

Pinnallisesti tarkastellen näyttää päihdeongelmaisten hoitoon ohjaaminen tapahtuvan työpaikoilla epäitsekkäästi ja humanisti. Hoitoonohjauksen tavoitteet ja keinot tuntuvat ulkopuolisesta niin päihdeongelmaisen itsensä kuin koko työyhteisönkin kannalta tarkoituksenmukaisilta. Kuitenkin hoitoonohjaukseen liittyy käytännössä runsaasti erilaisia arvostuksia ja toteuttamisvaihtoehtoja, joten sopuointu lienee osaksi näennäistä.

Hyödylliseen tavoitteeseen tuijottaminen hämärtää hoitoonohjaukseen liittyviä arvoritiriitoja. Hoitoonohjauksen filosofiaa ja ideologisia kysymyksiä ei ole juuri lainkaan pohdittu, vaan koko järjestelmä on otettu käyttöön ikään kuin ”valmiina”. Ehkä aihepiiriä pidetään niin käytännön läheisenä, että syvällisempi periaatteellinen keskustelu koetaan saivarteluksi. Käytännön kokemukset niin työ- kuin hoito- paikoilla samoin kuin eräät tutkimustuloksetkin pakottavat kritisoimaan vakiintuneita hoitoonohjauksen muotoja (Suhonen 1983; Malin 1983). Tarkoituksena ei tällöin suinkaan ole hoitoonohjauksen vesittäminen, vaan pyrkimys etsiä nykyiselle järjestelmälle päihdeongelman luonteen, hoitoon ohjattavan valmiudet ja työyhteisön voimavarat paremmin huomioon ottavia vaihtoehtoja.

Viime vuosikymmenellä tapahtui työelämässä muutoksia, jotka olennaisesti tasoittivat tietä hoitoonohjauksen yleistymiselle. Työsuojelun alueella siirrettiin huomiota fyysisestä työsuojelusta ns. henkiseen työsuojeluun. Samanaikaisesti työterveyshuollosta säädettiin laissa, mikä merkitsi työterveyshuollon piiriin tulleiden työpaikkojen nopeaa lisääntymistä. Päihdeongelmat ja hoitoonohjaus koettiin työpaikoilla tärkeiksi ja ajankohtaisiksi. Valmiudet käsitellä päihdeongelmaisia ja toteuttaa hoitoonohjausta lisääntyivät.

Hoitoonohjauksen taustalta löytyy yleisempiä yhteiskuntapoliittisiakin pyrkimyksiä.

Alkoholipolitiikasta käytiin 1970-luvun alussa, siis hoitoonohjaussuosituksen syntyäikoihin, vilkasta keskustelua. Keskiolutuudistus herätti mielenkiintoa alkoholihaittojen lisääntymistä ja kansakunnan moraalia kohtaan. Vuosikymmenen alkupuolella oli myös työvoimasta pulaa ja laman mahdollisuudesta varoittelivat vain muutamat ”ennustajaeukot”. Huoli ammattitaitoisen, koulutetun työvoiman riittävyydestä edesauttoi hoitoonohjauksen vakiintumista työpaikoille.

Vähätellä ei myöskään sovi ulkomaisia esikuvia. Alkoholitutkijat raportoivat tämänkin lehden palstoilla Yhdysvalloissa ja Norjassa saaduista kokemuksista (esim. Immonen 1971). Varsinainen aloite hoitoonohjaussopimukseksi annettiin työmarkkinajärjestöille juuri alkoholitutkijoiden toimesta (Alkoholiongelmallisten... 1971). Tosin työmarkkinajärjestöt eivät olleet valmiita sopimukseen, vaan päätyivät suositukseen. Myös raittiusjärjestöt kiinnostuivat hoitoonohjauksen myötä työelämän päihdeongelmista; onhan esim. työväen raittiusliikkeellä pitkät perinteet jopa massiivisen joukkovoimankin käytössä työväestön juoppoutta vastaan taisteltaessa. Lähtökohdana olivat tällöin pääasiallisesti työväestön yhteiskunnalliseen asemaan liittyneet kysymykset.

Työelämän päihdeongelmaa ja hoitoonohjausta ei pitäisi tarkastella pelkästään työpaikan näkökulmasta. Työelämässä tapahtuvat muutokset, myös hoitoonohjauksen kehittyminen, heijastelevat aina yhteiskunnan rakenteita ja ajassa esiintyviä arvostuksia. Hoitoonohjaus puolestaan vaikuttaa yhteiskuntaan laajemminkin kuin työpaikka.

