

Päihdesosiaalityö

Vaivaishoidosta nykyaikaan

Tero Härkönen

Pro gradu -tutkielma

Sosiaalityö

Kevät 2017

Lapin Yliopisto

Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Työn nimi: Päihdesosiaalityö. Vaivaishoidosta nykyaikaan

Tekijä: Tero Härkönen

Koulutusohjelma/oppiaine: Sosiaalityö

Työn laji: Pro gradu -työ X Sivulaudaturtyö__ Licensiaatintyö__

Sivumäärä: 79

Vuosi: 2017

Tiivistelmä: Tutkielmassa tarkastellaan päihteiden väärinkäyttäjien huoltoa ja sosiaalityön kehittymistä 1800-luvun loppupuolelta 2010-luvulle. Työssä käydään läpi päihdesosiaalityön kehittymistä, muuttunutta päihdehuoltolainsäädäntöä, päihdetyön medikalisoitumista sekä päihdetyön tulevaisuuden näkymiä. Työssä tarkastellaan myös sosiaalipalvelujen yksityistämisen ja sosiaali- ja terveystoimen keskittämisen vaikutuksia päihdetyöhön. Aiheen tutkiminen on erityisen ajankohtaista päihdehuoltoon vaikuttavien suurten muutosten johdosta.

Tutkielma toteutettiin historiallisena kirjallisuuskatsauksena narratiivista sosiaalihistoriallista tutkimusotetta hyödyntäen. Kirjallisuuden analysointi toteutettiin sisällönanalyysinä. Työhön liittyy myös aatehistoriallinen näkökulma.

Päihdehuolto ja päihdesosiaalityö on kehittynyt ja muotoutunut yhteiskunnallisten ja sosiaalipoliittisten muutosten mukana vaivaishoidollisesta, kurinpitoon ja kontrolliin perustuvasta järjestelmästä nykyiseen avohuoltoon ja valinnanvapautta korostavaan järjestelmään.

Päihdehuoltoa koskeva lainsäädäntö on noudatellut kunkin ajan henkeä ja muuttunut kunkin ajan mukaiseksi. Käännekohtana kohti suvaitsevaisempaa säädäntöä oli 1960-luvun lopulla herännyt yhteiskunnallinen kritiikki vallitsevia käytäntöjä kohtaan. Tämä oli pohjana suurelle sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamiselle, joka toi mukanaan vapaamman päihdehuoltolain.

Sosiaalialan koulutus loi pohjan ammattimaiselle sosiaalityön järjestelmälle Suomessa. Uudenlaiset Yhdysvalloista tuodut sosiaalityön menetelmät mullistivat päihdesosiaalityön käytäntöjä. Näitä casework menetelmiä sovellettiin ensin A-klinikoilla, josta ne levisivät pitkän ajan saatossa muille sosiaalityön sektoreille.

Päihdehuoltojärjestelmä koki suuria muutoksia 1990-luvun laman ja muuttuneen päihdekäyttökulttuurin myötä. Tämä aiheutti lääketieteen tulon päihdehuoltojärjestelmään. Lisääntynyt medikalisaatio asetti haasteita päihdehuollolle, sosiaalinen aspekti oli vaarassa jäädä paitsioon. Medikalisaatio voi olla myös mahdollisuus. Lääketiede ja sosiaalitiede voivat yhdessä, moniammatillisella otteella toimien luoda uudenlaisia, kokonaisvaltaisia toimintatapoja päihdetyöhön.

Viime vuosikymmenen aikana yleistyneet päihdepalvelujen keskittämiset ja yksityistämiset ovat siirtäneet päihdehuollon miltei kokonaan terveydenhuollon- ja muiden sosiaalipalvelujen kontolle. Muutokset jatkuvat ja pakottavat kehittämään uudenlaisia päihdesosiaalityön malleja. Väistämättömän edessä tilanteeseen on sopeuduttava ja otettava se mahdollisuutena kehittää yhä parempia päihdepalveluja.

Avainsanat: sosiaalityö, sosiaalihistoria, päihdehuolto, medikalisaatio, keskittäminen

Muita tietoja:

Suostun tutkielman luovuttamiseen kirjastossa käytettäväksi X

Suostun tutkielman luovuttamiseen Lapin maakuntakirjastossa käytettäväksi X

(vain Lappia koskevat)

Sisällys

1 Johdanto	1
2 Tutkielman toteuttaminen	4
2.1 Teoreettiset lähtökohdat	4
2.2 Tutkimuskysymykset	8
2.3 Aineisto ja analyysi	9
2.4 Sosiaalishistoriallinen tutkimusote	13
3 Lainsäädännön kehittyminen	17
3.1 Vaivashoidon aika	17
3.2 Huoltolainsäädäntö	20
3.3 Vapaaehtoisuuteen perustuva säädäntö	22
4 Sosiaalityöntekijöiden koulutus ja muotoutuva päihdetyö	25
4.1 Vapaaehtoisuuteen perustuva auttaminen	25
4.2 Sosiaalihuollon koulutuksen aloittaminen	26
4.3 Päihdehuollon muotoutuva sosiaalityö	31
5. Tarve uudenaikaisille päihdepalveluille	36
5.1 Kritiikki vallitsevaa järjestelmää kohtaan	36
5.2 Yhteiskunnallinen muutos uudenaikaisien päihdepalvelujen vauhdittajana	38
6 Medikalisaatio päihdehuollossa	41
6.1 Sairausdiskurssi lääketieteellistymisen edistäjänä	41
6.2 Medikalisaation tulo päihdehuoltoon	43
6.3 Medikalisaatio uhkana päihdehuollolle	46
6.4 Sosiaali- ja terveystoimen yhteistyöllä eteenpäin (moniammatillisuus päihdetyössä)	50
6.5 Sosiaalityöntekijät osana moniammatillista tiimiä	53
7 Päihdehuollon uusi aikakausi	56
7.1 Tehokkuus ja keskittäminen uhkana päihdehuollolle	56
7.2 Uudenlainen päihdetyö	59
8 Yhteenveto	63
9 Johtopäätökset ja pohdinta	69
Lähteet	74

1 Johdanto

Päihdehuoltojärjestelmä ja päihdesosiaalityö on hakenut muotoaan yli 100 vuoden ajan. Tutkielmani tarkastelee ajan saatossa muotoutunutta päihteiden väärinkäyttäjille tarkoitettua huoltojärjestelmää sekä sosiaalityön ja päihdesosiaalityön kehittymistä. Tarkastelen myös sitä, millaista päihdesosiaalityö voisi tulevaisuudessa olla. Näiden seikkojen selvittämiseksi on tärkeää tarkastella eri aihe-alueita.

Lainsäädäntö luo puitteet sille, millaista sosiaalihuolto, sosiaalityö sekä päihdehuolto voivat käytännössä olla. Vuosikymmenten saatossa muuttunut lainsäädäntö on muotoutunut rankaisemiseen perustuvan säädännön sijasta vapaaehtoisuutta ja valinnan vapautta korostavaan suvaitsevaisemman säädännön suuntaan. (Härkönen 2012, 23, 83.) Kyseessä on mielenkiintoinen, yleisemmälläkin tasolla yhteiskunnallista muutosta kuvaava prosessi.

Sosiaalityön kehittyminen sijoittuu 1800-luvun loppupuolelle. Silloinen työ oli sosiaalista työtä, ei sosiaalityötä. Vaikka sosiaalista työtä ei Timo Toikon (2005, 14–15) mukaan voida luokitella sosiaalityöksi, on sosiaalisen työn käsitteen muotoutuminen nykyisen kaltaiselle sosiaalityölle tärkeä seikka. Sosiaalityöllä on useita eri määritelmiä. Sosiaalityöksi voidaan toisaalta laskea miltei kaikki sosiaalisen tuen ja auttamisen muodot. Sosiaalityö oli aluksi vapaaehtoisten, yleensä naisten, vastuulla. Palkan maksaminen näille sosiaalialan työntekijöille yleistyi hitaasti. (Toikko 2005, 14–15; Satka 1994, 267–271.)

Vaikka diakonissakoulutusta oli olemassa jo 1800-luvulta lähtien, alkoi varsinainen sosiaalialan työntekijöiden koulutus haasteelliseen aikaan, keskellä jatkosotaa (Satka 1994, 267–271; Louhelainen 1997, 63–64.) Tällä sosiaali-alan alkavalla koulutuksella olikin suuri merkitys koko sosiaalialalle. Nykyisenkaltaisen päihdesosiaalityön alkujuuret pohjautuvat suureksi osaksi A-klinikoiden toimintamalleihin. Keskeisenä tekijänä tässä oli Yhdysvaltalainen casework -toimintatapa, joka osaltaan mullisti sosiaalityön metodit. (Immonen 1979, 132.) Päihdehuollon laitosten konkreettiset hoitomuodot olivat alkuvuosikymmeninä kuriin ja järjestykseen perustuvia. Pikkuhiljaa laitosten

hoitomuodot alkoivat kehittyä kuitenkin kohti hoidollisia menetelmiä. Hoitolaitosten johtajina oli usein sosiaalityön ammattilaisia. (Siltanen 1990, 24–29.)

Eri aikoina vallitsevat yhteiskunnalliset keskustelut ja erilaiset liikkeet voivat vaikuttaa muutoksiin yhteiskunnassa. Näin kävi myös Suomessa, jossa yhteiskunnallinen keskustelu ja kritiikki vallitsevia epäkohtia kohtaan toimi muutosten laukaisijana. Suomessa 1960-luvun lopun pakkoauttajakeskustelu johti sosiaalihuollon suhteen suureen muutokseen, jolla oli omat merkittävät vaikutuksensa päihdetyöhön. (Tuori 2016, 118.)

Päihdehuollon medikalisoituminen, eli lääketieteen tulo päihdehuoltojärjestelmään, on vaikuttanut päihdehuoltoon oikeastaan viimeisten kolmen vuosikymmenen ajan. Alkuna medikalisoituminen sai sairausdiskurssista, eli siitä, että liiallinen alkoholinkäyttö käsitettiin sairautena. (Lehto 1991, 185–186.) Lääketieteen tulolla päihdehuoltojärjestelmään on suuret vaikutukset. Pahimmillaan se voi olla uhka päihdehuollolle. Se voidaan käsittää myös uudenlaisena mahdollisuutena, jonka avulla voidaan luoda uudenlaisia toimintatapoja päihdehoitoon. (Laitila-Ukkola 2005, 62; Takala & Lehto 1988, 114–115.) Kysymys on varsin moniselitteisestä ilmiöstä. Varmaa on vain se, että kyseinen asia on muuttanut ja tulee mahdollisesti muuttamaan päihdehuoltoa ja erityisesti päihdesosiaalityötä radikaalisti.

Parhaillaan elämme murroskautta, jossa taloudellisen tehokkuuden ja tuottavuuden tavoittelu ovat saaneet useat kunnat keskittämään päihdehuoltoaan. Toimintojen tehostaminen ei ole asiakkaiden, eikä sosiaalityön kannalta välttämättä hyvä asia. Erilaiset säätiöt ja sosiaali- ja terveystoimen kuntayhtymät ovat muokanneet päihdehuollon ja päihdesosiaalityön kenttää dramaattisella tavalla. (Leinonen 2008, 24; Partanen & Kuussaari 2007, 75.) Tällä on ollut dramaattiset vaikutukset nimenomaan päihdesosiaalityöhön, jonka tulevaisuus on radikaalisti muuttumassa.

Inspiraation työhöni olen saanut eletystä elämästä. Päihdeongelmaiset asiakkaat ovat osa sosiaalityötä ja heitä kohtaa eri sosiaalityön aloilla. Tällaisia ihmisiä kohdatessani olen usein miettinyt, miten kokonaisvaltaisesta sairaudesta ja ongelmasta on kysymys. Päihdeongelma vaikuttaa ihmiseen ja ihmisen lähipiiriin kokonaisvaltaisesti. Kyse ei ole

ongelmasta, joka voidaan hoitaa kuntoon yksinkertaisin keinoin, esimerkiksi pelkällä lääkityksellä. Tämän takia päihdeongelmien hoitamisessa tarvitaan ammattitaitoa sekä eri sektoreiden tiivistä yhteistyötä.

Työlläni pyrin siis muodostamaan kuvan Suomalaisen päihdehuollon ja päihdesosiaalityön kehittymisestä. Näitä teemoja on tutkittava yhdessä, koska ne liittyvät toisiinsa tiiviisti. Pääpaino työlläni on kuitenkin sen kuvaamisessa, miten päihdesosiaalityö on muototunut ja miten se tulee mahdollisesti muototutumaan tutkitulla ajanjaksolla. Tutkimusaihe on erityisen ajankohtainen sosiaali- ja terveystoimessa tapahtuvien suurten muutosten vuoksi.

2 Tutkielman toteuttaminen

2.1 Teoreettiset lähtökohdat

Työni aiheen kannalta on tärkeää tarkastella hieman Suomen historian sosiaalipoliittisia ja yhteiskunnallisia kehityslinjoja, jotka loivat raamit päihdehuollon muotoutumiselle Suomessa. Sosiaalialan työn muotoutuminen ja koulutus loivat pohjan myös päihdesosiaalityölle. Terveystieteellisten toimintatapojen saapuminen päihdetyöhön muutti päihdetyön kenttää. Nykyajalle tyypilliset tehokkuuden, taloudellisten mittareiden ja palveluiden keskittämiseen liittyvät työtavat pakottavat kehittämään myös uudenlaisia toimintatapoja sosiaalityöhön.

Keskustelu yhteiskunnallisista ongelmista ja köyhyydestä virisi kansalaisyhteiskunnan synnyn myötä. Sosiaalireformistinen ajattelu synnytti 1800-luvun lopulla uuden ajattelutavan yhteiskunnassa, joka korosti huono-osaisten aseman parantamista. Uudenlainen sosiaalipoliittinen ajattelu alkoi hajottaa vaivaistalojen perustamiseen ja työkykyisten köyhien rankaisemiseen perustunutta vaivaishoitoideologiaa 1910-luvulta alkaen. (Jaakkola 1994, 92.) Vaivaishoidon aikakausi muuttui näin köyhäinhoidon aikakaudeksi.

Tämä uudenlainen tapa ajatella siirtyi kuitenkin hitaasti käytäntöön. Sosiaalipolitiikka kehittyi nuorena valtiossa hitaasti. Kyösti Urposen (1994, 174) mukaan sosiaalipolitiikka itsenäisyyden ajan alkupuolella perustui vielä köyhäinhoidolliseen perinteeseen, jossa valtion rooli oli lähinnä ohjaava ja valvova. Vallalla oli huoltopainotteinen sosiaalipolitiikka, jossa taloudelliset kustannukset jakaantuivat kansalaisjärjestöjen, kuntien, työnantajien ja valtion kesken. Valtion roolina oli toimia yhtenä sosiaalipolitiikan suorittajana, jonka tärkein tavoite oli säästää sosiaalimenoista.

Suomalaista sosiaalipolitiikkaa maailmansotien välisellä ajalla leimasi yleisesti ottaen yksilöllinen, tarveperustainen sekä sosiaalisesti kontrolloiva ja leimaava kunnallinen köyhäinhoito. Ajan sosiaalipolitiikka painottui selkeästi huoltoon, mikä ilmenee valtion sosiaalimenoista, jotka vaihtelivat yhdestä kahteen prosenttiin valtion menoista. (Tuori 2016, 98, 106.) Päihdeongelmasta muodostui osa yhteiskunnan alkoholikysymystä vasta kieltolain purkamisen jälkeen 1930-luvulla. Tätä ennen päihdeongelman voidaan katsoa

olleen ennen muuta vaikeasti hallittava vitsaus, joka hoidettiin lähinnä kurinpidollisin menetelmin. (Urponen 1994, 195; Kaukonen 2002, 146–147.)

Suomalaisen ja monien muidenkin länsimaiden sosiaalipoliittinen käännekohta oli toisen maailmansodan jälkeen. Sota synnytti sosiaalisia erityisongelmia, kuten siirtoväen, sotaorvot ja sotalesket. Näihin ongelmiin oli puututtava eri keinoin. Sodanjälkeiset vuosikymmenet 1940- ja 1950-luku olivatkin uuden lainsäädännön, sosiaalisen työn ja -toiminnan laajenemisen vaihetta. (Tuori 2016, 107; Kananoja 2008, 44.)

Sosiaalipolitiikan tavoitteet ja periaatteet rupesivat uusiutumaan kunnolla 1960-luvun pakkoauttajat -keskustelun ja marraskuun liikkeen myötä, jotka arvostelivat sosiaalihuoltoa asiakkaiden oikeuksia polkevista auttamismenettelyistä ja pakkotoimien perusteettomasta käytöstä. Sosiaalihuollon nähtiin ilmentävän edelleen vaivaishoidolle tyypillisiä leimaavia, kontrolloivia, yksilön oikeusturvaa ja vapausoikeuksia rajoittavia menettelytapoja. (Tuori 2016, 109; Kananoja ym. 2008, 46.) Kyseiset järjestelyt osoittavatkin sen, miten marginaalista sosiaalipolitiikka tuolloin vielä oli (Tuori 2004, 75.)

Yhteiskunnallisen keskustelun vaikutus näkyikin vuonna 1971 luovutetussa sosiaalihuollon periaatekomitean mietinnössä, joka oli pohjana myöhemmin 1970- ja 1980-luvuilla toteutetuille sosiaalihuollon lainsäädännön uudistuksille (Tuori 2016, 109). Radikaali ilmapiiri, joka valitsi 1960-luvulla, vaikutti myös vapauttavasti ajan alkoholipolitiikkaan, minkä johdosta alkoholinkäyttö alkoi kasvaa. Tämä puolestaan aiheutti tarpeen uudenlaiselle päihdepolitiikalle ja päihdepalveluille. (Mäkelä 1977, 77–78; KM 1978:40, 28–30.)

Sosiaalipalvelut Suomessa kehittyivät 1980-luvulla merkittävästi, jonka seurauksena hyvinvointivaltio saavutti huippunsa. Sosiaalipolitiikassa olikin kuljettu pitkä taival 1800-luvun loppupuolen vaivaishoidosta 1980-luvun lopun institutionaaliseen hyvinvointivaltioon. Kuitenkin paikattavia aukkoja oli vielä palveluiden suhteen. Myöskin lainsäädäntö ja hallinnoiva organisaatio olivat kehittyneet kovin hankaliksi ja monimutkaisiksi. (Tuori 2016, 120–121.)

Suomalainen hyvinvointivaltio sai kolhuja 1990-luvun alkuvuosien laman seurauksena. Laman myötä julkisen talouden menoja supistettiin sosiaalimenojen leikkauksilla, jotka

toteutettiin sosiaaliturvan lainsäädännön muutoksilla. Tällä oli vaikutuksensa myös päihdehuoltoon. Kunnat rupesivat ulkoistamaan päihdepalvelunsa yhä suuremmissa määrin kolmannelle sektorille. (Tuori 2016, 122; Kaukonen 2005, 312–313.)

Sosiaalialan työn alkujuuret ajoittuvat 1800-luvun lopulle jolloin kunnissa oli köyhiä valvovia luottamushenkilöitä. Sittemmin 1900-luvun vaihteessa sivistyneistön piiriin levisi vaivaishoitoa humanisoivia aatteita ja niille rakennettuja vapaaehtoisen hyväntekeväisyyden käytäntöjä. Koulutettujen kansalaisryhmien piirissä sivistävä vapaaehtoistyö, joka sivistä köyhistä kunnan kansalaisia, sai suuren suosion. Köyhistä pyrittiin tekemään rehellisiä, säästäväisiä, raittiita ja ahkeria. (Satka 2007, 15.) Köyhänhoitoon alettiin kouluttaa ensimmäisen kerran huoltotoimen piirissä olevia virkamiehiä ja vapaaehtoistyöntekijöitä itsenäisyysajan alussa (Eskola 1981, 37).

Varsinaisesti sosiaalialan virallinen koulutus käynnistyi keskellä jatkosotaa. Ennen sotaa säädetty lainsäädäntö tarvitsi soveltajikseen ammatillisesti koulutettuja työntekijöitä. Sota-ajan sekasortoisessa tilanteessa sosiaalialan työntekijöille oli kysyntää. Myöskin sodan jälkeisen yhteiskunnan muutos herätti uusia sosiaalisia ongelmia, jotka nostattivat kysymyksiä sosiaalityön tietojen ja taitojen edellyttämästä koulutustasosta. Tämän johdosta koulutustasoa tarkasteltiin ja sosiaalityön koulutus tuli ylemmän korkeakoulututkinnon tasoiseksi. Tämä tapahtui kuitenkin konkreettisesti vasta 1980-luvulla, jolloin koulutus laajeni useisiin yliopistoihin. (Louhelainen 1997, 63–64; Vuorikoski 1999, 7.)

Sosiaalinen työ päihdehuollon laitoksissa perustui vieläkin vaivaishoidolliseen perinteeseen ja oli vielä 1970-luvulle saakka pitkälti kuriin ja järjestykseen perustuvaa (Siltanen 1990, 24–27). Suomeen rantautunut social casework -menetelmä edusti uudenlaista, professionaalista työtapaa, jota alettiin käytännössä soveltaa kunnallisen huoltotyön ulkopuolisissa sosiaalialan järjestöjen ylläpitämässä erityistoimipisteissä, kuten A-klinikoilla. Niissä tehtävää työtä alettiinkin kutsua sosiaalityöksi ja entinen huollettava-nimike alkoikin pikkuhiljaa muuttua asiakas-nimikkeeksi. A-klinikoiden uudenlainen tapa tehdä sosiaalityötä oli pohjana uusille kehittyville sosiaalityön menetelmille. (Satka 2007, 123–125.)

Sairausdiskurssi eli alkoholismin käsittäminen sairautena loi pohjan päihdehuollon lääketieteellistymiselle. Alkujaan juoppouden määrittelemisen sairaudeksi perustui ajatukseen, että henkilö ei ole vastuussa aiemmasta juomisestaan, koska hän on menettänyt juomisen hallintakykynsä. (Lehto 1991, 185–186.) Jan Holmberg (2010, 39, 42) määrittelee päihdeongelman pakonomaiseksi käyttäytymiseksi, jossa kemiallisten aineiden käytön hallitseminen ja lopettaminen muuttuvat käytön jatkuessa yhä vaikeammaksi. Päihderiippuvuudelle ei ole myöskään yhtä ainoaa oikeaa selitysmallia, vaan kyse on moninaisesta ongelmasta. Päihdeongelman sairausmääritelmä on hyväksytty suhteellisen laajasti. Tästä osoituksena on se, että maailman terveysjärjestö on luokitellut ICD-10¹ tautiluokituksessa päihderiippuvuuden kriteerit.

Suomalaisen sosiaali- ja päihdehuollon toimintaympäristöt muuttuivat radikaalisti 1990-luvulla. Lisääntyneen huumeiden käytön seurauksena päihdehuolto alkoi yhä suuremmassa määrin tulla osaksi terveydenhuoltoa, millä oli omat vaikutuksensa päihdetyön käytäntöihin sekä järjestämiseen. Lääketieteen tulo kiinteäksi osaksi päihdehuoltoa pakotti myöskin eri toimijat kiinteään yhteistyöhön päihdeongelman moninaisen kuvan vuoksi. (Murto 2002, 176–178.)

Tultaessa 2000-luvulle sosiaalipolitiikka oli kytkeytynyt yhä enemmän talous- ja työllisyyspolitiikkaan. Taloudellisuus on yhtenä perusteena myös tällä hetkellä suunnitteilla olevassa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksessa, jonka tavoitteena on ihmisten välisten terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen sekä kustannusten hillitseminen. Uudistuksella on vaikutuksensa myös päihdepolitiikkaan. Päihdepalvelut muuttavat konkreettisesti muotoaan, kun kunnat valmistautuvat muutokseen luomalla esimerkiksi maakunnallisia sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymiä. (Tuori 2016, 122, 133.)

¹ Tautiluokitus on saatavilla osoitteesta:
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80324/15c30d65-2b96-41d7-aca8-1a05aa8a0a19.pdf?sequence=1>

2.2 Tutkimuskysymykset

Työssäni tutkin sitä, miten sosiaalityö, päihdehuolto ja päihdesosiaalityö kehittyivät tutkitulla ajanjaksolla. Näitä teemoja on tarkasteltava yhdessä, koska ne liittyvät keskeisesti toisiinsa. Työni alkupuoli painottuu sosiaalityön ja päihdehuollon muotoutumiseen, loppupuoli päihdehuollon kehittymiseen ja erityisesti päihdesosiaalityön muotoutumiseen. Lopuksi otan esille ajatuksia siitä, millaista päihdesosiaalityö voisi jatkossa olla. Työn painotus on siis päihdesosiaalityön teemassa.

Keskeinen tutkimuskysymykseni on selvittää, miten päihitteiden väärinkäyttäjille tarkoitettu huolto ja sosiaalityö kehittyivät Suomessa 1800-luvun loppupuolelta 2010-luvulle?

Keskeistä tutkimuskysymystä avaavan seuraavien tutkimuskysymysten avulla:

- Mitkä tekijät ovat vaikuttaneet päihdehuollon ja päihdehuollon sosiaalityön kehittymiseen tutkitulla aikavälillä?
- Millaiseksi päihdehuolto ja päihdehuollon sosiaalityö on muuttunut?
- Millaiset ovat suomalaisen päihdetyön tulevaisuudennäkymät?

Tutkimuskysymyksiin vastaan työn loppupuolen yhteenveto, johtopäätös- ja pohdintaosioissa. Selvitän tutkimuskysymykset työssä olevien eri teemojen tutkimisella, jotka esittelen tiivistetysti seuraavassa.

Koska lainsäädäntö määrittää yleisen tason raamit päihdehuoltojärjestelmälle ja päihdesosiaalityölle, on työni kannalta tärkeä tarkastella sitä miksi ja millä lailla päihitteiden väärinkäyttäjää koskeva lainsäädäntö on kehittynyt. Lainsäädännön tutkiminen auttaa muodostamaan kuvan siitä, miten ja millaiseksi päihdehuolto ja sosiaalityö on muotoutunut. Koska työ on rajallinen, jätän lainsäädännön tarkastelun suhteellisen yleiselle tasolle, otan esille pelkästään keskeisiä seikkoja, jotka osoittavat muutoksen suunnan.

Koska yhteiskunnallinen muutos vaikutti 1960-luvulla ratkaisevasti uudenlaisen sosiaalihuoltojärjestelmän, päihdehuoltojärjestelmän ja uudentyypin sosiaalityön muotoutumiseen, on työni kannalta olennaista käydä läpi muutokseen johtavat keskeiset yhteiskunnalliset syyt. Tutkimuskysymysten kannalta on tärkeää tarkastella myös sosiaalialan työn muotoutumiseen ja sosiaalialan koulutukseen liittyvää kehitystä, koska ne toimivat pohjana muototututulle päihdesosiaalityölle. Tärkeätä on tarkastella myös, miten sosiaalityötä tehtiin ennen koulutuksen aloittamista vaivahoidon aikana.

Medikalisaation vaikutuksia päihdehuollon ja päihdesosiaalityön kehittymisen suhteen ei voi sivuuttaa. Teemaa on tärkeä tutkia sen vuoksi, koska medikalisaatio on vaikuttanut olennaisesti siihen, millaiseksi päihdesosiaalityö ja päihdehuolto on muotoutunut nykyaikana. Medikalisaatio on tuonut alalle mukanaan hyviä ja huonoja puolia, joiden tutkiminen luo kuvaa nykyisestä ja tulevasta päihdehuollosta ja päihdehuollon sosiaalityöstä.

