

PÄIHDEHUOLLON NÄKÖINEN SOSIAALITYÖ?

-Suomalaisen päihdehuollon sosiaalityötarinoita

Syksy 2005

Lisensiaatintutkimus

Erikoissosiaalityöntekijän koulutus

Kuntouttava sosiaalityö

Sosiaalityön laitos

Lapin yliopisto

Merja Laitila-Ukkola

Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Työn nimi: Päihdehuollon näköinen sosiaalityö? Suomalaisen päihdehuollon sosiaalityöntarinoita

Tekijä: Merja Laitila-Ukkola

Koulutusohjelma/oppiaine: Erikoissosiaalityöntekijän koulutus, kuntouttava sosiaalityö

Työn laji: Lisensiaatintutkimus

Sivumäärä: 128

Vuosi: 2005

Tiivistelmä:

Tutkimuksessa tarkastellaan suomalaisen päihdehuollon sosiaalityön sisällön ja luonteen muotoutumista 1950-luvulta 2000-luvun alkuvuosiin. Tavoitteena on lisätä ymmärrystä ja laajentaa käsitystä päihdepalveluissa tehtävästä sosiaalityöstä. Tutkimus tuottaa tietoa yhteistyön kehittämiseksi eri ammattiryhmien välillä päihdepalveluissa sosiaalityön näkökulmasta. Tutkimuksen sosiaalitieteellinen näkökulma asettuu päihdehuollon sosiaalishistorialliseen kontekstiin ja liittyy osaksi suomalaisen sosiaalityön historiaa.

Tutkimus on luonteeltaan kvalitatiivinen ja siinä sovelletaan narratiivista (tarinallista) lähestymistapaa. Tutkimuksen ensisijaisen aineiston muodostavat viiden sellaisen henkilön haastattelut, jotka ovat osallistuneet ja vaikuttaneet sekä perinteisten että uusien hoitopolitiittisten käytäntöjen muotoutumiseen päihdehuollossa. Kirjallisuus on toiminut haastateltavien puheen täydentäjänä, toissijaisena aineistona. Tarinallisuus näkyy tutkimusotteena, tutkimusaineistona sekä analyysitapana. Tutkimus tuottaa uuden kertomuksen aineiston kertomusten pohjalta.

Tutkimus osoitti, että päihdehuollon sosiaalityöntekijät raivasivat lääkäreiden taustavastustajista itselleen melko nopeasti varsin itsenäisen aseman. Alkuvaiheen sosiaalityön menetelmänä oli henkilökohtainen huolto eli casework, mutta työ rinnastettiin psykiatriseen työhön. Sosiaalityön keskeisiksi elementeiksi nousivat ihmisen kohtaaminen, kuunteleminen ja vuorovaikutuksellisuus. Muotoutuva päihdehuollon sosiaalityö näyttäytyy keskustelussa, kanssakäymisessä ja vuorovaikutuksessa syntyvän asiantuntijuuden sekä sosiaalityöntekijän työssä ja opiskelussa hankitun asiantuntijuuden kokonaisuutena.

Sosiaalityön ymmärtämistä ja määrittelyä osana päihdehuollon ja päihdetyön kokonaisuutta pidetään haastavana tehtävänä. Tutkimuksessa päihdehuollon sosiaalityö määrittyi sosiaalipolitiikan tavoitteiden mukaisena toimintana, jossa työn lähtökohtana on työntekijän ymmärrys päihdeongelman luonteesta. Onnistuneen auttamisen perustana on sellaisen vastavuoroisen työskentelysuhteen luominen, joka mahdollistaa asiakkaan työskentelyn ja jossa työntekijä haluaa auttaa asiakasta. Päihdeongelman kokonaisvaltainen tukeminen toteutetaan moniammatillisissa tiimissä, jossa sosiaalityön rooli näyttäytyy lähellä asiakkaan arjen maailmaa.

Päihdehuollossa on ryhdytty vaatimaan näyttöä ja sitä, onko sosiaalityö onnistunut päihdeongelmaisten hoidossa. Vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden osoittamiseksi tutkimuksessa perätään uudenlaista tiedontuotantoa. Tämä tapahtuu tieteellistä tietoa, tutkimusta sekä asiakkailta ja työntekijöiltä kerättyä kokemusta ja tietoa yhdistelemällä. Sosiaalisella raportoinnilla jäsenetään omaa ajattelua ja työtä päihdehuollon sosiaalityöstä sekä käydään ammatillista keskustelua ja tuodaan päihdetyötä näkyväksi.

Tutkimuksen pohjalta näyttää siltä, että medikalisaatio on ajankohtainen ilmiö myös päihdehuollossa ja suurimmaksi huolen aiheeksi nousee lääketieteen ja sosiaalitieteiden välinen valtataistelu. Päihdehuollon sosiaalityön asema osana päihdehuollon kokonaisuutta on yhä kiistaton. Sosiaalityön haasteeksi päihdehuollon kokonaisuudessa jää se, että lääkkeellisten hoitojen rinnalle kyetään tarjoamaan laadukkaita psykososiaalisia hoitoja.

Avainsanat: sosiaalityö, päihdehuolto, päihdehuollon sosiaalityö, tarinallisuus

SISÄLLYS

| | |
|--|-----|
| 1 JOHDANTO | 4 |
| 2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT | 10 |
| 2.1 Yhteiskuntapoliittinen konteksti | 10 |
| 2.2 Alkoholihuollosta päihdehuoltoon..... | 18 |
| 2.3 Sosiaalityö päihdeongelman tulkkina | 23 |
| 3 MENETELMÄLLISET VALINNAT JA TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN | 38 |
| 3.1 Tutkimuksen rajaus ja tutkimustehtävä | 38 |
| 3.2 Narratiivisuus metodologisena ratkaisuna | 41 |
| 3.3 Tutkimusaineisto ja sen keruu | 45 |
| 3.4 Aineiston käsittely ja analyysi | 52 |
| 4 SUOMALAISEN PÄIHDEHUOLLON SOSIAALITYÖTARINOITA..... | 56 |
| 4.1 Muotoutuva päihdehuollon sosiaalityö..... | 56 |
| 4.2 Vaikuttamaan suuntautuva sosiaalityö | 69 |
| 4.3 Päihdehuollon lakikehityksen merkitykset päihdehuollon sosiaalityölle | 77 |
| 5 LÄÄKETIETEEN KATVEESTA SOSIAALISEN ASiantuntijaksi . | 83 |
| 5.1 Mikä tekee sosiaalityöstä päihdehuollon sosiaalityötä? | 83 |
| 5.2 Sosiaalityön asiantuntijuus moniammatillisessa tiimissä | 97 |
| 5.3 Medikalisaation pihdit | 102 |
| 6 POHDINTA | 110 |
| LÄHTEET | 117 |

1 JOHDANTO

Tämän tutkimuksen lähtökohdat ja tausta löytyvät omasta työhistoriastani: olen työskennellyt 1980-luvun alkupuolelta lähtien eripituisia jaksoja päihdehuollon kuntoutuslaitoksissa sosiaalityöntekijänä ja seurannut päihdetyöhön liittyvää keskustelua ja kirjoittelua sekä osallistunut alan koulutustilaisuuksiin ja kehittämistyöryhmiin. Vuosien aikana minulla on ollut sekä vapaus että pakko ottaa kantaa ja tehdä valintoja päihdetyöhön tuotuihin uusiin hoitomalleihin ja -menetelmiin sekä erilaisiin lähestymistapoihin. Jokainen uusi menetelmä on saanut ainakin hetkeksi innostumaan päihdetyöstä uudella tavalla. Siitä, mikä menetelmä tai lähestymistapa on paras, lienee turha kiistellä, sillä kansainvälisestikään katsottuna ei mitään selvää ja yksiselitteistä tietoa päihdeongelmasta toipumisesta ole yrityksistä huolimatta saatu (ks. esim. Vaillant 1995, 147). Sosiaalityöntekijänä minulla on kuitenkin ollut tarve nähdä ja seurata, tulevatko asiakkaat autetuiksi ja muuttuuko heidän elämäntilanteensa. Niin ikään myös kysymys siitä, aiheutuuko mahdollinen muutos sosiaalityön vai kenties muiden tekijöiden vaikutuksesta, on kiinnostava. Yhteiskunnallinen tilanne on toinen kuin 1980-luvulla ja asiakkaiden ongelmat ovat tänä päivänä entistä moninaisempia, vaikeampia ja kompleksisempia. Päihdeongelmista kärsivien hoidosta on tullut vaativampaa ja usein epäkiitollisempaa. Miettiessäni ammatillisen lisensiaatintyöni aihetta, tuntui luonnolliselta paneutua päihdehuollon sosiaalityöhön varsinkin, kun koen tarvetta selkiyttää ja tehdä näkyväksi sitä, mitä päihdehuollon sosiaalityö on.

Kuten Lasse Murto (2002, 167) toteaa, suomalaisessa päihdehuollossa käytetyt hoitomallit ja -menetelmät ovat valtaosin rakennettu alkoholiongelmaisten ja sekakäyttäjien tarpeisiin ja lähes näihin päiviin asti onkin uskottu samojen menetelmien soveltuvan erilaisten päihdeongelmien ja riippuvuuksien hoitoon. Toisaalta tiedämme, että esimerkiksi huumeriippuvuudesta kuntoutuminen on monivaiheinen ja pitkä prosessi, jossa jo yksinomaan hoitoon kiinnittyminen voi viedä vuosia. Uusien, lähinnä huumeriippuvuuden hoitoon käytettävien hoitomallien kehittelyn tarpeen laukaisi 1990-luvulla piikkihuumeiden käyttäjien kasvussa oleva määrä, mutta varsinkin piikkihuumeiden käyttäjien keskuudessa vuosikymmenen loppupuolella levinneet HIV- ja C-

hepatiittiepidemiat. Nämä uudet lääkehoitopainotteiset huumehoitomallit haastavatkin perinteiset ei-lääkehoitopainotteiset hoitomallit. Erityisesti uusien hoitomallien kehittäjät ovat saaneet myös käytännössä kokea vanhan hoitolinjan vastarinnan, kuten Pentti Karvosen tapaus on osoittanut (ks. lisää Karvosen tapauksesta esim. Karvonen 2001, 489–495).

Erityisesti huumeongelman laajetessa ja uusien huumehoitomallien kehittelyn yhteydessä on entistä enemmän alettu keskustella näyttöön perustuvasta eli evidence based hoitotoiminnasta myös suomalaisessa päihdetyössä ja keskustelu on ajoittain lainehtinut melko värikkäänä niin puolesta kuin vastaan. (Ks. esim. Salaspuro 2002; Kemppinen 2003; Knuutila ym. 2003.) Keskustelua on julkisuudessa leimannut lääkkeellisen ja psykososiaalisen hoidon asettaminen toisilleen vastakkaisiksi. Samaan aikaan tässä keskustelussa meitä päihdeongelmaisten parissa työskenteleviä sosiaalityön ammattilaisia on kritisoitu ja osoiteltu siitä, että vastustamme päihdetyöhön tuotuja uusia lääkkeellisiä hoitoja medikalisaation pelossa. Äkkiä ajatellen sosiaalityöntekijöitä kohtaan esitetty kritiikki tuntuu kohtuuttomalta, mutta jättää pohdittavaksi sen, miten medikalisaatio koskettaa sosiaalityöntekijöitä ja miten siihen tulisi suhtautua.

Päihdetyössä vellovien erilaisten menetelmäkiistojen ja työkokemukseni pohjalta olenkin jäänyt miettimään sosiaalityön ja sosiaalityöntekijän roolia päihdetyössä. Huomaan jopa olevani tekemisissä ajoittaisen epävarmuuden kanssa, kun samassa työpaikassa ja samoja asiakkaitakin hoitavat muut ammattilaiset eivät aina ymmärrä, mitä minä sosiaalityöntekijänä teen. Oma mielenkiintoni kuvata ja analysoida päihdehuollon sosiaalityötä ja sen muotoutumista on herännyt tilanteessa, jolloin suomalainen päihdehuoltojärjestelmä on elänyt murrosvaiheessa. Lähtökohtaoletukseni mukaan sosiaalityön paikka suomalaisessa päihdetyössä ja päihdepalveluissa on muuttunut ja muuttumassa. Päihderiippuvaiset ovat suomalaisessa yhteiskunnassa marginaalissa ja kuten vuoden 2005 Sosiaalibarometrin tutkimustulokset osoittavat, päihderiippuvaisen auttaminen koetaan ongelmalliseksi niin sosiaalitoimessa kuin terveyskeskuksissa (Eronen ym. 2005, 125). Vaikka päihteen käytön lisääntymisestä on varoiteltu parin viime vuoden ajan, Suomen kunnat eivät ole varautuneet vuoden 2003 Päihdebaromet-

rinkaan mukaan kasvaviin päihdeongelmiin (Wredlund ym. 2003). Resurssien riittämättömyys, henkilöstön saatavuus sekä lääkäri- että sosiaalityöntekijäpula ovat lähi-vuosina koko julkisen sektorin kuin myös päihdehuollon kohtalonkysymyksiä.

Päihdepalvelujen saatavuus riippuu kunnittain harjoitettavasta politiikasta, toimintojen ja investointien erilaisista painotuksista ja rahoitusratkaisuista sekä kuntien palvelujen järjestämistavasta että tarjonnasta. Oikeutetusti voi kysyä, toteutuvatko asiakkaiden perusoikeudet näissä vaihtelevissa tilanteissa maan eri osissa. (Vrt. Kaukonen & Mäki 1996, 118.) Myönteisiä ja merkittäviä avauksia sosiaalipalvelujen saatavuuden ja laadun turvaamiseksi sekä henkilöstön osaamisen ja työolojen kehittämiseksi on esitetty erilaisilla kansallisilla ohjelmilla ja periaatepäätöksillä. Päihdehuollon palvelujen osalta ohjelmat lupaavat muun muassa lisää katkaisu- ja vieroitushoitopalveluja sekä matalan kynnyksen hoitopaikkoja. Lisäksi päihdepalvelujen kehittämisen tavoitteeksi asetetaan päihdepalvelujen saattaminen vähintään päihdepalveluiden laatusuosositusten mukaisiksi koko maassa vuoden 2007 loppuun mennessä. Myös ammattikorkeakoulussa koulutettavien sosionomien (AMK) ja sosiaalityöntekijöiden työnjakoa on ryhdytty selvittämään. (Ks. Päihdepalvelujen laatusuositukset 2000; Heikkilä ym. 2003; Kiireelliset toimenpiteet sosiaalityön vahvistamiseksi 2003; Sosiaalialan kehittämishanke 2003; Alkoholiohjelma 2004-2007.) Vaikka viime vuosien aikana on tehty paljon erilaisia papereita, selvityksiä ja strategioita ehdotuksineen sosiaalialan kehittämiseksi, on silti kysyttävä, mahtaako jatkossa löytyä yhteistä poliittista tahtoa ja taloudellisia resursseja, jotta tarvittavat muutokset voidaan toteuttaa myös käytännön tasolla.

Kun 1990-luvulla päihdehuollon erityispalveluissa ja erityisesti laitospääntöyksessä pyrittiin säästämään, palvelukysyntä suuntautui voimakkaana terveydenhuoltoon ja erityisesti erikoissairaanhoidon. Arvioidessaan päihdepalvelujen rakennetta, rakennemuutosta, muutoksen dynamiikkaa ja onnistuneisuutta 1990-luvun alkupuolella Olavi Kaukonen ja Jukka Mäki (1996, 117) päätyivät siihen, että koko päihdetyön painopiste muuttuikin ehkäisystä ongelmien ja sairauksien hoitoon sekä varsinaiseen huoltoon. Esimerkiksi mielisairaaloissa päihdepotilaiden määrä jatkoi kasvuaan kautta maan jopa siinä määrin, että alettiin puhua päihdeosastojen paluusta mielisairaaloihin.

Erityisesti huumeiden käytön lisääntyessä on ollut nähtävissä palvelujen uudelleen psykiatrisoitumista, joten tilanne tältä osin muistuttaa huumeiden käyttäjien hoitoa Suomessa ensimmäisen huumeaallon aikoihin 1960-luvun lopulla ja 1970-luvun alkupuolella (Kaukonen 2002, 160). Tutkiessaan huumausaineisiin liittyvien ja samanaikaisesti muiden mielenterveyshäiriöiden takia toteutuneita sairaalahoitoja 1987–2002 Sami Pirkola ja Kristian Wahlbeck (2004, 1677) toteavatkin palvelujärjestelmän olevan tällä hetkellä uusien haasteiden edessä. Tutkijoiden mukaan juuri nyt tulisi tukea päihdepsykiatrista osaamista koulutuksellisin keinoin sekä perustamalla erityisosaamista hallitsevia päihdepsykiatrian keskuksia.

On ollut nähtävissä, että suomalaisten alkoholinkulutus on lähtenyt nousuun, kun vuoden 2004 maaliskuussa alkoholiveroa alennettiin ja alkoholin hinnat halpenivat. Saman vuoden vappuna Virossa tuli Euroopan unionin jäsen. Niinpä Suomessa on varauduttava mitä ilmeisimmin terveystilanteen heikkenemiseen, sillä harvoinhan kulutus kasvaa ilman haittojen vastaavaa kasvua. Tilanteen vakavuutta ja ajankohtaisuutta kuvaa Leena Warsellin (2003, 15) oivallinen toteamus, että olisi itsensä pettämistä kuvitella alkoholiongelmien ratkeavan verkostoimalla jo valmiiksi ylikuormitettuja kuntien (nais)työntekijöitä. Tärkeä päihdehoitojärjestelmän kehittämiseen liittyvä kysymys mielestäni koskeekin tulevaisuudessa sitä, kuka hoitaa ja miten ne asiakkaat, potilaat ja tapaukset, joita ei vielä ole medikalisoitu. (Vrt. Purola 1986, 15.)

Voimavarojen ja resurssien huetessa on keskustelu sosiaalialalla tarvittavan erityisosaamisen ja erityispalveluiden turvaamisesta noussut ajankohtaiseksi monella rintamalla. Sosiaalihuollon erityisosaamista pohtinut työryhmä määritteli sosiaalihuollon erityispalvelut ja –osaamisen lähinnä sellaisten erityisryhmien tarpeiden mukaisiksi palveluiksi, joiden tuottaminen edellyttää erityisosaamista ja –järjestelyjä, joita ei voida peruspalveluina tuottaa. Näitä palveluita olivat ainakin päihdehuolto ja huumausainekysymykset, mutta myös vammaispalvelut ja kehitysvammahuolto, lastensuojelu, lasten ja nuorten neuvonta ja erityisnuorisotyö, sosiaalihuollon turva-, kriisi- ja päivystyspalvelut sekä erityissosiaalityö, kriminaalihuolto ja ulkomaalaispalvelut. Työryhmän mukaan näiden palvelujen järjestäminen edellyttää riittävää väestöpohjaa sekä

toimintojen ja osaamisen alueellista keskittymistä. Lisäksi tämäntyyppisissä palveluissa voidaan tarvita sellaista erityistason osaamista ja tietämystä asiakkaan ongelmien ja palvelutarpeen laadun vuoksi, että tavanomainen sosiaalityön peruskoulutus ja kokemus eivät riitä. (Sosiaalihuollon erityisosaamisen turvaaminen 1997, 1-4.) Päihdehuollon sosiaalityöntekijänä olenkin huolissani siitä, että ohjatessani sosiaalityön opiskelijoita olen tehnyt havainnon, että opiskelijoiden saama päihdeongelmien hoitoa koskeva tieto on erityisen vähäistä ja ohutta, mikä on mielestäni epäsuhdassa päihdeongelmien esiintymistiheyden kanssa. Tässä muutoksessa mielestäni päihdeongelmien ja sosiaalityön väliseen suhteeseen tarvitaan uutta näkökulmaa.

Tutkimukseni tarkoituksena on kuvailla ja ymmärtää suomalaisen päihdehuollon sosiaalityön sisällön ja luonteen muotoutumista 1950-luvulta 2000-luvun alkuun. Päihdehuollon sosiaalityön historiallisesta kehityksestä ei olemassa aiempaa tutkimustietoa, sen sijaan päihdehuollon palvelujen historiallisesta kehityksestä on tehty jonkin verran tutkimusta (ks. esim. Takala 1986; Siltanen 1990; Ahonen 1997; Ahonen 1999). Suvi Väärälä (1997) on pro gradu -työssään tarkastellut A-klinikan organisoitumista ja sosiaalityötä Suomessa 1950-luvulla. Hän on työssään pyrkinyt valottamaan sosiaalityön menetelmiä, kohdetta ja ideologiaa. Päihdehuollon sosiaalityön työkäytäntöjä jäsentämällä voidaan mielestäni vaikuttaa sosiaalityöntekijän työn hallitsemiseen ja kehittämiseen. Tarkoitukseni on tällä työlläni lisätä ymmärrystä ja laajentaa käsitystä päihdepalveluissa tehtävästä sosiaalityöstä.

Päihdepalveluilla tai päihde-ehtoisilla palveluilla Olavi Kaukonen (2000, 108-109; 2002, 141) tarkoittaa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä palveluita että erityisesti päihdeongelmallisille tarkoitettuja erityispalveluita, jotka kohdennetaan korjaamaan päihteiden aiheuttamia haittoja. Sosiaali- ja terveystyöpalveluja ovat muun muassa terveyskeskusten vuodeosastot, psykiatriset sairaalat ja sosiaalitoimistojen sosiaalityö. Tässä työssä tarkastelu liittyy kuitenkin lähinnä päihdehuollon erityispalveluihin ja niissä tehtävään sosiaalityöhön. Näihin erityispalveluihin kuuluvat A-klinikat ja vastaavat avohuoltoyksiköt, katkaisuhuolto- ja kuntoutuslaitokset, laitospitoiset asumispalvelut (tuettu asuminen, hoito- ja huoltokodit) sekä ensisuoijat ja päivätoimintakeskukset. So-

siaalityön ymmärrän ammatillisena toimintana, jolla pyritään yksilöiden ja yhteisöjen hyvinvointiin sekä sosiaalisten ongelmien ehkäisemiseen, vähentämiseen ja poistamiseen.

Tutkimukseni sosiaalitieteellinen näkökulma asettuu päihdehuollon sosiaalishistorialliseen kontekstiin ja liittyy osaksi suomalaisen sosiaalityön historiaa. Tutkimukseni ensisijaisen aineiston muodostavat informanttien haastattelut. Lisäksi käytän täydentävää tutkimusaineistoa, joka koostuu erilaisesta kirjallisesta materiaalista. Täydentävän aineiston avulla olen saanut monipuolisemman käsityksen tutkimastani ilmiöstä. Tutkimus on luonteeltaan laadullinen tutkimus, johon soveltan narratiivista (tarinallista) lähestymistapaa. Ajallisesti tutkimukseni lähtökohta on A-klinikkatoiminnan organisoinnissa Suomeen 1950-luvulla.

Tutkimukseni aluksi hahmotan suomalaisen sosiaalipolitiikan ja hyvinvointivaltion, sosiaalihuollon ja sosiaalityön kehityslinjoja sekä päihdehuollon ja sosiaalityön suhdetta. Lisäksi kuvaan päihdehuollon kehitystä päihdehuollon lainsäädännön kehityksen kautta. En ryhdy perusteellisesti käymään läpi näitä eri teemoja, vaan tuon esille joitakin tämän tutkimuksen kannalta oleellisia näkemyksiä ja linjauksia. Luvussa kolme kuvaan tutkimukseni rajaukset ja määrittelen tutkimustehtäväni sekä paneudun tutkimuksen menetelmällisiin ratkaisuihin. Tämän jälkeen luvut neljä ja viisi ovat empiirisiä lukuja, joissa kuvaan päihdehuollon sosiaalityötä pitkän työkokemuksen omaavien sosiaali- ja päihdetyön ammattilaisten kuvausten perusteella. Lopuksi luvussa kuusi kokoan tutkimukseni keskeiset johtopäätökset ja arvioin tutkimusta kokonaisuudessaan sekä sen keskeisiä johtopäätöksiä.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Yhteiskuntapoliittinen konteksti

Ivor F. Goodsonin (1997, 113) mukaan narratiivisessa tutkimuksessa on tärkeää ymmärtää ne sosiaaliset kontekstit ja historialliset olosuhteet, joissa tarinat ovat syntyneet. Tutkimuksessani tarkastellaan päihdehuollon sosiaalityötä noin puolen vuosisadan aikajaksolla, joten tutkimukseni aiheen ja kokonaisuuden ymmärtämisen kannalta on hyvä aluksi luoda lyhyt katsaus suomalaisen sosiaalipolitiikan ja hyvinvointivaltion kehityslinjoihin sosiaalihuollon ja sosiaalityön näkökulmasta.

Suomalaisen sosiaalipolitiikan kehitystä ja hyvinvointivaltion muotoutumista on kuvattu ja sivuttu muun muassa seuraavissa tutkimuksissa ”Ryysyrannasta hyvinvointivaltioon” (Siipi 1967), ”Työväenkysymyksestä sosiaalipolitiikkaan” (Eräsaari & Rahkonen 1975), ”Pienviljelijäprojektista sosiaalivaltioon” (Heinonen 1990), ”Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva” (Jaakkola ym. 1994) ja ”Suomalaista sosiaalipolitiikkaa” (Anttonen & Sipilä 2000). Taulukossa 1 olen kuvannut aiempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen perustuen päihdehuollon sosiaalityön sisällön ja luonteen muotoutumisen tarkastelun kannalta tärkeimpiä sosiaalipoliittisia uudistuksia. Taulukko ei anna täydellistä kuvaa sosiaalipoliittisen lainsäädännön kehityksestä, vaan mukaan on otettu tämän työn paikantamisen kannalta keskeisiä muutoksia ja uudistuksia. Tarkoitus on kuvata millaisten muutosvaiheiden kautta tämän päivän päihdeongelmaisten hoitoon ja siihen liittyviin järjestelyihin on päädytty. Olavi Kaukosen (2002, 138) mukaan päihdeongelmien hoito, huolto ja kuntoutus ovat maassamme noudatelleet muun palveluvaltion kehitystä, vaikkakin erityisesti päihdeongelmaisille tarkoitettut sosiaali- ja terveyspalvelut ovat kehittyneet myös omalakisesti.

Taulukko 1. Pelkistetty esitys suomalaisen sosiaalilainsäädännön kehityksestä ja sosiaalihuollon interventioista.

| Sosiaalipoliittisten kysymysten ja hallinnon luonne eri aikakausina | Yleinen tausta | Säädös | Sosiaalihuollon toimenpiteet |
|---|---|---|---|
| Kansalaisyhteiskunnasta valtiolliseen sääntelyyn (1800-luvun lopulta 1930-luvulle): Vitsauksista yhteiskunnallisiin kysymyksiin | 1914-18 I maailmansota 1917 Suomen itsenäistyminen 1918 kansalaissota 1916-25 sairaalan sosiaalityötä aloitellaan 1920-27 taloudellisen kasvun ja levottomien työmarkkinoiden aika 1925 Kansalaiskorkeakoulu (Yhteiskunnallinen korkeakoulu) | 1917 kieltolaki 1922 köyhäinhoitolaki 1927 terveydenhoitolaki 1931 laki juopuneena tavatun henkilön huollostata 1932 kieltolaki kumotaan | Julkinen järjestyksenpito: kontrolli, avun antoon liittyvä tarkka valvonta ja ojentaminen. |
| Eriytyvän sosiaalipoliitiikan aika (1930-luvulta vuoteen 1974): Sosiaalisista kysymyksistä tunnistettuihin sosiaalisiin ongelmiin | 1939-1945 sotatalouden aika 1942 sosiaalihooltajakoulutus aloitetaan 1944 perheneuvontatyö aloitetaan 1947 alkoholistien sijoittaminen työlaitoksiin aloitetaan 1952-53 työttömyyskausi 1953 A-klinikkatyö aloitetaan 1956 yleislakko 1956-58 työttömyyskausi 1958-60 sosiaalihuollon koulutuskomitea 1966-70 työttömyyskausi 1967 pakkoauttajakeskustelu ja sosiaalihuollon kritiikki 1967-73 sosiaalihuollon periaatekomitea 1970-72 sosiaalityön koulutuskomitea | 1936 lastensuojelulaki 1936 irtolaislaki 1936 alkoholilaki 1950 laki sosiaalihuollon hallinnosta 1956 uusi huoltoapulaki 1957 kansaneläkelain kokonaisuudistus 1961 laki päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huollosta (PAVL) 1968 alkoholilaki 1968 laki keskioluesta 1968 laki sosiaalihallituksesta | Avun antoon liittyvä tarkka sosiaalinen valvonta, tiukka tarveharkinta, leimaaminen ja nöyryyttäminen. |
| Kokonaisvaltaisen sektorisuunnittelun aika (1975-1984): Yhteiskunnallisista ongelmista sosiaalitekologiaan | 1973-80 työttömyyskausi sosiaalityön yliopistollista koulutusta laajennetaan sosiaalialan keskiasteen koulu-uudistus sosiaalityön pätevyyskoulutus 1979-80 työlaitosjärjestelmä puretaan 1984 sosiaalityöntekijöiden pätevyysvaatimukset astuvat voimaan | 1983 asetus sosiaalihuollon ammattien kelpoisuudesta 1984 sosiaalitoimen valtioapujärjestelmän uudistus eli VALTAVA-uudistus (SVOL) 1984 sosiaalihoitolaki 1984 lastensuojelulaki | Palveluhenkisyys, pyrkimys normaalisuuteen, valinnanvapaus, luottamuksellisuus, ennaltaehkäisy ja omatoimisuuden edistäminen. |
| Yhtenäisen sosiaalipalvelupoliitiikan aika | 1986-87 rahamarkkinoiden vapauttaminen | 1986 irtolaislaki kumotaan | |

| | | | |
|---|---|---|--|
| (1985-1992): Sosiaalisten ongelmien käsittelyn hajauttaminen | 1988-90 ”kasinotalouden” ja ”kulutusjuhlan” aikaa 1990 ajautuminen talouselämään 1990 työttömyys alkaa kohota 1991 sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistäminen 1992 säästötoimet aloitetaan sosiaalipolitiikassa | 1987 päihdehuoltolain uudistus 1991 sosiaali- ja terveysministeriön organisatiouudistus 1992 kuntoutusjärjestelmän uudistus 1992 sosiaali- ja terveyshallituksen muuttaminen sosiaali- ja terveystalouden kehittämissivoksi (STAKES) | |
| Desentralisoidun sopeutumisen aika (1993-): Sosiaalisten riskien talous- ja tulosohjattu hallinnointi | 1995 Suomesta EU:n jäsen 2001 sosiaalialan osakesivestusjärjestelmä 2002 sosiaalityön neuvottelukunta 2004 työttömyys edelleen korkealla | 1993 huumausainelaki 1994 alkoholilaki 2001 laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista | Empowerment, ihmisten ja yhteisöjen omien voimavarojen vahvistaminen, uuden palvelukulttuurin luominen. Yksilön oma vastuullisuus, vastikkeellisuus, kiristyvä perusturva. |

Lähteet sarakkeittain: Sarakkeet sosiaalipoliittisten kysymysten ja hallinnoinnin luonne eri aikakausina: Kaukonen 2002, 145. Yleinen tausta ja säädös: Jaakkola & Pulma & Satka & Urponen 1994, 357-365. Sosiaalihuollon toimenpiteet: Karisto & Takala & Haapola 2003.

Itsenäisyyden alkuvaiheessa Suomessa harjoitettua huoltopainotteista sosiaalipolitiikkaa leimasi vielä köyhäinhoidollinen perinne, jossa valtion rooli oli lähinnä vain ohjaava ja valvova. Valtio sysäsi sosiaalipoliittiset tehtävät kunnille, järjestöille ja yksityisille samalla, kun se itse pyrki minimoimaan sosiaalimenojaan. Valtio perusteli omaa vähäistä rooliaan sillä, että kunnat tunsivat omat köyhänsä paremmin ja siten pystyivät valvomaan mahdollisia väärinkäytöksiä. Sosiaalihuollon toimenpiteissä painottuivat ennen kaikkea kontrolli, avun antoon liittyvä tarkka valvonta sekä ajoittain ”kovallakin kädellä” tapahtunut ojentaminen. Avunsaajat alistettiin viranomaisten valvontaan jopa siinä määrin, että heidän muuttovapauttaan ja oleskeluaan saatettiin rajoittaa. Pysyvästi avustetuilta evättiin myös äänioikeus ja he joutuivat köyhäinhoitolautakunnan holhoukseen. 1930-luvun alun lamavuosina työttömyydestä alkoi tulla yleisin avun saannin syy, kun se sitä aiemmin oli ollut työkyvyttömyys. (Urponen 1994, 174, 179; Karisto ym. 2003, 267-268.)

Pekka Haatasen (1992, 43) mukaan suomalaisen hyvinvointivaltion kehitystä viivytti muun muassa vuosina 1919–1932 voimassa ollut kieltolaki. Kieltolain ja kansanraittiu-
den idea korvasi hyvinvointivaltion ajatuksen, koska sosiaalipoliittisten ongelmien oletettiin katoavan, mikäli suomalaiset raitistuisivat ja muuttuisivat ahkeriksi ja säästä-
väisiksi. Toisaalta kieltolaki myös työllisti ja sitoi valtion ja sosiaaliministeriön vähäi-
siä resursseja sen sijaan, että olisi tuonut rahaa valtion kassaan alkoholiveroina tai
voittovaroina. Kokonaisuutena päihdeongelma oli Olavi Kaukosen (2002, 147) mu-
kaan ennen kaikkea kurinpidolla vaikeasti hallittava vitsaus, ja siitä tuli osa yhteiskun-
nan alkoholikysymystä vasta kieltolain purkamisen jälkeen.

Kieltolain kumoamisen jälkeen 1930-luvulla ja varsinkin vuosikymmenen loppupuol-
lella tapahtui suomalaisessa sosiaalipolitiikassa käänne, jonka myötä valtion osuus
kansalaistensa hyvinvoinnin turvaajana alkoi lisääntyä. Vuonna 1937 eduskunta otti
periaatteellisesti ratkaisevan edistysaskeleen köyhäinhoitoon painottuvasta sosiaalitur-
vasta hyväksymällä kansaneläkelain, vaikka uudistuksen vaikutukset alkoivatkin tun-
tua vasta toisen maailmansodan jälkeen. Samana vuonna astuivat voimaan myös edel-
lisenä vuonna säädetyt sosiaalihuollon yleislait. Omat erilliset lait kunnallisista huolto-
lautakunnista, lastensuojelusta, irtolaishuollosta sekä alkoholihuollosta määrittivät
sosiaaliviranomaisille ja huoltolautakunnille samankaltaisia oikeuksia sosiaalisissa
ongelmatilanteissa kuin tuomioistuimella ja poliisilla oli rikosasioissa. (Urponen 1994,
195–197.) Kyseiset lait yhdessä vuoden 1922 köyhäinhoitolain kanssa muodostivat
Suomen itsenäisyyden ajan sosiaalihuoltoa ja sen työntekijäjärjestöjen vaiheita valot-
taneen Veikko Piiraisen (1974, 150) mukaan maamme sosiaalihuollon peruslait. Sa-
malla köyhäinhoito muuttui sosiaalihuolloksi.

Kun Suomi sai sodan jälkeen maksettavakseen raskaat sotakorvaukset ja sosiaali- ja
terveydenhuoltoa työllistivät sotainvalidit, -lesket ja -orvot, ei tilanne ollut kovin otol-
linen sosiaalipoliittisten uudistusten kannalta. Suomi oli ollut sangen maatalousvaltai-
nen ja vähän teollistunut aina 1950-luvulle saakka. Yhteiskunnan teollistuessa ja kau-
pungistuessa oltiin tilanteessa, jossa lainsäädäntö ei vastannut enää vallitsevaa tilan-
ta ja huoltolainsäädännön ajanmukaistaminen nähtiinkin tarpeelliseksi. Myös asiakas-

kunnan muuttuminen ajoi uudistusten tielle, sillä asiakkaat eivät enää olleet perinteisesti köyhäinhoidettavia. (Urponen 1994, 229.) Lainsäädäntöä lähdettiin aluksi uusimaan sosiaalihuollon hallinnon kautta antamalla laki sosiaalihuollon hallinnosta vuonna 1950.

Lainsäädännön uudistuksen myönteisiä seurauksia oli, että sosiaalitoimen tehtävien hoitaminen siirtyi enenevässä määrin ammattihenkilöstön tehtäväksi. Entiset huolto-
lautakunnat muutettiin sosiaalilautakunniksi, jotka jaettiin edelleen kahteen osastoon, yleiseen osastoon ja huolto-osastoon. Huolto-osastot hoitivat muun muassa alkoholisti- ja irtolaishuollon. Mielenkiintoisin keskustelu lainsäädännön yhteydessä kuitenkin käytiin järjestöjen asemasta sosiaalihuollossa ja pisimmän korren keskustelussa vetivät julkisten toimenpiteiden kannattajat. Painopisteen siirtyessä julkisen työn suuntaan, järjestöt kokivat uuden tulemisen vasta 1970-luvulla. (Mt., 229-230.) Sosiaalihuollon periaatteena Antti Kariston ym. (2003, 300) mukaan jatkui läpi vuosikymmenien tiukka tarveharkinta ja avun antoon liittyvä tarkka sosiaalinen valvonta. Vasta 1960-luvun lopulla nousut ”pakkoauttamiseen” ja muuhun huoltoapukäytäntöön kohdistunut kritiikki alkoi muuttaa tilannetta.

Ammatillinen työ, jota yhä enenevässä määrin alettiin kutsua sosiaalityöksi, alkoi Suomessa 1950-luvun puolivälissä. Vuosikymmenen lopussa maassamme toimikin jo 20 perheneuvola, joitakin avioliittoneuvoloita, A-klinikoita, ammatillinen kuntoutus-klinikka sekä eräitä yhdistyksiä. Klinikkoille oli yleistä, että niissä työskenneltiin ammattilaisten muodostamissa ryhmissä. Mutta uutta ja erityistä näille klinikkoille oli myös se, että suurin osa niiden asiakasperheistä kärsi sellaisista aiemmin lähes tunnistamattomista sosiaalisista ongelmista kuten avio-ongelmista, lasten kasvatukseen ja nuorten käyttäytymiseen liittyvistä ongelmista, joita aiemmin oli pidetty lähinnä kohtalona, ei hoidettavina ongelmina. Jo heti 1950-luvun puolivälissä nämä eri klinikat kehittivät aktiivisesti omaa ammatillista sosiaalityötään joko yksilökohtaisen sosiaalityön menetelmän eli caseworkin pohjalta tai läheisesti sitä painottaen. (Satka 1995, 136.)

Kun valtiollisia sosiaalisia kysymyksiä oli alettu käsitellä eriytettyinä sosiaalisina ongelmina, myös päihdepalvelujen arvopohja jakautui kahtia. Tämä tarkoitti ennen kaikkea sitä, että kun erityisesti köyhille tarjottiin pakkoihin pohjautuvia laitoshoidoja ja virallista valvontaa, niin toisaalta paremmin toimeen tuleville tarjottiin vapaaehtoisuuteen perustuvaa terapiaa tukemalla A-klinikkasäätiön ylläpitämiä moderneja avopalveluja joissakin suurimmissa kunnissa 1950-luvun puolivälistä alkaen. (Kaukonen 2002, 148-149.)

Toisen maailmansodan jälkeen alkoi niin Suomessa kuin muissakin teollisuusmaissa nopea taloudellisen kasvun kausi, joka kesti 1970-luvun energiakriiseihin asti. Samaan aikaan suomalainen sosiaalipolitiikka kehittyi ja hyvinvointivaltio vahvistui. Todellisuudessa Suomi pääsi kuitenkin sangen myöhään niiden maiden joukkoon, jossa sosiaaliturva perustuu oikeuteen eikä armoon ja valtion sosiaalimenojen osuus kasvaa kohtuulliseksi (Haatanen 1992, 31). Pekka Kosonen (1987, 199) arvioi Suomen täyttäneen pohjoismaisen hyvinvointivaltion tunnusmerkit jo 1960-luvun puolivälissä, vaikka varsinaisesti Suomessa keskustelu hyvinvointivaltiosta yleistyi vasta 1970-luvulla (esim. Anttonen & Sipilä 2000, 268). Hyvinvointivaltion muodostuessa 1950-1970-luvulla toteutui myös aina vuosisadan alusta esillä ollut tavoite, pakollinen sosiaalivaikutusjärjestelmä. Myös sosiaali- ja terveystalouden tarjonta laajeni merkittävästi. Tosin yleisen sairausvakuutuksen Suomi sai viimeisenä eurooppalaisena maan, kun sairausvakuutuslaki säädettiin vuonna 1963. (Urponen 1994, 237-240; Karisto ym. 2003, 290, 296.)

Yhtenä merkittävänä sivujuonteena sosiaalihuoltokeskustelussa ennen varsinaisia sosiaalihuollon periaatteellisia ja menetelmällisiä uudistuksia Suomessa on mainittava niin sanottu pakkoauttajakeskustelu ja Marraskuun liikkeen toiminta. Marraskuun liikkeen syntymiseen vaikutti keskeisesti Lars D. Erikssonin (1967) toimittama teos Pakkoauttajat. Teoksen kirjoittajien kritiikki ja arvostelu kohdistui vapaudenriistoon ja tahdonvastaisiin toimiin sosiaalihuollossa. Esimerkiksi alkoholistihoitoon osalta kirjoittajat konkretisoivat ehdotuksensa siten, että vapaudenriistot olisi sallittava vain niin pitkäksi aikaa, kunnes voidaan todeta, että havaittavissa olleet jälkivaikutukset alkoholinkäy-

töstä ovat hävinneet. (Mt., 187.) Kyösti Urponen (1994, 241) toteaa, että arvostelun kohteeksi joutuneet sosiaalityöntekijät yrittivätkin puolustautua toteamalla joutuneensa pakkoauttajiksi pakosta. He eivät katsoneet olevansa vastuussa sosiaalisten ongelmien taustalla vaikuttavista yhteiskunnallisista epäkohdista. Myös erityisesti kritiikin kohteeksi joutunut laitoshoido ja laitospaikkojen runsas kokonaismäärä jäi ennalleen, muutokset tapahtuivat lähinnä vain laitosten sisäisessä elämässä. Esimerkiksi uusi päihdehuollon lainsäädäntö, joka astui voimaan vuonna 1987, kytkeytyi ajan hengen mukaisesti sosiaalihuoltoon ja sen keskeiseen lakiperustaan. Voimaan astuessaan uusi laki kumosi vuoden 1936 irtolaislain ja samalla se näki päihteiden ongelmakäyttäjän avun, tuen ja hoidon hakijana ja saajana, sen sijaan, että hänet olisi mielletty viranomaisten kontrollitoimien kohteeksi. (Mt., 244; myös Siltanen 1990, 21-22.) Vaikka tänä päivänä voimmekin todeta, että kehitys on edennyt pakkoauttajakritiikin edellyttämään suuntaan, kontrollitehtävä näkyy edelleen muun muassa lastensuojelun sosiaalityössä. Kuntien sosiaalitoimessa lastensuojelun sosiaalityöntekijä toimii yhä monissa rooleissa: toisaalta lapsen ja hänen huoltajiensa tukijana, toisaalta valmistelijana, päättäjänä ja toimeenpanijana.

Pakkoauttajakeskustelu ja siitä seurannut kritiikki johtivat sosiaalihuollon uudistuksiin. Tämän uudistustehtävän sai sosiaalihuollon periaatekomitea, joka vuonna 1968 ilmestyneessä mietinnössään määritteli toimintaperiaatteet, joiden nojalla sosiaalihuoltoa alettiin muokata monipuoliseksi sosiaalipalvelujärjestelmäksi. Sosiaalipalveluista, joihin ei liittynyt varsinaista toimeentulon turvaamistarvetta, toteutettiin ensimmäisenä lasten päivähoitouudistus. (Mt., 241-243.) Lapsille, nuorille ja vanhuksille tarkoitetun palvelutuotannon kasvun myötä sosiaalipolitiikasta tuli Anneli Anttosen ja Jorma Sipilän (2000, 82) mukaan entistä enemmän naisten sosiaalipolitiikkaa, mutta erityisesti naisten ansiotyön mahdollistavaa politiikkaa.

Sosiaalihuollon toimintaperiaatteisiin pakkoauttajakeskustelulla oli myös myönteisiä vaikutuksia, sillä sosiaalihuollon periaatekomitea kirjasi vuonna 1971 mietinnössään uusiksi toimintaperiaatteiksi muun muassa palveluhenkisyyden. Samalla myös entistä kunnanvaivaisista ja huoltoavun varassa elävistä köyhistä alettiin käyttää sosiaali-

huollon asiakas nimitystä. (Karisto ym. 2003, 300.) Olavi Kaukonen (2002, 150) nimittää päihdehuollon osalta 1970-luvun olleen muun muassa erityispalvelujen laajenemisen että päihdehuollon kuntainliittojen perustamisen aikaa. Myös osa siihen asti järjestöjen ylläpitämistä päihdehuollon erityispalveluista siirrettiin kuntien suoraan ohjaukseen. Yhteiskunnallisten päihdepalvelujen sisällöllinen kehittäminen puolestaan annettiin järjestöjen tehtäväksi. Päihdeongelmaisten huolto oli Suomessa aina 1980-luvulle saakka ensisijaisesti osa sosiaalihuoltoa. Yhteiskunnallisen ongelmanasettelun tasolla päihdehuollon erityispalvelut ovat olleet osavastaus erityisesti sosiaalisen turvallisuuden ja järjestyksenpidon ongelmiin (Kaukonen 2000, 133).