Tehokkuuden yhteiskunta ja hoitoonohjaus

Yhteiskuntakriitikot löytäisivät hoitoonohjauksesta ja sen toteuttamistavoista runsaasti

tukea ja yhtäläisyyksiä ns. turvavaltioajattelulle, jonka mukaan teollinen yhteiskuntadynamiikka kehittää uusia keinoja (esim. esisairaiden etsiminen) löytääkseen tehokkaimmat henkilöt oikeille paikoille ja ylläpitääkseen näin tehokkuuden oravanpyörää (Hirsch 1983, 108; Marcuse 1969, 33). Tehokkuutta painottava, kiihtyvällä nopeudella teknistyvä tietoyhteiskunta ankkuroi jäsenensä niihin tarpeisiin, joita se itse tuottaa. Teknologia ja tehokkuus pakottavat kansalaiset työnjaon kautta kapeeneviin ja samalla haavoittuvampiin rooleihin. Tätä yhtenäistämistä vauhditetaan sanktioiden ja syrjäyttämisen uhalla. Yhtenäistäminen puolestaan rationaalistetaan juuri teknologian ja tehokkuuden lähtökohdista.

Mikäli joku ei syystä tai toisesta jaksa kestää mukana ja alkaa oirehtia, esim. käyttää liikaa päihteitä, hänet leimataan neuroottiseksi, sairaaksi tai poikkeavaksi. Tällaista tapausten varalle niin yhteiskunta kuin organisaatiotkin kehittävät erilaisia säätelyjärjestelmiä. Yksi tällainen on hoitoonohjaus. Hoidon tai kuten nykyään sanotaan kuntoutuksen motiivina on sopeuttaa henkilö niin, että hän mahdollisimman hyvin kestäisi niitä paineita, joita vastaan hän on oirehtinyt. Harvoin myönnämme, että olosuhteita muuttamalla saatettaisiin päästä kauaskantoisempiin tuloksiin. Me itekin saamme oireita samoista paineista. Tehokas tapa ohittaa yhteiskunnan tai yhteisön kannalta kiusalliset tarkastelut on keskittää huomio pelkästään yksilön psykofyysiseen järjestelmään. Heikkouden ja poikkeavuuden syytä etsitään ihmisestä itsestään ja muutoksenkin odotetaan keskittyvän vain häneen.

Päihdeongelmaisten kohdalla yksilökeskeisellä lähestymistavalla on pitkät perinteet. Tätä perinnettä ylläpitää mm. kliininen lääketiede. Tälläkin hetkellä eri puolilla maailmaa tehtävistä alkoholismia kartoittavista tutkimuksista valtaosa keskittyy esim. perinnöllisten ja aineenvaihdunnallisten tekijöiden sekä neurofysiologisten rakenteiden tutkimiseen. Näiden tutkimusten tuloksena tullaankin lähivuosina saamaan runsaasti lisätietoa päihteiden vaikutusmekanismeista ihmisessä. Myös erilaiset testit, joilla pyritään ”syntymässä olevien” päihdeongelmien tai ”päihteille alttiiden” seulomiseen jo varhaisessa vaiheessa, ovat voimakkaasti tulossa. Työelämä tulee

ilahtumaan tällaisista testeistä, merkitsevät-hän ne lääketieteellisesti legitimoitua tapaa tarkkailla ja valita työvoimaa.

Hoitoonohjauksessa omaksuttuja menettelytapoja voidaan tarkastella sekä yksilö- että ympäristökeskeisestä näkökulmasta (Shain & Groeneveld 1980, 11—12). Yksilökeskeisessä lähestymistavassa etsitään vaikeuksiin syytä pelkästään ihmisestä itsestään. Toimenpiteet ja säätely-yritykset keskittyvät pääasiassa päihdeongelmaiseen. Työyhteisön tai elämäntilanteen osuutta vähätellään. Päihdeongelmaan puuttumista perustellaan useimmiten työn sujumiseen ja työmoraaliin liittyvillä kriteereillä. Esimerkiksi mielenterveydellisten ja sosiaalisten näkemysten korostaminen jää käytännön hoitoonohjaustilanteissa ja kirjallisissa hoitoonohjausmalleissa taka-alalle. Yhdysvalloissa ns. leveän luudan menetelmissä esimies ei yritäkään selvittää työntekijän ongelman todellisia taustoja. Hän toteaa työsuorituksen laskeneen ja ohjaa henkilön suoraan yrityksen lääkärin tai psykologin puheille. Työsuorituksen valvonta on tällöin keino määritellä hoidontarve (Shain & Groeneveld 1980, 3). Sopi-vasti edellä mainittua tunnusmerkistöä kiristämällä itsekukin meistä olisi silloin tällöin ”hoidon” tarpeessa.

