

IHMISOIKEUSPERUSTAINEN PSYKOSOSIAALINEN SOSIAALITYÖ MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖN INTEGRAATIOSSA

Kaisa Kanto
Maisterintutkielma
Sosiaalityö
Kokkolan yliopistokeskus
Chydenius
Humanistis-yhteiskuntatieteellinen tiedekunta
Jyväskylän yliopisto
Kevät 2021

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Tiedekunta Humanistis-yhteiskuntatieteellinen	Laitos Kokkolan yliopistokeskus Chydenius
Tekijä Kaisa Kanto	
Työn nimi Ihmisoikeusperustainen psykososiaalinen sosiaalityö mielenterveys- ja päihdetyön integraatiossa	
Oppiaine Sosiaalityö	Työn laji Pro gradu-tutkielma
Aika Toukokuu 2021	Sivumäärä 111 sivua ja viisi liitettä
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tässä tutkielmassa tarkastelen psykososiaalisen päihdesosiaalityön asemaa ja autonomiaa mielenterveys- ja päihdetyön integraatiossa Suomessa. Tavoitteena on myös jäsentää ja kirkastaa sosiaalisen asiantuntijuutta psykososiaalisessa päihdesosiaalityössä. Tutkimuksen aineisto koostuu 11:ä sosiaalityöntekijän ja sosiaaliterapeutin haastattelusta seitsemän eri kunnan alueelta, joiden päihdetyön organisaatiot olivat integroituneet mielenterveystyön kanssa. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys koostuu asiantuntijuudesta käydystä teoreettisesta keskusteluista sekä tähän liittyen autonomiasta, managerialismista ja medikalisaatiosta. Tutkimuskysymykset ovat: minkälaisena työntekijät näkevät psykososiaalisen päihdesosiaalityön autonomian ja aseman integroiduissa mielenterveys- ja päihdetyön rakenteissa ja käytännöissä sekä millaista on psykososiaalisen päihdesosiaalityön sosiaalisen asiantuntijuus ja erityislaatu? Aineiston analysoinnissa on käytetty sisällönanalyysiä. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että medikalisaatio ja managerialismi vaikuttavat integraatiossa: psykososiaalisen päihdesosiaalityön asema ja autonomia on heikentynyt hallinnollisen integraation johdosta. Terveystenhuollon alaisuudessa sosiaalityön virkoja oli vähennetty ja vaihdettu sairaanhoitajan tehtäviin. Psykososiaaliselle sosiaalityölle olennaista kokonaisvaltaisuutta, suhdeperustaisuutta, sekä mahdollisuuksia työn kehittämiseen oli rajattu. Omais-, läheis- ja perheyö lähes puuttuivat terveydenhuollon alaisesta päihdetyöstä. Sosiaalityön hallinnon alaisuudessa olleissa päihdetyön organisaatioissa, jotka olivat toiminnallisesti integroituja mielenterveystyön kanssa, oli luotu laadukkaita yhteistyön malleja, joita olisi syytä nostaa laajemmin esille. Sosiaalisen asiantuntijuus näyttäytyi ihmisoikeusnäkökulman korostumisena, yhteiskuntatieteellistä osaamista asiakastyössä hyödyntävänä, osallistavana, sosiaalisia ongelmia tunnistavana reflektiivisenä toimijuutena ja asianajona. Sosiaalisen asiantuntijuuteen kytkeytyy myös kollektiivinen, avoin ja dialoginen verkostotyöosaaminen ja tasavertainen kumppanuus asiakkaan kanssa. Tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että psykososiaalisen sosiaalityön olisi syytä perustella merkitystään ja tehtävänsä medikalisoituvassa päihdetyössä ihmisoikeuksiin perustuvalla sosiaalisen asiantuntijuudella. Lisäksi tulisi kehittää rakenteellisen sosiaalityön malleja ja käytäntöjä, joilla vaikutetaan sosiaalityön aseman vahvistumiseen integraatiossa poliittisessa päätöksenteossa, niin kunnallisella-, kuin valtakunnallisella tasolla ja tulevilla sotien hyvinvointialueilla.</p>	
Asiasanat: Integraatio, mielenterveys- ja päihdetyö, sosiaalityön asiantuntijuus, autonomia	
Säilytyspaikka Jyväskylän yliopisto	
Muita tietoja	

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	TUTKIMUKSEN TAUSTAA.....	7
2.1	Päihdesosiaalityön juurilla	7
2.2	Mielenterveys- ja päihdetyön integraatio ja monitoimijainen verkostotyö	10
2.3	Näkökulmia sosiaalisen asiantuntijuuteen	15
2.4	Sosiaalityön asiantuntijuuden haasteet	18
2.4.1	Managerialismi.....	19
2.4.2	Medikalisaatio päihdetyössä	22
3	AIEMPI TUTKIMUS.....	24
4	TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	27
4.1	Psykososiaalinen sosiaalityö päihdetyössä.....	27
4.2	Sosiaalityön postmoderni asiantuntijuus.....	30
4.2.1	Avoin asiantuntijuus	32
4.2.2	Autonomia ja reflektiivisyys	34
5	TUTKIMUSPROSESSIN KULKU	37
5.1	Aineisto	37
5.2	Analyysi	42
5.3	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	45
6	INTEGRAATIO JA KATOAVA SOSIAALITYÖ	48
6.1	Terveystieteiden valta-asema haastaa moniammatillisuutta	48
6.2	Kapeutuva psykososiaalinen päihdesosiaalityö	51
6.3	Hapertuva sosiaalityön asema.....	59
7	SOSIAALITYÖ IHMISOIKEUKSIEN ILMENTÄJÄNÄ.....	64
7.1	Ihmisoikeudet psykososiaalisessa päihdesosiaalityössä	64
7.2	Osallisuus ihmisoikeutena	68
7.3	Yhteiskuntatieteellinen osaaminen ihmisoikeuksien edistäjänä	71
7.4	Reflektiivisyys ja eettinen harkinta autonomian kulmakivet	76
7.5	Tasavertainen kumppanuus asiakassuhteessa.....	79
7.7	Kollektiivinen asiantuntijuus.....	81

8 YHTEENVETO TUTKIMUSTULOKSISTA.....	84
8.1 Sosiaalityön autonomia ja asema integraatiossa	84
8.2 Sosiaalisen asiantuntijuus psykososiaalisessa päihdesosiaalityössä	87
9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	92
LÄHDELUETTELO	98

LIITTEET

- Liite 1 Kirje sosiaalityöntekijöille
- Liite 2 Suostumus tieteelliseen tutkimukseen
- Liite 3 Teemahaastattelurunko
- Liite 4 Kuvio 1 Valta-analyysi
- Liite 5 Kuvio 2 Tieto-analyysi

1 JOHDANTO

Sosiaalityön asiantuntijuus elää parhaillaan merkittävää murrosvaihetta. Olennaisina tekijöinä suurten globalisaatioon kytkeytyvien muutosten, kuten ilmastokriisin, lisääntyvän maahanmuuton, uusliberalistisen talouspolitiikan, digitalisoitumisen lisäksi ovat laajat hyvinvointivaltiolliset- sekä järjestelmätason muutokset. Jo pitkään jatkuneen sosiaali- ja terveyshuollon kokonaisuudistuksen (Sote) lisäksi järjestelmätason muutoksia tuottavat sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio, palvelujen markkinoinnistaaminen, sekä näyttöön perustuvan työn ja vaikuttavuuden voimistuvat vaateet. (Lindh, Pohjola, Juvonen & Romakkaniemi 2018, 9.) Sosiaalityön asiantuntijoiden taholta on esitetty kritiikkiä sotea kohtaan koko sen valmistelun ajan. Kritiikki on koskenut terveydenhuollon vahvaa asemaa ja sosiaalityön jäämistä sivuraiteille palvelurakennemuutoksessa. (esim. Pohjola 2021; Meklin 2015.) Samaan aikaan kun sotea kehitetään hyvinvointidiskurssin suuntaisesti sosiaalisen merkityksen jäädessä taka-alalle, (Pohjola 2020, 279-283) on julkista keskustelua käyty enenevässä määrin eriarvoisuudesta ja huono-osaisuudesta, nuorten lisääntyneistä sosiaalisista ongelmista ja mielenterveyteen liittyvien häiriöiden kasvusta. Kokonaisuudessaan yhteiskunnassa näyttää siltä, että toisilla menee paremmin kuin koskaan ennen ja toisessa päässä on yhä pidempien leipäjonojen ja täyteen ahdettujen nuorisopsykiatrian osastojen Suomi. Polarisaatio näiden kahden ääripään välillä näyttää kasvaneen. Merkittävää tällaisessa kehityksessä on sosiaalityön ja laajemmin sosiaalipolitiikan osalta on se, että mitä heikommasta sosioekonomisesta asemasta on kyse, sitä alhaisempina äänestysaktiivisuus näyttää, (Sen 1983; Kauppinen & Wass 2021) mikä lisää paineita sosiaalityön poliittiselle toimijuudelle yhteiskunnassa. Köyhien ja vähäosaisten ääni ei kuulu, eikä näy riittävällä tasolla sosiaalipolitiikassa, eikä sosiaali- ja terveydenhuollon rakennemuutoksessa. Sosiaalityössä onkin viime vuosina alettu peräänkuuluttaa sosiaalityön poliittista- ja ihmisoikeuksia korostavaa roolia. (kts. esim. Pohjola 2014; Kokkonen 2017; Mäntysaari 2020; Kananoja 2020; Turtiainen 2021.) Se vaatii työntekijöitä aktiivisuutta havaituista epäkohdista raportoimiseen ja palvelurakenteiden uudistamiseen. Rakenteellisen sosiaalityön velvoite onkin sisällytetty uudistuneeseen sosiaalihuoltolakiin. (1301/2014.)

Polarisaation kasvusta ylimmän ja alimman luokan välillä kertoo muutos luokajakaumassa. Juho Saari (2015) on käyttänyt salmiakin (tai timantin) muotoa esimerkkinä kuvaamaan sosioekonomisen hyvinvoinnin jakaumaa suomalaisessa yhteiskunnassa. Vielä 1950-luvulla hyvinvointivaltion rakentamisen aikaan jakauma näyttäytyi pyramidin muotoisena. Hyvinvointivaltion vahvistuminen kasvatti keskiluokan kokoa, mutta 1980-luvulta lähtien tuloerot alkoivat jälleen kasvaa ja jakauma muuttui sekä ylhäältä että alhaalta kapeammaksi ja pidemmäksi. (Kantola & Kuusela 2019, 13-14.) 2000-luvulle tultaessa salmiakkikuvion ylin, terävä ja kapea kärki on ottanut etäisyyttä muihin kasvattamalla eksponentiaalisesti omaa taloudellista hyvinvointiaan. Salmiakkikuvion kaikista terävin kärki muodostuu erittäin hyvin ansaitsevasta yläluokasta, jolla on toimivat verkostot, joiden avulla he pääsevät vaikuttamaan politiikan sisäpiiriin. (mt.,199.) Keskiosan levein kohta muodostuu suhteellisen hyvin pärjäävästä, mutta jo hieman pelokkaasta keskiluokasta, joka joutuu kamppailemaan asemastaan epävarmoiksi käyneillä työmarkkinoilla. Suuret tuotannolliset murrokset ja varallisuuden uudelleenjakautuminen, tuottavat keskiluokalle pelkoja elämäntapansa ja asemansa säilyvyydestä. (esim. Siltala, 2017.) Kauppinen & Wass (2020, 157) ovat todenneet keskiluokan tulotason, samoin kuin työllisyystilanteen heikentymisen tai sen uhan olevan yhteydessä oikeistopopulististen puolueiden kannatukseen ja kasvuun. Antipluralismi oikeistopopulismin johtavana arvona muodostaa ihmisoikeuksiin ja yhdenvertaisuuteen perustuvalle sosiaalityölle jälleen uudenlaisen haasteen maailmassa, jossa ilmastonmuutoksen aiheuttama pakolaiskysymys elää yhä voimakkaammin. Salmiakkikuvion alin ryhmä koostuu Saaren (mt.,) mukaan haavoittuvamassa työmarkkina-asemassa ja köyhyydessä elävistä, jonka alimmaisena oleva terävin kärki muodostuu huono-osaisista ihmisistä. Heidän elämänlaatunsa ja kokemuksensa hyvinvoinnista on alempi kuin muiden ryhmien. Tätä ryhmää määrittelevät ongelmat, jotka liittyvät elämänhallintaan, identiteettiin sekä heikkoon itsekunnioitukseen. Siellä olevilla ihmisillä on pitkäaikaista asunnottomuutta ja -työttömyyttä, ylivelkaantuneisuutta, sekä samanaikaisesti mielenterveys- ja päihdeongelmia. Huono-osaisuus on myös verrattain pysyvä ja ylisukupolvinen ilmiö yhteiskunnan pohjalla. Leipäjonojen, asunnottomien, neulanvaihtopisteiden Suomessa itsekunnioitus on paljon alhaisemmalla tasolla kuin valtaväestön. Saari (2017) puhuukin huono-osaisuuden notkelmasta, joka tarkoittaa vaikeuksien kasautumista samalle ihmiselle ja ihmisryhmälle.

Huono-osaisuuden notkelma määrittelee jokseenkin hyvin myös osan päihdetyön asiakkaiden elämää ja arkea. He ovat niitä päihdetyön asiakkaita, joista on herännyt huoli sekä sote-uudistuksen, että mielenterveys- ja päihdetyön integraation yhteydessä. Päihteidenkäyttäjillä on tunnetusti usein monia yhtäaikaista ongelmia ja he käyttävät paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja (Kekki ja Partanen 2008, 56).

Suurella osalla esimerkiksi huumeriippuvaisista on kaksoisdiagnoosi, jolla tarkoitetaan päihderiippuvuuden lisäksi olevaa toista psykiatrista diagnoosia. (Aalto 2007.)

