

## *Päihdehuollon syrjäytetyt asiakkaat – asiakkaiden tarpeet ja oikeudet*

Suomalaisessa päihdehuollossa eletään muutoksen aikaa, mikä johtuu sekä uudistuvasta lainsäädännöstä että uusien hoito- ja terapiamuotojen yleistymisestä. Kaikki tämä tulee todennäköisesti merkitsemään myös ideologista murrosta päihdehuollossa. Myöskään päihdeongelmaisten asema ja heihin kohdistuvat asenteet yhteiskunnassa eivät näytä olevan suinkaan helpottumassa — pikemminkin päinvastoin (esim. Hemánus 1985).

Tässä tilanteessa on paikallaan taas kerran kysyä, mikä on päihdehuollon yhteiskunnallinen rooli. Kenen lähtökohdista se toimii? Miten pitkälle ollaan valmiita puolustamaan päihdeongelmaisten oikeuksia? Miten toimia yhteistyössä sosiaalipolitiikan muiden sektorien kanssa?

Kipeä ongelma tässä tilanteessa on se, että päihdetyön teorettinen perusta ei ole kovin vankka ja että työn yhteiskunnallisia funktioita koskeva keskustelu on jäänyt vähäiseksi. Yhteiskuntatieteellisessä tietoperustassa on aukkoja. Kun kansainvälisesti arvostetut alkoholitutkijat Robin Room ja Klaus Mäkelä peräänkuuluttivat hoitotyötä tekeviltä suurempaa aktiivisuutta asiakkaiden oikeuksien ja tarpeiden tuomiseksi selkeästi yhteiskunnalliseen keskusteluun, jäikin artikkelin herättämä vastakaiku ehkä tästä syystä yllättävän vähäiseksi (Mäkelä & Room 1984). Passiivisuus ei varmaankaan ollut pelkkä sattuma. Kysymyksessä lienee sekä päihdehuollon työntekijöiden alistuminen ja turhautuminen resurssi- ym. paineiden alla että viime vuosille tyypillinen keskittyminen hoitotapahtuman prosessien tarkasteluun ja hoidon ulkopuolella vaikuttavien tekijöiden jääminen taka-alalle. Tähän on myös suuntaamassa päihdehuoltotyötä, kuten koko sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa, tehokkuus- ja suori-

tepainotteinen uusi lainsäädäntö.

Valtava-uudistus on varmasti merkinnyt monia parannuksia aiempaan käytäntöön. Päihdehuollon ja päihdeongelmaisten aseman kannalta uudistus on kuitenkin synnyttänyt paradoksaalisen tilanteen. Nyt hoidon kustantaja — kunta — virkamiestensä välityksellä tekee ratkaisuja, jotka vapaaehtoisuuteen perustuvassa hoidossa ovat perinteisesti kuuluneet hoitopaikan ja asiakkaan — ja vain heidän — yhdessä sopimiin asioihin, eli määrittelee pitkälti hoitopaikat, hoitoajat ja erilaisten hoitomuotojen, avo- ja laitoshoidon, tarpeellisuuden. Kun tarkoitukseen varattavat määrärahat on jo ennakolta rajattu vuosittain, ollaan oudossa tilanteessa. Kustannusten ja hyödyn vertaileminen tulee pakostakin entistä keskeisemmäksi hoidon tarpeellisuutta harkittaessa. Päihdeongelmaisen on esim. hoitolaitokseen päästäkseen osoitettava olevansa ”todella” motivoitunut ja ”riittävän” pitkälle alkoholisoitunut. Onpa tapauksia, joissa hoitajakso laitoksessa on jouduttu keskeyttämään, kun maksajan taholta on tullut ilmoitus, että kyseisen vuoden ”rahoituskiintiö” on täynnä (Koistinen 1985, 32—34).