Ympäristökeskeisesti hoitoonohjausta toteutettaessa ei syytä etsitä vain ihmisestä itsestään, vaan tilannetta tarkastellaan koko työyhteisön näkökulmasta. Elämää ei viipaloida kahteen toisensa pois sulkevaan kokonaisuuteen — työhön ja vapaa-aikaan. Tunnustetaan, että niiden välillä vallitsee molemminpuolinen vuorovaikutus, myös päihdeongelmissa. Ympäristökeskeisen lähestymistavan tueksi on esitetty koko joukko kansainvälisiä tutkimuksia (Roman & Trice 1972, 103—119; Honkasalo 1978). Työpaikan ihmissuhteet, stressi ja työluonne on todettu merkityksellisiksi päihdeongelman taustoja selvitetessä. Varsinkin ammattiuran kehittymisellä, työnjohtotavalla, työn tulosten arvioinnilla ja alkoholin saatavuudella on yhteyttä työelämän päihdeongelmiin. Ympäristökeskeistä lähestymistapaa on vastustajien taholta syytetty siitä, että siinä keskitytään liiaksi muuhun kuin varsinaiseen päihteiden väärinkäyttöön.

Puhuessamme yksilö- tai ympäristökeskeisestä hoitoonohjauksesta teemme samalla käy-

tännössä valintoja päihdehaittoja ja työolosuhteiden merkitystä päihdeongelmien synnyssä korostavien näkemysten välillä (Simpura 1979, 64). Tämä vastakkainasettelu saa meidät helposti, omien asenteidemme ja kokemustemme suomaan asiantuntemukseen nojautuen, ottamaan kantaa jommankumman puolesta toista vastaan.

Työelämän omien valtarakenteiden kannalta ei ole samantekevää, kumpi malli yleistyy. Samantekevää se ei myöskään ole päihdeongelmaiselle itselleen, sillä valittava näkökulma vaikuttaa ratkaisevasti myös niihin odo-
tuksiin, joita toipumiselle asetetaan.

Hoitoonohjaus vallankäytön välineenä

Riippumatta siitä, painotetaanko hoitoonohjauksen yhteydessä yksilö- vai ympäristökeskeistä näkökulmaa, hoitoon ohjattava itse kokee toimenpiteet itseensä kohdistuvaksi vallankäytöksi. Valtaa käyttävää on kuitenkin erittäin vaikea yksilöidä, koska hoitoonohjaus-tilanteeseen samoin kuin hoitoonohjausmalleihin liittyy aina eri eturyhmien kompromisseja.

Hoitoonohjauksen sisältämää vallankäyttöä perustellaan sekä tuotannollis-taloudellisin että psykososiaalisin näkemyksin. Edellisessä korostuvat työsuoritus ja velvoitteiden tinkimättömän noudattaminen. Kyseinen lähtökohta ohjaa hoitoonohjausta sanktioiden ja kaikkiin samanlaisina kohdistuvien toimenpiteiden suuntaan. Samalla yleistyvät vaatimukset hoitositoumuksista, toipumiselle asetettavista aikarajoista ja yksiselitteisesti mitattavista hoitotuloksista. Päihdeongelman etiologia on kuitenkin ristiriidassa näiden vaatimusten kanssa. Päihdeongelmat ja niistä toipuminen ovat yksilöllisiä tapahtumia. Tilapäiset retkahduksetkin saattavat palvella toipumista ajan mittaan (Österberg 1980; Halonen 1982).

Psykososiaalisissa perusteluissa tarkastellaan päihdeongelmaa yksilön ja hänen ympäristönsä monimutkaisena vuorovaikutuksena. Päihdeongelma on merkki häiriöstä yksilön vuorovaikutussuhteissa; sen ratkaisemiseen eivät riitä yksilön omat ponnistelut, vaan tarvitaan asennemuutosta ja tukea myös hänen ympäristöltään. Tällöin muutoksen aikaansaa-
minen ja päihdeongelmaisen kuntouttaminen

edellyttävät yksilöllistä suunnitelmaa ja yksilöllisiä ratkaisuja. Ns. parstakertoimen käytöltä välttyään, mikäli hoitoon ohjattavaa koskevat keskeiset ratkaisut tehdään esim. työnantajan, yhteyshenkilön ja työterveyshuollon yhteisten keskustelujen ja suunnitelmien pohjalta, sitoutumatta etukäteen pikkutarkasti joihinkin ratkaisuihin. Psykososiaaliset perustelut jäävät hoitoonohjaustilanteissa toistuvasti taloudellis-hallinnollisten perustelujen var-
joon.