Päihdetyö on ollut perinteisesti yksi sellaisista sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreista, joissa yhdistyy sekä sosiaalityön-, psykiatrian-, että somatiikan osaaminen. Päihdetyön voisi tulkita olleen sisäisesti integroitunutta jo useita vuosia. (Takala & Lehto 1988,107.) Moniammatillisuuden lisäksi päihdetyössä on perinteisesti korostettu myös asiakkaan lähiverkoston, omaisten, vertaistukihenkilöiden, vapaaehtoistyöntekijöiden ja potilasjärjestöjen kanssa tehtävää yhteistyötä (Mönkkönen 2007, 127-128,138.) Historian saatossa suomalaisessa palvelujärjestelmässä pääosin sosiaalihuollon alaisuudessa toiminut päihdetyö onkin toiminut tämän erityisen paljon haasteita elämässään kokevien asiakasryhmän tukena tarjoten monialaista palvelua ja hoitoa niin terveydenhuollon- kuin sosiaalihuollon kysymyksissä ja tarpeissa. Sosiaalihuollon piirissä toteutettu päihdetyö on perustunut pitkälti psykososiaaliseen työn orientaatioon, jota mahdollinen lääkehoito tukee. (Murto 2002, 167-180.) Sekä kansainväliset, että kansalliset hoitosuositukset ovatkin puhuneet tämän käytännön puolesta. (Carter ym. 2009, 18; UKATT Research Team 2005; Alkoholiongelman käypähoito 2018).

Viime vuosikymmenten aikana ongelmaksi on muodostunut sosiaali- ja terveydenhuollon alueellinen epätasa-arvo, joka on näkynyt päihdepalveluiden osalta epätasaisena jakautumisena; laadun ja saavutettavuuden ongelmina isojen kaupunkien ja pienten maaseutukuntien välillä. Lainsäädännöllisesti päihdepalvelut määritellään sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiseksi toiminta-alueeksi. Sovellettavasta lainsäädännöstä on kuitenkin hyvin paljon tulkinnallisia epäselvyyksiä ja palvelujen toteutuksesta monenlaisia käsityksiä. Mielenterveys- ja päihdepalveluihin liittyy palvelujärjestelmän hajanaisuutta, alueellista epäyhdenvertaisuutta ja leimaavuutta. Viime vuosikymmenten ajan on käyty enenevässä määrin keskustelua päihde- ja mielenterveysongelmien päällekkäisyydestä painottaen sitä, että asiakkaan hoitotarpeeseen tulisi voida vastata kokonaisvaltaisesti. (Poikonen 2018, 7.)

Sotessa on pyritty tuottamaan ratkaisua edellä mainittuihin epäkohtiin palveluiden yhdenvertaisella saavutettavuudella. Myös päihdehuolto ja mielenterveystyötä on yhdistetty suositusten mukaan kunnissa monin eri tavoin. Integraatio on jossain määrin vienyt päihdetyötä terveydenhuollon hallinnon alaisuuteen. Terveydenhuollon osaamisen tarpeellisuutta on perusteltu päihdetyössä mm. monidiagnoosipotilaiden, huumeiden ongelmakäyttäjien ja päihteiden sekakäytön jatkuvalla kasvulla. Sosiaalityön kentällä onkin alkanut herätä kysymys sosiaalityön häviämisestä päihdetyöstä. (Laitila-Ukkola 2005, Leinonen 2008, 24; Partanen & Kuussaari 2007, 75; Härkönen & Orasniemi 2017.) Samaan aikaan, kun sosiaali- ja terveystyöpalveluiden tavoitteena on yhä vahvempi integraatio, monitoimijuus ja yhteistyö, ovat tutkijat (esim. Murto 2002, 184 -185) esittäneet jo 20 vuotta sitten, että kokonaisvaltaiseen

kuntoukseen perustuva sosiaalityö on jäämässä lääketieteen jalkoihin päihdetyössä. Myös Stenius ja Tammi (2015; 2016) ovat esittäneet huolta siitä, että terveydenhuollon kanssa toteutetussa integraatiossa sosiaalityön rooli on vaarassa jäädä lääketieteen näyttöön perustuvien ja siten tehokkaiksi oletettujen hoitokeinojen toteuttamisen tukemiseen, eikä sosiaalityön asiantuntemusta käytetä syrjäytymisen ja sosiaalisten ongelmien ratkaisemisessa. Toisaalta myös psykososiaalista päihdesosiaalityötä on kritisoitu huono-osaisten päihdeongelmaisten unohtamisesta ja keskittymisestä parempiosaisten asiakkaiden kanssa työskentelyyn yksilöterapeuttisella orientaatiolla. (Kaukonen 2005.)

Sosiaalityön häviäminen on siis laaja ja ajankohtainen ilmiö sekä yhteiskunnallisessa keskustelussa, että sen palvelurakenteissa. Mitkä tekijät ovat vaikuttaneet tähän muutokseen juuri päihdetyössä, josta sosiaalityön osuus on häviämässä? Onko vastaus löydettävissä medikalisaatiosta, managerialismista vai ylipäättään terveydenhuollon valta-asemasta ja vahvasta professionaalisuudesta sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteissa ja integraatiossa? Miten paljon sosiaalityön heikentymiseen yhteiskunnassa vaikuttaa sosiaalityön oma vaikeus profiloida sosiaalisen asiantuntijuuttaan? Onko psykososiaalinen päihdesosiaalityö itse unohtanut sosiaalisen, kuten kritiikissä esitetään? Ja lopulta voisi kysyä, onko myös sosiaalityö unohtamassa päihdetyön?

Tässä tutkielmassa tarkastelen sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä sosiaalityön autonomiasta ja asemasta mielenterveys- ja päihdetyön integraatiossa. Tavoitteena on jäsentää ja kirkastaa psykososiaalisen sosiaalityön asiantuntijuutta päihdetyössä Psykososiaalista sosiaalityötä vastaan esitetty kritiikki herättää kysymyksen, mitä psykososiaalisen sosiaalityön *sosiaalinen* pitää sisällään. Tutkielmani tarkoituksena onkin keskittyä tutkimaan sosiaalisen asiantuntijuutta ja sen ilmenemistä psykososiaalisessa sosiaalityössä. Punaisena lankana kulkee pyrkimys tarkastella kriittisesti psykososiaalisen sosiaalityön asiantuntijuuden sisältöä. Tutkielmani koskee avokuntoutuksessa tehtävää psykososiaalista päihdesosiaalityötä, jota on perinteisesti tehty päihdehuollon erityispalvelussa, ja joka sisältää päihderiippuvuuksien lisäksi myös toiminnallisten riippuvuuksien hoidon ja palvelut. Tutkimusaineisto koostuu 11:ä haastattelusta, jotka on toteutettu kesäkuun ja marraskuun välillä vuonna 2020. Haastattelun etäyhteyksillä eri puolella Suomea, pääosin yli 10 vuotta psykososiaalista päihdesosiaalityötä tehneitä sosiaalityöntekijöitä ja sosiaaliterapeutteja, joiden päihdetyön organisaatiot olivat integroituneet mielenterveystyön kanssa.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Minkälaisena työntekijät näkevät psykososiaalisen päihdesosiaalityön autonomian ja aseman integroiduissa mielenterveys- ja päihdetyön rakenteissa ja käytännöissä?
2. Millaista on psykososiaalisen päihdesosiaalityön sosiaalisen asiantuntijuus ja erityislaatu?

Tutkimusaiheen valinta nojautuu niihin havaintoihin, joita olen tehnyt 15 vuoden aikana työskennellessäni sekä sosiaaliohjaajana, että sosiaaliterapeutina päihdetyön kentällä erilaisissa tehtävissä selviämis- ja katkaisuhoidosta huumelaitoskuntoutukseen ja A-klinikan (sittemmin päihdeklinikan) avokuntoutukseen. Tänä aikana päihdetyö on muuttunut paljon. Laitoskuntoutuksen kesto on lyhentynyt radikaalisti. Pitkät, yli vuoden kestävät laitoskuntoutukset, jotka vielä 2000-luvun alkupuolella olivat yleisiä huumeita käyttävillä asiakkailla, ovat lyhentyneet keskimäärin kuukaudesta muutamaan kuukauteen. Päihdehuollon avopalveluita on alettu pitää pääasiallisena kuntoutuksen keinona. Huumeiden käytön yleistyttyä 1990-luvun loppupuolelta alkaen lääketieteellä ja erityisesti opiaattien käyttäjien lääkkeellisillä hoidoilla on ollut kasvava osuus (Selin 2011, 11–12.)

Kysymys riippuvuuden perimmäisestä luonteesta joko sairautena tai sosiaalisena ongelmana elää edelleen päihdetyön kentällä, erityisesti 12:a askeleen ohjelmiin perustuvan- ja kunnallisen päihdetyön välillä. Riippuvuuden määrittäminen pelkäänsä sairaudeksi tai sosiaalisesti ongelmaksi kuitenkin sivuuttaa oppimista korostavan neurobiologisen addiktion selitysmallin, (esim. Hyytiä 2018) joka on tuonut uudenlaista ymmärrystä riippuvuuksien kokonaisvaltaisuutta korostavalle hoitolinjaukselle. Riippuvuuden kehittymisen psykososiaalista ja oppimista korostava psykososiaalinen sosiaalityö joutuu taistelemaan asemastaan medikalisoituneessa päihdetyössä.

Tutkielmani alkaa tutkimusaiheen taustoituksella luvussa 2. jossa käsittelen päihdetyön muutosta kuljettamalla lukijaa lyhyesti päihdesosiaalityön juurilta nykyajan päihdetyön haasteisiin. Avaan mielenterveys- ja päihdetyön integraation jäsenyksiä ja keskustelua monitoimijaisesta verkostoyhteistyöstä. Sen jälkeen siirryn tarkastelemaan tutkielman taustalla olevia käsitteitä ja ilmiöitä, kuten sosiaalisen asiantuntijuutta, sen haasteita; managerialismia ja medikalisaatiota. Luvussa 3 esittelen aiheesta tehtyä aiempaa tutkimusta. Luvussa 4 esittelen tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen; psykososiaalisen sosiaalityön ja postmodernin asiantuntijuuden käsitteen ja siihen liittyvät käsitteet; autonomia, avoin asiantuntijuus ja reflektiivisyys. Luvussa 5 kerron tutkimusasetelmasta ja metodologisista valinnoistani, sekä tarkastelen tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta. Tämän jälkeen luvussa 6 avaen analyysin

perusteella saadut tulokset sosiaalityön asemasta ja autonomiasta integraatiossa. Luvussa 7 kerron tulokset sosiaalisen asiantuntijuuden osalta. Luku 8 koostuu tulosten yhteenvedosta ja luvun 9 johtopäätöksissä ja pohdinnassa tarkastelen tutkimustuloksia laajemmalla pohjalta, palaan psykososiaalista sosiaalityötä kohtaan esitettyyn kritiikkiin peilaten sen merkitystä ja paikkaansa pitävyyttä. Pohdinnan lopuksi esitän myös jatkotutkimusaiheita. Loppuosasta löytyvät tutkimuksessa käytetyt lähteet ja liitteet.

2 TUTKIMUKSEN TAUSTAA

Tämä luku koostuu tutkielman taustasta, sekä siihen liittyvästä kontekstista. Ensimmäisessä alaluvussa tarkastelen päihdesosiaalityötä Suomessa lyhyen historiallisen katsauksen avulla. Toisessa alaluvussa avaan ensin niitä valtakunnallisia suosituksia, joiden perusteella mielenterveys- ja päihdetyön integraatiota Suomessa on pyritty toteuttamaan. Sen jälkeen siirryn jäsentämään integraation käsitettä, jonka jälkeen pohdin sitä, mitä merkitystä on sillä, minkä hallinnon alaisuudessa päihdetyötä tulevaisuudessa tehdään. Tuon esiin asiakkaan näkökulmaa suhteessa integraatioon ja esitän näkemyksiä sosiaalityön tarpeellisuudesta erityisesti heikoimmassa asemassa olevien asiakkaiden hoidon ja palveluiden turvaajina. Tuon myös esille sitä kritiikkiä, mitä on esitetty mielenterveys- ja päihdetyön integraatiota kohtaan. Toisen alaluvun lopuksi tarkastelen monitoimijaista verkostotyötä yhtenä sosiaalityön asiantuntijuuden alueena ja vaihtoehtona hallinnolliselle integraatiolle. Kolmannessa alaluvussa avaan sosiaalisen käsitettä aloittaen sen etymologisesta tarkastelusta, jonka jälkeen siirryn kuvailemaan, miten sosiaalista ja sen asiantuntijuutta on jäsennetty sosiaalityön teoreettisissa keskusteluissa. Lopuksi johdattelen lukijaa kohti niitä yhteiskunnallisia haasteita, kuten managerialismi ja medikalisaatio, jotka uhkaavat sosiaalista näkökulmaa ja asiantuntijuutta sosiaalityössä.

2.1 Päihdesosiaalityön juurilla

Pohjoismaissa päihdetyön historia liittyy köyhäinhoitoon ja se on ollut osa sosiaali-
huollon palveluita koko sen tähänastisen olemassaolon ajan. Suomessa päihdetyötä
koskevassa lainsäädännössä noudatettiin vaivaishoidollista linjaa aina 1970-luvulle

saakka. Päihdetyön historia perustui tiukkaan valvontaan ja kontrolliin nojaaviin lakeihin, joista esimerkkinä työlaitosjärjestelmä, joka lakkautettiin kokonaan vasta 1980-luvulla. Liberaalimpi kausi päihdehuollossa alkoi 1987 voimaanastuneen päihdehuoltolain myötä. (Kaukonen 2000.) Vaivaishoidon aikainen, pääosin vapaaehtoistyöhön perustuva päihdetyö loi ideoita, jotka ovat tärkeitä myös nykyiselle sosiaalityölle. Jo silloin ymmärrettiin, että hallinnalla ja luokittelulla päästään ratkomaan monisyisiä sosiaalisia ongelmia paremmin. (Toikko 2005, 57–58.) Sosiaalialan koulutuksen alkaminen 1940-luvulla loi perustaa ammatilliselle sosiaalityön kehittymiselle. Koulutus mahdollisti huono-osaisissa tilanteissa elävien päihdeongelmaisten ammattimaisen hoidon ja huolenpidon. (Satka 1994, 267–271; Louhelainen 1997, 63–64.)