Asiakkaiden oikeuksien ja tarpeiden puolustaminen konkreettisella tasolla on vaikeaa. Vaikeudet eivät ole helposti ratkaistavissa, koska ne liittyvät suurelta osin hoitotyön yhteiskunnallisiin ehtoihin, päihdeongelmaisiin kohdistuviin hoitotyötä vaikeuttaviin syrjimis mekanismeihin ja koviin asenteisiin, mutta myös hoitotyön heikkoon arvostukseen. Vähin mitä hoitosektori itse voi tehdä, on määritellä työnsä yhteiskunnallinen paikka nykyistä selkeämmin, käydä jatkuvaa keskustelua siitä, mikä on päihdeongelma ja millaisia ongelman käsittelytapoja määritelmästä on johdettavissa. Uusin tutkimustieto on saatava joustavasti käyttöön, ja työntekijöiden on oltava valmiita tarkistamaan omia työskentelymallejaan.

Suuressa osassa päihdehuoltoa tehdään laajamittaista ammatillista hoitotyötä ja toiminnan periaatteet, tavoitteet ja hoitomenetelmät ovat varsin tietoisesti asetettuja ja suunniteltuja. Hoitotyössä on erotettavissa toisaalta yhteiskunnallisten suhteiden taso ja toisaalta hoitosuhteen taso ja näissä vaikuttavat erilaiset ehdot. Yhteiskunnallisia ongelmia ei ratkaista hoidon keinoin, mutta niitä voidaan paikantaa hoidossa. Hoidon ja auttamisen lähtökohtana päihdehuollossa, niin kuin sosiaalityössä yleensäkin, on yhteisön, yksilön ja hoitotyön tavoitteiden yhteen sovittaminen. Hoitotaidot ovat tässä tavoitteiden kompleksissa, tekniikan hallitsemisen ohella, mitä selkeimmin myös toimenpiteiden moraalisien ja yhteiskunnallisten seurausten erittelyä. Kysymys on tavoitteesta turvata syrjäytettyjen ja vaikeuksissa olevien oikeus ihmisarvoiseen elämään (Sipilä 1985).

Alkoholiongelmaa voidaan pitää vuorovaikutusongelmana, ja hoidossa yritetään käsitellä sekä vuorovaikutuksen toista poolia, yksilöä, että toista poolia, yhteisöä, jossa ihminen elää. Päihdeongelman yksilöllisten ulottuvuuksien ohella pyritään paikantamaan sen yhteiskunnallisia yhteyksiä. Päihdeongelmaisten hoidossa käsitellään laaja-alaisesti ihmisten ongelmia suhteessa ympäristöön, mutta tuon suhteen hallinta hoidon keinoin on osoittautunut perin vaikeaksi.

Jos vuorovaikutuksen osapuoliksi on käsitelty yksilö ja perhe, ovat välineet olleet suhteellisen pitkälle kehitettyjä. Esimerkiksi erilaiset ongelmanratkontatekniikat ja lyhytterapiatekniikat ovat tällöin olleet paljon käytettyjä keinoja. Jos toiseksi osapuoleksi on nähty perhettä laajempi yhteisö, on oltu suhteellisen voimattomia. Yhteiskunnallisten epäkohtien edessä on tunnettu lähes täydellistä voimattomuutta. Keinot ja välineet ovat puuttuneet. Hoito on jäänyt ikään kuin puolitiehen. Hoitotyöntekijät ovat tavan takaa törmänneet siihen, että toimenpiteiden vaikutukset murenevat asiakkaan kohdatessa hoidon ulkopuolella niitä samoja ongelmia, kuten kielteisiä asenteita, syrjiviä käytäntöjä, asunto- ja toimeentulopulmia, jotka ennen hoitoakin ovat olleet vaikeuttamassa asiakkaan elämää. Päihdehuollon ”tehottomuus”, ”tuloksettomuus” — mitä ne sitten kunkin

määritelmän mukaan ovatkaan — kytkeytyvät vähintään yhtä paljon näihin vuorovaikutuksen toiseen pooliin liittyviin laajempiin ongelmiin kuin yksilön ominaisuuksiin. Tästä seuraa, että päihdehuoltoon kohdistuvat odotukset ja vaatimukset vaikuttavat välistä kohtuuttomilta. Eikä tuleva päihdehuoltolaki näitä odotuksia madalla.