Anneli Anttonen ja Jorma Sipilä (2000, 54) kirjoittavat osuvasti, että hyvinvointivaltiota voidaan pitää yhtenä 1900-luvun tärkeimmistä, vaikutusvaltaisemmista ja kunnianhimoisimmista yhteiskunnallisista projekteista. Tilanne muuttui kuitenkin merkittävästi 1990-luvun alussa, kun 1980-luvulle jatkunut elintason ja taloudellisen kasvun nousu katkesi Suomen ajauduttua syvään lamaan, joka jätti jälkeensä suurtyöttömyyden ja velkaisen valtiontalouden. (Karisto ym. 2003, 91.) Aikaa vuodesta 1993 onkin alettu kutsua desentralisoidun sopeutuksen ajaksi tai sosiaalisten riskien hajautetun hallinnoinnin ajaksi (Kaukonen, 2002, 152). Sosiaalipolitiikassa muutospaineeet kohdistuivat tarveharkintaisuuden korostamiseen. Yhteiskunnan vastuun, solidaarisuuden ja tasa-arvon painotusten sijaan onkin alettu korostaa ihmisten omaa vastuuta toimeentulosta ja selviytymisestä. Sosiaalityön tehtävänä on edistää empowermentia, voimaantumista ja asiakkaita hyödyttävää sosiaalista muutosta. Samalla myös keskustelu hyvinvointivaltion tulevaisuudesta ja mahdollisesta romahtamisesta kiihtyi. Anttonen ja Sipilä (2000, 268–269) päätyvät omissa pohdinnoissaan siihen johtopäätökseen, että hyvinvointivaltioksi nimetty sosiaalipoliittinen aikakausi on päättymässä ja pohjoismaisen valtiovetoisen hyvinvointiprojektin aika on ohitse. Raija Julkunen (2001) puolestaan katsoo, että malli muuntuu hiipivin askelin. Pienistä ja osittain huomaamattomista muutoksista on syntynyt uudenlainen markkinaehtoisempi hyvinvointivaltio, jossa köyhyyttä ja eriarvoisuutta siedetään yhä paremmin. Tutkiessaan pohjoismaista hyvinvointimallia Mikko Kautto ym. (2001) puhuvat kuitenkin myös sen puolesta, ettei hyvinvointivaltio ole häviämässä. Edelleen keskeiset rakenteet ovat olemassa,

vaikkakin perustukset ovat järkkyneet. Christopher Piersonin (1991, 216-217) mukaan hyvinvointivaltio on yhä läsnä kaikkialla, mutta olennainen kysymys ei tulevaisuudessa Piersonin ajattelun mukaan olekaan se, onko meillä hyvinvointivaltio, vaan millaisia hyvinvointijärjestelmät tulevat olemaan eli millainen olisi ”uusi hyvinvointivaltio”. Nähtäväksi jää kuitenkin, miten nykyinen hyvinvointivaltiomalli kestää globalisaation haasteet ja paineet ja mitkä vaikutukset globalisaatiolla on sosiaalipolitiikan kehittämiseen. Mitä kehitys merkitsee päihdepolitiikalle?

Hyvinvointivaltion sisäinen kehitys 1980-luvulla muutti päihdepalvelujen luonnetta siten, että päihdeongelmia määriteltiin yhä vähemmän poliittisilla foorumeilla ja yhä enemmän asiakaskohtaisesti, asiantuntijajärjestelmissä. Samaan aikaan kuntien päihdepalvelujärjestelmien kasvu pysähtyi, kun taas järjestöjen palvelut vahvistuivat edelleen. Tullessa 1990-luvun jälkipuoliskolle kunnat purkivat lähes kolmanneksen omasta päihdehuollon erityispalvelukapasiteetistaan ja palveluja ostettiin yhä enenevässä määrin yksityisiltä. Huomioitavaa tässä kehityksessä on ollut se, että päihdehuollon erityispalvelujen leikkaukset tapahtuivat, eivät niinkään lama-aikana, vaan 1990-luvun lopun nousukautena. Kun vielä 1990-luvun alussa päihdehuollon erityispalveluista tuotettiin kolmannes järjestöpohjaisesti, oli luku noussut kymmenen vuotta myöhemmin jo yli puoleen. (Kaukonen 2002, 151-154.) Kuntien päättäjille ja työntekijöille ei jatkossakaan taata helppoja aikoja, kun julkisen palvelutarjonnan ja palveluiden kysynnän välinen kiila kasvaa kasvamistaan. Viimeksi käytyjen kuntavaalien alla herätelty ajoittain kiivaskin keskustelu kunnallisista ja yksityisistä palveluista sekä palvelujen ulkoistamisesta oli toivottavasti vasta lähtölaukaus sille keskustelulle, miten kuntien voimavarat kohdennetaan ihmisten hyvinvoinnin kannalta keskeisiin tekijöihin.

2.2 Alkoholistihuollosta päihdehuoltoon

Tässä luvussa tarkastelen päihdehuollon rakentumista päihdehuollon lainsäädännön kehityksen kautta. Asko Suikkasta ja Jari Jokista (1993, 22) mukailleen käytän tässä tutkimuksessani sukupolvi – käsitettä ja havaintojeni mukaan päihdeongelmaisiin voidaan nähdä kohdistuvan eri sukupolven sosiaalipoliittisia järjestelmiä, joiden peruste-

lut, toimintatavat ja tavoitteet heijastavat omia aikakausiaan ja niissä vallinneita sosiaalisia tilanteita ja ratkaisupyrkimyksiä. Päihdehuollon kehityksestä on havaittavissa selkeät muutosvaiheet, uutta ajattelua kuvastavat sukupolvet. Olen muodostanut näiden muutosvaiheiden kuvaamiseksi aiempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen perustuen seuraavat viisi vaihetta: Pelastava vaihe (1800-luvun lopulta vuoteen 1935), huollon vaihe (1936-1946), kontrollivaihe (1947-1961), hoidollinen vaihe (1962-1986) ja kuntouttava vaihe (1987-). (Takala & Lehto 1988; Siltanen 1990; Kaukonen 2000.) Jäsenykseni saattaa vaikuttaa karkealta, sillä tarkkojen vuosilukujen esittäminen tällaisissa yhteyksissä on ongelmallista, koska on aina määrittelykysymys, milloin yksi aikakausi katsotaan päättyneeksi ja toinen alkaneeksi (vrt. Kaukonen 2002, 144).

Pelastava vaihe (1800-luvun lopulta vuoteen 1935)

Anja-Riitta Siltasen (1990, 3) mukaan ennen varsinaista yhteiskunnallista alkoholisti-huoltoa koskevaa lainsäädäntöä oli Suomessa viinan kirouksia vastaan taisteltu muun muassa asennekampanjan, pelottelun ja raittiuskilpajointusten avulla. Kristillisiin ihanteisiin perustuen alkoholin väärinkäyttäjää yritettiin pelastaa raittiusseurojen toimintaan. Sittemmin myös alkoholiongelmaisten organisoitunut huolto kehittyi aluksi läheisessä yhteydessä raittiusliikkeeseen, kun liikkeen aktivistit perustivat ensimmäisen alkoholistien laitoksen, yksityisten yhdistyksen ylläpitämän Turvan (Takala & Lehto 1988, 109). Kieltolain voimassa ollessa valmisteltiin valtioneuvoston komiteassa ehdotusta alkoholistilaksi, mutta tarvittavaa lakiesitystä ei annettu vielä vuosiin eduskunnalle. Einar Bök (1947, 252) toteaa:

”Yleinen mielipide oli silloin vielä niin jyrkkä väkijuomien ehdottoman kiellon kannalla, ettei riittänyt harrastusta sellaisille positiivisille toimenteille, jotka olisivat tarkoittaneet täyskiellon aikanakin lukuisain alkoholistien parantamista.”

Kuitenkin vuonna 1931 annettiin jonkinlaisena alkoholistihuoltolain korvikkeena laki ”juopuneena tavatun henkilön huollosta eräissä tapauksissa” eli niin sanottu ”hiljaisten humalaisten nuhtelulaki”. Julkisella paikalla juopuneena esiintynyt ja häiriöitä aiheuttanut henkilö joutui rangaistavaksi, mutta lisäksi juopuneet oli ilmoitettava asuinkun-

tansa köyhäinhuoltolautakunnalle ohjaus-, neuvonta- ja varoitustoimenpiteitä varten. (Mt., 252-253.)

Huollon vaihe (1936-1946)

Suomalaisten alkoholistien lakisääteinen huolto aloitettiin vuoden 1936 alkoholistolaila (1936/60). Alkoholistihuolto ymmärrettiin pelastavaksi huoltotyöksi ja lain ensisijaisena päämääränä oli Osmo Toivolan (1943, 27, 29) mukaan ”alkoholistin palauttaminen raittiiseen ja säännölliseen elämään ja hänen tekemisensä jälleen yhteiskunnalle hyödylliseksi”. Alkoholistolain toimenpiteet olivat välttämätöntä yhteiskunnan suojeletoimintaa ja toisena tehtävänä lailla olikin suojella alkoholistin ympäristöä, erityisesti hänen perhettään. Itse alkoholiongelmaan lailla puututtiin määrittelemällä kuntien huoltolautakuntien tehtäväksi ongelmakäyttäjän alkoholivaroitus ja asettaminen raittiusvalvontaan. Varoitukseen liittyi muun muassa ohjausta alkoholismin turmiollisuuden käsittämisestä, kehoitus liittyä yhdistykseen, joka voisi tukea raittiin elämäntavan saavuttamisessa ja kehoitus kysyä neuvoa lääkäriltä. Keskeisin hoitomuoto oli kuitenkin juuri raittiusvalvonta, jonka tarkoituksena oli valvottavan tukeminen raittiuteen. Sekä raittiusvalvonta että alkoholivaroitus olivat avohuollollisia toimenpiteitä. Jos nämä edellä mainitut toimenpiteet eivät riittäneet palauttamaan alkoholista raittiuteen, voitiin turvautua ankarimpiinkin toimenpiteisiin. Alkoholisti voitiin sijoittaa alkoholistihuoltolaan, jossa hoidettavien työkuntoa ja siveellisyyttä edistettiin ankarin toimenpitein. Myös alkoholisti itse saattoi anoa suljettua huoltoa laitoksen johtajalta. (Siltanen 1990, 15-16.)

Kontrollivaihe (1947-1961)

Sotavuodet muuttivat kuitenkin alkoholistihuollon toimeenpanotilannetta Suomessa olennaisesti. Talvisodan kynnyksellä annettiin laki alkoholistolain väliaikaisesta muuttamisesta ja näin kävi mahdolliseksi supistaa yleisiin alkoholistihuoltoloihin hoidettavaksi määrättyjen lukumäärää. Alkoholisteja sijoitettiinkin vuodesta 1947 lähtien myös työlaitoksiin. Työlaitosjärjestelmä oli osa viranomaisaloitteista ja kontrollival-

taista sosiaalipolitiikkaa. Kontrollilla tähdättiin epätoivottavan käyttäytymisen vähentämiseen. Anja-Riitta Siltanen kirjoittaa, että ”vuodesta 1949 työlaitokset tulivat lisäksi niin sanottujen perhepinnareiden sijoituspaikaksi. Pääsääntöisesti työlaitokset oli tarkoitettu irtolaisille, joiden huollosta oli säädetty laki yhtä aikaa muiden huoltolakien, lastensuojelulain ja alkoholistolain, kanssa. Alkoholistien ja irtolaisten ohella työlaitokset pitivät sisällään sangen kirjavaa väkeä. Irtolaishuoltoon joutuneista suurin osa oli siveellisesti hairahtaneita naisia. Laitoksiin sijoitettiin perhepinnareita, köyhäinholtoain ja huoltoapulain mukaisesti sekä kunnalliskotiin sopimattomia, mutta laitoshoidon tarvitsevia ihmisiä, että köyhäinhoidon ja huoltoavun korvausta työllään suorittavia ihmisiä”. (Mt., 16-17.) Vuosina 1945-1948 istuneen huoltokomitean aikana alkoholistien huoltoajattelu kehittyi edelleen ja lähestyttäessä 1950-lukua alan asiantuntijat ja lääkärit alkoivat puhua alkoholismista sairautena ja maahamme alettiin puuhata lääketieteellisesti suuntautunutta laitosta. Vuonna 1951 perustettiin tällainen alkoholistien vastaanottolaitos Järvenpään Haarajoelle.

1940-luvulla myös itse viinantuottaja eli Alkoholiliike rupesi tarkkailemaan asiakkaitaan ja harkitsemaan kunkin kohdalla erikseen, myydäänkö tälle viinaa vai ei. Maahamme pystytettiin ruotsalaista Brattin järjestelmää jäljittelevä säännöstelysystemi, joka sitoi asiakkaan yhden alkoholimyymälän asiakkaiksi ja pakotti käyttämään myymälässä asioidessa myymäläkorttia eli ”viinakorttia”, jonka leimaamisen yhteydessä tarkistettiin asiakkaan henkilöllisyys sekä aikaisemmat ostokset. Tällä ostajaintarkkailusysteemillä toteutettiin yksilöllinen valvonta, ja jos tarvetta ilmeni, asiakas voitiin ohjata tarkkailijan puhutteluun tai asiakkaalle voitiin antaa myyntikielto. Näitä myyntikieltoja saatettiin antaa jopa 40 000 – 50 000 vuodessa. (Peltonen 2002, 22-24; Siltanen 1990, 5.)

Ostajaintarkkailuun haettiin mallia amerikkalaisesta kirjallisuudesta ja alkoholitutkimuksesta. Saadun mallin mukaan alettiin pyrkiä yksilölliseen huoltoon. Samalla törmättiin kuitenkin käytännön vaikeuksiin, sillä suurelta osalta ostajaintarkkailun henkilökuntaa puuttuivat edellytykset asiakkaiden keskusteluterapiaan eikä myöskään huoneiloja ollut luottamuksellisia keskusteluja varten. Alkoholimyymälää ei sitäkään voi-

nut pitää parhaana mahdollisena tilana hoidolliselle käsittelylle, sillä tulihan asiakas ostamaan juuri alkoholijuomia eikä terapiakäynnille. (Immonen ym. 1980, 6.) Ostaja-tarkkailujärjestelmä purettiin epäonnistuneena 1950-luvun lopulla, mutta viinakortti jäi käyttöön 1970-luvun alkuun saakka, tosin ilman asiakkaan korttiin tehtyjä merkintöjä.

Hoidollinen vaihe (1962-1986)

Alkoholilain sijaan astui vuonna 1962 voimaan päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huollosta annettu laki (1961/96). Olennaisin muutos tässä uudessa laissa alkoholilakiin verrattuna oli vapaaehtoisen hoitoon hakeutumisen merkityksen korostaminen. Kuten Anja-Riitta Siltanen (1990, 20) toteaa, kuitenkin varsinaisesti uutta laissa oli vain varoituksen muuttaminen neuvonnaksi ja ohjaukseksi. Lakia sovellettiin juopottelevaa elämää viettävään henkilöön, joka lisäksi oli väkivaltainen, vaarallinen, tuomittu rangaistukseen rattijuopumuksesta viimeisten 12 kuukauden aikana, häiriötä tai pahennusta aiheuttava, elatus- tai hoitovelvollisuutensa tai ansiotyönsä laiminlyövä, rasitukseksi tai huoltoavun tarpeessa. Huoltotoimenpiteiden tarkoituksena oli auttaa huollettavaa vapautumaan päihdyttävien aineiden väärinkäytöstä sekä niiden aiheuttamista haitoista, jotka koituivat sekä hänelle itselleen että muille. (PAV-laki 1961/96, § 1, § 4.) Erityisesti 1960-luvun lopulla päihdehuollon laitokset irtaantuivat työlaitosten imagosta ja kurin sijasta alettiin puhua enemmän hoidosta (Takala & Lehto 1988, 111).

Kuntouttava vaihe (1987-)

Päihdehuollon lainsäädännön uudistaminen oli vireillä koko 1970-luvun ja 1980-luvun alkuvuodet ja kehitystä vauhditti muun muassa työmarkkinajärjestöjen syksyllä 1972 tekemä hoitoonohjaussuositus. Uusi päihdehuoltolaki astui voimaan kuitenkin vasta vuonna 1987 ja kytkeytyi ajan hengen mukaisesti sosiaalihuoltoon ja sen keskeiseen lakiperustaan. Lain yksi uudistus näkyi muun muassa siinä, että päihteiden ongelmakäyttäjistä tuli oikeussubjekti, avun, tuen ja hoidon hakija ja saaja eikä vain tehostuvien viranomaisten kontrollitoimien kohde. (Siltanen 1990, 21.) Vuoden 1986 päihde-

huoltolaki määrittelee päihdehuollon tavoitteeksi ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä ja siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihdeongelmaisen, hänen perheensä ja muiden läheistensä turvallisuutta ja toimintakykyä. Päihteiden ongelmakäyttäjää on tarvittaessa autettava ratkaisemaan myös hänen toimeentuloonsa ja asumiseensa sekä työhön liittyviä ongelmia. Laki ei edeltäjiensä tavoin määrittele kuka on päihdeongelmainen. Palvelujen järjestämisestä laki toteaa, että kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään kunnassa esiintyvän tarpeen mukaan. (Päihdehuoltolaki 1986/41.) Päihdehuoltoasetus (1986/86) edellyttää myös kuntoutussuunnitelman tekemistä päihdeongelmaisen tilanteen niin vaatiessa ja kuulemaan asianosaista suunnitelman tekemisessä. Vuoden 1987 päihdehuoltolain voimaan tullessa Jukka-Pekka Takala ja Juhani Lehto (1988, 123) uskalsivat epäillä, että vaikka päihdehuollossa puhutaan hoidosta ja kuntoutuksesta, käytännössä yksiköt edelleen antavat asiakkailleen hoivaa ja tukea. Olavi Kaukosen (2000, 131) jäsenyyksen mukaan nykyiseksi suomalaisen päihdehuollon perusmalliksi on vakiintunut lähinnä historiallisista syistä yksilöllinen terapeutin kuntoutus, vaikka lainsäädäntö on koko ajan painottanut enemmän elämäntilanteisia tekijöitä.

2.3 Sosiaalityö päihdeongelman tulkkina

Tässä yhteydessä on aluksi paikallaan luoda lyhyt katsaus suomalaisen sosiaalityön koulutukseen sillä, hyvinvointivaltion rakentamisen käynnistämisen vaihe merkitsi myös sosiaalityön ammatillistumisen vaiheeseen siirtymistä, jolle vaiheelle oli Marjo Vuorikosken (1999, 252) mukaan ominaista se, että työntekijöiltä alettiin edellyttää alan koulutusta. Sosiaalityöntekijöiden koulutuksen aloittamista suunniteltiin jo 1900-luvun alkupuolella ja varsinkin 1930-luvun lopulla voimistuivat vaatimukset, että huoltotyöhön huoltolautakuntien ja vapaaehtoistyön rinnalle oli saatava vakinaista ja koulutettua työvoimaa. Ensimmäinen korkeakoulutasoinen sosiaalityön koulutus alkoi vuonna 1928 Kansalaiskorkeakoulussa (sittemmin Yhteiskunnallinen Korkeakoulu) yksivuotisella lastensuojelututkinnolla, jonka kandidaattitasoisesta laajennuksesta valmistui lastensuojelun kandidaatteja. Varsinaisesti sosiaalityön koulutus vakiintui Helsingin Yhteiskunnallisen Korkeakoulun sosiaalihuoltajakoulutuksen käynnistyttyä

vuoden 1942 syksyllä. Neljä lukukautta kestäneeseen sosiaalihuoltajakoulutukseen sisältyi sekä teoreettista opetusta että kahdeksan kuukauden esiharjoittelu ja neljän kuukauden erikoisharjoittelu. Huoltotyöntekijäin ruotsinkielinen koulutus aloitettiin syksyllä 1943 Svenska Medborgarhögskolanissa. Edelleen vuonna 1945 aloitettiin Valtion Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa erityiskoulutus sairaaloiden sosiaalihoitajiksi aikoville terveystieteilijöille. (Niemi 1997; Pohjola 1998, 15-16; Vuorikoski 1999, 88, 96.) Yhteiskunnallisessa Korkeakoulussa opettajana toimiessaan Veikko Piirainen (1954, 25-73) katsoi, että huollon tarpeen tuli pohjautua yksilöön ja hänen olosuhteisiinsa, siis yhteiskuntaan. Hän jakoi sosiaalihuollon tarpeen syyt yksilöstä itsestään johtuviin ja yhteiskunnasta johtuviin syihin. Keskeinen huollon tarpeen syy oli kuitenkin köyhyys. Piiraisen (mt., 82-93) mukaan sosiaalihuollon menetelmien tehtävänä oli löytää huollon tarpeen syyt. Näitä menetelmiä Piirainen löysi kaksi: yksilökohtainen menetelmä, joka oli tarveharkintainen ja tapauskohtainen sekä kaavamainen huoltomenetelmä, joka käsitteli samanlaiset huoltotapaukset samanlaisin toimenpitein.

Sosiaalihoitajien koulutus poikkesi Mirja Satkan (1994, 307) mukaan merkittävästi huoltotyöntekijäin koulutuksesta, koska sen lähtökohdat pohjautuivat yhdysvaltalaisen sosiaalityön opetukseen. Opetus koostui sosiaalityön menetelmäopetuksesta caseworkista eli yksilökohtaisesta huoltotyöstä, teorian ja käytännön rinnakkaisopetuksesta, lääkinnällis-sosiaalisesta työstä sekä psykologiasta että psykiatriasta. Koulutusten erillaisuus johti 1950-luvulla Suomessa käytyyn tiiviiseen keskusteluun sosiaalityön menetelmistä ja siitä, mitä sosiaalityö on. Siten kyseistä vuosikymmentä on alettu pitää myös menetelmien vuosikymmenenä. Yhdysvalloissa sosiaalityön oppinsa saaneet kritisoivat huoltotyötä vanhanaikaisena ja osapuolet ajautuivatkin oppiriitaan, joka jakoi työntekijöitä ja aiheutti jännitteitä pitkään. Yksilökohtaisen työn ohella tällä vuosikymmenellä keskusteltiin myös ryhmätyömenetelmistä, jota käytettiin alkuun lähinnä alkoholihuollossa. (Mt., 307; ks. myös Vuorikoski 1999, 99.)

Mirja Satka (1997, 29-30) on arvostellut tätä modernia angloamerikkalaista sosiaalityön kirjoitettua oppia siitä, ettei se sisältänyt kokemustiedon näkökulmaa. Toiseksi Satkan mukaan tieteellisten oppien perustana olevat teoriat olivat pääasiassa miesten

kehittämiä teoreettisia rakennelmia ja arkielämän moninaisuutta voimakkaasti rajaavia ja tulkitsevia oppeja. Kun näillä opeilla varustetut sosiaalityöntekijät ryhtyivät johtamaan esimerkiksi juuri perustettuja A-klinikoita, aiemmista, ei-ammattillisista käytännöistä pyrittiin eroon määrätietoisesti. Moderni sosiaalityö näkikin hyväntekeväisyyden vanhakantaisena ja uuteen yhteiskuntaan sopimattomana toimintamuotona. Analysoidessaan modernin suomalaisen sosiaalityön syntyä ja kehitystä 1950-luvulle saakka Satka (1995, 179) toteaa sosiaalisen caseworkin tärkeyden suomalaiselle modernille sosiaalityölle olevan kuitenkin siinä tehtävässä, joka auttoi siirryttäessä vanhoista maatalousvaltaisista huolenpidon ja kontrollin muodoista teollisen yhteiskunnan moderniin professionaaliseen sosiaalityöhön.

Sodanjälkeisessä Suomessa pidettiin alkoholikysymystä vakavana yhteiskunnallisena ongelmana, jonka hoitamiseksi kaivattiin erikoisjärjestelyjä siitakin huolimatta, että Matti Peltonen (2002, 25, 176) kyseenalaistaa tämän näkemyksen. Tutkiessaan alkoholioloja ja tapakasvatusta 1950-luvun Suomessa Peltonen kuvaa 1950-luvun suomalaista alkoholipolitiikkaa aikakautena, jolloin alkoholipolitiikan keinot olivat täysin ylimitoitettuja alkoholihaittoihin nähden. Käsitystään Peltonen perustelee juopumuspidätysten valtavalla määrällä Suomen kaupungeissa, koska päinvastoin kuin muissa maissa, juopuneita ei Suomessa autettu vaan rangaistiin putkaan sulkemisella tai sakottamalla. Kuitenkin vastausta tähän yhteiskuntaa rasittavaan ongelmaan lähdettiin hakemaan 1950-luvulla A-klinikkatoiminnan käynnistämällä ja organisoimisella. A-klinikkatoiminnan aloittaminen käynnistikin maassamme vapaaehtoiseen hoitoon tu- loon perustuvan avohoidon vastapainona harjoitetulle lakisääteiselle laitos- ja pakko- hoitokeskeiselle päihdehuollolle. Samalla sosiaalityöstä ja sosiaalityön asiantuntijuudesta tuli se tapa, jolla päihdeongelmaan paneuduttiin.

Mirja Satkan (1995) väitöskirjatutkimuksen mukaan sosiaalityön profession kehittyminen on liittynyt suomalaisen yhteiskunnan valtarakenteisiin, hallitsemiseen. Ulla Mutka (1998, 9) toteaa, että sosiaalityön asiantuntijuus on puolestaan aina sidoksissa omaan aikaansa ja paikkaansa. Yhteiskunnan muuttuessa on myös sosiaalityön toimijoiden täytynyt arvioida ja järjestää työtään ja asiantuntijuuttaan aina uudelleen. Muut-

tuvassa tilanteessa Synnöve Karvisen (1996, 63) mukaan asiantuntijuus on toisaalta sellaista, jonka kaikki tietävät ja toisaalta sellaista, jota kukaan ei tiedä. Tällä Karvinen tarkoittaa sitä, että asiantuntijoiden ja asiakkaiden suhteen muuttuessa tietoa tarjotaan ja maallikkokin pystyy sitä hankkimaan. Myös asiantuntijoiden suhde toisiinsa muuttuu, mikä Karvisen mielestä johtaa kilpailuun, kun vastauksia haetaan yhteistoiminnallisesti. Kun vielä jatketaan Jorma Sipilän (1989) toteamuksella, että sosiaalityölle on nähty luonteenomaisena sen tehtäväalueen ja työvälineiden eriytymättömyys ja tietopohjan moninaisuus, ei ole ihme, että sosiaalityöntekijöiden keskuudessa joudutaan aika ajoin pohtimaan sitä, mitkä ovat ammatin ydintehtävät ja luonne.

Sosiaalityön tieteellistämistä voidaan Mirja Satkan (1997, 28-29) mukaan jäsentää kolmen käänteen kautta. Ensimmäinen tieteellistämisen vaihe liittyy 1930-luvun talouselämän jälkeiseen sosiaalityön oikeudellistamiseen. Tällöin huoltotyö ja huoltotyöntekijän sekä asiakkaan välinen suhde määrittyi juridisesti. Leimallista tälle vaiheelle oli, että kaikenlaista sosiaalista poikkeavuutta tutkittiin, luokiteltiin ja sopeutettiin. Virkamiehen oli tiedettävä kirjaimellisesti, kuinka huoltoprosessi eteni, kuinka huoltoasiakirjat laadittiin, mikä oli riittävä todiste. Mikäli asian käsittelyssä tapahtui muotovirhe, koko prosessi kumoutui laittomana. Sosiaalihuollon byrokratia kasvoi samalla, kun asiakkaasta ryhdyttiin laatimaan tapausselostus tai tekemään merkintä pöytäkirjaan ja kortistoon.

Toinen tieteellistämisen vaihe oli 1940-luvun sotavuosien jälkeinen sosiaalityön psykologisoinnin vaihe. Vanhoilla huoltolaeilla ei ollut paljon annettavaa uudenlaisiin sosiaalisiin kysymyksiin ja arkielämän ongelmiin kuten esimerkiksi miesten lisääntyneeseen päihteiden käyttöön tai avioeroihin. Niinpä sosiaalityöntekijät joutuivatkin jäsentämään työnsä kohteen uusista lähtökohdista. Yhdysvaltalainen social casework, joka perustui egopsykologisiin ja psykodynaamisiin teorioihin, tarjosi ensimmäistä kertaa suomalaiselle sosiaalityölle perustan itsenäisenä professiona. (Satka 1997, 29-30; ks. myös Satka 1995, 155-169.)

Kolmannen sosiaalityön tieteellistämisen vaiheen Mirja Satka (1997, 30-31) kytkee 1970-luvun lopun sosiaalityön tutkinnonuudistukseen, jossa hahmoteltiin nykymuotoisen sosiaalityön tiedeperusta ja koulutus. Sosiaalityön koulutus liitettiin osaksi sosiaali- ja yhteiskuntapolitiikkatieteitä. Hyvinvointivaltiossa tavoiteltiin kaikkien kansalaisten yhtäläistä kohtelua ja samanarvoisia mahdollisuuksia ja sosiaalisen turvattomuuden ongelmiin lähdettiin hakemaan vastauksia yksilölliseen, perhe-, alue- ja yhdyskunta-kohtaiseen kykenevällä sosiaalityöllä.

Jorma Hänninen (1990, 99-113) jakaa keskustelun suomalaisesta sosiaalityöstä kolmeen oppihistorialliseen aaltoon. Ensimmäistä aaltoa, 1950-luvun metodikeskustelua hallitsi kysymys sosiaalityön ammatillistumisesta. 1980-luvulle sijoittuneen toisen aallon ytimen muodosti akateemisen professionaalisen sosiaalityön ja sen ideologian kritiikki. Sosiaalityökeskustelun kolmas aalto 1980-luvun puolivälissä nosti keskusteluun sosiaalityön ammatillisten menetelmien ja organisaatioiden tutkimisen ja kehittämisen. Ulla Mutka (1998, 12, 164-171, 182) puhuu edellisten vaiheiden lisäksi vielä sosiaalityön neljännessä käänneestä, joka tutkijan mukaan pakottaa sosiaalityön toimijat erilaisten ristipaineiden alla jälleen jäsentämään työnsä uudelleen, ja jossa sosiaalityön on murtauduttava hiljaisuudesta. Mutka haluaa kyseenalaistaa tieteellisen tiedon ylivoimaisuuden ja nostaa sen rinnalle kokemuksellisen tiedon. Hän tarjoaa tutkivan sosiaalityöntekijän käsitteen rinnalle ”kirjoittavaa sosiaalityöntekijää”. Mutka (mt., 114) nostaa esille myös sosiaalityöhön erityisesti 1990-luvulla vahvistuneen uudenlaisen oikeudellistumiskehityksen, jota hallitsee lakimiesten ja erilaisten asiamiesten kasvava käyttö ristiriitatilanteissa tai tuomioistuinten tai hallintoviranomaisille kohdennettujen valitusten määrän kasvu. Samalla myös oikeudellis-sosiaalinen sanasto ja siihen liittyvät toimintatavat ovat selvästi nousseet terapeuttis-sosiaalisen sanaston ja sen edellyttämän osaamisen rinnalle esimerkiksi lastensuojelutyössä. Toisaalta lastensuojelun oikeudellistumisesta on löydetty myönteisiäkin puolia, sillä asioita ei tarvitse enää ajatella erilaisten diagnoosien, terapeuttisten lähestymistapojen, hoidon tai reformin termin. Sen sijaan niitä voidaan lähestyä laillisten kategorioiden, sopimusten, palveluiden tuottamisen ja sosiaalisten oikeuksien perustalta. (Mutka 1998, 115-116; Howe 1994, 528-529.) Sosiaalityöntekijöille tämä uusi tilanne on merkinnyt työskentely-

kumppaneiden ja –kohteiden laajentumista ja uudenlaista puhekulttuuria, mutta myös sitä, että sosiaalityöntekijöiden on opittava dokumentoimaan ja argumentoimaan omia toimiaan tavalla, joka kestää juristien keskustelukumppanuuden ja kriittisen tarkastelun (Pösö 1997, 154-155).

Alf Ronnbyn (1986) esille nostaman näkökulman mukaan sosiaalityö on toiminnallinen käsite. Sosiaalityö tarkoittaa joukkoa menetelmiä ja niiden ammatillista käyttämistä sellaisten ongelmien sääntelyyn ja käsittelyyn, jotka johtuvat ihmisten kykenemättömyydestä täyttää sosiaalisia rooleja vallitsevien normien ja odotusten mukaisesti. Ronnby jatkaa ja mainitsee erilaisina poikkeavien sopeuttamiseen liittyvinä toimina rangaistukset, pakon, huollon, hoidon, terapian, jengityön ja sosioterapian. (Mt., 14.) Jorma Sipilä (1989, 63) puolestaan konkretisoi sosiaalityön käsitettä määrittelemällä sosiaalityön työmuodoiksi kontrollin, tuen, sosialisoinnin, suojelun ja terapian. Sosiaalityö asiakastyönä näyttäytyy Sipilän (mt., 213) jäsentämän kolmen osajärjestelmän kautta byrokratiatyönä, palvelutyönä ja psykososiaalisena työnä. Sipilän mukaan sosiaalisen työn ammatillistuminen johti pohjoismaissa sen byrokratisoitumiseen. Köyhäinhoidosta kehkeytynyt sosiaalityö huoltovirastossa, sairaalassa ja koulussa omaksui työtapojaan ympäröivistä byrokraatioista. Toimenpiteitä byrokratiatyössä ovat lähinnä pakkotoimet ja etuuden myöntäminen (mt., 237). Byrokratiatyölle tunnusomaista ovat viraston normit, ei asiakkaan elämä ja tilanne. Suhteellisen pieni osa työajasta käytetään asiakastyöhön. Leimallista on työskentely asiakirjojen kanssa. Vaikka byrokratiaa pidetään oikeusvaltion kannalta välttämättömänä, koska se takaa kansalaisten tasapuolisen ja oikeudenmukaisen kohtelun, se ei kuitenkaan Sipilän mukaan riitä sosiaalityöksi. Sosiaalityötä ei voi rakentaa pelkästään formaalien sääntöjen ja organisaatioiden varaan. Toisaalta ”sosiaalibyrokraatit” kaventavat nimenomaan kansalaisvapauksia. (Mt., 214-216.)

Jorma Sipilän tekstin perusteella jää kuitenkin avoimeksi se, päästäänkö sosiaalityössä koskaan täysin irti byrokratiatyöstä? Kuinka paljon esimerkiksi päihdeongelmaiset pystyvät vaikuttamaan päihdepalveluja tuottavien viranomaisten toimintaan, kun heillä ei ole edes mahdollisuutta osallistua kyseisiä palveluja koskevaan päätöksentekoon? Ja

kuinka paljon tämän päivän iskulauseet tuottavuus, tehokkuus ja taloudellisuus ruokivat byrokratian kasvua? Tarkastellessaan sosiaalisektorin organisaatioiden byrokratisoitumista Norjassa Steinar Stjernö (1986) on löytänyt organisaation byokraattisiin piirteisiin liittyen joukon etuja, jotka vaikuttavat työhömme sosiaalityöntekijöinä. Hän pitää hierarkian myönteisenä puolena sitä, että se saa aikaan asioiden perusteellisemmän käsittelyn ja varmistaa sen, että yhdenkään sosiaalityöntekijän yksilöllinen arviointi ei ratkaise esimerkiksi anomuksen kohtaloa. Myönteistä on myös se, että sosiaalityöntekijä voi jakaa vastuun muiden kanssa ja selviytyä epämiellyttävistä ratkaisuista, kritiikistä ja ristiriidoista asiakkaiden kanssa viittaamalla siihen, että esimies tekee päätökset. Selkeä ja kaavamainen työnjako puolestaan vähentää paineita, koska vastuualueesta tulee rajoitetumpi. Erikoistumalla taas voidaan paremmin vastata asiakkaiden erilaisiin tarpeisiin ja ongelmiin ja erikoistuminen vähentää myös sosiaalityöntekijöiden painetta kaikinpuoliseen asiantuntemukseen. (Mt., 93-94.)

Organisaation byokraattisilla piirteillä voi olla myös kielteisiä ja epätarkoituksenmukaisia vaikutuksia. Hierarkia saattaa hidastaa asioiden käsittelyä ja samalla luo kuilun asiakkaan ja päätöksenteon välille. Hierarkia myös siivilöi ja vääristelee tietoa, koska päätökset saattavat perustua toisen käden tietoon tai kirjallisiin lausuntoihin. Selkeä ja kaavamainen työnjako antaa työntekijälle mahdollisuuden torjua vastuu kaikesta, mikä ei sisälly omaan tehtäväkenttään. Edellä mainittu sosiaalityön erikoistuminen puolestaan voi johtaa kapeampaan näkemykseen sen sijaan, että saavutettaisiin kokonaisnäkemys asiakkaasta ja hänen ongelmistaan. (Mt., 94.) Ulla Mutka (1998, 48) varoittaa esimerkiksi Britanniassa nähtävissä olevan uuden reflektiivisen sosiaalityön, uuden asiantuntijuuden synnystä, jossa osaksi ammatillista arkea ovat tulleet työn osittaminen, koveneva sosiaalisten hierarkioiden järjestelmä ja lisääntyvä byrokratia.

Jorma Sipilän (1989, 218-219) mukaan huomattava osa sosiaalityöstä on luonteeltaan palvelutyötä. Palvelutyö soveltuu erityisesti kuvaamaan sosiaalityössä annettavaa neuvontaa ja ohjausta. Sipilä painottaa palvelutyön eroavan byrokratiatyöstä siinä, etteivät hallinnolliset säädökset ja organisaatio määritä työn suorittamisen tapaa, vaikka taustana on aina byrokratia, ja toiminta on byokraattisen kontrollin alaista. Sipilä katsoo-

kin sosiaalityöntekijän olevan asiakkaan palvelija. Täten työntekijä voi hyväksyä ajatuksen, että informoitu asiakas on oikeassa. Palvelutyötä Sipilä (mt., 238) pitää joustavana, sillä sitä voidaan tehdä psykososiaalisen työn organisaatiossa ja jopa byrokratiassakin.

Psykososiaalisen työn erilaisuus byrokratiatyöhön nähden perustuu toiminnallisten lähtökohtien erilaisuuteen. Psykososiaalinen työ edellyttää byrokratiatyöstä poikkeavaa ohjautumisperustaa. Psykososiaalinen työ perustuu pitkälle erikoistuneeseen professionaaliseen tietoon ja kokemukseen, byrokratiatyö taas hallinnollisiin säädöksiin. Psykososiaalinen työ edellyttää, että byokraattisesti normitetun rutiinin tilalle tulee tieteelliseen tietoon perustuva yksilöllinen ongelmien selvittely. Toimenpiteen sisälöksi muotoutuu terapeutin keskustelu ja työskentelyn kohteena on yksilön persoonallisuus. (Raunio 1993, 108-110.) Jorma Sipilän (1989, 213) mukaan psykososiaalista työtä tehdään terapeuttisissa organisaatioissa. Sosiaalityöntekijöiden kiinnostus psykososiaalista työtä kohtaan onkin lisääntynyt, mikä Kyösti Raunion (1993, 111) mielestä selittyy sillä, että psykososiaalinen työ näyttää avaavan mahdollisuuden kokonaisvaltaiseen ”varsinaisen sosiaalityön” tekemiseen huono-osaisten asiakkaiden kanssa.

Kiinnostus psykososiaaliseen työhön alkoi Ruotsissa jo 1970-luvun puolivälissä (Börjeson 1985; Hesse 1985; Sandell 1985; Bernler 1987; vrt. Couldshed 1988, 62-74). Suomessa psykososiaalisen työn suhdetta sosiaalityöhön ei ole juurikaan pohdittu (ks. kuitenkin Sipilä 1989, 224-225) ja pohtimista vaikeuttaa osaltaan se, ettei psykososiaalista työtä ole täsmällisesti määritelty eikä teoreettisesti perusteltu (Granfelt 1993, 194). Psykososiaalista työtä Jorma Sipilä (1989, 225) pitää vaikeasti määriteltävänä käsitteenä, koska työtavan tunnusmerkit eivät ole selkiytyneet. Psykososiaalinen työ liittyy tilanteisiin, joissa esiintyy päihteitä, vaikeita ihmissuhteita, psyykkisiä häiriöitä, väkivaltaa ja kriisejä. Työn tavoitteissa korostuu ihmisen psyykkinen selviytyminen, usein myös hänen ajattelu- ja toimintatapojensa muuttaminen. Tyypillisinä työalueina nähdään lastensuojelu, kriminaalihuolto, mielenterveystyö ja päihdehuolto. (Mt., 224.) Riitta Granfelt (1993, 197) täydentää Sipilää ja katsoo, ettei psykososiaalisessa työssä

pyritä aikaansaamaan muutosta vain asiakkaan ajattelu- ja toimintatavoissa, vaan myös sosiaalisissa suhteissa ja sosiaalisessa tilanteessa. Tämä sosiaalisen näkökulman korostus, mutta erityisesti päihdeikäyttäjän profiilin muuttuminen on tuonut yhä tärkeämmäksi osaksi myös päihdekuntoutusta sosiaalisen kuntoutuksen käsitteen, jolla tarkoitetaan ihmisen toimintakyvyn palauttamista suhteessa omaan itseensä, lähiympäristöön ja yhteiskuntaan. (Ks. Ruisniemi 2003.)

Laajimmillaan psykososiaalinen työ käsitteenä viittaa sellaiseen sosiaali- ja terveydenhuollon työhön, jota tehdään yksilöiden, perheiden ja ryhmien kanssa ja jossa työn kohteena ovat sekä sosiaaliset että psyykkiset kysymykset. Psykososiaalinen orientaatio voidaan nähdä ihmissuhdetyön perussuuntauksena, jolloin psykososiaalisuus ymmärretään suuntautumistavaksi, joka yhdistää suurta joukkoa erilaisia ammatteja. Toisaalta psykososiaalisuus voidaan nähdä osana tiettyä ammattia, jolloin huomio kiinnitetään siihen, miten psykososiaalinen orientaatio todellistuu tietyssä ammatissa. (Granfelt 1993, 177.)

Psykososiaalinen työ ei ole terapiamuoto, vaan yksi sosiaalityön orientaatio, jossa terapeutisuus on yksi tietoisesti tunnustettu työn osa-alue ja jossa työskentelyyn mukaan otetaan myös taloudelliset, sosiaaliset kuin psyykkisetkin ongelmat. Psykososiaalisen työn avulla pyritään ratkaisemaan, miten sosiaaliset ongelmat ja psyykkinen pahoinvointi ovat kietoutuneet toisiinsa yksilöiden ja perheiden elämässä. Psykososiaalisessa työssä korostuvat terapeutisuus, sitoutuminen työskentelyyn syrjäytyneiden ryhmien kanssa sekä pyrkimys tietoisesti jäsentää psykologian osuutta sosiaalityön tietoperustassa. Psykososiaalinen työ on professionaalista toimintaa, joka ei kuitenkaan muutu psykoterapiaksi. (Mt., 177, 222-224.) Näin ymmärrettynä sosiaalityön psykososiaalinen orientaatio toimii mielestäni hyvin myös päihdehuollon sosiaalityöntekijän viitekehyksenä. Oma mielenkiintoni suuntautuukin siihen, millaisen kuvan päihdehuollon sosiaalityön asiantuntijoiden haastattelut antavat tästä psykososiaalisesta orientaatiosta. Löytyykö sitä päihdehuollon sosiaalityöstä ja millaisena se näyttää?

Riitta Granfelt (mt. 196) tekee eron myös psykososiaalisen korjaavan työn ja ennalta ehkäisevän työn välille. Granfeltin katsoo, että korjaava työ kohdistuu ennen kaikkea sellaisiin asiakasryhmiin, joiden elämässä on paljon vaikeuksia, kun taas ennalta ehkäisevä työ on luonteeltaan muun muassa joihinkin ryhmiin kohdennettua tiedonvälitystä tai valistusta. Kohdentuminen huono-osaisuuteen edellyttää työn painopisteen asettamista sosiaaliseen resurssointiin, sosiaalisten oikeuksien valvontaan ja yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen. Tällöin Granfeltin mukaan korostuu psykososiaalisen työn sosiaalipoliittisuus, johon terapeuttinen ulottuvuus liittyy asiakkaan tarpeita ymmärtämään pyrkivänä ja sen pohjalta toimintastrategiansa valitsevana työotteena. (Mt., 211.)

Anneli Pienimäen (2002, 6) mukaan psykososiaalinen kuntoutus päihdeongelmien hoidossa voi olla erilaista terapiaa, tukea tai neuvoa antavaa, itsestä huolehtimisesta ja sosiaalisten taitojen opettelua, erilaisia ryhmiä, retkahduksen ehkäisyä ja akupunktiota. Alkoholi- ja huumeongelman psykososiaalinen hoito on useimmiten samanlaista. Eniten hoitopaikat tarjoavat tukea ja terapiaa, toiseksi yleisin menetelmä on retkahduksen ehkäisy. Kolmanneksi yleisintä on sosiaalisen tuen hyödyntäminen ja sosiaalisten taitojen opettelu. Vaihtoehtoisista hoidoista akupunktio on erityisen suosittua. Useiden päihdetyöntekijöiden näkemysten mukaan samat menetelmät kyllä soveltuvat sekä alkoholi- että huumeongelmallisille, mutta he eivät aina sovi yhteisen pöydän ääreen. Nuoren narkomaanin on vaikea samaistua keski-ikäiseen alkoholistiin ja päinvastoin.

Maamme päihdehuolto on siis perinteisesti ollut varsin sosiaalityöpainotteinen. Sosiaalityön vahva korostus päihdetyössä on nojannut jo A-klinikkatoiminnan varhaisessa vaiheessa omaksuttuun käsitykseen alkoholismin psykososiaalisesta luonteesta. Selvitäessään A-klinikkatoiminnan aloittamiseen ja vakiinnuttamiseen vaikuttaneita taustatekijöitä ja niiden ilmenemistä yhteiskunnallisessa toiminnassa Jukka Ahonen (1997, 76) kuvailee klinikkahoidon historian alkuvaiheessa, 1950-luvun Suomessa, päihdetyön sosiaalityöntekijän työnkuvaa jäsentymättömäksi. Alkuaikoina sosiaalilautakunnan kautta klinikoille puoliväkisin lähetetyt potilaat eivät olleet kovinkaan motivoituneita pitkäjänteiseen ja hitaasti etenevään hoitoprosessiin. Huomattava osa sosiaali-

työntekijän työstä olikin yleistä neuvontaa ja opastusta. Useimmiten potilaiden akuuteimmat ongelmat liittyivät asunto- ja työvaikeuksiin sekä sakkoihin.