Taloudellisen tehokkuuden ja tuottavuuden tavoittelu ovat muokanneet päihdehuoltoa ja sen organisoimista viime vuosina paljon. Sosiaali- ja terveystoimen keskittämällä, palveluiden yksityistämällä ja säätiöittämisellä on vaikutuksensa asiakkaisiin, päihdetyön järjestämiseen sekä käytännön päihdetyöhön. (Leinonen 2008, 24; Partanen & Kuussaari 2007, 75.) Asian tutkiminen on erityisen tärkeää, koska näin voidaan muodostaa kuva nykyisestä päihdehuollon sosiaalityöstä, sekä sen tulevaisuudennäkymistä.

2.3 Aineisto ja analyysi

Tutkielmani on sosiaalihistoriallinen kirjallisuuskatsaus narratiivisella tutkimusotteella toteutettuna. Kirjallisuuskatsauksen valitsin, koska se on työni historiallisen aikajänteen takia ainoa tutkimustapa millä tutkimustehtävä saadaan selvitettyä kokonaisvaltaisesti. Ari Salmisen (2011, 3) mukaan kirjallisuuskatsauksella rakennetaan kokonaiskuvaa jostakin asiakokonaisuudesta. Katsauksella pyritään tunnistamaan ongelmia ja se antaa mahdollisuuden kuvata tiettyä teoriaa historiallisesti. Narratiivisen otteen avulla

epäyhtenäistä tietoa järjestetään jatkuvaksi tapahtumaksi, siis eräällä tavalla kuvataan tapahtuman maisemaa. Narratiivinen katsaus pyrkii myös helppolukaiseen lopputulokseen. (Salminen 2011, 3)

Yleiskatsaus on kirjallisuuskatsauksen laajin toteuttamistapa. Yleensä narratiivisella kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan juuri narratiivista yleiskatsausta, jossa on kysymys laajasta prosessista. Prosessin tarkoituksena on aiempien tutkimusten tiivistäminen. Kirjallisuuskatsauksen analyysin muotona on kuvaileva synteesi, jonka yhteenveto on tehty ytimekkäästi ja johdonmukaisesti. Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen kautta hankittua tutkimusaineistoa ei ole seulottu läpi erityisen systemaattisesti. Tutkimusotteella on siltikin mahdollista päätyä kirjallisuuskatsausten mukaiseen synteesiin. (Salminen 2011, 7.)

Olen toteuttanut työni toteuttamisessa ja lähdeaineiston hankinnassa edellä kuvattua tapaa. Työn laajan historiallisen perspektiivin sekä työhön liittyvien useiden teemojen käsitteleminen vaatii kokonaisvaltaista näkemystä aiheesta. Tämän vuoksi valitsin kuvatun narratiivisen tutkimusaineiston hankkimistavan. Työni lähdeaineiston olen valinnut tutkimuskysymysten taustalla olevien eri teemojen mukaisesti. Lähteinä on eri teemoja koskeva tutkimuskirjallisuus, lainsäädäntö, lainsäädännön esityöt sekä vähäiseltä osin erilaiset kehittämisraportit. Raportit liittyvät lähinnä päihdesosiaalityön nykytilan ja tulevaisuuden selvittämiseen.

Aineiston olen valikoinut siten, että se olisi mahdollisimman relevanttia työn teemoihin liittyen. Olen pyrkinyt käyttämään mahdollisimman laadukasta tutkimusta, suurelta osin aineisto on esimerkiksi väitöskirjoja ja tunnettuja tutkimuksia. Osa lähteistä on melko iäkästä materiaalia. Nämä lähteet olen valinnut sen vuoksi, koska ne antavat mielestäni realistisen kuvan ajastaan. Uudempi aineisto taas liittyy parin viime vuosikymmenen aikana tapahtuneisiin muutoksiin. Lähdemateriaali on pelkästään suomalaista. Tämä sen vuoksi, että haluan luoda kuvan tutkitusta aiheesta pelkästään suomalaisesta näkökulmasta.

Lähdeaineistoa etsin Suomalaisten yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen aineistonhakujärjestelmistä, googlesta, ja google scholarista. Hakusanoina käytin

esimerkiksi seuraavia sanoja: *päihdetyö, päihdehuolto, sosiaalityö, sosiaalityö historia*. Käytin myös eri sanojen yhdistelmiä. Hyvästä lähdemateriaalista löysin usein myös sopivaa materiaalia työni eri teemoihin liittyen. Hieman lähteitä löysin myös Suomen historian Pro gradu -tutkielmastani *Päihdehuoltolainsäädännön kehittyminen Suomessa. Nykyisen päihdehuoltolain muotoutuminen ja siihen johtaneet tekijät (2012)*

Varsinaista tutkimusta päihdesosiaalityöstä ja sen kehittymisestä on varsin niukasti. Oikeastaan ainoana varsin suoraan työni aiheeseen liittyvänä varteenotettavana työnä on *Merja Laitila-Ukkolan* lisensiaatintyö: *Päihdehuollon näköinen sosiaalityö? - Suomalaisen päihdehuollon sosiaalityötarinoita (2005.)* Juuri päihdesosiaalityön kehittymistä kuvaavan aineiston puuttumisen vuoksi olen joutunut hahmottamaan päihdesosiaalityön ja päihdehuollon kehittymistä eri teemoja koskevan aineiston perusteella.

Keskeisiä teoksia työn eri teemoihin liittyen ovat esimerkiksi *Jouko Jaakkolan, Panu Pulman, Mirja Satkan ja Kyösti Urposen* kirjoittama teos: *Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisten sosiaalisen turvan historia (1994)*, *Kaarlo Tuorin: Sosiaalioikeus (2016)*, *Olavi Kaukosen: Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa (2000)* ja *Olavi Kaukosen ja Pekka Hakkaraisen toimittama: Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa (2002)*. Koska työssäni paljon lähdeaineistoa, aineiston tarkempi erittely veisi työstä kohtuuttoman suuren osan.

Kirjallisuuden analysoinnin olen toteuttanut sisällönanalyysinä. Menetelmällä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103). Sisällönanalyysi ja historiallinen analyysi ovat kumpikin suurelta osin tekstianalyysinä. Tarkoituksena historiallisella analyysillä on luoda kokonaiskuva menneisyydestä ja kuvata historian tapahtumia todellisten tapahtumien mukaan. Sisällönanalyysi puolestaan tarkastelee tapahtumien inhimillisiä merkityksiä, joita löytyy laadullisen tutkimuksen historiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 104.)

Osin sisällönanalyysin ja historiallisen analyysin kontekstissa toteutettujen tutkimusten tarkoitus on etsiä maailmansuhdetta, jossa ihminen tarkastelee todellisuutta ikään kuin ulkopuolelta. Totuus on sen tuottamista, miltä tutkittavat oliot ja kokonaisnäkyvä

suhteessa näyttävät. Myös sisällönanalyysi perustuu maailmansuhteeseen, jolle ominaista on näkymättömän ymmärtäminen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 104.)

Sisällönanalyysin tavoitteena on pyrkiä järjestämään tutkimusaineisto selkeään ja tiiviiseen muotoon niin, että sen sisältämää informaatiota ei kadoteta. Aineiston analysoinnin tavoitteena on informaatioarvon lisääminen. Hajanaisesta aineistosta pyritään luomaan mielekästä, yhtenäistä ja selkeää informaatiota. Analyysillä luodaan selkeyttä aineistoon, jotta voidaan tehdä luotettavia ja selkeitä johtopäätöksiä ilmiöstä, jota tutkitaan. Aineiston laadullinen käsittely perustuu tulkintaan ja loogiseen päättelyyn. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

Aineiston analyysin toteutin siten, että etsin työn eri aihe-alueita koskevaa kirjallisuutta aihe ja osio kerrallaan. Tämän jälkeen tutustuin ensin pintapuolisesti aineistoon ja valikoin aineistosta sopivimmat lähteet. Käytin tiedonkeruussa pitkälti samanlaisia tekniikoita, kun Paula Sajavaara (2003, 97–98) kuvaa. Sajavaaran mukaan tiedonkeruussa tärkeitä ovat erilaiset tekniikat, kuten esimerkiksi selailutekniikka. Tekniikassa kiinnitetään huomiota aineistossa oleviin olennaisiin seikkoihin. Kirjoissa näitä ovat esimerkiksi sisällysluettelot, luettelot ja henkilöhakemukset.

Historiantutkimuksessa käytettävien lähteiden jako toisen käden lähteisiin, alkuperäislähteisiin tai välillisiin ja välittömiin lähteisiin ei ole itse tiedon kannalta oleellista. Se voi olla jopa harhauttavaa, jos argumentointi perustuu olettamaan, että alkuperäislähteet ovat todellisempia. Tärkeintä on lähteeseen kytkeytyvä informaatio ja sen tulkinta, jota kutsutaan lähdekritiikiksi. Lähdekritiikin tulee selvittää kaksi olennaisinta asiaa. Miten lähde on syntynyt ja vastaako lähde tutkijan esittämään kysymykseen. (Haapala 1989, 28.) Työssäni käytetyt lähteet ovat pääosin tunnettuja tutkimuksia, joiden puolueettomuuden pitäisi olla suhteellisen hyvää tasoa.

Eettiset kysymykset ovat osa tutkimuksen tekoa. Tutkimuskohteen tai tutkimusongelman valinnassa olennaista on ottaa huomioon se miksi tutkimukseen ryhdytään ja kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan. Tutkimusaiheen valinta voi olla esimerkiksi helposti tai vaikeasti toteutettava, yhteiskunnallisesti merkityksellinen tai vähemmän merkityksellinen. (Hirsjärvi ym. 2003, 26.) Työssäni pyrin vastaamaan

kysymyksiin, jotka ovat merkittäviä historiallisesta perspektiivistä katsottuna sekä merkityksellisiä nykyajan sekä tulevaisuudenkin kannalta. Tutkielman tuloksilla on yhteiskunnallista merkitystä, koska aihetta ei ole valitsemastani näkökulmasta juurikaan tutkittu.

2.4 Sosiaalihistoriallinen tutkimusote

Pentti Haapalan (1989, 10–12) mukaan historiantutkimus on muodollisen määrittelyn mukaan menneisyyden tutkimista. Sisällöltään, siis tietoteoreettisessa mielessä, se on tutkijan esitys oman aikansa yhteiskunnallisesta ymmärtämisestä. Tarve historiantutkimukseen syntyy nykyajasta, menneisyyttä ja tulevaisuutta ei ole nykyajan ulkopuolella, eikä ilman sitä. Menneisyys ja tulevaisuus ovat kuitenkin läsnä, koska nykyhetkeä ei voi käsittää ilman niitä. Historia ei siten ole samaa kuin meistä erillinen menneisyys, eikä tutkijakaan voi olla tutkimuskohteensa ulkopuolella vaan osa sitä.

Historiantutkimuksen voidaan sanoa olevan omaan aikaamme liittyvää tutkimista, jossa tutkija hahmottaa nykyaikaa menneisyyden kuvauksen muodossa. Historiankirjoitusta ei siis ohjaa se mikä menneisyydessä on tapahtunut vaan ennemminkin odotettavissa oleva tulevaisuus. Tässä mielessä historiantutkimus on aina ajankohtaista, subjektiivista, yhtä paljon nyky-yhteiskuntaa rakentavaa kuin menneisyyttä kommentoivaa. (Haapala 1989, 10–12.)

Juho Saari (2006, 13-14) kuvaa sosiaalihistorian tutkimusta kartan luomisena, jonka tavoitteena on luotettavan kuvan luominen valitusta aiheesta. Hyvin tehty kartta auttaa perässä tulevia suunnistamaan. Kartan tekeminen on valikoimista, toisten asioiden sivuuttamista ja toisten korostamista sekä pohdintaa suunnistamiselle tärkeistä kysymyksistä. Kartan rakentaminen on siis teoreettisesti perusteltua valikoivaa kuvailua. Kartan tulee muodostaa ehjä, suuriin linjoihin pohjautuva kokonaisuus.

Sosiaalihistoria tutkimusalueena ja tutkimustapana on hyvin moninainen monissa maissa. Tämä juontaa juurensa sanasta sosiaalinen (social), jolla on eri kielissä paljon eri

ulottuvuuksia. (Haapala 1989, 14.) Tämän takia sosiaalhistorian määritelmää onkin ollut hyvin hankala ilmaista täsmällisesti. Sosiaalhistorian tutkijat ovatkin varmoja pelkästään siitä, että tällä niin sanotulla sosiaalisen ulottuvuudella on tärkeä yhteys menneeseen aikaan ja yhteiskuntaan. Kuitenkin sosiaalisen tutkimus on olennaista, että voidaan muodostaa kuva kunkin ajan yhteiskunnasta. (Macrauld & Taylor 2004, 32.) Käsitteen *social* alle mahtuu esimerkiksi sosiaaliturvan, seuraelämän ja yhteiskunnan tutkimus. Suomessa sosiaalhistoriaa tutkitaan ja opiskellaan pääasiassa eri historia-aineiden ja yhteiskuntatieteiden piirissä. Näin sosiaalhistoria on Suomessa käsitteenä kytketty etenkin asioihin, joita on pidetty yhteiskunnallisesti tärkeinä. (Haapala 1989, 14.)

Sosiaalhistoria määritellään eri maissa eri tavoin. Suomalainen sosiaalhistoria on saanut mallinsa saksalaisesta yhteiskuntatutkimuksesta. Sosiaalhistorian syntyaikana voidaan pitää 1900-luvun vaihdetta, jolloin historiallinen yhteiskuntatutkimus pyrki avoimesti vastaamaan ajan suuriin sosiaalisiin kysymyksiin, kuten työväenkysymykseen, tilattoman väen kysymykseen, demokratian vaatimuksiin ja niin edelleen. (Haapala 1989, 16–17.)

Suomalainen sosiaalhistoria syntyi siis yhteiskuntapolitiikan osana. Erikoispiirteenä suomalaisella sosiaalhistorialla on kiinteä suhde väestöhistoriaan ja sosiaalisten kysymysten tutkimiseen keskittynyt perinne, jolle on ollut ominaista kansakunnan ideologiseen rakennustyöhön osallistuminen. Suomalainen sosiaalhistoria on tässä mielessä ollut voimakkaasti yhteiskuntaan ja sen yhteiseen hyvään sitoutunutta. (Haapala 1989, 16–17.)

Historian ja sosiaalitieteiden keskeisenä tutkimustavoitteena on ihmisen toiminnan ja käyttäytymisen rakentumisen analysointi. Vaikka teoreettisissa lähtökohdissa voi olla eroa, niiden toimintamallit ovat lähentyneet toisiaan tutkimuskäytännöissä. Historiantutkijat hakevat tulkinnoilleen apua sosiaalitieteellisistä teorioista ja sosiaalitieteilijät sisällyttävät teoreettispainotteisiin tarkasteluihinsa historiallista aineistoa. Vaikka tieteillä on eronsa, eri tieteenalojen metodeilla ja aineistoilla voidaan siis täydentää toistensa tutkimusta, jolloin tutkimuksen lopputulos on usein kattavampi kuin pelkästään yhden tieteenalan turvin. (Saari 2006, 32.)

Kirjallisuuskatsauskin voi olla myös poikkitieteellinen, jossa katsausta jäsennetään ideoiden historian kautta. Tälle tavalle tyypillistä on, että tutkimusongelman ideaa pyritään kuvamaan siten, että sen kehitys esitetään välittämättä tieteenalojen rajoista. Työni tarkoitus onkin luoda kokonaiskuva aiheesta, tunnistaa aiheeseen vaikuttavat ongelmat monitieteellisellä otteella ja edetä työssä sosiaalihilioriallista tutkimusotetta käyttäen. (Salminen 2011, 3.)

Sosiaalihilioria voidaan määritellä siis yhteiskunnan hiliorialliseksi tutkimukseksi, jolle useimmin on ominaista teoreettisuus, pyrkimys kokonaisvaltaisuuteen, yleistyksset, rakenneanalyysi sekä poikkitieteellisyys. Nämä ovat sosiaalihiliorian yleisiä tunnusmerkkejä, jotka ovat seurausta sosiaalihiliorian avoimuudesta muihin yhteiskuntatieteisiin nähden. Perinteisestä hilioriankirjoituksesta sosiaalihilioria eroaa nimenomaan yhteiskuntatieteen käsitteiden avoimessa käytössä. Sosiaalihiliorian on myös itse luotava ja problematisoitava käsitteet joita se käyttää. Näin esimerkiksi sosiologialle ominaiset ideaalityypit kuten valtio tai luokka² ovat joutuneet arvostelun kohteeksi tutkimuskohdetta hämärtävinä käsitteinä. (Haapala 1989, 15.)

Näin ei voidakaan siten sanoa pelkästään, että sosiaalihilioria olisi tuomassa systemaattista tutkimusotetta hilioriantutkimukseen, vaan yhtä usein kyse on hilioriantutkimuksen tuomisesta yhteiskuntatieteisiin. Poikkitieteellisyys onkin monisuuntaista, se on tutkimusmenetelmien lainaamista toisiin tieteeisiin, sekä ennen kaikkea tieteen rajat ylittävää keskustelua ja yhteistä problematisointia. (Haapala 1989, 15, 23.)

Saaren (2006, 33) mukaan tieteenalojen välillä on omat sisäiset ja ulkoiset jännitteensä. Ne voivat kuitenkin olla teoreettisesti hedelmällisiä. Samanlaisia tai samankaltaisia teemoja, ajanjaksoja tai yhteiskuntia tutkivat eri lähestymistavat ja tieteenalat voivat hyvin täydentää ja tukea toisiaan. Eri tieteenaloja edustavien mutta samoja kysymyksiä käsittelevien tutkijoiden välinen vuorovaikutus voi synnyttää uusia lähestymistapoja. Tämän seurauksena syntynyt teoreettinen sekoitus onkin ollut monitieteellisen hilioriallisen käänteän vahvuus viime vuosina.

² Luonut sosiologi Max Weber 1864-1920

Sosiaalishistorialle ominaisella holismilla tarkoitetaan tapaa nähdä yhteiskunta systeeminä ja pyrkimyksenä tutkia sen osasia ja toimintamekanismia. Teoreettisuus taas on läsnä hyvin monenlaisilla tasoilla. Selkeä yhteinen määritelmä tutkimusalalle on se, että sosiaalishistoria on yhteiskunnan historiaa. Yhteiskunta voidaan nähdä muuttuvana kokonaissysteeminä, jonka eri osia on selitettävä yhteiskunnasta käsin. Kyseessä on siis tutkimustapa, jossa yhteiskunta käsitetään erilaisina tasoina tai alasysteemeinä ja tutkijan on selitettävä näiden osien vuorovaikutus. Sosiaalishistoria pyrkii vastaamaan kysymykseen mitä yhteiskunta on historiallisen aineiston avulla. (Haapala 1989, 15, 23.)

Aatehistoriallinen tutkimus on perusluonteeltaan asioiden käsittämisen käsittämistä. Tämä nojautuu käsitykseen toiminnan ja ajatuksen yhteydestä. Toiminnan ymmärtäminen edellyttää toiminnan sisältämän ajattelun ymmärtämistä, jota lisää puolestaan toiminnan ymmärtäminen. Aatehistoriallisen tutkimuksen tehtävämäärittely edellyttää myös huomion kiinnittämistä siihen, millä tavalla ajattelu ja toiminta ovat yhteydessä tilanteisiin ja olosuhteisiin, jossa ihmiset toimivat ja elävät. Aatehistorian tehtävän näkökulmasta, toiminnan, ajattelun ja olosuhteiden suhde on nähtävä käsitteellisenä, eli sisäisenä suhteena. Tämän nojalla sosiaali- ja aatehistoria ovat erottamattomia toistensa aputieteitä, toista ei voi harjoittaa perehtymättä toiseen. (Hyrkkänen 2002, 24.)

Tiivistetysti todettuna sosiaalishistoriallinen aspekti työssäni näkyy siten, että pyrin luomaan kuvan, eli kokonaisvaltaisen kartan päihdesosiaalityöstä ja päihdehuolto järjestelmästä tutkimalla sen historiaan vaikuttaneita seikkoja. Tämän avulla pystyn vertailemaan aiempaa, nykyistä ja mahdollista tulevaa päihdesosiaalityötä ja päihdehuoltojärjestelmää. Yhteiskunnallinen aspekti on välttämätön, sillä aiheeni kannalta on tärkeä tutkia aihetta osana yhteiskuntaa. Aatehistoriallinen näkökulma tulee työssäni keskeisimmin esille siinä, miten eri aikakausina vallitsevat aatteet ovat vaikuttaneet päihdesosiaalityön ja järjestelmän muotoutumiseen.

3 Lainsäädännön kehittyminen

3.1 Vaivaishoidon aika

Huono-osaisten hoidosta vastasivat 1200-luvulta lähtöisin olleen huolto-oikeudellisen köyhäinhoitoperinteen mukaisesti ensisijaisesti perhe ja lähiyhteisö. Mikäli nämä instituutiot eivät pystyneet järjestämään huoltoa, se tehtävä tuli kirkon ja seurakuntien osaksi. (Toikko 2005, 38; Bööck 1948, 2.) Vastuu huono-osaisten hoidosta jatkui samankaltaisena oikeastaan vuoteen 1865 saakka, jolloin vastuu vaivaishoidosta siirrettiin seurakunnilta kunnille. Kuitenkin käytännössä useat seurakunnat luopuivat köyhäinhoidosta vasta vuoden 1879 vaivaishoitoasetuksen³ myötä. Vaivaishoitoon perustuvan sosiaalityön synty voidaan paikantaa siis tuolle ajanjaksolle. (Toikko 2005, 37, 46.)

Vuoden 1879 vaivaishoidon asetus luokitteli avuntarvitsijat pakollisiin ja harkinnanvaraisiin avustettaviin. Pakolliseen apuun olivat oikeutettuja henkilöt, jotka eivät omin voimin kyenneet tulemaan toimeen. Tällaisia ryhmiä olivat heikkomieliset, alle 15-vuotiaat lapset, vanhukset, pitkäaikaisesti sairaat ja raajarikkoiset. Apuun oikeutettujen kriteerit määriteltiin asetuksessa suhteellisen tiukoiksi. Muille kuin edellä mainituille hädänalaisille apua annettiin ainoastaan erityisen tutkimuksen jälkeen noudattaen kunnallista köyhäinhoidon ohjesääntöä. Esimerkiksi tilapäisapua tarvitsevat työkykyiset jätettiin pakollisen avun ulkopuolelle. Jos työkykyiset kuitenkin tarvitsivat apua, sitä annettiin pelkästään työtä vastaan. Tilapäistäkin apua tarvinnut joutui kunnallisen vaivaishoitoasetuksen, eli nykyisen kunnallisen sosiaalihuollon toimielimen edeltäjän, valvonnan ja holhouksen alle. Vaivaishoidon vastaanottamisen hintana olivat siis itsemääräämisoikeuden rajoitukset, joiden perimmäinen tarkoitus oli varmastikin tehdä avun vastaanottaminen mahdollisimman luotaantyydyttäväksi. (Toikko 2005, 47; Tuori 2004, 77.)

³ Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus yleisestä vaivaishoidosta Suomen Suuriruhtinaanmassa 17.3.1879/10

Asetus oli jo lähtökohtaisesti sanktioiva. Esimerkiksi sellainen ihminen, joka oli laiskuuden, huolettomuuden tai juopumuksen takia saattanut perheensä vaivashoidon varaan, voitiin sijoittaa työlaitokseen tai muihin työtehtäviin, kunnes kaikki perheelle annettu apu oli korvattu. (Jaakkola 1994, 113.) Apu oli tarkoitettu korvattavaksi aina, kuin se suinkin oli mahdollista. Korvausvelvollisuus johtikin työlaitosten perustamiseen, jotka olivat sittemmin toiminnassa eri muodoin aina 1980-luvulle saakka. (Tuori 2004, 77.) Koska vaivashoito maksoi, alettiin työlaitokset nähdä taloudellisesti tehokkaina. Maaseudulle sijoitetuissa työlaitoksissa voitiin oman maatalouden turvin tarjota huollettaville elatus. Työlaitokset olivatkin oiva keino yhdistää avustus vastikkeelliseen työhön. (Toikko 2005, 48.)

Työlaitoksissa oli monenlaista väkeä. Niihin otettiin esimerkiksi myös vanhuksia ja lapsia, vaikka laitokset olivatkin tarkoitettu työkykyisille henkilöille. Vaikka työlaitoksia oli eri muodossa olemassa 1980-luvulle saakka, niin sanottujen vaivaismaatilojen perustamisesta luovuttiin kuitenkin jo 1880-luvun puolivälin jälkeen, niissä havaittujen epäkohtien vuoksi ja siitä syystä, että niitä ei saatu koskaan taloudellisesti itsekannattaviksi. (Jaakkola 1994, 114.)

Vuonna 1883 säädettiin irtolaisuusasetus, jossa irtolaiskäsite rajattiin koskemaan esimerkiksi henkilöitä, jotka viettivät säädytöntä tai siveetöntä elämää. On selvää, että juopottelevan henkilön elämäntyylin voitiin katsoa edustavan säädytöntä elämää. Näin asetusta sovellettiin varmastikin myös päihdeongelmaisiin. Irtolaisuudesta seurasi työlaitoshuolto kolmesta kuukaudesta kolmeen vuoteen saakka, riippuen siitä, kuinka monta kertaa irtolainen määrättiin laitokseen. (Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus irtolaisista ja niiden kanssa menettelemisestä 2.4.1883/17, 1§, 5§; Härkönen 2012, 13.)

Vaikka viinaa on Suomessa juotu historian saatossa paljon, yhteiskunnallinen ongelma siitä tuli todellakin vasta 1800-luvun loppupuolella, jolloin teollistuminen Suomessa sai alkunsa. Kaupungeissa ahtaasti asuvat teollisuustyöläiset alkoivat käyttää alkoholia ongelmallisesti. Alkoholinkäytön lisääntymiseen vaikuttivat muun muassa huonot asunto-olot, yksitoikkoinen tehdastyö sekä ihmisten elämän tyhjyys. (Virtanen 1982,

71.) Alkoholin väärinkäyttö toi mukanaan erilaisia sosiaalisia ongelmia, jotka lisääntyivät sitä mukaa, mitä työväenluokka kasvoi (Ylisuvanto 1985, 35).

Vaikka varsinaista alkoholihuoltoa koskevaa lainsäädäntöä vielä 1800-luvun lopulla ei ollutkaan, oli alkoholin aiheuttamia ongelmia vastaan taisteltu eri tavoin. Ihmisiä pyrittiin parantamaan juoppoudesta esimerkiksi käyttämällä erilaisia myrkkyjä ja määräämällä alkoholitit inhotuskuurille, jolloin kaikkeen mitä alkoholisti laitto suuhunsa, lisättiin runsaasti alkoholia. (Haatanen 1992, 50.)

Ihmisten asenteisiin pyrittiin vaikuttamaan myös pelottelun, asennekampanjoiden ja raittiuskilpajointusten keinoin. Tarkoitus oli saada ihmisiä mukaan valtaosin valistukseen perustuvaan raittiusseurojen toimintaan. Raittiusliike, joka oli saanut alkunsa alun perin suomenkielisestä sivistyneistöstä, kasvoikin suureksi liikkeeksi ja siitä tuli suosittu etenkin työväenliikkeen keskuudessa. (Siltanen 1990, 1–3.)