Yhdysvalloista tuodut hoitomenetelmät 1950-luvulta lähtien loivat pohjan uudenaikaisille päihdesosiaalityön menetelmille ja monipuolisille päihdetyön metodeille. A-klinikoilla kehitettiin yksilökohtaiseen casework-ideaan perustuvia hoitomalleja, joiden merkitys psykososiaalisen sosiaalityön kehittymiselle on ollut suuri. Muutoksen keskellä tämä tarkoitti sitä, että kun erityisesti köyhille tarjottiin edelleen pakkoon ja kontrolliin perustuvaa laitoshoidoa ja niin sosioekonomisesti parempiosaisille, lähinnä keskiluokkaisille suurimmissa kaupungeissa asuville, työssäkäyville alkoholi-ongelmaisille tarjottiin vapaaehtoisuuteen perustuvaa terapiaa A-klinikkasäätiön ylläpitämissä toimipisteissä 1950-luvun puolivälistä alkaen. (Kaukonen 2002, 148–149.) Lopulta kuitenkin uudenlaisten hoitomuotojen kehittyminen valtasi alaa myös päihdehuollon laitoksissa, joissa terapeuttien ja yhteisöllisyyttä korostavien työtapojen nimissä luovuttiin kurinpidollisista ja työtä painottavista hoitomalleista. Tullessa 1990-luvulle tapahtui radikaali muutos päihteidenkäyttökulttuurissa. Huumeiden ja erilaisten lääkkeiden sekakäyttö lisääntyi. Sosiaalinen huono-osaisuus pitkittyi ja syventyi vuoden 1990 jälkeen. Päihdeongelmaisilla erilaiset ongelmat kumuloituivat ja juuri kaikkein huono-osaisimmilla ja vaikeimmin päihdeongelmaisilla asiakkailla oli muuttuneilla kuntoutusmarkkinoilla suurin riski jäädä riittävien palvelujen ulkopuolelle (Kaukonen 2005, 317).

1990-luvun laman jälkeen kaikkien päihdehuollon erityispalvelujen saatavuus heikentyi 2000-luvulle tullessa. Tämä näkyi muun muassa laitospalveluihin pääsemisen vaikeutumisenä. Vaikka avohoidon osuus kasvoi, se ei kuitenkaan kyennyt paikkaamaan hoidontarvetta. Kaukonen mukaan myös avokuntoutuksen kynnykset nousivat. Päihdehuollon erityispalveluiden avokuntoutukseen valikoitui enimmäkseen sellaisia päihteiden käyttäjiä, joilla elämän tilanne oli siinä määrin hallinnassa, että he kykenivät sitoutumaan ajanvarauksella tehtävään asiakastyöhön. (Emt., 321). Opiatiriippuvaisten korvaushoidon lakisääteisyys myötä erityisesti huumehoitojen suhteen lääketieteen osuus päihdetyössä kasvoi ja se osaltaan vähensi psykososiaalisen päihdesosiaalityön osuutta päihdetyössä. Selin (2011, 44) on esittänyt huolta siitä, että päihdehoidon standardoituminen ja lääketieteellistyminen sivuuttavat

potilaan huumeiden käyttöön liittyvät moninaiset elämänongelmat ja kokemukset. Toisaalta lääketieteellisen asiantuntemuksen ja hoidon lisääntyttyä päihdetyössä voidaan nähdä myös positiivisia vaikutuksia, jotka liittyvät sellaisten asiakasryhmien haittoja vähentävän työn kasvuun, joita päihdetyö ei aiemmin tavoittanut.

Viimeisen kymmenen vuoden aikana alkoholinkäyttö on vähentynyt ja huumausaineiden, sekä päihteiden sekakäyttö on jatkanut kasvuaan. Myös mielenterveys- ja päihdehäiriöiden samanaikainen esiintyvyys on tullut yleisemmäksi. Vuonna 2015 päihde-ehtoisesti asioinneista 46 prosentilla oli jokin muu kuin päihteisiin liittyvä mielenterveyden häiriö. (Partanen & Kuussaari 2019.) Rahapeliongelmiä- ja riippuvuutta hoidetaan päihdetyön yksiköissä yhä useammin. Rahapelaamiseen Suomessa liittyy sosiaalista eriarvoisuutta: pienituloiset käyttävät rahapelaamiseen suurituloisia enemmän rahaa suhteessa tuloihinsa (Salonen, Kontto, Alho & Castrén 2017.) Rahapeliongelmiensa vuoksi ylivelkaantuminen on myös kasvanut. Sen taustalta on löydettävissä pikavippien ja kulutusluottojen helppo saatavuus (Heiskanen, Nuutinen & Silvennoinen 2019). Tuoreimmassa päihde- ja riippuvuusstrategiassa (2021–2030) myös digipeliriippuvuus sisällytetään päihde- ja riippuvuustyön tehtäväksi. (Warpenius ym. 2021.)

Tultaessa päihdesosiaalityön juurilta nykyhetkeen voidaan ajankohtaisina haasteina nähdä päihdetyössä nuorten lisääntyneen huumeiden käytön lisäksi huume-kuolemien vähentämisen, johon pyritään matalan kynnyksen ja haittoja vähentävien palveluiden tarjoamisella, esimerkiksi valvottuja käyttöhuoneita perustamalla ja terveysneuvontatoimintaa lisäämällä, sekä parantamalla opioidivieroitus- ja korvaushoidon laatua ja saatavuutta. (Warpenius ym. 2021, 44) Terveystieteiden tutkimuskeskus (PALKO) toimii sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä ja sen tehtävänä on antaa suosituksia niistä palveluista, joiden katsotaan kuuluvan terveydenhoidon palveluvalikoimaan. PALKO:ssa on valmisteilla suositus alkoholiriippuvuuden-, huume- ja lääkeriippuvuuden hoidon ja kuntoutuksen psykososiaalista menetelmistä. Peliriippuvuuden hoidon ja kuntoutuksen psykososiaaliset menetelmät -suosituksen valmistelun jatkosta päätetään vuoden 2021 aikana. (mt., 46.) Päihdesosiaalityön tulevaisuuden aseman kannalta on ajankohtaista seurata, mihin asemaan ja kenen tehtäväksi PALKO suosittaa sijoittamaan psykososiaalisen päihdetyön yhtenevissä mielenterveys- ja päihdetyön käytännöissä, jotka ainakin joltain osin päätyvät terveydenhuollon alaisuuteen.

2.2 Mielenterveys- ja päihdetyön integraatio ja monitoimijainen verkostotyö

Sote-uudistuksen yhteydessä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota on pidetty tarpeellisena palveluiden yhdenvertaisuuden, kustannustehokkuuden, vaikuttavuuden, sujuvuuden ja oikea-aikaisuuden takaamiseksi. Integraation tarpeellisuutta korostetaan myös päihdetyössä, jossa ongelmaksi on usein muodostunut asiakkaan hoitopolun pirstaleisuus tai hoidon päällekkäisyys tai juopa mielenterveys- ja päihdetyön välillä. Kansallisessa Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa 2009-2015 annettiin yleisiä toimintaehdotuksia ja suosituksia palveluiden yhdistämisen toteuttamiseksi. Suunnitelmassa haettiin ratkaisuja muun muassa kustannustehokkuuden, laadun ja saavutettavuuden ratkaisemiseksi. Myös valtakunnallinen Suomen Mielenterveysseuran johtama Yhdessä Mielin -hanke 2017-2018 tuotti päättäjiä varten selonteon ja suositukset, joiden mukaan mielenterveys- ja päihdepalveluja pitäisi Suomessa uudistaa. Hankkeessa toimijoina oli ammattilaisten lisäksi kansalaisia, palveluiden käyttäjiä ja heidän omaisiaan. Suositukset korostavat keskeisesti näyttöön perustuvia tai hyviksi käytännöiksi todettuja hoitomalleja. Tärkeänä nähtiin myös ihmislähtöiset, osallisuutta ja vertaisuutta tukevat toimintamallit ja niiden luomat mahdollisuudet uudistaa päihde- ja mielenterveystyötä. (Wahlbeck ym. 2018.)

Hankkeen loppuraportissa nostetaan esiin huonossa asemassa olevien päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien asiakkaiden matalan kynnyksen palveluiden tarve. Myös kotiin vietävien palveluiden ja kokonaisuutta koordinoivan työn tarve korostuvat. Silti sosiaalityön rooli jää suosituksissa oman tulkintani mukaan taustalle. Hankkeen suosituksissa puhutaan palveluluotsista, jolla olisi asiakkaan prosessin kokonaisuus hallussaan. Palveluluotsi voisi suositusten mukaan olla sairaanhoitaja, psykologi tai sosiaalityöntekijä kulloisenkin tilanteen mukaan. (Emt.) Tämä voi nähdä tyypillisenä esimerkkinä sosiaalityön sivuuttamista. Onko kysymys tiedon puutteesta vai siitä, ettei ymmärretä sosiaalityön ydintehtävää asiakkaan prosessin johtajana ja koordinoijana? Integraatiota suunniteltaessa olisi tärkeä tunnistaa jokaisen ammattialan asiantuntijuuden mahdollisuudet ja rajat sekä ydintehtävä.

Tässä tutkielmassa integraatio nähdään laajana sateenvarjokäsitteenä, jonka alle mahtuu useita erilaisia integraation toteutustapoja. Seuraavaksi avaam me muutamia tapoja jäsentää integraatiota. Artikkelissaan sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiosta Taskinen & Hujala (2020, 47-53) ovat avanneet integraation käsitteen erilaisia ulottuvuuksia. Soten yhteydessä on heidän mukaansa viime vuosina käytetty käsitettä toiminnallinen integraatio. Toiminnallisella integraatiolla tarkoitetaan käytännön toimintaan liittyvää integraatiota, jossa lähtökohtana on asiakaslähtöisyys, avun oikea-aikaisuus, tarveperustaisuus ja palveluiden saumattomuus. Toiminnallisen

integraatio eroaa hallinnollisesta integraatiosta, jossa saman hallinnon alle on koottu kaikki palvelut. Hallinnollinen integraatio ei kuitenkaan aina takaa palveluiden toteutumista asiakaslähtöisesti. Suomessa toteutetut sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiot ovat pääosin hallinnollisia. Integraation käsite voidaan jäsentää Taskisen ja Hujalan (mt.) mukaan myös vertikaaliseen ja horisontaaliseen integraatioon. Vertikaalinen integraatio on palvelujärjestelmän eri tasoilla esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimivien palvelujen yhdistämistä. Horisontaalinen integraatio tarkoittaa saman tason palvelujen, kuten esimerkiksi kunnan sosiaalipalvelujen ja perusterveydenhuollon palvelujen yhtenäistämistä.

Stenius, Kekki, Kuussaari ja Partanen (2012, 171) jäsentävät päihde- ja mielenterveyden integraation Rushin ja Nadeun (2011) mukaisesti järjestelmä- ja palveluintegraatioon. Järjestelmätasolla integroitua työtä ovat saman hallinnon alan ja budjetin alaisuudessa toimivat palvelut, jotka ovat yhteisen paikallisen poliittisen ohjauksen alaisia. Hoitoa siis parhaimmillaan ohjaavat yhteiset periaatteet ja tavoitteet. Yhteistyön järjestelmäintegraatiossa pitäisi toimia niin, että sekä lähetekäytännöt että hoito- ketjut ovat joustavia ja katkeamattomia. Järjestelmäintegraatiolle olennaista on myös päihde- ja mielenterveyspalveluiden fyysinen sijainti lähellä toisiaan. Palveluintegraatiolla Stenius ym. (mt.) tarkoittavat sitä, että itsenäisesti omien hallintojensa alaisuudessa ja erikseen toimivilla mielenterveys- ja päihdepalveluilla toteutetaan asiakkaan hoito yhteisissä moniammatillisissa tiimeissä.

Mielenterveys- ja päihdetyön integraatiota tehtäessä joudutaan pohtimaan sitä, minkä hallinnon alle toiminnat järjestetään. Hallinnon uudelleen järjestämisen voi ajatella tavaksi hahmottaa maailmaa. Sen avulla jäsennetään ongelmia, joihin yhteisillä toimenpiteillä pyritään vastaamaan. Samalla tullaan määritelleeksi myös se, minkä tiedon ja asiantuntemuksen varassa ongelmia ratkotaan ja mitä niistä yleisesti ajatellaan. (Rintala ym. 1997.) Ajatellaanko päihdeongelmaa esimerkiksi ensisijaisesti lääketieteellisesti hoidettavissa olevana ilmiönä ja sairautena, psyykkisenä häiriönä vai sosiaalisena ongelmana, vai jotakin siltä väliltä. Integraatiossa yhteiselle, kollektiiviselle asiantuntijuudelle ja tiedon käsitykselle olisi tarvetta. Myös Matthies, Svenlin ja Turtiainen (2021, 7-10) painottavat tuoreessa aikuissosiaalityötä käsittelevässä julkaisussaan sillan rakentamisen tärkeyttä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon erilaisten tiedon paradigmojen välille. Heidän mukaansa yhteiskuntatieteisiin perustuvassa sosiaalityössä tiede ja tieto hahmottuvat eri tavalla kuin terveydenhuollossa, jossa painottuu näyttöön perustuva toiminta ja hoidon vaikuttavuus. Integraation myötä terveydenhuollon toimintamalleja onkin sovellettu myös sosiaalihuollossa esimerkiksi porrastamalla, segmentoimalla ja luokittelemalla asiakkaiden tarpeita osana palvelutarpeen arviota. Tavoitteena tällaisilla toimilla on tehostamisen lisäksi kohdistaa ja ajoittaa palveluja sekä hallita palveluiden kysyntää taloudellisten säästöpainneiden vuoksi. Matthies ym. (emt.) kuitenkin muistuttavat, että mikäli vuorovaikutukseen

perustuvalla kohtaamistyölle ei varata auttamistyössä riittävästi aikaa, ei työ voi olla tuloksellista.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatio on tarkoittanut päihdetyön osalta siirtymistä sosiaalihuollon alaisuudesta joko perustason terveyskeskusten alaisuudessa tehtävään työhön, perustason mielenterveystyön alaisuuteen tai erilaisina integroituina malleina, joissa yhdistyvät sekä terveyden huolto, psykiatrian osaaminen, että sosiaalityö. Joissakin kunnissa on tehty ratkaisu siirtää päihdetyö kokonaan erikoissairaanhoidon alaisuuteen psykiatriselle (Mäntysaari 2006, 115–122). Kuussaari, Kaukonen, Partanen, Samposalo & Vormo (2015) ovat tutkineet päihdepalveluiden rakenteen ja työnjaon maakunnittaisia eroja vuonna 2015. Tutkimuksen mukaan työnjako sosiaali- ja terveydenhuollon, päihdehuollon erityispalvelujen ja asumisen tukipalveluiden kesken ei ollut 2000-luvulla koko Suomen mittakaavassa tarkasteltuna juuri muuttunut. Tarkasteltaessa eri maakunnissa tapahtunutta muutosta, on huomattu isojakin työnjaollisia eroja vuodesta 2011 vuoteen 2015. Suuntana on ollut terveydenhuollon palvelujen käytön painottuminen. (Kuussaari, Karjalainen, Kataja, Hakkarainen 2017, 270.)

