näkemys oli samankaltainen ammat-
tiryhmästä ja organisaatiosta riippumatta.
Työntekijät kuvailivat, kuinka pienemmissä
kunnissa päihdetyötä tekevät ammattilaiset
ovat harvemmin saatavilla ja palveluja tar-
jotaan käytännössä terveyskeskuksen päi-
vystyksessä ja vuodeosastolla. Pienemmissä
kunnissa on kiertäviä päihdetyöntekijöitä,
joita voi tavata muutaman viikon välein.
Jos asiakkaalla on tiiviimmän tuen tarvet-
ta, päihdetyöntekijällä ei ole mahdollisuut-
ta vastata tarpeeseen. Itsehoitoryhmistä on
haastateltujen mukaan puutetta, mikä voi
haitata toipumista esimerkiksi asiakkaan
palatessa kotiin päihdekuntoutusjaksonsa
jälkeen. Vastaavasti isommilla paikkakun-
nilla on työntekijöiden mukaan saatavilla
monipuolisemmin päihdepalveluja, vertais-
tukea ja itsehoitoryhmiä. Näillä paikkakun-
nilla asiakkaat saavat maksusitoumuksen ja
voivat valita palvelutarjonnasta, mihin pal-
veluun haluavat kiinnittyä.

Päihdetyötä tekevät ammattilaiset tiedos-
tivat haastatteluissa hyvin ihmisten päihde-
palvelujen tarpeen ja lainsäädännöstä tulevat
velvoitteet tarjota palveluja. Kuntien heikko
taloudellinen tilanne nähtiin kuitenkin este-
eksi palveluihin pääsyssä. Julkisen sektorin
sosiaalityöntekijä kertoi, kuinka kunnassa on
tarjolla katkaisuhoidon terveyskeskuksessa,

mutta päihdekuntoutuksesta hän puhuu vain
niille, joiden oma talous on siinä kunnossa,
että he pystyvät itse maksamaan päihdekun-
tousjakson. Haastateltu työntekijä ei halua
esittää asiakkailleen turhia toiveita sosiaali-
ja terveydenhuollon maksamaan päihdekun-
toutukseen pääsystä, sillä maksusitoumusta
ei kuulemma monikaan saa, vaikka palve-
lutarve täytyisi.

Raha nousi esiin myös hoidon ja kuntou-
tuksen sisältöä ja pituutta määrittelevänä tekijänä. Työntekijät näkivät lyhyiden maksu-
sitoumuksien olevan ristiriidassa sen osalta,
millaista hoitoa ja tukea asiakkaat mones-
sa tilanteessa todellisuudessa tarvitsisivat.
Aiemmin hoito- ja kuntoutusjaksot olivat
yli puolen vuoden mittaisia, mutta nykyisin
suurin osa jaksoista on vain muutaman kuu-
kauden pituisia, haastateltavat kertoivat.

*”On joutunut kipuilemaan sen kanssa,
että tää asiakas kyllä kuntoutuu, jos sille
annettaisiin vain aikaa, mutta kun ei ole
rahaa antaa aikaa.” (Haastateltava)*

Asiakkaiden pitää työntekijöiden mukaan
pystyä myös vakuuttamaan, että he sitoutu-
vat päihdehoitoon, eikä hoitojakso tule ole-
maan turha. Jos avuntarpeessa oleva joutuu
vannomaan sitoutumistaan hoitoon, se voi
nostaa monen asiakkaan kynnystä lähteä
hakemaan apua. Sosiaali- ja terveyspalve-
lujen perusluonteeseen kuitenkin kuuluu se,
että niitä tarjotaan niille, jotka eivät itse ky-
kene pitämään kiinni oikeuksistaan ja hake-
maan tarvitsemiaan palveluja.

*”Jotenkin, että sun pitää hirveesti ikään
kuin asiakkaana pystyä vakuuttamaan
ja vähän niinku vannomaankin. Mä nyt
olen ihan varmasti tosissaan ja mä ihan
varmasti paranen, jos mä sinne pääsen.”
(Haastateltava)*

Palvelujen priorisointi oli yksi selittävä tekijä, joka vaikuttaa kuntakohtaisiin eroihin. Työntekijät kertoivat, miten kuntalaisille ensin tarjotaan subjektiivisten oikeuksien myötä tulevat palvelut ja sitten katsotaan, jääkö rahaa muihin palvelutarpeisiin. Haastatteluissa nousivat esiin lastensuojelulliset

tarpeet, vammaisten ja kehitysvammaisten oikeudet sekä mielenterveyspalvelujen kysyntä. Nämä asiakasryhmät menevät priorisoinnissa edelle, ja niiden jälkeen tarkastellaan, mitä päihderiippuvaisille asiakkaille voidaan tarjota. Päihdeongelmista kärsivät asiakkaat eivät ole ensimmäisinä vaatimassa oikeuksiaan, mikä työntekijöiden mukaan helpottaa priorisointia.

Päihdepalveluihin panostaminen kannattaa

Sekä tilastollinen että laadullinen aineisto vahvistavat kuntakohtaiset erot päihdepalvelujen toteutumisessa. Työntekijät tiedostavat lainsäädännöstä tulevat velvoitteet ja ymmärtävät asiakkaiden palvelu- ja erityistarpeita, sensitiivisen työn merkityksen ja päihdepalvelujen kehittämistarpeita mutta perustelevat nykytilaa paljolti talouden kautta. Pienissä kunnissa resurssit ovat niukat, eikä palveluja tarjota asiakkaille kustannussyihin vedoten. Asiakkaita voidaan myös tietoisesti ohjata sellaisiin palveluihin, jotka eivät vastaa heidän tarpeisiinsa. Voidaan-kin kysyä, määritteleekö palvelujen saannin kunnan resurssit vai asiakkaan palvelutarve?