Liikkeen yhtenäisyyttä kuvaa se, että vaikka esimerkiksi vuonna 1884 perustetussa maan kattavimmassa Raittiuden Ystävät yhdistyksessä oli ristiriitoja sivistyneistön ja työväestön kesken, yhdistys säilyi silti yhtenäisenä (Toikko 2005, 62). 1900-luvun alkupuolella raittiusliike kytkeytyi tiiviisti kansalaisjärjestöjen toimintaan. Raittiusjärjestöjen rooli onkin sittemmin ollut tärkeässä osassa koko päihdepalvelujärjestelmän kehitystä. (Kaukonen 2002, 147.)

Alkoholihuollon tarpeita selvittämään perustettiin useita komiteoita 1800-luvun loppupuolelta lähtien. 1900-luvun alkuvuosien valtiopäiväaloitteissa ehdotettiin esimerkiksi valtion alkoholikotien perustamista tai taloudellista tukea yksityisten toimesta syntyneille parantoloille, joissa juoppoja koitettiin parantaa. Mietinnöt, aloitteet ja komiteat jäivät valtaosin kuitenkin valmistumatta tai mikäli ne valmistuivatkin, niiden johdosta ei ryhdytty mihinkään toimenpiteisiin. Valmistuneiden lakiesitysten tyrmäämiseen käytettiin erikoisia perusteita, väitettiin esimerkiksi, että perustettavat huoltolaitokset toimisivat juopuille täysihuoltoloina. Mainittu peruste kuvaa ajalle ominaista suhtautumista päihdeongelmaan, jossa vastuu juopon hoidosta kuului juopolle itselleen, ei yhteiskunnalle. (Toivola 1943, 11; Piirainen 1974, 20.)

3.2 Huoltolainsäädäntö

Raittiusliikkeen ajamaa kieltolakia⁴ valmisteltiin Suomessa pitkälti toistakymmentä vuotta. Lain tarkoituksena oli pyrkiä ehkäisemään alkoholista aiheutuneita haittoja rajoittamalla alkoholin saantia. Laki hyväksyttiin virallisesti vuonna 1907, mutta se astui voimaan vasta itsenäistymisen ja sisällissodan jälkeen vuonna 1919. (Kallenautio 1983, 194; Siltanen 1990, 9.) Kieltolaki ei kuitenkaan toiminut toivotulla tavalla, vaan se päinvastoin aiheutti yleistä lainkunnioituksen vähenemistä sekä lisäsi erilaista rikollisuutta. Laki kumottiinkin ja sen tilalle säädettiin väkijuomalaki⁵ vuonna 1932. (Kallenautio 1983, 195–196.)

Edellä mainittu selittää sen, miksi kieltolain voimassaoloaikana valmisteltiin varsinaisesti ensimmäinen alkoholisteja koskeva laki: laki juopuneena tavatun henkilön huollosta eräissä tapauksissa (163/1931). Hallituksen esityksessä nostettiin esimerkiksi esille yhteiskunnallisen huollon ensisijaisuus rangaistukseen nähden joissain tapauksissa (HE 36/1931 vp, 1). Lain keinovalikoima jäi kuitenkin hyvin lieväksi, eikä sillä ollut näin hyvinkään paljon käytännön merkitystä alkoholistien huollon suhteen (Härkönen 2012, 17).

Alkoholin käytön vapauduttua vuonna 1937 astui voimaan alkoholistolaki (17.1.1936/60). Alkoholistolain säädökset käsittivät alkoholistihuollon pelastavaksi huoltotyöksi. Lain tavoite käy osuvasti ilmi ensimmäisessä säädöksessä olevasta lauseesta: *”juopottelevaa elämää viettävän henkilön palauttamiseksi raittiiseen ja säännölliseen elämäntapaan ryhdyttäköön tässä laissa säädettyssä järjestyksessä huoltotoimenpiteisiin...”* (AL 1.1§). Lause kuvaa hyvin lain kurinpidollista henkeä. Lasse Murto (1983,310–311) toteaa, että alkoholistilaissa korostuivat laitoskeskeisyys ja viranomaisvalta. Alkoholismia pidettiin pahana tapana, eikä alkoholistin uskottu hakeutuvan hoitoon vapaaehtoisesti. Alkoholistin käsittelyn päämääränä oli ympäristön suojaaminen. Voikin sanoa, että alkoholistolain yhtenä keskeisenä pyrkimyksenä oli hoitoa hakevien määrän rajoittaminen ja heidän kurinalaistamisensa.

⁴ Kieltolaki eli: Asetus alkoholipitoisten aineiden valmistuksesta, maahantuonnista, myynnistä, kuljetuksesta ja varastossapidosta 16.5.1917/29

⁵ Laki väkijuomista 9.2.1932/45

Vuonna 1922 säädetty köyhäinhoitolaki⁶ toimi yleislakina, jota täydensivät vuonna 1937 säädetyt erityishuollon lait, kuten edellä käsitelty alkoholistolaki. Peruseriaatteeltaan laki laajensi köyhäinhoitoon oikeutettujen piiriä. Laissa myös kiellettiin ruotuhoito sekä vaivaishuutokaupat. Laki perustui kuitenkin tiukkoihin rajoituksiin sekä valvontaan. Loppujen lopuksi köyhäinhoitolaki ei poikennut siis hengeltään eikä säädöksiltäänkään kovinkaan paljoa edeltäjästään, vuoden 1879 vaivaishoitoasetuksesta. (Tuori 2016, 98–100.)

Myös niillä erityishuollon laeilla, jotka vuoden 1937 alusta lukien täydensivät köyhäinhoitolakia, oli vahvasti kurinalaistava ja sosiaalisesti leimaava sävy. Esimerkiksi alkoholistolain henkeä kuvaa hyvin se, että vaikka lain mukaan yleisessä alkoholistihuoltolassa saattoi saada hoitoa myös oman suostumuksensa perusteella, oli sinne menevän sitouduttava olemaan hoidossa kuusi kuukautta. Tämä ei varmastikaan tehnyt vapaaehtoista laitoshoidoa kovinkaan houkuttelevaksi vaihtoehdoksi. On myös huomattava, että poliisiviranomaiset oli monin tavoin kytketty alkoholistolain sekä irtolaislain täytäntöönpanoon. Etenkin irtolaislaissa⁷, jota varmasti sovellettiin hyvin useisiin alkoholisteihin, poliisiviranomaisten kontrolli ja valvonta oli tiukkaa. (Tuori 2016, 98–104.)

Vuoden 1957 alusta köyhäinhoitolaki korvattiin huoltoapulailailla.⁸ Köyhäinhoito oli siis muuttunut huoltoavuksi. Laki ei kuitenkaan varsinaisesti uudistanut edeltävän lain vaivaishoidollista perinnettä, vaan jatkoi edeltävien lakien kurinalaista ja valvovaa linjaa. (Tuori 2016, 116.) Alkoholistolain korvasi taas vuoden 1962 alusta laki päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huollosta (10.2.1961/96). Kenties merkittävin muutos laissa oli huollon soveltamisalan laajentaminen myös muihin muihinkin päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjiksi todettuihin, kun pelkästään alkoholin väärinkäyttäjiiin (PAVL 1 §; Peltoniemi 1983, 306.)

⁶ Köyhäinhoitolaki 1.6.1922/145

⁷ Irtolaislaki 17.1.1936/57

⁸ Huoltoapulaki 17.2.1956/116

PAV-lailla pyrittiin uudistamaan päihdehuoltoa, lain pohjana olevassa hallituksen esityksessä korostettiin vapaaehtoisuutta ja huoltoviranomaisille kuuluvan auttamistoiminnan merkityksellisyyttä (HE 138/1959 vp,2). Vaikka laissa korostettiin alkoholilakia enemmän avohuoltoa ja vapaaehtoisuuteen perustuvia huoltotoimenpiteitä, painottuivat säädökset edelleen tahdosta riippumattomaan huoltoon, jota laissa edustivat pakollinen laitoshoido ja valvonta. Vapaaehtoisesti huoltolaan menevän oli edelleen sitouduttava olemaan siellä määrää aika (Tuori 2016, 116.)

Varmasti tärkeä syy siihen, miksi PAV-laki ei toiminut, oli se, että yhteiskunta ei ollut vielä valmis muutokseen. Suomalaisessa sosiaalipolitiikassa olivat vielä 1960-luvulla vallalla yksilölliset, tarvesidonnaiset voimakkaasti leimaavat ja kontrolloivat järjestelyt, jotka olivat kuvaavia tunnusmerkkejä marginaaliselle sosiaalipolitiikalle. Ajankohta jolloin PAV-laki astui voimaan, osui taitekohtaan, jolloin yksilön vapautta korostava ideologia oli vasta heräilemässä. Vallitsevana ideologiana oli vielä toistaiseksi pakkotoimenpiteiden käyttö. (Härkönen 2012, 23; Tuori 2004, 75.)

3.3 Vapaaehtoisuuteen perustuva säädäntö

Uudenlaisen vapaamman sosiaalihuoltolainsäädännön tulo ajoittui 1960- ja 1970-lukujen vaihteeseen, vaikkakin lainsäädännön uudistamistyö saatiin konkreettisesti päätökseen vasta 1980-luvun puolivälissä. Alkuna lainsäädännön uudistaminen sai pakkoauttajat-keskustelusta, jota käsitelien työssä myöhemmin. Keskustelun herättämä arvostelu laitoshoidoa ja ylipäättään tahdosta riippumattomia toimenpiteitä kohtaan vaikutti selvästi *sosiaalihuollon periaatekomitean* vuonna 1971 antamaan mietintöön; 1971: A 25 (Tuori 2016, 117.)

Mietintöä voidaan pitää sosiaalihuollon historian merkkipaaluna siinä mielessä, että siihen kirjattiin seuraavat yleiset sosiaalihuollon toimintaperiaatteet: pyrkimys normaalisuuteen, palveluhenkisyys, luottamuksellisuus, valinnan vapaus, ennaltaehkäisy ja omatoimisuuden edistäminen. Nämä periaatteet korostivat ennen

kaikkea asiakkaiden asemaa ja oikeuksia sosiaalihuollon sisällä. Päihteiden ongelmakäyttäjien, kuten muidenkin erityisryhmien palvelujen eriyttämistä rinnakkaisiin järjestelmiin komitea ei pitänyt hyvänä ratkaisuna. (Kaukonen 2000, 65.)

Merkittävin konkreettinen uudistus sosiaalihuollon lainsäädännössä tuli vasta kuitenkin sosiaalihuoltolain (17.9.1982/710) myötä. Lain keskeisin tarkoitus oli poistaa sosiaalihuollon kehitystä ja tehokasta toimeenpanoa haittaavat esteet. Näitä esteitä olivat esimerkiksi henkilökuntaresurssien vajavaisuus, vanhentunut sosiaalihuollon lainsäädäntö ja yksilöä koskevien asioiden käsittelyn monimutkaisuus. Tavoitteena oli pyrkiä parantamaan sosiaalihuollon mahdollisuuksia estää sosiaalisia ongelmia, pyrkiä edistämään sosiaalihuollon asiakkaiden omatoimista suoriutumista, sekä toteuttaa sosiaalihuollon periaatekomiteassa olevia keskeisiä sosiaalihuollon periaatteita. (HE 102/1981 vp, 5.)

Voi sanoa, että voimaan astuessaan sosiaalihuoltolaki muodosti koko sosiaalihuollon lainsäädännöllisen rungon. Laista löytyivät yleiset säännökset esimerkiksi sosiaalihuollossa perittävistä maksuista sekä menettelyistä ja sosiaalihuollon hallinnosta. (Härkönen 2012, 60; Sosiaalihuoltolaki 1982/710.) Sosiaalihuoltolain lisäksi 1980-luvulla tehtiin kokonaisvaltainen sosiaalihuoltolakien uudistus, jossa uudistettiin useita lakeja⁹.

Uusi päihdehuoltolaki (17.1.1986/41) astui voimaan vuonna 1987 vuosien valmistelun jälkeen. Kun päihdehuoltolaki astui voimaan, kumottiin PAV-laki, sekä irtolaislaki. (PHL 29,1§). Irtolaislain katsottiin olevan perua vanhaan kurinpidolliseen ja asteittain tehostuvien toimenpiteiden järjestelmästä, jossa ihmisen tuomitsemiselle pakkohoitoon ei tarvittu suuria perusteita. Irtolaislakia pidettiin myöskin tarpeettomana ja epätarkoituksenmukaisena lakina päihteiden väärinkäyttäjille. Tästä osoituksena on esimerkiksi se, että päihdehuoltolain irtolaislain perustella tuomitut olivat miltei aina päihdehuollon tarpeessa (HE 246/1984 vp, 13.) Tapani Sarvanti (1987, 7) toteaaakin, että päihdehuoltolain tavoitteena oli ongelmakäyttäjien hoidon vapauttaminen irtolaisvalvonnallisesta perinteestä

⁹ Kts tarkemmin esim. Tuori 2016, 118

Uusi päihdehuoltolaki oli tarpeen kasvaneen alkoholinkäytön myötä lisääntyneiden sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien takia. Päihteiden ongelmakäyttö oli nyt laajentunut koskemaan entistä useampia ihmisryhmiä sosiaalisesta asemasta, iästä tai sukupuolesta riippumatta. Näkemykset päihteiden ongelmakäyttäjien ja heidän läheistensä hoito- ja tukimahdollisuuksista olivat muuttuneet. Nämä seikat johtivat siihen, että jotain oli tehtävä päihteiden ongelmakäytön ehkäisemiseksi. (HE 246/1984 vp, 3–4; Härkönen 2012, 69.)

Uusi laki laajensi päihdehuollon järjestämisvastuuta myös terveydenhuollon puolelle. Palveluita oli nyt mahdollista saada niin sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden piiristä, kuin päihdehuollon erityisyksiköistäkin. Päihdehuolto laajeni nyt myös raittiustyön tehtäväkentälle. Uusi laki velvoitti kuntien sosiaalilautakuntia ehkäisemään päihteiden ongelmakäyttöä lisäävien elämäntapojen ja olosuhteiden syntymistä. Toimintatapana olivat tiedottaminen ja valvonta päihteiden ongelmakäyttöön liittyvistä tekijöistä yhdessä terveyslautakuntien kanssa. (Sarvanti 1987, 7.)

Yleistettynä voidaan todeta, että päihdehuoltolaki vapautti päihteiden ongelmakäyttäjien hoidon vuosikymmeniä jatkuneesta irtolaisvalvonnallisesta perinteestä. Laki korosti ennaltaehkäisevien ja avohoidollisten toimenpiteiden merkitystä päihteiden väärinkäyttäjien huollossa. Myös asianomaisen oikeusturvaa lisättiin ja tahdonvastaiseen huoltoon määräämisen edellytyksiä tiukennettiin. (Tuori 2016, 118.)

4 Sosiaalityöntekijöiden koulutus ja muotoutuva päihdetyö

4.1 Vapaaehtoisuuteen perustuva auttaminen

Vuoden 1879 vaivahoitoasetuksen mukaan kunta piti jakaa erilaisiin peräänkatsomus-alueisiin, joilla toimi kullakin yksi lautakunnan jäsen peräänkatsojamiehenä. Käytännössä köyhäinhoidon toimeenpano tapahtui kentällä, eli köyhän kodissa. Kodeissa käynti kuului lautakunnan jäsenille. Maaseudulla tämä järjestely toimi pääasiallisena huollon muotona ainakin 1930-luvulle saakka. Kaupunkilautakuntien jäsenille työtaakka kävi kuitenkin liian raskaaksi. Tämän johtikin siihen, että kaupungeissa näihin tehtäviin alettiin kutsua vapaaehtoisia kodeissa kävijöitä ja köyhäin kaitsojia. (Satka 1994, 265–267.)

Selvää oli, että hyväntekeväisyyttä jo aiemmin tehnyt rouvasväki kutsuttiin näihin tehtäviin. Se olikin suurin ja ilmainen työtä tekevien ryhmä köyhäinhoidon parissa työskentelevistä. Jonkinlaisen palkan maksaminen julkisista varoista köyhäntarkastajille alkoi kuitenkin jo vuosisadan vaihteessa suuremmissa kaupungeissa. Tämä käytäntö yleistyi kuitenkin hitaasti. Tähän syyksi Mirja Satka (1994, 265–267) näkee kansalaisyhteiskunnan piirissä heränneen harrastuksen köyhien kaitsemisen suhteen. Tämä ajatus palkattomien vapaaehtoisten käyttämisestä köyhäinapua saavien kotitarkastuksissa ja kodinhoidon neuvonnassa omaksuttiin useilla paikkakunnilla ennen kansalaissotaa. Huomattavaa oli, että jopa valtion virkamiehet olivat sillä kannalla, että vapaaehtoisten tuli olla osa kunnallista köyhäinhoidon järjestelmää. Hallinto turvautui myös kaupunkien naisyhdistysten apuun huostassa olevien lasten huollossa. (Satka 1994, 265–267.)

On huomattava, että 1900-luvun alkupuolella ainoita koulutettuja huolenpidon ammattilaisia olivat diakonissat, jotka toimivat sekä kuntien, että kirkon palkollisina. Diakonissan työ olikin sosiaalista, sielunhoidollista ja terveydenhoidollista. Ensimmäinen diakoneja kouluttanut laitos, joka oli samalla ensimmäinen opin väylä myös sosiaaliseen työhön, oli Helsingin diakonissalaitos, joka aloitti toimintansa jo vuonna 1867. (Satka 1994, 267–259.)

Köyhäinhoidon järjestäminen kiinnitti päättäjien huomiota vuosisadan vaiheessa, jolloin köyhäinhoitoa oli tarkoitus muokata ajanmukaisemmaksi ja humanimmaksi (Piirainen 1974, 20). Käytännössä tämä tapahtui asettamalla komiteoita selvittämään lastensuojelu- ja köyhäinhoitokysymyksiä. Myöskin päätettiin perustaa vaivashoidon tarkastelijan ja köyhäinhoidon neuvojan virat ohjaamaan huoltotoimintaa. (Niemi 1997, 5.) Näitten toimenpiteiden lisäksi ruvettiin ohjaamaan ja kouluttamaan niitä henkilöitä, jotka toimivat asiakkaan kanssa lähikosketuksessa sosiaalisissa asioissa. Nämä henkilöt olivat joko vapaaehtoisia hyväntekeväisyystyötä suorittavia henkilöitä tai palkattuja virallisen huoltotoimen piirissä toimivia. (Eskola 1981, 37.)

Konkreettisesti koulutus alkoi itsenäisyysajan alussa kunnalliskodeissa ja lastenhuoltolaitoksissa, jossa työskentelivätkin ensimmäiset huoltoalan ammattiryhmät. (Niemi 1997, 5.) Samaan aikaan ruvettiin myös kiinnittämään huomiota erilaisiin kursseihin ja pätevyysvaatimuksiin huoltotöitä tekeville ihmisille. Esimerkiksi köyhäinhoitolaitoksen johtajalta vaadittiin ylemmän kansakoulukurssin tiedot, sekä sellaisen ammattitutkinnon suorittaminen, jonka ylin tarkastusviranomaisen määräsi. Tutkinto ei kuitenkaan vaatinut syvemmän tietomäärän opiskelua, vaan perustui alan yleisten periaatteiden opiskeluun, esimerkiksi köyhäinhoidon, terveysthoidon ja sairaushoidon suhteen. Muuten tietopuolinen kurssi oli yhdistettävä harjoitteluun. (Mustala 1943, 318–319.)

4.2 Sosiaalihuollon koulutuksen aloittaminen

Voi sanoa, että varsinaisesti ensimmäisen sosiaalialan koulutuksen, eli huoltotyöntekijän koulutuksen sysäsivät liikkeelle vuonna 1936 säädetyt huoltotoimen peruslait. Lakipaketin yhteydessä päätoimisten huoltotyöntekijöiden tarve tuli esille selkeästi. Tärkeänä koulutuksen puolestapuhujana oli tuolloinen huoltoasiainosaston päällikkö, ylitirehtööri Einar Böök. Perusteluina koulutuksen kehittämiseksi vuonna 1936 hän mainitsi sen, että yhteiskunnallisen huoltotoiminnan kehittäminen on jo pidemmän aikaa kaivannut kehittämistä ja järjestämistä. Tarve sosiaalialan työntekijöille oli suuri

aikana, jolloin huoltotoimen lait olivat astumassa voimaan. Työntekijöille oli myös konkreettista tarvetta, työvoimaa tarvittiin etenkin kuntien sosiaalihuoltoon. (Niemi 1997, 8; KM 1972: A7, 62.)

Ilman koulutusta ja asiansa osaavaa henkilökuntaa lakien henkeä olisikin ollut varmasti hyvin hankala toteuttaa. Ehdotukset koulutuksen järjestämiselle menivät läpi ja sosiaalihuoltajakoulutus alkoi keskellä sota-aikaa, syksyllä 1942 Tampereen yliopistossa (KM 1972: A7, 21–22.) Ruotsinkielinen sosiaalihuoltajakoulutus alkoi Svenska Medborgarhögskolanissa hieman myöhemmin, vuonna 1943 (Vuorikoski 1999, 95). Valmistuneet sosiaalihuoltajat joutuivat näin keskelle haastavaa työkenttää.

Koulutukseen ei kuitenkaan päässyt kuka tahansa, vaan koulutukseen pyrkiviltä vaadittiin keskikoulun tietomäärää, lääkärintodistusta, sekä kahdeksan kuukauden esiharjoittelua. Opetuksen ja harjoittelun yhdistämisellä pyrittiin valmistamaan työntekijöitä, joilla olisi teoriapuoli ja käytännön työ hallinnassa. (Piirainen 1982, 31–34.)

Vaikka käytännöllistä ja tietopuolista opetuksen yhdistämistä pidettiin koulutuksen kannalta välttämättömänä, jäi alan oma tietopuolinen opetus varmasti kuitenkin vähäiseksi. Tämä johtui siitä, että kun koulutuksen alkupuolella alalla ei ollut vielä varsinaisesti omaa teoriapohjaa, jäi tietopuolinen opetus pitkälti muiden tieteenalojen varaan. Tuon ajan yliopistoissa sosiaalipolitiikkaa, psykologiaa ja sosiologiaa käsiteltiin lähinnä teoreettisista näkökulmista, jättäen pois käytännöllisen näkökulman. Ainoa käytännönläheinen tiede tuolloin oli kasvatustiede, mutta siinäkin käsiteltiin lähinnä kasvatukseen liittyviä kysymyksiä. (Niemi 1997, 12–13.)

Sosiaalihuoltajakoulutus ei ollut kuitenkaan ainoa tapa päästä alalle. Koska työvoiman tarve oli alalla suuri, ruvettiin 1940-luvulla järjestämään erilaisia lyhytmuotoisia kursseja, jotka olivat kestoltaan 4 - 6 viikkoa. Vuosina 1944-1946 pikakurssin suorittaneita olikin enemmän kuin varsinaisen sosiaalihuoltajakurssin suorittaneita (Niemi 1997, 19.) Tämä asettikin alalle valmistuneet epätasa-arvoiseen asemaan koulutuksen suhteen. Sosiaalihuoltajakoulutus oli virallisesti kaksi lukuvuotta kestävä,

mutta käytännössä opiskeluun kuuluvat harjoittelut pidensivät opintoja selvästi yli kolmen vuoden. (KM 1972: A7, 22; Niemi 1997, 15.)

Pikakurssien järjestämiseen tuohon aikaan oli varmasti kuitenkin omat painavat syynsä. Sota-ajan jälkeen olot olivat varmasti vaikeat ja sekasortoisetkin. Sosiaalialan työntekijöille työsarkaa siis varmasti riittikin. Tiivistetysti ilmaistuna sosiaalihuoltajakoulutuksen tärkein tehtävä oli soveltaa käytännössä yhä lisääntyviä sosiaalihuoltolakeja, jakaa sosiaalipoliittisia etuuksia niihin oikeutetuille, sekä tehdä perinteistä köyhäinhoitotyötä. (Kananaja 2008, 44; Satka 2007, 22.)

Sosiaalihoitajia oli toiminut eri organisaatioissa 1920-luvulta lähtien jo ennen kuin varsinainen sosiaalihoitajakoulutus alkoi. Tuolloin sosiaalihoitajat olivat suurimmaksi osaksi sairaanhoitokoulutuksen saaneita henkilöitä. Sosiaalityön tarve terveydenhoitoalalla kuitenkin laajeni ja 1940-luvulla syntyikin ajatus sosiaalihoitajakoulutuksen perustamisesta. Sosiaalihoitajakoulutus aloitettiin vuonna 1945. Koulutus kesti yhden lukuvuoden. Kun sosiaalihuoltajakoulutuksen painopiste oli enemmän lainsäädännöllisissä ja virallisissa tehtävissä, sosiaalihoitajakoulutukseen haettiin työtapoja amerikkalaisista sosiaalityön menetelmistä, eli caseworkistä, josta tiivistetysti seuraavassa. (Vuorikoski 1997, 96.)

Yhdistyneet Kansakunnat toivat Suomeen sosiaalialaan liittyvän ohjelman turvin angloamerikkalaisen sosiaalityön tietoperustan, caseworkin. Aluksi tähän menetelmään annettiin koulutusta sairaanhoitajaopistossa, josta se myöhemmin levisi yliopistoon ja yhteiskunnalliseen korkeakouluun. (Ahla 1950, 596.) Menetelmän pohjana olivat egopsykologiset ja psykodynaamiset teoriat inhimillisestä käyttäytymisestä. Keskeisiä periaatteita menetelmälle olivat työntekijän ja asiakkaan välinen suhde, sekä haastattelumenetelmään perustuvan diagnoosin ja hoitosuunnitelman tekeminen. Vuorovaikutussuhteessa työntekijän psykologinen tieto ja sen hyödyntäminen olivat tärkeässä osassa. Menetelmä pohjautuu Mary Ricmondin teokseen *Social Diagnosis*, joka ilmestyi vuonna 1917. (Satka 1997, 29; Vuorikoski 1999, 99.)

Käytännössä caseworkin pohjana toimi siis työntekijän ja asiakkaan välinen kahdenkeskinen keskustelu, jossa asiakkaalla oli mahdollista kertoa asiastaan ja

tilanteestaan vapaasti siten, että työntekijä ei voinut vaikuttaa kertomuksen kulkuun mitenkään. Lauri Tarvainen (1950, 467–470) kuvasi menetelmää voimakkaasti psykologispainotteisena, jossa huoltajan ja huollettavan välillä oli läheinen henkilökohtainen kosketus. Menetelmälle tärkeitä seikkoja olivat esimerkiksi omatoimisuuden hahmottaminen taloudellisessa ja sielullisessa mielessä, asiakkaan ja työntekijän tasa-arvoisuus, arvonanto asiakasta kohtaan, luottamuksellisuus, asiakkaan vapaaehtoisuus ja itsemääräämisoikeus.

Sodan jälkeen arkielämän vaikeuksien ratkomiseen alettiin tarvita entistä enemmän koulutuksen saaneita sosiaalialan ammattilaisia. Syynä tähän oli muun muassa lainsäädännön lisääntyminen, joka toi mukanaan sellaisia tehtäviä, joista ei vapaaehtoisvoimin ollut enää mahdollista selviytyä. Kuntien oli ruvettava palkkaamaan virkamiehiä, että huoltotoimen tehtävistä voitaisiin selviytyä. (Vuorikoski 1999, 97–98.) Vuosien 1943–1948 välisenä aikana perustettiin huoltosihteerin virka peräti 200 kuntaan (Vuorikoski 1999, 85).