Päihdehuollon sosiaalihoitopainotteisuutta korostavat myös Jukka-Pekka Takala ja Juhani Lehto (1988) Suomen päihdehuoltojärjestelmän historiallista kehitystä kuvaavassa artikkelissaan. Kirjoittajat mukaan sosiaaliviranomaisten ja sosiaalityön keskeisen rooli Suomen alkoholihoitojärjestelmässä juontuu jo 1930-luvulle, jolloin huoltolautakunta ja sosiaalitoimisto saivat alkoholihuollon tehtäviä. (Mt., 106.) Linja näyttäisi pysyneen melko muuttumattomana, vaikka vuoden 1987 alusta voimaan tullut päihdehuoltolaki määritteli vastuun päihdehuollosta lakisääteisesti kunnan terveyslautakunnan tehtäväksi terveydenhuollon osalta, on kuntien sosiaalitoimen hallinto kantanut edelleen päävastuun päihdepalvelujen järjestämisestä. (Holopainen & Annala 1995, 9; Murto 2002, 189.) Tilanne on kuitenkin vähitellen muuttunut ja muuttumassa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön laajentuessa siten, että perinteisesti sosiaalihoitoalueeseen kuuluneisiin päihdehuollon yksiköihin on alettu lisätä terveydenhuollon edellytyksiä.

Olavi Kaukonen (2000) on omassa tutkimuksessaan tarkastellut suomalaista hyvinvointivaltiota päihdepalvelujen näkökulmasta. Hänen mukaansa maamme päihdepalvelujärjestelmä eriytyi 1990-luvulla kulttuurisesti aikaisempaa selkeämmin erilaisiin huono-osaispalveluihin ja toisaalta erilaisiin kuntouttaviin palveluihin. Huono-osaisimmat asiakkaat ovat enenevästi palvelujärjestelmän kierrätyksessä samalla, kun avopalvelut ovat ryhtyneet valikoimaan asiakkaitaan.

Palvelujentuottajan näkökulmasta tilanne ei näyttäisi kovinkaan paljon muuttuneen vuosien kuluessa. Monista hoitopisteistä löytyy tänä päivänä Mailis Taskisen ja Rauno Mäkelän (1995, 30) kuvailema keski-ikäisten syrjäytyneiden miesten kasvava ja paljon työtä teettävä ryhmä, joka tarvitsee erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja enemmän kuin muu väestö. Joukko, joka on pudonnut kilpailu- ja kulutusyhteiskunnan oravanpyörästä ja sinnittelee omissa porukoissaan luoden omaa uhmakasta uraa yhteisöissä, joissa tulevat hyväksytyksi. He johtavat itsemurha- ja muita kuolintilastoja,

työttömyys-, toimeentulotuki-, rikos- ja päihdetilastoja. He ovat siis se ihmisryhmä, jotka eivät aina putoa jaloilleen ja säily hengissä. Liekö sitten vastuun pakoilua vai mitä, jos totean omaavani kyllä päihdetyön taitoja, mutta yhä enenevässä määrin myös epäuskoa omiin kykyihini sosiaalityöntekijänä ja päihdetyöntekijänä sekä hoitopessimisiä, kun olen työskennellyt kyseisen ryhmän kanssa?

Meillä suomalaisilla on ongelmia päihteiden kanssa eikä huoli ole mitään uutta päihdehuoltojärjestelmällemme tai sosiaali- ja terveydenhuollollemme. Sen sijaan uutta ovat monet uudet päihteet ja uudenlainen päihdekulttuuri, jotka ovat merkittävä haaste päihdepalvelujen järjestäjille tällä uudella vuosikymmenellä. Huumeongelma, huumeiden käyttö, käytöstä aiheutuneet haitat ja huumeongelmaisten hoidon tarve ovat olleet 1990-luvulta lähtien jatkuvasti esillä yhteiskunnallisessa keskustelussa ja tutkimuksessa. (Esim. Huumausainestrategia 1997; Nuorvala 1997; Partanen & Metso 1999; Huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa kehittäneen työryhmän muistio 2001; Päihdetilastollinen vuosikirja 2004.)

Itse pitkään päihdetyötä tehneenä koenkin, että huumeiden käytön kasvu on ottanut ylivoimaisen julkisessa keskustelussa jopa niin, että alkoholiongelma ja alkoholiongelman hoito ovat vaarassa jäädä huumeongelman varjoon. Jopa käytännön päihdetyössä olen tämän uuden puhettavan kokenut siten, että alalle tulevat äskettäin valmistuneet työntekijätkin ovat kiinnostuneempia työskentelemään huumeongelmaisten kuin alkoholi-ongelmaisten kanssa. Toivottavasti tämän uuden ajattelutavan taustalla ei ole ajatus huumeongelman hoidon helppoudesta eli siitä, että ”pilleriä suuhun työntämällä” ihminen saadaan nopeasti kuntoon ja seuraava potilas tilalle. Samansuuntaisia huomioita ja ajatuskulkuja nousee esiin myös Heikki Suhosen ja Lasse Murron (2002) tutkimuksessa. Analysoidessaan Turun A-klinikkatoimen eri toimipisteiden edustajien ryhmähaastatteluja tutkijat esittävät ryhmän jäsenten huolen siitä tavasta, miten esimerkiksi psykiatrian kentällä on perustettu uusia huumehoitoyksiköitä maahan. Näiden uusien yksiköiden perustajia ei kiinnosta jo olemassa oleva pitkä päihdehuollonkokemus, vaan asiantuntemus synnytetään ikään kuin tyhjästä ja yksipuolisesti lääketieteen ja lääkehoidon näkökulmista. Pelkona on myös se, että uudet hoitomallit ja uudenlainen

asiakkaiden valikoiminen jättävät kaikkein huonomassa asemassa olevat asiakkaat päihdehuollon hoidettavaksi. (Mt., 119.) Huumeongelmassa on toki kysymys vakavasta ja pelottavasta ongelmasta, mutta alkoholi on edelleen valtapäihde maassamme, vaikka huumeongelmat näkyvätkin enemmän tiedotusvälineissä.

Ennen puhuimme alkoholisteista ja narkomaaneista, mutta nykyisin alkoholiriippuvaisista ja huumeriippuvaisista, mutta myös päihdeaddiktiosta. Käsitys päihdeongelmasta sosiaalisena ongelmana tai järjestyksenpitoon liittyvänä ongelmana on vähitellen väistymässä. Tätä nykyä on kirjallisuudessa näkyvimmin esillä sairausmalli ja addiktionäkökulma. Päihdeongelman käsittäminen sairaudeksi ei ole kuitenkaan riidaton asia, ja siitä on kiistelty ja kirjoitettu paljon. Päihdeongelman määrittämistä sairaudeksi kritisoidaan sen vuoksi, että päihdeongelmainen voi omaksua ”sairaana” roolin ja hänen oma vastuunsa ongelmasta häviää. On pelätty, että sairausmalli johtaisi hoito-ohjelmat väärään suuntaan kääntämällä erilaiset järjestelmän ongelmat lääketieteelliseksi. Sairausmääritelmän hyvänä puolena pidetään puolestaan sitä, että se vapauttaa ongelmaisen syyllisyydestä ja näin kenties helpottaa hoitoon hakeutumista. (Jaatinen 1996, 40; Johns 1990, 11; ks. myös Lindqvist 1986, 75.) Tämän uuden puhettavan muutoksen taustalla on Jyrki Konkan (2002, 24) mukaan sekä ajattelutavan että tutkimuspäämäärien muutos ja samalla myös hiljalleen käynnissä olevan ihmiskäsityksen paradigman muutos. Päihteiden käyttöön liittyvistä fyysikaalisista, mentaalisista ja sosiaalisista ongelmista ollaan hyvää vauhtia tekemässä ainoastaan fyysikaalisia ongelmia, joiden taustalla on kemiallinen aivojen toiminnan häiriö. Konkan mukaan tällainen näkökulman muutos palveleekin lähinnä medikalisaatioon kytkeytyviä pyrkimyksiä, lääketeollisuuden voittoa ja lääkäreiden vallan kasvua yhteiskunnassa.

Tämä nykyaikaisen psykiatrian uusi paradigma näkyy päihdeongelmaisten, mutta varsinkin huumeongelmaisten hoidon pääpainon siirtymisessä sosiaalipoliittisista toimista lääketieteellisiin toimiin. (Murto 2002, 177; ks. myös Huumeriippuvuuden hoito Suomessa 1999; Huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa kehittäneen työryhmän muistio 2001; Opioidiriippuvaisten lääkkeellisiä hoitoja kehittäneen työryhmän muistio

2001.) Kuinka pitkälle kysymys on lääketieteen kaupallistamisen uudesta tasosta, jossa markkinamekanismit tuotteistavat huumeongelmaisten hoidon?

Miten sitten lisääntyvä huumeiden käyttö vaikuttaa päihdehoitojärjestelmiin? Huumeiden käytössä on tapahtumassa yksilöllistymisen vaihe. Kun tähän asti olemme pitäneet huumeiden käyttöä pikkurikollisten elämäntapana, olemme nyt siirtymässä aikaan, jossa hyvin toimeentulevat alkavat rentoutua alkoholin sijasta huumeilla. Nämä uudet huumeiden käyttäjät tulevat it-alan yrityksistä, ovat korkeakoulu- tai taideopiskelijoita sekä mainos-, media- ja uusmedia-alojen ihmisiä. Keskeistä tälle Mikko Salasuon ja Kati Rantalan (2002) kutsumalle viihdekäytölle on käyttäjien usko, että huumeet eivät aiheuta heille riippuvuutta. Ja kun yksilö pystyy käyttämään huumeita, hän tuskin kuuntelee huumevalistusta, käy katkaisuhoidossa tai hakeutuu A-klinikoille hoitoon. Salasuo ja Rantala (mt., 64) kuvaavat viihdekäytön yhteyttä digitaaliseen teknokulttuuriin. Tämän kulttuurisen kehittymisen edelläkävijänä Suomi on kirjoittajien mukaan erityisen otollista maaperää viihdekäytön vakiintumiselle. Miten tähän sitten tulevat vastaamaan uusien lääkehoitopainotteisten hoitomallien edustajat? Tämä uusi viihdekäyttäjien ryhmä tulee olemaan haaste ainakin meille sosiaalityöntekijöille, mutta myös koko hoitojärjestelmälle. Aivan viime aikoina olen itse kuntoutusryhmien ohjaajana törmännyt erityisesti nuoriin asiakkaisiin, jotka hakeutuvat hoitoon ensisijaisesti alkoholiongelmiansa vuoksi, mutta ovat omineet puheeseensa edellä mainitun huumeiden viihdekäytön. Viihdekäytöstä saatetaan puhua hyvin kevyeen sävyyn, vaikka asioiden lähempi tarkastelu voi paljastaa aivan toisen, karumman todellisuuden.

Huumeepoliittisessa ohjelmassa (<http://www.kalliola.fi/huupo.pdf> 11.10.2002) Päihdehuollon valtakunnallinen yhteistyöryhmä Päivyt edellyttää, ettei huumeidenkäytön saama huomio saa syrjäyttää muiden päihteiden käytön vastaista toimintaa. Myös erityisesti opiaattiriippuvaisten narkomaanien lääkkeellisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoitojen kriteerit tulee täsmentää valtakunnallisesti suomalaisia ja kansainvälisiä tutkimuksia ja hoitokokemuksia seuraten. Yhteistyöryhmä korostaa lisäksi, että lääkehoito edellyttää aina rinnalleen riittävää hoitoa ja kuntoutusta sekä psykososiaalista tukea.

Kokonaisuudessaan voin todeta teoreettisen tarkastelun pohjalta, että suomalaisen päihdehuollon sosiaalityön taustalla oli sosiaalihuollon painopisteen siirtyminen laitoshoidosta avohuoltoon. Päihdehuollon sosiaalityön muotoutuminen liittyy puolestaan yleiseen sosiaalityön kehitykseen ja se on saanut virikkeitä kunkin aikakauden ajankohtaisista kysymyksistä. Suomessa päihdehuolto on ollut perinteisesti sosiaalihuollon vastuulla vuoteen 1987 asti, jolloin voimaan tullut päihdehuoltolaki asetti sosiaalihuollon ja terveydenhuollon tasavertaiseen vastuuseen. Terveydenhuollon panostus on kasvanut erityisesti 1990-luvulta lähtien kuntien turvautuessa päihdeongelmaisten hoidossa entistä enemmän psykiatriseen sairaalahoitoon, jonka myötä on alettu keskustella päihdehuollon psykiatrisoitumisesta.

3 MENETELMÄLLISET VALINNAT JA TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

3.1 Tutkimuksen rajaus ja tutkimustehtävä

Päihdehuollon sosiaalityön sisällön ja luonteen muotoutumisen kuvaaminen edellyttää, että tutkimuksessa tarkasteltava aikajänne on riittävän pitkä. Olen valinnut tutkimukseni aloitusajankohdaksi 1950-luvun puolivälin. Liitän päihdehuollon sosiaalityön muotoutumisen professionaalisen sosiaalityön syntyyn Suomessa sotien jälkeen 1940- ja 1950-luvuilla. Tällöin sosiaalityöntekijöiden ammatillinen koulutus oli käynnistynyt ja alan ammatillis-teoreettisia perusteita oltiin vähitellen rakentamassa ja jäsentämässä. Sosiaalityö oli saamassa nykyisen muotonsa. (Ks. esim. Vuorikoski 1999.) Toisaalta päihdehuollon sosiaalityön ituja oli nähtävissä siinä, että vuonna 1950 Oy Alkoholiliike Ab perusti Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiön (nykyisin Alkoholitutkimussäätiö), jonka tehtävänä oli selvittää tieteelliseltä pohjalta alkoholiin liittyviä ongelmia. Vuoden 1953 lopulla Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiö aloitti alkoholistipoliklinikkatoiminnan kokeiluluonteisesti Helsingissä ja Vaasassa. Samalla Alkoholiliike palkkasi ja koulutti ostajaintarkkailun toimihenkilöitä näiden A-klinikoiden sosiaalityöntekijöiksi. Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiön kokeiluklinikat sulautuivat syksyllä 1955 perustettuun A-klinikkasäätiöön, joka pyrki toiminnallaan täydentämään ja tukemaan lakisääteistä alkoholihuoltoa. (Ahonen 1997, 50-55, 91.) Mirja Satkan (1994, 310-311) mukaan juuri Helsingin A-klinikkaa voidaan pitää omaleimaisen sosiaalityön kehittäjänä. A-klinikan kehittämistyön ensisijaisena kohteena olikin suomalaisen päihdetyöhön sopivan monitieteisen sosiaalityön löytäminen. Eli A-klinikkatoiminta käynnistyi samanaikaisesti, kun suomalainen sosiaalipolitiikka oli jättämässä taakseen vanhan köyhäinhoidollisen perinteen ja kehitymässä kohti modernia hyvinvointivaltiota.

Tutkimukseni päätösajankohdan sijoitan 2000-luvun alkuvuosiin, jolloin päihdehuollon keskustelun keskiössä ovat olleet yhteiskunnallisen kehityksen tuomat muutospaineet. Oleellista tässä keskustelussa on ollut huumeiden käytön voimakas lisääntymi-

nen, mutta erityisesti päihdehuollon erityispalveluissa tehdyt säästöt ja päihdeongelmaisten mahdollisuudet saada tarvitsemiaan palveluja. Alkoholin veronalennuksen jälkeen mielenkiinto on suuntautunut väkevien juomien kulutuksen nopeaan kasvuun ja alkoholin käytön aiheuttamiin haittoihin. Yhteiskuntaa rasittavat erityisesti lisääntyneet pahoinpitelyrikokset ja rattijuopumukset. Samalla uudenlaiset kontrollitoimet, kuten esimerkiksi huumetestaukset kouluissa, oppilaitoksissa ja työpaikoilla tai esitykset ruokakaupoissa myytävän oluen miedontamisesta, ovat saaneet kannatusta.

Olavi Kaukonen (2000, 108-109) tarkoittaa päihdepalveluilla tai päihde-ehdoisilla palveluilla sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä palveluita että erityisesti päihdeongelmaisille tarkoitettuja erityispalveluita. Sosiaali- ja terveyspalveluja ovat muun muassa terveyskeskusten vuodeosastot, psykiatriset sairaalat ja sosiaalitoimistojen sosiaalityö. Tässä työssä tarkastelu liittyy kuitenkin päihdehuollon erityispalveluihin ja niissä tehtävään sosiaalityöhön. Näihin erityispalveluihin kuuluvat A-klinikat ja vastaavat avohuoltoyksiköt, katkaisuhuolto- ja kuntoutuslaitokset, laitosmuotoiset asumispalvelut (tuettu asuminen, hoito- ja huoltokodit) sekä ensisuoijat ja päivätoimintakeskukset.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on hakea uutta näkökulmaa päihdeongelmien ja sosiaalityön väliseen suhteeseen. Tutkimuksen tavoitteena on löytää päihdehuollon sosiaalityön olennaisia piirteitä ja luoda kokonaiskuvaa sosiaalityön osuudesta päihdeongelmaisten hoidossa. Tutkimus tuottaa tietoa yhteistyön kehittämiseksi eri ammattiryhmien välillä päihdepalveluissa sosiaalityön näkökulmasta. En ole kiinnostunut niistä yksittäisistä toimenpiteistä tai suoritteista, joita sosiaalityöntekijä -nimikkeellä tehdään päihdeongelmaisen auttamiseksi päihdepalveluissa, vaan olen kiinnostunut siitä, mitä sosiaalityö osana päihdeongelmaisten hoitamista merkitsee. Olen asettanut tutkimustehtäväkseni: Miten päihdehuollon sosiaalityön sisältö ja luonne on muotoutunut 1950-luvulta 2000-luvun alkuvuosiin?

Tutkimustehtävä on laaja ja monikerroksinen, mutta seuraavilla lisäkysymyksillä pyrin aukaisemaan sitä lisää. Mitä on sosiaalityön asiantuntijuus päihdetyössä? Eli millainen kertomus syntyy päihdehuollon sosiaalityöstä tiedonantajien välittämänä? Tutkimuk-

nessa tarkastellaan päihdehuollon sosiaalityön kehittymistä Suomessa siitä lähtien, kun A-klinikkatoiminta käynnistyi 1950-luvun alkupuolella. Koska palaan lähihistorian tarkastelusta nykyhetkeen, minua kiinnostaa se, miten sosiaalityö näyttäytyy, ja mikä on sosiaalityön paikka sekä perinteisessä sosiaalityöpainotteisessa päihdetyössä että uusissa hoitomalleissa. Tutkimukseni toteuttamisen ajankohtaa, vuosituhannen vaihdetta, on kutsuttu myöhäismoderniksi, jossa modernin rakenteiden ajatellaan olevan jatkuvassa muutoksessa tai muuttuneen. Kun päihdehuollon sosiaalityön tarkastelu sijoitetaan tähän tematiikkaan, on aiheellista kysyä, miten päihdehuolto ja sosiaalityö toteuttavat tehtävänsä nyt, kun yksilön arkea, työelämää, vapaa-aikaa ja päihteiden käyttöä määrittävät rakenteelliset puitteet ovat muuttuneet.

Tutkimustehtävän laajuutta perustelen sillä, että teen tutkimusta narratiivisella tutkimusotteella, jossa tutkimuksen etenemisen logiikka on induktiivinen, tutkimuksen tutkimustehtävä määritellään aluksi väljästi ja se voi tarkentua tutkimusprosessin kuluessa. Jätän itselleni samalla myös mahdollisuuden siihen, että perehtyessäni aineistooni, voin saada uusia vihjeitä siitä, millaiset merkityksenannot ovat aineiston kannalta mielenkiintoisimpia. (Moilanen & Räihä 2001, 50; Vuokila-Oikkonen ym. 2001, 90-91.) Myös laadullisen tutkimuksen luonteeseen kuuluu, että tutkimusongelmaa ei välttämättä ole ilmaistu täsmällisesti tutkimuksen alussa, vaan se tarkentuu tutkimuksen kuluessa. Tällä Jari Eskola ja Juha Suoranta (1998, 15-16) viittaavat laadullisen tutkimuksen prosessiluonteeseen ja siihen, että tutkijan ymmärrys aiheesta kehittyy tutkimuksen edetessä. Tutkimukseni keskeisiä metodisia kiinnukohtia ovat tarina ja tarinallisuus. Tarkoitukseni on tutkimuksessani käsitellä haastatteluja päihdehuollon sosiaalityöstä narratiivisen analyysin keinoin eli omalla päihdehuollon sosiaalityön tarinallani tai kertomuksellani pyrin tuottamaan sanoiksi sen kuvan, jonka lähdeaineistoni paljastaa tutkimuskohteesta.

3.2 Narratiivisuus metodologisena ratkaisuna

Tutkimusnäkökulmani valinnassa on lähtökohtana ollut Vilma Hännisen (1996, 109) ajatus siitä, että narratiivinen lähestymistapa sopii hyvin ihmistutkimuksessa voimistuneeseen haasteeseen tarkastella ihmistä aktiivisena, merkityksiä antavana toimijana ja ihmiselämän ilmiöitä prosessinomaisina, kielellisesti tulkittuina sekä aikaan ja paikkaan sidottuina. Nykyisin kiinnostus kertomusten ja elämäntarinoiden käyttöön tutkimuksessa on niin runsasta, että Amia Lieblich ym. (1998, 1; ks. myös Syrjälä 2001, 203) puhuvat narratiivisesta tai jopa elämänkerrallisesta käännteestä sosiaalitieteissä. Uutta suuntausta on luonnehdittu sellaiseksi tietämisen kulttuurin muutokseksi, että se ilmentää luopumista positivistisesta paradigmasta. Tutkimuksellisena lähestymistapana kvalitatiivinen ote avaa mahdollisuudet kohteen kokonaisvaltaiseen tarkasteluun.

Hannu L. T. Heikkinen (2000, 48-50; 2001, 118-119) kuvaa narratiivista tutkimusmetodia ja narratiiveja verrattain nuoreksi ja uudeksi tavaksi tuottaa tietoa. Narratiivisuus ilmestyi suomalaisen tieteen tutkimuskäytänteisiin ja puhetapoihin vasta noin 1990-luvun alkupuolella. Narratiivisuuden käsitettä tieteellisessä keskustelussa luonnehditaan neljällä tavalla, jotka liittyvät käsitykseen tiedon luonteesta, tutkimusaineiston luonteesta, aineiston analyysitapoihin sekä narratiivien käytännön merkitykseen. Narratiivisuuden esiintulo heijastaa yhteiskunnassa laajemminkin vallitsevaa suuntausta, jossa olosuhteet ja tieto maailmasta muuttavat muotoaan koko ajan. Tätä muutosta on kutsuttu käännteeksi kohti konstruktivismia tai postmodernia (Lieblich ym. 1998, 2). David Howe (1994, 514-515) kuvaa eroa modernin ja postmodernin välillä siten, että modernismissa ihmisen rationaalisuus on keskeisessä asemassa. Tapahtumien syiden selvittelyä logiikan ja empirismin avulla pidetään tärkeänä ja keskeisenä. Tieteellisiin konstruktioihin pyrkivä toiminta on riippumatonta ja itseriittoista. Ajatuksena on, että systemaattisella tarkkailulla asioiden ja tapahtumien todellinen luonne on löydettävissä, ja että on olemassa yksi ainoa totuus. Sen sijaan postmoderni tiedekäsitys Howen mukaan korostaa sosiaalisten konstruktioiden merkitystä ilmiöiden tulkinnassa. Tiedon todellisuus perustuu kommunikaatioon ja kielelliseen käytäntöön. Keskeinen kysymys

kuuluukin, kuinka tieto synnytetään ihmisten keskinäisessä vuorovaikutuksessa. (Howe 1994, 520, 522.)

Narratiivisessa tutkimuksessa huomio kohdistuu siihen, millä tavalla yksilöt antavat merkityksiä asioille tarinoidensa kautta. Tutkimusotteella pyritään tutkijan ja tutkittavien yhteisen merkityksen luomiseen. Narratiivisessa tutkimuksessa tieto muodostuu usein dialogisesti, tutkittavien kanssa keskustellen. Narratiivinen tutkimus ei pyri objektiiviseen tai yleistettävään tietoon, vaan se hakee paikallista, henkilökohtaista ja subjektiivista tietoa. Kun modernistinen tiedonjärjestys pitää tätä pelkästään tutkimuksen heikkoutena, näkee narratiivinen tutkimus saman asian vahvuutena. Yksilöiden elämäkertomuksiin perustuva merkityksenanto mahdollistaa sen, että ihmisten äänet tulevat autenttisemmalla tavalla kuuluviin. Tieto muodostuu näin moniäänisempänä ja kerroksellisempänä entiteettinä, joukkona pieniä kertomuksia, eikä pelkisty yhteen, universaaliin ja monologiseen ”suureen kertomukseen”. (Heikkinen 2000, 50-51; ks. myös Hatch & Wisniewski 1995.) Omassa tutkimuksessani olen käyttänyt aineiston keräämisessä narratiivista haastattelua, jolla pyrin saamaan mahdollisimman kerronnallista aineistoa. Tutkimuksessani lähdin siitä, ettei ole olemassa yhtä ainoata tulkintaa päihdehuollon sosiaalityöstä, vaan erilaisia kertomuksia, joiden kautta haetaan näkökulmaa tutkittavaan ilmiöön. Ulla Mutka (1998, 182-183) kiteyttää osuvasti sen, mitä omassa työssäni yritän tavoittaa:

”Uskon, että jatkossa erilaisilla pienillä, mobiileilla, yksilökohtaisilla tarinoilla, niihin kiinnittyvällä osaamisella ja niiden heijastamilla traditioilla on meille entistä tärkeämpi merkitys. Kun meiltä on mennyt varmuus, emme tarvitse pelkästään asiakkaidemme tarinoita. Me tarvitsemme myös toinen toistemme tarinoita entistä enemmän nähdäksemme, millaisia ratkaisuja kukin on ammatillisiin kysymyksiin kehitellyt. Juuri tällaiset pienet tarinat ja niihin sisältyvät traditiot antavat rohkeutta tehdä väistämättömiä valintoja ja ratkaisuja, mutta ne eivät velvoita mihinkään, eivät syytä eivätkä sido kuten tekevät perinteisessä mielessä ymmärretyt traditiot tai suuret kertomukset, joihin moderni maailma meidät on ahtanut. Sen sijaan pienet kertomukset mahdollistavat joustavan näkökulmien vaihdon, ratkaisujen etsimisen, tulkintojen tekemisen ja laajentamisen keskellä tätä lisääntyvää yhteiskunnallista monimutkaisuutta, sameutta ja käsittämättömyyttä. Niiden ainoa tehtävä on olla saatavilla ja valittavina, mitä ne mielestä kovin heikosti vielä tänä päivänä ovat.”

Narratiivisuus ei Hannu L. T. Heikkisen (2000, 47-51; 2001, 118-124, 130; ks. myös Marshall & Rossman 1999, 122) mukaan ole mikään metodi eikä koulukunta vaan hajanainen muodostelma kertomuksiin liittyvää tutkimusta. Omassa tutkimuksessani ymmärrän narratiivisuuden Heikkisen tapaan väljänä viitekehyksenä, jossa huomio kohdistetaan kertomuksiin todellisuuden rakentajana ja välittäjänä. Myös me ihmiset ymmärrämme itsemme kertomusten kautta eli rakennamme identiteettimme tarinoiden välityksellä, narratiivisesti. Samalla tavalla vastaus kysymykseen ”kuka olen” tuetaan päivittäin uudelleen, joten siis sekä tieto itsestä että maailmasta muotoutuu kertomusten kautta. Näkemys asioista muuttuu muotoaan alati uusien kokemusten ja keskustelujen kautta. Tällä tavalla narratiivisuus toimii myös tutkimuksessa jatkuvasti kahteen suuntaan eli kertomukset toimivat sekä tietämisen lähtökohtana että lopputuloksena. Erilaisten tutkimustapojen ja kirjoittamistapojen yhdistämistä voi pitää luontevana seurauksena siirtymisestä modernistisesta tieteenihanteesta postmoderniin, konstruktivistiseen tiedekäsitykseen. Postmoderni mielentila on sekä yhdistelyä, kerroksellisuutta että moniäänisyyttä, mutta myös epämääräisyyttä, epäkoherenssia ja ristiriitaisuutta. Vilma Hänninen (1999, 16) puolestaan määrittelee tarinallisen tutkimusotteen laadullisen tutkimuksen lähestymistapana, joka ei muodosta yhtenäistä eikä selvärajaista teoreettis-metodista rakennelmaa vaan se on enemmän avoin keskusteluverkosto, jota yhdistää tarinan käsite. Narratiivinen voidaan määritellä myös tarkoittamaan vain juonellista tarinan mallia. Tällöin narratiivisuus voi merkitä sekä tarinan kirjoittamisen prosessia että tarinaa tuloksena. (Polkinghorne 1988, 13.)

Donald E. Polkinghornen (1988, 18, 126) mukaan tarinalliselle lähestymistavalle on tyypillistä tarkastella ajassa eteneviä tapahtumia niille annettujen merkitysten kautta. Narratiivisessa tutkimuksessa ihmisten elämäkokemukset näyttäytyvät tarinan muodossa. Tarina on ajallinen kokonaisuus eli sillä voidaan nähdä olevan alku, keskikohta ja loppu. Yleensä tarinan aikamuoto on imperfekti, kertomus esittää tapahtumia, jotka ovat jo tapahtuneet. Yksilön tarinat ja kokemukset heijastavat yksilöllisyydessäänkin kuitenkin yhteiskunnallisia tapahtumia ja merkitysjärjestelmiä. (Hänninen 1999, 20-22, 33.)

Postmodernin ajattelun mukaan todellisuus tuotetaan tarinoiden välityksellä, narratiivin tulee itse sisältää pätevyytensä, olla uskottava. Narratiivisen tutkimuksen totuus pohjautuu narratiiviseen tietämiseen joka edustaa tietoteoreettista relativismia, jonka mukaan tietäminen on suhteellista, ajasta, paikasta ja tarkastelijan asemasta riippuvaa ja jonka tarkoitus on vakuuttaa lukijansa. Vakuuttaminen narratiivisessa tutkimuksessa tarkoittaa dialektisesti vähitellen kehkeytyvää ja juonellista tarinaa, jossa on parhaimmillaan vahva todentuntu. (Heikkinen 2001, 119-120, 127.)

Narratiivisuus omassa tutkimuksessani näkyy Hannu L. T. Heikkisen (2001, 118-124) tapaan tutkimusotteena, tutkimusaineistona sekä analyysitapana, jolloin painopiste on uuden kertomuksen tuottaminen aineiston kertomusten perusteella. Heikkisen (2001, 122-123) mukaan narratiivisessa analyysissä muodostetaan aineiston pohjalta uusi kertomus, joka pyrkii tuomaan esiin aineiston kannalta keskeisiä teemoja. Narratiivisessa analyysissä huomio kohdistuu ehjän ja juonellisen, ajassa etenevän tarinan tuottamiseen. Narratiivisuuden käsitteen käytössä ilmenee vielä epäyhtenäisyyttä ja tutkijat ovatkin todenneet, että käsitteiden määrittely ja niiden käyttö on melko vakiintumatonta. (Ks. esim. Lieblich ym. 1998, 2; Heikkinen 2000, 49.) Käytän tässä tutkimuksessa narratiivisuus, tarinallisuus ja kertomuksellisuus käsitteitä Vilma Hännisen (1999) tapaan synonyymisesti.

Kun valitsin tutkimusotetta omaan tutkimukseeni, jouduin miettimään, miten perustelen narratiivisen tutkimusotteen sopivuutta juuri tähän tutkimukseen. Vaihtoehtoisesti mietin, saataisiinko tutkimukseni kannalta olennaista tietoa pelkästään käyttämällä aikaisempien tutkimusten ja kirjallisuuden uudelleentulkintaa tai teemahaastattelua. Päädyin kuitenkin narratiiviseen tutkimusotteeseen, koska ajattelin, että olisin kovin tarkasti edeltä suunnitelluilla ja jäsennellyillä teemoilla voinut kahlita informanttien äänen. Halusin korostaa ensisijaisesti haastateltavien omia näkökulmia, heidän kokemuksistaan ja monien vuosien työtään päihdehuollossa. Koska kysymys oli myös ilmiön tarkastelusta pitkällä aikavälillä, tuntui luonnolliselta lähestyä aihetta enemmän keskustelun- tai muistelunomaisesti kertomusten tai tarinoiden viitekehyksestä kuin kysymys-vastaus-asetelmalla. Tutustuessani myös aiheeseen liittyvään tutkimuskirjalli-

suuteen, kävi ilmi, etten olisi voinut pitäytyä pelkkään kirjallisuuden uudelleentulkintaan yksinkertaisesti olemassa olevan aineiston vähyydestä johtuen. Tämän saman asian todensivat myös haastateltavani omissa kommentteissaan. Melko vapaamuotoinen keskustelu osoittautuikin käyttökelpoiseksi.

3.3 Tutkimusaineisto ja sen keruu

Narratiivisen tutkimuksen aineistoina käytetään kerronnallista, tarinallista materiaalia. Aineistoa kerätään joko haastattelemalla tai kirjoituskehotuksin, mutta aineistona voivat olla myös kenttämuistiinpanot omista havainnoista. Aineisto voidaan kerätä myös valmiista materiaalista, kuten esimerkiksi kirjoitetuista omaelämäkertoista, muistelmista, avoimista elämäkerta-haastatteluista, päiväkirjoista, muistiinpanoista, keskusteluista ja kirjallisuudesta. (Lieblich ym. 1998, 2-3.) Myös valokuvia ja sähköpostiviestejä voidaan käyttää aineistona (Marshall & Rossman 1999, 123). Nykyisin eniten käytettyjä narratiivisen tutkimuksen aineistoja ovat kuitenkin haastattelut ja keskustelut ja niistä nouseva vuoropuhelu tutkijan ja tutkittavien välille. Dialogi voidaan ymmärtää Vilma Hännisen (1999, 20-23) tapaan sekä sisäisenä vuoropuheluna itsen kanssa että vuorovaikutuksessa ympäristön ja muiden ihmisten kanssa. Kertomalla tarinansa ihminen saa mahdollisuuden muun muassa kokemustensa jakamiseen ja reflektointiin. Hännisen (mt., 34) mukaan tarinallisen lähestymistavan eettistä arvoa luonnehditaan juuri sillä, että se antaa tutkimukseen osallistuville äänen siitäkin huolimatta, että tulkinnassa ja esityksessä on loppujen lopuksi esillä tutkijan ääni, ja joka on tärkeää tunnustaa. Tutkimuksen aikana on tunnistettava se, että tutkija on mukana rakentamassa kertojan todellisuutta, ei vain passiivisena tallentajana tai raportoijana (Marshall & Rossman 1999, 123). Toisaalta eettisesti haastavaksi tarinallisen tutkimuksen tekee sen pohtiminen, millä oikeudella tutkija ottaa ihmisten elämälleen antaman merkityksen suurennuslasinsa alle analyysin kohteeksi ja miten analysoida ja esittää tarinoita niin, että tutkimukseen osallistuneet eivät koe tulleeensa hyväksikäytetyiksi tai väärinymmärretyiksi kuten Hänninen (1999, 34) toteaa.

Tutkimusaineistoni on laadulliselle tutkimukselle ominainen, kyseessä on suhteellisen pieni määrä haastateltavia ja heidät on valittu tutkimukseen harkinnanvaraisesti. (Eskola & Suoranta 1998, 15-18.) Haastattelin yhteensä viittä henkilöä. Tutkimukseni aineisto koostuu asiantuntijahaastatteluista eli sellaisten henkilöiden haastatteluista, jotka ovat osallistuneet ja vaikuttaneet sekä perinteisten hoitomenetelmien että uusien hoitopoliittisten käytäntöjen muotoutumiseen päihdehuollossa. Erityisesti suomalaisen päihdehuollon sosiaalityön kehitykseen näyttää ainakin Anja Auvisen, Lasse Murrin, Helmi Mäen, Marja-Leena Nousiaisen ja Antti Särkelän osuus muodostuneen merkittäväksi. Tutkimukseeni valittavista haastateltavista keskusteltiin etukäteen asiantuntijaryhmässä, johon kuului sekä päihdehuollon asiantuntijoita että tutkimustyöni ohjajia. Haastateltavien valintaan vaikutti tutkimuksessani tarkasteltava aikajänne, sillä halusin löytää tutkimukseeni henkilön tai henkilöitä, joiden tiesin vaikuttaneen suomalaisessa päihdetyössä jo 1950-luvulla. Hakemalla näin ajallisesti ääripäitä edustavia haastateltavia, pyrin samalla varmistamaan sen, että saan mahdollisimman kattavan kuvan tutkittavasta ilmiöstä. Haastateltavien löytäminen ja heidän suostumuksensa saaminen tutkimustani varten ei juuri tuottanut vaikeuksia. Kaikki ne henkilöt, joihin olin yhteydessä, suostuivat haastatteluun. Kutsun tutkimukseni henkilöitä jatkossa termillä tiedonantaja Merja Borgmanin (1998, 19) tapaan. Tutkiessaan sosiaalialan ammatillisten tulkintojen rakentumista Borgman käytti tutkimusmateriaalin tuottaneista henkilöistä tiedonantaja nimitystä, koska hän halusi korostaa sitä, että kyse on henkilöistä, jotka ovat subjekteja ja heillä on oma ääni tutkimuksessa.

Tässä tutkimuksessa tiedonantajien kertomuksia tutkii päihdehuollon sosiaalityöntekijä, jolloin aineistolähtöisen tutkimusotteen ongelmana on se, että itselläni on koulutukseni ja työkokemukseni myötä monenlaista tietoa päihdehuollon sosiaalityöstä. Omat etukäteisolettamukseni olen pyrkinyt tiedostamaan kuvaamalla omaa esiyymmärrystäni tutkittavasta ilmiöstä. Näin pyrin sulkeistamaan omat etukäteisolettamukseni siten, etteivät ne määräisi tutkimukseni kulkua, vaan että voisin nähdä tutkimuskohteen tämän aineiston avulla uudella tavalla. Tiedostan sen, että päihdehuollon sosiaalityön tuntemukseni voi vääristää havaintojani siihen liittyvistä teemoista. Pyrin ottamaan

lähtökohdakseni rehellisyyden ja hyväksyn tärkeäksi tutkimuskohteeksi myös oman osuuteni tässä prosessissa.

Rakennan tutkimuksessani aiempien tutkimusten sekä kirjallisuuden kautta sekä viitekehystä, määrittelen käsitteitä ja asetan tutkimuskysymyksiä, mutta samalla käytettävä kirjallisuus toimii myös argumentaatiossa (vrt. Kaukonen 2000, 55). Kirjallisuus on toiminut tutkimuksessani haastateltavieni puheen täydentäjänä, toissijaisena aineistona. Ensisijaisena aineistona ja analyysin kohteena on ollut haastateltavieni puhe. Toissijaisen aineiston käyttö haastattelujen rinnalla on konkretisoitunut minulle tutkittavaa ilmiötä, mutta on myös auttanut kontekstoimaan haastatteluita. Paikoittain lukijasta saattaa jopa näyttää siltä, että täydentävän aineiston käyttö korostuu haastatteluaineistoon nähden. Näin on esimerkiksi luvussa 4.1. Perustelen oheiskirjallisuuden käyttöä sillä, että olen sitä kautta löytänyt sellaisia aineksia, jotka avaavat haastatteluaineistosta laajempia ulottuvuuksia päihdehuollon sosiaalityön alkujuurille, mutta myös tukevat haastatteluaineistoa. Olen käynyt tutkimustani varten läpi päihdehuollon erikoislehden *Tiimin* vuosikerrat sen ilmestymisestä vuodesta 1965 lähtien sekä *Alkoholipolitiikka*-lehden (vuosina 1936-1952 ilmestynyt nimellä *Alkoholiliikkeen aikakauskirja* ja vuodesta 1997 nimellä *Yhteiskuntapolitiikka*) vuosikerrat vuodesta 1953 alkaen. Olen käyttänyt tutkimuksessa hyväkseni kyseisten lehtien koko päihdetyötä, mutta erityisesti päihdehuollon sosiaalityötä käsitteleviä artikkeleita.

Haastattelujen sopimiseksi käytin sekä sähköpostia että puhelinta. Haastattelu liikkui sekä avoimen haastattelun että temahaastattelun välimaastossa. Avoimessa haastattelussa Jari Eskolan ja Juha Suorannan (1998) mukaan tilanne muistuttaa kaikkein eniten tavallista keskustelua. Avoimessa haastattelussa haastattelija ja haastateltava keskustelvat nimetystä aiheesta, mutta kaikkien haastateltavien kanssa ei käydä läpi kaikkia tema-alueita. Temahaastattelussa käytettävät teemat kuitenkin takaavat sen, että jokaisen tiedonantajan kanssa keskustellaan edes jossain määrin samoista asioista. (Mt., 87-88.) Kerroin jo sähköpostitse etukäteen aihealueista ja teemoista, joista halusin tiedonantajieni kertovan haastattelutilanteessa. Ohjeistin tiedonantajiani kertomalla, että olen kiinnostunut kuulemaan erilaisia näkökulmia siitä, miten he määrittelevät ja ym-

märtävät päihdehuollon sosiaalityön, ja että he voivat tarkastella ja rajata kertomuksensa esimerkiksi tiettyihin vuosikymmeniin. Haastattelun keskeiset teemat olivat sosiaalityön määrittely eri vuosikymmenillä, miten päihdehuollon sosiaalityö eroaa näistä määrittelyistä, sosiaalityön asiantuntijuus päihdetyössä, mitä on muutostyö päihdehuollon sosiaalityössä ja miten päihdehuollon lakikehitys näkyy tehtävässä sosiaalityössä. Haastattelurunko ei ohjannut tiukasti tutkimusta, vaan kysymykset muuttuivat tutkimuksen kuluessa. Teemojen käsittelyjärjestys ei myöskään ollut sidottu, vaan annoin tiedonantajien kertoa vapaasti, joten jotkut teemat saattoivat korostua toisten jäädessä vähemmälle huomiolle. Pyrin kuitenkin siihen, että tutkimuksen kannalta tärkeimmät teema-alueet tulivat läpikäytyksi. Haastattelutilanteen alussa kerroin vielä tutkimuksen tarkoituksen ja pyysin jokaista tiedonantajaani kertomaan omasta työhistoriastaan.

Riitta Granfeltin (1998, 40) mukaan ihmisiä ei saa painostaa kertomaan, ei saa urkkia eikä udella, vaan on edettävä heidän ehdoillaan. Haastattelijan on yritettävä tavoittaa haastateltaviensa tapa kertoa ja ne aiheet, joista he puhuvat mielellään ja sovitettava omat intressit niihin. Tässä tutkimuksessa haastattelut virittyivät ja muodostuivat erilaisiksi kunkin tiedonantajan oman yksilöllisen tyylin mukaan. Toiset kuljettivat tarinaansa selkeästi lähes annetun teemoittelun mukaan, toiset taas kertoivat aiheesta vuolaasti laidasta laitaan. Aineistoni koostui useista kerrotuista, eripituisista tarinoista, joita kuitenkin yhdisti yhteinen juoni ”päihdehuollon sosiaalityö”. Myös itselleni haastattelujen suorittaminen oli sekä haastavaa että hämmentävää. Suurin haaste ja hämmentäminen liittyivät omaan tutkijan rooliini ja siihen, että löydänpö haastatteluilla sellaista uutta tietoa, jota ei olisi sanottu ja kirjoitettu jo aiemmin ääneen. Haastattelijana yritin pidättäytyä tutkijan roolissani, mutta silti nauhoja purkaessani huomasin aika ajoin käyväni keskustelua myös päihdehuollon sosiaalityöntekijänä.

Yhden tiedonantajani kohdalla sattui ongelmia sähköpostin lähetyksessä eikä hän saanut alkuperäistä viestiäni, jonka totesimme vasta haastattelutilanteessa. Se ei kuitenkaan tuottanut ongelmia haastattelun kulkuun. Haastatteluja oli viisi ja nauhoitin kaikki. Haastattelut suoritin viiden kuukauden aikana siten, että aloitin tammikuussa 2004

ja viimeisen haastattelun tein toukokuussa. Haastattelujen kesto riippui siitä, miten paljon kullakin tiedonantajalla oli aikaa antaa käyttöni, mutta myös siitä, kuinka paljon kerrottavaa aiheesta löytyi. Käytännössä haastattelut kestivät kukin kahdesta kolmeen tuntiin. Kaikki tiedonantajani pitivät tutkimusaiheeni tärkeänä, mikä näkyi myös siinä innostuneisuudessa, jolla he paneutuivat aiheeseen. Nauhoitettua puhetta kertyi litteroituna tekstinä 110 sivua (riviväli 1,5).

Tutustuessani tutkimuskirjallisuuteen ennen haastattelujen tekemistä tiedostin sen, että käytettäessä narratiivista lähestymistapaa, se olisi vaatinut useita haastattelukertoja. Muun muassa omasta aikataulustani johtuen se ei kuitenkaan toteutunut tässä tutkimuksessa ja päädyin yhteen haastattelukertaan, mutta sovin tiedonantajieni kanssa, että voin tarkistaa mahdollisia epäselviksi jääneitä asioita myöhemmin. Yhden haastattelukerran käyttöä perustelen sillä, että käyttämäni toissijainen aineisto toimii tutkimuksessani haastattelujen tukena ja rikastuttajana. Kävimme keskustelut päihdehuollon sosiaalityön erilaisista ulottuvuuksista kahden tiedonantajani kohdalla heidän työhuoneissaan työajalla. Yhden keskustelun kävin tiedonantajan kotona, yhden yliopiston tiloissa ja yhden opiskelutoverini työtiloissa.

Keskeisin eettinen ongelma, jota tutkimukseni teon yhteydessä olen joutunut pohtimaan, on ollut tutkimukseen osallistuneiden tiedonantajien osuus raportissa. Haastatteluja tehdessä emme käyneet tiedonantajieni kanssa keskustelua siitä mahdollisuudesta, että olisin luetuttanut tutkimukseni käsikirjoituksen heillä ennen sen painamista. Olen saanut luvan esitellä heidät raportissani ja katson, ettei eettisiä ongelmia ole, koska tiedonantajani ovat monissa eri yhteyksissä ja aiemmissa julkaisuissa esittäneet omia ajatuksiaan päihdetyöstä ja päihdehuollon sosiaalityöstä omilla nimillään.