Asiakkaan näkökulmasta integraation voisi ajatella olevan ainoastaan hyvä asia. Yhden oven periaatteen perään on haikailtu vuosikausia. Viime vuosikymmenen aikana on alettu puhua *paljon palveluja tarvitsevista yhteisasiakkaista*, joilla tarkoitetaan asiakasta tai potilasta, joka tarvitsee sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja monesta eri paikasta samaan aikaan. Erityisesti tätä ryhmää ajatellen integraatiolla voitaisiin parantaa asiakastyön laatua ja vaikuttavuutta. Päihdetyön asiakkaista suuri osa on paljon palveluita tarvitsevia asiakkaita, joilla on sekä terveydellisiä, että sosiaalisia haasteita ja useanlaista yhtäaikaista palvelun tarvetta. Rush ja Nadeau (2011) korostavatkin muidenkin tärkeiden palvelukokonaisuuksien kuten työvoima- ja asumispalveluiden, sekä toimeentuloon liittyvien palveluiden integroimista osaksi päihdetyötä. Integraatiota päihde- ja mielenterveystyöhön on tavoiteltu muun muassa helpomman hoitoon pääsyn varmistamiseksi. Sosiaalitieteilijät ovat kuitenkin joutuneet perustelemaan usein sosiaalisesti huonossa asemassa olevien ryhmien kuntoutuksen tarvetta taloudellisilla perusteilla. Kaukosen (2005, 320) mukaan tiettyjen ryhmien, mm. mielenterveysongelmista kärsivien päihdeongelmaisten, suuren osan vankilatuomion suorittaneista, sekä runsaasti päihteitä käyttävien pitkäaikaistyöttömien on erityisen vaikea ponnistaa palvelujärjestelmän pariin. Tämänkaltaisen syrjäytyneiden ja paljon palveluita tarvitsevien ryhmien pääseminen kuntoutuksen ja tuen piiriin on yhteiskunnallisesti ja talouden kannalta Kaukosen (mt.) mukaan kannattavaa, koska ne kustannukset, jotka seuraavat kuntoutuksen ulkopuolelle jättämisestä muodostuvat korkeammiksi, kuin paremmassa yhteiskunnallisessa asemassa olevilla päihdeongelmaisilla.

Köyhyys ja yhteiskunnallinen huono-osaisuus ovat vahvasti yhteydessä mielen-terveysongelmiin (Savolainen 2008, 25). Anna Metteri (2012) on tutkinut paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita käyttäviä asiakkaita ja heidän kohtuuttomaksi koettuja tilanteitaan. Päihde- ja mielen-terveysongelmista kärsivät ihmiset ovat yksi ryhmä, joka on usein kohtuuttomien tilanteiden edessä. Nämä kohtuuttomiin tilanteisiin joutuneet ihmiset ovat elämässään kokeneet epäoikeudenmukaisuutta, nöyryytystä, henkistä loukkaamista, pettymyksiä, ihmisarvon menetyksen tunnetta. He ovat usein myös kadottaneet luottamuksen hyvinvointivaltioon, viranomaisiin ja muihin auttamistahoihin. He myös kokevat syrjäytetyksi tulemisen tunnetta. Sosiaalityön erityisosaamista on huono-osaisuudesta ja stigmasta kärsivän ihmisryhmän kanssa työskenteleminen (Hiilamo, Hänninen & Kinninen 2011, 14). Sosiaalityön asiantuntijuuden roolia pitäisikin nostaa esille erityisesti paljon palveluita käyttävien yhteisasiakkaiden hoidossa – ja hoidon koordinoimisessa. Sekä terveydenhoidollista hoitotyötä, että sosiaalityötä kuitenkin tarvitaan paljon palveluita käyttävien asiakkaiden hoidossa ja kuten jo aiemmin totesin, päihdetyössä nämä kaksi ovatkin perinteisesti kulkeneet rinnakkain. Hoitotyössä korostuu potilaan inhimillisen kärsimyksen lievittäminen, kun taas sosiaalityössä inhimillisen kärsimyksen yhteiskunnallinen ja sosiaalinen tausta ja myös niihin vaikuttaminen ovat osa työtä. (Vuolanto 2015.)

Haasteelliseksi integraation organisaatioiden näkökulmasta tekee professioiden välinen valtakamppailu, jossa julkisessa keskustelussa ja poliitikkojen puheissa valtasemaa ovat pitäneet pääosin lääketieteen asiantuntijat. Sosiaalihuollon asemasta sote-uudistuksessa ovat olleet huolissaan niin tutkijat kuin alan työntekijätkin. Integraation tarpeellisuudesta käytävä keskustelu kuulostaakin jonkin verran ristiriitaiselta. Mielen-terveystyössä integraatio nähdään tarpeellisempänä kuin päihdetyössä, jossa monitoimijainen sosiaali- ja terveydenhuollon verkostotyö on jo ennestään tuttua. (Stenius ym. 2012.) Juhani Lehto (2015) kirjoittaa Goodwinin ym. (2012) todenneen kansainvälisen tutkimustiedon yhteenvedossa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen integraatiosta, että organisaatioiden yhdistäminen rakenteellisella tasolla ei vaikuta välttämättömältä eikä riittävältä, jotta se tuottaisi asiakkaille hyvin integroitua palvelua. Goodwinin ym. mukaan keskeisempää ovat peruspalvelujen riittävä resurssointi ja sellaiset kannusteet integraation edistämiseen, jotka luovat yhteyttä myös yli organisaatorajojen. Lehdon mukaan Suomessa tehdyt muutamat tutkimukset (esim. Rintala ym. 1997; Junnila 2008) sosiaali- ja terveydenhuollon ja perus- ja erikois-sairaanhoidon kokoamisesta samaan isoon organisaatioon kertovat samaa asiaa. Sanna Marinin hallituksen valmistelemissa Sotessa on nähtävissä tavoitteita, jotka samansuuntaisesti painottavat perustason palveluiden saatavuutta mielen-terveys- ja päihdepalveluissa.

Integraatiossa sosiaali- ja terveydenhuollon olennainen tehtävä on muuttua sektorikeskeisyydestä monitoimijaiseen yhteistyöhön ja asiantuntijakeskeisestä työstä

vuoropuheluihin. (Arnkil ym. 2000, 30.) Moniammatillisen yhteistyön onnistuminen edellyttää kaikilta toimijoilta tiedon avointa jakamista ja vaihtamista, sekä yhteisen tavoitteen asettamista. Verkostoyhteistyö ei saa muodostua kilpailuksi, vaan yhteistyöllä on oltava selkeät toimintaperiaatteet ja päämäärät. Keskeisiä tekijöitä laadukkaassa moniammatillisessa yhteistyössä on monitieteellisen tiedon ja kokemusten käyttö. (Pönkkö & Tervonen-Rossi 2009, 146, 155.)

Sosiaalityön asiantuntijuutta osana yhteistyöverkostoja voi tarkastella muun muassa multi- ja interprofessionaalisuuden käsitteillä. (Metteri 1996.) Multiprofessionaalisuudella tarkoitetaan yhteistyötä muiden ammattiryhmien välillä, säilyttäen ammattikuntien roolit ja niiden väliset hierarkiat. Tämän kaltaista asiantuntijuutta tavoittaa usein terveydenhuollon hierarkkisissa organisaatioissa, kuten psykiatrialla, jossa lääkäri on aina potilaan asioista viime kädessä päättävä toimija. Interprofessionaalisuus sitä vastoin viittaa eri ammattiryhmien väliseen tavoitteelliseen toimintaan, jossa valta ja tieto on jaettua ja tasapuolisempaa. Interprofessionaalinen asiantuntijuus sisältää yhdessä toimimisen ja myös toisilta ryhmän jäseniltä oppimisen. Sen avulla voidaan synnyttää uudenlaisia toimintamalleja ja osaamista. Interprofessionaalisuuteen liittyy vahvasti asiakaslähtöisyys ja tasa-arvoinen päätöksen teko asiakkaiden kanssa. (Laitinen ym. 2018, 157-158.) Tuoreimmassa tutkimuskirjallisuudessa on alettu puhua kollektiivisesta asiantuntijuudesta, joka sanana kuvaa yhteistoiminnallisuutta kenties paremmin kuin interprofessionaalisuus. Molempien käsitteiden sisällöt näyttävät kuitenkin yhtäläisiltä toisiinsa nähden. Kollektiivinen asiantuntijuus esim. Alhon (2021, 68-85) mukaan on jaetun tiedon käyttämistä osana monitoimijaista yhteistyötä, jolla on mahdollista vaikuttaa erityisesti ilkeiden (wicked) sosiaalityön ongelmien ratkaisussa. Sekä kollektiivinen- että interprofessionaalinen asiantuntijuus tulevat lähelle dialogisen verkostotyön käsitettä, jossa asiantuntijuuden rajat ovat häilyviä ja valta-asetat häivytetään avoimen, moniäänisen dialogin alle. (Arnkil, Seikkula 2005.) Dialogisuus onkin noussut valtavirtäkäsitteeksi moniammatillisuudesta käytävissä keskusteluissa sekä sosiaali- ja terveydenhuollossa, mutta myös niiden ulkopuolella. Moniammatillisen työskentelyn kritiikki koskee pääosin vastuukysymyksiä. Erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien ihmisten kanssa työskenneltäessä moniammatillisesti, vastuukysymykset nousevat esille ja sosiaalityön velvollisuus ajaa asiakkaitensa etuja korostuu, ei pelkästään yksilön-, vaan myös palveluiden näkökulmasta. Esim. Pohjola (1998, 75-76) painottaa sosiaalityön koordinoivaa ja kehittävää vastuuta sosiaalialan palvelujen toimivuudesta ja uudistamisesta tehtäessä monialaista- ja toimijaista yhteistyötä.

2.3 Näkökulmia sosiaalisen asiantuntijuuteen

Jotta sosiaalinen-sanana merkitystä voidaan tutkia, on syytä avata hieman sanan alkuperää. Sanan "sosiali" etymologian ehkä tunnetuimman tulkinnan esitti Eino Kuusi (1931, 13) jonka mukaan se pohjautuu latinan kielen sanoihin "socius ja societas." Socius tarkoittaa sekä osaveljeä ja toveria, societas kumppania tai yhdyskuntaa. Tähän kytkeytyy esim. Pohjolan (2020, 272) mukaan ihmisten keskinäinen tuki ja auttaminen, sekä samanaikainen riippuvuus toisistaan. Myös Armas Nieminen (1955, 39–42) on jäsentänyt sosiaalisen käsitettä, hän näkee sen laajimmassa merkityksessä tarkoittavan vastakohtaa individualismille. Sosiaalinen on Niemisen mukaan: "kaikkea, mikä koskee ihmisten elämistä yhteisönä, ihmistä yhteiskuntaolentona tai yhteiskunnan vaikutuksen alaisena". Kantasana on "societas," kun puhutaan sosiaalisista ilmiöistä, sosiaalityieteistä, sosiaalisesta asemasta tai yhteiskunnan sosiaalisesta rakenteesta ja "socius" taas silloin, kun puhutaan kumppanuudesta, yhteydestä tai yhdyskunnasta. Niemisen mukaan sosiaalisella voidaan tarkoittaa kaikkea yhteiskunnan edun mukaista toimintaa ja sosiaalista solidaarisuutta. Nieminen erottaa myös sosiaalisen kapeamman ymmärrystävän, eli avun tarpeessa olevien tukemisen ja auttamisen ja välttämättömien elämän perustarpeiden tyydyttämisen, joka sisältää talouden vastakohtaksi asettuvan yhteisöllisen auttamisen muodot sosiaalisista liikkeistä kunnalliseen sosiaalityöhön ja kirkon sosiaaliseen toimintaan. Sosiaalipolitiikan Nieminen määrittelee tällöin "toimintana, jonka tarkoituksena on kohtuullisen elintason ja viihtyvyyden turvaaminen niille yhteiskuntaryhmille, perheille ja yksilöille, jotka muuten joutuisivat kestävämpään asemaan". Niemisen mukaan sosiaalisen käsitteen käyttäminen ammattiterminä tarkoittaa "julkisen vallan harjoittamaan sosiaalista ja sosiaalishallinnon piiriin kuuluvaa toimintaa". Vaikka Niemisen viimeistä määritelmää voi monelta osin pitää pätevänä, se silti poissulkee monet nykyajalle tyypilliset sosiaalityön muodot, joissa julkisella vallalla tai sosiaalishallinnolla ei ole roolia. Tällaisia sosiaalialan töitä ovat mm. järjestöt ja yksityiset sosiaalityön yritykset, jotka ovat viime vuosina alkaneet levitä sosiaalityön pariin.