”Tuloksellisuus” on tästä huolimatta ammattiväelle selviö, vaikka aina ei ole helppoa osoittaa, mitkä vaikutukset ovat hoidon ja mitkä joidenkin muiden tekijöiden seurauksia. Osa asiakkaista raitistuu pitkäaikaisesti tai pysyvästi, osalla juomiskaudet ja juodut alkoholimäärät vähenevät ja valtaosalla elämäntilanne hoitoprosessin kuluessa tai jälkeen paranee. Tämän kertovat myös monet alalla tehdyt tutkimukset, jos niitä tarkemmin lukee. Pelkästään hoitotoimenpitein voidaan päihdeongelmaiseksi määriteltyjen määrään vaikuttaa vain vähän. Päihdehuollon mahdollisuudet ovat tässä mielessä marginaaliset sosiaalipolitiikan muihin lohkoihin verrattuna (ks. Börjeson 1979, 50). Tämä havainto ei kuitenkaan anna aiheutta leimata päihdehuoltoa tehottomaksi, mutta selvittää päihdetyön yhteiskunnallisia rajoituksia.

### *Työelämän ja terveydenhuollon aktiivinen rooli*

Hoitotyön yhteiskunnallisen funktion määrittelytarpeellisuuteen on osaltaan vaikuttamassa se, että työelämässä on kehitetty kattavammiksi ja toimivammiksi erilaisista ongelmista kärsivien seulontamekanismeja.

Työelämästä on tulossa entistä keskeisemmin päihdehuollon yhteistyökumppani. Sen näkökulma päihdeongelmaan on kuitenkin erilainen kuin hoitoalan. Työ- ja suoritusorientoituneet tavoitteet rajaavat hoidon ja toipumisen monesti liian kapeaksi. Päihdeongelmalle asetetaan tavoitteita, velvoitteita ja odotuksia pohtimatta niitä yksilön senhetkisten resurssien valossa. Sosiaalisten paineiden alaisina asiakkaat saattavat hyväksyä itselleen vieraita tavoitteita, joita he eivät kykene saavuttamaan.

Monet päihdehuollon yhteistyökumppanit näkevät kohteena päihdeongelmaisen ihmisen, eivät hänen ympäristöään tai yhteiskunnallisia prosesseja. Erityisesti tämä näkökulmien erilai-

suus heijastuu puhuttaessa päihdeongelmien ehkäisystä ja siitä, miten syvälle ihmisten yksittäisyyteen on lupa mennä. Usein juuri asetetaan suurimman muutosvaatimuksen eteen ne asiakkaat, joilla on muutokseen kaikkein vähiten resursseja. Vahvojen ei tarvitse muuttua, heikkojen kyllä — paradoksi on valmis (Särkelä 1985). Ketä tällainen tavoitteenasettelu hyödyttää?

Päihdehuollon tehtävänä onkin oltava yhteistyökumppaneiden suvaitsevaisuuden lisääminen ja päihdeongelmaisten syrjimisen vähentäminen. Alkoholisoituminen on nähtävä prosessiksi, oireeksi jostakin, jossa me kaikki olemme mukana ja kannamme vastuuta. Mekaaninen diagnosointi syitä ja seurauksia pilkkoen sopii yhteen kilpailuyhteiskunnan byrokraattisten mekanismien kanssa. Hermeneuttista tarkastelutapaa vierastetaan, koska se vaikuttaa hidastavasti ja kääntää huomion osittain takaisin työelämän vieraannuttaviin tekijöihin.

