

INHIMILLISTÄ JA VAIKUTTAVAA PÄIHDETYÖTÄ

Vasemmistoliitto haluaa tehdä päihdepolitiikkaa, joka vähentää inhimillistä kärsimystä ja yhteiskunnallisia haittoja. Jokaisella ihmisellä on oikeus hyvään kohteluun ja ihmisarvoiseen elämään. Erityisen tärkeää toimivat palvelut ovat seuraavien vuosien aikana, kun palautuminen koronapandemiasta alkaa. Poikkeuksellinen pandemia-aika on heikentänyt erityisesti haavoittuvimmassa asemassa olevia. Tiedossa ei vielä ole miten iso hoito- ja sosiaalinen velka on, ja palvelut on siksikin oltava kunnossa.

Tämän asiakirjan tarkoitus on tiivistää vasemmistoliiton keskeiset päihdepoliittiset kannat sekä toimia hyvinvointialueen päättäjien ja ehdokkaiden tukena. Asiakirja keskittyy hyvinvointialueilla toteutettavaan päihdepolitiikkaan ja on osa myöhemmin julkaistavaa valtakunnallista päihdepoliittista ohjelmaa.

13 TAVOITETTA PAREMPAAN PÄIHDEPOLITIikkaAN

1. Inhimillinen ja vaikuttava päihdepolitiikka alkaa ehkäisevästä työstä: ongelmiin on voitava puuttua ajoissa.
2. Ehkäisevään päihdetyöhön ja päihdepalveluihin tulee resursoida riittävästi.
3. Sosiaali- ja terveystalvissa on oltava osaamista päihde- ja rahapeliongelmiin kohtaamiseen, tunnistamiseen ja niissä auttamiseen.
4. Päihdepalveluiden tulee olla saavutettavia. Palveluiden on oltava helposti löydettävissä, ja niihin pääsemisen tulee olla mahdollisimman yksinkertaista ja esteetöntä.
5. Päihteiden käyttäjiin ja päihdepalveluihin hakeutumiseen liittyvää stigmaa on aktiivisesti vähennettävä muun muassa kouluttamalla sosiaali- ja terveysalan työntekijöitä.
6. Jokaisen hoitoa tarvitsevan on saatava hoitoa.
7. Hyvinvointialueen tulee laatia mielenterveys- ja päihdehoitosuunnitelma, jonka päätavoitteena on hyvinvoinnin lisääminen.
8. Kotihoitoon tulee lisätä tietoa ja taitoa tunnistaa ikäihmisten päihteiden ja rahapelaamisen ongelmakäyttö.
9. Läheisille on tarjottava tukea ja hoitoa.
10. Hyvinvointialueella on oltava tarjolla riittävästi haittoja vähentävää päihdetyötä sekä mahdollisuus käyttövälineiden vaihtoon sekä tarvittaessa valmiudet kokeilla uusia päihdetyön keinoja.
11. Lasten oikeudet on huomioitava päihdepalveluita suunnitellessa ja perhepalveluihin sekä lastensuojeluun on panostettava.
12. Hyvinvointialueen päihdeohjelmaan tulee sisällyttää myös rahapelihaittojen ehkäisy ja ohjeet siitä, mihin rahapeliongelmainen voidaan tarvittaessa ohjata hoitoon.
13. Hyvinvointialueella tulee olla työntekijöitään koskeva päihdeohjelma

1. TAUSTATIETOA

Vasemmistoliiton päihdepolitiikan ytimessä on inhimillisen kärsimyksen vähentäminen, päihde- ja rahapelihaittojen ehkäisy, hoitopääsyn sujuvoittaminen sekä sosiaali- ja terveystalouden kustannusten hillintä ja yhteiskunnallisten haittojen vähentäminen. Hyvinvointialueiden sotepalveluissa tehtävä työ täydentää kuntien ehkäisevää päihdetyötä. Hyvinvointialueen järjestettävänä on sosiaali- ja terveystaloudet sekä lähipalvelut, kuten terveystaloudet että erikoissairaanhoidot.

Jotta voimme tehdä tehokasta työtä ongelmien ratkomiseksi, on ensin ymmärrettävä tilanteen lähtökohdat; tarvitaan radikaali asennemuutos päihdeitä käyttäviä ihmisiä kohtaan.