Sosiaalityön tarpeet lisääntyivät radikaalisti vielä 1950-luvulle tultaessa. Tämä johti sosiaalityöntekijöiden määrän kasvuun ja alan koulutustarpeen lisääntymiseen. Myös sosiaalihuollon organisointia uudistettiin. Vuonna 1950 tuli voimaan sosiaalihuollon hallintolaki, joka velvoitti yli 4000 hengen asukkaat kunnat palkkaamaan viranhaltijoita. (Vuorikoski 1999, 97–98.)

Sodanjälkeinen yhteiskunnan muutos oli suuri. Maaltamuutto, kaupungistuminen ja teollistuminen sekä kohtuullisen elintason takaaminen tasapolisesti kaikille aiheuttivat uudenlaisia sosiaalisia ongelmia, joissa painopiste oli psykososiaalisissa seikoissa. Käytännössä nämä ongelmat ilmentyivät esimerkiksi henkilösuhteiden ristiriitoina ja yksilöiden sopeutumattomuutena elämän eri vaiheissa. Näihin ongelmiin pyrittiin löytämään ratkaisuja uudenlaisilla toimintatavoilla, joiden konkreettisia muotoja olivat esimerkiksi kirkon sielunhoitotyö, kasvatusneuvolatoiminnan laajentuminen sekä A-klinikkatoiminnan käynnistyminen. (Waris 1980, 40–41; Vuorikoski 1999, 98.)

Mirja Satkan (1997) mukaan sodanjälkeisen arkielämän ongelmiin, kuten avioeroihin, aviollisen seksuaalimoraalin rapautumiseen sekä lisääntyneeseen miesten päihteiden

käyttöön eivät ajastaan jälkeen jääneet huoltolait pystyneet vaikuttamaan. Uudet sosiaaliset ongelmakysymykset tulivat nyt keskeisiksi. Työnsä aloittavat sosiaalityöntekijät joutuivatkin tulkitsemaan työnsä kohteen uusista lähtökohdista ja heidän oli löydettävä uudet käytännölliset metodit niiden kohtaamiseen.

Kun hyvinvointivaltion toinen rakennuskausi alkoi 1960- ja 1970-luvuilla, tapahtui suomalaisessa yhteiskunnassa suuria ja vaikuttavia rakenteellisia muutoksia. Vaikka aineellinen elintaso oli tuolloin jo kohonnut, olivat muutokset niin syvällisiä, että ne lisäsivät sosiaalityön tarvetta. Tämä aiheutti uusia vaatimuksia sosiaalityön koulutuksen suhteen. Sosiaalityön tietojen ja taitojen edellyttämästä koulutustasosta heräsikin keskustelu 1970-luvun alkupuolella. Kysymys oli lähinnä siitä, tulisiko koulutustasona olla alempi vai ylempi korkeakoulututkinto. (Louhelainen 1997, 63–64.)

Vuonna 1972 työnsä valmiiksi saanut sosiaalityön koulutuskomitea uudistikin konkreettisesti sosiaalityön koulutuksen linjoja. Silloisen koulutuksen epäkohdiksi komitea näki koulutuksen hajanaisuuden ja koordinoimattomuuden, koulutustason alhaisuuden ja jatkokoulutuksen puutteellisuuden. Esille tulivat myös koulutuksen sisällölliset ja rakenteelliset epäkohdat, kuten koulutuksen määrällinen vähyyys sekä koulutuksen alueellisen sijoittumisen epätasaisuus. (KM 1972: A7, 89, 65–66.)

Tiivistetysti voi todeta, että sosiaalityöntekijöiden koulutuksen käytännön organisointi ei ole vastannut sosiaalityön kehittämistarpeita. Tätä kuvaa selkeimmin ehkä se seikka, että vuonna 1942 aloitettu sosiaalihuoltajakoulutus säilyi ensimmäiset 30 vuotta pääpiirteittäin samanlaisena huolimatta yhteiskunnan nopeasta muuttumisesta ja sosiaalipolitiikan kehittymisestä. Laajempia uudistuksia ryhdyttiin sosiaalityössä suunnittelemaan siis vasta 1970-luvulla. Niiden toteutukseen päästiin kuitenkin vasta 1980-luvun alussa, jolloin sosiaalityön koulutus korotettiin ylemmän korkeakoulututkinnon tasoiseksi ja koulutus laajeni useisiin yliopistoihin. (Vuorikoski 1999, 7.)

4.3 Päihdehuollon muotoutuva sosiaalityö

Ennen sosiaalihuoltajakoulutuksen aloittamista sosiaalinen työ päihteiden väärinkäyttäjille tarkoitetuissa laitoksissa oli pitkälti kuriin ja järjestykseen perustuvaa. Tämä ilmenee hyvin huoltolatoiminnan tehtävämäärittelystä, joka annettiin ohjesäännössä vuonna 1937. Sen mukaan: *”alkoholistihuoltolan tehtävänä on hoidon ja parantavan ohjauksen antaminen väkijuoman väärinkäyttöön joutuneille henkilöille. Siveellisen vaikutuksen sekä ruumiillisen ja henkisen työskentelyn avulla on pyrittävä huollettaville antamaan se ruumiillinen ja henkinen perusta ja siveellinen tahdon suunta, joka on omiaan palauttamaan heidät säännölliseen elämään”*. (Siltanen 1990, 24–27.)

Hoitomuodot olivat laitoksissa varsin suppeita verrattuna nykyaikaan. Huoltolan ympäristöllä katsottiin olevan tärkeä hoidollinen merkitys, luonnon läheisyydellä ja eläinten hoitamisella ajateltiin olevan parantavia vaikutuksia. Tärkein hoidon väline - ja ainoa laissa mainittu - oli työnteko, joka oli laitoksissa pakollista, eikä siitä voinut kieltäytyä. Varsinaisena hoitona voitiinkin katsoa olevan sen, että huollettava joutui väkisin irti viinasta ja työntekoon, minkä katsottiin parhaiten auttavan päihdeongelmaista. (Siltanen 1990, 24–27.)

Henkisen puolen kasvattamista muilla keinoin kuin työllä ei käytännössä varmastikaan näissä laitoksissa juurikaan ollut. Alkuaikojen huoltolat voitiinkin käsittää enemmänkin tuotantolaitoksiksi kuin hoitolaitoksiksi. Hoitolaitoksia voitiin pitää myös jossain mielessä rangaistuslaitoksina, koska valtaosin sinne tultiin pakkopäätöksellä, joka koettiin rangaistuksena sen tahdonvastaisuuden vuoksi. (Siltanen 1990, 24–27.)

Laitosten hoitomuodot lisääntyivät kuitenkin pikkuhiljaa. Pahoja fyysisiä vierotusoireita ryhdyttiin hoitamaan lääkkeillä. Mielialahoidon muotoja olivat laitoksissa järjestettävät hartaushetket ja hengelliset tilaisuudet. AA-liike alkoi levitä Suomessa 1950-luvulla ja kokouksia alettiin pitää laitoksissa jopa kolme kertaa viikossa. (Nieminen 2014, 41; Siltanen 1990, 28.) Laitoshoidon jälkeinen hoito pyrittiinkin kytkemään juuri AA-liikkeen kautta kotipaikkakunnalle. Muulla tavalla 1950-luvulla tulleet uudistukset eivät

huoltoloissa näkyneet. Toiminta laitoksissa pysyi erillään muussa yhteiskunnassa tapahtuneista muutoksista välittämättä. Varsinaisesti huoltolat alkoivatkin uudistua vasta 1970-luvulla, jolloin ryhmätyö -ja terapiamuodot saivat todella jalansijansa laitoksiin. (Siltanen 1990, 24–29.)

A-klinikkatoimintaa ruvettiin väkijuomakysymyksen tutkimussäätiön toimesta kokeilemaan vuoden 1954 alusta vuoden mittaisella kokeilujaksolla. Tarkoitus oli kokeilla vaikeimpiin alkoholin väärinkäyttäjiin terapialuontoista käsittelytapaa vuoden mittaisella aikajaksolla. Klinikoiden käyttöön asetettiin kaksi ostajaintarkkailijaa ja kuudelle tarkkailijalle annettiin yksilöllisen käsittelyn perustuva *social casework*-erikoiskoulutus. Alkon kirjastonhoitaja laati ostajaintarkkailussa ja A-klinikoilla käytettäväksi yksilöllisen casework-monisteen. (Immonen 1979, 132.) Caseworkiin pohjautuvan menetelmän käytön merkityksestä alkoholistien hoidon suhteen tuolloin kertoo jotain se, että ensimmäinen suomenkielinen caseworkiä käsittelevä teos oli Anne-Marie Hennumin: ”*Sosiaalityöntekijän osuus alkoholipotilaan hoidossa*” vuodelta 1958. (Härkälä 1992, 64.)

Ostajaintarkkailijoita ruvettiinkin kouluttamaan laajemmin A-klinikoiden työntekijöiksi. Koulutuksen painottuminen caseworkin psykologiseen lähestymistapaan toi Merja Laitila-Ukkolan (2005, 58–59) mukaan omat ongelmansa A-klinikan työtapoihin niiden työntekijöiden suhteen, jotka olivat ostajaintarkkailijan roolissa tottuneet kontrolli- ja valvontapohjaiseen järjestelmään. Koska sosiologisia juuria ei koulutuksessa alkuun ollut, jäivät sosiologian pohjautuvat keskeiset sosiaalisten ongelmien syntymekanismit ja taustat käsittelemättä. Tämä aiheutti sen, että työntekijöiden roolit ja tehtävät jäivät epäselviksi. Työnjako sosiaalihuollollisen ja terapeuttisen näkökulman suhteen oli selvä. Yleisesti omaksutun käsityksen mukaan A-klinikan sosiaalityön tehtävänä oli hoidollinen näkökulma, ei sosiaalihuollollinen, johon esimerkiksi asiakkaiden toimeentulo-ongelmat kuuluvat. Näin A-klinikat omalla toiminnallaan jo alusta alkaen erottautuivat sosiaalitoimistojen sosiaalityöstä ja kuntien harjoittamasta alkoholihuollosta. (Laitila-Ukkola (2005, 58–59.)

Caseworkin työtavalla oli kuitenkin tärkeä merkitys sosiaalityön työtapojen kehittymiselle. Kristiina Koskiluoman (2002, 25–26) haastattelemat Marjatta Eskola ja

Helmi Mäki toteavat, että psykoterapeuttinen harhailu sosiaalityössä jätti jälkeensä erittäin tärkeän uuden tavan suhtautua asiakkaaseen. Asiakasta ei kohdattukaan enää huollettavana tai hoidokkina, vaan ennen kaikkea samanvertaisena ihmisenä. Vuorovaikutus, ihmisen kohtaaminen ja kuunteleminen nousivat näin jo varhain päihdesosiaalityön tärkeiksi elementeiksi. Asiakkaan esittämiin asioihin uskallettiin reagoida ja omaa persoonallisuutta uskallettiin käyttää työvälineenä. (Koskiluoma 2002, 25–26.)

Laitila-Ukkolan (2005, 57) mukaan A-klinikkasäätiön perustamat A-klinikat olivat Suomessa ensimmäisiä instansseja, joissa ruvettiin 1950-luvun puolesta välistä lähtien käytännön tasolla puhumaan sosiaalityöstä ja hakemaan sosiaalityön koulutuksen suuntia kasvatustieteiden ohella. Sosiaalityöllä ja sosiaalityöntekijöillä oli tärkeä asema, kun A-klinikoita perustettiin.

Tämä oli seurausta useista eri tekijöistä. Sosiaalityöpainotteista A-klinikkatyötä ja päihdetyötä on perusteltu esimerkiksi sillä, että hallinnollisesti katsoen A-klinikkatoimi on kuulunut sosiaalihuoltoon. Tätä kautta A-klinikalla on historiallisia perinteitä, jotka ovat muokanneet sen toiminnan sellaiseksi, kun se nykyisin on. Alkuaikojen sosiaalityöntekijöiden tärkeään asemaan A-klinikoilla vaikuttivat myös casework -menetelmän kokeileminen ja hyödyntäminen Suomessa, taloudelliset resurssit, sekä lääkäri työvoiman vähyys. (Laitila-Ukkola 2005, 57.)

Pikkuhiljaa A-klinikoilla tapahtuva hoitotyö rupesi muuttumaan caseworkin terapiatyylisestä tavasta moniammatilliseksi. Klinikoiden ruvettiin käyttämään työotetta, jossa useamman alan edustajat olivat edustettuina. A-klinikoiden työryhmän muodostivat sittemmin sosiaalityöntekijä, sairaanhoitaja, lääkäri sekä myös psykologi, joissain harvinaisemmissa tapauksissa. Se, että A-klinikan työryhmässä on ollut saatavilla myös niin sanotusti alkoholistin sairauksien hoitoon erikoistuneita ammattilaisia sekä itse alkoholismisairausten ammattilaisia on mahdollistanut moniammatillisen työskentelyn, joka on tuottanut ja tuottaa edelleen tärkeitä välineitä päihdeongelman ymmärtämiselle ja käsittelylle. Koska työ on monimutkaista ja vaativaa, on hyvä saada esille erilaisia näkökulmia ja moniäänisyyttä. (Laitila-Ukkola 2005, 62; Takala & Lehto 1988, 114–115.)

Voi hyvin sanoa, että kunnallisessa sosiaalityössä oli vielä 1960-luvun lopulle saakka voimassa juridis-hallinnollinen huoltotyö. Tässä vaivais- ja köyhäinhoidon perinteisiin tukeutuvassa työssä oli vallalla autoritäärinen ja osin epäprofessionaalinenkin toimintatapa, jossa työntekijät olivat lähinnä köyhien kontrolloijia. Heidän tietoperustansa muodostivat pitkälti lautamiesjärki sekä vanhakantaiset moraalikäsitteet. Julkisen sektorin sosiaalityön muutokset tulivat ajankohtaiseksi 1970-luvun taitteessa, kun kunnallista sosiaalihuoltojärjestelmää alettiin muokata yleiseksi sosiaalipalvelujärjestelmäksi. Tuolle ajalle tyypillinen yhteiskuntatieteellisen ajattelun murros ja sosiaalihuoltokritiikki muokkasivat käsityksiä sosiaalisen työn tavoitteista. Oikeudenmukaisuus ja tasa-arvoisuus nousivat nyt tärkeiksi sosiaalityön aatteiksi. Myös keskustelu rakenteellisesta työotteesta käsitettiin yhtenä sosiaalityön haasteena. (Sipilä 2011, 60–61.)

Muutokset tapahtuivat käytännössä kuitenkin hitaasti. Tämän ilmeni konkreettisesti siten, että amerikkalaisen sosiaalityön vaikutteilta, eli sosiaalityön ryhmä, yksilö- ja yhdyskuntatyön menetelmiä ei opetettu sosiaalihuoltajakoulutuksessa vielä 1970-luvullakaan. Tähän oli syynä pitkältikin niin sanottu metodikiista, jossa vastakkain olivat amerikkalainen casework- menetelmä, sekä vanha juridis-hallinnollinen toimintatapa. Vanhaan kontrollipohjaiseen huoltotyöhön tottuneet huoltomiehet yrittivät todistaa, että uusin oppi ei soveltunut Suomen oloihin. (Satka 1994, 318–319.)

Tämä ei kuitenkaan estänyt käytännön työssä toimivia huolto- ja sosiaalityöntekijöitä soveltamasta eri oppeja tarpeen mukaan. Työn kohteena oli kuitenkin ihmisten arkielämän ongelmien ehkäiseminen ja lieventäminen. Tietoisuus yhdestä ammatista alkoikin hahmottua eri työpaikoilla työskentelevien työntekijöiden yhteisissä tapaamisissa. (Satka 1994, 318–319.) Tämä edesauttoi varmastikin sosiaalityötä myös päihteiden väärinkäyttäjien kohdalla. Myös päihdeongelmaiset kohdattiin enemmän tasavertaisina ihmisinä kuntien sosiaalitoimistoissa kuin ennen. Tämä oli tärkeää etenkin mahdollisten jatkohuoltojen kannalta, joihin sosiaalitoimistosta ihmisiä pyrittiin ohjaamaan.

Muutokset rupesivat näkymään myös päihdehuollon laitoksissa, jotka alkoivat irtautua työlaitoksen imagosta 1960-luvun lopulla alkaneen yleisen laitospöytäkirjan kriittisen ilmapiiriin vauhdittamana. Laitoksissa ruvettiin käyttämään ja kiinnittämään huomiota hoidollisiin käsitteisiin ja menetelmiin kuriin perustuvan toiminnan sijasta. Käytännössä tämä ilmeni siten, että terapeuttisesti orientoituneet sosiaalityöntekijät nousivat näiden laitosten johtavaksi henkilökuntaryhmäksi. Myös terveydenhoidon ammattilaisilta eli sairaanhoitajilta alettiin kysyä neuvoa fyysisiin ja psyykkisiin terveysongelmiin. (Takala & Lehto 1988, 111.)

Uudet terapeuttisiin menetelmiin perustuvat käytännöt otettiin käyttöön aluksi uusissa laitoksissa. Esimerkiksi vapaan Alkoholistihuollon kannatusyhdistys, joka perustettiin vuonna 1948, avasi joitain pelkästään vapaaehtoisesti hoitoon tuleville asiakkaille tarkoitettuja yksityisiä laitoksia. Näitä laitoksia kutsuttiin A-kodeiksi ja ne olivat valtion ja kuntainliittojen huoltoloita merkittävästi pienempiä. Nämä laitokset olivatkin terapeuttisen hoitotyön edelläkävijöitä. (Takala & Lehto 1988, 111.)

Uusia hoidollisia ajatuksia kehiteltiin myös vuonna 1951 toimintansa aloittaneessa Alkoholistien vastaanottolaitoksessa, joka muutti nimensä myöhemmin Järvenpään sosiaalisairaalaksi. Laitosta pidettiin vuosikymmenten ajan julkisen alkoholistihuollon kärkilaitoksena. Ajalle tyypillisesti laitoksen nimittäminen sairaalaksi ja sen johtajalta edellytetty lääkärin koulutus heijastelee 1950-luvulle tyypillistä ajattelutapaa, että kaikkein korkeatasoisin alkoholistien käsittely voi perustua lääketieteeseen. Normaalilla alkoholistien huollolla ei lääketieteellä ole kuitenkaan sijaa. (Takala & Lehto 1988, 111.)

5. Tarve uudenlaisille päihdepalveluille

5.1 Kritiikki vallitsevaa järjestelmää kohtaan

Muutoksen tarve yhteiskunnassa ja myös sosiaalihuollossa rupesi konkretisoitumaan 1960-luvulle tultaessa. Edellisen vuosikymmenen ideologisesti köyhä, poliittisesti ja kulttuurillisesti ahdasmielinen ja kapea katsantokanta ei enää soveltunut uudelle vuosikymmenelle. Uuden vuosikymmenen arvot, kuten suvaitsevaisuus, sallivuus ja erilaisuuden hyväksyminen olivat esillä enemmän kuin koskaan aiemmin. Sosiaalisesta turvallisuudesta ja tasa-arvoisuudesta tulikin uudelle vuosikymmenelle siirryttäessä tavoiteltavia päämääriä. (Suonoja 1992, 482; Sosiaaliturva 80-luvulla 1980, 22.)

Suomessa nämä uudet päämäärät kytkeytyvät 1960-luvun sosiaalipolitiikan laajempaan opilliseen muotoutumiseen, jonka opit perustuivat Keynesiläiseen talouspoliittiseen ajatteluun. Käytännön esimerkkeinä toimivat skandinaaviset hyvinvointivaltiot. Uuden ajattelun mukaan sosiaalipolitiikkaa alettiin perustella kaikille kuuluvana kansalaisoikeutena, palveluita tuli tarjota sukupuoleen ja ikään katsomatta kaikille kansalaisen kriteerit täyttävälle. (Satka 1994, 304.)

Opin suomalaisena alulle saattajana voidaan pitää valtiotieteen tohtoria Pekka Kuusta. Hänen mukaansa sosiaalipolitiikka oli uusi käsite, joka etsi paikkaansa muotoutuvan yhteiskuntapolitiikan kentän sisällä. Sosiaalipolitiikka voitiin käsittää osaksi yhteiskuntapolitiikkaa, jonka päämääränä tulisi olla kansalaisen paras. Sosiaalipolitiikka voitiin siis nähdä keinona toteuttaa uudenlaista ihmisen parasta ajavaa yhteiskuntapolitiikkaa (Satka 1994, 304; Kuusi 1961, 14–18.)

Muutos aiemmasta kontrolloivasta sosiaalityöstä palveluja tarjoavaan työhön ei tapahtunut itsestään. Suomen kulttuurinen ja poliittinen kansainvälistyminen edesauttoi 1960-luvulla tapahtunutta yhteiskunnallista ja aatteellista murrosta. Uusi sukupolvi muodosti etujoukon, jonka radikalismi leimasi koko vuosikymmentä. Kritiikki kohdistui suurelta osin myös sosiaalihuoltoon, josta tulikin osa 1960-luvun yhteiskunnallista keskustelua. Sosiaalihuollon jälkeenyäneisyyteen kiinnittivät

huomiota etenkin marxismista vaikutteita saaneet vasemmistolaiset yhteiskuntatieteilijät. (Eskola 1973, 311–312; Satka 1994, 303.)

Tutkijoita ja opiskelijoita kiinnosti erityisesti hoitolaitoksissa olevien ihmisten oikeudellinen asema ja hoidon pakkovaltaisuus. Yhteiskuntaluokkien väliset tulonjakoon liittyvät seikat kiinnostivat myös. Voi sanoa, että muutoksen herättelijät olivat suurelta osin liikkeellä hyvillä motiiveilla. Suomen sosiaalihuolto eli kuitenkin vielä 1960-luvulla kovan kontrollipolitiikan ja esimiesvallan aikaa, joka oli useissa maissa jo jäänyt taakse. (Eskola 1973, 311–312; Satka 1994, 303.)

Syntynyt yhteiskunnallinen keskustelu edesauttoi uudenlaisen kansanliikkeen, nimeltään Marraskuun liikkeen syntymistä. Liikkeen tarkoituksena oli pyrkiä ajamaan vähemmistöryhmien ja vähäosaisten asiaa ottaen asioissa huomioon vasemmistolaiset näkökulmat. Marraskuun liikkeen syntymiseen vaikutti keskeisesti Lars D. Erikssonin toimittama teos pakkoauttajat, joka ilmestyi vuonna 1967. Yleisesti teoksen kritiikki ja arvostelu kohdistuivat tahdonvastaisiin toimiin ja vapaudenriistoon sosiaalihuollossa. Kirjassa pohdittiin muun muassa velkavankeutta, koulukotia, mielisairaala, asevelvollisuutta, irtolaisuutta ja työlaitoksia koskevia ongelmia. Liikkeen tavoitteena oli ajaa järkipäistä ja inhimillistä kontrollipolitiikkaa. (Laitila-Ukkola 2005, 15; Suonoja 1992, 483–484.)

Kontrollipolitiikalla tarkoitettiin tässä yhteydessä niiden toimenpiteiden kokonaisuutta, joilla yhteiskunta ylläpitää yhteydenmukaisuutta ja valvoo poikkeavaa käyttäytymistä. Järkipäisyydellä taas tarkoitettiin sitä, että kontrollipoliittisia vaihtoehtoja arvioitiin niiden tosiasiallisten seuraamusten mukaan. Inhimillisyydellä tarkoitettiin sitä, että kun arvioidaan kontrollipoliittisten vaihtoehtojen kustannuksia, niitä ovat myös poikkeaville yksilöille aiheuttamat kärsimykset (Jotain sellaista radikaalia aikoinaan 1998, 122.)

Sosiaalihuoltokritiikki ja yhteiskuntatieteellisen ajattelun murros muuttivat käsityksiä myös sosiaalisen työn tavoitteista. Sosiaaliset ongelmat määriteltiin uudella tavalla. Moraalittomuuden ja järjestyshäiriöiden sijasta ensisijaisena ongelmana alettiin korostaa tiettyjen ihmisryhmien alioikeutettua asemaa. Heiltä katsottiin puuttuvan poliittisia ja taloudellisia resursseja, joiden avulla he voisivat vaikuttaa elämäänsä.

Nähtiin tärkeäksi ruveta korostamaan yhteiskunnallisten epäoikeudenmukaisuuksien lieventämistä. (Satka 1994, 326.)

Tähän uudenlaiseen yhteiskunnan rakentamiseen eturintamaan ryhdyttiin vatimaan erityisesti sosiaalityöntekijöitä. Sosiaalityöntekijöiden tuli ryhtyä taisteluun oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon puolesta alioikeutettujen ryhmien kanssa. Käytännössä tämän tarkoitti tarkoittamaan erilaisten mahdollisuuksien tarjoamista alioikeutetuille ja heidän yhteiskunnallisen tietoisuutensa lisäämistä. (Satka 1994, 326–327.)

Vaikka nämä radikaalin sosiaalityön oppeihin perustuvat sosiaalityön ideat jäivät sellaisinaan toteutumatta, jättivät ne silti jälkensä keskusteluun. Alettiin vaatia, että sosiaalityöntekijän olisi muututtava yhteiskunnalliseksi muutostyöntekijäksi, jonka toimenpiteet perustuivat yhteiskunnan ja sen sosiaalipolitiikan huomioon ottamiseen. Tämän voidaankin katsoa olevan pohjana Suomessa rakenteelliselle sosiaalityölle. (Satka 1994, 326–327.)

5.2 Yhteiskunnallinen muutos uudenlaisten päihdepalvelujen vauhdittajana

1960-luvulla vallinnut radikaali ilmapiiri vaikutti myös ajan alkoholipolitiikkaan. Poliittisille päättäjille paineita loivat esimerkiksi yksityisen elinkeinoelämän tahot, erityisesti matkailuelinkeinot sekä kotimainen alkoholiteollisuus. Paineet johtivat alkoholipolitiikan vapauttamiseen, jonka seurauksena alkoholinkäyttö alkoi kasvaa rajusti. (Mäkelä 1977, 77–78.)

Alkoholijuomien tilastoitu kulutus yli kolminkertaistui vuoden 1960 1,85 litrasta vuoden 1974 6,5 litraan ja säilyi sen jälkeen 6-7 litrassa vuoteen 1986 saakka. Keskeisimmät alkoholipoliittiset muutokset, jotka vaikuttivat kulutukseen, olivat vuonna 1968 tapahtunut alkoholilain uudistus¹⁰ sekä keskioluen myynnin vapauttaminen Ruotsin

¹⁰ Alkoholilaki 459/1968

mallin mukaisesti myyntiin elintarvikeliikkeissä.¹¹ Alkoholinkulutus kasvoikin vuodesta 1968 vuoteen 1969 jopa puolella. (Härkönen 2012, 34; Österberg 1983, 70.)