Useissa tilanteissa ennalta ehkäisevä työ ja avohoidon palvelut ovat riittäviä, mutta lisäksi tarvitaan päihdehoidon ja -kuntoutuksen kehittämistyötä. Haastatteluaineisto paljastaa työntekijöiden huolen siitä, miten eri kuntien päihdepalvelujen erot vaikuttavat asiakkaiden hyvinvointiin ja kuntoutumiseen. Pienemmillä paikkakunnilla päihdepalvelut eivät ole riittäviä tarpeeseen nähden, mikä huolestuttaa päihdetyötä tekeviä työntekijöitä kautta linjan. Tulossa on monenlaisia muutoksia, mutta nähtäväksi jää, miten esimerkiksi kansallinen päihdestrategia ja sote-uudistus vaikuttavat päihdepalvelujen kehittämiseen. Tällä hetkellä eri kuntien päihdepalvelujen asiakkaat ovat toisiinsa nähden eriarvoisessa asemassa.

Kuntatalous on tiukilla, mutta panostamalla päihdepalveluihin kunnat voivat saada huomattavia säästöjä sosiaali- ja terveystieteissä (Rautiainen 2021). Alkoholinkäytön kustannukset julkiselle sektorille lähestyvät

miljardia euroa. Vaikka kustannukset ovat olleet laskusuunnassa 2010-luvulla, muiden päihdeiden, kuten huumeiden ja lääkkeiden, kustannukset ovat olleet nousussa. (Eronen ym. 2020, 91.) Asiaa tulee tarkastella pidemmällä aikavälillä. Kustannussäästöjä syntyy, kun ihmisten osallisuus ja hyvinvointi vahvistuvat ja sen myötä heidän tulevaisuudennäkymänsä kohenevat. Näin ollen päihdepalveluihin, jotka vastaavat asiakas- tarpeisiin, kannattaa panostaa.

Tulosten merkitys: Päihdepalvelujen kehittäminen ja yhtenäistäminen on edelleen tarpeen. Kuntakohtaiset erot päihdepalvelujen tarjonnassa ovat suuria, eivätkä pienissä kunnissa palvelut vastaa asiakas- tarpeisiin: lainsäädännöstä tulevat velvoitteet eivät näissä kunnissa täyty. Päihdepalveluihin kannattaa panostaa, mutta positiiviset tulokset ja ihmisten hyvinvoinnin vahvistuminen näkyvät vasta pidemmällä aikavälillä.

Tiivistelmä

Lainsäädäntö velvoittaa kuntia tarjoamaan asiakkaiden tarpeita vastaavia päihdepalveluita. Tässä katsauksessa tuodaan esille, miten kuntien välillä on silti suuria eroja päihdepalvelujen tarjonnassa. Aineistona käytetään 32 päihdetyön ammattilaisen haastatteluja, sekä tilastollisia aineistoja. Haastatteluaineisto on analysoitu teoriasidonnaisella sisällönanalyysillä, ja tilastoaineistot K-keskiarvon ryhmittelyanalyysillä sekä erotteluanalyysillä. Tilastoaineiston analyysit paljastavat, että etenkin syrjäisissä vähenevän väestön kunnissa painottuu päihdeasiakkuuksien vuodeosastohoito, ja päihdehuollon avopalvelujen asiakasmäärät ovat pieniä. Haastatteluaineisto tuo esille, että ammattilaiset tiedostavat lainsäädännön velvoitteet, mutta niukat resurssit ja taloudelliset syyt estävät tarvelähtöisten palvelujen tarjoamisen. Lainsäädännön

velvoitteet eivät siis täyty kaikkialla, ja on vaikea sanoa tuoko tulevaisuuskaan parannuksia tullessaan.

Avainsanat: päihdepalvelut, päihdetyö, kuntakohtaiset erot, eriarvoisuus

**Elina Pekonen, YTL, aluekoordinaattori,
Sokra -hanke & Diakonia-ammattikorkeakoulu;
jatko-opiskelija, Lapin yliopisto**

**Joakim Zitting, YTM, tutkija, Sokra -hanke &
Diakonia-ammattikorkeakoulu**

Lähteet

- Eronen A, Hiilamo H, Ilmarinen K, Jokela M, Karjalainen P, Karvonen S, Kivipelto M, Koponen E, Leemann L, Londén P, Saikku P (2020) Sosiaalibarometri 2020. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry, Helsinki.
- Jokivuori P, Hietala R (2007) Määrällisiä tarinoita – Monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta. WSOY, Helsinki.
- Lavapuro J, Ojanen T, Rautiainen P, Valtonen V (2016) Sivistykselliset ja sosiaaliset perusoikeudet syrjäkunnissa. Kunnallissalan kehittämissäätiö KAKS, Helsinki.
- L 41/1986. Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>
- Metsämuuronen J (2008) Monimuuttujamenetelmien perusteet. International Methelp Ky, Helsinki.
- Meyers LS, Gamst GC, Guarino AJ (2013) Performing data analysis using IBM SPSS. John Wileys & Sons, Hoboken New Jersey.
- 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. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences, 606. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.
- Saari J, Eskelinen N, Björklund L (2020) Raskas perintö – Ylisukupolvinen huono-osaisuus Suomessa. Gaudeamus, Helsinki.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavana https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf Luettu 30.5.2017 & 15.4.2021
- Uusikylä P, Laine J (2020) Palvelulabyrintistä asiakkaan tarpeisiin – Suomalaisen päihdehuollon nykytilan systeminen tarkastelu. Myllyhoitoyhdistys, Helsinki.