Päihdeitä käyttävät ihmiset tuovat toistuvasti esiin syrjintäkokenemuksia kaikille tarkoitetuissa julkisissa palveluissa kuten terveystaloudissa, kirjastoissa ja kanssakäymisessään poliisin kanssa. Päihdeikästäisiin liitetyt ennakkoluulot (stigma), voivat muodostua hoitoon hakeutumisen tai pääsyn esteeksi. Stigma vaikuttavaa merkittävästi päihde- ja mielenterveystaloudettajien kuntoutusmahdollisuuksiin, sillä leimautumisen pelko voi nostaa hoitoon hakeutumisen kynnystä sekä hoitoon sitoutumista, mikä osaltaan kasvattaa hoidon kustannuksia [8]. Siksi päihde- ja mielenterveystaloudettajan stigmojen purkamiseen tulee panostaa kaikessa toiminnassa.

Numeroita argumenttien tueksi

Alkoholin riskikäyttö on yleistä. Alkoholin käyttö on Suomessa laskenut tasaisesti, mutta siitä huolimatta useat suomalaiset käyttävät alkoholia siinä määrin, että pitkäikäisten terveystaloudettajien riski kasvaa. 2000-luvulla alkoholi on ollut työikäisten suomalaisten keskeisin kuolinsyy [1], kun taas alle 40-vuotiaiden miesten toiseksi yleisin kuolinsyy on huumeiden käyttöön liittyvä myrkytys [2]. Selvitysten [3] mukaan vain murto-osa alkoholia ongelmallisesti käyttävistä on päihdepalvelujen piirissä. Siitä huolimatta sama ryhmä on yksi eniten sotepalveluja käyttävistä asiakasryhmistä. Alkoholihaitat kasautuvat usein muiden mielenterveys- ja sosiaalisten ongelmien kanssa, mikä puolestaan johtaa kasvavaan palvelutarpeeseen ja lisää hoidon kustannuksia. Kaikkein haavoittuvaisimpia ovat ihmiset matalammassa sosioekonomisissa ryhmissä, joissa alkoholi myös tappaa todennäköisimmin. Selvitysten [4] mukaan myös yli 65-vuotiaiden ja erityisesti yli 65-vuotiaiden naisten alkoholin käyttö on lisääntynyt 1980-luvulta lähtien. Juominen tapahtuu pääosin kotiloissa, mikä heijastuu muun muassa kotipalvelutyöhön. Ikääntyneillä runsas alkoholin käyttö huonontaa useiden kroonisten sairauksien hoitotasapainoa sekä heikentää toimintakykyä ja näin myös lisää sosiaali- ja terveystaloudettajien tarvetta.

Saavutettavat päihdepalvelut pienentävät terveysriskien lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksia [5]. Mitä varhaisemmassa vaiheessa päihdeongelmiin puututaan, sitä nopeammin inhimillinen kärsimys vähenee ja joudutaan käyttämään vähemmän raskaita ja kalliita erikoissairaanhoidon palveluita. Päihdehoidon ulkopuolelle jääminen sen sijaan kasvattaa hoidon kokonaiskustannuksia: päihdepalvelujen piirissä olevien alkoholiongelmaisten keskimääräiset sote-kustannukset ovat viime vuosina olleet jopa 53 prosenttia matalammat verrattuna päihdepalvelujen ulkopuolelle jääneisiin. 1990-luvun laman jälkeisillä sosiaali- ja terveyspalveluiden leikkaamisella on ollut negatiivinen vaikutus päihde- ja mielenterveysongelmien hoitoon. Huumeiden käyttö on lisääntynyt Suomessa viime vuosina. Vuonna 2018 huumeiden aiheuttamiin välittömiin syihin kuoli 261 ihmistä ja huumausainekuolemien määrä on kasvanut kolmena peräkkäisenä vuonna [6].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) vuoden 2019 väestökyselytutkimuksen mukaan suomalaisista kolmella prosentilla eli noin 112 000 ihmisellä oli rahapeliongelma. Peliongelman kaikkein vakavin muoto eli todennäköinen rahapeli riippuvuus oli 1,4 prosentilla eli noin 52 000 suomalaisella. [7]

2. NÄIN PARANNAMME PÄIHDETYÖTÄ

Päihdeongelmien laajuus ja samalla hoidon pirstaleisuus vaatii hyvinvointialueilta panostuksia ja priorisointia, jotta tarvittava tuki ja hoito voidaan taata kaikille tarvitseville.