Vallankäytön rakennetta voidaan hoitoonohjauksen yhteydessä tarkastella kolmelta tasolta. Normatiivinen vallankäyttö muodostuu niistä toimenpiteistä, joiden avulla määritellään etukäteen, miten ja missä järjestyksessä hoitoonohjaukseen liittyviä ratkaisuja tehdään. Keskeisen osan siitä muodostavat asteittain kiristyvät sanktiot. Eräillä toimialoilla hoitoonohjauksen sanktiot on saatettu sopia siten, että ne ovat ristiriidassa esim. virkasääntöjen edellyttämien toimenpiteiden kanssa. Onpa vielä käytössä päihdeongelmaisille langetettavia sakko- ja häpeärangaistuksiakin. Normatiivinen vallankäyttö perustuu työnantajan taloudellis-hallinnolliseen asemaan, joka on saanut vahvistuksensa mm. työmarkkinoiden sopimuskäytännöstä.

Toinen vallankäytön muoto näkyy hoitoonohjauksessa eräänlaisena normatiivis-sosiaalisena valtana. Tällöin normatiivisen vallan puitteissa vedotaan päihdeongelmaisen vertaisryhmään. Toivotaan, että työtoverit työmoraliin ja -etiikan nimissä paheksuisivat päihdeongelmaista toveriaan. Yhdenmukaisuuden paineen uskotaan vaikuttavan korjaavasti päihdeongelmaiseen. Asetelma on pohjimmiltaan yhä normatiivinen. Sosiaalisuus näkyy siinä, että työtoverit on mobilisoitu esittämään paheksuntansa. Näin saadaan ikään kuin syvempi moraalinen ulottuvuus. Päihdeongelmaisen vertaisryhmällä on kaikesta huolimatta rajoitetusti mahdollisuuksia vaikuttaa varsinaisten normien lähteeseen, työyhteisön taloudellis-hallinnolliseen rakenteeseen.

Sosiaalisella vallankäytöllä hoitoonohjauksen yhteydessä tarkoitetaan ns. toverihoitoonohjausta. Tällöin työtoveri tai luottamushenkilö pyrkii tarjoamaan apuaan päihdeongelmaiselle jo ennen työnantajan puuttumista asiaan. Apua tarjotaan ystävänä ja lähimmäi-

senä. Toverihoitoonohjaus ei merkitse työtovereiden keskinäisen valvonnan lisääntymistä. Jokainen huolehtii siitä, ettei tieteen tahtoen ole kannustamassa tovereitaan liialliseen päihteiden käyttöön, ja jos sitten hänelle läheinen työtoveri on joutunut vaikeuksiin päihteiden kanssa, hän tarjoaa apuaan. Kysymyksessä on pelkästään kahden ihmisen avoin ja rehellinen keskustelu, joka myös jää heidän keskeiseen. Tämä edellyttää pitkällistä asennekasvatusta, jolla lisätään työntekijöiden keskinäistä solidaarisuutta. Kuitenkin vapaaehtoisen hoitoon hakeutumisen ja toverihoitoonohjauksen tukeminen lienevät ainoat keinot estää lisääntyvä normatiivisin pakottein toteutettava hoitoonohjaus, joka jo luonteestaan johtuen päätyy todennäköiseen irtisanomiseen.

Vallankäytön olemus näkyy hoitoonohjauksessa erityisen hyvin silloin, kun työpaikalla yleisesti tunnustetaan, että päihdeongelma on sairaus, mutta päihdeongelmaiseen kohdistettavista toimenpiteistä voisi luulla, että kysymyksessä on välinpitämättömyys tai kurittomuus. Esim. krapulassa työhön tuleva työntekijä voidaan leimata kurittomaksi ja välinpitämättömäksi. Entäpä jos hänellä onkin niin korkea työmoraali, että hän tulee työhön krapulaisenakin, vaikka tietäekin ilmitulon todennäköiseksi.