Seuraavassa esittelen lyhyesti tiedonantajat aakkosjärjestyksessä, jotta he tulevat lukijalle läheisemmiksi. Kuvaukset ovat suurpiirteisiä ja niihin sisältyy vain pieni osa, lähinnä työhistoriaa tiedonantajien elämän kokonaisuudesta.

Anja Auvinen (syntynyt 1934)

”Kuitenkin vaikka mä jotenkin kasvatuneuvolassakin kaipasin sellasta sosiaalipoliittisempaa ja ihmisen arkielämää lähempänä olevaa työskentelytapaa, niin varsinkin myöhemmin huomasin, että mä viimestä hiustupsua myöten hurahdin siihen A-klinikkatyön silloiseen työorientaatioon, joka oli hyvin sellanen väljä, vois sanoa melkein, että ei oikein mikään, se oli hyvin tämmönen elektinen, että sieltä sun täältä, mut kuitenkin siinä näkyi semmonen psykodynaaminen painotus.” Valmistuttuaan vuonna 1955 Yhteiskunnallisesta Korkeakoulusta Anja Auvinen työskenteli ensin kunnallisessa sosiaalitoimessa sosiaalitarkkaajana sekä lastensuojelussa. 1970-luvulla hän toimi kotiäitivuosien jälkeen sosiaalityöntekijänä kasvatuneuvolassa ja siirtyi sieltä 1970-luvun puolessavälissä ensimmäisen kunnallisen A-klinikan, Kainuun A-klinikan johtajaksi, jossa tehtävässä hän toimi vuoteen 1992 asti. Tämän jälkeen Auvinen ryhtyi yksityisyrittäjäksi ja on toiminut työnhajaajana ja kouluttajana sekä erilaisissa kehittämissankkeissa. Näistä tehtävistä hän on jättäytymässä eläkkeelle keväällä 2004. Anja Auvinen tunnetaan nais erityisten työkäytäntöjen kehittäjänä ja hän on toiminut pitkään monien naisryhmien tukena.

Lasse Murto (syntynyt 1943)

”Päihdehuoltoonhan mä oon tullu hallintotehtäviin vuonna seiskytseitsemän, mutta ennen sitä tutkijana seurannut päihdetyötä tuolta kuuskyt luvun lopulta. Väittelin seitkähdeksan, niin se aineisto väitöskirjaan on kerätty tossa pääosin 70-75 vuosien välillä, mutta mulla on osa aineistoa kerätty jo kuuskytluvun lopulla.” Lasse Murto on toiminut A-klinikkasäätiön toimitusjohtajana vuodesta 1977 lähtien. Lasse Murto on sosiaalipoliitikko, päihdehuollon asiantuntija ja kehittäjä. Ennen siirtymistään A-klinikkasäätiöön Murto toimi tutkijana ja yliopisto-opettajana. Väitöskirjassaan hän tarkasteli uudella tavalla osallistuvan havainnoinnin menetelmin asunnottomien alkoholistien elinolosuhteita ja elämäntapaa sekä yhteiskunnan toimenpiteitä. Hän on tehnyt tutkimuksia ja julkaisuja muun muassa päihdekysymyksistä, päihdeongelmaisten hoidosta, asunnottomuudesta ja ongelmapelaamisesta. Hän on aktiivinen yhteiskunnal-

linen keskustelija ja toiminut monissa keskushallinnon ja valtion asettamissa työryhmissä ja toimikunnissa. Murto on dosenttina Lapin, Tampereen ja Helsingin yliopistoissa. Yhteiskuntatieteiden tohtori Lasse Murrolle myönnettiin professorin arvo 19.5.2004.

Helmi Mäki (syntynyt 1922)

”Ja mä muistan, kun mä kerran kauniina syksypäivänä lähdin kävelemään tuonne etelärannan torille ja mua vastaan tuli Heikki Waris, joka oli mun sosiaalipolitiikan opettaja sosiaalipolitiikan kurssilla ja hän kysy multa, että mitä mä teen, että kun mä täällä liikuskelen ja mä sanoin sitten, että mää pohdiskelen sitä mitä tää sosiaalityö on. Sillä tavalla mulle siitä, mitä sosiaalityöntekijä tekee, on tullut elämänaikuinen projekti.”

Valtiotieteiden lisensiaatti Helmi Mäki on ensimmäistä sosiaalihoitajakurssia vuodelta 1944, mutta hän opiskeli myös terveystieteiden tutkinnon ja suoritti sosiaalihoitajakoulutuksen työnsä ohella. Lisäksi hän opiskeli Rockefeller –stipendiaattina Yhdysvalloissa ja suoritti siellä master-tutkinnon vuonna 1954. Suomeen palattuaan Mäki työskenteli YK:n Uudenmaan terveydenhuollon opetusalueen sosiaalihoitajan konsulttina. Vuosina 1957 –1965 hän toimi A-klinikkasäätiön sosiaalityön asiantuntijana ja työnohjaajana. Myöhemmin Helmi Mäki toimi myös Helsingin yliopiston valtiotieteellisen tiedekunnan sosiaalipolitiikan laitoksen lehtorina ja assistenttina. Mäki työskenteli sosiaalihoitajan hallinnossa 15 vuotta ja jäi eläkkeelle sosiaalihuollon apulaisosastopäällikön virasta vuonna 1985. Hän on edelleen aktiivinen kirjoittaja ja sosiaalityön koulutuksen historian selvittäjä.

Marja-Leena Nousiainen (syntynyt 1942)

”Mullahan on Järvenpäästä nuoriso- ja sosiaalityön tutkinto vuodelta kuuskytviis ja mä menin Järvenpään sosiaalisairaalaan harjoittelijaksi neljäs kuukaudeks 1964 toukokuussa ja olin siellä elokuun loppuun. Sit ne soitti marraskuussa, että täällä on sosiaalityöntekijän paikka auki. Sit mä olin siellä 11 vuotta 2 kuukautta ja 15 päivää. Mun oppini on sieltä, Järvenpäästä Tirkkoselta, joka oli edellä aikaansa.” Sen jälkeen

Marja-Leena Nousiainen hakeutui Vantaan A-klinikalle johtajaksi. Suoritettuaan sosiaalityön pätevyitysmiskoulutuksen Tampereen yliopiston täydennyskoulutuskeskuksessa, Nousiainen työskenteli vuoden sosiaalijohtajana Nurmeksessa sekä vuoden Myllyhoitoyhdistyksen Kalliolan klinikalla. Tällä hetkellä hän työskentelee Vantaan kaupungin päihdehuollon yhteispalvelujen johtajana. Marja-Leena Nousiainen on toiminut työyhteisöjen työnohjaajana ja osallistunut aktiivisesti päihdehuollon keskusteluun ja on itse erityisesti pohtinut sosiaalityön ja lääketieteen suhdetta ja medikalisaatiokysymyksiä.

Antti Särkelä (syntynyt 1955)

”Mun työhistoria on suurelta osaltaan juuri päihdehuollon työtä. Mä suoritin siviilipalveluksen Lapinjärven huoltolassa 1979 ja sitten siihen aikaan järjestettiin Jyväskylän yliopistossa tämmösiä vuoden mittasia päihdehuoltoon erikoistuvia koulutuksia. Koulutukseen liittyvän työharjoittelun mä suoritin Tampereen A-klinikalla.” Antti Särkelä oli aloittamassa vuonna 1981 Pohjanmaan päihdehoitolan toimintaa Nivalassa ja työskenteli hoitolan sosiaalityöntekijänä vuoden verran. Tämän jälkeen hän työskenteli sosiaalityöntekijänä Turun A-klinikalla ja johtajana Raision A-klinikalla yhteensä viisi vuotta. Myöhemmin Särkelä oli perustamassa Helsinkiin uusia alueellisia A-klinikoita ja toimi Helsingin Itäisen A-klinikan johtajana 1986 – 1988, jonka jälkeen hän työskenteli A-klinikkasäätiön Helsingin A-klinikalla. Nykyiseen tehtäväänsä Kuntoutuskeskus Tervalammen Kartanon johtajaksi Särkelä siirtyi 1989. Haastattelua tehtäessä keväällä 2004 hän oli virkavapaalla johtajan tehtävästään ja toimi työyhteisöjen konsulttina, työnohjaajana sekä luennoitsijana. Hänen kirjallinen tuotantonsa liittyy muun muassa sosiaaliseen auttamistyöhön.

3.4 Aineiston käsittely ja analyysi

Pertti Alasuutari (1999) käyttää tutkimuskysymyksen ratkaisemisesta nimitystä arvoituksen ratkaiseminen, jossa tuotettujen johtolankojen ja käytettävien luku- ja analyysimenetelmien perusteella tulkitaan tutkittavaa ilmiötä. Tulkintojen edetessä tutki-

jan ymmärrys tutkittavasta ilmiöstä lisääntyy tuottaen siitä vähitellen rikastuttavan ja täydentävän kuvan. Omassa tutkimuksessani kirkastan kuvaa päihdehuollon sosiaalityöstä. Esiymmärryksen tutkimukseni substanssikysymyksiin koen omaavani oman työhistoriani kautta päihdehuollon sosiaalityöntekijänä.

Koska narratiivisen tutkimuksen analyysitapa on melko vapaamuotoinen, se vaatii tutkijalta intuitiota ja eläytymistä (Hänninen 1996, 116). Tarkka teemoittelu ei kuulu narrativiseen tutkimukseen, koska silloin merkityksenanto perustuu tutkijan, ei tutkittavan ajatusmaailmaan. Koska tarkoitus on luoda narratiivisesti uusi kertomus, teemojen tarkoitus ei ole teemojen etsiminen aineistosta, vaan kertojien antamien merkitysten löytäminen. Kyseessä on siksi myös tutkijan kriittinen itsereflektio koko tutkimusprosessin ajan, oleellisimman eli kertojan antaman merkityksen löytämiseksi. (Heikkinen 2001, 122-125, 129.) Käytettäessä tällaista analyysitapaa, tutkijan onkin pyrittävä varmistamaan se, ettei hän ajaudu käyttämään aineistoaan pelkästään oman tarinansa kertomisen välikappaleena (Hänninen 1996, 117).

Aineiston pohjalta rakentuva uusi kertomus pohjautuu tutkijana minun tulkintaani. Koska narratiivinen tietäminen on temaattisesti ja johdonmukaisesti etenevän kertomuksen tuottamista, jota narratiivinen analyysi soveltaa, on narratiivinen analyysi synteesin tekemistä. Narratiivinen analyysi muodostaa aineiston pohjalta uuden kertomuksen, joka pyrkii tuomaan esiin aineiston kannalta keskeisiä teemoja. Narratiivisen tiedon muoto on kertomukseen perustuvaa ymmärrystä. (Heikkinen 2001, 122-125.) Omaa subjektiivista perspektiiviä on laajennettava näkemään ja ymmärtämään toisen tarkoittamia merkityksiä, koska oma esiymmärrys pyrkii tulkitsemaan toisen näkökulmia omasta kokemusmaailmasta käsin. Siksi on jatkuvasti kyseenalaistettava omat tulkinnat ja ne on asetettava koetukselle. Reflektiivisyys on avain pidättäytyä tutkimuksen lähtökohdissa. (Laine 2001, 31-34.) Päivi Vuokila-Oikkonen ym. (2003, 97) tähdentävät, että tutkijan on oltava tietoinen siitä, mistä hän tekee tulkintoja eli tutkijan täytyy olla tietoinen aineistostaan. On tärkeää, millaisia kysymyksiä tutkija esittää aineistolle ja kuinka tietoinen tutkija on kysymyksistään.

Ennen analyysia purin nauhalta tarinat tekstin muotoon. Litterointi- ja lukutyö olivat aikaa vievää prosessia. Litteroin tarinat sanatarkasti, mutta jätin litteroinnissa kirjoittamatta ylös tauot ja painotukset. Esittäessäni tutkimuksessani otteita haastatteluista, olen jossain määrin poistanut teksteistä sanojen toistoja sekä ylimääräisiä täytesanoja, kuten ”niin kuin” tai tota”. Katson, että niillä ei ole merkitystä tämän tutkimuksen sisällön kannalta. Lisäksi ne tekisivät lukemisen raskaaksi.

Tutkimuksessa olen analysoinut kertomuksia, joita syntyi haastattelutilanteessa käyttäen apuna täydentävää aineistoa. Analyysi on aineistolähtöinen eli pelkistetyimmillään se tarkoittaa sitä, että teoria rakentuu empiirisestä aineistosta, ikään kuin alhaalta ylöspäin. Luin aineistoa soveltaen narratiivisen aineiston analyysia sellaisena kuin Amia Lieblich ym. (1998) sitä kuvaavat, kokonaisuus-sisältö näkökulmasta. Litteroinnin jälkeen luin tekstit useaan kertaan sekä pieninä osina että kokonaisuutena, jotta tutkimustarinat tulivat tutuiksi ja tavoittaakseni pääteemat. Ryhmittelin tarinat pääteemojen mukaan. Näitä teemoja olivat: ”päihdehuollon sosiaalityö” ja ”sosiaalisen asiantuntijaksi”.

Olen muodostanut oman kertomukseni aineistosta muodostuvan kokonaiskuvan pohjalta ja esitän ja perustelen sen haastatteluista poimimieni sitaattien avulla. Amia Lieblich ym. (1998) ovat kehittäneet narratiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi neljä kriteeriä. Näitä ovat tutkimuksen laajuus ja riittävyys, johdonmukaisuus, oivaluskyky ja niukkuus/tiivistäminen. Tuloksia esittäessäni olen antanut paljon tilaa tiedonantajieni suorille haastattelupuheille. Suorat lainaukset mahdollistavat sen, että lukija voi vakuuttua analyysin tuloksena syntyneen kertomuksen todentunnusta. Kursiivilla kirjoitetut, sisennetyt tekstiosat ovat tiedonantajieni kertomuksista olevia suoria lainauksia. Pisteet (...) lainausten alussa, lopussa ja sisällä merkitsevät, että lainaus on keskeltä puhuttua kertomusta. Olen siteerannut osaa tiedonantajistani enemmän kuin toisia, mihin on vaikuttanut muun muassa puheentuottamisen tapa ja kuvausten sisällönrikkaus. Toisaalta kertomuksiin on sisältynyt myös tiedonantajieni hyvinkin henkilökohtaista puhetta, jonka tästä syystä olen halunnut jättää pois omasta aineistostani. Riitta Granfelt (2004, 147) onkin todennut, että haastateltavat eivät ole keskenään ta-

savertaisessa suhteessa tutkijaan. Haastateltavan verbaalinen lahjakkuus ja kyky tuottaa tutkijan tunteita ja ajattelua havahduttava tarina takaavat hänelle hyvät mahdollisuudet hankkia paikka tutkimuksen ”ykköstähtenä” tai ainakin osana ”ykkösketjua”. Tässä tutkimuksessa kokonaistarina on silti muodostunut myös niiden haastattelukertomusten kautta, jotka eivät näy valituissa sitaateissa.

Tutkimusraportin empiirisen osan olen jakanut kolmeen päälukuun. Ensimmäisessä luvussa tarkastelen tiedonantajieni kertomuksia päihdehuollon sosiaalityön muotoutumisesta nostamalla esille joitakin sellaisia teemoja, jotka heijastavat tiedonantajien tapaa hahmotta päihdehuollon sosiaalityön konkreettisia kehityskulkuja. Käyn läpi niitä haasteita, joihin päihdehuollon sosiaalityö joutuu vastaamaan nyt ja tulevaisuudessa. Lisäksi käsittelen sosiaalityön muotoutumista päihdehuollon lakikehityksen kautta. Tarkastelen sitä, onko lakikehitys mahdollistanut, estänyt tai rajannut sosiaalityötä. Esitän myös kysymyksen, olisiko nyt uuden päihdehuoltolain aika. Toisessa luvussa käyn läpi sitä, miten päihdehuollon sosiaalityön käsitettä määritellään, ja mikä on sosiaalityöntekijän rooli moniammatillisessa työryhmässä. Paneudun myös päihdehuollon ja medikalisaation suhteen tarkasteluun ja kuvailen sitä, mitä haasteita päihdeongelman lääketieteellistyminen asettaa sosiaalityölle. Lopuksi teen tiedonantajieni kertomuksista yhteenvedon ja määrittelen kuvausten perusteella päihdehuollon sosiaalityön tulevaisuuden haasteita.

4 SUOMALAISEN PÄIHDEHUOLLON SOSIAALITYÖTARINOITA

4.1 Muotoutuva päihdehuollon sosiaalityö

”Helmi: Mä oon siis ensimmäistä sosiaalihoitajakurssia neljäkymmentäneljä ja silloin ei edes sosiaalityö käsitettä ollut, se oli sosiaalihoitoa, ei se ollut sosiaalihoitoakaan vaan se oli yhteiskunnallista huoltotyötä ja huoltotyöntekijä... Juu, oliko se nyt sitten viiskymmentäseitsemän vai mitä se oli, sitten he perustivat keskusvirastoon työnohjaajan toimen. Sinne minä sitten menin ja siellähän sitten tuota siellä oli jo sosiaalityön käsite ja sosiaalityöntekijä. Ja se joukko sosiaalityöntekijöitä, joukko oli erittäin heterogeeninen, että siellä oli muutama sosiaalihoitaja, oli sosiaalihoitajia, oli nuoriso-ohjaaja ja sitten oli näitä valtiotieteen maistereita ja kaikilla oli nimikkeenä sosiaalityöntekijä. Niin, että A-klinikkasäätiö on niinku urannu tän, mutta se ei ole ensimmäinen, että se nimike oli jo kasvatustieteissä.”

Yllä olevasta tiedonantajani kertomasta välittyy tilanne, jossa elettiin ensimmäisen sosiaalihoitajakurssin valmistuessa vuonna 1944. Tuolloin ei vielä puhuttu sosiaalityöstä vaan yhteiskunnallisesta huollosta. Niinpä vasta valmistuneet huoltotyöntekijät joutuivatkin omissa työyhteisöissään aluksi määrittelemään sosiaalityötä. Varsinaisesti kuitenkin termi ”sosiaalityö” alkoi Marjatta Eskolan (1981, 26) mukaan juurtua kielemme vasta 1960-luvulla, jolloin sosiaalityö alkoi muutenkin vakiinnuttaa asemansa maassamme.

Sosiaalihoitajakurssin jälkeen tiedonantajani opiskeli vielä terveydenhuollon sosiaalityöntekijöille tarkoitettussa sosiaalihoitajakoulutuksessa, jossa opetuksen painopiste oli länsimaihin ja myös Suomeen sodan jälkeen angloamerikkalaisista maista tuodussa psykologispainotteisessa casework –menetelmässä vastapainona maassamme tuolloin harjoitetulle kunnalliseen huoltotyöhön vakiintuneelle hallinnollis-juridiselle työtavalle. Keskeisin pyrkimys oli lisätä ihmisten hyvinvointia uusien sosiaalialan erikoistekniikoiden avulla (Satka 1995, 123). Alla olevassa puheenvuorossa sosiaalityökeskustelua käsittelevät muistot muodostavat yhä mielenkiintoisen, joskin ristiriitaisen asetelman, sillä olivathan nämä edellä mainitut, erilaisista perinteistä lähtöisin olevat mene-

telmät vuosikymmenien ajan sosiaalityön koulutuksesta käytävässä keskustelussa kiistan aiheena (vrt. Satka 1995; Vuorikoski 1999).

”Helmi: ... mutta mä silloin kävin sosiaalihoitajakurssin työni ohella kahden vuoden ajan, sehän kesti vuoden, mutta mä olin töissä koko ajan ja kävin siellä ja mä muistasin, että voi olla, että siellä sosiaalihoitajakursilla alkoi hahmottua tää sosiaalityö. Tätähän eivät niinku sosiaalihoitajat eiväät siedä, he eiväät sitä siedä, mutta se on kyllä totuus, että tämä sosiaalihoitajakurssi oli kyllä hyvin merkityksellinen ja sillä tavalla mä sanoin näin, että terveydenhuolto on jäsentänyt sitä roolia...”

Suomessa A-klinikkasäätiön perustamat A-klinikat olivat ensimmäisiä, joissa ryhdyttiin käytännön tasolla 1950-luvun puolessa välissä puhumaan sosiaalityöstä ja etsimään sosiaalityön koulutusta kasvatusneuvoloiden ohella.

”Helmi: A-klinikkasäätiön porukka oli sosiaalityöntekijöitä ja siellä todella pohdittiin, mitä se sosiaalityöntekijän työ on.”

Sosiaalityöntekijöiden ja sosiaalityön sijoittuminen merkittävään asemaan A-klinikoiden perustamisvaiheessa oli useiden tekijöiden seurausta. Sosiaalityöpainotteista A-klinikkatyötä ja päihdetyötä on perusteltu muun muassa sillä, että A-klinikkatoimi on kuulunut hallinnollisesti sosiaalihooltoon, ja että sillä on tätä kautta historiallisia perinteitä, jotka ovat jäsentäneet A-klinikkatyön sellaiseksi, kuin se tänä päivänä on muotoutunut. Sosiaalityöntekijöiden keskeiseen asemaan A-klinikoilla vaikuttivat myös casework -menetelmän kokeileminen ja hyväksikäyttö Suomessa, lääkärityövoiman vähyys sekä taloudelliset resurssit. (Ks. Immonen ym. 1980, 2; Saarto 1988, 4; Mäki 1996, 24-25.) Caseworkin läheistä kiinnittymistä Suomessa sosiaalihooltoon osoittaa Helmi Mäen (1988, 76) mukaan käänös ”henkilökohtainen huolto”, ja kun A-klinikoilla korostettiin hoitoa, menetelmä kääntyi ”yksilöhoidoksi”. Ensimmäinen henkilökohtaista huoltoa käsittelevä suomenkielen kirja olikin päihdehuoltoa käsittelevä Anne-Marie Hennumin (1958) ”Sosiaalityöntekijän osuus alkoholipotilaan hoidossa”. Jo ensimmäisten A-klinikoiden kokeilutoimintaa suunniteltaessa esitettiin, että klinikan johtajan tulisi olla psykiatrisen sosiaalityöntekijän koulutuksen saanut henkilö (Immonen ym. 1980, 12). Koska koulutettuja sosiaalityöntekijöitä ei vielä täs-

sä vaiheessa ollut, kokeiluklinikoille palkattiin Alkon sisältä ostajaintarkkailutehtävissä toimineita virkamiehiä, joita alettiin kouluttaa sosiaalityöntekijöiksi.

”Helmi: Ja kun säätiö ei saanu valmiita työntekijöitä, niitten ainoa vaihtoehto ole se, että ne alko itse kouluttaa...näistä ostajaintarkkailijoista, toinen oli Urho Rinteelä. Hänestä tuli Lahden klinikan johtaja.”

Vaikutteet ostajaintarkkailijoiden koulutukseen tulivatkin juuri amerikkalaisen, psykoanalyttisesti painottuneen caseworkin eli henkilökohtaisen huollon menetelmäopeista. Kansainvälisiä virtauksia A-klinikoiden sosiaalityöntekijöiden koulutukseen ja sosiaalityön käsitteen selventämiseen toi Yhdistyneiden Kansakuntien henkilökohtaisen huollon asiantuntija maisteri Helvi Boothe vuonna 1954 vieraillemalla maassamme. Toisinpäinkin yhteyksiä pidettiin, sillä suomalaisille sosiaalityöntekijöille myönnettiin apurahoja, jotta he pääsivät tutustumaan ulkomaisten A-klinikoiden toimintaan. (Mt., 13, 16; Mäki 1996, 26.) Myös tiedonantajani Helmi Mäki opiskeli Yhdysvalloissa, Harvardin yliopistossa, jossa hän sai koulutuksen kansanterveystyössä tehtävään sosiaalityöhön.

Helmi Mäen mainitsema ostajaintarkkailija, sosiaalityöntekijä Urho Rinteelä (1965, 20) kuvailee osuvasti hämmennystään alla olevassa otteessa tutustuessaan psykiatrian ja psykologian oppeihin. Rinteelän kommentti sosiaalityöntekijöistä ”pikkupsykiatrina” kuvaa mielestäni hyvin tuon ajan henkeä, saatua koulutusta ja sitä, ettei sosiaalityöntekijöiden ammatti-identiteetti ollut vielä kovin vankalla pohjalla. Toisaalta olivathan ostajaintarkkailijat jo aiemmin omaa tehtävää suorittaessaan toimineet enemmän yhteiskunnan kontrollitehtävissä kuin terapeutin roolissa. Kun sosiologian tehtävänä oli osoittaa sosiaalisten ongelmien syntymekanismia ja taustoja, siten ymmärtää myös päihdetyössä toimineiden sosiaalityöntekijöiden kaipauksen ja kiinnostuksen sosiologiaan. Näin Rinteelä kirjoitti:

”Vuoden -54 alusta tunsimme jo olevamme täysiä spesialisteja, pieniä psykiatreja, joiden päässä humisivat fiksatiot, figuurit, debilit ja labilit, heterot ja homot ym:t termit, joiden tarkoituksesta ei allekirjoittaneella-

kaan paljon tietoa ollut ja jotka kuitenkin olivat omiaan puhtia lisäämään. Epätietoisuus näiden hienojen nimien tarkoituksesta kuitenkin kiusasi niin paljon, että minun piti talven ajan opiskella työväenopistossa... Kaikessa siinä koulutuksessa, johon me ensimmäiset sosiaalityöntekijät jouduimme, oli pääpaino psykiatrialla ja psykologialla. Sosiologia unohtui kokonaan, vaikkakin tehtävämme oli toimia sosiaalityöntekijöinä. Ei oikeastaan sovi ihmetellä, jos me joskus jouduimme hyvinkin hankaliin tilanteisiin suhteessa asiakkaisiin ja suhteessa klinikoiden lääkäreihin. Vuosien kuluessa myös opetus tehostui ja roolit ovat selvinneet.”

Tutkimukseni aineistostakin kumpuavaa sosiaalityön ja sosiaalityöntekijöiden roolin ristiriitaisuutta kuvaa myös Jukka Mäen (1984) haastatteleman Helsingin A-klinikan ensimmäisen esimiehen Eero Tuomisen toteamus sosiaalityöntekijöistä ”sosiaalityöntekijäpsykiatreina”. Pohtiessaan syytä siihen, miksi sosiaalityöntekijät eivät klinikatoiminnan alkuvaiheessa oikein tienneet, mikä heidän roolinsa oli ja miksi sosiaalityöntekijöiden rooli saattoi ”vinksahata”, Tuominen päätyy professori Kauko Kailaan. Kaila järjesti aloitteleville sosiaalityöntekijöille koulutus- ja konsultaatiotilaisuuksia, joissa sosiaalityöntekijöiden tapauselostuksia ruodittiin hyvin psykoanalyttisesti. Alussa omaksuttu sosiaalihuollollinen näkökulma sai väistyä, sillä terapiatyössä ei ollut syytä lähteä aineellisen avun tielle. (Mt., 246-247.) A-klinikkasäätiön 10-vuotishaastattelussa Pekka Kuusi (1965, 15) toteaa, että yksilöön kohdistunut toiminta oli menettänyt taloudellisen tuen luonnetta ja oltiin siirrytty yksilön yleiseen tukemiseen. Etualalla oli yksilön sopeuttamispyrkimykset. Kuusen mukaan juuri alkoholitutkimus ja A-klinikkatoimi olivat hyödyntäneet koko yhteiskunnan sopeuttamispalvelua. Tarkastellessaan yhdysvaltalaisen caseworkin kehitystä ja sen yhteyttä suomalaiseen tapauskohtaiseen sosiaalityöhön Timo Toikko (2001, 52; ks. myös Hennem 1958, 72) mukailee puolestaan Gordon Hamiltonia (1940) ja katsoo, että jos A-klinikan sosiaalityön päätehtävänä on hoito, niin silloin sosiaalityössä ei pyritäkään vastaamaan asiakkaiden toimeentulo-ongelmiin. Näin A-klinikat omalla toiminnallaan jo alusta lähtien erottautuivat kuntien harjoittamasta alkoholihuollosta ja sosiaalitoimistojen sosiaalityöstä.

Vaikka tiedonantajani mukaan nämä edellä mainitut sosiaalityöntekijöiden koulutus- ja konsultaatiotilaisuudet nähtiin myönteisinä, koska ne vähensivät hoitotyöhön kohdis-

tuvia pelkoja, herättivät tilaisuudet toisaalta kysymään, sotkeutuiko sosiaalityöntekijöiden omin rooli psykoanalyttisen koulutuksen saaneen psykiatrin konsultaatioiden vaikutuksesta. Yhteisellä päätöksellä sosiaalityöntekijät ryhtyivätkin työnohjaajansa kanssa tarkastelemaan sosiaalityöntekijöiden henkilökohtaisen huollon menetelmän ja psykoterapian suhdetta. (Vrt. Mäki 1984, 154.)

”Helmi: ...ei Kaila sanonut mitään siitä, miten sitä hänen antamaansa tietoa pitää käyttää, vaan se jäi sitten sosiaalityöntekijän omaan, omaks ja oman oivalluksen varaan ja usein työnohjaajan kanssa pohdittavaksi...”

Caseworkin myötä sosiaalityön käytäntöihin kuulunut sosiaalityöntekijöiden työnohjaus painottui alkuvaiheessa ennen kaikkea koulutukseen työntekijöiden peruskoulutuksen puuttuessa. Täten A-klinikkasäätiöstä tuli merkittävänä uranuurtajana työpaikkakoulutuksen järjestämisessä (ks. Mäki 1988, 79). Asiantuntemuksen ja tiedon puute ei kuitenkaan estänyt aloittelevia sosiaalityöntekijöitä paneutumasta työhönsä innolla ja heillä oli ennakkoluulottomasti halua ja valmiutta tehdä asioita uudella tavalla. Koska totuttuja tapoja ei vielä ollut muodostunut, ei muutokseen pyrkiviä tarvinnut palauttaa ruotuun eivätkä uudet kokeilutkaan saaneet osakseen muutosvastarintaa. Myöhemmin työnohjaajien avulla sosiaalityöntekijät pääsivät selventämään ja kehittämään oman työn asemaa, luonnetta ja roolia, joskin työnohjaajilta vaadittiin aluksi rohkeutta kyseenalaistaa lääkäreiden, erityisesti psykiatrien aktiivinen ja hallitseva ote sosiaalityöntekijöihin. Kun ajattelen tiedonantajani kertomusta ja peilaan sitä tämän päivän päihdetyöhön, tekee mieleni kysyä, että onko ”semmonen into” enää saavutettavissa. Pohdintaa voisi jatkaa vielä pidemmälle toteamalla, että onko into peräti vaihtunut epä määräiseksi ahdistukseksi.

”Helmi: Jos mä ajattelen tätä vaihetta, jonka mä olen ollut töissä, niin ei-hän me osattu, en osannu minä, mutta me tehtiin vaan ja tehtiin vaan. Ja sitten on semmonen asia, että mikä vaikuttaa hyvin paljon, on semmonen into. Että on tämmöisiä kompensoivia elementtejä työntekijän jaksamisessa ja taidoissa, että jos on innostunut siitä työstään ja panee käyttöön sen mitä on itsellä, niin onnistuu...”

*”Merja: Jos mietitään sosiaalityön asiantuntijuutta, mitä se oli sitte. Kun lukee kirjallisuutta, että lääkäri oli kovin voimakkaasti taustalla, että niinkö lääkäri tuki sosiaalityöntekijöitä näihin keskusteluihin. Että kuinka paljon sitten sitä omaa sosiaalityöntekijän asiantuntijuutta sai käyttää?
Helmi: No niin tässä oli kyllä problemaattisuutta, että lääkärit, lähinnä psykiatrit, vaikka ne oli vain tuntityössä siellä ja sosiaalityöntekijä puursi aamusta iltaan, niin kyllä niillä oli semmonen käsitys, että tässä he nyt vastaa kaikesta, mutta se oli hirveen peitetty. Mähän törmäsin siihen ensimmäisenä työpäivänäni... ensimmäisenä päivänä siinä mielessä, että silloin oli psykiatri... ja hän ehdotti, että mä tulisin seuraamaan, kun hän konsultoiti. Ja minä istuin ja kuuntelin sitä ja minä olin aivan kauhuissani, koska hän neuvoi. Hän neuvo, että tee sitten näin ja että sitten tässä on tää vaara. Hänellä oli aina vaara, vaaroja. Ja sitten tee tolla tavalla. Ja sitten kun se keskustelu oli ohi, hän oli omasta mielestään tehnyt upeen työn taikka semmosen tunteen sain... Hän sanoi, että hänellä on nyt kyllä yks toivomus sulle. Että kun sä ohjaat, että ne tekis sosiaalityöntekijän työtä, ettei ne alkas tekemään psykiatrin työtä. Kun mä olin nähnyt sen konsultaation, niin mä sanoin, että se on mahdotonta, jos sä ohjaat tolla tavalla... jos sinä neuvot ja ohjaat, niin miten minä voin ohjata, että ne löytää sen oman tyylinsä sosiaalityöntekijöinä. Hän kuunteli silmät ja korvat tarkkana, että mä sanoin, että ainoa mahdollisuus, että mä voin ohjata, että ne löytää sitä sosiaalityöntekijän osuutta on, että sä lope-tat... Mutta että hän ei kyllä hellittänyt. Hän niin kuin hellitti muodollisesti, mutta ei sisällöllisesti, että hän alko sitten siirtyä siihen, että minä tekisin tällä tavalla, minä tekisin tällä tavalla.”*

Helmi Mäen kertomuksessa tulee vahvasti esiin se, että A-klinikkatoiminnan alkuvaiheessa lääkäreiden osuus sekä hoidon johtavien periaatteiden luomisessa että itse hoitotapahtumassa oli merkittävä. Sosiaalityön asemaa vahvisti kuitenkin se, että lääkäreiden vaihtuvuus klinikoilla oli suurta ja lisäksi klinikoilla työskentelevät psykiatrit olivat osa-aikaisia työntekijöitä. Seurauksena oli se, että psykiatrien työ muuttui yhä enemmän luonteeltaan konsultoivaksi ja varsinaisesti potilaat olivat sosiaalityöntekijöiden hoidossa. Asiakastapauksissa sosiaalityöntekijöiden ja psykiatrien yhteistyö oli kiinteää. Yleisimmät yhteistyön muodot olivat ryhmätyöskentely ja konsultaatio. Kuvaatessaan Helsingin A-klinikan kehitystä vuosina 1954 – 1959 Reino Huttunen (1960, 46) kirjoittaa:

”Niin ikään on vast’ ikään tullut käytäntöön uusi hoitokokousmuoto, jonka puitteissa lääkärit ja sosiaalityöntekijät vaihtavat säännöllisesti joka viik-

ko mielipiteitä niistä potilaista, jotka kuluneen viikon aikana ovat olleet lääkäreiden vastaanotolla.”

Ryhmätyöskentelyn ja konsultaation taustalla oli se, että yhden henkilön mahdollisuudet alkoholistien hoidossa nähtiin rajallisiksi ja työtä lähdettiin tekemään moniammatillisesti ja -tieteellisesti. A-klinikoiden työryhmän eli tiimin muodostivat lääkäri, sairaanhoitaja ja sosiaalityöntekijä sekä joissakin harvoissa tapauksissa myös psykologi. Malli työryhmän kokoonpanoon oli saatu ulkomaisista, lähinnä amerikkalaisen työryhmätyöskentelyn, teamworkin esikuvista ja työryhmän merkitystä korostettiin alkoholismien monisäikeisyyden vuoksi. Moniammatilliset tiimit ovat säilyttäneet asemansa suomalaisessa päihdetyössä läpi sen historian ja tuottavat yhä edelleen merkittäviä välineitä päihdeongelman ymmärtämiselle ja käsittelylle. Kun työ on vaativaa ja monimutkaista, tarvitaan monta eri näkökulmaa ja moniäänisyyttä, kuten seuraava katkelma kuvaa:

”Lasse: ... Suomalaista päihdehuollon erityispalvelujärjestelmää ehkä kuvaa parhaiten kautta sen historian se, että siinä on korostettu moniammatillista ja monitieteistä lähestymistä. Ollut hallinnollisesti sosiaalihuoltoon kytkeytyvää. Se on ollut sosiaalityöntekijäjohtoista toimintaa, mutta käytännön työ on tehty moniammatillisissa tiimeissä jo siitä lähtien, kun A-klinikkasäätiö perustettiin viiskyttiin, niin on kaikkiin asiakirjoihin kirjoitettu perustuen, että päihdeongelma on monipuolinen ongelma, se edellyttää tämmöstä moniammatillista lähestymistä ja työskentelyä. Moniammatilliseen tiimiin, niin kuin sä hyvin tiedät, on alusta lähtien kuullut sosiaalityöntekijän lisäksi sairaanhoitaja ja lääkäri.”

Helena Erä-Eskon ym. (1954, 147) mukaan eri ammattialojen edustajien yhteisharkintaan perustuva työryhmä pyrki käsittelemään ihmistä kokonaisuutena, jolla oli dynaamiset, alati muuttuvat suhteet lähiympäristöönsä ja yhteiskuntaan. Työryhmän jäseniltä edellytettiin ”ammatillista täysi-ikäisyyttä” ja ammatillisen kypsyyden kriteerien mukaan lääkärin ammatti oli paljon ”kypsempi” kuin sosiaalityöntekijän ammatti. Tätä perusteltiin sillä, että lääkärin työskentelyn katsottiin pohjautuvan määrättyihin, vuosisatoja vanhoihin periaatteisiin, kun taas sosiaalityöntekijöiden työtä pidettiin vielä usein sattumanvaraisena. Samalla vedottiin siihen, ettei sosiaalisen työn määritelmäkään ollut vielä olemassa, ja ettei tavallisilla ihmisillä ollut vielä paljon tietoa siitä,

mitä sosiaalinen työ piti sisällään. Tässä vaiheessa puolestaan sairaanhoitajien osuus työryhmässä oli toimia lääkäreiden ohjeiden mukaisesti asiakkaiden vastaanottajina ja lääkäreiden jakajina.

Sosiaalityön ammatin kypsyttämättömyydestä huolimatta keskeisen roolin hoidossa saivat kuitenkin sosiaalityöntekijät, joiden sosiaalityön menetelmänä oli siis henkilökohtainen huolto eli casework, mutta työ rinnastettiin psykiatriseen työhön. Kuten Anne-Marie Hennum (1958, 35) toteaa, lääkärin tarjoama lääkinnällinen hoito valmisti potilasta vastaanottamaan psykiatris-sosiaalista hoitoa, jota sosiaalityöntekijä toteutti haastattelemalla potilasta tai käymällä kahdenkeskisiä keskusteluja. Sosiaalityön ymmärtämiseksi on tärkeää oivaltaa Alf Ronnbyn (1986, 76) esittämä ajatus henkilökohtaisen menetelmän taustalla vaikuttaneesta psykoanalyttisestä ajatusmaailmasta. Hänen mukaansa psykoanalyysi useimmiten eli taustalla olevana mallina ongelmien ymmärtämisessä, keskusteluhoito itsessään oli paljon kehittyneempää kuin puhdas psykoanalyysi. 1950-luvun lopulla sosiologian ja sosiologisen viitekehyksen tulo päihdehuollon sosiaalityöhön koettiin terveellisenä vastapainona sosiaalityössä korostuneelle psykoanalyttiselle viitekehykselle. Nimenomaan sosiologinen viitekehys toi työhön yhteiskunnallisen otteen ja ohjasi etsimään sosiaalityölle ominaisia ratkaisuja. (Vrt. Nissinen 1984, 256.)

”Helmi: Lanu oli yksi harvoja sosiologeja, joka oli kiinnostunu tästä ja sehän oli sitten 50-luvun loppu ja 60-luku tämmöstä sosiologian hurjaa nousua Suomessa. Kaikki halus lukea sosiologiaa ja niin edelleen. Mutta sosiologiasta oli hirveen pitkä matka sosiaalityön käytäntöön, mutta en mä sanois, että se ja psykologiaa oli niissä kursseissa, mutta kyllä se oli integraatio ja sovellutus. Kyllähän siellä sitten tuli sosiaalityöntekijöitä, joilla alko olla kokemusta ja lääkäreiden kanssa keskusteltiin, niin kyllähän nekin jotain oppi.”

Mitä sitten olivat nämä sosiaalityölle ominaiset ratkaisut ja mistä sosiaalityössä itse asiassa oli kysymys? Oliko sosiaalityöntekijällä joku erityinen rooli niissä prosesseissa, joissa päihdeongelmaiset etsivät omaa identiteettiään ja ulospääsyä ongelmistaan? Anja-Maija Tuhkanen (1966, 5) korostaa, että henkilökohtaisen huollon perusarvot,

ihmisarvon kunnioittaminen, tuomitsematon asennoituminen, asiakkaan itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden arvostaminen pyrittiin heijastamaan sosiaalityöntekijän välityksellä vuorovaikutukseen, johon puolestaan asiakas toi ongelmansa ja kysymyksensä. Työmenetelmää käytettäessä huomioitiin ennen kaikkea asiakkaan yksilölliset ongelmat, jotka liittyivät välittömästi joko asiakkaan alkoholinkäyttöön tai hänen omaisensa kokemiin vaikeuksiin. Asiakkaan ja sosiaalityöntekijän välisessä yhteistyössä keskeistä oli asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Sosiaalityön lähtökohtana oli ennen kaikkea päihdeongelmaisen oma elämäntilanne, hänen tarpeensa, identiteettinsä ja voimavaransa.

*”Merja: Mitä sä sanot, mitä se sosiaalityö sitten oli, miten se kiteytetään?
Helmi: No, semmosta kiteytystä, kiteytystä mä en kyllä osaa sanoa, että sitä on hyvin vaikeeta, kun käytännöstä tarkastelee, niin saada sitä määritelmäksi. Se ei ole niinku lääkärit, jotka tekee diagnoosin ja that´s that, sitä ei voi, se on niin monisäikeinen. Ja mä korostasinkin, että mä oon ollu niin käytännöstä kiinnostunut, että ehkä mulla ei ole pohjaa, mutta minusta semmonen määritelmä hukkaa jotakin sosiaalityön elävyydestä... Mä olin enemmän kiinnostunut niinku näitten ihmisten tilanteista ja ihmisistä... Mutta niitä elementtejä, jotka kuuluvat sosiaalityöhön, nimenomaan käytännön työhön, niin niitä tietysti vois luetella, mutta mikään näistä yksittäisistä elementeistä ei mun käsityksen mukaan kuvaa sosiaalityötä, vaan se on se integraatio ja sovellutus... Mitä se sosiaalityöntekijä teki? Niin tietysti mä oon luku teoriaa, mutta tuota, mä oon käyny sen vaiheen, että niinkö käytännössä tehtiin sitä, että mä oon niinku sieltä käytännöstä nostanu sitä.”*

”Helmi: Yks kysymys tietenkin on, jota sosiaalityöntekijät tekee enemmän kuin ehkä muut. Jos esimerkiksi joku on työtön, niin joku sosiaalipoliitikko osaa esittää, että on niin ja niin paljon työttömiä tässä ammatissa ja on näin ja näin monta prosenttia väestöstä, mutta sosiaalityöntekijä tuo siihen mukaan sen, mitä se työttömyys merkitsee, mitä se merkitsee tälle työttömälle. Et siinä on yks elementti, jota eivät kyllä muut mielestäni ota faktana... siis syvempi perspektiivi.”

Vaikka päihdehuollon sosiaalityössä korostui käytännössä saatu kokemus, tiedonantajani palauttaa huomion myös käytännön ja teoreettisen ajattelun vuorovaikutuksen ymmärtämiseen ja haluun hyödyntää teoreettista tietoa toiminnassa ja ratkaisujen teossa. Sosiaalityöntekijän ammattitaidon tekijäksi ja ylläpitäjäksi rakentuikin tutkiva työote. Tutkimuksesta johdettujen teorioiden tulisi ohjata käytännön sosiaalityötä ja toi-

saalta tutkimusten perustana on käytännön sosiaalityö. Työn kehittäminen lähtee oman työn tutkimuksesta. Sosiaalityön tehtävänä on toimia varsinaisen asiakastyön ohella linkkinä päihdeongelmaisen, hoitopaikan ja yhteiskunnan välillä. Siinä missä sosiaalipolitiikan tehtävänä on turvata poliittisin keinoin koko väestön toimeentuloa ja siten myös ylläpitää yleistä yhteiskuntarauhaa, sosiaalityö näyttäytyy sekä yhteiskunnallisena että yksilö- ja ryhmätasoisena työskentelynä.

Henkilökohtaisen työmenetelmän periaatteita luetellessaan Anne-Marie Hennem (1958, 13) mainitsee yhteiskunnan ja yksilön välisen vuorovaikutuksen ja muistuttaa sosiaalityöntekijän kaksinaisesta velvollisuudesta. Työntekijän on pidettävä mielessään myös velvollisuus yhteiskuntaa kohtaan. Perheen sosiaalista ja emotionaalista vaikutusta yksilön persoonallisuuden kehitykselle pidettiin sangen merkittävänä. Alkoholi-ongelma nähtiin myös perheongelmana ja perheenjäsenten huomioiminen hoidossa sai sille kuuluvan aseman jo varhaisessa vaiheessa, joskin alussa perheenjäsenten hoidolla tarkoitettiin vain lähinnä vaimojen hoitamista. Käytännön työn kannalta vaimot nähtiin tärkeinä tiedonantajina ja miestensä tukijoina. Mirja Satkan (1995, 146) mukaan ammatillisen asiantuntijuuden keinoin kyettiin auttamaan perheen yhtenäisyyden säilymistä kohdistamalla työskentely yhteen tai useampaan perheenjäseneseen. Työskentelyn tuli kuitenkin keskittyä siihen perheenjäseneseen, jolla oli keskeinen asema perheen emotionaalisen, sosiaalisen ja taloudellisen toiminnan vaalimisessa. Perheen äitiä pidettiin tämän väliintulon pääkohteena. Seuraavassa tekstiotteessa tiedonantajani pohtii lakisääteisen sosiaalihuollon ja A-klinikoiden erilaista tapaa ottaa perhe mukaan hoitoon.