Kokonaisvaltaiseen lähestymistapaan on helppo suhtautua kynnisesti, sillä sen rajaaminen käytännön toimenpiteiksi ei ole yksiselitteistä. Kenellä on riittävä asiantuntemus ja oikeus suorittaa kyseinen määrittely? Toisaalta lienee verrattain helposti todettavissa, että syvälle menevä muutos asiakkaan elämässä edellyttää yhteiskunnallista selviytymistä vahvistavia muutoksia niin hoidon kestäessä kuin päätyttyäkin (ks. Sipilä 1985).

Terveydenhuolto on osoittanut myös jatkuvaa kiinnostusta alkoholin suurkuluttajien tavoittamiseen. Erityisesti on keskitytty aktiiviin, työikäiseen väestöön ja sen alkoholin käyttöön. Tästä samasta väestöosasta tuntuvat olevan nykyisin erityisen kiinnostuneita kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon alueet. Yhteiskunnassa on siis valmiuksia seuloa, ainakin työikäisestä väestöstä, alkoholin suurkuluttajia melko varhaisessakin vaiheessa hoitojärjestelmien piiriin. Samanaikaisesti ei kuitenkaan kyetä kohtaamaan edes kaikkia niitä, jotka hakevat apua ongelmiinsa nykyisen järjestelmän puitteissa. Esimerkiksi päihtyneet, huonosti motivoituneet ja moniongelmaiset syrjäytyvät kovin helposti hoitojärjestelmien ulkopuolelle. Taustalla lienee myös jatkuvasti voimistuva vaatimus päihdeongelman ”medikalisoimisesta”. ”Medikalisoimisen” seuraukset ja vaikutukset palvelujen tarjontaan, hoitoon hakeutumiseen, päihdeon-

gelmaisten seulontaan ja moraaliseen ilmapiiriin saattavat olla hyvinkin yllättäviä.

### *Päihdehuolto polarisoimassa asiakkaitaan?*

Päihdehuolto on myös itse polarisoimassa asiakkaitaan eriarvoiseen asemaan. Koventuva asenneilmapiiri, jota lainsäädäntö on ollut epäsuorasti tukemassa, päihdehuollon yhteiskunnallisen roolin hämärtyminen ja hoitomuotojen kilpailu niukoista resursseista siirtävät huomion helposti ja liian yksipuolisesti hoitosuoritteisiin, hoidettavien tarkkaan diagnosointiin ja valintakriteereihin. Tämä kehitys siihen liittyvine hoitoprosessien analysointineen on varmasti osittain selitettävissä hoitotyön kehittämisen vaatimuksilla. Ongelmalliseksi tilanne muodostuu, jos samalla unohdetaan ne asiakkaat, jotka eivät ole valmiita selvittämään asioitaan kokonaisvaltaisesti, eivät täytä hoitopaikan muita kriteereitä eivätkä ole valmiita tunnustautumaan alkoholisteiksi ja juupoiksi tai asettamaan itselleen ehdottomia tavoitteita.

Mikäli heidän asioitaan ja kohtaamistaan väheksytään, ollaan asiakkaat jaottelemaan A- ja B-ryhmään. Mikä on se eettinen perustelu, jolla edellä mainittua jaottelua puolustellaan? Onko kysymys resurssien ja valmiuksien todellisesta puuttumisesta vai siitä, että hankalat asiakkaat ovat uhkana ammattiauttajan ammattikuvulle? Onko työntekijän suorituspainetta johtamassa tähän?

Myös uudet, tehokkaasti markkinoidut hoitomenetelmät tuntuvat unohtavan kaikkein vaikeimmat tapaukset, mitkä tähänkin saakka ovat olleet suurimmissa vaikeuksissa, hoidon ulkopuolella. Helpoille ja yhteistyökykyisille hoidettaville on löytynyt tukea, apua ja hoitoa nykyisistäkin terapeuteista. Uudet menetelmät jättävät hoitoväen yhä lähes kokonaan välineettömäksi perhettä laajempien yhteisöjen kanssa toimittaessa.