Lisääntynyt alkoholinkulutus tuo mukanaan alkoholista aiheutuneita haittoja. Kasvaneet haitat ja kontrolliyhteiskuntaa kohtaan kohdistettu yhteiskunnallinen arvostelu vaikuttivat myös päihdehuoltojärjestelmään. Asenteet päihteiden väärinkäyttäjien huollon suhteen alkoivat muuttua. Huoltolajijärjestelmä alettiin käsittää viimesijaisena keinona, kun päihteiden väärinkäytöstä aiheutuneita ongelmia ryhdyttiin ratkaisemaan. Tärkeimmäksi tavoitteeksi tuli pyrkiä ratkaisemaan päihteiden väärinkäytöstä aiheutuneet ongelmat ennen kuin ne syntyivät. (KM 1978:40, 28–30; Härkönen 2012, 3.)

Keskeiseksi työvälineeksi näiden asioiden ratkaisemiseksi muodostui valtiollinen päihdepolitiikka, jonka avulla pyrittiin vaikuttamaan alkoholipolitiikkaan ja yhteiskuntapolitiikkaan siten, että se vaikuttaisi koko yhteiskuntaan vaikuttavaan päätöksentekoon ja suunnitteluun. Yleisten sosiaalipalveluiden, terveyspalveluiden ja päihdehuollon erityispalvelujen kehittäminen ja tuottaminen olivat ne keinot, joilla pyrittiin vähentämään ja ehkäisemään päihteiden ongelmakäyttöön liittyviä haittoja. Avohuoltopalvelujen, kuten A-klinikoiden, nuorisoasemien, päiväkeskusten ja muun avomuotoisen toiminnan tuottaminen tuli keskeiseen asemaan. Myös päihdehuollon asiakkaan omaa vastuuta päihdeongelmasta alettiin korostaa. (KM 1978:40, 28–30; Härkönen 2012, 3; Kaukonen 2000, 109.)

Vaikka päihdehuollon avopalveluja oli siis ollut olemassa muun muassa A-klinikkatoiminnan muodossa 1950-luvun loppupuolelta lähtien, eivät ne kuitenkaan olleet kovin keskeisessä asemassa päihdehuollossa. Laitosten rooli päihdehuollon järjestämisessä oli suuri vielä 1980-luvun lopulle saakka. Tällöin Suomessa oli väestömäärään ja päihteiden kulutuksen tasoon suhteutettuna yksi maailman kattavimmista ja laitosvaltaisimmista päihdehuollon erityispalveluverkostoista. Tosin tuolloin päihdehuollon palvelut olivat vielä osa sosiaalihuollon hallintorakennetta, mikä

¹¹ Laki keskioluesta 462/1968

takaisi palveluiden kohtuuhintaisuuden. Myös niiden kapasiteetti oli varsin tehokkaassa käytössä. (Kaukonen 2000, 74–75; Kaukonen 2005, 312.)

Tilanne muuttui oikeastaan vasta 1990-luvun lamavuosien myötä, jolloin tavoitteeksi otettiin koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen muuttaminen avohoitopainoiseksi. Rahanpuutteen myötä säästäminen ja toimintojen tehostaminen tulivat tärkeiksi seikoiksi. Kunnissa tehtiinkin huomattavia supistuksia järjestöjen ja kuntayhtymien päihdehuollon ostopalvelumenoihin, erityisesti laitospuolta koskien. (Kaukonen 2005, 312; Kaukonen 2000, 68.)

Pysyvämmät muutokset tehtiin kuitenkin vasta 1990-luvun puolivälistä alkaen, kun valtio ja kunnat eivät olleet enää niin sitoutuneita ylläpitämään palveluja. Kunnat purkivat noin kolmasosan omasta päihdehuollon erityiskapasiteetistaan ja siirtyivät yhä enemmän ostopalvelujen käyttöön. Järjestöt rupesivatkin nopeassa tahdissa valtaamaan alaa sekä avo-että laitospuoleisten päihdepalvelujen järjestäjänä. Kunnille jäi jäämään yhä suuremmassa määrin pelkkä palvelujen tilaajan ja maksajan rooli. Samalla kunnat luovuttivat kolmannelle sektorille päihdepalvelujen sisällöllisen asiantuntemuksen, eli sen tilaajaosaamisen, joka on ostopalveluihin nojaavan kunnallisen päihdepalvelupolitiikan edellytys. Tultaessa 2000-luvulle järjestöt tuottivat jo yli puolet päihdepalveluista. (Kaukonen 2005, 312–313.)

6 Medikalisaatio päihdehuollossa

6.1 Sairausdiskurssi lääketieteellistymisen edistäjänä

Käsitys liiallisesta alkoholinkäytöstä sairautena pohjautuu mitä ilmeisemmin jo muinaisen Rooman aikoihin. Kuitenkin alkoholismista ja sen diagnosoimisesta tuli osa lääketiedettä Ruotsalaisen lääkärin, Magnus Hussin toimesta, joka loi vuonna 1849 käsitteen alkoholismi ja luokitteli sen tieteellisesti. Kuitenkaan vaikka alkoholismi näin määriteltiin lääketieteeseen kuuluvaksi, ei sitä vielä pidetty sairautena vaan moraalin piiriin kuuluvana asiana. (Puhakka 2000, 87.)

Sairaus on myös määritelty sosiaalisen poikkeavuuden muodoksi. Poikkeavuuden määrittelyssä on ollut kolme keskeistä paradigmaa: poikkeavuus rikoksena, poikkeavuus syntinä ja poikkeavuus sairautena. Nämä paradigmat ovat vaihdelleet ja kilpailleet keskenään eri aikoina. Teologisen maailmankuvan aikaan poikkeavuus oli syntiä. Kansallisvaltioiden muodostumisen aikaan poikkeavuus määrittyi rikokseksi. Nykyajan tieteellisesti orientoituneessa maailmassa entistä useammat poikkeavuuden muodot määritellään lääketieteen käsittein, eli sairauksiksi (Rintala 1995,17.)

Päihdeongelman perinteinen luokittelu Suomessa on kaksijakoinen. Päihdeongelma on ollut joko kurinpidollisin toimin hoidettava paheeksi luokiteltu ongelma, tai hoidollisin keinoin hoidettava sairaudeksi luokiteltu ongelma. Jos päihdeongelmaan puututaan, keinot riippuvat siitä kumpi mainituista vaihtoehtoista valitaan. Konkreettisine käytännön hoitokeinoina ovat siis yksilön hoito tai rankaisu. (Lohiniva 1985, 124–138; Majava 1985, 124–138.)

Oikeastaan ensimmäistä kertaa alkoholismin ymmärtäminen sairautena otettiin päättäjien taholta esille vuoden 1930 toisilla valtiopäivillä. Valtiopäivien mukaan tapajuoppoja tulisi käsitellä enemmän sairaina kuin rikollisina. Sairausdiskurssi

päihdeongelmaisten suhteen tuli siis esille jo tuolloin, vaikka itse keinot painottuivatkin vielä pakkokeinoihin. (Talousvaliokunnan mietintö 5/1930 II vp; Härkönen 2012, 16.)

Varsinaisesti sairausdiskurssi nostettiin esille päättäjätahojen puolesta vuoden 1949 komiteamietinnössä. Mietinnön mukaan oli mahdollista, että alkoholin käyttö voi aiheutua jostakin sairaalloisuudesta, jonka ensisijainen hoitokeino oli joku muu kuin huoltolaan sijoittaminen. Komitea kiinnitti huomiota alkoholistien lääketieteelliseen hoitoon. Mietinnön mukaan avohuollossa oleviin alkoholin väärinkäyttäjien lääkinälliseen huoltoon tuli kiinnittää enemmän voimavaroja ja huomiota, mikäli nämä toimenpiteet voisivat estää tai jopa parantaa alkoholismien kehittymistä (KM 1949:7, 64.)

Nämä ajatukset olivat jalostuneet mukaan vuoden 1959 hallituksen esitykseen raittiushuoltolaiksi. Esityksen mukaan alkoholismia koskeva tutkimus oli edistynyt alkoholistilain voimassaoloaikana. Tämä puolestaan oli johtanut uudenlaisten hoitomenetelmien käyttöön alkoholismien hoidossa, esimerkiksi lääkinällisen hoidon tulehusten suhteen. (HE 138/1959 vp, 1.) Esityksen pohjalta muodostuneen PAV-lain myötä alkoholismi alettiinkin nähdä yhä enemmän sairautena kuin ennen. Diskurssi edesauttoi varmasti myös uudenlaisten käsitysten ja hoitomenetelmien tulossa alkoholistien hoitoon aiempaan rankaisemiseen perustuvan hoidon sijasta. (Härkönen 2012, 79.)

Antero Puhakan (2000, 87) mukaan alkoholismien ymmärtäminen kansalaisten keskuudessa moralistisesta paheksunnasta sairauteen vaikutti keskeisesti AA:n perustaminen ja sen oppien leviäminen 1930-luvulta lähtien. AA-liikkeen jäsenten keskuudessa alkoholismi ymmärretään sairautena, johon ainoana toimivana hoitokeinona on täysraittius. Koska liikkeen jäsenet ovat hyvin usein raitistuneita alkoholisteja, jotka ovat selvinneet juomakierteestään vertaistuen eli AA-liikkeen avulla, on se varmasti edistänyt sairausdiskurssin leviämistä jäsenten toimesta.

6.2 Medikalisaation tulo päihdehuoltoon

Medikaalisaatio voidaan tulkita kahdella eri tavoin. Sillä voidaan tarkoittaa lääketieteen kiinnostuksen laajenemista alueille, jotka voivat olla erittäin tärkeitä sairauksien ennaltaehkäisyyn, hoidon ja ymmärtämisen kannalta. Toisaalta sillä voidaan tarkoittaa sairauden tai terveyden leiman liittämistä entistä useampiin ilmiöihin, kuten vanhenemiseen, terveyden edistämiseen, toimintakykyyn ja poikkeavuuteen (Rintala 1995, 16; Tuomainen ym. 1999, 15.)

Medikalisaation vaarana on siis se, että näin arkipäiväiset asiat voidaan käsittää diagnosoitavina lääketieteellisinä ongelmina, joiden hoitoon ammattiapu on välttämätön (Rintala 1995, 16; Tuomainen ym. 1999, 15). Taina Rintala (1995, 16) toteaa lisäksi, että lääketieteelliset menetelmät voidaan käsittää uutena sosiaalisen kontrollin muotona, jossa erilaisille ilmiöille kuten liikalihavuudelle, sukupuolisen käyttäytymisen häiriöille, huumeiden käytölle ja alkoholismille on annettu sairauden leima. Näille ilmiöille sitten haluttu antaa lääketieteellinen diagnoosi.

Suomalaiselle päihdehuoltomallille oli 1970-luvulle tultaessa ominaista tulkita alkoholikysymys sosiaalitieteelliseltä kannalta, jossa päihtymys nähtiin keskeisempänä ongelmana kuin alkoholismi. Alkoholiongelmat käsitettiin keskeisesti sosiaalisen elämän ongelmina ja näin alkoholikysymysten hallinnointi tapahtui ensisijaisesti sosiaalihuollossa. Lääkäreillä ei ollut riittävästi myöskään koulutusta päihdehaittojen ehkäisyyn tai hoitoon. Tärkeää tälle niin sanotulle ei -medisiiniselle mallille oli se, että asiakkaalle ei annettu perusteettomia paranemislupauksia. (Kaukonen 2000, 125.)

Tilanne ei muuttunut 1970-luvullakaan vaikka sairausdiskurssi oli siis ollut esillä jo kymmeniä vuosia. Ennen 1980-lukua Suomen päihdehuollossa alkoholiongelma käsitettiin vielä lähinnä sosiaalisesti kysymykseksi. Järjestelmä oli sosiaalityöpainotteinen ja lainsäädäntö korosti alkoholin väärinkäytöstä aiheutuneita sosiaalisia haittoja. Tämä aiheutti terveydenhuollollisen näkökulman jäämisen paitsioon. (Peltoniemi 1983, 297–298.)

Yhtenä konkreettisenä ilmentymänä vähäisestä medikalisaatiosta oli esimerkiksi se, että päihdehuollon laitokset olivat, Järvenpään sosiaalisairaala lukuun ottamatta, sosiaalityöntekijöiden johtamia. Varmasikin sosiaalityövaltaisuudella oli hyvät ja huonot puolensa. Hyvinä puolina voidaan mainita vaikkapa se, että päihdehuollon sosiaalityöjohtoisuus mahdollisti laajat terapeuttiset avohuollon palvelut vapaaehtoisesti hoitoon hakeutuneille. Hyvänä puolena oli myös se, että päihdehuollon erityispalveluihin voitiin omaksua monia sellaisia ulkomaisia malleja, aina terapeuttisesta avohoidosta myllyhoitolaitoksiin saakka, jotka oli kehitetty syntymämaassaan niiden sairausvakuutuksen ja terveydenhuoltojärjestelmän pohjalle. (Takala & Lehto 1988, 122–123.)

Medikalisaation eteneminen Suomessa tapahtui siis suhteellisen hitaasti 1970-luvulla. Yhtenä syynä tähän Jukka-Pekka Takala ja Juhani Lehto (1988, 121) esittävät, että Suomessa terveyspalvelujen tuotannossa sosiaalivakuutuksen osuus oli pienempi ja julkisten organisaatioiden osuus suhteellisesti suurempi kuin niissä länsimaissa, joissa alkoholihoito oli medikaalistunut pisimmälle, kuten esimerkiksi Alankomaissa, Saksassa ja Yhdysvalloissa. Tuolloin yksityisiä palveluita ei Suomessa ollut lähellekään niin paljon kuin nykyään ja niille riittikin asiakkaita ilman medikaalistumistakin. He otaksuvatkin, että medikalisoituminen tulee etenemään tulevaisuudessa, jossa he olivatkin aivan oikeassa.

Medikalisaatio päihdehuollossa ei edennyt 1980-luvullakaan. Takala & Lehto (1988, 122) toteavat, että mikäli medikalisaatiota mitattaisiin esimerkiksi alkoholismin sairausdiskurssin omaksumisen laajuudella, lääkärikunnan asemalla päihdehuollossa, terveydenhuoltoviranomaisten vastuulla päihdehuollosta tai päihdeongelmaisten asemalla verrattuna muitten maitten sairaiden asemaan, Suomen päihdehuoltojärjestelmä oli medikaalistumaton.

Ei-mediisiininen malli oli siis vielä 1980-luvun puolivälin Suomessa tukevalla pohjalla. Autoritääriin suhtautuminen juoppoihin oli vähentynyt, vaikkakaan ei lääketieteen laajenemisen tietä. Muualla maailmassa päihdeongelmien jäsenitys kehittyi työnjaollisena siirtymänä kurinpitoviranomaisilta lääkintäviranomaisille. Suomessa se

tapahtui kehittämällä sosiaalihuoltoa ja -työtä terapeuttiseen suuntaan sekä laajentamalla palvelujärjestelmää (Kaukonen 2000, 125.)

Terveydenhuollon kiinnostus päihdeongelmia kohtaan oli myöskin 1980-luvun lopulle tultaessa vähäistä. Hoitomuodot kohdistuivat lähinnä terveyskasvatuksellisiin menetelmiin ja lievimpiin alkoholiongelmiin. Painipisteenä oli ollut lähinnä alkoholiongelmiin ehkäisy ja toteaminen kuin vakavien sairauden asteelle ehtineiden ongelmien hoito. Tämä painopiste pysyi samana sittemmin koko 1990-luvunkin. (Murto 2003, 170.)

Kun päihdehuolto 1980-luvulla erikoistui ja professionalistui, keskitti uudenlainen hoitojärjestelmä huomiotaan aiempaa enemmän itse tautiin, eli alkoholi- tai muuhun päihderiippuvuuteen ja niitten parantamiseen. Tämä toi mukanaan uusiin hoidollisiin ideologioihin perustuvia palveluita, joita markkinoitiin usein hyvinkin väljillä tuloksellisuuslupauksilla. (Kaukonen 2000, 125.)

Selkeimmin tämä kehitys on Olavi Kaukosen (2000 125–126) mukaan ollut nähtävillä huumehoitoyön kehityksessä. Huumehoidot on aina jäsennetty enemmän lääketieteellisiksi kuin sosiaalihuollollisiksi ongelmiksi. Lääke- ja huumeriippuvaisuuden hoito onkin painottunut aina enemmän mielisairaalahoitoihin kuin erikoistuneissa päihdehuollon yksiköissä tehtäviin hoitoihin.

Vaikean laman aikaan 1990-luvulla päihdeongelmaisten oli vaikeaa löytää maksajaa tarkoituksenmukaiselle hoidolle. Erytisen vaikea tilanne oli suonensisäisten huumeiden käyttäjillä, jotka hakivat korvaushoitoa. Korvaushoitoa ei ollut kuitenkaan Suomessa saatavilla ennen 1990-luvun loppupuolta. Kun hoitoa ei ollut saatavilla päihdehuollon erityispalveluissa, haettiin sitä ulkomailta tai yksityislääkäreiltä. Tällä tavoin kuva huumehoidosta alkoi medikalisoitua ja kapeutua, mikä puolestaan vaikeutti asiakkaiden sosiaalisten ongelmien käsittelyä. (Murto 2002, 172.)

Korvaushoitosten nähtiinkin merkitsevän muutosta suomalaisessa tavassa hoitaa huumeriippuvuutta. Kun aiemmin hoidot olivat perustuneet ennen kaikkea erilaisiin psykososiaalisiin lähestymistapoihin, tulivat nyt lääkkeelliset hoidot tärkeiksi. (Selin

2011, 11–12.) Psykososiaalisten huumehoitojen kannalta lääkkeelliset hoidot nähtiin ongelmallisina, koska niissä tärkeimpänä hoidon tavoitteena oli huumeiden käytön lopettaminen. Lääkkeiden käytön nähtiin myös johtavan riippuvuuden paranemisen sijasta uuteen riippuvuuteen, joka aiheutui siis korvauslääkkeistä. (Selin 2011, 12.) Päihdetyön suhde medikaalisatioon riippuu siis pitkälti päihteiden käyttömuodoista ja -tavoista. Ne määrittävät osaltaan päihdehuollon tehtäviä ja hoitomallin valintaa. Huumeiden käytön kasvu onkin lisännyt lääketieteellisiin hoitomalleihin ja lääkäreihin kohdistuvia odotuksia. (Murto 2002, 175.)

Sittemmin lääketiede onkin vallannut alaa päihdehuollossa 2000-luvun alkupuolelta lähtien. Tästä ovat selvimpinä osoituksina EU-direktiivin mukainen rattijuopumuksesta kiinnijääneiden hoitoonohjaus, ajokortin takasin saamisen edellytyksenä oleva lääketieteellinen arviointi ja lisääntynyt huumeiden vaatiminen. Myös huumeruiskujen vaihtotoiminta ilman sosiaalista tukitoimintaa kuuluu edellä mainittuun kategoriaan. Nämä toimenpiteet on nähty osana laajempaa kehityssuuntaa, jossa kontrollointi päihteiden käytön suhteen on siirtymässä oikeudellisesta järjestelmästä kohti lääketieteellistä. (Murto 2002, 177.)

6.3 Medikalisaatio uhkana päihdehuollolle

Medikalisaation myötä lisääntynyt panostaminen pelkästään terveydenhuollon voimavaroihin ei välttämättä ole paras keino edistää väestön terveyttä. Tämä näkyy myös päihdehuollon sektorilla, jossa terveydenhuoltoon lisätyt resurssit voidaan nähdä terveydenhuollon valtaa kasvattavana asiana. Tämä voi muuttaa päihdehuollon toimintaympäristöä ja uhkaksi sosiaalisen näkökulman kannalta nousee se, että sosiaalityötä tullaan määrittelemään enemmän terveydenhuollon näkökulmista käsin. (Tuomainen ym. 1999, 57–58; Laitila–Ukkola 2005,105.)

Sosiaalityön ja lääketieteen lähestymistavan ero on siis tärkeä seikka. Lääketieteen vahva asema voi tulla esille etenkin niissä organisaatioissa, joissa päihdehuolto on järjestetty terveydenhuollon ehdoilla. Näissä organisaatioissa luonnontiede voi tulla

ennen psykologista ja sosiaalista tietoa. Myöskään tasavertaisen ja tieteidenvälisen dialogin toteutuminen voi olla vaikeaa terveydenhuollon hierarkkisessa rakenteessa, jossa pohjalla on lääketieteen vahva institutionaalinen asema. (Metteri 1996, 147, 152.)

Tältä pohjalta nousee perustavanlaatuisesti huolenaiheeksi siis lääketieteen ja sosiaalityöiden välinen valtataistelu, jonka on koettu olevan konkreettinen uhka päihdehuollolle. Käytännössä valtataistelussa kysymys on yleensä esimerkiksi hallinnollisista järjestelyistä tai organisaation johtamisesta. Lääkärijohtoinen päihdehuollon järjestäminen lujittaa päihdeongelman ja lääketieteen suhdetta. (Laitila-Ukkola 2005, 103.) Sama voi päteä kuitenkin varmastikin myös toisinpäin, eli jos sosiaalityön ammattilainen johtaa päihdehuollon järjestämistä, voi se johtaa sosiaalityön ja päihdeongelman suhteen lujittumiseen.

Mikko Mäntysaari (2006, 122) nostaa esille päihdehuollossa tapahtuneen muutoksen sairaanhoidon suuntaan. Kun vielä 1980-luvulla lähes kaikki asiakkaat olivat vielä perinteisiä alkoholisteja, olivat he jo 2000-luvun puolivälissä käytännössä kaikki sekakäyttäjiä. Alkoholien rinnalla käytettiin ja käytetään edelleenkin hyvin paljon erilaisia lääkkeitä ja huumeita. Lisääntynyt sekakäyttö asettikin tuolloin hoitojärjestelmälle huomattavan haasteen, johon erikoissairaanhoidon rupeksi vastaamaan. Muutos tässä suhteessa oli huomattava, koska aiemmin päihdehuolto liitettiin voimakkaasti sosiaalihuoltoon, kuten aiemmin todettiin. Muutos on aiheuttanut myös aukkoja sosiaalityön osaamisen suhteen. Anu Leinonen (2008, 23–24) puhuu eri palveluiden palveluaukoista ja tulee siihen päätelmään, että päihde- ja mielenterveystyössä oleellinen palveluaukko on sosiaalityön osaamisen marginaalisuus hoidollisuutta korostavassa päihde- ja mielenterveystyössä.

Lääketieteellistymisen tuloa päihdehuollon kuntoutusjärjestelmään kuvastaa hyvin myös niin sanotusti virallisen kuntoutusajattelun kuva, joka on pitkälti Kansaneläkelaitoksen määrittelemää. Kuntoutuksen ja kuntoutusrahan piiriin pääseminen edellyttää hyvin usein sitä, että kuntoutettavan täytyisi olla käytännössä ongelman varhaisvaiheessa oleva työssä käyvä henkilö. Todellisuudessa tällaisia päihdekuntoutuksessa olevia henkilöitä on hyvin vähän suhteutettuna muihin kuntoutuksessa oleviin. Käytännössä valtaosa henkilöistä, jotka käyttävät päihdehuollon

erityispalveluja ovat valtaosin pitkälle alkoholisoituneita, moniongelmaisia, yksinäisiä ja syrjäytyneitä tai syrjäytymisuhan alla olevia henkilöitä. (Murto 2002, 184–185.)

Kuntoutusajattelun ja päihdehuollon palvelujen käyttäjien todellisuuden välillä on siis ollut iso kuilu. Korvauksen piiriin päässeessä kuntoutuksessa onkin korostunut enemmän lääketieteellisesti painottunut päihdesairauden hoito kuin sosiaalityöpainotteinen koko päihdeongelmaisen elämäntilanteen huomioon ottava tuki ja hoito. Lääketieteelliseen malliin perustuva kuntoutus osana sosiaaliturvajärjestelmää on pyrkinyt rajaamaan kuntoutustoiminnan pelkästään lääketieteelliseen ja terapeuttiseen hoitoon. Sairaudeksi määriteltävä päihdeongelma on siten sopinut tälle ajattelulle hyvin. Kokonaisvaltainen, suurelta osin sosiaalityöpainotteinen kokonaiskuntoutusmalli on jäänyt paitsioon. (Murto 2002, 184–185.)

Päihdehuollon lääketieteellistymisestä aiheutuvia ongelmia kuvastaa hyvin aiemmin kuvattu korvaushoito. Korvaushoitojen avulla on mahdollista vähentää huumeisiin kytkeytyvää rikollisuutta ja tartuntatauteja. Nämä ovatkin olleet vahvoja argumentteja korvaushoidon puolesta. Hoitoihin liittyy kuitenkin myös sosiaalisia ongelmatilanteita ja vaaroja. Tällaisia ovat muun muassa potilaan huumeiden käyttöön liittyvien moninaisten kokemusten ja elämänongelmien sivuuttaminen, kun hoito muuttuu standardisoiduksi. (Selin 2011, 44.)

Eli asiakas käy hakemassa pelkästään hänelle määrätyt korvaushoidon lääkkeet ajallaan. Miten käy sosiaalisen puolen? Tärkeää olisi pyrkiä hoitamaan myös asiakkaan sosiaalisia ongelmia, jotka voivat rankan päihteidenkäyttöhistorian takia olla moninaisia ja erityisen vaikeita. Näistä ja muista huumeriippuvuuden hoitoon liittyvistä ongelmista olisi jatkossakin erityisen tärkeää keskustella, koska neurotieteellinen ja farmakologinen tutkimus ovat keskittyneet kehittämään uusia lääkehoitoja huumeriippuvuuteen. (Selin 2011, 44–45.)

Korvaushoidolla on hyvät päämäärät. Sen keskeisenä tarkoituksena on pyrkiä yksilön kokonaisvaltaiseen kuntoutumiseen. Parhaassa tapauksessa se voikin luoda hyvän pohjan psykososiaaliselle kuntoutukselle ja uuteen rikoksettomaan elämäntapaan

suuntautumiselle. Kun hoito on jatkunut jonkun aikaa, otetaan siihen mukaan erilaisia kuntoutustoimenpiteitä, kuten koulutukseen tai työelämään liittyviä erilaisia suunnitelmienkehittämissä. Lääkityksen lisäksi hoidon sisällön muodostavat keskustelut omatyöntekijän kanssa, ryhmämuotoinen toiminta, lääkäritapaamiset ja usein erilaiset hoitopaikasta ulospäin suuntautuvat toiminnot, kuten kuntosaliryhmät, erilaiset retket ja vertaistukiryhmissä, kuten AA- ja NA-ryhmissä käynnit. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 179–180.)

Lääkehoidon ja psykososiaalisen kuntoutuksen lisäksi korvaushoitoon liittyy valvovia toimenpiteitä, kuten huumeseuvoja ja pistospaikkojen tarkistuksia. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 179–180.) On selvää, että kuntoutuslaitoksissa kokonaisvaltainen malli toimii varmastikin hyvin. Haaste tulee, kun asiakkaat pääsevät kuntoutuksesta aloittelemaan omaa, päihteetöntä elämäänsä. Etenkin tässä vaiheessa keskustelun ja toimenpiteiden tulisi olla sellaista, jossa jokainen osa-alue, kuten lääketieteellinen ja sosiaalinen, otettaisiin huomioon. Tässä tarvitaan sosiaali- ja terveystieteiden yhteistyötä.

Myös alkoholiongelmiaisten lääkehoito on yleistynyt viime vuosikymmenten aikana. Yleisimpiä hoidossa käytettäviä lääkehoitoja, ovat maallikkokielellä tunnettu antabus-hoito, sekä erilaiset lääkkeet, jotka perustuvat päihteiden aiheuttaman himon vähentämiseen. Antabus-lääkkeet voivat aiheuttaa vahvoja fyysisiä reaktioita, mikäli niiden kanssa juodaan alkoholia. Viimeksi mainituilla lääkkeillä pyritään vaikuttamaan aivojen toimintaan siten, että päihteet eivät enää synnytä himoa. (Hyytiä & Alho 2009, 74–84.)