Sote-uudistus muuttaa palveluiden järjestämisvastuuta, joka siirtyy kunnilta hyvinvointialueille. Ennaltaehkäisy jää kuitenkin edelleen kuntien tehtäväksi. Kun tähdätään päihdehaittojen vähentämiseen, on keskeistä panostaa ennaltaehkäisyyn. Vuonna 2015 voimaan tullut laki ennaltaehkäisevän päihdetyön järjestämisestä velvoittaa kuntia huolehtimaan ehkäisevän päihdetyön tarpeen mukaisesta organisoinnista alueellaan ja nimeämään ehkäisevän päihdetyön tehtävistä vastaavan toimielimen. Ehkäisevän päihdetyön tavoitteena on ehkäistä ja vähentää alkoholin, tupakka- ja nikotiinituotteiden ja huumeiden käyttöä sekä suitsia ongelmallista rahapelaamista.

Paremmat palvelut, hyvinvoivat ihmiset

Palvelutarjonta ja palveluihin pääsy on vaihdellut kunnittain, mikä asettaa palveluja tarvitsevat keskenään eri asemaan. Tämän tulee muuttua tulevien hyvinvointialueiden muodostumisen myötä. Hyvinvointialueen asukkailla tulee olla yhtäläinen pääsy palveluiden piiriin, riippumatta missä asuvat.

Hyvinvointialueen vastuulla on järjestää päihdepalvelut vastaamaan hyvinvointialueen asukkaiden tarpeita. Päihdehuoltolain mukaan päihdehuollon palveluja tulee antaa avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella henkilöille, joilla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia.

Apua ja tukea tulee antaa myös heidän perheelleen ja muille läheisille. Niin päihdepalveluita käyttävät, heidän läheisensä kuin alan ammattilaiset kuvaavat päihde- ja mielenterveyspalveluita hajanaisiksi ja hoitoonpääsyä vaikeaksi. On varmistettava, että tiedot palveluista on tosiasiallisesti saatavilla. Organisaatiokeskeinen ajattelu ja asiakkaan mahdolliset somaattiset-, mielenterveys- ja sosiaaliset ongelmat estävät usein päihdehoitoon pääsyyn. Päihdeongelmiin puututaan tehokkaimmin varmistamalla hoitoonpääsy, vahvistamalla sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita niin perustasoilla kuin erikoissairaanhoidossa ja vähentämällä päihde- ja rahapeliongelmiin liittyvää stigmaa.

Päihde- ja rahapeliongelmat on tunnistettava mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja pääsy päihdepalveluihin on varmistettava jokaiselle. Hoitoonohjaus, hoidon tavoitettavuus, oikea-aikainen hoito ja saumattomat hoitoketjut pelastavat henkiä ja takaavat päihdeongelmaisten läheisille helpotusta vaikeaan elämäntilanteeseen. Saumattomat hoitoketjut tulee yltää myös muun muassa vapautuvien vankien sosiaali- ja terveyspalveluihin.

Vasemmistoliitto haluaa palveluihin lisää kokemusasiantuntijoita päihdetyön ammattilaisten rinnalle. On kuitenkin tarkkaan hahmotettava erilaiset roolit: kokemusasiantuntijuus ei korvaa ammattilaisten tarvetta, eikä päinvastoin. Kokemusasiantuntijoiden jaksamiseen ja toimeentuloon on kiinnitettävä erityistä huomiota.

Pelkkä palveluiden olemassaolo ei riitä, vaan niiden on oltava myös tosiasiallisesti saavutettavia ja esteettömiä. Se tarkoittaa, että palveluiden on oltava helposti löydettävissä ja niihin pääsemisen tulee olla mahdollisimman yksinkertaista: avun saamisesta ei tule joutua taistelemaan. Saavutettavuuden näkökulmasta on olennaista, että kaikissa sosiaali- ja terveyspalveluissa otetaan päihteet puheeksi ja ohjataan hoitoon, mikäli ihminen sitä haluaa. Hyvinvointialueilla on varmistettava, että laadukkaat päihdepalvelut on alueellisesti kattavia ja tarpeen mukaan lisättävä liikkuvia palveluita sekä hyödynnettävä etävastaanottoja.