Päihdehuollossa olisi syytä pysähtyä pohtimaan perusteellisesti ”huonosti” motivoituneiden, hankalien ja päihtyneinä apua toistuvasti hakevien asiakkaiden kohtaamista. Olisi myös tutkittava, miksi tuhannet ainakin ajoittain hoidon ja avun tarpeessa olevat eivät tule hoitopaikkoihin. Jo ennen syvällisempää tutkimustakin voidaan esittää joitakin vaihtoehtoja pohdittavaksi ja kokeiltavaksi. Mm. selviämispal-

velujen, kotikäyntien, päivystyspalvelujen ja ”päivöastojen” tarjoamat mahdollisuudet kannattaisi kartoittaa. Päihdeongelman kannalta on tärkeää, että hoito voi käynnistyä riittävän helposti ja joustavasti avuntarvitsijan oman tarvemäärityksen kautta. Hoidoksi voi riittää asiakkaan itsensä määrittelemä kapea-alainenkin ongelmankäsittely. On yritettävä kohdata myös ne, jotka eivät ole valmiita aloittamaan pitkäjännitteistä ja tavoitteellista hoitoprosessia (Murto 1984, 3—4). Mitä vähemmän leimaava hoito on ja mitä vähemmän muita sitoumuksia se edellyttää, sitä todennäköisemmin se tavoittaa kohteen niin varhain, ettei keskeisiä menetyksiä materiaalsen elämän alueilla ja ihmissuhteiden tasolla pääse tapahtumaan (Koski-Jännes 1985).

### *Avun tarjoamisen ennakkoehdoista*

Palveluita järjestettäessä on varsin tärkeänä lähtökohtana oltava se, että vaikeuksissa olevalle ihmisellä on oikeus saada apua. Apua ja tukea on annettava ilman alistamisen tuntua. On tuskin asiakasta, joka päihdehuollossa asioidessaan kokonaan kieltäisi alkoholin käyttöönsä liittyvien ongelmien olemassaolon. Sen sijaan useimmat suhtautuvat vastahakoisesti alkoholistileiman hyväksymiseen omalla kohdallaan (ks. Halonen 1984).

Päihdehuollon asiakkaiden valtaenemmistö on joillakin edellytyksin aktiivisia, tavoitteita asettavia subjekteja, joilla on mahdollisuus muuttua ja joiden muutoksen edellytys on se, että he lähtevät aktiivisesti itse työskentelemään muutoksen suuntaan. Hyvän, asiakkaan kasvua tukevan hoitosuhteen luominen edellyttää, että me hyväksymme hänet sellaisena, kuin hän tulee apua hakemaan, eikä sellaisena, kuin toivoisimme hänen olevan, että välitämme hänestä ja luotamme häneen. Ymmärrämme hänet samalla myös tahtovana ja itsestään vastuullisena. Pelkkä yhteiskunnan syyttäminen tarjoaa ihmiselle mahdollisuuden paeta omaa vastuutaan.

On muistettava, etteivät kaikki asiakkaat ole ”terapiakelpoisia”. Esimerkiksi tosiasiallisen aineellisen perusturvallisuuden puuttuminen voi olla esteenä. On turhauttavaa auttaa ihmistä ratkaisemaan ongelmiaan, joista vaikeimmat eivät ole yksilön ratkaistavissa (ks. Sipilä 1985).