Päihdehuollossa lääkkeiden käytöllä voi olla siis myös hyviäkin puolia. Mikäli päihteiden käyttö on jatkunut pitkään ja aiheuttanut vakavan riippuvuuden, päihteiden käyttöä ei ole välttämättä mahdollista lopettaa ilman lopettamisen tukena käytettävää lääkitystä. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 173.) Lääkkeiden käyttö tässä tapauksessa on siis edellytys sille, että fyysinen toipuminen saataisiin alulle.

Petri Hyytiän ja Hannu Alhon (2009, 74) mukaan suhtautuminen alkoholiriippuvuuden lääkehoitoon on usein epäilevää ja kriittistä. He toteavat kuitenkin, että on olemassa paljon tutkimusnäyttöä siitä, että alkoholismi on krooninen sairaus. Yleisesti tähän

sairauteen liittyy perinnöllinen alttius ja hermostollinen perusta. Nykyisin käytössä olevien lääkehoitojen avulla voidaan myös mahdollisesti parantaa psykososiaalisten hoitomuotojen tehoa. Tulevaisuudessa alkoholiriippuvuuden hermostollisten mekanismien ja riippuvuusalttiuden perinnöllisen taustan tutkiminen voi mahdollistaa uusien farmakologisten täsmähoitojen kehittämisen, sekä jo käytössä olevien hoitojen paremman kohdentamisen. (Hyytiä & Alho 2009, 74.)

Varmastikin lääkehoidot myös alkoholistien hoidossa toimivat muun hoidon pohjalla. Hoidon tulee kuitenkin perustua vapaaehtoisuuteen ja asiakkaan omaan tahtoon. Päihdeongelma on monitahoinen ongelma, johon liittyvät esimerkiksi fyysiset, sosiaaliset ja psyykkiset seikat. Välttämättä pelkkä lääkehoito ei siis ole riittävä, koska lääkkeiden ottamisen voi kukin tahtonsa mukaan valita. Mikäli alkoholisti haluaa juoda, voi hän jättää siis lääkkeet ottamatta. Tämän takia tarvitaan yhteistyötä eri tahojen kanssa, että juomisen todelliset syyt saataisiin esille ja käsiteltyä. Tämä voisi toimia pohjana uudentalaiselle päihdeettömälle elämälle, jonka alkutaipaleella tarvitaan runsaasti erityyppistä tukea.

6.4 Sosiaali- ja terveystoimen yhteistyöllä eteenpäin (moniammatillisuus päihdetyössä)

Päihdehuollon palvelut ovat siis sektoroituneet eri tahoille. Kuitenkin valtaosassa palveluja tarvitaan sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon osaamista. Lainsäädännön kannalta palvelun peruste on ratkaiseva. Mikäli henkilö saa palveluja lääketieteellisin perustein, kyse on terveydenhuollon palveluista ja mikäli tarve on sosiaaliin seikkoihin liittyvästä palvelusta, kyse on sosiaalihuollon palveluista. (Mäkelä & Simojoki 2015, 67–69.)

Päihdehuollossa terveydenhuollon toimintaan luetaan esimerkiksi vieroitushoito, päihdeongelmien hoidon aloitus ja toteutus, sekä lääkinnällinen kuntoutus. Sosiaalihuollon palveluihin luetaan esimerkiksi toimeentulo-asiat, työhön, asumiseen ja

syrjäytymiseen liittyvät kysymykset. Asiakkaan palvelusuunnitelmaa tehtäessä sosiaalihuollolla ja terveydenhuollolla on yhteistyövelvoite eri tahojen kanssa. (Mäkelä & Simojoki 2015, 67–69; terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326, 32§.)

Yhteistyövelvoite on kirjattu selkeästi myös päihdehuoltolakiin 41/1986. Lain 1§:n mukaan *”Päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta.”*

Ensimmäisen pykälän tarkoituksena on mitä ilmeisemmin puuttua ongelmakäytön taustalla vaikuttaviin tai sen seurauksena syntyneisiin sosiaalisiin ja terveydellisiin ongelmiin. Pykälästä voidaan hahmottaa selkeästi kokonais kuntoutuksen periaate, jota täydentää saman lain 8§:n, 2 kohta: *”palveluja annettaessa on päihteiden ongelmakäyttäjää tarvittaessa autettava ratkaisemaan myös toimeentuloon, asumiseen ja työhön liittyviä ongelmiaan.”* Säädösten sisältö osoittaa ehkäiseviä, korjaavia, kuntouttavia ja rakenteellisia tavoitteita. (Murto 1983, 315.)

Lainsäädäntö ja asiakkaan etu siis velvoittavat eri alojen ammattilaisia yhteistyöhön. Kyse ei ole kuitenkaan helposta kohderyhmästä. Päihdeongelmaisilla ihmisillä on hyvin usein erilaisia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia sairauden ulottuvuuksia, kuten esimerkiksi sosiaalista syrjäytymistä, mielenterveysongelmia, asunnottomuutta ja rikollisuutta. Moniongelmaisuus ja ihmisten syrjäytyminen voivat tuottaa tulevaisuudessa haasteita, joihin täytyy vastata suppeilla työntekijäresursseilla. Yhteistyö ja moniammatillisuus ovat siis voimavara sekä ajankohtainen haaste päihdetyölle. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 260.)

Moniammatillisessa työssä painottuvat ammatillinen osaaminen, sosiaaliset taidot sekä vastuunottaminen. Asiakaslähtöisyyden huomioon ottaminen edellyttää kokonaisvaltaista ihmisen eri puolien huomioon ottamista. Päihdehuollon palveluiden tulisiikin, kokonais kuntoutuksen periaatteen mukaisesti, vastata asiakkaan erilaisista tarpeista. Näitä tarpeita on paljon, esimerkkinä voidaan mainita muutama, kuten: asiakkaan päihteiden käyttöön vaikuttaminen, ihmissuhteiden korjaaminen, päihteiden käytöstä aiheutuvien terveyshaittojen korjaaminen sekä asumis- ja työongelmiin

liittyvien kysymysten selvittäminen. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 260; Murto 1983, 315.)

Yhteistyöllä on erityisesti merkitystä päihdepalveluja tarjoavissa paikoissa ja terveydenhuollossa, joka on 2000-luvun alusta saakka ottanut enemmän vastuuta päihdehoitojen toteuttamisesta. Keskeisenä syynä tähän on se, että pienillä paikkakunnilla ei ole yleensä tarjolla päihdehuollon erityispalvelujen tarjoamia katkaisu- ja korvaushoito mahdollisuuksia. (Partanen & Kuussaari 2007, 74.)

Hyvänä puolena terveydenhuollossa on se, että hoitoon hakeutuvat asiakkaat saavat ammatillisesti hyvää terveydenhuollon palvelua. Uhkana on se, että sosiaalinen puoli voi jäädä varjoon. Perusterveydenhuollossa tapahtuva päihdeongelmaisten hoito vaatiikin onnistuakseen motivoituneen ja päihdehuollon menetelmiä hallitsevan henkilökunnan. Terveyskeskuksissa tapahtuvaa päihdehoitoa voitaisiinkin kehittää lisäämällä päihdehuollon erityispalveluiden, sosiaalitoimistojen ja terveyskeskusten välisiä yhteistyömuotoja. Kuitenkaan päihdeongelmien hoidon ei tulisi rajautua pelkästään terveydenhuollon toiminnaksi pienimmilläkään paikkakunnilla. Tehokkaiden hoitojen rinnalle tarvittaisiinkin kärsimysten lieventämiseen ja haittojen vähentämiseen tähtäviä, enemmän sosiaalityön perinteistä nousevia hoito- ja tukimuotoja. (Partanen & Kuussaari 2007, 83–84.)

Edellä mainittujen seikkojen vuoksi eri ammattien ja tieteenalojen osaaminen täytyy sovittaa siis yhteen. Nykyisin useat yksiköt ovatkin siirtyneet työparityöskentelyyn, jossa eri ammattiryhmiä edustavat työntekijät tekevät työtä yhdessä asiakkaan ja hänen perheensä kanssa. Moniammatillinen tiimi vastaa hoidon suunnittelusta. Yhteistyö on asiakkaalle ja työntekijälle hyvä asia koska sekä asiakkaan etu ja työntekijän jaksaminen edellyttävät työkokemusten ja työtehtävien kokemusten jakamista. Sosiaalityöntekijöiden, lääkäreiden, sairaanhoitajien, psykologien, fysioterapeuttien sekä muiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten olisikin tärkeä tuoda oma näkökulmansa ja osaamisensa muutostyön mahdollistamiseksi. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 260–261.)

Moniammatillisuus mahdollistaakin eri asioiden tarkastelun useasta eri näkökulmasta. Se myös yhdistää erilaista asiantuntijatietoa siten, että voidaan saavuttaa monipuolinen ymmärrys asioista ja ratkaista ongelmat tuloksellisesti. (Metteri 1996, 146.) Parhaimmillaan moniammatillisuus voi synnyttää uudenlaisen ammattikielen, jossa keskeistä on asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon takaaminen riippumatta työntekijöiden eri ammattitaustoista. (Murto 2002, 186–187.)

6.5 Sosiaalityöntekijät osana moniammatillista tiimiä

Sosiaalityöntekijöiden rooli ja tehtäväkuva päihdehuollon moniammatillisessa tiimissä painottuu pitkälti sosiaalityölle perinteiseen tehtäväkuvaan. Synnöve Karvinen (1996, 33) toteaa, että sosiaalityön opillisen merkityksen mukaan sosiaalityö on laaja-alaista vuorovaikutustyötä, jonka lähtökohtana on ihminen tilanteessaan. Työssä painottuu asiakkaan tosiasiallinen tilanne, sekä sen yhteiskunnallisten ja kulttuuristen yhteyksien ymmärtäminen.

Sosiaalityössä on tärkeä keskittyä ihmisen elinympäristössä selviämiseen, elämänmuutostilanteisiin ja ihmisten välisiin vuorovaikutussuhteisiin. Ihmisten sosiaalisten ongelmien syveneminen, syrjäytymisprosessien alkaminen, elämäkulun, vuorovaikutuksen ja sosiaalisen kanssakäymisen muodostuminen yhä mutkikkaammaksi kasvattavat etenkin tulevaisuudessa sosiaalityön tarvetta myös päihdetyön sektorilla. (Karvinen 1996,33.)

Päihdeongelman hoito ja kuntoutus perustuvat tietynlaisen vuorovaikutustilanteen ja yhteisen keskustelun aikaansaamiseen, jossa keskeistä on se, että erilaisten näkökulmien ja tiedon kautta asiakkaalle tuotetaan enemmän hyvää kuin yksittäinen asiantuntija tai -hoitomuoto voi tarjota. Tämä mahdollistaa asiakkaan tilanteen monipuolisen arvioinnin. Asiakkaalla on myös mahdollista saada apua samalta työryhmältä, jos hänellä on päihdeongelmaan liittymätöntä avun tarvetta. Hyvin toimiva tiimityö voi mahdollistaa näin monipuolisen avun asiakkaalle. (Laitila-Ukkola 2005, 100.)

Laadukas ja onnistunut tiimityöskentely edellyttää hyvin pitkälti eri ammattikuntien roolien ja tehtävien tunnistamista. Erityisen tärkeää on tunnustaa muiden tiedot ja taidot, sekä tietoisuus muiden odotuksista ja oman aseman vaikutuksesta muihin yksilöihin. Yhteistyön onnistumisessa merkityksellisiä seikkoja ovat yhteisen hyväksynnän saaneet sopimukset tehtävistä ja niihin liittyvistä rooleista. (Vaininen 2011, 78.)

Kuitenkaan jännitteet ja epämääräisyys eri ammattikuntien roolien ja tehtävien suhteen eivät välttämättä ole huono seikka. Parhaimmillaan ne voivat johtaa asiakkaan tarpeiden parempaan huomioimiseen sekä kehittää yhteistyötä. Prosessit, jotka johtavat kehitykseen, voivat lähteä liikkeelle siis tietynasteisesta roolien sekoittumisesta, joita ilman uudenlainen, paremmin asiakkaiden tarpeisiin vastaava kehitys ei muuten voisi olla mahdollista. Kun asiaa katsotaan tästä näkökulmasta, eri ammattilaisten väliset roolikonfliktit ja -jännitteet voidaan nähdä siis myös moottoreina asiakastyön kehittämiseksi. (Vaininen 2011, 77–78.)

Roolien sekoittuminen pakottaa myös eri osapuolia tutustumaan toistensa alaan, jolloin se mahdollistaa uuden oppimisen eri osapuolille. Tästä Satu Vaininen 2011, 77–78) nostaa esimerkkinä Englannissa toteutetun palvelujärjestelmä uudistuksen, jossa sosiaalityöntekijät tulivat aiempaa kiinteämmäksi osaksi perusterveydenhuollon tiimejä. Uudistus mahdollisti muille ammattiryhmille aiempaa paremman tiedon ja kokemuksen saamisen sosiaalityöstä. Esimerkiksi lääkärit kokivat yhteistyön myötä ymmärtävänsä enemmän sosiaalityöntekijöiden rooleja ja työtä. Tämä johti positiiviseen suhtautumiseen siihen, että sosiaalityöntekijät tulisivat kiinteäksi osaksi perusterveydenhuollon tiimejä. Edellä mainittujen seikkojen toteutuminen edellyttää avointa, yhteistyössä tapahtuvaa asioiden tarkastelua.

Tiimityön toimiminen edellyttää eri ryhmien välisen työn yhteistä kehityshistoriaa, avointa kommunikaatiota, keskinäistä kunnioitusta, tiimikulttuuria ja yhtäläistä arvopohjaa. Sosiaalityöntekijöiden toimintaroolien kannalta katsottuna erityisen tärkeäksi näyttää muodostuvan yhteinen kehityshistoria muiden ammattilaisten kanssa. Tämä on tärkeää erityisesti tulevaisuudessa, kun Sote-uudistusta valmistellaan. Jos

sosiaalityöntekijät pääsevät sosiaali- ja terveystalveluihin liittyvien uudistusten mukana vielä enemmän mukaan moniammatilliseen työskentelyyn ja moniammatillisiin tiimeihin, heillä on myös mahdollisuus olla osa tiimin yhteistä kehityshistoriaa. Moniammatillisen työn onnistumiseksi on tärkeää luoda avoin keskusteluyhteys eri toimijoiden välillä. Tässä tarvitaankin eri ammattiryhmien ja näkemysten yhdistämistä esimerkiksi tasavertaisen dialogin keinoin. (Vaininen 2011, 77–81.)

7 Päihdehuollon uusi aikakausi

7.1 Tehokkuus ja keskittäminen uhkana päihdehuollolle

Nykyisen yhteiskuntapolitiikan tehokkuuden ja tulosvastuun korostaminen on johtanut sosiaali- ja terveyspolitiikan rakennemuutokseen. Palveluja on yksityistetty ja keskitetty yhä enemmän. (Leinonen 2008, 24; Lehto 2013, 101.) Tämä on saanut aikaan sen, että perus- ja erityispalveluiden nykyisiin ja tuleviin asiakkaisiin kohdistuvat uudenlaiset omatoimisuuden ja kuluttajakansalaisuuden paineet. Tehokkuus ja keskittäminen ovat johtaneet niukkeneviin resursseihin, joista kärsivät eniten ne, joilla on erityisiä sosiaalisia ja taloudellisia ongelmia. Tyypillistä näille ihmisryhmille on se, että heidän asiakkuutensa ei sovi niin sanottujen massapalvelujen eikä subjektiivisten oikeuksien piiriin, vaan he tarvitsisivat kohdennettuja ja räätälöityjä toimia. (Leinonen 2008, 24.)

Tällaisia ryhmiä ovat esimerkiksi lastensuojelun asiakkaat, pitkä-aikaistyöttömät, vankilasta vapautuneet ja päihdeongelmaiset. Ylipäätään ne ihmiset, joiden elämäntilannetta kuvaavat runsaat sosiaaliset ongelmat sekä niiden kasautuminen. Näille ihmisille ei välttämättä löydy tuotevalikoimaa eri palveluntuottajilta sen takia koska monimutkaisten hoito- ja palveluprosessien määrittely suoritteina on monin paikoin mahdotonta. (Leinonen 2008, 24.) Myöskin päihdeongelmaisten erityistarpeiden oikeudenmukainen huomioonottaminen edellyttäisi päihdetyön irtisanoutumista pelkästä palvelujen tuottajan roolista, joka on tulosta suorite ja tuotokeskeisen ajattelun voimistumisesta (Murto 2006, 136).

Rauno Mäkelän ja Kaarlo Simojoen (2015, 65) mukaan tiukat taloudelliset ajat ovat johtaneet tiukempaan sektoriajatteluun sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. Tämä puolestaan on vaikeuttanut päihdepotilaiden yksilöllistä, joustavaa ja monipuolista hoidon ja avun saamista. Juhani Lehdon (2013, 100) mukaan täytyisikin oppia aiemmasta, että päihdeongelmat eivät noudata mitään hallinto- tai toimialuejakoja. Rajat eivät saisi olla ylittämättömiä ja pysyviä. Ennemminkin tarvittaisiin tahtoa luoda

joustavia verkostotyyppisiä organisaatioita, joissa tilanteen mukaan eri suuntiin ulottuva yhteistyö saisi tukea. (Lehto 2013, 100)

Päihdehuoltolain mukaan kunnilla on velvoite järjestää päihdepalvelut kunnassa ilmenevän tarpeen mukaan. Päihdepalveluitten järjestämistavan kukin kunta voi itsenäisesti päättää. Kunnat voivat järjestää palvelut itse, yhteistyössä muiden kuntien kanssa tai ostaa palveluita esimerkiksi yksityisiltä palveluntuottajilta, järjestöiltä tai säätiöiltä. (PHL 3 §; Partanen & Kuussaari 2007, 74.)

Viimeisen parinkymmenen vuoden aikana päihdepalvelujärjestelmässä on tapahtunut siirtymä järjestöjen tuottamiin palveluihin, jo 2000-luvun alkupuolella järjestöt tuottivat yli puolet päihdehuollon erityispalveluista. Päihdepalvelujärjestelmä on alkanut kehittyä 2000-luvulla yhä enemmän myös seudulliseen suuntaan. Päihdepalveluja on järjestetty jo aiemmin kansanterveystyön kuntayhtymien, terveydenhuollon ja päihdehuollon kuntayhtymien toimesta. Suhteellisen uutena seudullisena palveluiden järjestämistapana ovat mukaan tulleet kuntien ja järjestöjen välisillä sopimuksilla toimivat säätiöt. (Partanen & Kuussaari 2007, 74–75.)

Torsti Kivelä ja Sakari Möttönen (2004, 150–151) pitävät säätiöittämistä hyvänä ratkaisuna kuntien ja järjestöjen organisatorisen toiminnan yhdistämisen kannalta. Esimerkkitapauksessaan he ottivat esille Jyväskylän seudulla tapahtuneen päihdepalvelujen säätiöittämissä vuodelta 2001. Säätiön toimintaan liittyi monia eri järjestöjä, jonka tarkoituksena oli monialaisen verkostoyhteistyön luominen eri järjestöjen kesken.

Lähtökohtana oli seikka, että säätiö ei ole pelkästään pelkkä palvelujen tuotanto-organisaatio, vaan yhteistoimintaverkosto, jonka tehtävänä on luoda maakunnallista ja seudullista päihdepolitiikkaa, jonka tehtäviin kuului myös tutkimus- ja kehittämistoimintaa. Kirjoittajat toteavat kuitenkin, että säätiöt ovat suhteellisen jätkeä ja raskaita rakenteita, eivätkä ne pysty vastaamaan esimerkiksi palvelujen tarpeessa ilmeneviin äkillisiin muutoksiin. (Kivelä & Möttönen 2004, 150-151.)

Tähän viittaa myös Mikko Mäntysaari (2006, 121–122) joka toteaa, että päihdepalvelujen toteuttaminen siirtyi käytännössä Jyväskylän kaupungin sosiaalihuollon ulkopuoliselle taholle. Päihdepalvelusäätiö tuli kaupungissa aiemmin toimineen A-klinikan ja kaupungin omien päihdetyöntekijöiden tilalle.

Tämän tyyppisillä päihdepalveluiden keskittämisillä on vaarapuolensa. Mikäli säätiölle annetaan valtaa luoda seudullista ja maakunnallista päihdepolitiikkaa itse, se voi johtaa palvelujen vääränlaiseen keskittymiseen, joka puolestaan johtaa yhden palvelutarjoajan palveluiden paisumiseen. Esimerkkinä on tämän työn kirjoittajan kotikunnan, Joensuun kaupungin, yhteistoiminta-alueen päihdepalvelut. Aiemmin päihdepalvelut järjestettiin saman edellä kuvatun säätiön toimesta Joensuun kaupungin yhteistoiminta -alueella vuodesta 2011 vuoteen 2017. (Sopimus henkilöstön ja irtaimen siirrosta Siun sotelle 1.1.2017 alkaen.)

Vuoden 2017 alusta päihdepalvelut ryhdyttiin järjestämään 1.1.2017 toimintansa aloittaneen Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymän, Siun soten toimesta. (Sopimus henkilöstön ja irtaimen siirrosta Siun sotelle 1.1.2017 alkaen.) Ylipäätään edellä mainittu kuntayhtymä on 2010-luvulle tyypillinen rakennemuutosten suuntaus, joka korostaa suuria, alueellisia sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita. Yhdistämisten tavoitteena on sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon lisäksi yhdistää samaan kokonaisuuteen myös erikoissairaanhoidon palveluja. Suunnitellut sosiaali- ja terveysalueet ovat yleensä henkilöstömäärältään ja budjeteiltaan vähintäänkin keskiarvon kaupungin kokoisia. (Lehto 2013, 100.)

Aiemmin säätiön järjestämänä ja etenkin jatkossa, päihdepalvelut keskittyvät tiiviisti yhteen toimipisteeseen Joensuussa. Tällä on yleisesti ottaen vaikutuksensa palveluiden saamiseen pienemmiltä paikkakunnilta. Airi Partasen ja Kristiina Kuussaaren (2007, 80–81) mukaan yleisenä suuntauksena on, että päihdepalveluiden erityispalvelut keskittyvät suuremmille, yli 20 000 asukkaan paikkakunnille, jolloin asiakkaiden hoitoon pääsyn esteeksi voivat muodostua, yksiköiden aukioloajat, matkoihin liittyvät kustannukset tai kulkuyhteydet

Palveluiden kilpailuttamisen ja keskittämisen uhkana on myös palveluiden yksipuolistuminen, sekä hoitoon pääsyn ja hoidon toteuttamisen vaikeutuminen. Käytännössä tämä aiheuttaa siis sen, että kynnys hoitoon hakeutumiselle kasvaa, kun palveluja ei ole omassa kunnassa saatavilla. Tästä seurauksena on se, että kunnissa akuutit päihdepalvelut tullaan järjestämään kuntien terveyskeskuksissa. (Partanen & Kuussaari 2007, 80–81.)

7.2 Uudenlainen päihdetyö

Samaan aikaan 2000-luvun puolivälissä tapahtunut voimakas alkoholin kulutuksen kasvu ja päihdetyöhön keskittyvien sosiaalityöntekijöiden dramaattinen väheneminenkään ei ole hyvä yhtälö. Keskittämisen seurauksena päihdehuollon palvelut ovat suurissa yksiköissä, joissa työskentelevät työntekijät ovat terveydenhuollon henkilökuntaa. Pelkkä lääketieteeseen perustuva hoito ei ole päihteiden väärinkäyttäjien moniongelmaisuuden vuoksi kuitenkaan riittävää. Päihdeongelmien käsittelystä uhkaa tulla tehotonta, kun se erotetaan päihteiden käytön vuoksi syntyneistä toimeentulo-ongelmista. (Mäntysaari 2006, 121.)

Ilmiö on laaja ja etenevä. Aiemmin keskisuurissa kunnissakin oli päihdetyöhön erikoistuneita sosiaalityöntekijöitä, nykyisin heitä ei tahdo löytyä edes suurimmistakaan kaupungeista lukuun ottamatta Helsinkiä. Mäntysaari (2006, 121) toteaaakin että kun Jyväskylässä oli vuonna 1981 kolme päihdetyöhön erikoistunutta sosiaalityöntekijää, vuonna 2006 kaupungin tarjoamat omat päihdehuollon palvelut olivat lähinnä päihdepalvelujen järjestämisen liittyviä hallinnollisia toimintoja.

Näin on käynyt myös Pohjois-Karjalassa, jossa 1.1.2017 alkaen työskentelee pelkästään yksi päihdepalvelujen sosiaalityöntekijä. Esimiehenä hänellä on johtava lääkäri. Sama pätee myös yksityisiltä ostettujen palveluiden suhteen. Esimerkiksi Tohmajärven ja Rääkkylän kunnat ovat ostaneet sosiaali- ja terveyspalvelut suurelta yksityiseltä yritykseltä, Attendolta. Päihdepalvelut on ulkoistettu kokonaan yrityksen palveluiksi.

Päihdetyötä tekevät sairaanhoitajat ja päihdekuntoutuksen maksusitoumuksesta päättää päihdelääkäri.

Kuntiin on jäänyt oikeastaan ehkäisevän päihdetyön palvelut aikuissosiaalityön puolella sekä muilla sosiaalityön sektoreilla. Aikuissosiaalityötä tekevät sosiaalityöntekijät hoitavat siis periaatteessa asiakkaiden päihdeongelmia, mutta käytännössä aika kuluu toimeentulotuki, -sekä muissa aikuissosiaalityöhön liittyvissä asioissa. Lastensuojelussa asiakkaiden, eli yleensä lasten vanhempien ja nuorten päihdeongelmat taas on otettava työn luonteen vuoksi huomioon. Nämä ongelmat on selvitettävä, muuten esimerkiksi äidin päihdeongelman takia huostaan otettu lapsi ei voi palata kotiin, jos äiti ei ole osoittanut toipuvansa päihdeongelmasta. Tämä luo siis lisää tehtäviä yleisesti ottaen ylikuormittuneelle sosiaalityölle. (Mäntysaari 2006, 121.) Päihdesosiaalityön riittämättömillä resursseilla on vaikutuksensa myös asiakkaisiin, joiden sosiaalinen puoli uhkaa jäädä huomioitta.

Partanen & Kuussaari (2007, 82–83) ottavat esille muutamia huomionarvoisia seikkoja siitä, miten päihdepalveluja tulisi jatkossa kehittää. Palveluita olisi kehitettävä siten, että niitä olisi saatavilla enemmän ja monipuolisemmin. Erityisesti huomiota tulisi kiinnittää lähipalvelujen kehittämiseen ja siihen, että vaikeimmissa tilanteissa olevat päihdeongelmaiset pääsevät varmasti hoitoon. Seudullisesti kehitettävät päihdepalvelujärjestelmät voisivat koota päihdepalveluihin liittyvää asiantuntemusta ja mahdollistaa asiantuntijuuden paremman hyödyntämisen myös pienissä kunnissa. Voisiko jatkossa olla niin, että sosiaalihuollon päihdepalveluiden painopisteen tulisikin mahdollisesti olla avohuollon palveluissa, jotka keskittyisivät kehittämään päivystyksellisiä, konsultatiivisia ja liikkuvia työmuotoja? (Mäkelä & Simojoki 2015, 67.)