Päihdeongelmaisen tunnistaminen ja ongelmaan puuttuminen työelämässä

Liiallisen päihteiden käytön haitoista vallitsee laaja yhteisymmärrys työpaikoilla. Hoitoonohjaus käynnistyy useimmiten päihtyneenä työssä olosta tai luvattomista poissaoloista (Suhonen 1983, 63; Malin 1983). Kuitenkaan pelkästään päihdehaitan perusteella ei ketään pitäisi itsestään selvästi leimata alkoholistiksi. Päihdehaittahan voi olla seurausta tilapäisestä, toistuvasta tai jatkuvasta alkoholin käytöstä.

Päihdeongelman ja hoidon tarpeen määrittelyyn liittyy subjektiivinen, objektiivinen tai suhteellinen arviointiperuste. Monesti lopullinen asennoitumisemme ja toimenpiteiden perustelu ovat kaikkien näiden vaihtoehtojen yhteisvaikutusta.

Subjektiivisten näkemystemme taustalla ovat omat kokemuksemme päihdeongelmasta

ja asennoitumisemme päihdeongelmiin. Kovin helposti pelkästään ulkoisten viitteiden perusteella nimitämme jotakuta päihdeongelmaiseksi tai alkoholistiksi. Uskomme, että hän on ihmisenä samanlainen kuin muutkin aiemmin päihdeongelmaiseksi leimaamamme. Etsimme innokkaasti yhtäläisyyksiä ajattelumme tueksi.

Objektiivisen diagnoosin tekeminen edellyttää laajasti hyväksytyjä kriteereitä. Työelämässä nämä kriteerit muodostetaan yleensä päihdehaittojen laadun perusteella. Työmoraaalin ja -suorituksen kannalta vahingollisimmat päihdehaitat samastetaan vaikean päihdeongelman tunnusmerkeiksi. Hoitoonohjauksen kannalta työsuoritukseen vaikuttavia haittoja pidetään keskeisempinä kuin esim. päihteistä johtuvia psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia oireita, joihin taas päihdeongelmaisten hoidossa erityisesti keskitytään.

Suhteellinen perustelu puolestaan rakentuu päihdeongelmaiseksi ”epäillyn” vertaamiseen muihin työntekijöihin — enemmistöön. Oikeastaan tällöinkin kiinnitetään huomiota työsuoritukseen ja velvollisuuksien täyttämiseen. Taustalla on yhteisvastuullisuuden ja työmoraaalin korostaminen. Suhteellinen perustelu kuvastaa jo aiemmin mainittua normatiivis-sosiaalista valtarakennetta.

Kaikki henkilöstöryhmät näyttävät turhautuvan päihdeongelmaiselle niin tyyppillisestä oman ongelman vähättelystä ja kieltämisestä (Suhonen 1983, 60). Turhautuminen johtuu pääasiassa siitä, että hoitoon ohjaavat henkilöt ovat virheellisesti ymmärtäneet, että heidän tehtävänsä on saada päihdeongelmainen tunnustamaan alkoholisminsa. Puolustusmekanismien poistaminen on hoidon ja hoitopaikkojen tehtävä. Onhan se olennainen osa esim. psykoterapeuttista hoitoa. Hoitoon ohjaajien tehtävä on kertoa työpaikalla, että päihdehaitta on tullut ilmi, esittää toivomus muutoksesta ja tarjota keinoksi hoitoon menemistä.

Mikäli työpaikan hoitoonohjausjärjestelmä rakentuu pääasiassa yhden henkilön, esim. yhteyshenkilön, aktiivisuuden varaan, muodostuu esitetyistä vaihtoehtoista helposti arvovaltakysymyksiä. Yhteyshenkilö esittää vaihtoehtoon, joka ei ehkä tuota tulosta tai josta hoitoon ohjattava kieltäytyy. Tällöin yhteyshenkilö-hoitoonohjaaja helposti uskoo joutuvansa muiden silmätikuksi, ellei hän selvästi

”kovenna” otetaan. Sama koskee myös esimiehiä. Työpaikkojen hierarkiassa heille asetetaan tiukat velvoitteet. Nykyaikaisen dynaamisen esimiehen kuvaan ei useinkaan sovi jatkuva, näennäisesti tuloksettomalta vaikuttava askartelu ihmissuhdeongelmien parissa.