”Helmi: Tää perheenjäsenten mukaantulo, niin sehän on käynyt semmoisen tietyn niinku vaiheen. Aika varhasessa vaiheessa alko tulla aviopuoliset mukaan. Mutta sosiaalihuollossa, siis lakisääteisessä sosiaalihuollossa niinku vaimo oli tämmönen tietojen antaja tästä alkoholistista, että se niinku diagnoosi saatiin jotenkin täydemmäksi, kun vaimokin anto tietoja. Ja esimerkiksi laitokseen sijoituksessa haluttiin niinkö suojella vaimoo ja lapsia. Mutta kyllä A-klinikkasäätiössä varsin nopeesti vaimo nähtiin myöskin hoidon tarvitsijana”

”Helmi: Mutta kyllähän siinäkin sitten paljon muuttu, että ensin oli tämmöstä, piti olla kummallakin omat sosiaalityöntekijät, mutta sitten sekin oli, että tapauksen mukaan, että oli niinku samalla sosiaalityöntekijällä ja oli yhteishaastatteluja. Sittenhän tuli niinkö ryhmätyö, että se oli aika merkittävää...se oli Helsingin A-klinikalla oli tämmönen perheryhmä, että oli aviopuolisoitten ryhmä. Sittenhän oli niin, että vaimot saatto käydä yksin, ja ei vaan vaimot vaan saatto olla vanha äiti tai jotakin ja kyllähän lapsetkin oli kuvioissa.”

Alemman tekstiotteen sisältämä viesti kertoo sen, ettei casework ollut ainoa sosiaalityön menetelmä, vaan jo 1950-luvun lopulla otettiin käyttöön myös toinen sosiaalisen työn menetelmä, niin sanottu ryhmäterapia. Ryhmähoito juurtui kuitenkin päihdetyöhön melko hitaasti hoitotyön pääpainon ollessa edelleen sosiaalityöntekijöiden ja asiakkaiden kahdenkeskisissä keskusteluissa.

Sirpa Härkälän (1992, 105-106) mukaan A-klinikoilla toteutettiin niin sanottua ”laiveampaa”, sosiaalista aspektia korostavaa caseworkia erona erityistoimipisteissä kuten perheneuvoloissa puhtaimmin toteutetusta casework-metodista. Alun psykoterapeutista harhailusta Kristiina Koskiluoman (2002, 25-26) haastattelemat Marjatta Eskola ja Helmi Mäki toteavat, että se jätti jälkeensä erittäin tärkeän uuden tavan suhtautua asiakkaaseen. Asiakas kohdattiin ennen kaikkea ihmisenä, ei huollettavana tai hoidokkina. Ihmisen kohtaaminen, kuunteleminen ja vuorovaikutuksellisuus nousivat jo varhain päihdehuollon sosiaalityön keskeisiksi elementeiksi. A-klinikkaverkoston kautta syntyikin suomalaisen alkoholihuoltoon ja päihdehuoltoon uraauurtava toimintamalli. Lääkinnällisen hoidon ohella oli otettu käyttöön uusi hoitomuoto, sosiaalityö. Samalla eri hoitomuotoja yhdistämällä lähdettiin luomaan päihdehoitojärjestelmää, joka pyrki vastaamaan asiakkaan fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin.

Sosiaalityö vakiintuikin nopeasti kiinteäksi osaksi päihdeongelmaisten hoitoa A-klinikoilla, kun taas huoltoloiden tärkein aktiivinen hoitomuoto oli pitkään työnteko. Vielä myöhään 1970-luvulle huomattava osa päihdeongelmaisista kuntoutettiin työlaistotoiminnan piirissä. Maamme laitoksista Järvenpään sosiaalisairaalan vallitsevaa hoitolinjaa kuvattiin 1960-luvun alkupuolella lääketieteellis-psykiatriseksi huolimatta

siitä, että sosiaalityö oli siellä jo vakiinnuttanut asemansa osaksi hoitoa. Pyrkimyksenä oli kuitenkin psykiatrian ja sosiaalityön perinteiden yhdistäminen. Toisaalta laitoksen hoitolinjauksiin vaikutti myös vuoden 1961 PAV-asetus, jolla Järvenpään sosiaalisairaalle annettiin erityistehtäviä, jotka painottivat lääketieteellisiä näkökohtia. Sosiaalisairaalassa hoidettiin muun muassa huumeiden ja lääkkeiden väärinkäyttäjiä sekä väärinkäyttäjiä, joilla oli psyykkisiä ongelmia. Huoltoloiden hoitotyö sai uusia muotoja vasta 1970-luvulla, jolloin Marraskuun liikkeen aktivistit suuntasivat arvostelunsa silloista laitoshoidon vastaan ja avohoidossa käytetyt erilaiset hoitovirtaukset saavuttivat laitokset. Samoihin aikoihin myös sosiaalityöntekijät vakiinnuttivat asemansa päihdehuoltolaitoksissa. (Siltanen 1990, 29, 37.) Tiedonantajani kuvaus Järvenpään sosiaalisairaalasta 1960-luvun puolessa välissä kertoo ennakkoluulottomasta halusta uudistaa laitoksen hoitotoimintaa (vrt. Ahonen 1999, 88-89). Samalla Marja-Leena Nousiainen tulee kertoneeksi, miten vahvasti yksittäisten ihmisten työpanos ja kiinnostus työtään kohtaan on ollut muokkaamassa ja kehittämässä maamme päihdetyötä.

”Marja-Leena: Eli mä oon nähny sen Sosiaalisairaalan, jossa oli nää menetelmät käytössä ja tota se oli edellä aikaansa. Tirkkosen Jorma seurasi, niin siellä oli käännökset käytössä ja se oli edellä aikaansa. Ja mä sain pitkän ryhmätyön koulutuksen siellä, hyvin monipuolisen...Mä oon eläny sen vaiheen, kun ruvettiin lanseeraamaan päihde-sanaa, jonka alle tulee kaikki ja olen nähnyt sen vaiheen, kun Tirkkosen Jorma rupes kuuskytluvun puolivälin jälkeen miettimään, että mikä on tää systeemi ja huomasi, että hyvin helposti tulee lääkkeitä riippuvaiseksi ja alko varomaan näitä psykofarmakoita, jotka ovat tulleet pelastamaan mielenterveyspuolen viiskytluvulla.”

Toisin sanoen, kun valmiita toimintamalleja ei ole olemassa, ammattitaitoa rakennetaan muun muassa teoreettisen tiedon avulla. Moni aloitteleva sosiaalityöntekijä varmasti jakaa seuraavan tiedonantajani kokemuksen ensimmäisistä työpäivistä päihdehuollossa:

”Antti: ...Mä muistan ihan hyvin sen paniikin, kun menin Lapinjärven huoltolaan ja sitten, kun se ensimmäinen asiakas tuli. Ja mä olin siinä vaiheessa, jollakin tavalla piti osata sosiaalityötä. Kyllä mä suurin piirtein tiesin, että minkälaisia ongelmia päihdeongelmaisilla on ja asunto-ongelmat, köyhyydet, syrjäytyneisyys ja muut. Mutta ei siihen kovin paljon

ollut eväitä siihen kohtaamiseen ja tähän hänen maailman jakamiseen. Ja tän paniikin seurauksena sitten tapahtukin mun elämässä yks niinku mielenkiintoinen käänne. Mähän juoksin kirjastoon kattomaan, että mun täytyy lukea jotakin siitä, että mitä ihmettä mä teen näille asiakkaille, että miten niiden kanssa puhutaan...”

Kuunnellessani tiedonantajieni kertomuksia ja käydessäni läpi dokumentteja päihdehuollon sosiaalityön alkuvaiheista, mieleeni on piirtynyt kuva sosiaalityöntekijöistä, jotka raivasivat lääkäreiden tausta-avustajista itselleen melko nopeasti varsin itsenäisen aseman. Tämä sosiaalityöntekijöiden vahva asema on pitkään nähty jopa niin ylivoimaisena, ettei kritiikiltäkään ole välttytty. (Vrt. Takala & Lehto 1988, 122.) Tiedonantajieni kertomuksissa vahvistui se, että vaikka sosiaalityötä lähdettiinkin alussa tekemään vallitsevan psykiatrisen ja yksilökeskeisen työotteen mukaisesti, sosiaalityöntekijät kokivat tekevänsä sosiaalityötä. Siten he olivat avaamassa tietä päihdehuollon sosiaalityön asiantuntijuudelle. Sosiaalityön keskeisiksi elementeiksi nousivat ihmisen kohtaaminen, kuunteleminen ja vuorovaikutuksellisuus. Sosiaalityö näyttäytyy keskustelussa, kanssakäymisessä ja vuorovaikutuksessa syntyvän asiantuntijuuden sekä sosiaalityöntekijän työssä ja opiskelussa hankitun asiantuntijuuden kokonaisuutena. Caseworkin rantautumista suomalaisen sosiaalityön työväliseksi voidaan tutkimukseni kertomusten valossa pitää sattumanvaraisena tuontitavarana. Tähän sattumanvaraisuuteen vaikutti ainakin se, että samaan aikaan, kun Suomeen perustettiin ensimmäisiä A-klinikoita, suomalaiset sosiaalityöntekijät opiskelivat Yhdysvalloissa sosiaalityötä ja tutustuivat myös casework -menetelmään. Menetelmän sulautuminen suomalaiseen päihdetyöhön näyttäisi tapahtuneen melko kivuttomasti, sillä mielenkiintoinen havainto on, että päihdehuollon sosiaalityö on vuosikymmeniä ollut terapeuttisesti suuntautunut eikä malleja muunlaisiin lähestymistapoihin ole juurikaan kehitelty aivan viime vuosikymmeniä lukuun ottamatta (ks. Nordman 1990, 128). Päihdehuollon sosiaalityön alun jäsentymättömyyden ja hapuilun ymmärrän sen kautta, että ottaessaan vaikutteita monista tieteenaloista, sosiaalityö joutui tasapainoilemaan sekä sisäisten että ulkoisten ristipaineiden edessä etsiessään ominta tapaa hoitaa sosiaalityön vaikeaa tehtävää. Näen kuitenkin, että ensimmäisten vuosikymmenten päihdehuollon sosiaalityötä tuottama kokemus ja tieto ovat jääneet elämään taustalle ja siirtyneet eteenpäin si-

ten, ettei jokaisen uuden työntekijäpolven ole tarvinnut aloittaa kokemuksen ja tiedon keräämistä aivan alusta.

4.2 Vaikuttamaan suuntautuva sosiaalityö

Omassa työssäni minulle kertyy päivittäin valtava määrä tietoa päihdeongelmaisten elämäntilanteista sekä heidän hyvin- ja pahoinvoinnin eri tekijöistä. Siksi minua kiinnostaa, millaisia konkreettisia ehdotuksia tiedonantajani nostavat esille päihdehuollon sosiaalityön näkyväksi tekemiseksi ja samalla sen laadun parantamiseksi. Toivon löytäväni myös niitä mahdollisia kehittämistyön esteitä, jotka meidän olisi käytännön työssä voitettava. Tiedonantajien luonnehdinnoissa 2000-luvun alun päihdehuollon sosiaalityöstä tuli monesti esille peilaus menneeseen ja sen korostus, että päihdehuollon historiallisten kehitysprosessien hallitseminen auttaa jäsentämään myös tämän päivän päihdetyötä ja sitä kautta myös sosiaalityötä. Omassa kommentissaan Anja Auvinen konkretisoi sosiaalityön sisällä vallinneita jännitteitä ja etsii syitä sille, miksi työssä kertyvän tiedon jakaminen yhteiseen käyttöön oli vielä 1970-luvulla erityisen vaikeaa. Oman työn asettamista kriittisen tarkastelun kohteeksi on vierastettu sosiaalityössä pitkään. Ulla Mutka (1998, 122) puhuu jopa vuosikymmenestä toiseen jatkuneesta hiljaisuuden kulttuurista.

”Merja: Mitä sinä ajattelet sitten tämän päivän sosiaalityöstä?”

Helmi: Kun mä en sitä tunne... että kun jollakin tavalla tuntuu, että on aikalailla samojakin asioita, mutta onhan tää tilanne sillälailla muuttunut ja mä näen, että se on kyllä kehittynyt. En mä olis ikinä uskonut esimerkiksi, että yliopistossa opetetaan sosiaalityötä.”

”Helmi: Yhteistyökykyisyyttä kysytään enemmän, sen voin kyllä sanoa... Ja sitten julkisuus, joka nykyisin on aivan toista kuin ennen. Mikä sen julkisuuden valta on? Semmostahan ei silloin ollu tai sitä oli hyvin vähän. Mutta sitten on semmosta, että työ on hedelmällistä, kun ajattelee miten pienestä lähtee kasvi, niin minun mielestä sosiaalityö on sellasta.”

”Merja: Mitä on sosiaalityön ideaalitavoitteet?”

Helmi: Ei silloin ollu, kun minä oon lähteny töihin yhtikäs mittään, nimenomaan se ei ollu mitään.

Merja: Aina tarvitaan ne edelläkävijät, jotka luo...

Helmi: ...jotkuthan väittää, että tämä aika ei kasvata sellaisia voimakkaita yksilöitä, mutta sen voin sanoa, että ammatin eri vaiheissa tarvitaan erilaisia, että silloin kun ammatti on ihan alussa, kun sitä ei oikeastaan ole ollenkaan, niin silloin tietysti tarvitaan enemmän tämmösiä visiönäärejä, jotka niinku näkee pitkälle, mutta sen jälkeen tarvitaan niitä, jotka panevat kysymyksenalaseksi nää loistavat ideat.”

”Anja: Et sehän silloin varsinkin seitkytluvulla sillonhan oli hyvin tämmönnen akateeminen suuntaus vallalla siinä mielessä, että jos ei ollu akateemisesti koulutettu, akateemista tutkimusta esittää, se oli hyvin epäarvostettua ja epäluotettavaa ja se varmaan on hirveen paljon vaikuttanut siihen hiljasuuteen mitä sosiaalityöntekijöillä on ollu ja on vieläkin.”

Seuraavissa puheenvuoroissa tiedonantajani kertovat päihdehuollon asemasta monimutkaistuvassa yhteiskunnassa ja kuvaavat sitä, miten sosiaalityön asiantuntijuuden tulisi vastata tähän muuttuvaan tilanteeseen. Päihdehuollon sosiaalityön tulee puolustaa humaania ihmiskäsitystä ja sosiaalityön perinteisen eetoksen näkökulmasta ammatillisen sosiaalityön keskeinen paikka on sosiaalisen muutostyön alueella. Huoli yhteiskunnallisen solidaarisuuden rapautumisesta ja eriarvoisuuden lisääntymisestä nousee esiin hajaannuksen keskellä. Pelottavaa on ollut havaita se kehitys, että kamppailussa talouden määräsvaltaa vasten, myös solidaarisuuden puolustajien ääni on alkanut vaimeta. Miten ylläpitää toivoa tai etsiä uusia merkityksiä elämälle tilanteessa, jossa mahdollisuuksiamme mielekkääseen toimintaan rajataan (vrt. Granfelt 1998, 177)? Tiedonantajani tarjoavatkin sosiaalityölle oivallista paikkaa pitää yllä julkista keskustelua yleisestä huolesta mikä liittyy päihdeongelmiin ja niiden hoitamiseen.

”Lasse: Kun sosiaalityön näkökulmasta katselee päihdetyötä, niin on tämmösiä isoja yhteiskunnallisia tehtäviä eli se on paljolti taistelua ihmisten oikeudesta tukeen ja apuun ja taistelua siitä, että kynnykset on matalia tulla hoitoon, sillä ennakkoluuloja ja asenteita on, asenteisiin vaikuttamista. Se on tämmöseen kulttuurimuutoksen eteenpäin viemistä, joka liittyy tämmöseen välittämisen kulttuuriin. Siis nyt me eletään pitkälti tämmösessä yksilöitä ja yksilöllistä vastuuta korostavassa yhteiskunnallisessa vaiheessa ja sille ikään kuin tuommosia vasta-argumentteja, et kyl me edelleen tarvitaan tätä vanhaa solidaarisuutta, me tarvitaan tällasta yhteisöllistä ajattelua. On tällasia sanosko yhteisöllisiä ja yhteiskunnallisia isoja tehtäviä, jotka sosiaalityön tästä ikään kuin eetoksesta nousevia... Sosiaalityön eetokseen kuuluu ton äskön sanotun lisäksi tämmönnen

*ihmiskäsitys, jossa ikään kuin uskotaan ihmisten muutoksen mahdollisuu-
teen. Eetokseen kuuluu myös se, että hyväksytään tosiasia, että ei ole ai-
noita oikeita vastauksia, vaan asiat on monimutkaisia, niihin ei oo oikeita
vastauksia. Meillä on myös lupa epäonnistua ja pitää hyväksyä epäonnis-
tumiset, ne on humaani ihmiskäsitys.”*

*”Antti...sosaalityön ammattitaitoon kuuluu se, että me jäsennetään sen
asiakkaan tilanne ja se yhteiskunnallinen todellisuus, missä asiakas elää
ja sitten kunnolla raportoidaan, että tehdään selväksi, että mitä täällä ta-
pahtuu...niin jos me ei nyt sitten saada muuta mitään järjellistä vastausta
annettua, niin ainakin, että me julkisesti nauretaan, että on täysin mielet-
tömiä toimeksiantoja...”*

Asiakkaiden näkökulmasta katsottuna viranomaisten toiminta ja suunnittelu on usein hajanaista ja sirpalemaista. Asiakkaiden päätä voivat sekoittavaa jo sellaiset nivelkohdat kuin A-klinikan ja kuntoutuslaitoksen yhteistyö. Jos tähän vielä liitetään lastensuojelu tai työvoimaviranomaiset, asiakas alkaakin olla täysin ymmällä. Tietokatkokset ovat ikäviä asiakkaan kannalta. Hyvää tietoa ei osata jakaa, vaan päihdeongelmainen hukkuu jonnekin viranomaisten ulottumattomiin. Alla Lasse Murto toivookin yhteistä koordinaatiota, ettei näin kävisi eikä asiakkaan ympärillä pyörisi monia tahoja toisistaan tietämättä. Päihdeongelman kaltaisen ”*ilkeän ongelman*” kyseessä ollessa ei ole yhtä määritelmää tai diagnoosia, vaan ongelmaa on lähestyttävä monista näkökulmista ja monitoimijaisesti (vrt. Sotarauta 1996, 118-120). On luotava ja kehitettävä uusia eri sektorit ylittäviä toimintakäytäntöjä arjen työkaluiksi, sillä valitettavan usein käytännön työssä törmäämme moniammatillista yhteistyötä hankaloittavaan vaitiolovelvollisuuteen ja salassapitosäädöksiin.

”Lasse: Mä luulen, että nimenomaan tämä moniammatillisuuden korostaminen on linja, jolla edetään. Myönnän, että mulle on ollut pikkusen kiusallista, että maassa tehtiin erikseen kansallinen terveydenhuollon ohjelma ja kansallinen sosiaalialan ohjelma. Me oltas tarvittu yhtenäinen tämmönen hyvinvointiohjelma, joka ois koonnu näitä palasia... Sillon esimerkiksi, kun puhutaan tällasista ilkeistä ongelmista, jotka ongelmat ovat niitä, joita on vaikea diagnosoida, jotka ei oikein asetu reviiireihin, niin silloin erityisesti liikutaan alueella, jossa tämmönen moniammatillinen lähestyminen, monitieteellinen tarkastelu yli sektorien, ylisektoraalinen tarkastelu ovat ne ainoat järkevät tavat. Mä itse ja kyllä voi sanoa päihdetyön puolelta on löytynyt paljon ihmisiä, jotka ovat kovasti sympatiseeranneet tämmöstä näitten kokonaisuuksien tarkastelua, jolle voi an-

taa otsakkeen psykososiaaliset palvelut, jossa yhdistetään meillä tässä perinteisessä sektorijaossa erilleen asettuneita toimintoja, koska ihmiset tarvitsevat kokonaisvaltaista ja erityisesti ilkeissä ongelmissa tarvitaan kokonaisvaltaista työskentelyä.”

”Lasse: Musta päihdehuollon ihmisten pitäisi olla nyt valmis miettimään tämmösten psykososiaalisten palvelukokonaisuuksien niinku aikaansäämistä, silloin pakottaa myös sosiaalipuolelle hallinnollisesti kuuluvien ja terveydenhuollon puolelle hallinnollisesti kuuluvien yksiköiden yhdistämistä.”

Alla tiedonantajani perää sosiaalityön asiantuntijuudelta valmiutta työskennellä yhteistyössä muiden kanssa. Se, että kykenee yhteistoimintaan muiden kanssa puolestaan edellyttää vahvaa ammatillista identiteettiä. Tiedonantajani mukaan sosiaalityön koulutuksella on keskeinen asema niiden valmiuksien antajana, joita tarvitaan käytännön asiakastyössä.

”Lasse: Meidän pitää puhua paljon enemmän tän moniammatillisen työn puolesta, josta ei saa vetää sitä johtopäätöstä, ettei meillä pidä esimerkiksi koulutukset olla erillään ja ihan profiloituneita koulutuksia niitä tarvitaan eli parhaimmillaan tällainen moniammatillinen työ onnistuu silloin, kun on hyvin vankkoja ammatti-identiteettejä. On hyvin vankka koulutus ja on sitä itsevarmuutta riittävästi, jonka jälkeen on paljon helpompi työskennellä sitten sosiaalityön puolen ihmisten kanssa ja myös lääkäreiden kanssa, joilla on vankka ammatti-identiteetti ja ammattilypeys. Eli tarvitaan vankka sosiaalityön koulutus, joka tuottaa hyvän ammatti-identiteetin omaavia sosiaalityöntekijöitä, mutta sen jälkeen, kun tullaan käytännön toimiin tarvitaan sitten itsetuntoa riittävästi, että voi lähteä aitoon yhteistyöhön ja voi hyväksyä sen, että jostakin toisesta tieteenalasta tai ammattialasta tuleva näkökulma onkin täysin välttämätön myös tän rinnalle ja yhdessä me sitten muodostamme kokonaisuuden, jolla on merkitystä ongelman käsittelyssä.”

Yhä enenevässä määrin on ryhdytty peräämään näyttöä eli sitä, onko sosiaalityö onnistunut päihdeongelmaisten hoidossa. Puheet vaikuttavuudesta ja tuloksellisuudesta ovat ajankohtaisia kysymyksiä, eikä vain päihdehuollon sosiaalityön, vaan koko sosiaalityön kentällä. Tärkeäksi kysymykseksi muodostuukin se, miten vaikuttavuutta ja tuloksellisuutta arvioidaan. Tutkimusaineistoni pohjalta päihdeongelmaisten hoidossa näytön sijaan tärkeämmäksi nousee se, mitä tapahtuu asiakkaan elämässä kuin pelkäs-

tään juomisen lopettaminen tai vähentäminen. Siksi ei ole tärkeää tutkia tai raportoida sitä, onko asiakas pysynyt kuivilla, vaan tärkeämpää on hakea tietoa ihmisten tilanteista, mitä heille tapahtuu ja miksi. On muistettava, että pelkkä inhimillisen kärsimyksen lieventäminen on arvokasta ilman pysyviä raitistumis- tai elämäntapamuutoksia. Vuorovaikutussuhteen osapuolten, sosiaalityöntekijöiden ja asiakkaiden kokemustiedon raportoinnissa ja tuottamisessa Lasse Murron mukaan tärkeän roolin saavat sosiaalityöntekijät. Kokemustietoa tarvitaan tieteellisen tiedon rinnalla. Myös Ulla Mutka (1998, 46; ks. myös Karvinen 1996) nostaa esille sosiaalityön reflektiivisyyden, joka lähestymistapa pyrkii ylittämään teorian ja käytännön välistä kuilua ottamalla huomioon teoreettisen tiedon rinnalla myös jokapäiväisessä työssä syntyvän kokemuksen ja siihen liittyvän tiedonkäsityksen.

Olennaista tiedon tuottamisessa ja sosiaalisessa raportoinnissa on se, mitä kirjoitetaan ja miten. Tekstiotteen kolmannessa Antti Särkelän kommentissa tuodaan osuvasti esille se pelko, että ”sosiaalisen” asiantuntijuus liukuu muiden professioiden kuten lakimiesten kielelle jopa sosiaalityöntekijöiden omasta tahdosta. Sosiaalityöntekijöiden onkin sanouduttava irti ulkopuolelta annetuista malleista ja vaatimuksista paneutumalla oman työn kriittiseen arviointiin. Hyviksi kirjoittajiksi tullaan vain yrityksen, erehdyksen, opiskelun ja harjoittelun kautta (vrt. Murto 2004, 48).

”Lasse: ...nyt puhutaan paljon tällasesta sosiaalisesta raportoinnista eli pitää saada aikaan paljon enemmän, siis pitää paljon enemmän kirjottaa muistiin, analysoida tietoa, joka syntyy, raportoida sitä eteenpäin, ja että se tieto olis sellasta kumulatiivista tommosta kasautuvaa tietoa ja tätä kautta vähitellen sosiaalityön ihan arjesta ja tästä työn kokemuksesta alkaa syntyä tämmöstä kasautuvaa tietoa, joka olis vastapaino tälle esimerkiksi näyttöön perustuvalla tälle evidence based – pohjaselle tiedolle, jolle me hävitään menen tullen tällä hetkellä.”

”Lasse: Muuten me ei oikein selvitä tästä näyttöön perustuvasta logiikasta nousevista vaatimuksista, jotka tulee kasvamaan, koska meiltä entistä enemmän odotetaan tietoa vaikuttamisesta ja meille vaikuttavuus – me emme saa sosiaalityöntekijät hyväksyä sitä ainoata vaikuttavuusmittaria, et se on joko et loppu juominen vai eikö lopu. Sen sijaan oikeampi näkökulma on se, että pitemmällä aikavälillä mitä ihmisen elämässä tapahtuu, mitä sen ihmisen elämän hyvinvoinnissa tapahtuu, minkälaisia elämänmuutoksia sille tulee, mutta kun meillä ei ole tietoa näistä. Meidän

täytyis ikään kuin fokusoida ja systematisoida sitä ja kerätä tietoa, niin et se rupeis kasautumaan.”

”Antti:... osa kritiikistä on nyt sitten juuri tätä, että meiltä edellytetään jollakin muulla logiikalla kuin sosiaalityön logiikalla kirjoitettua tekstiä. Siinä meidän itsetunnon pitää vaan kehittyä, että me syvennetään omaa tapaa tuoda sitä sosiaalista esille, eikä ryhdytä juridisoimaan sen takia niitä tekstejä, kun lakimiehet sattuu pyytämään sitä, silloinhan me tehdään niinku siis juristin tekstejä eikä sosiaalityöntekijän tekstejä.”

Seuraavissa kertomuksissa tiedonantajani nostavat esille oman työn arvostukseen liittyviä tärkeitä ja oleellisia seikkoja. Kuten sitaatit osoittavat, oman työn arvostus lähtee aina sisältäpäin, omasta itsestä. Onko peräti niin, että sosiaalityössä vaadittava herkkyys ja kyky ymmärtää ja myötäelää asiakkaan kokemuksia kääntyvät itseään vasten silloin, kun sosiaalityöntekijä kohtaa toisen ammattilaisen? Miksi olla ”harmaa” ja ”kumarassa” tai ”pitkin seiniä katsella”, kun voisi olla ”innostava” ja ”argumentoitu”? Puheenvuoroista voi aistia sen, että vetäytyminen, passiivisuus ja omasta reviirisestä kiinni pitäminen virheiden tekemisen pelossa tukahduttavat varmasti ennen pitkää sekä oman työn tekemisen ilon että toisten ammattilaisten halun yhteistyöhön, mutta jättävät myös asiakkaan äänen kuulumatta. Kertomus jättää avoimeksi ja pohdittavaksi sen, miten sukupuoli näkyy ja näyttäytyy tavoissa työskennellä toisten sosiaalityöntekijöiden tai yhteistyökumppaneiden kanssa.

Keskeinen kysymys sosiaalityön arvostuksen kannalta on mielestäni myös se, millaisen julkisuus kuvan annamme itsestämme tai ammatistamme. Toisaalta on ehkä kohtuullista odottaa samaa työtovereilta, työnantajilta, poliitikoilta, tiedotusvälineiltä, asiakailta kuin tavallisilta kadunmiehiltä ja –naisilta, sillä sosiaalityöntekijän ammatin houkuttelevuutta ei lisää yleiseen kielenkäyttöön vakiintunut ”sosiaalitati” –nimike. Nimitys näyttää jopa juurtuneen käyttöön silloinkin, kun tarkoitus ei ole halventaa ammattikuntaamme.

”Anja: Mut kuitenkin mä toki oon ajatellu ja ajattelen edelleenkin niin, että päihdehuollon sosiaalityöntekijällä saa olla ja tulee olla, että on käsitys siitä, että on joitakin asioita, joita osaa eri tavalla ja niitä ei pidä missään tapauksessa väheksyä eikä miinustaa itseltään eikä olla hiljaa, mut se ei

tarkota, että nousis yläpuolelle, vaan nää on nimenomaan niitä juttuja, että joihin mä oon erityisesti paneutunut ja niissä mulla on kokemusta ja niitä osaan...”

”Antti: ...että siis se tapa, miten sosiaalityöntekijät on neuvottelussa ja miten neuvottelutaidot, puhumisen taidot, niin kyllä niissä on paljon korjaamisen varaa. Kyllä joskus näkee sosiaalityöntekijöitä neuvottelutilanteissa, ei nyt tarvitse niin harmaa ja niin kumarassa, niin pitkin seiniä katsella, että kyllä siinä voisi ihan varmasti istua ja esittää mielipiteensä selkeästi, olla innostava ja argumentoiva, että ilman muuta näissä muisakin vuorovaikutustilanteissa sais ammattitaitoa kohottaa. Sosiaalityöntekijä pyrkii olemaan ikään kuin ammattitaitoinen vain silloin, vaan sen asiakkaan kanssa, vaan paljon kovempaa ammattitaitoa vaatii olla yhteistyössä toisen ammattikunnan kanssa. Asiakkaan kanssa pärjää paljon helpommin ja juuri tää yhteistyökumppaneiden kanssa toimeen tuleminen, päättäjien kanssa toimeen tuleminen, juuri sillä alueella sitä ammattitaitoa pitäis myös kehittää.”

”Antti: Kun sosiaalityöntekijä esimerkiksi menee johonkin yhteistyöpala-veriin, missä on eri tahojen edustajia, eri ammattien edustajia, niin sosiaalityöntekijänhän pitäis olla siinä vahvin edustaja. Hänhän on nimenomaan rakenteiden hallitsija. Hän on ehkä ainoa siinä kokouksessa, joka hallitsee siis sen kokoustilanteen, mutta nykyään tahtoo olla niin, että se antaa esimerkiksi lääkäreitten ja juristien pauhata kokouksissa...”

Seuraava pohdiskelu osoittaa mielestäni sen, kuinka vaikea on arvioida itseään ja valmiuksiaan toimia sosiaalityöntekijänä. Mitä liittyy kypsymiseen ammattitaitoiseksi päihdehuollon sosiaalityöntekijäksi? Onko se kamppailua siitä, tuleeko päihdetyössä auttaa, hoitaa vai muuttaa asiakasta? Jäinkin miettimään, onko kysymys modernista ammatillisesta identiteetistä vai kutsumuksesta.

”Merja: Olen miettinyt sitä, että kun Malcolm Paynehan puhuu siitä, että asiakkuus vaikuttaa sosiaalityöhön ja asiakkaat tuovat ulkomaailman sosiaalityöhön ja muuttaa sosiaalityöntekijää ja sosiaalityön luonnetta ja myös sosiaalityön teoriaa, niin miten sä ajattelet, että miten päihdeongelmainen on muuttanut meitä sosiaalityöntekijöitä, sosiaalityön luonnetta tai teoriaa...”

Antti: ...Asiakas kyllä muokkaa työntekijää, että työntekijä tulee kyllä yleensä melkosella auttamisvimmalla töihin, tullaan juuri näillä muutosideoilla, että mä tulen ja raitistan ihmiset. Ja kun yleensä tälle alueelle valikoituu aika hyviä siis hyväntahtoisia ihmisiä, jotka haluaa auttaa ihmisiä ja vaikeuksissa olevia, niitten auttamisvimmalla, auttamisvimmalla sitten tullaan ja petytään, kun ne ihmiset ei muutukaan niin kuin mä haluan.

Niin siis se positiivinen vaikutus, minkä se asiakas toivottavasti työntekijään tuo, on se, että elämä on moninaista, siinä on erilaisia sävyjä... että työntekijä niinku uskaltaa panna itsensä alttiiksi näille kohtaamisille ja kehittää työtään kohtaamisten ehdoilla ja hyväksyä tämmöstä erilaisuutta tai sitten hän kyynistyy ja tulee vihamieliseksi asiakkaille, se tapahtuu arvon mukaan kolmessa vuodessa. Kolmessa vuodessa työntekijästä tulee hyvä työntekijä tai se menee pilalle... Siinä pitää todella nopeesti kasvaa, jos meinaa pärjätä sitten loppuiän, koska kyynisenä sen työn tekeminen on hiton raskasta ja jos ei pääse tästä niinku naiivista auttamisajatuksista irti, niin sitten hän niinku sinnikkäästi yrittää auttaa ihmiseltä jalkoja alta ja raskasta sekin on, että pääsee tasapainoon sen kanssa. Niin sillä tavalla asiakkaat vaikuttaa työntekijöihin ja kasvattaa työntekijöitä... niin sosiaalityöntekijänhän pitää myöski suostua asiakkaidensa kasvatettavaksi.”

Malcolm Payne (1996, 1; vrt. myös Sipilä 1989) toteaa, että sosiaalityötä ei voi yksiselitteisesti määritellä. On myös vaikea päättää, mitä sosiaalityöhön kuuluu, mitkä ovat sen tavoitteet, keitä ovat sen asiakkaat, mitkä ovat käytetyt metodit ja mikä tai kuka on sosiaalityöntekijä. Paynen (mt., 15-18) mukaan asiakkaan vaikutuksia sosiaalityöhön usein vielä vähätellään pitämällä heitä edelleen toiminnan kohteina. Payne tuo kuitenkin esiin sen, että sosiaalityö on vuorovaikutuksellinen prosessi, jossa asiakas muuttaa työntekijää ja sosiaalityön luonnetta ja tätä kautta myös sosiaalityön teoriaa. Myös päihdehuollon prosessista sanotaan, että se on epämääräisesti rajautuva ja siitä on vaikea sanoa, mistä se oikein alkaa ja mihin päättyy (ks. esim. Murto 2005, 326).

Yhteenvedona kertomuksista voidaan todeta, että tämän päivän päihdehuollon sosiaalityössä, päihdepalvelujärjestelmän kehittämisessä sekä päihdetyön arvioinnissa tarvitaan uudenlaista tiedontuotantoa. Tiedonantajani näkivät tämän tapahtuvan tieteellistä tietoa, tutkimusta sekä asiakkailta ja työntekijöiltä kerättyä kokemusta ja tietoa yhdistämällä. Sosiaalisella raportoinnilla, sosiaalisella tiedonvälityksellä ja kirjoittamisella päihdehuollon sosiaalityössä jäsenetään omaa ajattelua ja työtä sekä käydään ammatillista keskustelua ja tuodaan päihdetyötä näkyväksi. Päihdehuollon sosiaalityön asiantuntijuuden ja sosiaalityöntekijän ammatillisen identiteetin kehittyminen näyttäytyy tutkimukseni pohjalta prosessina, jota rakennetaan tieteellistä tietoa ja kokemuksellista tietoa yhdistellen arjen työkäytännöissä. Ammatillisen identiteetin kehitykselle on tärkeää sekä koulutuksen kautta saadut valmiudet että sisältäpäin lähtevä oman työn ar-

vostus. Vaikuttaminen ja vaikuttamistyö nousivat esille monissa puheenvuoroissa. Päihdehuollon sosiaalityöhön tulisi tutkimukseni pohjalta sisältyä myös vahva yhteiskunnallisen vaikuttamisen ulottuvuus yksilöiden, ryhmien ja perheiden kanssa tehtävän työskentelyn ohella. Vaikuttamistyön tulisi kohdentua niin yleiseen mielipiteeseen kuin poliittisiin päätöksentekijöihin ja muihin päättäjiin. Sosiaalityöntekijän odotetaan kykenevän liikkumaan laaja-alaisesti yksittäisen ihmisen tilanteesta yhteisön kautta yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen. Rakenteiden asiantuntijana sosiaalityöntekijällä onkin näköalapaikka yhteiskuntapoliittiseen vaikuttamiseen.

4.3 Päihdehuollon lakikehityksen merkitykset päihdehuollon sosiaalityölle

Seuraavaksi siirryn tarkastelemaan sitä, miten tiedonantajani näkevät päihdehuollon lakikehityksen muovanneen päihdehuollossa tehtävää sosiaalityötä. Tarkastelunäkökulmani keskittyy tässä lähinnä voimassaolevaan päihdehuoltolakiin vuodelta 1986. Minua kiinnostaa myös se, millaisia muutoksia tarvittaisiin nykyiseen lakiin ja olisiko kokonaan uusi päihdehuoltolaki vastaus näihin muutoksiin.

Seuraavissa kertomuksissa tiedonantajani selventävät tilannetta, joka maassamme valitsi A-klinikoiden perustamisen aikoihin ja sitä, millaisen vastaanoton vapaaehtoista hoitoon hakeutumista korostavat A-klinikat saivat törmätessään kontrollia korostavaan sosiaalitoimen sosiaalityöhön. PAV-lain voimaantuminen 1962 ja sen muutokset 1974 virallistivat päihdeongelmaisten oma-aloitteisuuteen perustuvan avo- ja laitoshoidon kehittämisen. Laki määritteli päihdehuollon tehtävän osaksi sosiaalihuoltoa. Lain lisäykset merkitsivät sosiaalityön kannalta ennen kaikkea tahdonvastaisten toimien vähenemistä.

Anja Auvinen kuvaa kertomuksessaan sosiaalityön ammattilaisten keskinäistä keskustelua 1950-luvun Suomessa käsitteillä ”*juoppoja ymmärretään liikaa*” tai ”*juoppoja hyysätään*”. Mistä tällainen puhe kertoo? Kertooko se siitä, että työntekijät ovat läheneet itse rajaamaan omia toimintamahdollisuuksiaan päihdetyössä ja pitäisikö mei-

dän sosiaalityöntekijöinä ottaa henkilökohtainen moraalinen vastuu siitä, että yhä vielä nyt 2000-luvulla samat käsitteet elävät ihmisten puheissa?

”Merja: Miten sinä koet tämän lakikehityksen, miten lakikehitys on vaikuttanut sosiaalityöhön? Jos ajattelee päihdetyötä ja päihdelakeja, näkyykö se jotenkin, että meillä on lähetty sieltä kolkytkuus alkoholista, jossa tää kontrolli on keskeistä ja sitten tultu tähän kuuskytkaks lakiin päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjienhuollosta, mikä korostaa vapaaehtoista hoitoon hakeutumista ja kahdeksankymmentäkuus päihdehuoltolaki, missä yhdistettiin sosiaali- ja terveydenhuolto, mutta että vieläkin sosiaalihuolto kantaa vastuuta...

Anja: Mutta yhteistyön käynnistämisessä se ei ollut pelkästään niin, että A-klinikalta olis tullu ne vaikeudet ja niin pois päin, vaan ihan alusta alkaen, kun A-klinikat perustettiin 50-luvulla, niin jo silloin oli tää vastakainasetelma että perussosiaalityö ja A-klinikka, jolloin perussosiaalityötä kritisoitiin A-klinikalle, että ymmärretään juoppoja liikaa ja hyysätään niitä liikaa ja sitten taas A-klinikoiden työntekijät arvostelivat perus- tai sosiaalitoimistojen työntekijöitä siitä liiallisesta holhoamisesta ja lailla kurittamisesta ja epäluottamuksellisuudesta ja vaikka sun mistä, että semmonen riita on ollut ihan sieltä alusta.”

”Anja: Niin, jos mä ajattelen niitä alkuvaiheita, niin ymmärrän semmosena kahden hyvin erilaisen työkuulttuurin kohtaamisena. A-klinikathan kuitenkin rantautuivat Yhdysvalloista ja oli siis sellanen työorientaatio, että ihmistä autetaan, ihmiseen luotetaan. Käytetään just tällasii niinku psykodynaamisesta työskentelytavasta kehittyneitä työmenetelmiä ja niin pois päin. Ja siihen aikaan Suomessa taas 50-luvulla, 50-luvun alkupuolella varsinkin oli hyvin tämmönen lakikuuliainen työorientaatio sosiaalityössäkin ja semmonen niinku kontrolliin ja rangaistukseen pohjaava toimintakuulttuuri, niin se on aika raju se yhteentörmäys silloin. Kumpikin pitää toistaan mahdottomana yhteistyökumppanina ja jotakin niinku tätä samaa vaikka lientyneenä on jatkunu eri tavoin...”

”Anja: ...lailla määritellään jo sitten aika pitkälle sitä pitkälti olemassa olevaa tilannetta... ainakin vahvistaa työntekijän asemaa tekemään tai antaa luvan, laista tulevan luvan, jolloin tietysti produktiivinen työntekijä voi visioida taas eteenpäin ja tehdä omia mallejaan.”

Helmi: Että tuota pääsääntö mun kokemuksen mukaan on, että lakiin kirjataan se mihin käytännössä ollaan niinku pääsemässä ja mitkä visiot siellä on. Vuoden kuuskytkaks laki anto mahdollisuuden avohuoltoon, mutta siitä huolimatta se oli laitosvaltaista, mutta sen sijaan radikaali muutos, jossa selvästi lakiteksti vauhditti, auttoi avohuollon kehittämistä, niin se oli se vuoden seitkytneljä PAV-lain muutos, jossa ensinnäki selvästi mainittiin A-klinikka...niin sehän todella vaikutti, että näitä avohuollon

yksiköitä alettiin perustaa, ja että tää avohuoltovaltaisuus alko niinkö elää.”

Voimassaoleva vuoden 1986 päihdehuoltolaki laajensi päihdehuollon käsitettä sosiaali- ja terveydenhuollon vastuulle ja samalla uusi laki avasi myös sosiaalityötä yhteiskunnan ja yhteistyön suuntaan. Uutta oli päihdeongelman jäsentäminen kokonaisvaltaisesti yksilö- ja oirekeskeisyyden sijaan.

”Lasse: Mä olin mukana siinä lakiryhmässä, joka teki tän voimassaolevan päihdehuoltolain, joka on siis 1980-luvulta. Kyllä se laki lähtee hyvin selkeästi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisestä vastuusta. Se korostaa kovasti sitä, että vastuu päihdeongelman käsittelystä tässä yhteiskunnassa on sekä sosiaali- ja terveydenhuollolla. Ja se oli oikeastaan ensimmäinen laki, jossa on tämmönen korostus. Ja toinen tämmönen iso asia, jota laki korostaa on se, että ihmistä on autettava kokonaisvaltaisesti, kaikki nimenomaan olemuspuolet ikään kuin tulee käsittelyyn ja silloin yksi ainoa ammattiryhmä ei ole se ainoa toimija, vaan tarvitaan nimenomaan tätä moniammatillisuutta.”

Sosiaalityön kannalta hoidon tavoitteet nähdään vuoden 1986 päihdehuoltolaissa laajasti, jolloin päihdeongelmaisen elämäntilanteen kohentaminen ja kärsimysten lieventäminen ovat riittäviä tavoitteita hoidolle ja oikeuttavat sen. Uuden lain hengessä sosiaalityö nähdään asiakkaan vahvuuksien kanssa työskentelynä. Ongelmaratkaisunäkökulmasta sosiaalityöntekijä ei hoida asiakkaan sairautta tai tarjoa hoitoa asiakkaan ongelmiin, vaan työntekijä auttaa vahvistamaan asiakkaan kykyjä selviytyä elämässään (vrt. Compton & Galaway 1998, 106-107).

”Lasse: Siinä lähdetään myös siitä, että kun aikaisempi päihdehuollon lainsäädäntö korosti hyvin paljon pakkotoimia, siis lait rakennettiin niin, että niissä oli merkittävä osio volyymitaan näitä pakkohoitosäädöksiä, niin tässä kahdeksankyt laissa, siinä on nää pakkopykälät, nää pakolliset olemassa, mutta niiden painoarvo siinä kokonaisuudessa ei ole kovin merkittävä, sen sijaan siinä korostetaan aikaisempaa enemmän tämmöstä varhaisvaiheen puuttumista, varhaisvaiheen työskentelyä... ja semmonen ihmiskuva, ihmiskäsitys, joka myös on ikään kuin tätä säätiön ihmiskäsitystä, eli että ihmiset itse on aktiivisia, kun heille vain annetaan ikään kuin välineitä, uusia keinoja, heitä ikään kuin voimaannutetaan tähän it-

sensä kanssa työskentelyyn. Siellä ei ole tätä vanhaa sairausmallista lähtevää tarkastelua. Kuuskytluvun tän kuuskytkaks lain, joka oli hyvin pakkoitopainotteinen, viranomaislähtöisyyttä korostava laki, niin tää on taas asiakaslähtöisyyttä korostava laki, jossa uskotaan kovasti, hyvin optimistisesti ihmiseen, että jos olis pakko teoriapohja paikallistaa, niin kylä se on kovin erilainen. Semmonen sairausajattelu, sairausmalliajattelu on ollut vallitseva siinä edellisessä lainsäädäntövaiheessa.”

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuutta koskevan lainsäädännön uudistuminen vuoden 1984 alusta loi osaltaan tiedonantajani mukaan paremmat edellytykset myös päihdehuollon alueella. Antti Särkelä yhtyy edellä Lasse Murron esittämään käsitykseen, että uuden lainsäädännön vaikutukset ulottuivat erityisen myönteisesti päihdehuollon ihmiskäsitykseen. Uuden lain hengessä asiakas nähtiin oikeussubjektina, avun ja hoidon hakijana ja saajana, jonka käytännön toteutumista Särkelä kuitenkin kritisoi.