Kuten sosiaalisen etymologinen tarkastelu osoitti, sosiaalista on vaikea yksiselitteisesti määritellä. Se on käsitteenä moniulotteinen ja kaipaa jatkuvaa uudistamista, ei siis ole ihme, että sosiaalityön on ollut haasteellista sitä jäsentää selkeällä ja napakalla tavalla. Sosiaalinen on ehkä jollakin tavalla itsestään selvänä pidetty asia, jonka tärkeyden huomaamme vasta sitten, kun se menetetään. Viimeisen puolentoista vuoden aikana globaali koronapandemia teki monin tavoin sosiaalisen elämänpiirin ja yhteiskunnalliset suhteet ja niiden puuttumisen näkyviksi. Pohjola (emt., 272) tiivistääkin ihmisen olevan perusolemukseltaan sosiaalinen eläin. Sosiaalisen hän näkee suhdekäsitteenä, joka kuvaa suhteisuuttamme toisiin ihmisiin, yhteisöihin sekä yhteiskuntaan ja samalla myös vastavuoroisia vaikutussuhteita näihin liittyen. Ihmisille

lajityypillistä on sosiaalinen toiminta yhteiskunnallisuus ja kuuluminen erilaisiin yhteisöihin. Yhteiskunta elää ihmisessä ja ihminen elää yhteiskunnassa ja ihmisen historiassa, suhteissa, kokemuksissa ja merkityksissä. Elämä kaikkineen on sosiaalinen ilmiö. Sen vuoksi sosiaalisen liittäminen kaikkeen auttamistyöhön ja politiikkaan on välttämätöntä. Pohjola muistuttaa, että lopulta kaikki politiikka koskee ihmistä ja hänen sosiaalista toimintaympäristöään. Kananojan mukaan sosiaalinen liittyy sekä ihmisten elämään, että palvelujärjestelmään. Sosiaaliseen kuuluu hänen mukaansa esimerkiksi sosiaaliset suhteet ja sosiaaliset ongelmat. Siihen kuuluu myös sosiaalihuolto, sosiaalipalvelut, sosiaalityö ja sosiaaliohjaus. Kananoja huomauttaa, että hyvinvointipolitiikka on vallannut sosiaalipolitiikan osaksi luettuja palvelusektoreita ja peräänkuuluttaa perusteellista käsiteanalyysiä sosiaalipolitiikan ja hyvinvointipolitiikan käsitteistä ja yhteistä sopimusta siitä, miten käsite sosiaalinen asettuu hyvinvointivaltion sisään. (Kananoja 2020, 295.)

Terveys- ja hyvinvointi ovat ehkä käsitteinä trendikkäämpiä kuin sosiaalinen. Tämä siitäkin huolimatta, että sosiaalisten tekijöiden vaikutus on tunnistettu myös merkittäväksi sairastavuuden riskiksi (esim. Therborn 2013), jolloin terveyden edistämässä on keskeistä parantaa sosiaalisia oloja. Pohjola (2020, 270) onkin kantanut huolta sosiaalisen käsitteen murroksesta ja liudentumisesta. Hänen mukaansa ymmärrys ihmisen sosiaalisesta olemisesta ja hyvinvoinnin kokonaiskuvan rakentumisesta on muutoksessa. Sosiaalisen asiantuntijuuden perustana ovat Pohjolan (2018, 286) mukaan sosiaalityön arvoperusta ja eettisyys, ihmisoikeuksien ja yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden sekä tasa-arvon vahvistaminen, vastuullisuuden, sitoutuvan ja kriittisen työtöteen ja toimijuuden periaatteet.

Kuviossa 1. on nähtävissä, miten sosiaalisen asiantuntijuuden eettinen tehtävä ulottuu laajemmalle yhteiskunnan ulottuvuuksille, kuin yksittäisen asiakkaan kokonaistilanteen arviointiin ja auttamisen prosessiin. Yhteiskunnallinen vastuu nivoutuu vääjäämättömästi politiikan yhteyteen. Pohjola (emt., 286) puhuu poliittisesta etiikasta, joka sisältää kansalaisten osallisuuden ja vaikuttamismahdollisuuksien puolustamisen. Eettinen vastuu sisältää myös heikoimmassa asemassa olevien kansalaisten tilanteiden nostamisen tietoisuuteen ja yhteiskunnallisten epäkohtien ja muutostarpeiden osoittamisen, eli rakenteellisen sosiaalityön.



Kuvio 1. Sosiaalisen asiantuntijuuden keskeiset tekijät (Pohjola 2018, 287)

Asiantuntijuutta sosiaalityössä on tutkittu Suomessa viime vuosien aikana jonkin verran. (esim. Karvinen-Niinikoski 1996, 2005, 2007, 2009; Sipilä 2011; Lindh & al. 2018.) Silti se on suhteellisen vähän ollut analyysin kohteena esimerkiksi väitöstutkimuksissa, toteaa Pohjola sosiaalityön tutkimuksen vuosikirjassa (2018, 282) ja päätelee, että myös asiantuntijuus sosiaalityössä on ollut sosiaalisen käsitteen haasteellisuuden lisäksi vaikeasti jäsentävä tekijä. Vaatimukset sosiaalityön asiantuntijuutta kohtaan ovat lisääntyneet sosiaalisten ongelmien monimutkaistumisen ja vaikeutumisen myötä. Samanaikaisesti sosiaalityön osaamista on alettu tunnustaa paremmin. (Pohjola 1998, 75.) Ulla Mutka (1998, 13) tuo esiin, miten jo ”vuosikymmenten ajan sosiaalityön asiantuntijuuden kehitystä on leimannut pyrkimys tieteellisesti ja teoreettisesti perusteltuun professionaalisuuteen.” Sosiaalityön asiantuntijuus on Pohjolan (mt., 286) mukaan ennen kaikkea sosiaalisen asiantuntijuutta, joka perustuu yhteiskunnallisia ja sosiaalisia kysymyksiä koskeviin teorioihin, niiden soveltamiseen ja tutkimustiedon hyödyntämiseen niin asiakastyössä, kuin yhteisötyössä sekä rakenteellisessa sosiaalityössä. Sosiaalityön tavoitteena on ihmisten voimavarojen ja toimintakyvyn

lisääminen alan osaamista ja tietoperustaa sekä palvelujärjestelmän mahdollisuuksia hyödyntämällä, yhdessä muiden yhteiskunnallisten toimijoiden kanssa. Tehtävänä on tämän lisäksi rakenteellisen sosiaalityön periaatteet ja toimintamallit, joiden avulla tuotetaan informaatiota poliittiseen päätöksentekoon ja pyritään siten vaikuttamaan elinolojen kehittämiseen sekä yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden ja yhdenvertaisuuden toteutumiseen yhteiskunnassa. (Emt., 290.) Sosiaalityöllä on Karvinen-Niikosken (2007, 78-81) mukaan hyvinvoinnin asiantuntija-ammattina oma erityinen tehtävänsä ja erityislaatunsa. Se on arjen toimivuuden ja hyvinvoinnin rakentamista ja sekä sosiaalisen toimijuuden edistämistä. Sosiaalityö vastaa viimekädessä turvasta muiden järjestelmien ollessa voimattomia. Sosiaalityöllä on myös lainsäädännön tuoma asema ja virkavelvollisuus ihmisten elämää ja kansalaisten asemaa koskevaan kauaskantoiseen päätöksentekoon tietyissä asioissa. Ennen kaikkea Karvinen-Niikoski näkee sosiaalityön vuorovaikutustyönä, jonka lähtökohtana on luottamuksellinen ja avoin dialogi.

2.4 Sosiaalityön asiantuntijuuden haasteet

Sosiaalityö on varsin nuori ammattikunta ja sosiaalityö tieteenä vieläkin nuorempi. Sosiaalityö on nähty puolittain ammatillistuneeksi työksi sen professionaalisen kehittymättömyyden vuoksi. (Koskinen 1983, 103; Rajavaara 1986, 45.) Kehittymättömyyteen liittyy yhtenä tekijänä heidän mukaansa tutkimusrahoituksen niukkuus, joka on ollut ammattikunnan sisäisen keskustelun huolen aiheena. Vaikuttavien palvelujen kehittäminen edellyttää tutkimustiedon tuottamista ja käytännön työn kehittämistä tieteelliseen tietoon perustuen. Sosiaalityön piirissä ei ole ollut riittäviä mahdollisuuksia palvelujärjestelmän ja ihmisten elämäntilanteisiin liittyvien toimenpiteiden systemaattiseen arviointiin tutkimustiedon avulla. (Kivipelto & Saikkonen 2013, 313-319.) Myös Freidson (1970, 23-24) on samoilla linjoilla todetessaan, että riippuvuus valtiosta voi kaventaa ammattikunnan autonomiaa. Hänen mukaansa professio kykenee pitämään eri yhteiskuntamuodoissa hallussaan teknologista puolta, mutta valtiolla on hallussaan organisaation sosiaalinen ja taloudellinen kontrolli. Suomalaisessa sosiaalityön keskustelussa on peräänkuulutettu valtion tutkimusrahoituksen lisäämistä ja sitä, että sosiaalihuollon tutkimus ja kehittämistyö tulisi saada terveydenhuollon rinnalla samanarvoiseksi.

Edellä mainittujen haasteiden lisäksi sekä globaalilla, että kansallisella tasolla tapahtuvat ideologiset muutokset vaikuttavat sosiaalityön asemaan yhteiskunnallisena toimijana. Kieltämme ja politiikkaamme on alkanut hallita ekonominen sanasto: kilpailukyky, taloudellinen kantokyky, tehokkuus, tuottavuus, vaikuttavuus ja muut

taloudellisesti painottuneet tavoitteet. (Pohjola 2020, 274.) Markkinaorientoitunut logiikka sivuuttaa sosiaalisen ja inhimillisen pääoman niin kutsutut pehmeät arvot yhteiskunnallista elämää ja politiikkaa ohjaavina arvoina. Uusliberalistisen ideologian synnyttämä, kuntien hallintoihin levinnyt managerialismi kapeuttaa sosiaalityön asiantuntijuutta, autonomiaa ja sen olennaista tehtävää ihmisoikeuksien puolustajana. Pohjola muistuttaa, että talouspuheen ylivallan lisäksi myös terveyden voimistuva asiantuntijavalta on vahvistanut hallintaa muiden yhteiskunnallisten toiminta-alueiden yli. Yhteiskunnan medikalisoituminen on johtanut siihen, että inhimillistä elämää tarkastellaan terveyteen perustuvien tulkintojen läpi, ja samalla niiden käsittelyyn tarvitaan lääke- ja terveystieteellisen asiantuntemuksen antama legitimitetti. (Mt., 276.)

2.4.1 Managerialismi

Julkisen sektorin hallinnollisten reformien, kuten päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraation yhteydessä on perusteltua avata managerialismin käsitettä yhtenä haasteena sosiaalityön asiantuntijuudesta ja autonomiaa kohtaan. Managerialismi on Lähdesmäen (2003, 49) mukaan julkishallinnon johtamisperiaate ja ideologia, joka perustuu taylorismiin, eli tieteellisen liikkeenjohdon periaatteisiin. Taylorismille ominaista on työn jatkuva tehostaminen ja erilaisten työn suoritusta kuvaavien mittarien suosiminen. Raunio (2002, 600) käyttää managerialismista lyhyempää nimitystä managerismi tarkoittaen kuitenkin samaa ilmiötä. Tässä tutkielmassa käytän managerialismi-käsitettä sen yleisyyden vuoksi. Managerialismi kritisoi julkisen sektorin byrokraattista ja hallintoon perustuvaa johtamistapaa ja korostaa liike-elämälle ominaista johtamisen doktriiniä; tulosvastuuta, kustannustehokkuutta ja yksityisen sektorin johtamistapojen ylivertaisuutta. (Pollit 1990, 2-3.) Managerialismia on sovellettu suuressa määrin länsimaiden julkishallinnoissa. (Kulovaara 2016, 23-24.) Julkisen (2006, 79) mukaan markkinaehtoisuudella on pyritty korjaamaan niitä johtamiseen liittyviä epäkohtia, joita julkishallinnoissa on havaittu.

Managerialismi ja New Public Management (NPM) uusi julkisjohtaminen, liittyvät käsitteinä läheisesti toisiinsa. Kulovaaran (2016, 23) mukaan molempia termejä käytetään viitattaessa globaalista yritysmaailmasta peräisin oleviin uudenslaisiin johtamismalleihin ja -oppeihin. Kulovaara näkee NPM:n saaneen ideologiansa managerialismista ja siksi NPM voidaan pitää managerialismin käytännön sovelluksena. (2016, 23-24.) Haverin (2000) mukaan näitä kahta käsitettä voidaan pitää jopa samana ilmiönä ja siten synonyymeinä toisilleen. Esim. Torppa (2007, 185) onkin omassa tutkimuksessaan liittänyt käsitteet yhteen.

Länsimaissa 1980-luvulla havahtuminen julkisen talouden rajallisiin resursseihin sai aikaan keskustelua tehokkuuden lisäämisestä palveluiden ja hoidon tuottamisessa. Suomeen managerialismin ja NPM katsotaan levinneen 1990-luvulla, jolloin sitä alettiin soveltaa julkishallinnossa hyvin johdonmukaisesti. Lähdesmäen (2003, 124-128) mukaan Suomessa sopivat olosuhteet julkisten palveluiden markkinaehtoisuudelle loi Harri Holkerin (kok.) hallituksen rakennemuutoksen ohjelma 1980-luvun lopussa, jota jatkoi Esko Ahon hallituksen laman aikainen kova julkisen sektorin leikkauspolitiikka. Myös erikoissairaanhoidon johtamisen reformia tutkinut Torppa (emt., 185) kertoo siitä, miten managerialismi levisi Suomessa erikoissairaanhoidon uudistamispyrkimykseen taloudellinen laman ja valtionosuusuudistuksen johdosta. Verovaroin maksettu erikoissairaanhoido oli havaittu byrokraattiseksi ja kustannustehottomaksi ja sitä lähdettiin aktiivisesti uudistamaan uuden julkisjohtamisen ja managerialismin opein.

Kuten muutkin idealismit, myös managerialismi perustuu ideologisille elementeille ja uskomuksille. Kulovaara (2016, 36-37) jakaa managerialismin ydinideologian uskomuksiin, arvoihin, olettamuksiin ja normeihin. Yleisin uskomus on julkinen sektorin byrokraattisuus ja siihen liittyvä joustamattomuus. Arvoina managerialismissa ovat tehokkuus kaikilla organisaation tasoilla, työntekijän henkilökohtainen aktiivisuus ja kyvykkyys sekä markkinoiden vapaus. Olettamuksina managerialismissa on hänen mukaansa ajatus siitä, että yhteiskunnan kehitys saavutetaan ainoastaan taloudellisen tuottavuuden priorisoinnin avulla. Johtaminen nähdään yksityissektorille tyypillisesti johtajan henkilökohtaisia kykyjä korostavana organisaationalisena toimintana, jossa oleellista ovat tuottavuuden mittaaminen ja suunnitelmallisuus. Managerialismin normeina pidetään sitä, että yksityissektorin johtamisen tapaa ja organisaation malleja on sovellettava myös julkisen sektorin organisaatioihin.