Päihdeongelman yhteydessä puhutaan toistuvasti varhaisen intervention merkityksestä. Todetaan, että varhaisella päihdeongelmaan puuttumisella turvataan hoidon tulokset. Päihdehaitan tuomittavuuden ja moraalisten painotusten kannalta näin saattaakin olla. Samalla hoitotyöntekijät saanevat hengähdysaikaa työpaikan vaatimuksilta. Varhaisen toteamisen painottaminen saattaa olla myös vahingollista, mikäli se johtaa stereotyyppiseen ajatteluun. Varhaisten merkkien uskotaan johtavan aina ja kaavamaisesti samaan lopputulokseen — krooniseen alkoholismiin. Toisaalta varhaisten merkkien toteaminen ja luotettavuus voidaan asettaa kyseenalaiseksi. Kaikista niistä, jotka täyttävät varhaiset tunnusmerkit, ei suinkaan tule alkoholisteja. Olettamukset päihdeongelman varhaiskriteereistä perustuvat yleensä uskomuksiin, jotka heijastavat pikemminkin kyseisen yhteisön asenteita päihdeongelmaa kohtaan kuin luotettavaa, laajoissa tutkimuksissa todennettua tunnusmerkistöä. Tilastollisesti tai kliinisesti luotettavia päihdeongelman varhaisen toteamisen kriteerejä ei ole toistaiseksi olemassa. Mitä varhaisempien viitteiden perusteella työntekijä määrittellään päihdeongelmaiseksi, sitä suuremmaksi kasvaa virhearvioinnin riski.

Hoitoonohjaus haaste päihdehuollolle

Hoitoonohjaus merkitsee haastetta hoitopaikkojen perinteiselle autonomialle. Työelämä on alkanut asettaa hoitopaikoille vaatimuksia, jotka eivät välttämättä vastaa näiden käsitystä päihdeongelman etiologiasta. Toisaalta hoitoonohjauksen yleistyminen on pakottanut hoitopaikat selkeämmin kuvaamaan sitä, mitä hoidossa tapahtuu. Psykoterapeuttinen käsitteistö on ollut pakko muotoilla kansantajuisemmin, joskin tällöin on saatettu ajautua entistä vaikeaselkoisempiin ja epämääräisempiin selityksiin.

Päihdehuollon asiakkaat ovat hakeutuneet hoitoon perinteisesti vapaaehtoisesti. Hoitoon

ohjattujen kohdalla hoitoon tulemisen motiivina on monesti irtisanomisen uhka. Työelämän vaatimukset välittyvät hoitopaikkoihin yksiselitteisinä hoitotavoitteina, toipumiselle asetettuina aikatauluina ja vaatimuksena, ettei päihdeongelma enää toistu. Työyhteisö haluaa oireen poistuvan. Hoitopaikka puolestaan pyrkii muuttamaan ihmistä, jotta tämän ei tarvitsisi turvautua päihdeisiin ongelmiaan ratkoessaan.

Työpaikoilla koetaan hoitopaikkojen soveltamat sosiaalityön ja psykoterapian menetelmät ilmeisesti hitaiksi ja vaikeasti tajuttaviksi. Paine selkeämpiin ja nopeammin vaikuttaviin menetelmiin on hoitoonohjauksen mukana yleistynyt. Hoidolta odotetaan nopeita tuloksia. Vaaditaan yhä enemmän selkeästi rajattuja ”opetuspaketteja” ja ”kurseja”. Päihdeongelmalliselle halutaan autoritaarisesti opettaa, miten asioiden tulisi olla. Ei jakseta odottaa päihdehuollon korostamaa ihmisen itsensä kasvamista, joka tuottaa monesti tuloksia tuskallisen hitaasti. Työelämässä tyypillinen tehokkuuden tavoittelu on tuotu siis myös hoitoonohjaukseen.

Samanaikaisesti päihdeongelmaa tarkastellaan hoitopaikoissa ihmisen omista voimavaroista lähtien, ja se nähdään ihmisen psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen rakenteen monimutkaisena häiriönä. Ihmisen elämäntilanteen ja ympäristön katsotaan vaikuttavan myös päihdeiden liialliseen käyttöön. Muutoksen pitää kohdistua myös niihin. Päihdeongelman pelkistäminen ja toipumisen kiirehtiminen ovat hämmentäneet päihdehuoltoa. Ollaanko sosiaalipolitiikkaa sitomassa päihdehuollon avulla työvoiman laadun valvontaan ja ulos syötön välineeksi (Ollikainen 1979)?

Kenen pitäisi määrittellä päihdeongelma, hoidon tarve ja toimenpiteet? Pitääkö painottaa työyhteisön ja tuotannon kannalta parasta mahdollista lopputulosta vai tuleeko hoitoonohjausta tarkastella päihdeongelmaisen itsensä näkökulmasta? Ovatko nämä tavoitteet auttamattomasti ristiriidassa? Hoitopaikkojen osalta työelämän vaatimuksiin mukautuminen on sitä todennäköisempää, mitä heikommin omat tavoitteet on kyetty määrittelemään ja välittämään yhteiskuntaan yleensä. Hoitoonohjauksen onnistuminen niin työelämän kuin hoitopaikkojenkin näkökulmasta edellyttää

sitä, että kyetään löytämään jonkinlainen tasapaino ymmärtämisen ja rajojen asettamisen välillä.