”Antti: Minusta aika niinku keskeinen murros tapahtu silloin, kun tää sosiaalihuoltolaki kaheksanneljä ja siitä tulleet nää oheislait, vammais-, lastensuojelu-, päihdehuoltolaki, niin sosiaalityön kannalta siellä oli erittäin myönteinen tää ihmiskäsityksen muutos, joka sitten ikävä kyllä sammutettiin keskusteluissa aika nopeasti. Silloinhan nousi keskustelussa tää, että asiakas ei ole objekti vaan subjekti. Vähän naiivilla tavalla se keskusteluun nousi, mutta siinä oli oma ideansa. Siinä niinku keskeistä oli, että tässä lainsäädäntömurroksessa, että asiakas nähtiin aktiivisena toimijana, joka käyttää palveluja, kun aikaisemmin asiakas oli palvelujen kohde. Nyt tää idea ei ikävä kyllä lähtenyt elämään kovin voimakkaasti palvelujärjestelmässä. Niinku ihmiskäsitykseltään, niin tää nykyinen sosiaalihuoltolainsäädäntö vaik se on jo kahdeksankymmentäluvulta, niin ihmiskäsitykseltään se on vieläki edellä nykyisiä ammttikäytäntöjä eli eli se, että asiakas on se, joka käyttää palvelujärjestelmää hyväkseen suoriutuakseen elämässä, että tähän se oli kiteytettynä se idea ja siitä sitten vaan poiki subjekti-objekti keskustelu, että asiakas ei ole objekti vaan subjekti ja se oli siinä mielessä naiivi, että itsestään selvästihän asiakas on sekä subjekti että objekti. Ja jos me sanotaan, että asiakas on subjekti, niin se ei meille vielä paljon kerro, vaan pitää osata kysyä, että minkä hiton toiminnan subjekti asiakas on ja vähän eritellynpää. Mutta tämmösen aktiivisen ihmiskuvan niinku nouseminen, niin kyllä se minusta vaikutti ainaki päihdehuollossa myös niihin toimintaorientaatioihin ja tietyllä tavalla vaan tää A-klinikkatyön perinne ja käsitys asiakkuudesta, niin sehän ikään kuin tuli uloskirjoitettua tuossa päihdehuollon lainsäädännössä ja että A-klinikathan ei joutunu tuossa ristiriitaan, vaan enempi tää tämmönen perinteisempi huollollinen tai sitä edeltävä PAV-työ joutu murrokseen.”

Keskustelin lopuksi vielä tiedonantajieni kanssa siitä, olisiko nyt aika kirjoittaa kokonaan uusi päihdehuoltolaki. Antaisiko uusi lainsäädäntö jotain erityistä uutta vallitsevaan tilanteeseen?

”Merja: Kuinka paljon sitten tääkin laki niinku jo ennakoi tulevaa...mitä se uus laki toisi tullessaan?”

Lasse: Tuo on ihan hyvä kysymys. Siis tota kait lait parhaimmillaan vois olla sellasia, jotka myös suuntaa tulevaa, mutta kyllä meillä on paljon lakeja, jotka vaan kirjaa olemassa olevan. Mutta kyl tää kahdeksankyt luvun päihdehuoltolaki varmaan on vähän tämmönen visionäärinen.”

”Lasse: ...kun huumeongelma on laajentunut ja yritetään saada esimerkiksi isoissa kaupungeissa terveydenhuolto mukaan, esimerkiksi suonen-sisäisesti huumeita käyttävien korvaushoidon ja ylläpitoisuuden toteuttajaksi, se on äärettömän vaikeaa, on suuria asenteellisia esteitä. Et varmasti on niin, että tää terveydenhuollon vastuu täällä perustyön tasolla ei toteudu sillä tavalla kuin laki 80-luvulla edellytti.”

Alla olevassa otteessa tiedonantajani jopa epäilee, että päihdetyössä voitaisiin mennä taaksepäin, jos päihdehuoltolakia lähdettäisiin nyt uudistamaan.

”Antti: ...mä luulen, jos ryhdyttäis uusimaan päihdehuoltolakia, niin sen kirjottajat saattaisivat olla konservatiivisempia kuin edellisen lain kirjottajat. Siis kun ajattelee tätä hyvinvointivaltiollisen ajattelun murentumista, ja että kepin käyttö on vähän lisääntynyt ajattelussa, niin ehkä se kannattaa jättää tällä hetkellä uudelleen kirjottamatta. Saattas huonontua koko laki.”

”Antti...nyt jos toteutuu se hanke, että nää kaikki tahdonvastaset toimenpiteet sidotaan yhteen ja samaan lakiin, niin silloin on mielenkiintoista nähdä, mitä siitä päihdehuoltolaista itse asiassa jää jäljelle... Että ei siellä oikein niinku muuta semmosta olennaista kuin nää pakkopykälät, minkä takia se jouduttiin kirjoittamaan, mutta ihan hienosti sinne on kirjoitettu tää päihdehuollon idea, onhan siellä tää rakenne kuvattu yleiset- ja erityispalvelut, rakenne on kirjoitettu siellä ulos. En mä tiedä, kuinka paljon siellä on ohjaavaa merkitystä, ainakin nyt, kun sosiaalivirastojen toimintakäytäntöjä uusitaan, niin ei siellä kovin paljon sitä lakia lueta. Kyllä se idea kuitenkin olis, että jokaisella kansalaisella on oikeus saada päihdehuollon palvelut niin sosiaali- ja terveydenhuollon yleisistä palveluista ja sitten jos mikäli ne eivät ole riittäviä erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettuista palveluista.”

”Antti: ...en mä usko siihenkään, että mitenkään tietoisesti tai romahdusmaisesti hyvinvointivaltiota oltais purkamassa, se vaan murenee... se mureneminen tapahtuu, talouden logiikalla. Ja poliittinen ohjaus on heikkoa, heikkoa, mutta täytyy muistaa myöskin, että se poliittinen ohjaus on aika tietoisesti heikennetty, että itse asiassa monet hyvinvointivaltion puolustajat oli sitä mieltä, että me ei tarvita tämmöstä poliittista ohjausta, se näytti niin demokraattiselta ja hyvältä, mutta silloin ei ehkä nähty sitä, mitkä voimat me silloin itse asiassa päästettiin liikkeelle. Eihän me silloin päästetty kunnallisia toimijoita tai kansalaisjärjestöjä liikkeelle niin kuin ehkä hyväntahtoisesti ajateltiin, vaan nimenomaan taloudellinen projekti tunki päälle ja se on irti poliittisesta ohjauksesta.

Tiivistäen voisi todeta, että sosiaalityön näkökulmasta päihdehuollon lainsäädännöllinen kehitys on tapahtunut yksilöön kohdistuvista kontrollitoimenpiteistä kohti koko väestölle suunnattua palvelutoimintaan. Vuoden 1961 PAV-lain aikaan ajoittuu tutkimukseni pohjalta jonkinasteista sosiaalityön kaksinkamppailua siitä, kenen tekemä päihdetyö on sitä oikeaa päihdetyötä. Sosiaalilautakunnille lain määrittämät tehtävät ehkäisevä, parantava ja suojeleva työ päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huollossa nähtiin laajempaa kuin esimerkiksi A-klinikoilla tehtävä työ. A-klinikoiden työ nähtiin sen sijaan yksinomaan parantavana toimintana. Vuoden 1986 päihdehuoltolaki on puitelaki ja on siten antanut laajat mahdollisuudet sen täytäntöönpanossa. Tutkimukseni tiedonantajat näkevät, ettei juuri nyt ole tarvetta uuden päihdehuoltolain antamiseen. Oleellisempaa kuin uuden päihdehuoltolain kirjoittaminen tällä hetkellä näyttäisikin olevan se, miten nykyiset päihdehuollon palvelut pystytään turvaamaan kuntien taloudelliset voimavarat huomioon ottaen. Toisaalta päihdehuoltoa ja sosiaalityötä ohjeistetaan, raamitetaan ja päivitetään jatkuvasti erilaisilla ohjelmilla kuten alkoholiohjelmilla, sosiaalialan kehittämisohjelmilla, erilaisilla laatusuosituksilla ja käypä hoito –suosituksilla, kunnallisilla päihdestrategioilla sekä seudullisilla päihdetyön selvityksillä, joten toimivatko nämä erilaiset suositukset, ohjeet ja määräykset niiden aukkojen täydentäjinä ja korvaajina, jotka mahdollisesti nykyisestä päihdehuoltolainsäädännöstä puuttuvat.

5 LÄÄKETIETEEN KATVEESTA SOSIAALISEN ASiantuntijaksi

5.1 Mikä tekee sosiaalityöstä päihdehuollon sosiaalityötä?

Niin kauan kuin olen itse työskennellyt päihdehuollon sosiaalityöntekijänä, minua on askarruttanut ja kiinnostanut se, voidaanko päihdehuollon sosiaalityötä määritellä. Yksinäinen asemani omassa työyhteisössäni on pakottanut pohtimaan omaa työtäni ja sen erityisyyttä muun muassa suhteessa hoitotyöhön. Samalla olen kuitenkin pyrkinyt esittämään itselleni kysymyksen, mitä päihdetyössä ja siinä tehtävässä sosiaalityössä on sellaista erityisyyttä, että se tarvitsisi omaa määrittelyä. Entä ketä varten päihdehuollon sosiaalityötä pitäisi määritellä. Onko lisäksi pelättävä, kuten edellä yksi tiedonantajistani toteaa, että määrittelemällä sosiaalityötä saatamme menettää jotain sosiaalityön elävyydestä? Ei siis ole yhdentekevää, miten sosiaalityötä määritellään. En ole löytänyt kirjallisuudesta yhtäkään päihdehuollon sosiaalityön määritelmää enkä yritä itse sellaista muodostaa, vaan pyrin seuraavaksi löytämään lähinnä niitä elementtejä ja täsmentämään kuvaa siitä, miten tiedonantajani määrittelevät päihdehuollon sosiaalityötä kertomuksissaan.

Vuodesta 1974 alkaen A-klinikkasäätiön ylläpitämät A-klinikat saivat rinnalleen kunnallisia klinikoita. Kertomuksessaan tiedonantajani arvioi kriittisesti omia työkäytäntöjään maamme ensimmäisellä kunnallisella A-klinikalla. Vaikka hänellä oli ollut päihdetyöhön tullessaan jo kokemusta ja osaamista sosiaalityöstä, on vieläkin lupa ihmetellä ja epäillä ja jopa kyseenalaistaa, olivatko tuolloin käytetyt työmenetelmät eettisesti kestäviä. Työntekijöiden keskinäinen tukikaan ei ollut itsestänselvyys, koska kenelläkään ei ollut aikaisempaa A-klinikkakokemusta. Kunnalliset A-klinikat jatkoivat työtään pitkälti A-klinikkasäätiön perinteen pohjalta. Siten sosiaalityöntekijän työssäkin oli edelleen taustalla terapiatyölle perinteisesti ominainen yksilöorientoitunut ajattelu. Tiedonantajieni mukaan vasta 1970- ja 1980-lukujen vaihteessa psykodynaamista viitekehystä käyttävä yksilöterapia alkoi korvaantua uusilla hoitomuodoilla ja koulutusta lähdettiin hakemaan esimerkiksi erilaisiin lyhytterapioihin ja systeemiseen perhetera-

piaan. Erityistä ihmetystä tiedonantajassani herätti se rohkeus ja ylemmyys, jolla A-klinikan työntekijät tarjosivat asiantuntijapalveluja kunnille.

”Anja: Hentosta, hentosta työtettä ja kuitenkin, jos ajattelee sitä, minkälaisilla valmiuksilla tällaisia prosessoivia ryhmiä ohjattiin niin minä kuin työtöveritkin, sehän oli aika hepposta, että onneksi ei mitään kamalaa tapahtunut... Se käsitys, mikä mulla oli itselläni vielä sillon 70-luvun alussa sosiaalityöstä, siit niin sanotusta hyväksytystä määrittelystä, oli aika byrokraattinen ja lakikeskeinen... mut kuitenkin siinä näky tämmönen psykodynaaminen painotus aika monta vuotta sillon 70-luvun alussa ja ryhmät oli hyvin tämmöset prosessoivat.”

”Anja: Elikkä mua hirveesti viehätti se sellanen epämuodollinen, läheisyyteen ja välittömään vuorovaikutukseen perustuva työskentelytapa, jota mä ihan selvästi sovelsin omassa työssä myös sillon alkuun ryhmissä. Meillä oli asiakasryhmiä, jossa heiteltiin kenkiä ja siihen tapaan tällasta – mitä nyt ajattelee, oli hyvin epäsosiaalityömäistä hommaa. Niin siinä oli tämmönen psykoterapeuttinen ajattelu pohjalla, psykodynaaminen ajattelu pohjalla.”

”Anja: Oli se aikaa, että me vaan ilmoitettiin A-klinikalta kuntien sosiaalitoimistoihin, että meiltä saa työnohjausta ja meitä saa konsultoida ja niin pois päin, olemattoman pienellä A-klinikkatyökokemuksella ja olemattomalla työnohjauskokemuksella tai kokemuksella ja siitä vaan menttiin, kun oli tämä asema.”

A-klinikkaverkoston lisääntyessä 1970-luvulla oli nähtävissä sosiaalityön kahtia jakautumista. Käytännössä tämä jakautuminen merkitsi sitä, että samaan aikaan, kun työelämässä olevaa aktiiviväestöä ohjattiin hoitoon A-klinikoille, köyhien moniongelmaisten alkoholistien oli pysyttävä sosiaalitoimistojen asiakkaina taatakseen itselleen aineellisen perusturvan. (Ks. Takala & Lehto, 1988, 115.) Alla tiedonantajani kiteyttää hyvin sosiaalitoimistojen päihdehuoltotyön ja päihdehuollon erityispalveluiden pitkään vallinneet erilaiset sosiaalityön painopistealueet. Huollollisesti painottuneen sosiaalityön vahvuus kuvastuu siitä, että yleiset sosiaalipalvelut jäsenyivät ensisijaisesti asiakkaan toimeentulon turvaamisen mukaan ja vasta toissijaisesti sosiaalityöllä lähdettiin vaikuttamaan päihdeongelmaan. Jyrkkärajaiselle työnjaolle oli tyypillistä, että työtehtävät olivat tarkkaan säänneltyjä. Kuntasektorin sosiaalityöntekijöiden liikkumavaraa on kaventanut hallintobyrokratia ja toimenpidekeskeinen auttamistyö.

Kuinka paljon 2000-luvun alun säästöpainneiden alla onkaan kysymys paluusta vanhaan? Toisin sanoen sosiaalityöntekijä ei pysty työskentelemään asiakkaan toimeksiannosta, asiakaskeskeisyyttä korostaen, vaan joutuu nimenomaan ottamaan työnsä lähtökohdaksi järjestelmän ja hallinnon rajoitukset.

”Antti: ...Et tota tää PAV-huolto ja sosiaalitoimistojen päihdetyö, niin kyllä kai se kuitenkin pitkässä linjassa on ollut aika huollollista, jos ajatellaan tämmöstä niinku jakoa, että huollollinen ja kuntouttava. Niin vähän samalla tavalla, kun puhuttiin tästä casework –traditiosta yksilökohtaisena tapausanalyysina, niin enempi se kehittyi juuri näitten järjestöjen, perheneuvoloiden, A-klinikan ja tässä sosiaalityössä. Päihdehuollossa A-klinikkasäätiöllä tietysti on keskeinen asema siinä, että A-klinikalla aika varhain ruvettiin tekemään tämmöstä terapeuttispainotteista sosiaalityötä...et A-klinikoilla lähti sitä sanottiin tämmönen sosiaaliterapeuttinen työ tai terapeuttinen työ painottuun sinne, samaan aikaan kun PAV-huollossa ja siis sosiaalitoimessa ja myöhemmin sosiaalitoimistojen päihdetyössä niin taas sitten enempi tää toimeentulotuen jakaminen ja näistä resursseista huolehtiminen ja sitten ohjaus erityispalveluihin. Mutta mulla on semmonen kuva, että kovin paljon ei sosiaalitoimistoissa kuitenkaan tapahtunut sitä, että asiakkaan kanssa ois oikein ajan kanssa pysähdytyä pohtimaan heidän maailmankuvaansa.”

Seuraavassa kertomuksessa kuvataan sitä, miten 1970-luvun lopulla ja 1980-luvun alkupuolella alettiin pääasiassa kunnallisilla A-klinikoilla suhtautua kriittisemmin omaan työhön ja A-klinikoiden ylivertainen rooli alkoi murentua. Sosiaalityöntekijöiden työn perusta, tietopohja, etiikka, periaatteet ja työmuodot joutuivat kriittisen tarkastelun alle. Tässä muutoksessa sosiaalityön terapeuttinen linja nähtiin riittämättömäksi vastaamaan asiakkaiden moninaisiin tarpeisiin ja lähdettiin hakemaan erityisiä sosiaalityön tietoja ja taitoja. Esille nousi tarve vastata sosiaalityöllä myös heikoimassa yhteiskunnallisessa asemassa olevien ihmisten tarpeisiin. Hoitotyössä ryhdyttiin painottamaan enemmän sosiaalisia tekijöitä, ihmisen elinympäristöä ja yhteiskunnallisia tekijöitä. Kunnallisilla A-klinikoilla heräteltiin myös yhteistyötä kuntien viranomaisten kesken. Ajattelussa ja toiminnassa tapahtuneita muutoksia voitaneen pitää merkittävänä hoitokäytäntöjen arvioinnille ja uudelleensuunnittelulle.

”Anja: ...kunnallisella puolella alettiin siirtyä sitten enemmän tämmöseen, jos sanos sosiaalipoliittisempaan työskentelytapaan ja luomaan yhteistyösuhteita ja kyseenalaistamaan sitä, että millä oikeudella me tehdään näin ja näin.”

”Anja: Se, että kun A-klinikka, jolla minä olin töissä, oli Kainuussa, jossa ei ollu kauheen rikasta porukkaa. Kainuun A-klinikka, jossa oli 11 kuntaa parhaimmillaan mukana, niin se lähtökohta oli aika paljon erilainen kuin jossain esimerkiksi rintamaiden yhden kunnan alueella toimivalla A-klinikalla elikkä, kun pitää katella jotenkin, miten tässä tilanteessa olevia ihmisiä kyetään auttamaan, jotka tulee pitkän matkan päästä meille ja ovat hyvin, hyvin vaikeessa sosiaalisessa asemassa, et se jotenkin se niinku työtilanne myös teki sen, että oli tarpeen ruveta miettimään enemmän kokonaisvaltaisemmin ja ja tämmösen arjen aineellisenkin puolen kannalta ihmisten elämää.”

”Anja: ...mutta -70-luvun loppupuolella joka tapauksessa Sosiaalihan- tushan alko käynnistää sitten sellaisia päihdeseminaareja, jossa nimenomaan jossa korostettiin sitä, että pitää ottaa vastaan kaikki asiakkaat, ei pelkästään terapiakelpoiset ja ja kuntaan tulee rakentaa tämmönen hoitoketju, jossa on sitten kaikille apua tarvitseville mahdollisuus ja niin pois-päin. Mä ihan muistan itse sen, että mulla alko raksuttaa, että näinhän se todella onkin, että sehän on kamalaa, että sosiaalityöntekijä sit valikoi asiakkaita. Ilmoittaa ikään kuin itselleenkin, että tää nyt tästä, nyt tän asiakkaan kanssa ei tuu yhtään mitään. Tää ei oo A-klinikan asiakas, menköön sosiaalitoimistoon.”

Päihdehuollon kehittämisen ja samalla sosiaalityön painopisteen siirtämisen sisällöllisiin ja laadullisiin kysymyksiin tutkimukseni tiedonantajat kuvasivat kokonaisvaltaisuuden ja kokonais kuntoutuksen käsitteiden kautta. Päihdehuollon sisällön ja eri tahojen yhteistyön kehittämistä oli valtakunnan tasolla pohdittu valtioneuvoston asettaman Päihdeasiainneuvottelukunnan taholta jo 1970-luvun alkupuolelta lähtien. Työn tuloksina neuvottelukunta muun muassa ehdotti Päihdeasiainneuvottelukunnan mietinnössä (1978) yleisiä sosiaalihuollon periaatteita mukailleen päihdehuollon toimintaa ohjaaviksi yleisiksi periaatteiksi palveluhenkisyttä, pyrkimystä normaaliuteen, valinnanvapautta, luottamuksellisuutta, hoitoontulon ja omatoimisuuden edistämistä. Tällöin alettiin puhua myös kokonais kuntoutuksen käsitteestä, jolla tarkoitettiin sitä, että päihdehuollon tulee toimia yhteistyössä muiden palvelujärjestelmien kanssa, jotta asiakasta voidaan auttaa mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Päihdeasiain neuvottelukunta jopa

suositteli kirjallisen hoitosuunnitelman eli kuntoutussuunnitelman laatimista kaikille päihdehuollon asiakkaille. (Mt., 81, 124-126.) Kokonaisvaltaisuus kietoutuu seuraavassa tiedonantajani puheessa erillisistä ja irrallisista, ilman selkeää tavoitetta ja suunnitelmaa toteutetuista hoitopalveluista kohti asiakkaan elämäntilanteesta kokonaisvastuuta ottavaksi yhteistyöksi.

”Anja:...Elikkä, että A-klinikkatyö on oma juttunsa, omalla laillaan ja sillä on omat työkäytäntönsä ja omia edellytyksiä ja pyrkimyksiä, niin kuitenkin se ei ole oma saarekkeensa, vaan siitä löytyy ne yhteistyömahdollisuudet ja kanavat niin perussosiaalityöhön kuin terveydenhuollon työpisteisiin kuin mielenterveys puolelle, työvoimahallintoon ja asuntopolitiikkaan ja tällaseen, että se niinku lähtee rakentamaan todella tässä mielessä kokonaisvaltaista ajattelua.”

Jorma Sipilän (1985, 125; ks. myös Lehto 1991) mukaan auttamisammateista sosiaalityö tähtää selkeimmin ihmisen elämän kokonaishallintaan. Juhani Lehto (1991, 108) kuvailee kokonaisvaltaisuutta sosiaalivaltion tasolla eri sektorien ja professioiden summaksi, jolloin on kyettävä yhdistämään muun muassa lääkärin, psykologin, tuomarin, poliisin, aikuiskasvattajan ja sairaanhoitajan näkökulmat asiakkaan tilanteesta. Samalla kokonaisvaltaisuus edellyttää monen eri profession välineillä työskentelyä. Anna Metteri (1996, 145), joka on tutkinut terveydenhuollon sosiaalityötä, toteaa, että kokonaisvaltaisuus tarkoittaa moniammatillisissa yhteyksissä käytettynä usein eri ammattiryhmiin kuuluville eri asiaa. Siksi Metteri perätkin eri ammattien työn yhteensovituksessa kokonaisvaltaisuuden huomioonottamista niin ammatillisissa näkökulmissa kuin käsitteellistämässä. Kokonaisvaltaiseen lähestymistapaan on Lasse Murrin ja Heikki Suhosen (1985, 314) mukaan helppo suhtautua kyynisesti, sillä sen rajaaminen käytännön toimenpiteiksi ei ole yksiselitteistä. Kirjoittajat perätkin sitä, kenellä on riittävä asiantuntemus ja oikeus suorittaa kyseinen määrittely.

Kysymykseen mitä päihdehuollon sosiaalityö on, tutkimuksessani nousee yhdeksi kannattelevalle ajatukselle edellä mainittu kokonaisvaltaisuus. Päihdeongelman hoidossa ja sosiaalityön käytännön toiminnassa kokonaisvaltaisuus merkitsee ennen kaik-

kea asiakkaan koko elämäntilanteen huomioimista. Päihdehuollon sosiaalityön kokonaisvaltaisuus on vaikuttamista asiakkaan arkielämän selviytymistä tukevasti, jolloin hoidossa on huomioitava asiakkaan kulttuuriset, sosiaaliset ja taloudelliset kytkennät. Hoidossa ja kuntoutuksessa kokonaisvaltaisuus edellyttää suunnitelmallista ja kattavaa hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa asiakkaan tilanteen selvittämiseksi sekä myös hoidon vaikuttavuuden arviointia. Asiakkaan kokonaiselämäntilanne luo pohjan kuntoutusso-
pimukselle, jossa asiakas, hänen perheensä ja läheisensä, eri ammattiryhmien edustajat ja yhteistyötahot pyrkivät tiettyihin, yhdessä laadittuihin tavoitteisiin. Sosiaalityön näkökulmasta kokonaisvaltaisuus ei kuitenkaan mielestäni tarkoita kaikkea mahdollista, vaan se on ammatillinen näkemys pitkäjänteisestä voimavarakeskeisestä päihdetyöstä.

”Marja-Leena: Se on ihmisen kokonaisvaltasta, holistista huomioon otamista...vaatii semmosta ensinnäki ihmiseen nähden kokonaisvaltasta käsitystä, ihmisestä ja ihmisen ongelmista pitää nähdä se ympäristö ja se maailma missä ihminen elää...kuitenkin pystyttävä kohtamaan se asiakas asiakastyössä yksilönä, mutta nähtävä myös se hänen oma sosiaalinen verkostonsa ja se mistä se tulee.”

”Lasse: ...Ja sitten sen lääketieteellisen ja terveydenhuollollisen painotuksen ohella on koko ajan haluttu korostaa tämmöstä kokonaisvaltaisen auttamisen niinku mallia...ollaan kiinnostuneita ihmisen elämästä ja hyvinvoinnista ja siitä kontekstista, jossa ihminen elää eli myös tällaiset materiaaliset elämän asiat ovat sitten myöskin mukana.”

Toisaalta kokonaiskuntoutus on ihannetavoite, johon ei aina kuitenkaan päästä (vrt. Päihdeasiainneuvottelukunnan mietintö 1978, 125). Oman työkokemukseni pohjalta näyttääkin siltä, että meillä on tietty ryhmä päihteenkäyttäjiä, joille ei pystytä tarjoamaan apua enempää avopalveluista kuin laitoshoidon järjestelmistäkään. He hakeutuvat kerta toisensa jälkeen esimerkiksi kuntoutusryhmiin, mutta ryhmässä pysyminen tuottaa hankaluuksia. Mikä sitten on riittävää tukea ja turvaa arjessa selviytymiseen niiden kohdalla, jotka kaikesta huolimatta jatkavat juomistaan tai huumeiden käyttöään? Voinko sosiaalityöntekijänä tyytyä vain päihteistä aiheutuvien haittojen lieventämiseen ja minimoimiseen? Sopeutuuko sosiaalityö siihen, ettei kaikkia voida hoitaa, ja kestäkö yhteiskuntamme sen, että jotkut jätetään hoitamatta tai sitä, että jotkut ovat

jatkuvassa palvelujärjestelmän kierrätyksessä? Onko sosiaalityö mahdolloman tehtävän edessä?

”Helmi: Mulla on kyllä se säilyttäminen. Mä pidän sitä hirveen tärkeänä, että on ne molemmat elementit, että onhan tilanteita, että ei voi muuttaa, mutta siitä huolimatta on merkittävää, että yritetään säilyttää se taso missä nyt ollaan. Ja tää on yks semmonen missä mun mielestä esim. sosiaalityöntekijän työ eroo lääkärin työstä.

Merja: ...mua on kiinnostanu se mitä Klaus Weckroth on kirjottanut siitä, että miks lopettaa juominen, että jos ihminen juo, hän juo usein, ei menneiden tapahtumien vaan tulevaisuutensa vuoksi, jos ei tavallaan ole mitään muuta näkyvissä kuin sitä samaa harmautta, että seuraavaki päivä on yhtä harmaa. Niin tää muutostyö on askarruttanut kovasti, että tää joukko vaan kasvaa, että käy kuntoutuksessa ja käy katkaisuisissa, et mikä ihme se on tää sosiaalityön paikka siinä.

Helmi: Mutta muista siinä juuri on se, että se ei kelpaa muille... ja sosiaalityöntekijä näkee tän suhteen merkityksen, Sen suhteen merkityksen siinä, että aina kun puhutaan, että sosiaalityö on tommonen muutosjuttu, minus-ta siis, tää on mun käsitykseni, että se ei riitä, että pitää myös hyväksyä tämmönen säilyttävä elementti, koska se saattaa merkitä jonkun kohdalla sitä, että se tilanne ei ainakaan sillä hetkellä tuu huonommaksi... Silloin me tullaan juuri, että mitä arvoja, että mihin arvomaailmaan sosiaalityö niinku perustuu.”

Yllä tiedonantajani vahvistaa sitä käsitystä, että päihdetyössä ja päihdehuollon sosiaalityössä on lupa hyväksyä asiakkaan tilanteen ennallaan säilyttämisen näkökulma. Ihmisellä tulisi olla oikeus hyvään ja mielekkääseen elämään, vaikka päihteiden ongelmakäytön suhteen ei tapahtuisikaan muutosta. Tämän säilyttämisen näkökulman tiedonantajat näkivät myös yhtenä tekijänä siihen, missä sosiaalityöntekijän työ eroaa lääkärin työstä. Itse näen, että tarvitsemme silti uusia päihdepalveluratkaisuja ja käytännön toteutuksia juuri edellä kuvaamani ryhmän tukemiseen. Työkokemukseni kautta uskallan sanoa, ettei asiakkaita tule pakottaa ja sovittaa johonkin tiettyyn palvelujärjestelmään, vaan että palvelujärjestelmän tulee joustaa ja etsiä uusia muotoja vastamaan erilaisia asiakasryhmiä (vrt. Kaukonen 2000, 207). On selvää, että tarjoamalla monenlaisia vaihtoehtoja vaikutamme asiakkaan motivaation heräämiseen. Toisaalta palvelujärjestelmän eriytyessä palvelemaan eri tavoin motivoituneita asiakkaita meidän on huolehdittava siitä, että huonoimmankin hoitoennusteen omaavat ryhmät saisi-

vat tarvitsemansa avun. Antti Särkelä (2001, 33-34) toteaa motivaatiosta, että yhteistyöhön työntekijän kanssa motivoituminen edellyttääkin yhteistä ymmärrystä käsiteltävistä teemoista ja ongelmista, suhteen luonteesta, mutta ennen kaikkea tavoitteista ja muutospyrkimyksistä. Alla tiedonantajani käyttämä ilmaisu ”*päihdetyöntekijä ei voi koskaan pestä käsiään*” kätkee sisälleen vakavan ajatuksen ja palauttaa kysymyksen motivaatiosta takaisin palvelujärjestelmälle.

”Marja-Leena: Tässä päihdetyössä näkee nopeammin kuin missään, näkee myös ihmisen toipumista ja hitaammin kuin missään näkee ihmisen toipumista, se on semmonen paradoksi. Ja ja myöskin semmonen slogan mulla on, että mulla on vahva usko, kun mä oon kohta neljäkymmentä vuotta, kahden vuoden päästä neljäkymmentä vuotta tehny päihdetyötä, että jokaisella meidän asiakkaalla on mahdollisuus toipumiseen, jos hän kykenee ajattelemaan ja tuntemaan eli mä tarkotan vierotuksen jälkeen, ellei hän satu kuolemaan sitä ennen. Tässä on tän työn vaativuus ja viehättävyys. Jorma Tirkkonen opetti, että me ei voida koskaan tehdä täydellistä prognoosia asiakkaasta, ja se on tän työn yks ydin. Ja sitten Jorma opetti vielä yhden asian, se opetti monta asiaa, et kun joku semmonen heiveröinen, joka oli niin sanotusti semmonen motivaatioiltaan heikko, niin se saatto tulla kahden vuoden, kolmen vuoden päästä terveenä käymään ja toi perheensä ja vauvansa. Jorma käytti semmosta sanontaa, että köyhät yllättää, tarkoitti motivaatioiltaan köyhät eli päihdetyöntekijä ei koskaan voi pestä käsiään ja sanoa, että sillä ei oo motivaatiota. Sitä tapahtu kuuskytluvulla ja se oli semmonen hokema ihan, kun työntekijä sai pestä kätensä.”

Sosiaalityön määrittelyn ongelmallisuutta on Anneli Pohjolan (2001) mukaan ylläpidetty muun muassa sillä, että sosiaalityön on katsottu olevan toimintaa, joka ei taivu tarkkarajaiseen määrittelyyn ja on jopa uskottu, ettei sosiaalityötä voisi määrittellä. Lisäksi sosiaalityön on katsottu kattavan liian monia elämänalueita ja toimintamuotoja, jotta sitä voisi puristaa tarkkaan määrittelyyn. Pohjola katsoo kuitenkin, että sosiaalityötä pitää ottaa haltuun myös määrittelemällä se. Omaa työtä on tehtävä jotenkin näkyväksi ja ymmärrettäväksi. Kun työtä on kyettävä kuvaamaan, se tapahtuu parhaiten määrittelemällä sitä. (Mt., 9-10.)

Eriytyisen tärkeäksi oman työn määrittelyn tekee mielestäni käynnissä oleva ajankohdainen keskustelu kuntien tehtävärakenne uudistuksesta. Niukkenevien taloudellisten

resurssien paineessa tehottomaksi osoittautuneita hallinnollisia rakenteita pyritään uudistamaan muun muassa New Public Management hengessä tai tilaaja-tuottaja malleilla. Uudet tekemisen tavat, New Public Management (NPM), yleinen hallinnon uudistusajattelu, jossa yksityiseltä sektorilta tutut toimintatavat ulotetaan julkiselle sektorille tai tilaaja-tuottaja mallit, joissa erotetaan toisistaan palvelujen järjestämis- ja tuotantovastuu, ovat haaste myös sosiaalityölle. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa NPM:n myötä on ollut nähtävissä, että sosiaalityön suuntaus on poispäin terapeuttisista ja yksilökohtaisen sosiaalityön tärkeyttä korostavista työtavoista. (Ks. Harris 2005.) Onkin kysyttävä, miten sosiaalityön sisältöjä tässä uudessa tilanteessa määritellään? Käykö peräti niin, ettemme sosiaalityöntekijöinä tule kuulluksi tai edes pääse osallistumaan sisältöjen määrittelyyn? Kun uhkana on taloudellisten arvojen ja mittareiden mukaan meneminen, sosiaalityö saattaa näyttäytyä ulkokohtaiselta ja näennäiseltä.

”Merja: Mutta tuo mua kiinnostaa, kun Lasse Murto sano sitä, että nimenomaan sinä ja Antti Särkelä ootte niitä, jotka ootte yrittäneet määrittellä tätä päihdehuollon sosiaalityötä, että mitä sinun kohdalla se tarkoittaa.

Anja: Jos mä itse ajattelen, et mitä oon pyrkinyt tekemään siinä, niin varmaan se juontaa nimenomaan näihin näihin havaintoihin, et päihdehuollon sosiaalityötäkään ei voi tehdä ilman semmosta selkeää sosiaalipoliittista näkökulmaa ja ja painotusta. Et sosiaalityö päihdehuollossa on, vaikka hyväksyn tämmösen Riitta Granfeltin määritelmän terapeuttisesta sosiaalityöstä, mutta et siinä on niinku selkee sosiaalipoliittinen painotus ja sitten myös, että jos ruvetaan kertomaan tai ehdottamaan tai painottamaan, niin kyseisellä työntekijällä on joku teoreettinen käsitys siitä, että tai tiedollinen käsitys siitä, että mihin tää pohjaa, millä perustella mä esitän. Mulla pitää olla jotakin argumentteja siihen ja mä oon ainaki yrittäny hakea argumentit nimenomaan sitten sosiaalityön kirjallisuudesta ja sosiaalipoliittisesta kirjallisuudesta, en niinkään terapiakirjallisuudesta.”

”Anja: Tota niin, onko se nyt sitten niin, jos ajattelee päihdehuollon sosiaalityön määrittelyä, onko se itse asiassa pelkästään sitä, että lähtee liikkeelle sosiaalityön rakenteista, sosiaalityön teoreettisista rakenteista ja sabluunoista ja siihen sitten liittää ne erityiskysymykset, joita tulee päihdeiden käytöstä ja niistä valmiuksista, joita päihdetyössä olevalta sosiaalityöntekijältä edellytetään. Ja eikös terveydenhuollon sosiaalityöntekijät oo vähän niinku tätä peranneet. Kyllä hekin lähtee sosiaalityön perustuuksistakin selkeesti.”

Yllä olevissa otteissa tiedonantajani etsii työskentelyn kehystä yhteiskuntatieteellisestä perustasta ja määrittelee päihdehuollon sosiaalityötä sosiaalipolitiikan tavoitteiden mukaisena toimintana. Kun lisäksi nostetaan sosiaalityölle ominaisen asiantuntemuksen rinnalle kokonaisnäkemys päihdeongelmasta, alkaa päihdehuollon sosiaalityö erottautua omaksi erityisalueekseen. Samalla päihdehuollon sosiaalityöhön alkaa hahmotua omaa arvo- ja tietoperustaa, joka pohjaa käytännöstä ja teoriasta integroituun tietoon. Vaikka kertomuksessa otetaankin etäisyyttä sosiaalityön terapeuttisuuteen, tulkitseen tiedonantajani lausumasta sosiaalityöntekijän viitekehyyksi rakentuvan psykososiaalisen lähestymistavan. Katson tiedonantajani hyväksyvän myös psykososiaalisen työhön sisältyvän terapeuttisen ulottuvuuden, koska psykososiaalisen ydin on sosiaalipolitiikassa (ks. Granfelt 1993, 223). Riitta Granfelt (1998, 172) on tutkinut kodittomia naisia. Hänen tutkimuksensa mukaan naiset määrittivät A-klinikan sosiaalityön terapiaksi ja klinikoilla työskentelevät sosiaalityöntekijät terapeuteiksi. Tätä Granfelt pitää sosiaalityön sisällöllisen kehittämisen näkökulmasta tärkeänä tehtävänä. Hän toteaa, että terapeuttisuuden tulee olla tärkeä osa sosiaalityötä yleensäkin, mutta kysyy myös, onko tarkoituksenmukaista, että terapiapainotteinen sosiaalityö irtaantuu sosiaalityöstä omaksi alueekseen, terapiaksi.

Toisenlainen määritelmä tarjoutuu seuraavassa tiedonantajani kertomuksessa. Sosiaalityötä ei määritellä yksittäisiä työsuoritteita luettelemalla, vaan kysymys on sellaisen yhteisen kokonaisnäkemysten, orientaatioperustan rakentamisesta, jota kautta päihdehuollon sosiaalityö tulee ymmärrettäväksi.

”Antti: ...Ja tota mun ymmärrys sosiaalityöstä, tää ei oo kyllä ihan tavallinen, voi olla, että ei ole ihan tavallinen käsitys, mutta minusta sosiaalityötä ei voida määritelläkään sen kautta, että mitä tehdään, vaan se määrittyy siitä orientaatiosta millä se tehdään. Sosiaalityö perustuu siihen ymmärrykseen, mikä työntekijällä on ihmisen ja hänen todellisuutensa välisestä suhteesta ja siinä miten ihminen todellistuu sosiaalisissa toimintarakenteissa ja toimii siinä ja nyt sosiaalityöntekijä, kun se lähestyy ja myöskin siihen taitoon – se on sosiaalityössä myöskin tärkeä taito toimia ihmisten kanssa...”

”Antti: ...mä mielellään viime aikoina oon korostuneesti jakanu tän sosiaalityön, että siinä on niinku kaks puolta, huollollinen ja kuntouttava puo-

li. Ja tää huollollinen on tää perinteisempi eli se mitä sosiaalityöntekijä tekee, että kaikista pidetään huolta. Mutta tää kuntouttavan työn onnistuminen ei oo kyllä niinku sosiaalityöstä kiinni, vaan on kysymys siitä, että onko siellä vastaanottavia rakenteita...”

”Antti: Sosiaalityön asiantuntijuuteen esimerkiksi psykososiaalisen työn puolella kyllä rankemmin liittyy senkaltaisen työskentelysuhteen luominen asiakkaaseen, joka kantaa sitten niiden asioiden käsittelyyn, eli silloin siihen suhteeseen pitää saada sisään välittämistä ja hyväksyntää, luottamusta, riittävä määrä jämäkkyyttä, että me saadaan se toimivaksi ja silloin sosiaalityöntekijä joutuu aika paljon tekemään työtä sen suhteen rakentamiseksi, jotta asiakas voi sen suhteen varassa käsitellä asioita...meidän työ on painottunut tähän ihmissuhteen rakentamiseen ja sen käyttämiseen työvälineenä. Me lisätään asiakkaan ymmärrystä omasta elämästään, niin kyllä sosiaalityöntekijän nimikettä kun kantaa, niin me ollaan erityisesti juuri tämän sosiaalisen rakenteen asiantuntijoita ja sitä tutkitaan, että miten tämä sosiaalinen rakenne, sosiaalinen toiminta, sosiaalinen kenttä vaikuttaa tai mikä merkitys sillä on tän asiakkaan toiminnassa. Jätetään nyt sitten tää sosiaalisesta irrotettu psyykkinen apparaatti mieluummin psykiatreille ja psykologeille, mutta siinä suhteessa sosiaalityö menettää kyllä sen sosiaalisen, jos me lähdetään tutkimaan vaan sitä psyykkistä irrallaan tästä sosiaalisesta kentästä...”

”Antti: Ja nyt kun sosiaalityöntekijä sitten lähestyy ihmistä, niin tällä orientaatioperustalla ja tutkii ja oikeastaan niinku auttaa ihmistä tutkimaan omaa tilannettaan. Sosiaalityöntekijä, jos hänellä siinä tilanteessa sattuu olemaan keinoja, niin kanavoi hän tään asiakkaan tueksi resursseja...hän sitten jäsentää tän asiakkaan tilannetta ja saattaa sillä tavalla toimia advokaattina tai edustajana, että antaa vinkkiä, että sieltä, että mene sinne ja toimi sillä tavalla. Auttaa asiakasta ymmärtämään omaa toimintaansa osana sitä rakennetta...jos se asiakas lähtee sieltä ulos rohkaistuneena ja paremmalla ymmärryksellä omasta elämäntilanteestaan niin, silloin hän on saanut sosiaalityötä.”

Edellä olevissa tekstiotteissa sosiaalityön teoreettinen perusta nousee toiminnan teoriasta. Sosiaalityöntekijän tehtävä on ensisijaisesti vaikuttaa ihmiseen, hänen toimintaansa ja ympäristöön, asiakkaan oivalluksen ja tietoisuuden edistämiseen omasta tilanteestaan. Sosiaalityön tavoitteeksi asettuu ihmisen toiminta- ja ajattelutavan muutos. Onnistuneen auttamisen pohjaksi tiedonantajani perää taitoa rakentaa sellainen vastavuoroinen työskentelysuhde, joka mahdollistaa asiakkaan työskentelyn ja jossa työntekijä haluaa auttaa asiakastaan. Vuorovaikutuksessa synnytetään ja kartutetaan se tieto, jonka kautta hoito toteutuu, etenee ja on tuloksellista. (Vrt. Särkelä 2001, 24-27.)

Myös Pekka Saarnion (2001, 230–231) tutkimus vahvistaa vuorovaikutussuhteen monet merkitykset. Saarnio on omassa tutkimuksessaan osoittanut, että muutosmotivaatio synnytetään ennen kaikkea terapiasuhteessa eli asiakkaan ja työntekijän välisessä vuorovaikutuksessa. Tutkijan mukaan myös vuorovaikutuksen laatu on oleellinen hoidon jatkuvuuden kannalta. Saarnion tutkimuksen pohjalta voikin tehdä sen johtopäätöksen, että päihdehuollon sosiaalityötä tulisi jäsentää jatkossa yhä enemmän myös asiakkaiden kautta.

Tekstiotteen kolmannesta puheenvuorosta voidaan paikantaa myös Merja Al-Nikkolan ja Jorma Sipilän (1996, 16–22; ks. myös Sipilä 1989, 218) nimeämää yksilökohtaista palveluohjausta. Sosiaalityöntekijän antaman neuvonnan ja ohjauksen tarkoituksena on etsiä sopivia palveluita tai löytää ratkaisuvaihtoehtoja inhimillisiin ongelmiin. Sosiaalityöntekijä pyrkii käynnistämään ja vahvistamaan asiakkaan omia voimavaroja muutoksen aikaansaamiseksi toimimalla hänen asianajajanaan. Kuitenkaan palveluohjauksen kautta sosiaalityöntekijän tieto ei mielestäni näyttäytyä arvokkaampana tai parempana suhteessa asiakkaan tietoon, vaan kysymys on enemmän molemminpuolisesta osallisuudesta. Silti sosiaalityöntekijä on palveluohjaajan roolissa eri asemassa kuin asiakkaansa, vaikka palveluohjauksen prosessia ohjaa asiakaslähtöisyys, vastuullisuus ja läpinäkyvyys. Päihdepalvelujen laatusuosituksen (2002, 52) mukaan yhtenä keskeisenä työalueena päihdehuollossa tuleekin pitää palveluohjauksellisen työskentelytavan kehittämistä ja edistämistä. Sosiaalityön näkökulmasta palveluohjausta ei ole ainakaan Pohjois-Suomessa vielä sisäistetty osaksi päihdehuollon perustehtävää eikä resursointiin ole kiinnitetty tarpeeksi huomiota.

Sosiaalityö tuo oman tärkeän lisäarvonsa päihdetyöhön, koska sosiaalityön tavoitteena on myös asiakkaan materiaalisen elämäntilanteen muuttaminen. Päihdehuollon sosiaalityöhön sisältyy asiakkaan sosiaalisen tilanteen selvittelyä ja sosiaalityön toimenpitein vaikutetaan muun muassa asiakkaiden toimeentuloon, työhön, asumiseen, ihmissuhteisiin liittyviin ongelmiin parantavasti. Näin ollen sosiaalityö on linjassa myös päihdehuoltolain (1986/41) kanssa, jonka mukaan päihdehuollon palveluja annettaessa on päihteiden ongelmakäyttäjää tarvittaessa autettava ratkaisemaan edellä mainittuja on-

gelmia. Päihdehuollon erityispalveluissa sosiaalityön näyttäytyy pääsääntöisesti psykososiaalisena työotteena neuvontana, auttamisena ja tukemisena, koska erityispalveluissa ei etuuksia ja palveluita toteuteta eikä tuoteta. Alla olevat puheenvuorot ”ei me kauheesti löydetä sieltä tommosta pohdiskelijan tai eetikon tai teoreetikon työtä” ja ”kun se on niin kauheen arkisia asioita” kuvaavat ja palauttavat päihdehuollon sosiaalityön omalla karulla tavallaan juuri arjesta ja elämän perustarpeista lähtevään sosiaalityöhön.