Eettisesti on arveluttavaa väittää, että keskitämällä hoitoresurssit motivoituneisiin ja terapiaan soveltuvilta tuntuviin asiakkaisiin maksimoituisi myös hoitojärjestelmän tarjoama apu ja tuki. Hoidon tuloksellisuudesta tehdyt tutkimukset eri puolilla maailmaa osoittavat, että ”kevyet” ja ”raskaat” hoitomenetelmät eivät tulostensa osalta näytä poikkeavan kovinkaan paljon toisistaan (Emrick 1975). Myös spontaanin toipumisen kautta päästään yhtä suuriin ”toipumislukuihin” kuin hoidon avulla (Clare 1977). Naiivilta ja kaksinaismoraaliselta tuntuu myös perustelu, jonka mukaan liian joustava, ilman vastavelvoitteita ja ulospäin näkyvää muutosyritystä tapahtuva hoidon tarjoaminen itse asiassa vain ylläpitää päihdeongelmaa. Näennäisesti huonosti juomisen säätelyyn motivoituneetkin päihdeongelmaiset pystyvät yllättävän pitkiin raittiisiin jaksoihin, mikäli tarjottu tuki rakentuu asiakkaan todellisille resursseille ja selviytymisedellytyksille. Tästä ovat esimerkkinä ensisuojan asukkaiden juomisesta tehdyt selvitykset.

Yleisesti tiedetään, että asunnottomien alkoholistien elämä pyörii juomiskausien aikana alkoholin ja sen saannin turvaamisen ympärillä. Alkoholikeskeisyyden uskotaan leimaavan koko heidän elämänsä. Kuitenkin seuranta-tutkimukset osoittavat muuta. 1970-luvun alussa Tampereen Viinikanlahden ensisuojan kaikista asiakkaista lähes puolet oli raittiina päivittäin (Murto 1978). Tiedot tämän hetken tilanteesta kertovat raittiiden osuuden lähentelevän jo 80 %:a. Havainnot tuntuvat yllättäviltä, onhan kysymyksessä juuri se ryhmä, jonka helposti leimaamme kroonikoiksi — toivottomiksi tapauksiksi.

Asiakkaan selviytymismahdollisuuksien arvioiminen etukäteen ja hoidon kohdistaminen näiden arvioiden perusteella tuntuu arveluttavalta. Tutkimuksella olisikin selvitettävä hoitoon hakeutumista ja siihen liittyviä päätöksentekomekanismeja. Hoitoon hakeutumisen esteet ja ennakkoluulot ovat jääneet toistuvasti liian vähälle huomiolle. On etsittävä aktiivisesti keinoja ja lähestymistapoja, joiden avulla yhä useammat päihdeongelmaiset hakisivat apua ongelmaan ajoissa ja ennakkoluulottomasti. Ellei päihdehuolto tartu tähän tilaisuuteen ja haasteeseen, joku muu tulee sen tekemään esim. kaupallisin perustein.

Päihdehuollon yhteiskunnallisen funktion paikantaminen on tärkeää juuri nyt, kun huono-osaisten ja syrjäytettyjen selviytymisedellytykset teknistyvässä ja materialisoituvassa kilpailuyhteiskunnassa ovat kapenemassa. On kysyttävä, keitä päihdehuollon toimenpiteet tavoittavat ja miten asiakkaat sopeutetaan yhteiskuntaan. Itsekritiikkiin on uskaltauduttava, vaikka se saattaakin merkitä vaikeita linjanvetoja ja erimielisyyksiä päihdehuollossa.

Parhaimmillaan päihdehuolto voi tietoisesti tukea sellaista yhteiskuntapolitiikkaa, joka ei uusinna ongelmia ja antaa erilaisuudelle riittävästi elintilaa. Tällöin joudutaan pakostakin sovitteluun mm. taloudellisten ja inhimillisten arvojen välillä. Ratkaisuja ja johtopäätöksiä tehtäessä on kuitenkin muistettava, ettei metodinen rationaalisuus suinkaan merkitse tarkasteltavan kohteen inhimillisyyden kieltämistä ja huomiotta jättämistä. Eettiset, moraaliset ja emotionaaliset tasot ovat myös oleellinen osa rationaalista analyysiä (ks. Sipilä 1985, 61).