On tärkeää, että vanhuspalveluissa työskentelevät saavat riittävästi koulutusta ja taitoa tunnistaa ikäihmisten ongelmakäyttöä. Siten on mahdollista vähentää päihdehaittoja kotihoidon asiakkailla, ohjata avun tarpeessa olevia soveltuvien päihdepalvelujen piiriin ja viedä tarvittaessa päihdepalveluja asiakkaan kotiin. Myös niin sanottu katkaisuhuolto on valikoiduilla potilailla mahdollista toteuttaa kotioloissa. Pääsääntöisesti iäkkäiden asiakkaiden oikea hoitopaikka löytyy vanhuspalveluiden, ei päihdepalvelujen, piiristä. Esimerkiksi etenevää muistisairautta sairastava ei useinkaan hyödy enää päihdehuollon palveluista. Tällöin palvelun tarve muodostuu ensisijaisesti sairaudesta johtuvan toimintakyvyn heikkenemisestä. Päihdepalveluita suunnitellessa on huomattava, että myös kohtuullinen alkoholinkäyttö lisää riskiä sairastua esimerkiksi sydän- ja verenkiertoelimistön

sairauksiin, diabetekseen, syöpätauteihin, mielenterveyden häiriöihin ja muistisairauksiin. Näitä sairauksia kutsutaan yleisyytensä vuoksi myös kansantaudeiksi.

Myös läheisillä tulee olla oikeus päihdepalveluihin ja palveluiden saatavuuteen tulee panostaa myös heidän osaltaan. Lisäksi päihdepalveluiden järjestämisessä on otettava huomioon eri käyttäjäryhmien erilaiset palveluiden tarpeet. Erityisesti huonokuntoisempien ja heikommassa asemassa olevien ihmisten palveluiden saantiin tulee kiinnittää huomiota. Palvelutarpeen arvion tulee perustua moniammatilliseen arvioon somaattisen sairaanhoidon, mielenterveys- ja päihdehoidon ja sosiaalipalvelun tarpeesta.

Haittoja vähentävän päihdetyön tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteidenkäytöstä johtuvia sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja käyttäjälle itselleen, heidän läheisilleen ja loppukädessä koko yhteiskunnalle. Kaikissa kunnissa ei ole tarjolla anonyymiä haittoja vähentävää terveysneuvontaa, vaikka tätä tartuntatautilaissa edellytetään. Kaikilla hyvinvointialueilla on oltava tarjolla riittävästi haittoja vähentävää päihdetyötä, johon kuuluu muun muassa neulojen ja ruiskujen vaihtopisteet, AB-hepatiittirokotukset ja C-hepatiitin, hi-viruksen ja seksitautien testaukset. Vasemmistoliitto suhtautuu myönteisesti uusien päihdetyön muotojen (esim. ainetunnistus, valvotut käyttötilat) kehittämiseen sekä niiden mahdollisesti edellyttämiin lakimuutoksiin.

Palveluiden käyttäjät, omaiset ja läheiset on otettava mukaan palveluiden suunnitteluun. Yksittäisten asiakkaiden ja kokemusasiantuntijoiden lisäksi palveluiden kehittämisessä hyödynnetään myös järjestöjä ja muita laaja-alaisia asiantuntijatahoja. Päihdepalveluissa avohoitopainotteisuus ei saa tarkoittaa intensiivisen hoidon vähenemistä, eikä päihdepalveluiden käyttö tai päihdeongelman diagnoosi saa olla esteenä mielenterveyspalveluiden piiriin pääsemiselle. Päihdepalveluita ei saa aliresursoida, vaan resurssien on vastattava tarpeeseen. Hyvinvointialueilla on vältettävä 1990-luvulla tehdyt virheet ja katsottava pidemmälle tulevaisuuteen. Pitkässä juoksussa leikkaukset eivät säästä – päinvastoin. Hyvinvointialueella tulee panostaa palveluiden hankintaosaamiseen ja ostopalveluiden laadunvalvontaan.