”Lasse: Ja sosiaalityöhön oleellisesti liittyy tämmönen voimavaraistava työskentely, että yritetään ikään kuin ihmiselle itselle antaa välineitä lähteä ongelmaansa. Siis kun analysoi sosiaalityöntekijän työtä esimerkiksi A-klinikan tiimissä, niin ei me kauheesti löydetä sieltä tommosta pohdiskelijan tai eetikon tai teoreetikon työtä, vaan se on hyvin konkreettista työskentelyä. Sosiaalityö sitten siinä ongelmakokonaisuudessa tietysti on myös tätä konkreettista auttamista, se liikkuu siellä asumisen, työn, toimeentulon ja tämmösten tekijöiden alueella, jossa kysytään, että missä sä ens yön asut, mikä suunnitelma sulla on nyt tän toimeentulosuhteen, että oot sä hoitanu sun Kela-asias ja kävitkö sossussa. Kyllähän se on siis tämmösiä hyvin konkreettisia asioita ja näin pitää ollakin. Ei lääkärin tarvitse näitä asioita, häntä tarvitaan sitten ehkä niissä täsmäasioissa... ja sitten tietysti sosiaalityöllä on parempia menetelmällisiä välineitä kuin sairaanhoitajalla tai lääkäriellä.”

”Anja: Se on hirmunen ongelma jota pitäis opetella koko ajan eli se semmonen, että kykenee argumentoimaan niitä yksinkertaisia asioita, joita ilman ei ihmisen elämäntilanne korjaannu, joita tulee kyetä tekemään sosiaalityössä ja päihdehuollon sosiaalityössä, mut se on se, kun ne on niin kauheen arkisia asioita, niitä ei tahdo osata kirjoittaa ja argumentoida sillai, joka herättäs ihastusta, ne on niin tavallisia... Ja kuitenkin ihan varmasti on niin, että et niille hyvin arkisille asioille, jotka on hyvin välttämättömiä muutoksen aikaansaamiseksi, siis muutoksen aikaansaamiseksi ihmisen elämäntilanteessa, niin niille löytyy myös teoreettinen perusta...”

Varsin usein kohtaan omassa työssäni laitoksen sosiaalityöntekijänä asiakkaita, joilla on päihdeongelman rinnalla muun muassa köyhyyttä ja vaikeuksia selvitä hoitomaksuista, lääkelaskuista tai vuokrasta. Tilanne on muodostunut päihdehuollon kannalta perin ristiriitaiseksi. Samaan aikaan kun esimerkiksi sosiaalitoimistoissa toimeentulotukihakemusten osalta on enenevässä määrin siirrytty kirjalliseen hakumenettelyyn,

kaipaavat vaikeassa elämäntilanteessa olevat asiakkaat henkilökohtaista tapaamista sosiaalityöntekijän kanssa. Onko käymässä niin, että kaikkein syrjäytyneimmät asiakkaamme asioidessaan sosiaalitoimistossa tapaavat vain vahtimestarin, joka vastaanottaa asiakkaan toimeentulotukihakemuksen? Toimeentulotukipäätösten pitkä käsittelyaika tai vaikeus tavoittaa sosiaalityöntekijää puhelinajan puitteissa, heijastuvat päihdehuollon laitoksessa kohtaamieni asiakkaiden huolena arkielämän jatkuvuudesta laitoshoidon jälkeen.

Kokoavasti kertomusten pohjalta voidaan todeta, että sosiaalityön ymmärtäminen ja määrittely osana päihdehuollon ja päihdetyön kokonaisuutta on haastava tehtävä. Tutkimuksessani päihdehuollon sosiaalityö näyttäytyy sosiaalipolitiikan tavoitteiden mukaisena toimintana, jossa työn lähtökohtana on työntekijän ymmärrys päihdeongelman luonteesta. Sosiaalityötä toteutetaan psykososiaalisena työnä, jolloin ensisijainen tehtävä on lisätä asiakkaan ymmärrystä omasta tilanteestaan. Sosiaalityön näkökulmasta kokonaisvaltainen päihdeongelmaisen hoito ja kuntoutus muodostuu prosessina siitä, kun hoidossa ja kuntoutuksessa toteutettavat päihdehuollon toimenpiteet ja eri ammattiryhmien edustajien ja muiden yhteistyötahojen tuki yhdistetään toiminnan tasolla kokonaisuudeksi. Päihdeongelmaisen kokonaisvaltainen tukeminen toteutetaan moniammatillisena työnä, johon palaan seuraavassa luvussa. Sosiaalityön voidaan siis päihdehuollossa nähdä Malcolm Paynen (1996, 8) tapaan jäsentyvän siinä toimivien ihmisten, organisaatioiden, teorioiden, käytäntöjen ja sosiaalityötä koskevien käsitysten yhteispelinä. Terapialla ja terapeuttisella menetelmäkoulutuksella on ollut ja on yhä merkittävä asema suomalaisessa päihdehuollon sosiaalityössä. Toisaalta sosiaalityö painottuu entistä enemmän myös sellaisiin ongelmiin, joihin perinteiset terapiamenetelmät eivät ole riittäviä. Siksi myös päihdehuollon sosiaalityön sisällöllisiä täsmennyksiä on haettava kulloinkin tarkasteltavasta ajasta ja paikasta. (Ks. Saarto 1987.)

5.2 Sosiaalityön asiantuntijuus moniammatillisessa tiimissä

Moniammatillisuus ja moniammatillinen tiimityö, eri ammattiryhmien edustajien koulutuksen, tiedon ja kokemuksen yhdistäminen päihdeongelmien hoidossa, nähdään tutkimuksessani suomalaisen päihdehuollon ja sosiaalityön kantavina periaatteina. Käytän tässä työssäni käsitteitä moniammatillinen tiimityö ja moniammatillinen yhteistyö samassa merkityksessä.

Sosiaalityöntekijä on osa moniammatillista tiimiä ja tämä asema määrittää osaltaan myös sosiaalityön roolia päihdehuollossa. Sosiaalityö tarkastelee ihmistä tässä kokonaisuudessa hänen sosiaalisista yhteyksistään käsin, mutta sosiaalityön tehtävä on myös nostaa asiakas aktiiviseksi osallistujaksi itseään koskevista päätöksistä. Sosiaalityöntekijän tehtävä moniammatillisessa yhteistyössä on tuoda tietoa päihdeongelmisten elämäntilanteista ja sosiaalisista olosuhteista. Sosiaalityön asiantuntijuus liittyy lisäksi sen merkityksen ymmärtämiseen, että päihdeongelma ei ole irrallinen ongelma, vaan että sillä on yhteys erilaisiin asioihin. Kerronnan pohjalta sosiaalityöntekijän erityisosaamisen alueeksi moniammatillisessa yhteistyössä muodostuukin tämän edellä mainitun kokonaisuuden analysointi. Näin tiedonantajani kääntää sosiaalityön ammatin asiantuntijuuden moniammatillisessa tiimissä lähelle asiakkaan arjen maailmaa (vrt. Metteri 1996, 144).

”Lasse: ... että kyllä tässä moniammatillisessa tiimissä tai siinä yhteistyössä, jota nää eri ammattikunnat tekee, on tietysti korostettu sitä, että sosiaalityöllä ja sosiaalityöntekijällä on ihan oma roolinsa, sen pitää ikään kuin tuoda tähän tarkasteluun sitten tää sosiaalinen puoli, ulottuvuus. Sitä kautta tulee se konteksti missä ihminen elää, sitä kautta on pitkälti tullut se perhe ja yhteisö ja yhteiskunta tähän kuvaan mukaan. Se on ollut ikään kuin sosiaalityöntekijän rooli tässä kokonaisuudessa. Ja kyllä tää on ollut tärkeää silloin aikanaan, mutta erityisesti sitten myöhemmin, kun esimerkiksi huumeet ovat tulleet tähän päihdetyöhön. On ollut erityisen tärkeää, että vaikka lääkkeelliset hoidot tossa päihdehuollon sisällä ovat lisääntyneet sen jälkeen, kun huumehoito on tullut, on ollut erityisen tärkeää, että tää sosiaalinen ulottuvuus on säilynyt.”

”Lasse: ...se, että se ihminen itse, se asiakas siitä tehdään se subjekti, joka aika pitkälle itse määrittelee, miten lähdetään liikkeelle. Se on ikään kuin tommosessa vuoropuhelussa sitten eli sosiaalityöntekijän tehtävä ikään kuin näissä moniammatillisissa tiimeissä on nimenomaan nyt painottaa tätä asiakaslähtöisyyttä, ei tällaista eksperttilähtöisyyttä eikä virnaomaislähtöisyyttä, vaan nimenomaan asiakaslähtöisyyttä...”

Päihdehuolto on joutunut käymään läpi muutoksen, jossa on siirrytty työntekijöiden ehdoilla tapahtuvasta hoidosta kohti päihdeongelmaisten yksilöllisistä tarpeista lähtevää hoitoa. Samalla on kasvanut yhä enenevässä määrin vaatimus eri ammattiryhmien välisestä yhteistyöstä, ammatillisen osaamisen uudentamisesta yhdistelmästä sekä yhteisen vastuun lisäämisestä. Sosiaalityön näkökulmasta moniammatillisessa tiimityössä saattaa vaarana olla, että terveydenhuollon vahvat ammattiryhmät pyrkivät määrittelemään sen, mitä tehdään ja miten edetään. Sen vuoksi on oltava työnjako siitä, kuka hankkii perustiedot miltäkin alueelta, ettei oma perustehtävä jää hoitamatta. Tiedonantajieni kertomuksissa sosiaalityön tehtävää moniammatillisessa yhteistyössä tarkastellaan sosiaalisen muutostyön kautta. Sosiaalityöntekijältä vaaditaan tilannetajua ja hienovaraisuutta tässä prosessissa, sillä päihdeongelmaiselle esimerkiksi laitospäästä saattaa olla ainutkertainen tilaisuus pysähtyä pohtimaan tilannettaan tai suunnitella muutosta. Vaikka sosiaalityö on kokonaisvaltaista muutostyötä, jälkimmäisessä katkelmassa Antti Särkelä kuitenkin varoittaa, etteivät asiakkaat sosiaalisessa muutostyössä ole toiminnan kohteita (vrt. SOSNET, 2003). Aineistossani Särkelä käyttää ilmaisua ”*auttamisvimman riivaamat sosiaalityöntekijät*”, joka mielestäni kertoo siitä, miten sosiaalityöntekijöinä yritämme määrätä asiakkaan elämästä sen sijaan, että jakaisimme oman osaamisemme yhteiseen käyttöön asiakkaan hyväksi.

”Lasse: ...kun kysyit sitä muutostyötä, muutostyö edellyttää erittäin paljon tämmöstä analysoijaa, tutkivaa työtettä, kyselijää, kyseenalaistajaa... Kyllähän siis sosiaalityöntekijän toimenkuvaan ja sosiaalityön koulutukseen liittyy aika paljon sellasten niinku kvalifikaatioiden syntymistä, jota tarvitaan tässä muutostyössä ja myös tässä yhteiskunnallisessa muutostyössä ja vaikuttamistyössä, joka on osa sosiaalityötä. Ja kyl se on usein sillä tavalla, että moniammatillisessa tiimissä sitten lääkäri tietysti mielellään ja vielä sairaanhoitajakin ottaa sen oman experttiinsä, joka on aika kapea ja selkeä ja siinä on näkökulma, joka fokuoituu sitten sen

diagnoosin kautta, mutta sosiaalityöntekijä sitten liikkuu enemmän ja laajemmin tässä kentässä ja kyllä on selkeämmin tuossa kolmikossa se muutagentti.”

”Antti: ... Lähdetään miettimään, että haluaako hän jotakin muuta elämältään. Jos hän sitten haluaa muuttua, niin sielläkin me hyväksytään hänet muuttumaan pyrkivänä ihmisenä ja organisoidaan hänelle siihen tarvittavia resursseja. Ohjataan häntä ymmärtämään, auttamaan ymmärtämään se todellisuus sillä tavalla, että hän voi orientoitua siihen tavalla, että saa siitä elämästä enemmän irti. Mutta tota, jos kun viimeaikaisessa sosiaalityökeskustelussa puhutaan aktiivisesta sosiaalipolitiikasta ja aktivoivasta sosiaalityöstä, niin se alkaa niinku painottua vähän liikaa siihen, että me mennään muuttamaan niitä ihmisiä...jos asiakas haluaa lähteä liikkeelle ja me saadaan hänet innostettua ja me lähdetään hänen kanssaan siihen muutostyöhön. Okey kaikki resurssit pintaan, mutta muuttaminen ei ole auttamisen edellytys, se on ehkä sen auttamisen tulos, että asiakas haluaa myös muuttua.”

Moniammatillisessa tiimityössä eron tekeminen muihin auttaviin ammatteihin kuten lääkäreihin ja sairaanhoitajiin ei sosiaalityön näkökulmasta ole aina itsestään selvää. Tiimityö ja eri tahojen yhteistyö oman aineistoni pohjalta näyttäytyy ajoittain sattumanvaraiselta tai puutteelliselta. Tällöin kysymys voi olla eri ammattiryhmien ammatitaidosta, keskinäisistä rooliepäselvyyksistä sekä liian vähäisestä tiedosta yhteistyökumppanin toimintatavoista. Lindén (1999, 122) toteaaakin, että tiimityö ei synny vain panemalla jäsenet yhteen eikä se ole sama kuin yhteistyö sinänsä. Tiimissä on osattava oma rooli, mutta annettava sija myös toiselle. Katson itse, että sosiaalityöntekijöiden valmiudet moniammatilliseen yhteistyöhön tulisikin saada jo opiskeluaikana, sillä oman kokemukseni pohjalta sosiaalityön opiskelijoiden toisten ammattien tuntemus on ajoittain melko vähäistä. Selkeä käsitys omasta perustehtävästä ja sen tärkeys on moniammatillisen työn kannalta ensiarvoisen tärkeää. Tästä syystä myös sosiaalityö joutuu sen pohdinnan eteen, miten tuoda esiin oman ammatin osaamista, ilmaista itseään, perustella omaa tehtäväänsä tai tehdä työtä näkyväksi. Kertomuksessaan tiedonantaja ni antaa kuitenkin optimistisen kuvan siitä, että sosiaalityön erottaa sittenkin muista ammanteista.

”Marja-Leena: Mulla on ollu tapana, kun mulla on opiskelijoita, mulla on ollut tapana antaa niille haaste, kun ne tulee...Kun ne kertoo mitä ne

odottaa ja haluaa, niin minä kerron mitä minä odotan. Niin, minä odotan, että kun sä oot nyt täällä moniammatillisessa tiimissä, että kun tämä loppuu, niin kerrot minulle, onko mitään eroa sosiaalityöntekijällä, psykiatrisella sairaanhoitajalla, lääkärillä ja psykologilla ja ohjaajalla tässä mun moniammatillisessa tiimissä. Minä haluan tietää, onks tää psykososiaalista mössöä ja mä oon aina sydän kylmänä, kun ne lähtee. Kyllä ne kertoo, että sosiaalityöntekijä niinku, et se lähtee ihan eri tavalla haastattelemaan tätä asiakasta kuin se sairaanhoitaja tai lääkäri. Ja mä huokasen helpotuksesta, meillä on moniammatillinen tiimi.”

Moniammatillisen tiimityön tarpeellisuutta ja paikkaa voidaan sosiaalityön kannalta perustella yhä edelleen monista syistä. Seuraavan kertomuksen pohjalta tulkitseen näiden perusteluiden liittyvän sekä asiakkaan että työntekijän hyvään. Päihdeongelman hoidossa ja kuntoutuksessa on entistä enemmän kysymys sellaisen vuorovaikutustilanteen ja yhteisen keskustelun aikaansaamisesta, jossa tiedon ja erilaisten näkökulmien kautta tuotetaan enemmän hyvää asiakkaalle kuin yksittäisen asiantuntijan työpanos tai yksittäinen hoitomuoto voi tarjota. Asiakkaan tilannetta pystytään arvioimaan monipuolisesti ja hän voi saada apua samalta työryhmältä myös silloin, kun hänellä on muutakin kuin päihdeongelmaan liittyvää avun tarvetta.

Työntekijälle työryhmän olemassaolo takaa toisaalta taustatuen ja toisaalta mahdollistaa työryhmän keskinäisen konsultoinnin (vrt. Huttunen 1960, 51). Päihdeongelmaisten kanssa työskentely on usein aikaa vievää ja raskasta, joten moniammatillisuus antaa tilan myös kielteisten tunteiden käsittelyyn ja oman toiminnan reflektointiin, mutta ei silti poista työnohjauksen tarvetta. Kun kysymys on asiakkaan kokonaisvaltaisesta kohtaamisesta, moniammatillisuus tuo työskentelyyn uuden näkökulman ja vie tilannetta eteenpäin. ”Viisaus” ei kuitenkaan lähde vain yhdestä ammattiryhmästä, vaan se muodostuu yhteistyöhön osallistuvista, asiakkaasta ja hänen perheenjäsenistään sekä viranomaisista. Yhteisten kokemusten jakaminen voi auttaa silloinkin, kun ei onnistuta.

”Lasse: Jos mä ajattelen päihdetyötä, moniammatillista tiimityötä täällä päihdehuollon erityispalveluissa, niin ei se päihdetyön sosiaalityö ole profiloitunut kauheen selkeästi ja mä ymmärrän, me A-klinikkasäätöönkin

koulutuksessa olemme enemmän halunneet korostaa tätä kokonaisuutta tätä moniammatillisuutta...mutta niin, että mikään ammattikunta ei ota ylivaltaa, millään ammattikunnalla ei ole ainoata oikeata vastausta tähän, vaan yhdessä, yhdessä nää erilaiset näkökulmat muodostaa ja tää tieto ja sitten nää keinot yhdessä muodostaa semmosen kokonaisuuden, jolla voi tätä päihdeongelmamysteeriä lähestyä.”

Seuraavassa puheenvuorossa tiedonantajani tuo esille niitä tekijöitä, jotka ovat vuosikymmeniä, mutta erityisesti 1990-luvulta lähtien tehneet päihdehuollon moniammatillisen yhteistyön rakentamisesta haastavaa, mutta myös ongelmallista. 2000-luvulle tultaessa tilanne näyttäisi entisestään kärjistyvän henkilökuntapulan, mutta myös lyhyiden työsuhteiden ja henkilökunnan vaihtuvuuden vuoksi. Pohdittavaksi jää, miten moniammatillisuuden tai sosiaalityön käy tässä epävakaassa tilanteessa, kun sosiaalityöntekijät joutuvat koko ajan arvioimaan omaa rooliaan, työmenetelmiään ja työskentelytapojaan alati vaihtuvien yhteistyötahojen suuntaan. Toisaalta myös asiakkaan kannalta on turhauttavaa, jos hän on sitoutunut elämäntilanteensa muutokseen, mutta palvelujärjestelmä ei kykene vastaamaan saman päämäärän tavoitteluun.

”Lasse:...että täytyy sanoa, että kyllähän päihdehuollon erityispalveluiden ongelmaa, tätä moniammatillisuutta toteutettaessa on ollut kautta vuosikymmenten se, että päihdetyöhön on ollut välillä hyvin vaikea saada lääkäreitä ja se on vaikeuttanut tätä...pätevien sosiaalityöntekijöiden saaminen ja lääkärin saaminen, näiden kahden ammattiryhmän saaminen on ollut välillä joillakin alueilla erittäin vaikeaa.”

Yhteenvetona tiedonantajieni kertomuksista totean, että sosiaalityön näkökulmasta moniammatillisuutta voidaan perustella muun muassa sillä, että päihdeongelmat ovat luonteeltaan moninaisia, minkä takia tarvitaan useanlaista osaamista. Moniammatillisen tiimityön käytännön toteutumisen kannalta on tärkeää kunkin ammattiryhmän omien tavoitteiden kirkastaminen. Toisin sanoen on tehtävä selväksi se, mihin sosiaalityöllä tähdätään, mihin lääketieteellä tähdätään tai mihin hoitotyöllä tähdätään. Sosiaalityön kannalta moniammatillinen yhteistyö on jatkossakin sellainen väline, joka mahdollistaa asiakkaan kokonaisvaltaisen kohtaamisen. Kertomusten pohjalta on nähtävissä, että moniammatillisessa yhteistyössä sosiaalityöntekijä on se muutosagentti, joka on prosessia käynnissä pitävä voima.

5.3 Medikalisaation pihdit

Seuraavaksi lähestyn tiedonantajieni kertomusten kautta sitä, miten medikalisaatioksi kutsuttu ilmiö ilmenee päihdehuollossa. Tavoitteenani on nostaa esille päihdetyöhön liittyviä esimerkkejä medikalisaatiosta ja analysoida sitä, miten lääketieteellistäminen vaikuttaa päihdetyössä tehtävään sosiaalityöhön. Medikalisaatiohan on viime vuosina paljon keskustelua herättänyt kiistanalainen prosessi, jossa yhä useampia elämän ilmiöitä kuten terveyden edistämistä, vanhenemista tai kauneutta määritellään ja käsitellään lääketieteellisinä ongelmina. Elämään kuuluvat arkipäiväisetkin ilmiöt muuttuvat diagnooseiksi, joiden hoidossa tarvitaan ammattiapua. Medikalisaation sanotaan olevan eräs länsimaisen kulttuurin megatrendejä. Elämän lääketieteellistymiseen nähdään sisältyvän sekä mahdollisuuksia että uhkia. Myönteisinä seurauksina pidetään esimerkiksi yksilön erilaisuuden kokemisen helpottumista ja poikkeavan käyttäytymisen sosiaalisen kontrollin hyväksyttävyyttä. Vaarana on, että huomio kohdistetaan sosiaalisten epäkohtien sijasta ainoastaan yksilöön. (Tuomainen ym. 1999.)

Robert Crawfordin (1980) mukaan medikalisaatiolla tarkoitetaan lääkäriprofession statuksen kohoamista ja sosiaalisten ilmiöiden kontrolloimista sekä ihmiselämän yleistä tarkastelua lääketieteellisesti. Lääketieteelle ja lääketieteilijöille onkin hyvin helpos- ti annettu valta-asema, sillä onhan lääkäreillä legitiimi oikeus tutkia ja hoitaa ihmisen mieltä ja kehoa. Tiedonantajani viittaavat osuvasti jo koulutuksesta lähtevään perinteiseen roolijakoon, jolloin lääkäri näyttäytyy hallitsevana toimijana ja sosiaalityöntekijä lääkärielle alisteisena (vrt. Nissinen 1984, 259).

”Anja: ...jos ajattelee sitten lääketieteellisen, terveydenhuollon ja vaikka- pa A-klinikan tai jotain sosiaalitoimen puolen ylipäätänsä, siellä on niin- ku, että työkultuurit on niin erilaiset. Lääketiede on hyvin arvostettu ja vanha ala, sosiaalityö taas varsin uus ja epäarvostettu ja niin erilaiset alat ja painotukset. Et kyl mä ainaki nään erilaisten työkultuurien koh- taamisena, joista ei pääse yli muuten kuin tutustumalla ja arvioimalla it- seään ja työtään ja toisen työhön sillai ennakkoluulottomasti tutustua.”

”Helmi: Lääkärit koulutetaan tekemään yksin töitä. Johtuuko se nyt sitten tämän yhteiskunnan muutoksesta, kaikkien palvelujen eriytymisestä, mistä

kaikesta, kyllä terveydenhuoltokin alkaa olla tämmönen yhteistyön ammatti? Ja sosiaalityö, jos mikään on sitä ja sen takia sosiaalityöntekijät voi olla niin harmittavaisia näille terveydenhuollon ihmisille, koska kuten yks lääkäri sano kerran, että te sosiaalityöntekijät panette minut ajattelemaan yhtä aikaa niin monta asiaa. Siinä on se sosiaalityön idis, ei yhdessä elementissä, ei tavoitteissa eikä metodeissa, vaan siinä, että ne pannaan yhteen.”

Aineistoni kertomusten pohjalta voidaan yhtyä Jukka-Pekka Takalaan ja Juhani Lehtoon (1988, 122), jotka kuvaavat suomalaista päihdehuoltojärjestelmää vielä 1980-luvun lopulla ”medikaalistumattomaksi”. Ei-lääketieteellisyttä tutkijat perustelivat sillä, ettei lääkärinkunnan asema päihdehuollossa ollut vielä tuolloin kovinkaan merkittävä, alkoholismien sairaustulkintaa ei ollut omaksuttu kovin laajalti ja terveydenhuoltoviranomaisten vastuu päihdehuollosta tai päihdeongelmaisten asemasta verrattuna muihin sairauksiin oli vähäistä. Samassa yhteydessä myös päihdehuollon erityispalveluksiköiden sosiaalityöjohtoisuus nostettiin mukaan keskusteluun. Sittemmin lääketieteen edellytyksiä päihdehuollossa on kasvatettu ja medikalisaatiopuhe on saanut uudenlaisen sävyn kirjallisuudessa ja myös sosiaalityön edustajien keskuudessa (ks. esim. Murto 2002). Selkeä käänne keskustelussa tapahtui 1990-luvulla, jolloin varsinkin huumeiden käyttäjien hoidossa alettiin korostaa lääkehoitojen merkitystä. Lääkäreiden asiantuntijavallan laajenemista päihdeongelmien hoidossa vauhditti osaltaan kiihtynyt keskustelu päihdeongelmasta sairautena. Kun Murrin (Mt., 172) mukaan korvaushoitoja ei ollut tarjolla, yksityislääkärit tarjosivat lääkkeellisiä hoitoja, joissa ei ollut psykososiaalista tukea. Näin huumehoidon kuva medikalisoitui. Aineistoni kertomukset paljastavat medikalisaation olemassa olon. Lääketieteellistymisellä nähdään olevan sekä päihdehuoltoa että asiakastyötä muuttavia tekijöitä. Suurimmaksi huolenaiheeksi nousee lääketieteen ja sosiaalityöiden välinen valtataistelu ja se koetaan konkreettisenä uhkana päihdehuollolle. Tällöin on kysymys esimerkiksi organisaation johtamisesta tai hallinnollisista järjestelyistä. Päihdeongelman ja lääketieteen suhde lujittuu silloin, kun päihdehuolto järjestetään lääkärijohtoisesti. Sosiaalityöntekijöiden ja lääkäreiden välille syntynyt jännite tulee julkilausutuksi seuraavissa tekstiotteissa:

”Marja-Leena: Kahdeksanseitsemän päihdehuoltolaki velvotettiin sosiaali- ja terveydenhuolto niinku yhdessä vastaamaan, niin nyt se pikku hiljaa

on mennä, mutta nyt se menee sinne medikalisaation puolelle...et kyl mä nään uhkana sillai, et asiakkaan oikeusturvaan liittyen, jos päihdehuolto medikalisoituu, ihmiskäsitys kapeutuu.”

”Anja: Mä aattelen, että siinä on myös, että päihdeongelmat on muuttuneet siten, että ne tarviikin myös lääketieteellistä asiantuntijuutta, lääketieteellistä hoitoa enemmän kuin silloin, kun oli tavallisia juoppoja. Toki silloinkin tarvittiin lääketieteen apua, mut et nykyisin on ihan eri tilanne ja silloin tietenkin on kysymys siitä, kumpi ottaa sen vallan, kumman ammattitaidolla sitten pärjätään.”

”Anja: ...olin A-klinikalla vielä siihen aikaan juurevasti töissä, kun nostettiin esiin tämmönen väittämä, että päihdehuollon yks kehityksen jarru on ollut siinä, että se on ollut sosiaalityöjohtosta ja ja joihinkin malleihin viitattiin, että joissakin maissa, missä on lääkärijohtosta tai lääketiedepainotteista, siellä on ihan eri tavoin asiat.”

Medikalisaation nostamiseen jalustalle liittyy vahvoja kaupallisia intressejä. Terveydenhuollon pyyteettömyyden takaa ei tutkimukseni pohjalta paljastu vain inhimilliset tekijät, vaan viime kädessä kysymys on ”rahan mahdista, joka ratkaisee”, sillä medikalisaatio toimii muun muassa markkinatalouden tukijana. Lääketeollisuus tarvitsee lääkäreitä ja tutkijoita ja päteville asiantuntijoille on aina käyttöä. Terveys toimii kaupankäynnin välineenä ja ihmiselle luontaista herkkyyttä huolestua ja huolehtia itsestään on kaikin puolin helppo keinotekoisesti vahvistaa. Maksukykyistä potilasta ei jätetä yksin. (Ks. Tuomainen ym. 1999, 27.) Omassa puheenvuorossaan Marja-Leena Nousiainen pohtii sitä, miksi sosiaalityöntekijät vaikenivat, vaikka keskustelua medikalisaation haitallisista seuraamuksista tarvittaisiin erityisesti nyt, kun julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon varat eivät tahdo riittää kaikkien hoitoon.

”Antti: Se on vaikea sanoa, mistä tämä into nyt sitten on tullut medikalisoida sitä, että siis kynnisimmät voi sanoa, että onhan siellä aikamoiset lääkemarkkinat, lääkefirmat.”

”Marja-Leena: Mä näen, että päihdehuollossa pitää lääkärin olla psykiatri, ainaki yksi lääkäri pitää laitoksessa olla psykiatri...et päihdeongelma tulee medikalisoitua silloin, kun siinä ei ole psykiatria mukana ja päihdehuoltoon perehtynyttä psykiatria.

Merja: ... Onko meidän syytä pelätä medikalisaatiota?

Marja-Leena: Tota kyllä meidän pitää olla huolissaan. Meidän pitää pysyä perustelevaan omaa ajatteluamme ja pitää pystyä lähteen dialogiin.

Mut sitä pääsee helpommalla, kun ei tota ei lähe julkiseen, kun silloin sä tuut leimatuksi yhden asian, siis sut leimataan kerralla ja sua ei enää kuulla. Se on tässä suomalaisessa kulttuurissa paha, kun lääkärin kans lähtee, niin jää toiseks...”

Seuraavassa tiedonantajani kertomuksessa on oletus, että asettaessamme lääketieteen ja sosiaalityön vastakkain, sosiaalityö tuskin voi kilpailla siitä, kenen palveluilla on kysyntää ja kenen ehdoilla palvelut järjestetään. Jo nyt julkinen terveydenhuolto kamppailee rahoitusvaikeuksissa, mutta mitä laajempaa terveydenhuollon rahoittama toiminta on, sitä korostuneempaa on myös palvelujen rahoittajan hallinnon tärkeys (vrt. Tuomainen ym. 1999, 77).

”Antti: ...päihdehuolto on haluttu järjestää halvalla ja sosiaalityöntekijät on tehny sen halvemmalla kuin lääkärit. Lääkärille se oli vastenmielinen alue, nyt jos lääkärit haluaa sen vallata, niin ilmeisesti se on vallattavissa. Et tämmöstä kamppailua ei ole käyty, mut se on kyllä niinkö suuri tappio... huumeongelmat on tämmösiä elämäntaidollisia ongelmia, joita ei kerta kaikkiaan niinku voida ratkasta pelkästään lääketieteen, ei pelkästään psykologian eikä pelkästään sosiaalityön keinoinakaan, koska päihteet aiheuttaa terveydellisiä ongelmia ja tota myöskin psyykkisiä ongelmia, psyykkiseen orientaatioon liittyviä ongelmia ja tietysti, jos tää moniammatillisuus päihdeongelmien kohdalla menetetään, niin kyllä kuntoutumisen mahdollisuudet menee. Ei se, sehän ei ole lainkaan vaikeaa periaatteessa niinku päihteiden käytön lopettaminen, mutta raittiina oleminen on jo vaikeaa näille, jotka ei ole sitä koskaan tehneet ja siihen tarvitaan juuri sen miettimistä, minkälaisilla sosiaalisilla rakenteilla me vahvistetaan hänen niinku mahdollisuuksiaan toimia...jos se pillerillä olis nää taidot omaksettavissa, niin sitten olis kyllä samalla logiikalla olis täysin kehiteltävissä...elämäntaidon pilleri, mutta ei semmosta ole. Sun täytyy todella niinku oman toiminnan kautta harjaantua siihen ja ja lääketiede taas ei anna vastauksia sillä puolella, että miten se tehdään. No vastaukset tulee sitten sosiaalityönteiden puolelta.”

Medikalisaatiokeskustelussa kysymys on myös uudenlaisen palvelukulttuurin ja palvelujärjestelmän rakentumisesta, jossa vanhoja rakenteita ja työskentelytapoja kyseenalaistetaan ja koetellaan muutoksen edessä. Sosiaalityön kannalta pelkona nähdään se, että sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön lisääntyessä sosiaalityötä määritellään ja tulkitaan enenevässä määrin terveydenhuollon tavoitteista käsin. (Vrt. Tuomainen ym.

1999, 58.) Yhteinen tekeminen edellyttää muutosta paitsi toimintatavoissa myös asenteissa. Koska päihdeongelmaisten hoito on entistä enemmän tiimityötä, voisi olettaa, ettei kenelläkään olisi hallitsevaa asemaa päihdehuollossa. Muutoinhan on pelättävissä, että asiakkaan omat käsitykset, toiveet ja odotukset ohitetaan hoidossa ja myös hänen omat voimavaransa jäävät huomiotta.

”Lasse: Se on myös taistelua tällasta niinku muutoksen aikaansaamiseksi täällä palvelujärjestelmässä. Kun mennään tänne palvelujärjestelmän rakenteisiin liittyviin asioihin ja se, että tää moniammatillinen tiimi toimii toinen toistaan kunnioittaen ja nää ammatit saadaan työskentelemään aidosti yhteistyössä ja toinen toistaan kunnioittaen eikä mikään jyrää alleen lääketieteellistä ja lääketieteellinen tätä sosiaalista vaan katsotaan tasakumppaneina asioita.”

”Anja: Mä en osaa sanoa, kuinka paljon siinä on tämmönen ammattien tai professioitten välinen kamppailu siinä, että kumpi malli on parempi ja ja kumpi on tehny hallaa suomalaiselle päihdehuollose, mutta mun käsitys on aika vakaasti se, että kukaan lääkäri ei pärjää kunnan päihdeongelmaisen asiakkaan kanssa yksin, mitään sellaisia lääkkeitä ei ole olemassa, joka parantais niin, että kaikki rikkinäiset ihmissuhdekuviot ja rikki menneet yhteydet työpaikkoihin sun muihin, että ne järjestys, rahanasioiden hoidot sun muut, että ne pystys lääketieteellisesti hoitamaan.”

Keskustelussa lääkkeellisten ja lääkkeettömien hoitojen hyödyistä ja haitoista saataan sortua jopa kiihkeään ja epärationaaliseen argumentointiin.

”Anja: Ja vastaavasti on yhä enemmän nykyisin asiakkaita päihdehuollossa, jotka ei pärjää ilman lääketieteellistä apua, mut siinä ei kannattais semmosta kamppailua käynnistää, et kummalle yksinään, vaan miten nää voidaan yksinään hoitaa. Ja sitten tää johtajuuskysymys se on varmaan liiki kahdeksankymmentäluvulla ollu tulenpalavaa joillakin paikkakunnilla. Joku lääkäri sano, ettei hän tuu semmoseen putiikkiin, joka on sosiaalityöntekijäjohtonen, kun hän haluaa olla niinku se, joka sanoo viimesen sanan. Kyllä mä mielelläni ajattelisin siitä sillä tavoin, että olis ihan hyvä, että olis ihminen, jolla on taito johtaa organisaatiota, hoitaa hallinnolliset kysymykset ja ihmissuhdekysymykset, ei niinkään se, mikä on koulutus, vaan ne johtajan työt tulis hoidetuksi kunnolla... Oleellista musta on, että se tarvittava asiantuntijuus ja osaaminen tulee siihen putiikkiin, ei niin, että millä vakanssilla tai missä kohden hierarkiaa kukin osaa ja siellä sitten on.”

*”Lasse: ...kun sitten sosiaalityön koulutuksen puolella kovasti niinku halutaan nähdä pöpöjä tän medikalisaation puolelta. Se on tiettyyn rajaan asti hyvä nähdäkin pöpöt, mutta tietyn ajan jälkeen pitäisi ensisijaisesti olla huolissaan siitä, miten me rakennamme nyt tätä yhteistyötä niin, että löytyisi yhteisiä foorumeita, jossa toisaalta tää sosiaalinen painotus, mutta myöskin tää medikaalinen osaaminen ja painotus pääsisivät yhdessä sitten vähän täydentämään toisia, ei niin, että joko tai, vaan enemmän se-
kä että.”*

Vaikka tiedonantajani ovat suhtautuneet kriittisesti medikalisaatioon ja sen vaikutuksiin päihdehuollossa, ei medikalisaatiota tule pitää tutkimukseni pohjalta yksinomaan uhkana tai huonona asiana. Omassa aineistossani ei ole nähtävissä, että sosiaalityön puolelta oltaisiin lyömässä kiilaa lääketieteen ja sosiaalityön välille. Sen sijaan lääketieteellistymisellä nähdään olevan monia mahdollisuuksia ja hyviäkin vaikutuksia sekä päihdeongelmien hoidossa että päihdeongelmaisen hyvinvoinnin kannalta. Lääketieteen kehityksen myötä muun muassa huumeongelmaiset ovat saaneet helpotusta ongelmiin, joita ei aiemmin pystytty hallitsemaan tai hoitamaan. Lääkehoidolla voidaan helpottaa vieroitusoireita ja sitä kautta auttaa päihdeongelmaista ottamaan vastuuta omasta toipumisestaan, mutta päihderiippuvuuden lääkehoito yksinomaan hoitona kemialliseen tunteiden säätelyyn tottuneelle asiakkaalle on harvoin menestyksellistä. Toisaalta lääketieteen mahdollisuudet voivat päättyä vieroitusoireiden helpottaessa asiakkaan kotiutumiseen tai siirtymiseen toiseen laitokseen tai avohoitoon. Näin ei tapahdu läheskään aina sosiaalityön kohdalla, vaan se on jatkuvaa työskentelyä muutoksen aikaansaamiseksi. Miten esimerkiksi asunnottomuus tai työttömyys on lääketieteellisesti autettavissa? Valinta eri hoitomuotojen välillä näyttäytyykin osin myös arvokysymyksenä.

”Antti: ...mutta jos siihen nyt tulee lääketiedettä mukaan esimerkiksi näihin vieroitusoireisiin, niin onhan se tervetullut tilanne...tää on sosiaalityölle mahdollisuus saada se asiakas pysähtymään ja ryhtyä organisoimaan hänelle myöski psykososiaalista tukea, että tää voi olla hyvä keino tämmönen niinku lääketieteellinen orientaatio siihen, että me saadaan hänet auttamistyön piiriin. Vaikea häntä on auttaa, jos me ei päästä hänen kanssaan kontaktiin...”

”Antti: Kun tehdään päihdehuollon sosiaalityötä, niin niin tässä ehkä tulee tää medikalisaation ja meidän ero, että ne vaan parantaa, me myöskin huolletaan, me halutaan pitää ihmisestä huolta, raitistu tai ei. Me pidetään huolta ja sitten annetaan samalla edellytykset raitistua, jos siihen näyttää syntyvän edellytyksiä, mutta raitistuminen ei ole edellytys sille, etteikö me autettaisi häntä. Tää viimekätinen, tästähän sosiaalityö on lähtenyt ja tää lähtökohta täytyy säilyttää, sen puolesta joutuu nykyään oikein niinku tappelemaan, kun ennen se oli niinku itsestäänselvyys.”

Yksinomaan käytännön sosiaalityön keinoin ei medikalisaatiota vastaan voida kuitenkaan taistella, vaan tarvitaan tarkempaa tutkimustietoa muun muassa siitä mitä psykososiaalisen työn käsite sisältää. Medikalisaatiosta on puhuttu hyvin vähän sosiaalityön koulutuksessa, sosiaalityöntekijöiden tapaamisissa tai työpaikoilla. Onko niin, että aiheen käsittely on vaikeaa, koska kuten Olavi Kaukonen (2005, 320) epäilee, päihdehuolto ei ole enää kiinnostunut sosiaalisista kysymyksistä? Kaukosen arvion mukaan päihteet ja päihtymys eivät ole päihdehuollon erityispalveluiden kiinnostuksen ja työn kohteena, vaan päihdeongelman sosiaalityöperusteisen lievittämisen sijasta kiinnostuksen kohteena onkin yleisemmin addiktiokäyttäytyminen. Tulkitseen Kaukosen jättämän arvion meille päihdehuollon sosiaalityöntekijöille viestiksi ja haasteeksi, johon muun muassa tällä omalla tutkimuksellani yritän vastata.

”Marja-Leena: Mä sanosin tää on yks tasa-arvosempia, se johtuu meistä sosiaalityöntekijöistä, meillä on kuitenkin ollu kyvykkyyttä tämmöseen toisen ammatin niinku kunnioittamiseen ja kyl mä nään, että päihdehuollossa jos missä tarvitaan vahvaa sosiaalityötä tän medikalisaation ja psykologisoinnin niinku tueksi. Ja kyl mun mielestä se terapeutinaki oleminen, kun mä sanon, et mä haluan tietää, että onko meillä psykososiaalinen mössö, jossa ei erota kukaan mitään, kyl mä haluan, et meidän sosiaalityöntekijöillä on kykyä nähdä ja tietää, vaikka ne ei teekkään täällä sitä sosiaaliavustusta ja sosiaalihuoltoa, niin niiden pitää tietää, missä mennään, ne ei saa olla liikaa terapeutteja...”

Yhteenvedona voidaan todeta, että 2000-luvun alkupuolelle tultaessa medikalisaatio on erityisen ajankohtainen ilmiö päihdehuollossa ja päihdeongelman lääketieteellistäminen on edennyt viimeisen 10 vuoden aikana varsin nopeasti. Sosiaalityöntekijöinä meidän ei tule kuitenkaan pelätä, mutta ei myöskään hyväksyä läpätunkevaa medikalisaatiota.

saatiota, sillä uudet lääkehoitomahdollisuudet tuskin ratkaisevat päihdeongelmaa ker-
taheitolla, vaan tarvitsevat rinnalleen kokonaisvaltaista lähestymistapaa. Ei pidä myös-
kään unohtaa sitä, että psykososiaalisella työtavalla ja lääkkeettömällä huume- ja päih-
dehoidolla on maassamme pitkät perinteet. Yksipuolistamalla päihdeongelman hoidon
on vaarana, että menetämme tärkeän osan päihdetyön monipuolisuudesta. Katson, että
sosiaalityön haasteeksi päihdehuollon kokonaisuudessa jääkin se, että lääkkeellisten
hoitojen rinnalle kykenemme tarjoamaan laadukkaita psykososiaalisia hoitoja. Päihde-
ongelman mysteerio ei lepää vain sosiaalityöpohjaisessa tai medisiinisessä lähestymis-
tavassa, vaan yhdessä moniammatilliset tiimit voivat tuottaa merkittäviä välineitä
päihdeongelman ymmärtämiselle ja käsittelylle (Murto 2005). Tutkimukseni pohjalta
on nähtävissä, että medikalisaatio ei synny vain lääketieteen omien toimien pohjalta,
vaan myös yhteiskunnan ja yksittäisten ihmisten vaikutuksesta. Siksi medikalisaatiota
koskevaa keskustelua pitäisi pystyä käymään kiihkottomasti eri asiantuntijoiden kes-
ken. Lisäksi tähän keskusteluun olisi saatava mukaan myös asiakkaamme, päihdeon-
gelmaiset itse. Lopulta on syytä pitää mielessä, että sosiaalityön näkökulma on yksi
näkökulma muiden joukossa eikä sinällään yhtään sen arvokkaampi, mutta ei myös-
kään vähäisempi kuin mikään muu näkökulma. Oletettavaa kuitenkin on, että päihde-
huollon profiili ja status eivät nouse sillä, että päihdeongelmat lääketieteellistetään,
koska päihdeongelmat näyttävät ennusteiden valossa pysyvän keskuudessamme.

6 POHDINTA

Olen kirjoittanut tätä raporttia samaan aikaan, kun uutisia päihdeongelmien ympärillä on riittänyt lähes päivittäin. Vaikka tutkimuksen tekeminen on ollut antoisaa ja haastavaa, olen tuntenut itseni aika ajoin uupuneeksi ja jopa turhautuneeksi, koska niin monet kiinnostavat ja haastavat aiheet ovat jääneet tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Tutkimuksen tekemiseen kuuluu kuitenkin se, että osaa rajata ja lopettaa, kun on sen aika. Tämän tutkimukseni tarkoitus oli tarkastella suomalaisen päihdehuollon sosiaalityön sisällön ja luonteen muotoutumista 1950-luvulta 2000-luvun alkuvuosiin. Pysin työnsäni kuvaamaan päihdehuollon sosiaalityön olennaisia piirteitä ja luomaan kokonaiskuvaa sosiaalityön osuudesta päihdeongelmaisten hoidossa. Havaitsin, että sosiaalityön paikka suomalaisessa päihdetyössä ja päihdepalveluissa on muuttunut ja muuttumassa. Se, että työskentelen itse päihdehuollon parissa, vaikutti sekä omaan kiinnostukseeni tutkia päihdehuollon sosiaalityötä että aineistoni valintaan. Tämä tutkimus olisi omalta kohdaltani saattanut jäädä tekemättä ilman omakohtaista kokemusta käytännön sosiaalityöstä ja päihdetyöstä. Oma kokemukseni on avannut ymmärrystä tulkitta tiedonantajieni kertomuksia, mutta on saattanut jättää piiloon joitakin olennaisia seikkoja, joihin ulkopuolinen tutkija olisi voinut kiinnittää huomiota eri tavalla.