Uudelleenarvioinnit johtavat todennäköisesti myös sosiaalipolitiikan eri lohkojen toimintojen täsmentymiseen ja nykyisestä poikkeaviin tehtävien koordinoituihin. Samalla syntyy kilpailua ja ristiriitoja samoista asiakkaista ”kilpailevien” auttamisjärjestelmien kesken, sillä yhteiskunnallinen arvostus takaa resurssien suotuisan kehityksen. Myös kaupalliselle intressille perustuvat yksityiset auttamisjärjestelmät laajenevat ja monipuolistuvat. Päihdehuolto joutuu mukaan kilpailuun, jossa sen on vaikea selviytyä omilla ehdoillaan ja perinteisillä keinoillaan. Sen yhteiskunnallinen merkitys ja hoitotulokset tullaan asettamaan yhä useammin arvosteltaviksi. Moraaliset vaatimukset kärjistyvät, varsinkin kun niihin on lähes mahdollon antaa tyhjentävää rationaalista vastausta.

Ei ole samantekevää, millaisen ihmis- ja yhteiskuntakäsityksen varaan päihdehuollon toimintaideologia ja hoitotyö nojaavat. Atomistinen ihmiskäsitys esimerkiksi soveltuu hyvin nykypäivän hyvinvointivaltion ilmapiiriin. Niinpä se näyttääkin saavan yhä enemmän kaikupohjaa mm. päihdeongelmaisten hoitotyössä näennäisen rationaalisuutensa, yksiselitteisyytensä ja manipuloivuutensa vuoksi. Kui-

tenkin psykiatrian, sosiaalityön ja päihdeterapian kliininen kokemus osoittavat kiistattomasti, että päihdeongelmat, sekä yksilö- että yhteisötasoilla, määräytyvät ja kehittyvät suhteissa lähiyhteisöihin ja koko yhteiskuntaan. Päihdetyö jää vaille tukevaa tietopohjaa, mikäli yhteisöllisten ja yhteiskunnallisten kytkentöjen olemassaolo kielletään eikä niihin yritetä vaikuttaa. Hoitotyön tavoitteet ja menetelmät valikoidut sen perusteella, etsimmekö ”vikaa” ihmisestä vai hänen sosiaalisesta verkostostaan (ks. Särkelä 1985). Yksilön ja yhteiskunnan ristiriitatilanteissa on luonnollista ja tärkeää turvata yksilön — heikomman — oikeudet ja selviytyminen mahdollisimman pitkälle.

Päihdehuollon on tulevaisuudessa monenlaisten paineiden puristuksessa uskallettava ja jaksettava myös analysoida omaa työtään ja sen ideologista perustaa. Vuosien varrella kerääntyneelle tiedolle on etsittävä määrätietoisesti yhteiskunnallista tulkintaa. Konflikteja ja ristiriitoja ei voida välttää, sillä valmiita ja pysyviä vastauksia ei ole olemassa. Erilaiset näkökulmat ja kirpeä kritiikki merkitsevät dynaamista voimaa, jota ilman kehitystä ei tapahdu eikä uusiin haasteisiin kyetä vastaamaan.

Pelkkä hoitotyön analysointi ja hoidon ekologisten kysymysten selvittely eivät vielä riitä. Oivallukset on pystyttävä operationalisoimaan ja testaamaan käytännön tasolla. Kaiken kaikkiaan käytettävissä on liian vähän tietoa mm. niistä elämänolosuhteista ja paineista, joissa päihdeongelmaiset yhteiskunnassa elävät. Emme tunne juuri lainkaan hoitoon hakeutumisen ja siihen kiinnittymisen mekanismeja. Käytettävissä on liian vähän tietoa siitä, miten asiakkaat selviävät hoidon jälkeen. Myös epäonnistumisten syitä ollaan haluttomia kriittisesti analysoimaan.

Päihdetyön tehtävä ei ole asiakkaan autoritaarinen muuttaminen, vaan hänen oma-aloitteisen vastuullisuutensa ja toiminnallisuutensa tukeminen. Tämä on mahdollista vain, jos tunnetaan riittävästi päihdeongelman yksilölliset, mutta erityisesti myös sen yhteiskunnalliset ulottuvuudet ja uskalletaan ottaa ne konkreettisesti huomioon varsinaisessa hoitotapahtumassa.