Managerialistinen hallinto näyttäytyy sosiaalityössä yksityisen sektorin ostopalveluiden käytön kasvuna. Päihdetyössä se on tarkoittanut kuntien oman palvelutuotannon vähentämistä 1990 -luvulta lähtien. Suurin osa mielenterveysongelmaisten ja ikääntyneiden asumispalveluista, lastensuojelun laitospalveluista, sekä päihdehuollon laitoshoidosta ja asumispalveluista ostetaan yksityiseltä sektorilta. (Kaukonen 2005, 312-313.) Karvinen-Niinikoski (2007, 81) mainitsee mm. ostaja - tuottaja -mallien ja prosessijohtamisen käytäntöjen pilkkovan sosiaalityön perinteisesti kokonaisvaltaiseksi käsitetyn työprosessin erillisiin tehtäväkokonaisuuksiin. Tämä taas edellyttää hänen mukaansa kokonaisuuden uudelleen hahmottamista ja yhteensovittamista sekä neuvottelevaa työtapaa ja asiakastyön uudenlaista johtamista. Samanaikaisesti asiantuntija-ammattilaiselta vaaditaan sekä asiakkaiden kuin rahoittajienkin toimesta enemmän avoimuutta ja näyttöä niistä perusteista, joiden mukaan hän toimii. (Emt.) Tilaaja-tuottajamallin tuomista haasteista on huolissaan myös Sipilä, (2011, 21) jonka mukaan markkinaorientoitunut logiikka, joka näyttäytyy tilaaja - tuottajamallissa, on

vastakohta sosiaalityön professionaaliselle logiikalle. Sipilä viittaa Knijiin ja Selteniin (2006, 26-27) joiden mukaan julkisella sektorilla meneillään oleva menetelmien ja mallien tuottaminen on esimerkki kontrollista, jota sosiaalityön harkintavallalle yritetään asettaa.

Managerialistisen hallinnon vaikutukset näkyvät sosiaalityön ammatillisen autonomian ja eettisen harkintavallan heikentymisenä. Tähän on vaikuttanut managerismille ominainen valvova ja kontrolloiva johtaminen ja suhtautuminen sosiaalityöhön. (Karvinen-Niinikoski, Beddoe, Ruch, Tsui 2019, 87-94). Raunio (2002, 600) mukaan sosiaalityössä managerialismin vaikutukset näkyvät erityisesti suhdeperustaisen asiakastyön vähentymisenä. Hän viittaa Webbiin (2001), jonka mukaan sosiaalityön kasvokkaisen asiakastyön vähentyminen tapahtuu samanaikaisesti organisatorisen ympäristön kontrollin ja teknisten työtehtävien suorittamisen lisääntymisen kanssa. Raunio huomauttaa, että perinteinen caseworkin kaltainen vuorovaikutteinen auttamissuhde on korvautunut käsitteellä case management. Hänen mukaansa kyse on merkittävästä muutoksesta, jossa organisatorinen ja institutionaalinen konteksti on alkanut määrittää sosiaalityön tarkoitusta asiakassuhteen sijasta.

Raunio (emt., 602) näkee managerialismin positiivisena tarkoituksena asiakkaan aseman vahvistamisen, tarjoamalla kaikille standardien perusteella yhdenmukaista kohtelua. Mutta hän jatkaa, ettei sosiaalityössä kuitenkaan voi teknisillä menettelytavoilla arvioida asiakkaan tarpeita, vaan sosiaalityön kuuluukin olla eettiseen ja yksilökohtaiseen harkintaan perustuvaa. Työn vaikuttavuuden ja tehokkuuden vaatimukset ovat myös asioita, josta on helppo olla samaa mieltä managerialistien kanssa. Kuitenkin Julkunen (2006) mukaan se laaja kritiikki, jota managerialismia kohtaan on esitetty, kohdistuu pitkälti siihen, ettei taloudellisuutta ja tehokkuutta voi pitää ensisijaisena mittarina sellaisilla aloilla, joissa tuloksellisuus ja vaikuttavuus ovat vaikeasti mitattavissa. Sosiaalityön vaikuttavuutta olisikin järkevämpää arvioida asiakkaan kokemuksen tai koetun laadun näkökulmasta. (Pohjola 2012, 13.) Arviointityön lisääntyminen on esimerkki organisatorisen hallinnan vaikutuksista sosiaalityön sisältöihin. Arvioinnilla määritellään asiakastyön tavoitteita, asiakkuuksien kestoja, tapaamismääriä sekä seurataan, miten ne käytännössä toteutuvat. Laadukas arviointi on toki tärkeä osa työtä ja sillä osaltaan pyritään vaikuttamaan työn tehokkuuteen ja päällekkäisyyden välttämiseen. Julkunen (emt.) kuitenkin toteaa, että erilaisia arviointivälineitä käyttämällä ammattilaisten työstä voidaan pyrkiä tekemään mahdollisimman seurattavaa ja mitattavaa toimintaa.

2.4.2 Medikalisaatio päihdetyössä

1990-luvulla päihteidenkäyttökulttuuri muuttui huumeiden käytön yleistyttyä. Huumeiden ja erilaisten lääkkeitten käytön kasvu aiheutti kysyntää lääkäreille ja loi pohjaa lääketieteellisiin hoitomalleihin päihdetyössä. (Kaukonen 2000, 125-126.) Saman aikaisesti tapahtuneet laman aiheuttamat leikkaukset sosiaaliturvaan ja terveys- ja sosiaalipalveluihin karsivat vuorovaikutukseen perustuvaa psykososiaalista työtä ja lääketieteen osuus hoidoissa kasvoi. (Murto 2002, 172.) Medikalisaatio on prosessi, jossa ei-lääketieteellisiä ongelmia määritellään ja hoidetaan lääketieteellisinä ongelmia. Medikalisaatiossa sosiaaliset ongelmat nähdään individualistisesti ja ne määritellään sairauksiksi. (Conrad 1992, 209.) Esimerkkinä medikalisaatiosta voidaan pitää vaikkapa ylivilkkauden diagnosoimista adhd:ksi tai ujouden diagnosoimista sosiaalisten tilanteiden peloksi.

Medikalisaatiolla on nähtävissä myös hyviä vaikutuksia päihdeongelmien hoidossa ja haittojen vähentämisessä. Lääketieteen myötä erityisesti huumeongelmaiset ovat saaneet helpotusta ongelmiin, joita ei aiemmin osattu hoitaa samassa määrin. Lääkehoidolla voidaan helpottaa eri aineiden vieroitusoireita ja sitä kautta auttaa päihdeongelmaista ottamaan vastuuta omasta toipumisestaan. Toisena medikalisaation hyvänä puolena voidaan pitää riippuvuusongelmien sairausdiskurssin lisääntymisen myötä häpeäleiman, eli stigman vähentymistä. Päihdeongelman määrittelyyn sairaudeksi onkin paljon tutkimusnäyttöä Hyytiän & Alhon (2009, 74) mukaan. Kun riippuvuus nähdään neurobiokemiallisena aivosairautena tai häiriötilana, johon maailman terveysjärjestö on luokitellut ICD-10 tautiluokituksen mukaiset kriteerit, se helpottaa yksilöön kohdistuvaa moraalista taakkaa, mikä päihderiippuvuuksiin usein liittyy.

Medikalisaation laajeneminen asettaa kuitenkin haasteita päihdehuollolle. Sosiaalinen näkökulma on ollut vaarassa unohtua. Opioidiriippuvaisten lääkkeellisen korvaushoidon rantauduttua Suomeen 1990-luvulla, alettiin puhua enenevässä määrin haittoja vähentävästä hoitomallista. Korvaushoitoasetuksessa haittojen vähentämiseen tähtäävän korvaushoidon asettaminen kuntouttamiseen tähtäävän hoidon rinnalle lisäsi huolta hoidon yksipuolistumisesta ”pelkäksi lääkkeenjaoksi” ilman päihdehoidon perustana olevaa psykososiaalista kuntoutusta. Alkoholitutkimussäätiön toimitusjohtajina toimineet Klaus Mäkelä ja Kari Poikolainen (2001) varoittivat jo vuosituhannen alussa siitä, että suhteellisen kallis korvaushoito saattaa johtaa siihen, että leikkauksia tehdään psykososiaaliseen hoitotyöhön. 15 vuotta myöhemmin saman asian vahvistaa mm. Selin ym. (2015, 134) joiden mukaan päihdehuoltoon kohdistettujen kustannustehokkuuspaineiden on katsottu johtavan liian pelkistettyihin hoitokäytäntöihin. Toisaalta opiaattikorvaushoidolle ja sosiaalityölle yhteistä on asiakkaan tilanteen ennallaan säilyttämisen ja haittojen vähentämisen näkökulma. Ihmisoikeuksien näkökulmasta katsottuna ihmisellä tulisi olla oikeus hyvään ja mielekkääseen

elämään, vaikka ongelmallisena nähty suhde päihteiden käyttöön jatkuisikin. Opiat-tiriippuvaisten korvaushoitoa usein perustellaan haittojen vähentämisellä. Useimmi-ten haittojen vähentämisellä tarkoitetaan huumeisiin liittyvää rikollisuutta ja tartun-tatauteja. Nämä ovatkin toimineet vahvoina argumentteina korvaushoidon puolesta. (Selin 2011, 44.) Vaikka medikalisaatiolla on haittavaikutuksensa, se on syytä nähdä myös mahdollisuutena. Lääketiede ja sosiaalitiede voivat yhdessä moniammatillisesti luoda yhä laadukkaampia ja kokonaisvaltaisempia päihdetyön tapoja. (Laitila-Ukkola 2005, 62; Takala & Lehto 1988, 114–115.)

3 AIEMPI TUTKIMUS

Tämä luku koostuu aiheeseen liittyvästä aiemmasta tutkimuksesta. Tutkielmani aihe koskettaa useita eri teemoja yhtäaikaisesti ja sellaisia tutkimuksia, joissa nämä kaikki alueet olisivat yhtäaikaisesti läsnä, en löytänyt. Aihetta on kuitenkin tutkittu suhteellisen paljon eri näkökulmista. Päihdehuollon rakennemuutosta ja integraatiota tarkastelevia tutkimuksia löytyy joitakin.

Merja Laitila-Ukkolan lisensiaatintutkimus *Päihdehuollon näköinen sosiaalityö?* tarkastelee laajasti historiallisessa perspektiivissä päihdesosiaalityön muotoutumista 1950-luvulta 2000-luvun alkuvuosiin. Tutkimus nostaa esiin päihdesosiaalityön olennaisia ja vaikuttavia tekijöitä ja niitä huolia, joita liittyy medikalisaatioon ja sosiaalityön aseman kapeutumiseen moniammatillisessa päihdetyössä. (Laitila-Ukkola 2005.)

Marjo Pennonen (2014) on tutkinut päihdealan ammattilaisten käsityksiä hyvästä ja huonosta hoidosta. Kyseessä oli erityistason päihdetyöntekijöiden haastattelututkimus, jossa oli mukana, terveydenhuolto- ja sosiaalialan työntekijöitä, lääkäreitä, sairaanhoitajia, sosiaalityöntekijöitä, sosiaaliterapeutteja, ohjaajia ja yksikön johtajia. Eri ammattiryhmien näkemykset hoidosta olivat suurimmaksi osaksi samansuuntaisia, mutta joitakin painotuseroja löydettiin. Terveydenhoitoalan hoitajat ja yksikön johtajat näkivät erityisen tärkeänä tarjota yksilöllistä hoitoa. Ongelmana he näkivät hallitsemattoman lääkinnän aiheuttamat haasteet asiakkaiden hoidossa. Lääkärit taas toivoivat pikemminkin yhtenäisen hoitolinjan ja selkeiden hoitosuosituksien lisäksi jopa päihdelääkärin käsikirjaa. Ohjaajien mukaan tärkeää oli erityisesti asiakkaan valmentaminen päihdeettömyyttä tukevan arjen hallinnan kysymyksissä. Sosiaalialan edustajat korostivat kokonaisvaltaista auttamista ja motivointiin pystyvän ammattitaitoisen henkilökunnan merkitystä asiakkaan motivoinnissa, joiden avulla hänet voidaan pitää kiinni kuntoutumisprosessissa. (Pennonen, 2014.)

Kerstin Stenius, Tuula Kekki, Kristiina Kuussaari & Airi Partanen (2012) ovat tutkimuksessaan: *Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio – kirjava käytäntö Suomen kunnissa*, tarkastelleet sitä, miten integraatio on Suomen eri kunnissa toteutettu

vuosina 2009–2010. Tutkimuksen mukaan noin joka viidennen kunnan päihde- ja mielenterveyspalvelut olivat integroitu jo vuonna 2009. Tutkimus osoitti, että integraatio toteutui eri kunnissa hyvin monin eri tavoin. Osalla kunnista oli toteutettu järjestelmätason integraatio ja osalla palveluiden integraatio, jotka tapahtuivat erilaisissa hallintomalleissa ja eri hallintohaarojen alaisuudessa. Tutkimuksen mukaan myös vahva a-klinikkatoimi näytti olevan integraatioprosessin hidaste. Integraation tarve näytti nousevan enemmän psykiatrisen hoidon, kuin päihdehuollon puolelta.

Sanna Väyrynen, Jari Lindh ja Marjo Romakkaniemi (2015) tarkastelivat päihde- ja mielenterveystyöntekijöiden näkemyksiä ja tulkintoja professionaalisen yhteisöllisyyden mahdollisuuksista ja ehdoista. Tutkimusaineistona oli yhden pienen kaupungin a-klinikan ja mielenterveystoimiston työntekijöiden ryhmähaastattelut. Vakiintuneista yhteistyökäytännöistä huolimatta molempien organisaatioiden työntekijät kokivat toimijoiden välisiä raja-aitoja ja esteitä, jotka hidastivat monitoimijaista yhteistyötä. Haastavien kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kohdalla näkyi riski organisaatioiden välille muodostuvasta pelikentästä, jossa kukaan ei halua ottaa lopullista vastuuta asiakkaan hoidosta, vaan asiakasta ohjataan puolelta toiselle. Integraatiossa päihdehuollon kytkeminen osaksi terveydenhuoltoa voi heidän mukaan herätellä toiveita psykiatrisen hoidon paremmasta saatavuudesta päihdeongelmallisille ja toisaalta se on herättänyt pelkoja päihdeongelman medikalisoitumisesta, sekä päihdetyön häviämisestä mielenterveystyön alle.