Lapsen etu ensisijaiseksi

Lapsella on oikeus terveyteen, hoitoon ja turvaan. Vanhempien päihteiden ongelmakäytöllä on haitallisia ja kauaskantoisia seurauksia lapsille ja nuorille, ja lasta on kaikissa olosuhteissa suojeltava kaltoinkohtelulta. Laadukkaat perhepalvelut ja hyvin toimiva varhaiskasvatus tukevat perheitä vanhemmuudessa ja vähentävät lapsiin kohdistuvaa kaltoinkohtelua. Huostaanotot ja kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrä sekä kustannukset ovat olleet kasvussa 1990-luvulta alkaen. Tulevat hyvinvointialueet vastaavat lastensuojelun järjestämisestä ja kustannuksista. Kiireellisesti kodin ulkopuolelle sijoitetuista

lapsista suurin osa on 14–17-vuotiaita. Taustalla on usein perheessä esiintyviä päihde- ja mielenterveysongelmia.

Alaikäisten oikeus päihdepalveluihin ja päihdehoitoon on taattava. Päihdepalveluissa on huolehdittava, että myös nuoret saavat riittävästi laadukasta hoitoa. Palveluihin pääsyt tulee olla helppoa ja nopeaa, sillä varhainen tunnistaminen ja avun saanti parantaa hoitoennustetta. Alaikäisille tulee myös olla oikeus anonyymeihin päihdepalveluihin, mikä itsessään madaltaa kynnystä hakea apua.

Päihteiden käyttö raskauden aikana on riski sikiön kehitykselle ja varhaisella päihdehoidolla saadaan aikaan hyviä tuloksia. Päihdeongelmista kärsivät odottavat vanhemmat ja perheet ovat erityisen haavoittuvassa asemassa monien kasautuneiden ongelmien vuoksi. Raskausajan päihdehoitoon panostamalla voidaan ehkäistä raskauskomplikaatioita ja lastensuojelun tarvetta. Hyvinvointialueilla tulee olla selkeät hoitopolut raskaana oleville päihteitä käyttäville odottajille. Neuvoloissa tulee olla ammattitaitoa päihdeongelmia kokevien raskaana olevien tunnistamiseen, kohtaamiseen ja oikeiden palveluiden piiriin saattamiseen. Raskausajan päihdehoidon tulee perustua vapaaehtoisuuteen, ja raskaana olevan henkilön vieroitushoito ja kuntouttava päihdehoito on järjestettävä viipymättä, kun hän on siihen suostuvainen.

Myös rahapelihaittoja kokeville on tarjottava palveluja

Rahapelihaitat koskettavat suurta osaa suomalaisista ja ongelmia kokevat voivat myös tarvita ammatillista tukea. Rahapelaamisesta aiheutuvat haitat voidaan jakaa kolmeen eri luokkaan: riskipelaamiseen, ongelmapelaamiseen ja rahapeliriippuvuuteen. THL:n mukaan [7] riskipelaajia suomalaista on 10,7 prosenttia (noin 397 000 henkilöä), ja kolmella prosentilla suomalaisista (noin 112 000) on rahapeliongelma. Näistä rahapelejä ongelmallisesti pelaavista 52 000 ihmisellä on todennäköinen rahapeliriippuvuus. Miehillä rahapeliongelma on yleisempi kuin naisilla. Rahapeliongelma on yleisin 18–24-vuotiailla ja 25–34-vuotiailla. THL:n kyselyn vastaajista 21 prosenttia (noin 790 000) kertoi, että yhdellä tai useammalla läheisellä on ollut ongelmallista rahapelaamista.

Rahapeliongelmat aiheuttavat taloudellista, henkistä ja sosiaalista hätää paitsi ongelmallisesti pelaavalle myös hänen läheisilleen. Vaikea rahapeliriippuvuus näkyy erilaisten palveluiden, kuten sosiaalihuollon ja lastensuojelun tarpeena ja voi pahimmillaan johtaa rikoksiin ja itsemurhiin. Rahapelihaittoja voidaan torjua samoin keinoin kuin muitakin päihdehaittoja: pitämällä ehkäisevän päihdetyön resurssit kunnossa kuntatasolla. Yksi hyvä tapa ennaltaehkäistä rahapelihaittoja on varmistua siitä, että hyvinvointialueiden päihdeohjelmaan on sisällytetty myös rahapelihaittojen ehkäisy ja ohjeet siitä, mihin apua tarvitseva voidaan tarvittaessa ohjata hoitoon. Rahapeliongelmiin liittyvän avohoidon järjestämisestä vastataan yleensä osana päihde- tai mielenterveyspalveluita. Näin ollen

mainittujen palveluiden tulee sisältää osaamista myös rahapeliongelmiin hoitoon liittyen. Joskus ongelman hoitamiseksi tarvitaan myös laitospalveluita.