Börjeson, B.: Inre och yttre tvång. En principfråga vid vården av missbrukare. Samarbetskommittén för socialvårdens målfrågor. Tidens förlag. Borås 1979

Clare, A. W.: How good is treatment? In: Edwards, Griffith & Grant, Marcus (eds.): Alcoholism, new knowledge and new responses. London 1977

Emrick, C. D.: A review of psychologically oriented treatment. II. The relative effectiveness of different treatment approaches and the effectiveness of treatment versus no treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 36 (1975):1, 88—109

Halonen, I.: Alkoholismin hoidon myyteistä. Teoksessa: Kohtauspaikkana A-klinikka. A-klinikkasäätiön julkaisuja 8. Helsinki 1984

Hemánus, P.: ”Henkilökohtainen ongelma” eli uusmoralismi, alkoholi ja joukkotiedotus. A-klinikkasäätiö, tutkimuksia 1/1985

Koistinen, P.: Jyviä ja akanoita. *Tiimi* 1985:1, 31—34

Koski-Jännes, A.: Alkoholiongelmien hoito kognitiivisen käyttäytymisterapian avulla. Alkoholipoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimusseloste 172. Helsinki 1985

Murto, L.: Asunnottomien alkoholistien elinolosuhteet ja elämäntapa sekä yhteiskunnan toimenpiteet. Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja 30. Forssa 1978

Murto, L.: Ihminen on kohdattava siinä missä hän on. *Tiimi* 1984:3, 3—4

Mäkelä, K. & Room, R.: Alkoholipoliitikka ja juopon oikeudet. *Alkoholipoliitikka* 49(1984):4, 196—200

Sipilä, J.: Sosiaalipoliitikan tulevaisuus. Helsinki 1985

Särkelä, A.: A-klinikkatyön ongelmat ja kehittäminen. Muistio: A-klinikoiden johtajien työkokous. 1.4.—2.4.1985.

## *English Summary*

*Lasse Murto — Heikki Suhonen: Pähdehuollon yhteiskunnallisesta paikasta (The Social Role of Alcohol and Drug Welfare)*

The status of misusers of intoxicants, as of others who are branded 'aberrant', is constantly deteriorating in the grip of social change. This is partly the result of general attitudes to excessive drinking, but also of the rigidification of the world of the underprivileged. A prosperous society must pay a high price for economic growth in increasing mental instability, in misuse of alcohol and drugs, etc.

In these changing conditions, alcohol and drug welfare should examine its own social role through the problems and crises of its clients, and contribute to the social debate by clearly indicating the conclusions drawn. On the other hand, public, institutionalized welfare systems are answerable to the social administrative machinery for the tasks assigned to them. In the name of the humanitarian ideals on which it is founded, alcohol and drug welfare should, however, have the courage to subject its role and the power relationships involved in it to criticism. We must ask how, if at all, humanitarian views can be reconciled with bureaucratic objectives?

In the future, alcohol and drug welfare should try

to retrieve its former pioneering role in research, therapy and social involvement. We must descend from the spheres of theory to the real situations and forces that affect the lives of our clients. We must investigate the mechanisms which make people seek a cure and follow it through. All this means improving the availability of therapy, defining its content, and developing forms of assistance. At the same time, forms of social policy which provide an adequate basis for the psycho-social development of people should be supported and furthered in real life, not just in declarations of principle and formal addresses.

Welfare workers should base their ideas about people on the experience and observations of human reality, and this includes the lives of their clients. We must have the courage to survey the clients' thoughts about current therapy and welfare systems, for this is the only way to discover the common objectives which alone can make welfare workers and their clients combine their efforts as agents of change. If this fails, it is because both the helpers and those in need of help have submitted to prevailing conditions instead of striving to initiate a change for a safer future. Attempts at change are generally foiled by the illusion that prevailing truths are eternal.