Heidi Poikonen (2018) on toteuttanut selvityksen asiakkaan oikeudellisen aseman toteutumista sekä sosiaali-, että terveydenhuollon päihdepalveluissa. Hän tarkastelee asiakkaan oikeutta saada tarvitsemiaan päihdepalveluita eri sektoreilla. Tarkastelun kohteena ovat peruspalvelut, sekä niiden rajapinnat erityispalveluihin. Hän haastatteli tutkimuksessaan sekä sosiaalityöntekijöitä, että lääkäreitä selvittäen palveluiden yhdenvertaista saavutettavuutta ja palvelutarpeiden kokonaisvaltaista huomiointia, sekä niitä tekijöitä mitkä estävät hoito- tai kuntoutusjatkumoiden katkeamisia. Poikosen mukaan päihdeasiakas usein hyvin heikon toimintakyvyn vuoksi ei välttämättä itse kykene vaatimaan itselleen riittäviä palveluita. Poikonen korostaa riittävän kokonaisvaltaista tarvearviointia ja etsivän työn merkitystä asiakkaan todellisiin palvelutarpeisiin vastaamiseksi. (Emt., 39.)

Sosiaalityön asiantuntijuutta on tutkittu jonkin verran. Anita Sipilän (2011) väitöstutkimus *Sosiaalityön asiantuntijuuden ulottuvuudet - Tiedot, taidot ja etiikka työntekijöiden näkökulmasta kunnallisessa sosiaalityössä*, tarkastelee sosiaalityöntekijöiden omia näkemyksiä sosiaalityön asiantuntijuudesta ja vaikutusmahdollisuuksista omassa työympäristössään. Taloudellisen tehokkuuden paineet, kovenevat arvot ja huonosuorituksen syveneminen nähtiin ihmisarvoon perustuvalla sosiaalityöllä vastakkaisena voimana, jota vastaan sosiaalityön tulee yhteiskunnassa taistella. Tuloksista ilmeni, että sosiaalityöntekijöillä on vahva yhteiskunnallinen tieto työnsä taustalla,

jonka kautta he kohtaavat ja tunnistavat ihmisten elinoloja ja sosiaalisia ongelmia. Tutkimuksessa painottui sosiaalityön tärkeä rooli kansalaisten oikeusturvan varmistajana. Samoin oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon kysymykset koettiin työtä ohjaavina toimintaperiaatteina, kuten asiakkaan ihmisarvoisen kohtaamisen taidot. Sen sijaan sosiaalityöntekijät arvioivat, että oman työn kehittämisen- ja sosiaalipoliittiset vaikuttamismahdollisuudet olivat omassa työssä heikot.

Sosiaalityön roolia erikoissairaanhoidossa on Suomessa tutkittu jokseenkin vähän. Leena Leinosen tuore väitöstutkimus (2020) *Sosiaalityön ja terapian rajapinnalla. Sosiaalityön terapeutin orientaatio ja ammatillinen itseyttäminen psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa*, koskee terapeutin sosiaalityön ammatillista itseyttä ja sivuaa myös sosiaalityön asemaa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Tutkimuksesta ilmenee kaksijakoinen suhtautuminen sosiaalityöhön erikoissairaanhoidon alaisessa psykiatriassa. Toisinaan psykiatrialle sijoittuva sosiaalityö nähdään terapiaan perustuvana hoitotyönä, jossa sosiaalisia tekijöitä ei juuri huomioida. Toisaalta sosiaalityö voidaan nähdä myös sosiaaliturvaan ja palveluohjaukseen kuuluvaksi tukityöksi, jolloin kuntoutujan psyykkisen voimien kysymykset saattavat unohtua lähes kokonaan. Tutkimuksessa sosiaalityön rooli psykiatrialla näyttöä resurssipaineista johtuen heikentyvän. Sosiaalityöntekijöiden määrää oli pienennetty ja toimia vaihdettu alemman sosiaalialan korkeakoulututkinnon omaavien tehtävänkuvuihin. Tämä Leinosen mukaan johtaa sosiaalisen näkökulman heikkenemiseen ja voi häpärtää myös asiakkaiden tasa-arvoa ja yhdenvertaisuutta. Hän näkee tilanteen sekä asiakasturvallisuutta että yhteiskunnallista yhdenvertaisuutta ja eettisyyttä koskevana ongelmana ja peräänkuuluttaa sairaanhoitopiirien välille yhtäläisiä oikeuksia saada sosiaaliturvaa ja sosiaalista toimintakykyä koskevia tuki- ja neuvontapalveluita.

Edellisten tutkimusten perusteella herää kysymys sosiaalityön asemasta mielenterveys- ja päihdetyön integraatiossa. Medikalisaatio yhdessä taloudellisen niukkuuden paineiden kanssa kapeuttaa sosiaalityön asemaa ja vaarantaa asiakkaan oikeusturvaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaana. Sosiaalityön asiantuntijuutta ei tunneta riittävästi terveydenhuollon alaisessa työssä ja se johtaa sosiaalityön aseman heikentymiseen. Yhteistyökäytänteissä mielenterveys- ja päihdetyön välillä on useita esteitä ja rajoittavia tekijöitä, jotka saattavat johtaa siihen, että asiakas jää vaille tarvitsemiaan palveluita ja hoitoa.

4 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Tutkielmani teoreettinen viitekehys muodostuu asiantuntijuutta käsittelevän keskustelun ja siihen yhdistyvien käsitteiden avulla. Lähten liikkeelle psykososiaalisen sosiaalityön käsitteestä, joka asettuu työssäni tarkastelun keskiöön. Sen jälkeen siirryn tarkastelemaan sosiaalityön asiantuntijuudesta käytyjä keskusteluja postmodernilla aikakaudella. Toisen alaluvun ensimmäisessä alaluvussa avaan postmodernille asiantuntijuudelle tyypillistä avointa asiantuntijuutta ja sen jälkeen pureudun autonomian ja reflektiivisyyden käsitteisiin, jotka jäsentävät postmodernin asiantuntijuuden ilmenemismuotoja.

4.1 Psykososiaalinen sosiaalityö päihdetyössä

Koska Suomessa psykososiaalisen työn käsitettä käytetään hyvin laajasti myös terveydenhuollon työn alaisuudessa, kuten psykiatrialla, on syytä tehdä jäsenystä, mitä sillä tässä tutkimuksessa tarkoitetaan. Psykososiaalisen työn käsite on yleistynyt 1990-luvun alusta alkaen päihdetyössä erityisesti opiaattikorvaushoidon yleistyttyä. Antti Weckrothin mukaan psykososiaalisen työn käsite tullut sosiaalityön käyttöön amerikkalaisen Casework -tradition ja yksilökohtaisen sosiaalityön menetelmien kautta (Weckroth, 2007.) Casework -lähestymistavan kehittäjänä voidaan pitää sosiaalityön pioneeri Mary Richmondia, jonka mukaan psykososiaalisen sosiaalityön perustehtävä on ihmisen persoonallisuuden kehittäminen ihmisen ja hänen sosiaalisen ympäristönsä välisissä suhteissa (Granfelt 1993, 179). Caseworkilla Richmond tarkoitti työskentelyä, joka perustui asiakasta koskevaan tarkkaan ja yksilölliseen tilanearvioon, jota hän kutsui myös sosiaalisesti diagnoosiksi. Mahdollisimman laajan asiakasta koskevan tiedon kerääminen eri toimipisteistä varmisti sosiaalisen

diagnoosin pätevyyden. Caseworkin teoriaperustana Richmond piti sosiaalipsykologiaa, jossa ihmisen persoonallisuutta tarkastellaan sekä yksilöllisyyden, mutta ennen kaikkea sosiaalisuden näkökulmista. (Toikko 2009, 273-274; 1997, 176-178.)

Kyösti Raunio mukaan psykososiaalisia ongelmia ovat esim. psyykkiset häiriöt ja riippuvuudet, kriisit ja vaikeat ihmissuhteet sekä väkivalta. Psykososiaalista työtä tehdään lastensuojelussa, päihdehuollossa, kriminaalihuollossa ja mielenterveys-työssä, joissa edellytetään kyseisten sosiaalityön alueiden erityistä asiantuntemusta sekä verkostomaista työtapaa. (Raunio 2004, 229-230.) Psykososiaalinen työ Sipilän (1989) mukaan sijoittuu terapian ja yhteiskunnan rakenteisiin vaikuttamisen välille. Sipilän näkemyksen mukaisesti psykososiaaliset ongelmat ovat sellaisia, joita ei ratkaista perinteisen aikuissosiaalityön keinoin, mutta ne eivät kuitenkaan sovellu Kelan tukemaan psykoterapiaankaan, koska ne usein sisältävät tuen ja kontrollin yhtäaikaisten tarpeen. (Sipilä 1989, 224-226.)

Granfelt (1993, 177, 179) pitää psykososiaalista työtä yhtenä sosiaalityön orientaatiotapana, jossa syrjäytyneiden ihmisten kanssa työskenneltäessä korostuvat toisaalta terapeutisuus ja psykologinen tieto, mutta myös yksilön sosiaaliseen tilanteeseen ja yhteiskunnan köyhyyttä ja huono-osaisuutta tuottaviin rakenteisiin vaikuttaminen. Granfeltin määritelmä korostaa siis rakenteellisen tason työtä ja työtä heikommassa asemassa olevien ihmisten kanssa. Sosiaalityön poliittisuus ja rakenteellinen sosiaalityö ovatkin tekijöitä, jotka erottavat psykososiaalisen päihdesosiaalityön muista päihdetyön toimijoista parhaiten. Granfelt on verrannut Suomessa ja Ruotsissa tehtävää psykososiaalista työtä toisiinsa löytäen eroja painotuksissa. Suomessa psykososiaalinen työ ohjautuu enemmän sosiaalipolitiikasta käsin, kun taas ruotsalainen psykososiaalisen työ korostaa vahvasti psykologista tietopohjaa. Ruotsalaisen psykososiaalisen työn perinne on pikemminkin marginaaliryhmien psykologisesti painotunutta terapiaa. Ruotsissa psykososiaalista työtä tekevätkin sosiaalityöntekijöiden lisäksi psykologit ja psykiatrit. (Granfelt 1993, 195, 206, 220, 222.) Granfelt näkee, että suomalaisessa psykososiaalisessa sosiaalityössä tulisikin panostaa sosiaalisten suhteiden ja perheen lisäksi laajempiin yhteyksiin yhteiskunnassa. Tämä onnistuisi vahvistamalla psykososiaalisen sosiaalityön yhteiskunnallista ja poliittista näkökulmaa, jonka avulla voitaisiin vaikuttaa syrjäytymis- ja vieraantumiskehityksen ehkäisemiseen. (Mt., 1993, 222.)

Raunio (2009, 180-184) korostaa psykososiaalisen työskentelyn hermeneuttista, kokonaisvaltaista ja ymmärtävää otetta, jossa olennaisena työvälineenä on kommunikatio ja dialogi asiakkaan ja työntekijän välillä. Raunio käsittää psykososiaalisesta työskentelystä on hyvin lähellä psykoterapiaa, jossa työskentelyn keskiössä on asiakkaan ymmärrys omasta tilanteestaan ja toiminnastaan. Dialogissa asiakkaalle pyritään luomaan uusia näkökulmia ongelmistaan ja auttamaan häntä löytämään uusia mahdollisuuksia muutokseen. Raunio painottaa työntekijän kykyä paneutua asiakkaan

yksilölliseen tilanteeseen ja kokemuksiin. Asiakkaan ajattelu- ja toimintatapojen ymmärtäminen on oleellinen osa työskentelyprosessia, jossa pyritään saamaan muutosta sekä asiakkaan ajattelu- ja toimintatapoihin, kuin sosiaalisiin suhteisiin ja tilanteisiin. Psykososiaalinen työ päihdetyössä voi sisältää useita eri menetelmiä. Menetelmällisyys ei kuitenkaan ole asia, joka ensisijaisesti nousee esille psykososiaalista työtä käsittelevässä teoreettisessa keskustelussa. Weckroth nostaa esiin nuorten päihdehoitoa käsittelevästä artikkelista (Lepistö ym. 2006) sosiaalityön tehokkaina pidettyjä psykososiaalisia hoitomenetelmiä, joita ovat motivoiva haastattelu, kognitiivinen terapia, yhteisö vahvistusohjelma, perheterapia sekä erilaiset perhettä ja kulttuuria huomioivat integroidut hoitomallit. (Weckroth 2007, 430.)

Päihdetyön asiakkuudet ovat usein useita vuosia kestäviä, kiinteitä asiakassuhteita, jossa sosiaalityölle olennainen asianajamisen rooli korostuu. (Särkelä 2011, 36). Osallisuuden ja valtaistumisen näkökulma, jotka ovat psykososiaalisen sosiaalityön kivijaloista, voidaan myös nähdä päihdesosiaalityön ydinalueena. Oman työkokemukseni mukaan kontrollin määrä psykososiaalista päihdesosiaalityötä tekevän sosiaalityöntekijän työssä voi jäädä parhaimmillaan pieneksi ja se edesauttaa terapeutin, luottamuksellisen suhteen luomista ja tasavertaisuutta työntekijän ja asiakkaan välillä. Päihdetyössä korostuu ihmissuhteiden kautta tehtävä työ, joka rakentuu pitkällä aikavälillä ja luottamuksen rakentumisen kautta. (Hyytinen 2008, 94). Päihdehoidon vaikuttavuutta voidaankin tarkastella hoidossa pysymisen kannalta. Karttunen (2021, 220) tuo esiin, että asiakkaalle hoidossa pysyvyyden kannalta tärkeinä tekijöitä on työntekijän kyvyt tarkastella riippuvuuden takana olevia emotionaalisia kysymyksiä, ihmissuhdeongelmia sekä mahdollisia traumaattisia kokemuksia. Asiakkaalle kokemus siitä, että hän tulee nähdyksi ensisijaisesti ihmisenä ja persoonana vaikuttaa myös hoidossa pysymisen kannalta positiivisesti. (mt.)