Mikä voisi olla se sanoma, jota hoitopaikat kokemustensa perusteella voisivat päihdeongelmista viedä työpaikoille? Ehkäpä se, että tiukka muodollinen kontrolli ja kurinpidollisesti painottunut hoitoonohjaus tekevät syvästä inhimillisestä ongelmasta kylmän kurinpidollisen ongelman. Syrjäytyminen lisääntyy, ja kaikista työntekijöistä tulee ennen tutkimista epäilyksen alaisia.

Mihin suuntaan hoitoonohjausta olisi kehitettävä

Hoitoonohjaus on sanana harhaanjohtava. Se korostaa yksipuolisesti päihdeongelmaisten ohjaamista ulkopuoliseen hoitopaikkaan. Laajasti ymmärrettyä kysymys on kuitenkin päihdeongelmien ehkäisystä ja yleensäkin päihdeongelmaisten selviytymismahdollisuuksien lisäämisestä työyhteisössä. Hoitopaikkaan ohjaaminen on vain yksi, joskin näkyvä osa hoitoonohjausta. Kysymys ei siis ole pelkästään päihdeongelmaiseen, vaan koko työyhteisöön vaikuttamisesta.

Työpaikoilla tulisi periaatteessa sopia kirjallisesti päihdeongelmien säätelystä. Yksityiskohtaisten hoitoonohjausmallien sijasta olisi kuitenkin etsittävä ratkaisuja, jotka ottavat huomioon päihdeongelman ja siitä toipumisen yksilöllisen luonteen. Etukäteen tarkasti määriteltyjen toimenpiteiden sijasta pitäisi päästä joustavuuteen ja tapauskohtaiseen harkintaan. Hoitoonohjauksesta olisi tehtävä prosessi, joka mahdollistaa eri vaihtoehtojen kokeilun ja jättää aikaa toipumiselle.

Oma-aloitteinen hoitoon hakeutuminen yhdessä toverihoitoonohjauksen kanssa tulisi nostaa hoitoonohjauksessa tasavertaiseen asemaan työnantajan aloitteesta käynnistyneen hoitoonohjauksen kanssa. Ainakin tiedotus- ja valistustoimintaa tulisi kehittää tähän suuntaan. Päihdehaitoista ja niiden hoidosta tiedottamisen on oltava osa ammatillista perus-, jatko- ja täydennyskoulutusta. Työmarkkinajärjestöjen olisi käsiteltävä päihdeongelmia nykyistä aktiivisemmin myös omassa koulutus-toiminnassaan, vaikkapa henkisen työsuojelun yhteydessä. Työterveyshuollon mahdollisuuk-

sia antaa tietoa päihdehaitoista terveyskasvatuksen keinoin ei ole myöskään hyödynnetty riittävästi. Käytännön hoitoonohjaustilanteissa on mahdollisimman pitkälle pitäydyttävä hoitoon ohjaajan ja päihdeongelmaisen vuorovaikutussuhteeseen ja sen turvaamiseen.

Kun työnantajan taholta esitetään kurinpidollisia toimenpiteitä, olisi työpaikalla oltava työnantajan, työntekijöiden ja työterveyshuollon edustajista koottu ryhmä. Ryhmän tehtävänä olisi sitten miettiä kussakin tilanteessa erikseen käyttökelpoisia vaihtoehtoja, neuvotella kurinpidollisista toimenpiteistä, tarvittaessa myös muuttaa, lykätä tai kumota niitä.

Kurinpidollisten toimenpiteiden pelotusvoimaan on syytä suhtautua epäillen. Ne antavat enintään hoitoon ohjaajille tunteen rajojen asettamisesta ja toimenpiteiden jänteveydestä. Esim. palkattomien pakkolomien käytöstä hoitoonohjauksessa tulisi luopua, sillä ne synnyttävät pikemminkin uhmaa kuin aktiivista halua toipua. Irtisanomistapausten yhteydessä olisi aina työterveyslääkärin toimesta vielä lopuksi varmistuttava siitä, ettei itse asiassa mielenterveysongelmasta kärsivää työntekijää irtisanottaisi päihdeongelman nojalla.