Rahapelihaittojen ehkäisemisen ja hoitamisen näkökulmasta on keskeistä, että hyvinvointialueen sotehenkilökunta on koulutettu ottamaan rahapelaaminen puheeksi. Tämä voidaan toteuttaa esimerkiksi mini-interventiomallin avulla, jossa rahapelaajalta kysytään hänen rahapelaamisensa sekä eri pelattujen rahapeliin määrää. Tietyn tason ylittyessä rahapelaaja voidaan ohjata tukimateriaalien tai palveluiden pariin.

LÄHTEET

1. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL. Alkoholikäytön haitat väestötasolla

<https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/alkoholi/alkoholihaitat/alkoholinkayton-haitatvaestotasolla>

2 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL. Huumemyrkytykset ovat toiseksi yleisin kuolinsyy alle 40-

vuotiailla miehillä Suomessa – huume-kuolemia voidaan ehkäistä.

<https://thl.fi/fi/-/huumemyrkytykset-ovat-toiseksi-yleisin-kuolinsyy-alle-40-vuotiailla-miehilla-suomessahuume-kuolemia-voidaan-ehkaista>

3. Heidi Poikonen. Peruspalveluiden saatavuus ja oikeusturva päihdehuollossa. Ehkäisevä päihdetyö

EHYT.

<https://ehyt.fi/tuote/peruspalveluiden-saavutettavuus-ja-oikeusturva-paihdehuollossa/>

4. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL. Näin Suomi juo.

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136800/THL_TEE029_2018.pdf?sequence=1&isAllowed](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136800/THL_TEE029_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

=y

5. Elina Rautiainen, Miika Linna, Olli-Pekka Ryyänen & Tiina Laatikainen. Do the Costs of AUD-Related Health and Social Care Services Vary Across Patient Profiles?

<https://www.uef.fi/fi/uutinen/paihdepalvelut-tuovat-saastoja-alkoholiongelmaisten-hoitoon>

6. Tilastokeskus. Kuolinsyöt 2018

https://www.stat.fi/til/ksyyt/2018/ksyyt_2018_2019-12-16_tie_001_fi.html

7. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL. Rahapelaaminen ja peliongelmat –Suomalaisten rahapelaaminen 2019.

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139636/Suomalaisten%20rahapelaaminen%20ja%20pelio>

[ngelmat%202019_tilastoraportti%2017.4.20.._.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138272/YP1903_Rovamo%26Toikko.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

8. Essi Rovamo & Timo Soikko. Yhteiskuntapolitiikka. Päihde- ja mielenterveystyöhön kohdistetut

negatiiviset asenteet ja assosiatiivinen stigma.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138272/YP1903_Rovamo%26Toikko.pdf?sequence=3&is

Allowed=y

Päihdehoitoa suoraan tai epäsuorasti ohjaavat lait

Suomen perustuslaki 731/1999

Kuntalaki 410/2015

Lastensuojelulaki 417/2007

Päihdehuoltolaki 41/1986

Mielenterveyslaki 1116/1990

Nuorisolaki 1285/2016

Vasemmistoliiton päihdepoliittinen taustapaperi kuntavaaliehdokkaiden tueksi

Päihdepalvelujen laatusuosituksen. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3 Sosiaali- ja terveysministeriö

ja Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020 - 2030

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. Ko. strategia ohjaa myös päihdepalvelujen kehittämistä.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä

33/2008

Tartuntatautilaki 1227/2016

Valtioneuvoston asetus tartuntataudeista 146/2017

Kuntoutusrahalaki 611/1991

Päihdehoitoa ohjaavat lisäksi:

Terveydenhuoltolaki 1326/2010

Työterveyshuoltolaki 1383/2001

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014

Kansanterveyslaki 66/1972

Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989

Lastensuojelulaki 417/2007

Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992

Laki oikeudenkäynnistä hallintoasioissa 808/2019