Tämän tyyppisellä päihdetyön kehittämisellä olisi mahdollista viedä erityisosaamista nykyistä paremmin asukkaita lähellä sijaitseviin sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluihin. Päihdepalvelujen seudullinen laajempien kokonaisuuksien kehittäminen on tarkoituksenmukaista, mutta vain vaativimmat tai laajempaa väestöpohjaa edellyttävät erityisryhmien palvelut olisi järkevää toteuttaa erityisyksiköissä. Tällainen kehittäminen edistäisi korjaavan ja ehkäisevän päihdetyön yhteistyötä ja sitä kautta vahvistaisi päihdetyön kokonaisvaltaista asemaa. Se myös

kokoaisi yhteen laaja-alaista päihdetyön asiantuntemusta. (Partanen & Kuussaari 2007, 83.)

Päihdetyötä tekevien sosiaalityöntekijöiden kannalta tämä tarkoittaisi käytännössä liikkuvaa työtä. Työntekijöiden tulisikin liikkua tarpeen mukaan eri paikkakuntien terveyskeskuksiin tai muihin yksiköihin, joissa päihdepuolen asiakkaita voitaisiin kohdata. Päihdetyö voisi jalkautua myös koteihin. Eila Vesa ym. (2017 24–25, 29) ovat esitelleet vastoitain uudentyyppisen jalkautuvan sosiaalityön mallin, jossa sosiaalityötä tehtäisiin ikääntyvien naisten kodeissa. Toimintamallin tavoitteena on tuoda päihdesosiaalipalvelut osana muita palveluja kotiin. Työskentelyn tavoitteena on naisten motivointi, muutoksessa tukeminen, toimintakyvyn, elämänhallinnan ja hyvinvoinnin vahvistaminen. Keskeistä toiminnassa on moniammatillinen yhteistyö eri tahojen, kuten kotihoidon, perusterveydenhuollon ja kolmannen sektorin kanssa.

Mallissa on olennaisen tärkeää jakaa ja siirtää gerontologista sekä päihdetyön osaamista palvelujärjestelmien sisällä ja välillä. Sosiaalityöntekijän tehtävänä asiakastyön lisäksi on koordinointi sekä tukihenkilöiden järjestäminen naisille. Malli muodostaisi kokonaisuuden, jossa päihdekuntoutusta tukisivat hoiva, hoito sekä muu kuntoutus yhteistyössä. Malli on suunnattu erityisesti pienille paikkakunnille, joissa ei ole eriytettyjä päihdepalveluita, vaan päihdetyö on osa yleistä sosiaalityötä, jossa kokonaisvaltainen sosiaalityön työote on keskeisellä sijalla. (Vesa ym. 2017 24–25, 29.)

Tämän tyyppisille malleille olisi käyttöä varmasti myös yleisemmin. Erilaisia jalkautuvia päihdetyön toimintatapoja olisi hyvä kokeilla eri asiakaskunnissa eri yhteistyötahojen kesken. Mallia voisi kokeilla vaikkapa perhetyössä, vammaispalveluissa ja Kelalla. Erityisen tärkeää olisi viedä näitä palveluja kotiin lähelle ihmisiä. Eristäytyneet päihdeongelmaiset ihmiset tarvitsevat paljon tukea ja apua, että pääsevät ylipäätään kodeista ulos. Tulevaisuuden päihdesosiaalityön kuva voisikin olla jalkautuva ja liikkuva työntekijä, jolla on hyvä tuntemus eri alojen toiminnasta

Kuten aiemmin todettu, suurissa muutoksissa vaarana on se, että asiakkaat joutuvat kärsimään, kun säästöjä haetaan ja palveluita keskitetään. Tämä vaikeuttaa jo muutenkin syrjäytyneiden ja moniongelmaisten päihde-asiakkaiden tilannetta. Tässä

sosiaalityöntekijöiltä tarvitaankin erityisesti asiakkaiden puolien pitämistä entistä enemmän kuin ennen. Hyvä toimintatapa jalkautuvan sosiaalityön tekijöille on esimerkiksi asiakkaiden asioiden ajo.

Kirsi Juhilan (2012, 179–181) mukaan sosiaalityön asioiden ajolla tarkoitetaan sitä, että sosiaalityöntekijä edustaa valtaa vailla olevia asiakkaita valtarakenteiden ja valtaa pitävien yksilöiden suuntaan. Asioiden ajoa tarvitaan silloin, jos olemassa olevat auttamisen ja tukemisen mahdollisuudet eivät ole riittäviä. Asioiden ajo on tarpeen erityisesti silloin, kun vaikuttaa siltä, että asiakkaiden sosiaaliset oikeudet kansalaisina eivät toteudu, eli he eivät siis voi saada sitä tukea ja apua, joka heille lain kukaan kuuluisi.

Ylipäättään asiakkaiden kannalta vaarana on esimerkiksi se, että he eivät välttämättä tulisi saamaan palveluita tiukemman säästölinjan vuoksi. Päihdeasiakkaan kohdalla tämä voisi tarkoittaa vaikkapa sitä, että päihdekuntoutusjaksoa ei säästölinjan vuoksi voisi myöntää kaikille halukkaille. Juhilan (2012, 182) mukaan heikomman puolelle asettuva asioiden ajo voi tarkoittaa vaikkapa vähemmän säästeliäiden ratkaisujen tekemistä. Tämä siitä huolimatta, että päätökset voivat muuttua ylemmillä päätöksenteon tasoilla. Tämän lisäksi asioiden ajo voi tarkoittaa asiakkaiden parempaa informoimista heille kuuluvista oikeuksista, kanteluiden ja valitusten tekemiseen rohkaisemista sekä niiden teossa auttamista, vaikka kritiikki kohdistuisikin sosiaalityöntekijän omiin, ehkä tiukastikin ohjeistettuihin päätöksiin. (Juhila 2012, 182.)

8 Yhteenveto

Huono-osaisten hoidosta vastasivat ennen 1800-luvun loppua perhe, lähiyhteisö ja kirkko. Vaivahoitoon perustuva sosiaalityö sai alkunsa käytännössä vuoden 1879 vaivahoitoasetuksesta. Vaivahoitoasetus turvasi välttämättömän avun niille, jotka eivät itse kyenneet tulemaan toimeen, muille ryhmille apua annettiin harkinnan perusteella. Harkinnanvaraiselle avulle oli säädetty takaisinmaksuvelvollisuus, joka suoritettiin tarvittaessa työlaitoksissa. Työlaitokseen voitiin määrätä myös vuoden 1883 irtolaisuusasetuksen perusteella.

Vaivahoitoon perustuvan huollon toteutuminen oli siis epävarmaa ja siitä saattoi koitua seuraamuksia. Pahimmillaan tämä huononsi varmastikin entisestään jo vaikeassa asemassa olevien ihmisten tilannetta. Säädöksillä pyrittiinkin varmasti siihen, että avun vastaanottaminen pyrittiin tekemään niin luotaantyöntäväksi kuin mahdollista. Avun vastaanottaminen konkretisoitui varmastikin vasta äärimmäisessä tilanteessa.

Todelliseksi ongelmaksi alkoholi alkoi tulla teollistumisen myötä, jolloin sosiaaliset ongelmat lisääntyivät alkoholin käytön myötä. Tällöin syntyi raittiusliike ja päättäjät ryhtyivät etsimään keinoja alkoholihuollon luomiseksi. Valtion tukeman huoltojärjestelmän esteenä oli kuitenkin ajalle tyypillinen henki. Vaivahoidon ajalle tyypillisesti alkoholin väärinkäyttö nähtiin itseaiheutetuksi ongelmaksi, johon yhteiskunnalla ei ollut velvollisuutta puuttua. Mikäli siihen puututtiinkin, olivat seuraukset sanktioivat ja rangaistuksiin perustuvat.

Raittiusliikkeen ajama kieltolaki oli voimassa vuosina 1919-1932. Laki ei vastannut tarkoitustaan vaan päinvastoin se lisäsi alkoholista aiheutuneita yhteiskunnallisia haittoja. Tämä johti varsinaisen alkoholisteille tarkoitetun huoltolainsäädännön luomiseen, joka konkretisoitui vuoden 1937 alkoholilakiin. Yleislakina toimi vuoden 1922 köyhäinhoitolaki, jota muut myöhemmin säädetyt erityishuollon lait, kuten alkoholilaki täydensivät. Laeilla oli kurinalaistava ja sosiaalisesti leimaava sävy. Edelleen alkoholinkäyttö käsitettiin pahatapaisuudeksi ja alkoholistin käsittelyn päämääränä oli ympäristön suojaaminen.

Vuoden 1957 huoltoapulaki korvasi köyhäinhoitolain ja 1962 voimaanastunut PAV-laki korvasi alkoholistolain. Keskeistä laeille oli edelleen kurinalainen ja valvova linja, esimerkiksi PAV-laissa korostui edelleen tahdosta riippumaton huolto. Kuitenkin PAV-laki oli siinä mielessä erikoinen, että ensimmäistä kertaa lainsäädännön tasolla korostettiin vapaaehtoisuutta, avohuoltoa ja huoltoviranomaisten auttamistoiminnan tärkeyttä. Vaikka yhteiskunta ei vielä ollut valmis muutokseen, oli ilmassa selkeästi aavistus tulevaisuudesta.

Uudenlaisen vapaamman sosiaalihuollon lainsäädännön valmistelu aloitettiin 1960- ja 1970-lukujen taitteessa ja saatiin päätökseen 1980-luvun puolivälissä. Asiakkaan asemaa ja oikeuksia koskevat periaatteet tulivat lainsäädännössä keskeisiksi seikoiksi. Lainsäädännön tarkoitus oli pyrkiä kehittämään sosiaalihuoltoa siten, että sen kehitystä haittaavat esteet pyrittiin poistamaan. Tärkeä merkkipaalu oli vuonna 1971 ilmestynyt sosiaalihuollon periaatekomitean mietintö, joka linjasi sosiaalihuollon uudet toimintaperiaatteet. Nämä sisältyivät uudistuksen keskeiseen lakiin, vuonna 1982 voimaanastuneeseen sosiaalihuoltolakiin.

Sosiaalihuoltolaki toimi lainsäädännöllisenä pohjana 1980-luvun kattavalle sosiaalihuoltolain uudistukselle. Vuonna 1987 voimaan astui nykyinen päihdehuoltolaki, joka korvasi PAV-lain. Samalla kumottiin myös irtolaislaki. Laille oli tarvetta kasvaneen alkoholinkäytön myötä lisääntyneiden sosiaalisten ja terveydenhuollollisten ongelmien takia. Uusi laki velvoitti kuntia järjestämään kunnissa tarvittavat päihdehuollon palvelut.

Laki laajensi päihdehuollon vastuuta enemmän terveydenhuollon puolelle. Päihdehuoltolaissa korostettiin avohoidollisia ja ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä. Asiakkaan oikeusturvaa parannettiin ja tahdonvastaiseen huoltoon määräämisen edellytyksiä tiukennettiin. Laki vapautti päihteiden ongelmakäyttäjien huollon vaivaishoidollisesta ja irtolaisvalvonnallisesta perinteestä ja loi suuntaviivat vapaaehtoisuuteen perustuvalla hoitojärjestelmällä.

Vaivaishoidon aikana huono-osaisten hoito perustui vapaaehtoisten, yleensä naisten palkattomaan toimintaan. Syynä palkattomuuteen oli se, että köyhien auttaminen katsottiin tuolloin kansalaisyhteiskunnan piirissä virinneeksi harrastustoiminnaksi. Vuosisadan vaihteessa köyhäinhoitoa pyrittiin järjestämään ajanmukaisemmaksi, jonka

johdosta asiakkaan kanssa oleville avustajille ruvettiin järjestämään ohjausta. Joillekin köyhäintarkastajille alettiin maksaa myös jonkin suuruista palkkaa. Varsinaisesti pienimuotoisen koulutuksen järjestäminen asiakastyössä oleville sosiaalialan työntekijöille alkoi kuitenkin vasta itsenäisyysajan alussa.

Ennen itsenäisyysajan alkua ainoa jonkinasteista sosiaalialan koulutusta omaava ja siitä jonkinlaista palkkaa saava ryhmä olivat monen alan ammattilaiset, diakonissat, joiden koulutus aloitettiin jo vuonna 1867. Sosiaalialan ammattilaisten, sosiaalihuoltajien koulutus alkoi vuosien 1942-1943 aikana. Syynä olivat yhteiskunnan tarve huoltotoimen ammattilaisille, sekä 1930-luvun lopulla säädetty huoltolainsäädäntö. Opetus kesti kaksi-kolme vuotta ja perustui alussa hyvin pitkälti käytäntöön, koska omaa teoriapohjaa alalla ei vielä ollut. Alalle pääsi sota-aikaan myös muutaman viikon kestäneen kurssin pohjalta. Sosiaalihoitajia oli ollut 1920-luvulta lähtien erilaisissa tehtävissä, mutta varsinaisesti koulutus alkoi vuonna 1945.

Uudenlainen sosiaalityön tietoperusta, casework rantautui Suomeen sotien jälkeen. Psykologiseen otteeseen perustuva asiakkaan ja työntekijän väliseen keskusteluun perustuva menetelmä toi uudenlaiset ja vapaammat aatteet sosiaalialan työhön. Asiakasta ei kohdattu enää hoidokkina, vaan ihmisenä. Sodan jälkeen lisääntynyt lainsäädäntö sekä yhteiskunnassa tapahtuneet suuret rakenteelliset muutokset ja sen myötä tulleet uudenlaiset sosiaaliset ongelmat loivat tarpeen koulutetuille sosiaalialan ammattilaisille. Nämä seikat johtivatkin sosiaalialan koulutuksen uudistamiseen, joka konkretisoitui 1980-luvun alussa, jolloin sosiaalityöntekijöiden koulutus nostettiin ylempään korkeakoulututkinnon tasoiseksi.

A-klinikkatoiminta sai alkunsa vuonna 1954. Tavoitteena oli kokeilla alkoholin väärinkäyttäjiin terapialuonteista käsittelytapaa. Tehtäviin koulutettiin ja myöhemmin palkattiin Alkon ostajaintarkkailijoita. Koulutuksen pohjana oli casework menetelmä, josta muodostuikin A-klinikoiden tärkein sosiaalityön menetelmä. A-klinikoilla ruvettiin ensimmäisenä kasvatusneuvoloiden ohella puhumaan sosiaalityöstä ja hakemaan sosiaalityön koulutuksen suuntia. Myöhemmin klinikoilla ruvettiin korostamaan moniammatillista yhteistyötä eri alojen ammattilaiset kesken.

Muutokset sosiaalityössä yleisellä tasolla tapahtuivat kuitenkin hitaasti. Syynä tähän oli niin kutsuttu metodikiista, jossa vastakkain olivat vanha kunnissa vielä vallalla oleva juridis-hallinnollinen huoltotyö sekä casework-menetelmä. Sosiaalihuoltajakoulutuksessa ei vielä 1970-luvullakaan opetettu casework-menetelmiin pohjautuvia työmuotoja. Opit levisivät kuitenkin sosiaalialan työntekijöiden välisissä tapaamisissa. Eri oppeja sovellettiinkin tarpeen mukaan asiakastilanteissa.

Alkujaan sosiaalinen työ päihteiden väärinkäyttäjille tarkoitetuissa laitoksissa oli kuriin ja järjestykseen perustuvaa. Hoitomuodot perustuivat työhön ja ympäristön parantavaan vaikutukseen. Laitokset olivatkin enemmän rangaistus- ja tuotantolaitoksia kuin huoltolaitoksia. 1950-luvulla hoitolaitoksiin alkoi kuitenkin levitä uudenlaisia aatteita ja hoitomuotoja, kuten AA-ryhmiä. Laitokset rupesivat irtautumaan työlaitoksen imagosta 1960-luvun lopun kriittisen ilmapiirin vauhdittamana. Uudenlaiset ryhmätyö - ja terapiamuodot sekä terapeuttisesti orientoituneet sosiaalityöntekijät nousivat laitoksissa tärkeiksi seikoiksi.

Uudenlainen sosiaalipoliittinen oppi sekä Suomen poliittinen ja kulttuurinen kansainvälistyminen loi pohjan 1960-luvun yhteiskunnassa tapahtuneelle aatteelliselle murrokselle. Yhteiskuntatieteellisen ajattelun murros sekä kritiikki sosiaalihuoltoa kohtaan muokkasivat käsitteitä sosiaalisen työn tavoitteista. Keskeisimmäksi tavoitteeksi tuli lieventää yhteiskunnallista epäoikeudenmukaisuutta. Tavoitetta toteuttamaan vaadittiin erityisesti sosiaalityöntekijöitä, joiden tuli olla mukana muutoksessa asiakkaiden kanssa. Sosiaalityöntekijöiden oli muututtava myös yhteiskunnallisiksi muutostyöntekijöiksi.

1960-luvun radikaali ilmapiiri johti myös alkoholipolitiikan vapauttamiseen, joka kasvatti alkoholinkulutusta. Kulutuksen kasvusta aiheutuneet haitat ja kontrolliyhteiskuntaa kohtaan kohdistettu arvostelu vaikutti päihdehuoltojärjestelmään. Ehkäisevä päihdetyö ja uudenlaiset avohuollon palvelut nousivat valtiollisen päihdepolitiikan kohteiksi. Kokonaisvaltaisesti päihdehuollon järjestelmä rupesi muuttumaan kuitenkin vasta 1990-luvun laman myötä, jolloin tavoitteeksi otettiin koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen muuttaminen avohuoltopainotteiseksi.

Sairausdiskurssi eli alkoholin liiallisen käytön käsittäminen sairautena oli ollut virallisesti esillä 1800-luvun lopulta lähtien. Suomessa sairausdiskurssi rupesi saamaan jalansijaa laajemmassa mittakaavassa oikeastaan 1960-luvulta lähtien. Sairausdiskurssi toimi pohjana medikalisaation, eli lääketieteen kiinnostuksen leviämiseksi päihdehuollossa. Medikalisaatio levisi päihdehuollossa kuitenkin hitaasti, johon tärkeänä syynä oli alkoholiongelman käsittäminen lähinnä sosiaalisesti kysymykseksi terveydenhuollollisen näkökulman jäädessä vähemmälle. Medikalisaatio rupesi saamaan valtaa päihdehuollossa enemmän vasta 1980-luvun lopulta lähtien. Syynä tähän olivat lisääntynyt päihdehuollon erikoistuminen ja professionalistuminen, joka kiinnitti huomiota enemmän itse sairauteen. Lisääntynyt huumeidenkäyttö toi uudenlaiset hoitomenetelmät. Myös alkoholistien lääketieteellinen arviointi lisääntyi.

Suuri panostaminen terveydenhuoltoon muuttaa päihdehuollon toimintaympäristöä. Vaarana on, että sosiaalityötä tullaan määrittelemään yhä enemmän terveydenhuollon näkökulmista käsin. Lääketieteen ja sosiaalityöiden välinen valtataistelu on uhkana etenkin organisaation johtamiselle ja hallinnolle. Tämä muodostaa konkreettisen uhan päihdehuollon organisaation toimivuudelle. Konkreettisesti lääketieteellistyminen näkyy esimerkiksi opiaatteja käyttäville tarkoitettuissa korvaushoitojärjestelmässä, Kelan kuntoutuskriteereissä, sekä alkoholisteille tarkoitetuissa lääkehoidoissa. Medikalisoitumisen uhkana on se, että kokonaisvaltainen, myös sosiaalityön sisältävä työ-ote ja ajattelu jäävät paitsioon. Tämä ei ole toivottava seikka, kun ottaa huomioon päihdeongelman kokonaisvaltaisen kuvan, jossa tarvittaisiin runsaasti eri alojen tuntemusta.

Vaikka päihdehuollossa tarvittavat palvelut ovat nykyisin eri tahoilla, jo lainsäädäntö velvoittaa eri tahoja yhteistyöhön. Moniammatillinen yhteistyö päihdetyössä eri alojen ammattilaisten kesken onkin ensiarvoisen tärkeää. Vaikka yhteistyö ei välttämättä heti toimisikaan, on sille annettava aikaa. Toisten ammattilaisten tehtävät on tunnistettava ja kunnioitettava toistensa työkenttää. Parhaimmillaan toimiva yhteistyö luo uudenlaisia toimintatapoja, jotka mahdollistavat asiakkaiden kokonaisvaltaisen hoidon, sekä työntekijöiden työssä jaksamisen. Sosiaalityöntekijöiden kuva moniammatillisissa tiimissä painottuu oman alan tuntemukseen. Sosiaalityöntekijöiden olisi hyvä liittyä yhä enemmän osaksi moniammatillisia tiimejä. Tätä kautta sosiaalityö voisi tulevaisuuden

uusissa toimintamalleissa muodostua yhä enemmän huomioon otettavaksi osaksi järjestelmää.

Nykyinen tehokkuutta ja tulosvastuuta korostava yhteiskuntapolitiikka on johtanut sosiaali- ja terveystalouden rakennemuutokseen. Säästöjen nimissä tehdyt palveluiden yksityistämiset ja keskittämiset uhkaavat jättää huonoimmassa asemassa olevat ihmiset, kuten päihdeongelmaiset ilman tarvittavia palveluita etenkin syrjäisemmillä alueilla. Kuntien lainsäädännöllinen vapaus järjestää päihdepalvelut haluamallaan tavalla on johtanut siihen, että yritykset ja etenkin kolmas sektori ovat ryhtyneet hallinnoimaan päihdepalveluita huomattavassa määrin. Etenkin säätiöille keskitettyjen päihdepalvelujen vaarana on palveluiden keskittyminen yhdelle toimijalle. Tämä uhkaa paisuttaa päihdepalvelujen budjettia vuosittain ja ajaa yksityiset päihdepalveluiden tuottajat taloudelliseen ahdinkoon.

Edellä kuvattu kuntien päihdepalveluiden ulkoistaminen on lisännyt päihdehuollon medikalisaatiota. Päihdepalvelutyötä tekeekin nykyisin pääasiassa terveydenhuollon henkilöstö, päihdesosiaalityö on jäänyt useissa kunnissa ja kuntayhtymissä miltei kokonaan pois. Päihdesosiaalityön ahdinkoa ei helpota se, että useissa Suomen maakunnissa on alettu valmistautumaan vuonna 2019 tulevaan Sote-uudistukseen. Tämä on johtanut maakunnallisten sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymien perustamiseen. Selvää on, että kun palveluita keskitetään, siirtyvät myös päihdehuollon erityispalvelut pois pienemmiltä paikkakunnilta.

Päihdehoidon siirtyminen terveydenhuollon puolelle uhkaa jättää päihdetyön vajavaiseksi. Päihdeongelmien moninaisuuden vuoksi pelkkä lääketieteellinen hoito ei päihdeongelmissa riitä. Puutteellinen päihdehuolto siirtää vastuuta päihdeongelmaisista muille sosiaalityön sektoreille, joka kuormittaa jo ennestään ruuhkautuneita palveluita. Vaarana tässä on sosiaalitoimen henkilöstön uupuminen sekä päihdehoidon pirstaloituminen. Myöskin päihdeongelmaisten tarvitsema kokonaisvaltaisen avun saaminen on vaarassa.

Päihdetyö tarvitseekin uudenlaisia toimintatapoja ja malleja, joita voisi kehittää esimerkiksi seudullisesti. Lähtökohtana tulisi olla avun saamisen varmistaminen sitä haluavalle ihmiselle. Seudullisella kehittämisellä asiantuntevia päihdepalveluita

voitaisiin viedä lähelle ihmistä. Laajemmissa yksiköissä voitaisiin kehittää erityispalveluita, jotka olisivat seudullisen kehittämisen tukena. Tämä vahvistaisi ja eheyttäisi nyt hajallaan olevaa päihdetyön kenttää. Uusi toimintatapa siis kehittäisi kokonaisvaltaista päihdetyötä.

Konkreettisina uusina toimintatapoina päihdepalveluissa voisivat olla liikkuvat, konsultatiiviset ja päivystykselliset työmuodot. Päihdesosiaalityötä tulisi yhdistää muihin palveluihin siten, että ne olisivat helposti niitä tarvitsevien ihmisten saatavilla. Tarvittaessa päihdepalveluita voitaisiin viedä kotiin. Yhteistyö asiakkaan kanssa työskentelevien eri tahojen kanssa on tässä keskeisessä asemassa. Yhtenä hyvänä sosiaalityön toimintatapana jalkautuvassa sosiaalityössä, etenkin huonoimmassa asemassa olevien ihmisten keskuudessa, voisi olla asiakkaan asioiden ajo. Syrjäytyneimmät päihdeongelmaiset eivät osaa tai kykene hakemaan sitä apua, mihin he voisivat olla oikeutettuja. Tässä sosiaalityöntekijän rooli on erittäin tärkeä.

9 Johtopäätökset ja pohdinta

Sosiaalityön ja päihdesosiaalityön muotoutumisen pohjana on lainsäädäntö. Aluksi päihdeiden väärinkäyttäjiiin sovellettiin eri lakeja, koska erillistä lainsäädäntöä ei ollut olemassa. Tiukkaan valvontaan ja kontrolliin perustuvat lait loivat pohjan vuosikymmeniä jatkuneelle perinteelle, jossa päihdeongelman hoito katsottiin kurinpidolliseksi asiaksi. Konkreettisenä osoituksena tästä oli työlaitosjärjestelmä, joka oli voimassa pitkälle 1980-luvulle saakka.

Lainsäädäntö noudatteli vaivaishoidollista linjaa aina 1970-luvulle saakka. Yhtenä tärkeänä syynä siihen oli Suomen sosiaalipolitiikan kehittymättömyys. Uudenlaiset hyvinvointivaltiolliset ideat levisivät Suomeen hitaasti. Uusi vapaampi kausi päihdehuollossa alkoi vuonna 1987 voimaanastuneen päihdehuoltolain myötä. Uusi laki laajensi päihdehuollon hoitovastuuta eri sektoreille ja velvoitti kuntia järjestämään päihdehoidon, mitkä toimivat pohjana uudennlaiselle hyvinvointivaltiolliselle päihdehoitojärjestelmälle.

Pitkän aikaa päihdeiden väärinkäyttäjien huollosta vastasivat hyvin pitkälti vapaaehtoiset työntekijät. Voi sanoa, että vapaaehtoistyö loi yhteiskunnallisen pohjan sosiaalityön koulutuksen tarpeelle, ilman vapaaehtoistyöntekijöitä sosiaalityön tarpeet yhteiskunnassa olisivat voineet jäädä tunnistamatta. Vaivaishoidon aikakausi loi pohjaa myös tulevalle sosiaaliselle työlle. Toikon (2005, 57–58) mukaan vaivaishoidon aika loi ideoita, jotka ovat tärkeitä myös nykyiselle sosiaalityölle. Kaksi keskeistä vaivaishoidon aikana syntynyttä sosiaalityön ideaa olivat sosiaalisten ongelmien hallinta ja luokittelu sekä toimenpiteet, jotka perustuivat luokiteltuihin ongelmiin.

Tilanne muuttui vasta sotien jälkeen 1940-luvulla, jolloin ruvettiin soveltamaan ennen sotaa säädettyä alkoholisteille tarkoitettua lainsäädäntöä ja aloitettiin sosiaalityön ammattilaisten virallinen koulutus. Sosiaalialan koulutus loi perustan ammatillisen sosiaalityön kehittymiselle. Koulutus mahdollisti huono-osaisten, kuten päihdeongelmaisten, ammatillisen hoidon.