Tutkimukseni aineisto koostui sellaisten henkilöiden asiantuntijahaastatteluista, jotka ovat osallistuneet ja vaikuttaneet sekä perinteisten että uudempien hoitopoliittisten käytäntöjen muotoutumiseen päihdehuollossa. Erityisesti suomalaisen päihdehuollon sosiaalityön kehitykseen näytti ainakin Anja Auvisen, Lasse Murrin, Helmi Mäen, Marja-Leena Nousiaisen ja Antti Särkelän osuus muodostuneen merkittäväksi. Erityinen kiitos kuuluukin heille, että he antoivat kertomuksensa käyttöni. Tarinallinen lähestymistapa eli tutkimuksessani monella tapaa: tutkimusotteena, tutkimusaineistona ja analyysitapana. Tarinallisuus toimi mielestäni hyvin tällaisessa tutkimuksessa, koska halusin korostaa ensisijaisesti haastateltavien omia näkökulmia, heidän kokemuksiaan ja monien vuosien työtään päihdehuollossa tai lähellä sitä. Olen tietoinen, että omalla työtaustallani on vaikutusta siihen, miten olen aineistoani lukenut ja mitä olen siitä nostanut esille. Tähän olen pyrkinyt tutkimuksessani vastaamaan siten, että olen

tuonut oman tutkimusprosessini mahdollisimman näkyvästi esille (vrt. Eskola & Suoranta 1998, 211). Luotettavuuden lisäämiseksi olen myös käyttänyt paljon tiedonantajieni omaa puhetta suorien lainausten muodossa. Lisäksi kirjallisuus on toiminut tutkimuksessani tiedonantajieni puheen täydentäjänä, toissijaisena aineistona. Se on konkretisoitunut minulle sekä tutkittavaa ilmiötä että auttanut kontekstoimaan haastatteluita.

Tämä tutkimus osoitti, että päihdeongelmaisten parissa tehtävän sosiaalityön asema ja tehtävät ovat vaihdelleet merkittävästi viimeisten vuosikymmenten aikana päihdehuollossa. Pitkään päihdehuollossa olleiden tiedonantajien kertomukset vahvistivat toissijaisen aineiston ohella tekemääni tulkintaa. 1950-luvun päihdehuoltoa organisoivat, johtivat ja toteuttivat käytännössä sosiaalityöntekijät, jotka lääkäreiden taustavastajista kohosivat melko nopeasti sangen itsenäiseen asemaan. Sosiaalityöpainotteista A-klinikkatyötä ja sosiaalityöntekijöiden keskeistä asemaa päihdehuollossa perusteltiin tutkimusaineistossa sillä, että A-klinikkatoimi on liittynyt hallinnollisesti sosiaalihuoltoon, casework –menetelmää haluttiin kokeilla ja hyväksikäyttää Suomessa, lääkäri työvoimaa oli vähän saatavilla sekä taloudellisilla resursseilla. Asiantuntemuksen ja tiedon puute ajoi sosiaalityöntekijöitä paneutumaan työhönsä innolla, he olivat ennakkoluulottomia ja valmiita tekemään asioita uudella tavalla. Alkuvaiheen sosiaalityön menetelmänä käytettiin henkilökohtaista huoltoa, caseworkia, mutta työ rinnastettiin psykiatriseen työhön. Kertomuksista heijastuikin se, että vaikka työskentely noudatti tuolloin vallinnutta psykiatrista, yksilökeskeistä työtettä, sosiaalityöntekijät kokivat tekevänsä sosiaalityötä. Näin avautui tie muotoutuvalle päihdehuollon sosiaalityön asiantuntijuudelle. Sosiaalityön keskeisiksi elementeiksi rakentuivat ihmisen kohtaaminen, kuunteleminen ja vuorovaikutuksellisuus. Päädyin siihen, että sosiaalityö näyttäytyi keskustelussa, kanssakäymisessä ja vuorovaikutuksessa syntyvän asiantuntijuuden sekä sosiaalityöntekijän työssä ja opiskelussa hankitun asiantuntijuuden kokonaisuutena. Kertomusten kautta on nähtävissä, että ensimmäisten vuosikymmenten päihdehuollon sosiaalityöstä tuottama tieto ja kokemus ovat eläneet taustalla ja siirtyneet eteenpäin siten, ettei jokaisen sosiaalityöntekijäpolven ole tarvinnut kerätä tietoa ja kokemusta aivan alusta.

Tutkimusaineistoni vahvisti sitä, että sosiaalityössä, mutta etenkin päihdetyössä on perinteisesti käytetty maassamme paljon kontrollia. Vuonna 1937 voimaan tulleet alkoloholisti- ja irtolaislait korostivat viranomaisten kurinpidollisia toimenpiteitä ja nämä niin sanotut huoltolait vaikuttivat vuosikymmeniä. Aina 1980-luvulle asti käytettiin vielä joitakin vanhakantaisia keinoja kuten valvontaa ja kurinpidollisiksi tarkoitettuja juopumuspidätyksiä. Päihdehuollon lainsäädäntö uudistettiin perusteellisesti vasta vuonna 1986. Sen sijaan käytännön sosiaalityössä muutokset olivat käynnistyneet jo kaksi vuosikymmentä aikaisemmin. Sosiaalityön näkökulmasta tiedonantajien kertomuksista oli luettavissa se, että päihdehuollon lainsäädännöllinen kehitys on kulkenut yksilöön kohdistuvien kontrollitoimenpiteiden kautta kohti koko väestölle suunnattua palvelutoimintaa.

Tiedonantajien kertomuksissa näkyi, miten päihdehuollon sosiaalityöntekijöiden työn perustaa, tietopohjaa, etiikkaa, periaatteita ja työmuotoja ryhdyttiin 1970-luvun lopulla ja 1980-luvun alkupuolella arvioimaan kriittisesti ja sosiaalityön terapeutin linja koettiin riittämättömäksi vastaamaan myös heikoimmassa yhteiskunnallisessa asemassa olevien ihmisten tarpeisiin. Tällöin päihdehuollon sosiaalityötä ryhdyttiin määrittelemään sosiaalipolitiikan tavoitteiden mukaisena toimintana, jossa työn lähtökohtana oli ymmärrys päihdeongelmasta. Samalla kun sosiaalityön painopiste siirtyi sisällöllisiin ja laadullisiin kysymyksiin, nousi kertomuksista yhdeksi sosiaalityön kannatellavaksi ajatukseksi kokonaisvaltaisuus. Päihdeongelmaisen kokonaisvaltaisen tukemisen liitin pitkäjänteiseen voimavarakeskeiseen päihdetyöhön, jota toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä. Vuorovaikutuksessa synnytetään ja kartutetaan se tieto, jonka kautta hoito toteutuu, etenee ja on tuloksellista.

Elämme yhteiskunnassa, jossa vastuu on siirtymässä hyvinvointivaltiolta paikallistaloudelle, markkinoille, kansalaisyhteiskunnalle, perheille ja viimekädessä yksilöille itselleen. Samaan aikaan palveluja tuotetaan enenevässä määrin moniammatillisesti ja monitoimijaisesti. Kuten kertomukset osoittivat moniammatillisella yhteistyöllä, eri ammattiryhmien edustajien, koulutuksen, tiedon ja kokemuksen jakamisella ja yhdistämisellä on suomalaisessa päihdehuollossa jo pitkät perinteet. Sektorirajat ylittävän, eri

ammattilaisten yhteistyön ja verkostoitumisen avulla on mahdollista tarkastella asiakkaan tilannetta kokonaisvaltaisesti ja vähentää päällekkäisiä toimintoja. Sosiaalityöntekijän rooli moniammatillisissa tiimeissä näyttäytyi lähellä asiakkaan arjen maailmaa. Asiakkaan arjen kautta sosiaalityöntekijä osallistuu vuoropuheluun, toimii muutosagenttina ja prosessia käynnissä pitävänä voimana. Arjen näkökulmaan sisältyy ajatus asiakkaasta aktiivisena osallistujana ja toimijana hoidossa sekä itseään koskevissa päätöksissä. Myös päihdehuollon sosiaalityöntekijän tehtävä palvelujen yhteensovittajana ja palveluohjaajana nähtiin kertomuksissa merkityksellisenä.

Vaikka moniammatillisen yhteistyön asema nähtiin kertomuksissa tulevaisuudessakin tärkeäksi, nousi kertomuksissa yksi huoli ylitse muiden. Yhteistyön sujuminen on tänä päivänä muodostunut ongelmalliseksi, koska työntekijät joko vaihtuvat usein tai heitä ei ole lainkaan. Erityisesti pulaa on lääkäreistä ja sosiaalityöntekijöistä. Siksi moniammatillista toimintaa yhä kehittämällä voidaan luoda hallinnollisia rajoja ylittäviä toimintamalleja, yhteistä suunnittelua ja osaamisen kokonaisvaltaista käyttöön ottoa. Moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi sosiaalityön tulisi kertomusten pohjalta vahvistaa ja tuoda esiin omaa sosiaalityön osaamistaan, omaa teoriapohjaansa ja ymmärrystään. Kertomukset jättivät kuitenkin pohdittavaksi sen, mihin suuntaan sosiaalityö ja moniammatillisuus ovat menossa tilanteessa, jossa joudutaan koko ajan arvioimaan omia rooleja, työmenetelmiä, työskentelytapoja alati vaihtuvien yhteistyötahojen suhteen. Kysymykseksi jää miten yhteiskunnassamme menossa oleva kehitys kriisiyttää nyt jo puolustusasemissa olevaa sosiaalityötä.

Tänä päivänä päihdehuollossa tehtävä sosiaalityö on joutunut mukautumaan uusiin käytäntöihin, organisaatioihin ja toimintaehtoihin. Yhtäältä sosiaalityöltä odotetaan konkreettista auttamista, toisaalta se on tasapainoilua erilaisten odotusten välissä. Aineiston kertomukset nostivat esille sen, että päihdehuollon sosiaalityössä, päihdepalvelujärjestelmän kehittämisessä ja päihdetyön arvioinnissa tarvitaan uudenlaista tiedontuotantoa, joka tapahtuu tieteellistä tietoa, tutkimusta, asiakkailta ja työntekijöiltä kerättyä kokemusta ja tietoa yhdistämällä. Uudenlaisella tiedontuotannolla, sosiaalisella raportoinnilla päihdehuollon sosiaalityössä jäsennetään omaa ajattelua ja työtä sekä

käydään ammatillista keskustelua ja ennen kaikkea tuodaan päihdetyötä näkyväksi. Päihdeongelmien monimutkaistuminen, työn juridisoituminen ja markkinoistuminen vaativat sosiaalityöntekijältä vahvaa koulutusta ja vankkaa ammatillista identiteettiä. Tiedonantajieni kertomuksia yhdisti se, että ammatillisen identiteetin kehitykselle on tärkeää sekä sosiaalityön koulutuksen kautta saadut valmiudet että sisältäpäin lähtevä oman työn arvostus. Tämän päivän päihdehuollon sosiaalityön asiantuntijuuden ja ammatillisen identiteetin kehittyminen näyttäytyi prosessina, jota rakennetaan tieteellistä tietoa ja kokemuksellista tietoa yhdistellen arjen työkäytännöissä. Tiedontuotantoon kertomuksissa kytkettiin myös sosiaalityön yhteiskunnallinen vaikuttaminen, minkä tulee kohdistua yleiseen mielipiteeseen sekä poliittisiin ja muihin päättäjiin.

Tutkimusaineisto osoitti sen, että suomalaisen päihdehuollon perinne on omalta osaltaan vaikuttanut siihen, että päihdeongelmat on maassamme määritelty pitkään ennemminkin sosiaalisiksi kuin medikaalisiksi. Medikalisaation nähdään kertomuksissa olevan nyt 2000-luvun alkupuolella erityisen ajankohtainen ilmiö myös päihdehuollossa. Päihdeongelman lääketieteellistämistä vauhditti erityisesti 1990-luvun lopulla se, että huumeiden käyttäjien hoidossa alettiin korostaa lääkehoitojen merkitystä. Suurimmaksi huolenaiheeksi nousi aineiston kertomuksista lääketieteen ja sosiaalityövälinen valtataistelu. Sosiaalityön näkökulmasta pelkona nähtiin se, että sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön lisääntyessä sosiaalityötä aletaan määritellä ja tulkita enenevässä määrin terveydenhuollon tavoitteista käsin. Tiedonantajien kertomukset kuitenkin vahvistavat sitä käsitystä, että päihdeongelmien hoidossa tarvitaan sekä sosiaalityöpohjaista että medisiinistä lähestymistapaa. Tulkintani mukaan olennaiseksi kysymykseksi sosiaalityön kannalta muodostuukin tulevaisuudessa se, miten päihdepalvelut organisoituvat ja mikä on niiden suhde palvelujärjestelmään. Jos päihdepalvelut kiinnittyvät entistä enemmän osaksi terveydenhuoltoa, kuinka paljon se kaventaa sosiaalityön mahdollisuuksia. Medikalisaation laajentuessa sosiaalityön tulisikin haastaa eri osapuolet laajaan yhteiskunnalliseen arvokeskusteluun, jolloin mukaan tulisi saada asiakkaat, päihdehuollon asiantuntijat ja sosiaalityön edustajat.

Päihdehuollon sosiaalityö elää siis mielestäni muutosvaihetta ja päihdehuollon sosiaalityöntekijöiltä vaaditaan koko ajan enemmän erityisosaamista. Ilmaisin tutkimukseni alkupuolella huoleni siitä, että sosiaalityöntekijöiden koulutus ei anna kokemukseni mukaan tällä hetkellä todellisia valmiuksia siihen käytännön asiakastyöhön, jota päihdehuollossa harjoitetaan. Siksi vastavalmistuneille päihdehuoltoon hakeutuville sosiaalityöntekijöille täydennys- ja jatkokoulutus ovat välttämätön väline tuottamaan tarvittavia tietoja ja taitoja. Pelkät lyhytjänteiset koulutuspäivät eivät yksistään riitä edistämään ammatillisia valmiuksia, hyviä työkäytäntöjä tai sosiaalityöntekijöiden työssä jaksamista. Myös pitkään päihdetyössä olleille pysähtyminen omassa työssä ja ajan ja tilan ottaminen asiakastyön erittelylle ja pilkkomiselle sekä itsearviointille on välttämätön edellytys ja mahdollisuus omalle ammatilliselle kehitykselle. Parhailtaan kuntia velvoitetaan huolehtimaan sosiaalihuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta osana sosiaalialan kehittämishankkeen hankekokonaisuutta ja sosiaalialan jatko- ja täydennyskoulutusta on uudistettu kehittämällä erikoistumis- ja jatko-opintoja. Käsitykset päihdehuollon sosiaalityön kentän koulutustarpeista pitäisikin saada jatkossa paremmin kuuluviin niille, jotka suunnittelevat niin ammatillisia koulutuksia kuin jatko- ja täydennyskoulutusta. Katson, että sosiaalialan osaamiskeskusten roolia tulisikin laajentaa enemmän koulutuksen suuntaan myös päihdehuollon osalta.

Tämän päivän arkea täyttää suunnaton kehittämisinnostus. Arjen rutiineiksi ovat nousseet monet päällekkäiset ja kiivastahtiset sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeet. Osa hankkeista suuntautuu myös ilkeisiin ongelmiin. Näissä hankkeissa käytännön työntekijän näkökulmasta on pelottavaa se, että niiden antamat tulokset eivät ehdi ulottua tai juurtua arjen työkäytännöiksi, kun työntekijöitä valmistellaan jo uusiin hankkeisiin. Uskallan jopa väittää, että nykyisiä hankkeita ei valmistella tai toimeenpanna organisaatioiden ja työyhteisöjen omista kehittämistarpeista saati sitten päihdeongelmaisten asiakkaiden tarpeista, vaan osa niistä tuotetaan ulkopuolelta tai ne sisältävät pienen sisäpiirin toimeksiantoja. Lähivuosina työmarkkinoilla on tapahtumassa suuri muutos, kun sieltä katoaa kerralla suuri joukko väkeä eläkkeelle. Lisäksi samaan aikaan kun sosiaalityöntekijöiden viroista hyvin monia hoitaa epäpätevä viranhaltija, kunnat yrittävät päästä mukaan kilpailuun osaavasta työvoimasta. Toisaalta myös

päihdehuollon asiakkailta tulee olla oikeus laadukkaisiin palveluihin, ammattitaitoiseen ja osaavaan henkilökuntaan jatkossakin. Työpaikoilla on yhä vankkaa päihdehuollon osaamista. Haluaisinkin lopuksi kysyä, eikö meillä ole tarpeeksi rohkeutta ja edellytyksiä kehittää päihdehuollon sosiaalityössä omaa arvo- ja tietoperustaa omista, arjen perustyön lähtökohdista käsin? Tätä kirjoitettaessa hämärän peitossa on se kysymys: kuka antaa ajan ja muut tarvittavat resurssit?

Yksi tähän tutkimusprosessiin liittyvä ilonaiheeni on ollut sen havaitseminen, miten ajankohtaiseen ja tärkeään aiheeseen olen omalla tutkimuksellani tarttunut. Samalla se on herättänyt monia uusia aiheita, joihin tämä tutkimus ei ole ulottunut. Tutkimukseni on antanut viitteitä siitä, että huoli sosiaalisten ongelmien määrittelyvallan siirtymisestä ”toiselle sektorille” on aiheellinen. Samoin ”sosiaalisen” korostaminen jälleen osana päihde- ja sosiaalipolitiikkaa on meidän päihdehuollon sosiaalityöntekijöiden otettava vakavasti. Asiakaskunnassa tapahtuneet muutokset asettavat monenlaisia vaatimuksia myös hoidon sisällöille ja haastavat samalla päihdehuollon sosiaalityöntekijät etsimään uusia työn tekemisen muotoja. Lisätutkimusta tarvittaisiin siitä, miten päihdehuollon asiakkaat jäsentävät sosiaalityötä ja sosiaalityön asemaa moniammatillisessa työryhmässä. Toivon, että tämä tutkimukseni on osaltaan käynnistämässä suomalaisen päihdehuollon sosiaalityön keskustelua. Toivon myös, että tutkimustani voidaan hyödyntää pohdittaessa ja tarkasteltaessa sosiaalityön asiantuntijuuden kehittämis- ja muutostarpeita päihdehuollossa. Sosiaaliseen kuuluu laaja kokonaisnäkemys ihmisestä, joka elää yhtä aikaa yksilönä ja erilaisten yhteisöjen jäsenenä yhteiskunnassamme ja maailmassamme. Päihdehuollon asiakkailta voi olla ongelmia yksilönä, yhteisön jäsenenä tai koko yhteiskunnan jäsenenä. Se tekee päihdetyöstä vaativaa ja samaan aikaan haastavaa.

LÄHTEET

Ala-Nikkola, Merja & Sipilä, Jorma 1996: Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) – uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin. Teoksessa Metteri, Anna (toim.): Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Oy Edita Ab. Helsinki, 16-31.

Alasuutari, Pertti 1999: Laadullinen tutkimus 3. uudistettu painos. Osuuskunta Vastapaino. Tampere.

Alkoholiohjelma 2004-2007. Yhteistyön lähtökohdat 2004. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2004:7. Helsinki.

Alkoholilaki 17.1.1936/60.

Ahonen, Jukka 1997: A-klinikkatoiminnan taustaa. Tutkimus vapaaehtoisuuteen ja riippumattomuuteen perustuvan hoitomuodon synnystä. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 22. Helsinki.

Ahonen, Jukka 1999: Järvenpään sosiaalisairaala. Päihdehuoltomme keskeisen laitoksen vaiheita. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 29. Saarijärvi.

Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma 2000: Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Osuuskunta Vastapaino. Tampere.

Bernler, Gunnar 1987: Till det psykosociala arbetets metateori. Institutionen för socialt arbete forskningsavdelningen. Göteborgs universitet. Rapport 3. Göteborg.

Borgman, Merja 1998: Miten sosiaalialan työntekijöiden ammatilliset tulkinnat rakentuvat? Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. Tutkimuksia 95. Jyväskylä.

Börjeson, Bengt 1985: En diskussion om det psykosociala arbetet och dess teoretiska utgångspunkter. Institutionen för socialt arbete. Umeå universitet. Rapport 25. Umeå.

Böök, Einar 1948: Suomen huolto-oikeus. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisuja 3. WSOY. Porvoo.

Compton, Beulah R. & Galaway, Burt 1999: Social Work Processes. Brooks/Cole Publishing Company. Pacific Grove.

Couldshed, Veronica 1988: Social Work Practice. an Introduction. Macmillan. London.

Crawford, Robert 1980: Healthism and medicalization of everyday life. International Journal of Health Services, Vol. 10 Number 3, 365-388.

- Eriksson Lars D. (toim.) 1967: Pakkoauttajat. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Eronen, Anne & Londén, Pia & Perälähti, Anne & Siltaniemi, Aki & Särkelä, Riitta 2005: Sosiaalibarometri 2005. Hyvinvointipalvelujen tuottajien ajankohtainen tilanne ja näkemys kansalaisten hyvinvoinnista. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Helsinki.
- Erä-Esko, Helena & Immonen, Erkki J. & Tirkkonen, Jorma 1954: Lääkärien ja sosiaalityöntekijäin yhteistyö alkoholipotilaiden hoitoon erikoistuneella klinikalla. Alkoholipolitiikka 19(5), 147-152.
- Eräsaari, Risto & Rahkonen, Keijo (toim.) 1975: Työväenkysymyksestä sosiaalipolitiikkaan. Gaudeamus. Helsinki.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1998: Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Osuuskunta Vastapaino. Tampere.
- Eskola, Marjatta 1981: Suomalaisen yhteiskunnan sosiaalityön kuva. Teoksessa: Sosiaalihuollon näköaloja. Acta Universitatis Tamperensis ser. A vol. 127. Tampereen yliopisto. Tampere, 23-52.
- Goodson, Ivor F. 1997: Representing teacher. Teaching and teacher education 13 (1), 111-117.
- Granfelt, Riitta 1993: Psykososiaalinen orientaatio sosiaalityössä. Teoksessa Granfelt, Riitta & Jokiranta, Harri & Karvinen, Synnöve & Matthies, Aila-Leena & Pohjola, Anneli: Monisärmäinen sosiaalityö. Sosiaaliturvan Keskusliitto. Helsinki, 175-227.
- Granfelt, Riitta 1998: Kertomuksia naisten kodittomuudesta. Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran Toimituksia 702. Helsinki.
- Granfelt, Riitta 2004: Hetkeksi jaetut maailmat? Kokemuksia vankilasta ja tuetun asumisen yhteisöstä. Janus. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti 12 (2), 134-154.
- Haatanen, Pekka 1992: Suomalaisen hyvinvointivaltion kehitys. Teoksessa Riihinen, Olavi (toim.): Sosiaalipolitiikka 2017. Näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen. WSOY. Juva, 31-67.
- Hamilton, Gordon 1940: Theory and Practice of Social Case Work. Columbia University Press. New York.
- Harris, John 2005: Modernisoidut sosiaalipalvelut Isossa-Britanniassa. Sosiaalityö liikeyrityksessä nimeltä McKunta. Janus. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti 13 (2), 154-171.

Hatch, J. Amos & Wisniewski, Richard 1995: Life History and narrative: Questions, Issues and Exemplary works. Teoksessa Hatch, J. Amos & Wisniewski, Richard (toim.): Life History and Narrative. Falmer Press. London, 113-135.

Heikkilä, Matti & Kaakinen, Juhani & Korpelainen, Niina 2003: Kansallinen sosiaalialan kehittämisprojekti. Selvityshenkilöiden loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:11. Helsinki.

Heikkinen, Hannu L. T. 2000: Tarinan mahti. Narratiivisuuden teemoja ja muunnelmia. Tiedepolitiikka 25 (4), 47-58.

Heikkinen, Hannu L. T. 2001: Narratiivinen tutkimustodellisuus kertomuksena. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.): Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS-kustannus. Jyväskylä, 116-132.

Heinonen, Jari 1990: Pienviljelijäprojektista sosiaalivaltioon. Acta Universitatis Tamperensis ser A vol 302. Tampereen yliopisto. Tampere.

Hennum, Anne-Marie 1958: Sosiaalityöntekijän osuus alkoholipotilaan hoidossa. A-klinikkasäätiön julkaisuja N:o 1. Sisälähetysseuran Raamattutalon kirjapaino. Pieksämäki.

Hessle, Sven 1985: Riktlinjer för psykosocialt arbete. AWE/Gebbers. Göteborg.

Holopainen, Antti & Annala, Tuula 1995: Päihdeongelmia terveystieteistä. Raportti Kettutien A-poliklinikan toiminnasta 2.5.1990-30.4.1993. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 17. Helsinki.

Howe, David 1994: Modernity, Postmodernity and Social Work. British Journal of Social Work 24 (5), 513-532.

Huttunen, Reino 1960: Helsingin A-klinikan kehitys vuosina 1954 - 1959. Teoksessa Ihminen ja alkoholi. Martti Kailan täyttäessä 60 vuotta. Väkihuomakysymyksen Tutkimussäätiön julkaisuja n:o 10. Helsinki, 45-52.

Huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa kehittäneen työryhmän muistio 2001: Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 2001:8. Helsinki

Huumepoliittinen ohjelma: Päihdehuollon valtakunnallinen yhteistyöryhmä Päivyt 10.3.2002. <http://www.kalliola.fi/huupo.pdf>. 11.10.2002.

Huumausainestrategia 1997: Huumausainepoliittisen toimikunnan mietintö. Komiteamietintö 1997:10. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Huumeriippuvuuden hoito Suomessa 1999: Konsensuskokous 1.-3.11.1999. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia. Vammala, 1-24.

Hänninen, Jorma 1990: Suomalaisen sosiaalityökeskustelu tulkintojen tuotoksena ja kohteena. Jyväskylän yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitoksen tutkimuksia 6 A. Jyväskylä.

Hänninen, Vilma 1999: Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Acta Universitatis Tamperensis 696. Tampereen yliopisto. Tampere.

Hänninen, Vilma 1996: Tarinallisuus ja terveystutkimus. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 33, 109-118

Härkölä, Sirpa 1992: Casework-traditio. Amerikkalainen sosiaalityön menetelmä Suomessa. Helsingin yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Tutkimuksia n:o 2/1992. Yliopistopaino. Helsinki.

Immonen, Erkki J. & Murto, Lasse & Pajunen, Sisko & Österberg, Ingaliill 1980: A-klinikkasäätiö 1955 – 1980. Lehtikanta Oy. Kouvola.

Jaakkola, Jouko & Pulma, Panu & Satka, Mirja & Urponen, Kyösti 1994: Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisen sosiaalisen turvan historia. Sosiaaliturvan Keskusliitto. Helsinki.

Jaatinen, Jaana 1996: Terapeuttinen keskustelutodellisuus. Diskurssianalyttinen tutkimus alkoholiongelmien hoidosta. Stakes. Tutkimuksia 72. Gummerus. Jyväskylä.

Johns, Andrew 1990: What is Dependence? Teoksessa Ghodse, Hamid & Maxwell, Douglas (toim.): Substance Abuse and Dependence. An introduction for the caring professions. Macmillan. Basingstoke, 5-29.

Julkunen, Raija 2001: Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Vastapaino. Tampere.

Karisto, Antti & Takala, Pentti & Haapola, Ilkka 2003: Matkalla nykyaikaan. Elintason, elämäntavan ja sosiaalipolitiikan muutos Suomessa. WSOY. Juva.

Karvinen, Synnöve 1996: Sosiaalityön ammatillisuus modernista professionaalisuudesta reflektiiviseen asiantuntijuuteen. Kuopion yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 34. Kuopion yliopiston painatuskeskus. Kuopio.

Karvonen, Pentti 2001: Matala hoitokynnys ja haittojen minimointi. Yhteiskuntapolitiikka 66 (5), 489-495.

Kaukonen, Olavi & Mäki, Jukka 1996: Rakennemuutos vai sopeutus? Päihdepalvelut 1990-luvun alkuvuosina. Teoksessa Viialainen, Riitta & Lehto, Juhani (toim.): Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 192. Gummerus. Jyväskylä, 101-121.

Kaukonen, Olavi 2005: Torjunta vai poisto? Päihdepalvelujen kehitys laman jälkeen. Yhteiskuntapolitiikka 70 (3), 311-322.

Kaukonen, Olavi 2000: Päihdepalvelut jakaantuneessa hyvinvointivaltiossa. Stakes. Tutkimuksia 107. Saarijärvi.

Kaukonen, Olavi 2002: Päihdepalvelupolitiikka ja hyvinvointivaltion muutos. Teoksessa Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka (toim.): Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Gaudeamus. Helsinki, 137-166.

Kautto, Mikko & Fritzell, Johan & Hvinden, Bjørn & Kvist, Jon & Uusitalo, Hannu 2001 (eds.): Nordic Welfare States in the European Context. Routledge. London.

Kemppinen, Juha 2003: Huumepotilaan lääkkeetön hoito – päihteiden käytön lopettaminen ja päihdelogiikan murtaminen. Suomen Lääkärilehti 58 (35), 3463-3465.

Kiireelliset toimenpiteet sosiaalityön vahvistamiseksi 2003. Sosiaalityön neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:10. Helsinki.

Knuuttila, Vesa & Saarnio, Pekka & Siekkinen, Kari 2003: Huumeriippuvuuden lääkehoidosta ei saisi tehdä ainoaa vaihtoehtoa. Tiimi 2, 12-13.

Konkka, Jyrki 2002: Päihdeongelma. Tutkimuksen ongelmat ja inhimillinen ymmärrys. Tiimi 1, 24-26.

Koskiluoma, Kristiina 2002: Sosiaalityön näkijät ja tekijät. Talentia 7, 24-26.

Kosonen, Pekka 1987: Hyvinvointivaltion haasteet ja pohjoismaiset mallit. Vastapaino. Tampere.

Kuusi, Pekka 1965: Kolme kysymystä tohtori Pekka Kuuselle. Tiimi 3, 14-15.

Laine, Timo 2001: Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.): Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS-kustannus. Jyväskylä, 26-43.

Laki päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huollosta 10.2.1961/96.

- Lehto, Juhani 1991: Juoppojen professionaalinen auttaminen. Tutkimus lääkärien, sosiaalityöntekijöiden ja poliisien juoppouteen kohdistamasta työstä ja siihen kohdistuvien professionaalisuusodotusten vaikutuksesta. Sosiaali- ja terveyshallitus. Tutkimuksia 1. Helsinki.
- Lieblich, Amia & Tuval-Mashiach, Rivka & Zilber, Tamar 1998: Narrative Research: Reading, Analysis, and Interpretation. Sage Publications. London.
- Lindén, Mirja 1999: Terveysthuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Raportteja 234. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi.
- Lindqvist, Tuija 1986: Sosiaali- ja terveydenhuollon rajankäynnistä ja medikalisaatiosta. Teoksessa Karisto, Antti & Purola, Tapani (toim.): Sosiaalityön kehittäminen – taustoja, reunaehtoja, näkökulmia. Helsingin yliopisto. Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Oppimateriaaleja 1. Yliopistopaino. Helsinki, 69-80.
- Marshall, Catherine & Rossman, Gretchen B 1999: Designing Qualitative Research. Sage. Thousand Oaks.
- Metteri, Anna 1996: Arjen tieto ja sosiaalityö terveydenhuollon moniammatillisessa työryhmässä – tietojen yhteensovitus. Teoksessa Metteri, Anna (toim.): Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Oy Edita Ab. Helsinki, 143-157.
- Moilanen, Pentti & Räihä, Pekka 2001: Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa Aaltonen, Juhani & Valli, Raine (toim.): Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS-kustannus. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, 44-67.
- Murto, Lasse 2005: Käytäntörelevanssi: haasteita sosiaalityön koulutukselle ja tutkimukselle. Janus. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti 13 (3), 316-328.
- Murto, Lasse 2004: Sosiaalityö vastuullisen hyvinvointipolitiikan välineenä. Teoksessa Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä –artikkelikokoelma. Sosiaali- ja terveysministeriö. Monisteita 2004:15. Helsinki, 44-55.
- Murto, Lasse 2002: Päihdehuollon suomalainen malli kansainvälistyvissä ympäristöissä. Teoksessa Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka (toim.): Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Gaudeamus. Helsinki, 167-192.
- Murto, Lasse & Suhonen, Heikki 1985: Päihdehuollon yhteiskunnallisesta paikasta. Alkoholipolitiikka 6, 312-317.

Mutka, Ulla 1998: Sosiaalityön neljäs käänne. Asiantuntijuuden mahdollisuudet vahvan hyvinvointivaltion jälkeen. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. SoPhi. Paino Kopijyvä Oy. Jyväskylä.

Mäki, Helmi 1984: Psykoterapian ja henkilökohtaisen huollon kohtauspaikalta. Teoksessa Aalto, Eva & Mäki, Jukka & Nissinen, Jussi & Österberg, Ingalill (toim.): Kohtauspaikkana A-klinikka. Juhlakirja 30-vuotiaalle Helsingin A-klinikalle. A-klinikkasäätiön julkaisu n:o 8. Jyväskylä, 154-160.

Mäki, Helmi 1988: Karavaani kulkee ja koirat haukkuu. Sosiaalityön metodikiista Suomessa 1950-1960. Teoksessa Siren, Pirkko (toim.): Pitkäsillan pohjoispuolelta. Periaatteista eri aatteisiin. Sosiaalihalitus 20 v. juhlakirja. Painokaari. Helsinki, 73-81.

Mäki, Helmi 1996: Ovenrakopuhe. Kolme kirjoitusta A-klinikkasäätiön alkuajoista. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 18. Helsinki.

Mäki, Jukka 1984: Helsingin A-klinikan juuria. Eero Tuominen haastateltavana. Teoksessa Aalto, Eva & Mäki, Jukka & Nissinen, Jussi & Österberg, Ingalill (toim.): Kohtauspaikkana A-klinikka. Juhlakirja 30-vuotiaalle Helsingin A-klinikalle. A-klinikkasäätiön julkaisu n:o 8. Jyväskylä, 245-249.

Niemi, Veikko 1997: Miten sosiaalityöntekijöiden koulutus Suomessa alkoi. Teoksessa Saarenmaa, Pekka (toim.): ”Valitse sosiaalihuolto elämäntehtäväksesi”. Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan laitoksen julkaisu C-sarja 9/1997. Sosiaalihuoltajat ry. Helsinki, 5-28.

Nissinen, Jussi 1984: Uutta työmuotoa istuttamassa. Marjatta Eskola haastateltavana. Teoksessa Aalto, Eva & Mäki, Jukka & Nissinen, Jussi & Österberg, Ingalill (toim.): Kohtauspaikkana A-klinikka. Juhlakirja 30-vuotiaalle Helsingin A-klinikalle. A-klinikkasäätiön julkaisu n:o 8. Jyväskylä, 256-264.

Nordman, Roger 1990: Syrjäyttävät mekanismit ja niiden lieventäminen A-klinikalla ja päiväkeskuksessa. Teoksessa 80-luvun A-klinikkatyö. Kesäseminaari 1989. A-klinikkatyön vaikuttavuus. Talviseminaari 1990. A-klinikkain Tuki ry:n julkaisuja VI.

Nuorvala, Yrjö 1997: Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut huumausaineiden käyttäjien silmin. Stakes. Aiheita-monistesarja 26/1999. Helsinki.
Opioidiriippuvaisten lääkkeellisiä hoitoja kehittäneen työryhmän muistio 2001. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Työryhmämuistioita 2001:21. Helsinki.

Partanen, Juha & Metso, Leena 1999: Suomen toinen huumeaalto. Yhteiskuntapolitiikka 64(2), 143-149.

Payne, Malcolm 1996: Modern Social Work Theory: A critical introduction. Macmillan. London.

- Peltonen, Matti 2002: Remua ja ryhtiä. Alkoholiolot ja tapakasvatus 1950-luvun Suomessa. Gaudeamus Kirja. Yliopistokustannus University Press Finland. Helsinki. Tammer-Paino. Tampere.
- Pienimäki, Anneli 2002: Alkoholi- ja huumeongelman psykososiaalinen hoito on samanlaista. *Sosiaaliturva* 12, 6-7.
- Pierson, Christopher 1991: *Beyond the Welfare State? The New Political Economy of Welfare*. Polity Press. Cambridge.
- Piirainen, Veikko 1954: *Johdatus sosiaalihuoltoon. Sosiaalihuoltajat*. Helsinki.
- Piirainen, Veikko 1974: *Vaivaishoidosta sosiaaliturvaan. Sosiaalihuollon ja sen työntekijäjärjestöjen historiaa Suomen itsenäisyyden ajalta*. Arvi A. Karisto Osakeyhtiön kirjapaino. Hämeenlinna.
- Pirkola, Sami & Wahlbeck, Kristian 2004: Huumausaineisiin liittyvien ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden takia toteutuneet sairaalahoidot 1987-2002. *Suomen Lääkärilehti* 59 (15-16), 1673-1677.
- Pohjola, Anneli 1998: *Sosiaalityön yliopistollisen koulutuksen kehittäminen*. Opetusministeriö. *Koulutus- ja tiedepolitiikan osaston julkaisuja* 52/1998. Helsinki.
- Pohjola, Anneli 2001: *Sosiaalityön käsitteen haltuunottamisen haaste*. Teoksessa Kallinen-Kräkin, Salme (toim.): *Sosiaalityö näkyväksi. Sosiaalityön luokitusseminaarin julkaisu*. Aiheita 3. Stakes. Helsinki, 9-14.
- Polkinghorne, Donald E. 1988: *Narrative knowing and the human sciences*. State University of New York Press. New York.
- Purola, Tapani 1986: *Sosiaalityön sisällöllisen kehittämisen taustasta ja keinoista*. Teoksessa Karisto, Antti & Purola, Tapani (toim.): *Sosiaalityön kehittäminen –taustoja, reunaehtoja, näkökulmia*. Helsingin yliopisto. Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. *Oppimateriaaleja* 1. Yliopistopaino. Helsinki, 7-19.
- Päihdeasiainneuvottelukunnan mietintö 1978. Ehdotus päihdeongelmaisten huollon kehittämisestä. *Komiteamietintö* 1978:40. Helsinki.
- Päihdehuoltoasetus 29.8.1986/653.
- Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.
- Päihdepalvelujen laatusuosituksen 2002: *Sosiaali- ja terveysministeriö*. Suomen kunta-liitto. *Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita* 2002:3. Helsinki.

Päihdetilastollinen vuosikirja 2004. Alkoholi ja huumeet. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi.

Pösö, Tarja 1997: Lastensuojelu – uudet teemat, vanhat kysymykset. Teoksessa Vii-alainen, Riitta & Maaniittu, Maisa (toim.): ”Tehdä itsensä tarpeettomaksi?”. Sosiaalityö 1990-luvulla. Stakes. Sosiaali- ja terveysministeriö. Raportteja 213. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, 145-159.

Rinteelä, Urho 1965: Näin se alkoi. Tiimi 3, 20–21.

Raunio, Kyösti 1993: Yhteiskunta, sosiaalipolitiikka ja sosiaalityö. Turun yliopiston julkaisuja sarja C osa 93. Turun yliopisto. Painotalo Gillot Oy. Turku.

Ronby, Alf 1986: Sosiaalityön perustelut. Otava. Helsinki.

Ruisniemi, Arja 2003: Sosiaalinen kuntoutus päihdetyössä kannattaa. Tiimi 2, 8-11.

Saarnio, Pekka 2001: Mitkä tekijät vaikuttavat terapiasuhteen keskeyttämiseen avopäihdehoidossa? Yhteiskuntapolitiikka 66 (3), 224-232.

Saarto, Ari 1987: Mitä on sosiaaliterapia? Teoksessa A-klinikkain Tuki ry:n julkaisuja II. Kesäseminaari 1987, 25-36.

Saarto, Ari 1988: Sosiaalityöpainotteisen päihdehuollon perustelut. Teoksessa A-klinikkatyön subjekti. Kesäseminaariaineisto 1988. A-klinikkain Tuki ry:n julkaisuja IV.

Salaspuro, Mikko 2002: Opiattiriippuvuuden näyttöön perustuva hoito ja lääkärin etiikka. Suomen Lääkärilehti 57 (51-52), 5183-5189.

Salasuo, Mikko & Rantala, Kati 2002: Huumeiden viihdekäyttö ajankuvana. Teoksessa Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka (toim.): Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Gaudeamus. Helsinki, 38-67.

Sandell, Göran 1985: Psykosocialt förändringsarbete. Liber Tryck. Stockholm.

Satka, Mirja 1994: Sosiaalinen työ peräänkatsojamiehestä hoivayrittäjäksi. Teoksessa Jaakkola, Jouko & Pulma, Panu & Satka, Mirja & Urponen, Kyösti: Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisen sosiaalisen turvan historia. Sosiaaliturvan Keskusliitto. Helsinki, 261-339.

Satka, Mirja 1995: Making Social Citizenship. Conceptual practices from the Finnish Poor Law to professional social work. Publications of Social and Political Sciences and Philosophy. University of Jyväskylä. Jyväskylä.

Satka, Mirja 1997: Sosiaalityö ajassa – ydinkysymysten äärellä. Teoksessa Viialainen, Riitta & Maaniittu, Maisa (toim.): ”Tehdä itsensä tarpeettomaksi?”. Sosiaalityö 1990-luvulla. Stakes. Sosiaali- ja terveysministeriö. Raportteja 213. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, 27-38.

Siipi, Jouko 1967: Ryysyrannasta hyvinvointivaltioon. Tammi. Helsinki.

Siltanen, Anja-Riitta 1990: Rangaistuksesta kuntoutukseen, eristyksestä perheterapiaan. Valtion huoltoloitten ja koulukotien kehityslinjoja. Sosiaalihuollon julkaisuja 21/1990. Valtion painatuskeskus.

Sipilä, Jorma 1985: Sosiaalipolitiikan tulevaisuus. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Sipilä, Jorma 1989: Sosiaalityön jäljillä. Tammi. Helsinki.

Sosiaalihuollon erityisosaamisen turvaaminen 1997. Sosiaalihuollon erityisosaamista selvittäneen työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1997:4. Helsinki.

Sosiaalialan kehittämishanke. Toimeenpanosuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriö. Monisteita 2003:20. Helsinki.

SOSNET 2003. Valtakunnallinen sosiaalityön yliopistoverkoston sosiaalityön määrittely.

Sotarauta, Markku 1996: Kohti epäselvyyden hallintaa. Pehmeä strategia 2000-luvun alun suunnittelun lähtökohtana. Acta Futura Fennica No 6. Tulevaisuuden tutkimuksen seura. Jyväskylä.

Stjernö, Steiner 1986: Organisaatioteoreettisia näköaloja. Teoksessa Stjernö, Steiner (toim.): Sosiaalipolitiikka, ohjaus, sosiaalityö. Tampereen yliopisto. Helsinki, 75-148.

Suhonen, Heikki & Murto, Lasse 2002: Menetetetyt hetket ja avautuvat mahdollisuudet. Tutkimus asiakassuhteen muotoutumisesta päihdehuollon erityispalveluissa. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 40. Helsinki.

Suikkanen, Asko & Jokinen, Jari 1993: Tupla tai kuitti? Tutkimus kuntoutuksesta ja selviytymisestä. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja B 16. Rovaniemi.

Syrjälä, Leena 2001: Elämäkerrat ja tarinat tutkimuksessa. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.): Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. PS-kustannus. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, 203-217.

- Särkelä, Antti 2001: Välittäminen ammattina. Näkökulmia sosiaaliseen auttamistyöhön. Vastapaino. Tampere.
- Takala, Jukka-Pekka 1986: Ideas and organizations: notes on the Finnish Alcoholics Act of 1936. *Contemporary Drug Problems* 13 (3) 527-554.
- Takala, Jukka-Pekka & Lehto, Juhani 1988: Suomen alkoholihoiton kehitys ja ei-mediisininen kehitys ja malli. *Sosiaalipoliittikka. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen vuosikirja*, 105-125.
- Taskinen, Mailis & Mäkelä, Rauno (toim.) 1995: Päihdetyötä terveydeksi. Päihteet ja terveys –projektin loppuraportti. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 16. Helsinki.
- Toikko, Timo 2001: Sosiaalityön amerikkalainen oppi. Yhdysvaltalaisen caseworkin kehitys ja sen yhteys suomalaiseen tapauskohtaiseen sosiaalityöhön. Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja A. Tutkimuksia 1. Seinäjoki.
- Toivola, Osmo 1943: Alkoholisti- ja irtolaishuolto. Lainsäädäntö ja käytännöllinen huoltotyö. Uuden Auran Osakeyhtiö. Turku.
- Tuhkanen, Anja-Maija 1996: Henkilökohtainen huolto. *Tiimi* 3, 5.
- Tuomainen, Raimo & Myllykangas, Markku & Elo, Jyrki & Ryyänen, Olli-Pekka 1999: *Medikalisaatio – aikamme sairaus*. Vastapaino. Tampere.
- Urponen, Kyösti 1994: Huoltoyhteiskunnasta hyvinvointivaltioon. Teoksessa Jaakkola, Jouko & Pulma, Panu & Satka, Mirja & Urponen, Kyösti: *Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisten sosiaalisen turvan historia. Sosiaaliturvan Keskusliitto*. Helsinki, 163-260.
- Vaillant, George E. 1995: *The Natural History of Alcoholism Revisited*. Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts. London.
- Vuokila-Oikkonen, Päivi & Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja 2003: Kertomukset hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa: narratiivinen lähestymistapa. Teoksessa Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja (toim.): *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. 2., uudistettu painos. WSOY. Juva, 81-115.
- Vuorikoski, Marjo 1999: *Sosiaalityön professionalistuminen ja koulutus*. Acta Universitatis Tamperensis 687. Tampereen yliopisto, kasvatustieteiden laitos. Tampere.
- Väärälä, Suvi 1997: *A-klinikan organisoituminen ja sosiaalityö Suomessa 1950-luvulla*. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Pro gradu – tutkielma. <http://selene.lib.jyu.fi:8080/gradu/h/547.pdf>. 6.4.2004.

Warsell, Leena 2003: Kuntien paneuduttava tosissaan ehkäisevään päihdetyöhön. Dialogi 6, 14-15.

Wredlund, Kaj-Mikael & Partanen, Airi & Palojärvi, Elina & Vertio, Harri 2003: Päihdebarometri 2003. Ajankohtaiskatsaus kuntien ja järjestöjen päihdetilanteeseen. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu –sarja 8/2003. Trio-Offset. Helsinki.