Nykyiset pikkutarkat hoitoonohjausmallit tms., kurinpidollisesti painottuneina ja epärealistisine odotuksineen, johtavat vääjäämättä päihdeongelmaisen irtisanomiseen. Hoitoonohjauksesta pitäisikin tehdä vähemmän muodollinen prosessi, jossa pohditaan päihdeongelmaisen selviytymistä yleensä ja erityisesti työyhteisön kykyä sietää päihdeongelmaisia eikä tarkkailtaisi pelkästään retkahdusten lukumäärää ja turhauduttaisi liian kunnianhimoisesti asetetuista tavoitteista. Turvallinen ja solidaarinen ilmapiiri työyhteisössä johtaa päihdeongelmissa todennäköisemmin tuloksiin kuin muodollisesti yksityiskohtaiset hoitoonohjausmallit.

Yhteenveto

Yksityiskohtaisten ja normatiivisten hoitoonohjausmallien kykyyn turvata päihdeongelmaisen työsuhteen jatkuvuus voidaan suhtautua kriittisesti. Päihdeongelman etiologia edellyttää hoitoonohjaukselta joustavuutta ja tapauskohtaista harkintaa. Hoitoonohjaus olisi nähtävä laajasti, myös ehkäisyä sekä oma-

aloitteista ja toverihoitoonohjausta painottaen. Konkreettisesta hoitoonohjaustilanteesta tulisi tehdä prosessi, jossa kiihottomasti etsittäisiin päihdeongelmaiselle ja koko työyhteisölle sopivinta ratkaisua. Hoitoonohjausjärjestelmän yksityiskohdista ja etukäteen asetetuista hoitotavoitteista ei saisi tulla itsetarkoitusta. Jatkuva asennekasvatus työpaikoilla on tehokkain tapa lisätä asiallista suhtautumista päihdehaittoihin ja hoitoonohjaukseen.

Kirjallisuus

Alkoholiongelmallisten käsittelystä suositus työmarkkinaosapuolille. *Alkoholipolitiikka* 36 (1971): 6, 333—334

Halonen, Ilkka: Alkoholisti raitistumishaasteen edessä. *Alkoholipolitiikka* 47 (1982): 4, 226—234

Hirsch, Joakim: Turvavaltio. Jyväskylä 1983

Honkasalo, Marja-Liisa: Työn luonne alkoholin käytön osatekijänä. *Alkoholipolitiikka* 43 (1978): 3, 143—147

Immonen, Erkki J.: Ongelmajuojan käsittely teollisuusyrityksissä. *Alkoholipolitiikka* 36 (1971): 6, 293—298

Malin, Tuula: Sosiaalihuollituksen hoitoonohjausprojekti. 1983. (Toistaiseksi julkaisematon)

Marcuse, Herbert: Yksiulotteinen ihminen. Tapiola 1969

Ollikainen, Matti: Alustus Työelämän päihdeongelma -seminaarissa. Lahti 1979. (Moniste)

Roman, P. M. & Trice, H. M.: Spirits and demons at work. Ithaca 1972

Shain, M. & Groeneveld, J.: Employee-assistance programs. Philosophy, theory and practice. Lexington, Mass. 1980

Simpura, Jussi: Suomalaisten juomatavat ja työelämä. *Alkoholipolitiikka* 44 (1979): 2, 63—70

Suhonen, Heikki: Päihdeongelmaisten hoitoonohjaus työelämässä. Tutkimus hoitoonohjauksen kattavuudesta ja toteuttamisesta. Työturvallisuuskeskus 1983

Österberg, Ingall: Hoitotulokset — onko niitä ja ovatko ne mitattavissa? *Alkoholipolitiikka* 45 (1980): 4, 156—164.

English Summary

Heikki Suhonen: Hoitoonohjauksen ideologiasta (The Ideology of Referral to Treatment)

A critical approach is meaningful when weighing the capacity of detailed and normative referral to treatment models to safeguard continued employment for an individual with an alcohol or drug problem. The etiology of an alcohol or drug problem requires flexible and case-by-case assessment in referral to treatment. Referral to treatment should be understood more broadly to underscore prevention as well as self-initiative in the search for treat-

ment and referral to treatment by those near. Actual referral to treatment should be a process that would dispassionately seek a solution best suited to the individual with an alcohol or drug problem and the job community as a whole. The details of the referral to treatment system and advance treatment goals should not become ends in themselves. Constant attitude shaping at work places is the most effective way to develop more factual attitudes towards the damaging effects of intoxicants and referral to treatment.

Alkoholipolitiikka Vol. 49: 28—34, 1984