Uudenlaiset, Yhdysvalloista tuodut hoitomenetelmät loivat pohjan uudenglaisille päihdesosiaalityön menetelmille, jotka synnyttivät uudenglaisia päihdesosiaalityön metodeja. A-klinikat olivat uudenglaisen hoitomuodon edelläkävijöitä, klinikoiden merkitys nykyisen kaltaiselle sosiaalityön kehittymiselle onkin näin erityisen tärkeä. Voi sanoa, että klinikoiden työtavat ovat luoneet merkittävää pohjaa nykyisin käytettäville sosiaalityön menetelmille Suomessa. Hoitomuodot näkyivät myös päihdehuollon laitoksissa, jossa vanhat työhön ja kurinpitoon perustuvat menetelmät jäivät pois terapiapainotteisen hoidon myötä.

Uudenglaisen sosiaalipolitiikan alkuna Suomessa oli 1960-luvun lopulla herännyt yhteiskunnallinen kritiikki vallitsevaa järjestelmää, erityisesti sosiaalihuoltoa, kohtaan. Voi todeta, että yhteiskunnallinen keskustelu herätti tietoisuuden sosiaalityöntekijöiden eettisistä normeista, jotka kytkettiin osaksi yhteiskuntaa ja vallitsevaa sosiaalipolitiikkaa. Yhteiskunnallinen muutos loi tarpeen myös uudenglaiselle avoimemmalle päihdepalvelujärjestelmälle, jota ruvettiin kehittämään valtiollisen päihdepolitiikan vauhdittamana. Tämä muutos tosin sai todella vauhtia vasta 1990-luvun laman myötä.

Sairausdiskurssin myötä alkoholismi alettiin käsittää yhä enemmän sairautena. Tämä mahdollisti terveydenhuollon laajemman tulemisen päihdehoitojärjestelmään, jota vauhditti 1990-luvulla kasvanut huumeiden käyttö. Medikalisaation myötä terveydenhuollosta tuli keskeinen toimija päihdehuollon järjestämisessä. Päihdehuolto on muuttunut terveydenhuollossa järjestettäväksi työksi, jota tekevät konkreettisesti terveydenhuollon ammattilaiset. Päihdesosiaalityö, sellaisena kun se on aiemmin käsitetty, on medikalisaation myötä kadonnut miltei kokonaan. Uhkana on sosiaalisen puolen häviäminen päihdetyöstä, mikä on päihdeongelman kokonaisvaltaisuuden huomioon ottaen huono asia.

Koska päihdehuollon medikalisoituminen väistämätöntä ja se on siunattu valtiovallan taholta, täytyy se ottaa uutena mahdollisuutena päihdehuollon kehittämisessä. Sosiaali- ja terveyspuolen yhteistoiminnalla voidaan luoda uudenglaisia, kokonaisvaltaisia hoitomalleja ja käytäntöjä. Tämä edellyttää uudenglaisia, entisen ammatillisen rajat ylittäviä toimintatapoja. Sosiaalityöntekijöiden tulisikin olla entistä tiiviimmin osana

uudenlaista järjestelmää. Tämä on välttämätöntä, vain siten sosiaalisen puolen voi tuoda entistä paremmin esille.

Nykyinen uusliberalistinen talouspolitiikka näkyy myös päihdehuollossa. Tehokkuutta ja säästöjä haetaan palveluiden yksityistämisillä ja keskittämisillä. Uhkana tässä on päihdepalvelujen katoaminen pienemmiltä paikkakunnilta. Näillä näkymin muutos lisää myös päihdesosiaalityön sekä päihdehuollon liittymistä entistä enemmän osaksi terveydenhuoltoa.

Päihdesosiaalityö on muutosten seurauksena ruvennut hajaantumaan. Päihdetyö näkyy terveydenhuollon lisäksi sosiaalitoimen eri sektoreilla, mikä kuormittaa jo ennestään ruuhkautuneita palveluita. Päihdepalveluita sekä päihdesosiaalityötä tulisi kehittää uudella, innovatiivisella otteella. Hyvänä toimintatapana olisivat esimerkiksi erilaiset uudentyypiset jalkautuvan päihdesosiaalityön mallit, jossa päihdesosiaalityö verkostoituisi eri toimijoiden kanssa.

On tärkeätä, että sosiaalityön tulisi osana muita palveluita säilyttää omat työtapansa ja metodinsa, kuten heikommassa asemassa olevien päihdeongelmaisten asioiden ajon. Tämä on tärkeää asiakkaiden ja sosiaalityön oman identiteetin kannalta. Moniammatillisessa työssä eräänä vaarana varmasti on se, että eri ammattikuntien työtavat ja identiteetit voivat pahimmassa tapauksessa hämärtyä ja ehkä kadotakin.

Päihdehuolto ja päihdesosiaalityö ovat siis suurten murrosten keskellä. Tuleva suuri Sote-uudistus on myös päihdetyön tulevaisuuden kannalta keskeisessä asemassa. Päihdesosiaalityö olisi hyvä liittää osaksi keskeisiä yhteiskunnallisia järjestelmiä. Päihdesosiaalityötä tulisi olla esimerkiksi tulevilla sosiaali- ja terveysasemilla, erilaisilla kunnallisilla toimijoilla ja Kansaneläkelaitoksessa.

Tarkastelen hieman lähemmin Kansaneläkelaitosta, jossa päihdesosiaalityölle voisi avautua hyviä mahdollisuuksia toteuttaa ennaltaehkäisevää ja konkreettista päihdetyötä Kelan asiakkaiden parissa. Jossain määrin voikin otaksua, että tämä on tulevaisuudessa jopa välttämätöntä. Etuuksien keskittäminen Kelalle, viimeisimpänä esimerkkinä perustoimeentulotuen siirto 1.1.2017 alkaen, lisää myös

sosiaalipalveluiden tarvetta asiakkaiden keskuudessa. Voikin siis olla hyvin mahdollista, että tulevaisuudessa näemme Kelalla aikuispuolen sosiaalityöntekijöitä, sekä mahdollisesti myös muitten alojen sosiaalityöntekijöitä. Päihdesosiaalityön olisi oltava mukana, koska Kelan kasvavassa asiakaskunnassa on yhä enemmän myös päihdeongelmaisia ihmisiä.

Päihdesosiaalityön hajaantuessa eri toimijoille on tärkeitä, että käytännön työtä tekevillä ihmisillä on ammattitaito työn tekemiseen. Erillinen päihdesosiaalityön koulutus eri tahoille olisi tärkeää. Koulutuksen olisi hyvä olla sellaista, missä eri alojen työntekijät opetettaisiin ottamaan asiakkaan sosiaalinen puoli huomioon. Tämä auttaisi hahmottamaan akuutit sosiaalisen puolen ongelmat ja sitä kautta ensikäden työntekijä voisi tarvittaessa opastaa asiakasta päihdesosiaalityöntekijän luokse. Nykyisten ja tulevien päihdesosiaalityöntekijöiden eräänä tärkeänä roolina voisi siis kouluttajan rooli eri yhteistyötahoille.

Näin toimimalla olisi mahdollista luoda kunnallisia, maakunnallisia ja jopa valtakunnallisia malleja sekä toimintatapoja, jotka lisäisivät sosiaalityön aspektia päihteiden väärinkäyttäjien keskuudessa töitä tekeville ihmisille. Kun päihdesosiaalityö tulisi näin tärkeäksi osaksi eri toimintoja, voisi sillä olla merkittäviäkin vaikutuksia esimerkiksi päihdeongelman havaitsemisen, ehkäisyn ja hoidon suhteen.

Toivottavaa olisi, että näin toimimalla tieto voisi levitä myös kansalaisten keskuuteen. Tämä olisi varmasti mahdollista hyvän tiedottamisen kautta. Edellä mainitut teemat kaipaisivatkin kipeästi tutkimusta, koska tutkimus luo tieteellisen perustan, jolle käytännön toiminta rakentuu. Ilman tutkimusta päihdesosiaalityön kehittäminen uhkaa jäädä irrallisiksi toimenpiteiksi, joka ei edesauta kiinteiden toimintatapojen luomista.

Lähteet

Kirjallisuus

- Ahla, Mervi 1950. Casework opetusaineena. Huoltaja N: o 1-2 1950 s.594-597.
- Alestalo, Matti & Haavio-Mannila, Elina: Suomalaisen sosiologian juuret. WSOY. Porvoo 269-313.
- Eskola, Antti 1973. Suomalaisen sosiologian uudistuminen. Teoksessa Alapuro, Risto (toim.) & Haapala, Pertti. 1989. Sosiaalhistoria. Johdatus tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Haatanen, Pekka 1992. Elämän varjopuolelle joutuneiden parissa. Sosiaaliministeriö 1917 - 1939. Teoksessa Haatanen, Pekka & Suonoja, Kyösti: Suuriruhtinaskunnasta hyvinvointivaltioon. Sosiaali- ja terveysministeriö 75 vuotta. VAPK-kustannus. Helsinki 17 -312.
- Holmberg, Jan 2010. Päihderiippuvuudesta elämönhallintaan. Edita Prima. Helsinki
- Hyrkkänen, Markku. 2002. Aatehistorian mieli. Osuuskunta Vastapaino. Tampere: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hyytiä, Petri & Alho, Hannu 2009. Alkoholiriippuvuuden lääkehoito. Teoksessa Tammi, Tuukka & Mauri, Aalto & Koski-Jännes, Anja (toim.): Irti päihdeongelmista. WS Bookwell Oy. Porvoo 74-87.
- Härkälä, Sirpa 1992: Casework -traditio. Amerikkalainen sosiaalityön menetelmä Suomessa. Helsingin yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Tutkimuksia N: o 2/1992. Yliopistopaino. Helsinki.
- Immonen, Erkki 1979. Ostajaintarkkailun aika. Alkoholipoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimusseloste N: o 132. Oy Alko Ab. Alkoholipoliittinen tutkimuslaitos.
- Jaakkola, Jouko 1994. Sosiaalisen kysymyksen yhteiskunta. Teoksessa: Jaakkola, Jouko & Pulma, Panu & Satka, Mirja & Urponen, Kyösti: Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisten sosiaalisen turvan historia. Sosiaaliturvan Keskusliitto. Helsinki 71 -153.
- Jotain sellaista radikaalia aikoinaan 1998. Suomalaisen kontrollipolitiikan arviointia marraskuun liikkeen täyttäessä 30 vuotta. Vankeinhoidon koulutuskeskuksen julkaisu 10/1997. Tummuvuoren kirjapaino. Vantaa.
- Juhila, Kirsi 2012. Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Bookwell. Jyväskylä 4. uudistettu painos.1.painos 2006.
- Kallenautio, Jorma 1983. Kieltolaki ja väkijuomalaki. Teoksessa Peltoniemi, Teuvo & Voipio Martti: Alkoholi ja yhteiskunta. Otava. Keuruu. 193-197.
- Kananoja, Aulikki & Niiranen, Vuokko & Jokiranta, Harri 2008. Kunnallinen sosiaalipolitiikka. Osallisuutta ja yhteistä vastuuta. WS Bookwell Oy. Juva
- Karvinen, Synnöve 1996. Hajoaako sosiaalityö? -havaintoja sosiaalityön ammatillisesta asiantuntijuudesta. Teoksessa Metteri, Anna (toim.): Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Oy Edita Ab. Helsinki 32-46.

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

Kaukonen, Olavi 2002. Päihdepalvelupolitiikka ja hyvinvointivaltion muutos. Teoksessa. Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka: Huumeidenkäyttäjä hyvinvointivaltiossa. 2.painos. 1.painos 2002. *Gaudeamus*. Helsinki 137 -167.

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

Kuusi, Pekka 1961. 60-luvun sosiaalipolitiikka. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisuja 6. *WSOY*. Porvoo.

Laitila-Ukkola, Merja 2005. Päihdehuollon näköinen sosiaalityö -Suomalaisen päihdehuollon sosiaalityötarinoita. *Lisensiaatintutkimus*. Lapin yliopisto.

Lappalainen-Lehto, Riitta & Romu, Maija-Liisa & Taskinen, Mailis 2007. Haasteena päihteet. Ammatillisen päihdetyön perusteita. *WSOY*. Helsinki.

Lehto, Juhani 1991. Juoppojen professionaalinen auttaminen. Tutkimus lääkäreiden, sosiaalityöntekijöiden ja poliisien juoppouteen kohdistamasta työstä ja siihen kohdistuvien professionaalisuusodotusten vaikutuksesta. *Sosiaali- ja terveyshallitus*. Tutkimuksia N: o 1/1991. *VAPK*- kustannus. Helsinki.

Lehto, Juhani 2013. Päihdehuolto hyvinvointipalvelujen rakennemuutoksessa. Teoksessa Peltoniemi, Teuvo (toim.): Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. *Lönnberg Painot Oy*. Helsinki 98-103.

Lohiniva, Mirva 1985. Alkoholin väärinkäyttäjien hoito. Teoksessa Hepola, Matti & Utriainen, Terttu: *Alkoholirikokset*. Suomen lakimiesliiton kustannus Oy. Mänttä 124 -138.

Louhelainen, Pekka 1997. Tutkinnonuudistuksesta koulutuksen korkea-asteistamiseen. Teoksessa Saarenmaa, Pekka (toim): "Valitse sosiaalihuolto elämäntehtäväksi" *Sosiaalihuoltajakoulutus 1942-1995*. Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan laitoksen julkaisu C-sarja, N: o 9. *Hakapaino Oy*. Helsinki 57-72.

Macrauld, Donald & Taylor, Avram 2004. *Social theory and social history*. *Palgrave Macmillan*. New York

Majava, Anna Maria 1985. Alkoholin väärinkäyttäjien hoito. Teoksessa Hepola, Matti & Utriainen, Terttu: *Alkoholirikokset*. Suomen lakimiesliiton kustannus Oy. Mänttä 124 -138.

Metteri, Anna 1996: Arjen tieto ja sosiaalityö terveydenhuollon moniammatillisessa työryhmässä. Teoksessa Metteri, Anna (toim.): *Moniammatillisuus ja sosiaalityö*. *Sosiaalityön vuosikirja 1996*. *Oy Edita Ab*. Helsinki 143-157.

Murto, Lasse 1983. Päihdehuollon uudet linjat. Teoksessa Peltoniemi, Teuvo & Voipio, Martti: *Alkoholi ja yhteiskunta*. *Otava*. Keuruu 310 -318.

Murto, Lasse 2002: Päihdehuollon suomalainen malli kansainvälistyvässä ympäristössä. Teoksessa Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka (toim.): *Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa*. *Gaudeamus*. Helsinki 167-192.

Murto, Lasse 2006. Ilkeät ongelmat haaste hyvinvointipalveluille. Teoksessa Helne, Tuula & Laatu, Markku: *Vääräyskirja*. 2. painos. 1. painos 2006. *Vammala* 135-144.

Mustala, Paavo 1943. Koulutettujen huoltotyöntekijäin tarpeellisuus nykyhetkellä. *Huoltaja* vol 31 (13), 317-321.

Mäkelä, Klaus 1977. Alkoholipoliittisen mielipideilmaston vaihtelut Suomessa 1960- ja 1970-luvulla. Teoksessa Sipilä, Jorma: *Sosiaalipolitiikka 1977*, 35 -82.

Mäkelä, Rauno & Simojoki Kaarlo 2015. Alkoholiongelmiä hoito- ja kuntoutuspalvelut. Teoksessa Aalto, Mauri (toim): Alkoholiriippuvuus. Printon. Tallinna 65-78.

Mäntysaari, Mikko 2006. Syrjiikö sosiaalityö. Teoksessa Helne, Tuula & Laatu, Markku: Vääräyskirja. 2. painos. 1. painos 2006. Vammala 115-132.

Niemi, Veikko 1997. Miten sosiaalityöntekijöiden koulutus Suomessa alkoi. Teoksessa Saarenmaa, Pekka (toim): "Valitse sosiaalihuolto elämäntehtäväksi" Sosiaalihuoltajakoulutus 1942-1995. Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan laitoksen julkaisu C-sarja, N: o 9. Hakapaino Oy. Helsinki 5-30.

Partanen, Airi & Kuussaari, Kristiina 2007. Päihdepalvelujärjestelmän haasteet 2000-luvulla. Teoksessa: Heikkilä, Matti & Lahti, Tuukka (toim): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Helsinki: Stakes 68-86.

Peltoniemi, Teuvo 1983. Päihdehuolto –hoitoideologiat, organisaatio ja lainsäädäntö. Teoksessa Peltoniemi, Teuvo & Voipio, Martti: Alkoholit ja yhteiskunta. Otava. Keuruu. 297 -309.

Piirainen, Veikko 1974. Vaivahoidosta sosiaaliturvaan. Sosiaalihuollon ja sen työntekijäjärjestöjen historiaa Suomen itsenäisyyden ajalta. Tampereen yliopiston sosiaaliturvan opetusjaoston sarjaa. Sosiaaliturvan laitoksen julkaisu N: o 4. Hämeenlinna.

Piirainen, Veikko 1982. "Käytännön taitaminen sosiaalihuoltajakoulutuksen tavoitteena". Teoksessa Sosiaalihuoltajakoulutusta 40 vuotta. Sosiaalihuoltajakoulutuksen 40-vuotisjuhlaseminaarin aineisto. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Tutkimuksia 61/1982. Tampereen yliopiston jäljennepalvelu 27-37.

Puhakka, Antero 2000. Hoitoonohjaus hoitoon ohjatun silmin -subjektiivinen totuus ja sen tulkinta. Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja nro 44. Joensuun yliopistopaino.

Rintala, Taina 1995. Medikalisaatio ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakentuminen 1946-1991. Tutkimuksia Stakes 54. Gummerus kirjapaino Saarijärvi.

Saari, Juho (toim.) 2006. Historiallinen käänne. Tammer-paino Oy. Tampere

Sajavaara, Paula 2003. Alustavasta lukemisesta kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula: Tutki ja kirjoita. 6-9 painos. 1. painos 1997. Dark Oy, Vantaa s. 95-110.

Sarvanti, Tapani 1987. Kohti laaja -alaista päihdepolitiikkaa. Sosiaalinen aikakauskirja N: o 3/1981, 4-8.

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

Satka, Mirja 1997. Sosiaalityö ajassa –ydinkysymysten äärellä. Teoksessa R. Viialainen & M. Maaniittu (toim.): "Tehdä itsensä tarpeettomaksi". Sosiaalityö 1990-luvulla. Sosiaali- ja terveysministeriö. Stakes. Raportteja 213. Jyväskylä.

Satka, Mirja & Auvinen, Anja & Aho, Sulo & Jaakkola, Helena (toim.) 2007 Huolenkantajat. Kokemuksia ja sattumuksia sosiaalialan vuosikymmeniltä.

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

Sosiaaliturva 80-luvulla 1980. Selvityksiä ja kehittämistavoitteita. Sosiaaliturvan keskusliitto. Kaprint. Huhmari.

Suonoja, Kyösti 1992. Kansalaisten parhaaksi –yhteistuntoa ja politiikkaa. Sosiaali- ja terveysministeriö 1939-1992. Teoksessa Haatanen, Pekka & Suonoja, Kyösti: Suuriruhtinaskunnasta hyvinvointivaltioon. Sosiaali- ja terveysministeriö 75 vuotta. VAPK-kustannus. Helsinki 323 -704.

Takala, Jukka-Pekka & Lehto, Juhani 1988: Suomen alkoholihoitoon kehitys ja ei-mediininen kehitys ja malli. Sosiaalipolitiikka. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen vuosikirja, 105-125.

Tarvainen, Lauri 1950. Amerikkalaisesta case work –toiminnasta. Huoltaja N: o 1-2 1950, 467-470.

Toikko, Timo 2005. Sosiaalityön ideat: johdatus sosiaalityön historiaan. Vastapaino. Tampere.

Tuomainen, Raimo & Myllykangas, Markku & Elo, Jyrki & Rynänen, Olli-Pekka 1999: Medikalisaatio - aikamme sairaus. Vastapaino. Tampere.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli. 2009.Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5 uudistettu laitos. 1. painos 2002.Helsinki: Tammi.

Tuori, Kaarlo 2004. Sosiaalioikeus. 3 uudistettu painos.1.painos 1999. WSOY. Helsinki.

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.

Virtanen, Matti 1982. Änkyrä, tuiske, huppeli. Muuttuva suomalainen humala. WSOY. Juva.

Vuorikoski, Marjo 1999. Sosiaalityön professionalistuminen ja koulutus. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 687. Vammalan kirjapaino Oy. Vammala.

Waris, Heikki 1980. Suomalaisen yhteiskunnan sosiaalipolitiikka. 7. painos. 1.painos 1961.WSOY. Porvoo.

Ylisuvanto, Leena 1985. Alkoholiin kohdistuvat kontrollijärjestelmät. Teoksessa Hepola, Matti & Utriainen, Terttu: Alkoholirikokset. Suomen lakimiesliiton kustannus Oy. Mänttä 30 -67.

Österberg, Esa 1983. Alkoholin kulutus. Teoksessa Peltoniemi, Teuvo & Voipio Martti: Alkoholi ja yhteiskunta. Otava. Keuruu 69-78.

Elektroniset lähteet

Eskola, Marjatta 1981. Suomalaisen yhteiskunnan sosiaalityön kuva. Sosiaalihuollon näköaloja. Acta Universitatis Tamperensis. Ser. A. vol 127: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10224/3861/eskola23-52.pdf?sequence=1>. Viitattu 16.1.2016.

ICD-10 tautiluokitus: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80324/15c30d65-2b96-41d7-aca8-1a05aa8a0a19.pdf?sequence=1>. Viitattu 15.4.2017

Kaukonen, Olavi 2005. Torjunta vai poisto? Päihdepalvelujen kehitys laman jälkeen. Yhteiskuntapolitiikka 70 (2005):3, 311-322. <http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/100603/053kaukonen.pdf?sequence=1>. Viitattu 14.2.2017

Kivelä, Torsti & Möttönen, Sakari 2004. Uusia näkemyksiä kuntien strategiseen suunnitteluun -rationaalisesta strategiasta verkostostrategiaan. Teoksessa Majoinen, Kaija & Mäki, Janne &

Leinonen, Anu 2008. Sosiaalipalvelut muutoksessa -Paras vai palveluaukko. Stakesin työpapereita 14/2008. Valopaino Oy. Helsinki. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T14-2008-VERKKO.pdf> Viitattu 16.3.2017

Nieminen, Erkki 2014. Henki vastaan alkoholi AA-toiminnan synty ja kehitys Lahdessa 1950–1995. Akateeminen väitöskirja. Publications of the University of Eastern Finland Dissertations in Education, Humanities, and Theology No 51: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1337-1/urn_isbn_978-952-61-1337-1.pdf Viitattu 26.2.2017.

Pohjois-Karjalan sosiaali -ja terveystoimen kuntayhtymän kokous 27.12.2016. <http://webdynasty.pohjoiskarjala.net/Dynasty/SiunSote/kokous/2017668-4-1.PDF> Viitattu 18.3.2017.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisjohtaminen 4. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf Viitattu 17.4.2017

Selin, Jani 2011. Hallinnan näkökulmia huumeriippuvuuden hoitoon Suomessa vuosina 1965-2005. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 421: https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/36975/Selin_Jani_screen.pdf?sequence=2. Viitattu 27.2.2017.

Sipilä, Anita 2011. Sosiaalityön asiantuntijuuden ulottuvuudet. Tiedot, taidot ja etiikka työntekijöiden näkökulmasta kunnallisessa sosiaalityössä. Väitöskirja Itä - Suomen yliopisto. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0537-6/urn_isbn_978-952-61-0537-6.pdf Viitattu 25.1.2017.

Tammi, Terhi (toim.): Seutujohtamisen vaihtoehdot. Acta nro 163. Helsinki: Sisäasiainministeriö ja Suomen kuntaliitto 142-147. [file:///C:/Users/ELSA/Downloads/p071012101330L%20\(7\).pdf](file:///C:/Users/ELSA/Downloads/p071012101330L%20(7).pdf). Viitattu 23.1.2017.

Tuori, Kaarlo 2016. Sosiaalioikeus, viides uudistettu painos: <http://verkkokirjahylly.almatalent.fi.ezproxy.ulapland.fi/teos/DABBXXBUAGHH>. Viitattu 25.3.2017.

Vaininen, Satu 2011. Sosiaalityöntekijät sosiaalisen ammattilaisina. -Sosiaalityöntekijöiden ja yhteistyökumppaneiden käsitykset sosiaalitoimiston sosiaalityöntekijöiden ammatillisesta toiminnasta 2000-luvun alussa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto: <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/66803/978-951-44-8591-6.pdf?sequence=1>. Viitattu 11.3.2017.

Vesa, Eila & Orjasniemi, Tarja & Skaffari Pia 2017. Ikääntyvien päihdeongelmaisten naisten tuen tarpeet ja kotiin jalkautuvan päihdetyömallin kehittäminen. Artikkelilehdessä: Gerontologia 31 (1) 2017, 23-37: <http://journal.fi/gerontologia/article/view/61050/22643> Viitattu 24.3.2017.

Virallislähteet

Lait ja lyhenteet

AL	Alkoholilaki (17.1.1936/60)
Asetus alkoholipitoisten aineiden valmistuksesta, maahantuonnista, myynnistä, kuljetuksesta ja varastossapidosta	(16.5.1917/29).
Huoltoapulaki	(17.2.1956/116).
Irtolaislaki	(17.1.1936/57).
Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus irtolaisista ja niiden kanssa menettelemisestä	(2.4.1883/17).
Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus yleisestä vaivahoidosta Suomen Suuriruhtinaanmassa	(17.3.1879/10).
Köyhäinhuoltolaki	(1.6.1922/145).
Laki juopuneena tavatun henkilön huollosta eräissä tapauksissa	(163/1931).
Laki väkijuomista	(9.2.1932/45).
PAV -laki (PAVL)	Laki päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huollosta (10.2.1961/96).
PHL	Päihdehuoltolaki (17.1.1986/41).
Sosiaalihuoltolaki	(17.9. 1982/710).
Terveydenhuoltolaki	(30.12.2010/1326).

Hallituksen esitykset ja komiteamietinnöt

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi juopuneiden huollosta eräissä tapauksissa (HE 36/1931 vp.).

Hallituksen esitys eduskunnalle päihdehuoltolaiksi (HE 246/1984 vp.).

Hallituksen esitys eduskunnalle raittiushuoltolaiksi (HE 138/1959 vp.).

Hallituksen esitys eduskunnalle sosiaalihuoltolaiksi (HE 102/ 1981 vp.).

Huolto -ohjelmakomitean mietintö (KM 1949:7). Valtioneuvoston kirjapaino. Helsinki

Päihdeasianneuvottelukunnan mietintö. Ehdotus päihdeongelmaisten huollon kehittämiseksi. (KM 1978:40). Valtion painatuskeskus. Helsinki

Sosiaalityön koulutuskomitean mietintö (KM 1972: A 7). Valtion painatuskeskus. Helsinki

Sosiaalihuollon periaatekomitean mietintö (KM 1971: A 25). Yleiset periaatteet. Valtion painatuskeskus. Helsinki

Talousvaliokunnan mietintö (5/1930 II vp.).

vp. valtiopäivät