Psykososiaalisen sosiaalityön kritiikki painottuu enimmäkseen työn terapeutin suutta kohtaan. Sipilän (1996, 224-226) mukaan psykososiaalista sosiaalityötä on kritisoitu psykologisoimisesta koskien sosiaalisia ja aineellisia ongelmia. Psykologisoitumisella on tarkoitettu sosiaalityöntyön pätevyysalueen ulkopuolelle menemisestä. Toisaalta on esitetty vasta-argumentteina, että myös huono-osaiset ihmiset tarvitsevat psykologiseen tietoon ja terapeutin suhteeseen perustuvaa muutostyötä. Psykososiaalisen sosiaalityön puolustajat ovat painottaneet myös muutostyön edellytysten ja motivaation tuntemisen asiantuntijuutta ajattelu- ja toimintatapoja muuttamaan pyrkivässä psykososiaalisessa lähestymistavassa. Kriittisen ja radikaalin sosiaalityön suuntaukset näkevät terapiapainotteisuuden uhkana sosiaalityön yhteiskuntapoliittiselle toimijuudelle. Sosiaalityön psykologinen ja terapeutin painottuminen voi viedä sosiaalityötä individualistiseen suuntaan, jossa työskennellään vain yksilöiden ongelmien kanssa unohtaen yksilöitä vaivaavien ongelmien sosiaalisen luonteen ja lähtökohdan. (Payne 1995, 4.) Caseworkia on kritisoitu siitä, että perheitä ja asiakkaita

tuetaan elämään vallitsevissa olosuhteissa sen sijaan, että tehtäisiin konkreettisia toimenpiteitä olosuhteiden muuttamiseksi tai huonojen olosuhteiden poistamiseksi laajemmin yhteiskunnassa. (Kivipelto 2018, 22.) Kritiikki on hyvin ymmärrettävää ja tarpeellista, kuitenkin (esim. Lähteinen ym. 2017; Kananaja 2017a; Mäntysaari ym. 2009) tuovat esiin, että Suomessa sosiaalityön perusorientaatiossa on painottunut vahvasti yhteiskuntatieteellisyys, jolloin sosiaalityön psykologinen ja psykososiaalinen ulottuvuus ovat jääneet vähemmälle painoarvolle.

Yhteenvetona psykososiaalisesta sosiaalityöstä päihdetyössä voidaan todeta, sosiaalisilla tekijöillä on merkittävä rooli päihdetyössä. Sosiaalinen toimintakykyisyys on valmiutta toimia arjessa ja toimia yhteiskunnan jäsenenä. Se rakentuu aineellisista, sosiaalisista ja henkisistä resursseista. (Romakkaniemi & Väyrynen 2011, 146.) Psykososiaaliseen sosiaalityöhön sisältyy sekä terapeutin suhdeperustainen työskentely, että ammatillisen kuntoutuksen ja toimeentulon kysymykset yhtä lailla kuin rakenteisiin vaikuttaminen. Mikäli päihdetyössä keskitytään vain riippuvuuteen liittyviin kysymyksiin, mielenterveysongelmat ja sosiaaliseen tilanteeseen liittyvät haasteet saattavat jäädä vaille asianmukaista hoitoa ja palveluita. Kokonaisvaltaisuuden perustuva psykososiaalinen sosiaalityö vastaa päihdetyön asiakkaan koko elämää ja sen tulevaisuuden suuntaa koskeviin kysymyksiin.

4.2 Sosiaalityön postmoderni asiantuntijuus

Vaikka sosiaalityön asiantuntijuuden ydintä on yritetty tavoittaa monin eri tavoin vuosikymmenien aikana, (esim. Hamilton 1951; Mäki 1966; Richmond 1971; Gothard 1989; 2019; Mutka 1998; Fook ym. 2000; Sipilä 2011) vaikuttaa siltä, että jatkuvaa asiantuntijuuden uudelleenmäärittelyä tarvitaan. Postmoderni asiantuntijuus näyttää vastaavan jatkuvan yhteiskunnallisen ja tietoa koskevan muutoksen tuomiin paineisiin, jotka ovat ajallemme tyypillisiä. Tämän alakappaleen loppupuolella avaan myös hieman tieteenfilosofista käsitettä *sosiaalinen konstruktioismi*, jonka avulla voidaan ymmärtää, miksi ”kiveen hakattua asiantuntijuutta” on ollut niin vaikea määritellä sosiaalityöhön monista yrityksistä huolimatta.

Sosiaalityön asiantuntijuus on syntynyt ja kehittynyt modernin aikakaudella, jolloin myös luotiin professionaalisen asiantuntijuuden traditio. Modernin ajan asiantuntijuus rakentui tieteen, instituutioiden ja professioiden kolmijalalle. Eri ammattikuntien toiminta ja asema oli hierarkiaan ja sektorikeskeisyyteen perustuvaa. Myös yksilöasiantuntijuutta korostettiin. Suljetun asiantuntijuuden eetokseen kuului se, että maallikko hyväksyy asiantuntijan ”antaman totuuden”, vasta-argumenteille ei

juurikaan ollut sijaa. (Eräsaari 2002, 30.) Suljettuun asiantuntijuuteen liittyi myös ajatus suljetuista organisaation rajoista, siten, että vain tietyt organisaatiot saivat hoitaa tietyt asiantuntijan tehtävät. Suljetulle asiantuntijuudelle ominaista on keskittyminen eri sektoreihin. Sosiaalityössä sektorikeskeisyys lähti kehittymään 1960-luvulla, jolloin haettiin erityisosaamista erilaisiin sosiaalityön palveluihin. A-klinikat, perheneuvolat ja vammaispalvelut toimivat omissa yksiköissään, samoin kuin lastensuojelu ja aikuissosiaalityö eriytyivät omiksi erityisaloikseen. Vaikka erityisosaamista tarvitaan mm. laadun varmistamiseksi, tuottaa sektorikeskeisyys juuri niitä ongelmia, joiden vuoksi integraatiota sosiaali- ja terveydenhuoltoon tarvitaan, asiakkaiden ohjaamista asiantuntijalta toiselle on kritisoitu jo vuosien ajan. (Isoherranen ym. 2008.)

Siirryttäessä 1990-luvulle keskustelua asiantuntijuudesta sosiaalityössä on hallinnut postmoderni konstrukttiivinen teoria, joka on vallannut tilaa institutionaalista valtaa korostavalta modernilta asiantuntijuudelta, joka painotti ammattilaisen roolia tiedon omistajana. Asiantuntijuutta ei postmodernissa ajattelussa enää nähdä modernille ajalle ominaisena staattisesti tiettyjen tietojen ja taitojen omaamisena, vaan alati muuttavana, jatkuvasti liikkeessä olevana refleksiivisenä prosessina. (Yliruka 2005, 127.) Kysymys tiedon omistamisesta ja siten myös vallasta on siis murtunut. Oikeassa olemisen oikeutus ja asiantuntijan varmuus eivät ole enää tavoiteltuja asiantuntijuutta koskevia ominaisuuksia, vaan postmodernissa asiantuntijuudessa pyritään pikemminkin jatkuvaan uudistumiseen ja uudenlaisten joustavien lähestymistapojen löytämiseen. (Karvinen-Niinikoski 2009, 132-134).

Työelämä postmodernissa tietoyhteiskunnassa edellyttää kokonaisuuksien hallitsemista ja nopeaa sopeutumiskykyä uusiin monimutkaisiin tilanteisiin. Mallikoiden tiedollinen osaaminen on lisääntynyt, koska tieto on kaikkien helposti saatavilla. Perinteinen modernille ajalle tyypillinen ylhäältä alaspäin sovellettu, vertikaalinen asiantuntijuus ei enää toimi, vaan maallikot ja tässä tapauksessa sosiaalityön asiakkaat on Kariston & Takalan (1990) mukaan nähtävä tasavertaisina asiantuntijoina, joilla on paras tieto omasta tilanteestaan. Postmoderni aikakausi haastoi modernin aikakauden pyrkimystä professionaalisuuteen sosiaalityön asiantuntijuuden vaatimukseen. Koska teollinen tieto ei ollut enää vain professionaalien hallussa, tuli mahdollisuus alkaa kuroa umpeen kuilua asiakkaan ja asiantuntijan väliltä. Tasavertaisuudesta asiakkaan ja työntekijän välillä tuli välttämätön asia. Palvelutarpeet eri väestöryhmillä muuttuivat sellaiseksi, joihin pystyttiin parhaiten vastaamaan moniammatillisilla tiimeillä. Eri-laisilla valtakunnallisilla ohjelmilla on ohjattu organisaatioiden integraatioon perustuvaa ylisektorista yhteistyötä ja sen kehittämistä. (Kilpeläinen & Sankala 2010; Eräsaari 2002.)

Sosiaalityössä viime vuosikymmenen aikana tutuksi tullut valtaistumisen teoria (Empowerment) (Payne 2005) kietoutuu läheisesti asiantuntijuuden käsitteen muutokseen. Empowerment- teoria tunnustaa sosiaalityön asiakkaiden alisteisen aseman

suhteessa asiantuntija -työntekijään ja organisaatioon, sekä yhteiskuntaan. Valtaistumisen perusajatuksena on, että asiakassuhteessa ihminen tulee tasaveroiseen asiantuntijuussuhteeseen työntekijän kanssa saaden mahdollisuuden suunnitella- ja tehdä itse tärkeät päätökset omaa elämäänsä koskien. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 142- 146.) Valtaistumisen yhteydessä puhutaan usein osallisuudesta, joka sekkin on sosiaalityön eräs olennaisimmista käsitteistä. Osallisuutta voidaan pitää osattomuuden ja syrjäytymisen vastakohtana. (Järvikoski & Härkäpää 2006, 148.)

Suvi Raitakari (2002 ,55) toteaa, että parhaimmillaan postmoderni asiantuntijakäsitys mahdollistaa politisoituneen ja henkilökohtaista etiikkaa korostavan työotteen. Yhä monimutkaisempien sosiaalisten kriisien keskellä ei kaikkietävällä modernin ajan professionaalisuudella enää päästä eteenpäin. Postmoderni asiantuntijakäsitys soveltuu hänen mukaansa hyvin yksilöityneiden asiakkaiden kanssa. Raitakari tunnistaa, että erityisesti voimakkaan subjektiviteetin omaava asiakas edellyttää tasavertaisuuteen perustuvaa yhteistyösuhdetta työntekijän kanssa. Hänen mukaan itsellinen asiakas ei alistu valtasuhteeseen, vaan odottaa kuulluksi tulemistä. Jotta muutostyö onnistuisi, se edellyttää toisen arvostamista ja uudenlaisten näkökulmien tuottamista, ilman oikeassa olemisen pakkomieltä.

Postmodernin sosiaalityön erilaisille lähestymistavoille on olennaista sitoutuminen sosiaaliseen konstruktionismiin, toteaa Karvinen-Niinikoski (2009, 134) viitaten useampiin tutkijoihin (Healy, 2005; Fook ym. 2006; Payne 2005.) Sosiaalinen konstruktionismi on tieteenfilosofinen suuntaus, jossa tiedon, todellisuuden ja sen rakenteiden ja ilmiöiden nähdään muodostuvan sosiaalisessa ja kielellisessä vuorovaikutuksessa (Berger & Luckmann 1994.) Postmodernissa ajattelussa teorioiden ei täten ajatella edustavan yhtä ainoaa tieteellistä totuutta, vaan suhde tietoon ja teoriaan kyseenalaistetaan ja teorit nähdään pikemminkin sosiaalisena ja myös poliittisesti latautuneena konstruktiona. Postmoderni sosiaalityö siis pyrkii eroon kaiken kattavista metanarratiiveista ja vaihtoehdottomana pidettyä todellisuutta rakentavista suurista kertomuksista. Se myös tunnistaa sosiaalisten suhteiden epävakauden ja kompleksisuuden tiedostaen kielellisten tulkintojen ja merkityksenantoprosessien merkityksen ihmisen toiminnalle. (Karvinen-Niinikoski mt., 134.)

4.2.1 Avoin asiantuntijuus

Kuten edellä kävi ilmi, modernin tradition suljetun asiantuntijuuden vastakohtana voidaan pitää postmodernia, avointa asiantuntijuutta. (Eräsaari 2002, 30–33.) Sosiaalityössä avoin asiantuntija huomioi ja arvostaa kokemusasiantuntijan tietoa yhtä lailla, kuin muitakin asiantuntijoita ja kutsuu heitä yhteiseen dialogiin. Postmodernissa ajattelussa asiantuntijuus rakentuu käytännön työssä ja kohtaamisissa jatkuvasti uudelleen erilaisissa yhteyksissä. Asiantuntijuutta ei nähdä pysyvänä ominaisuutena,

tietoina, taitoina tai asemana, jotka joskus on saavutettu, vaan se on alati muuttuvaa ja ajassa elävää. (Karvinen-Niinikoski 2007, 78.) Avoin asiantuntijuus ymmärretään uudella tavalla reflektiivisenä ja identiteettien uudelleen rakentamista korostavana. (Fook ym. 2000; Fook 2005; Karvinen- Niinikoski 2005; 2010. Lindh & al. 2018, 40 mukaan.)

Postmoderni sosiaalityön asiantuntijuuden käsite siis vastaa alati muuttuvan maailman ja yhteiskunnan tarpeisiin. Suuria muutoksia yhteiskunnassa aiheuttavat globalisaatiokehitys, uusliberalistinen talouspolitiikka, hyvinvointivaltion muutokset sekä jatkuvasti etenevä digitalisoituminen. Muutosta sosiaalityön asiantuntijuuteen edellyttävät myös sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio, palveluiden markkinoistuminen ja jatkuvasti voimistuva työn vaikuttavuuden vaatimus ja tutkimustiedon tarve. (Lindh ym., 2018, 9-11.)

Yhteiskunnan muuttuessa myös vaateet sosiaalityön asiantuntijuudesta ja toiminnasta muuttuvat. (Kilpeläinen & Sankala 2010, 286.) Yhteiskunnassa tapahtuvia ajankohtaisia muutoksia, jotka vaikuttavat Suomessa sosiaalihuollon toimintaan ja siten myös asiantuntijuuden uudelleen jäsentämiseen on myös useita; työelämän murroksesta johtuva pitkäaikaistyöttömyyden- ja päihde- ja mielenterveysongelmien kasvu ja ylipäättään heikoimmassa asemassa olevien, syrjäytymisriskissä olevien ihmisten määrän lisääntyminen. (Lindh ym., 2018.) Viimeaikainen iso, koko maailmaa ravistellut kriisi on ollut koronaviruspandemia, joka on saanut aikaan isoja muutoksia monilla yhteiskunnallisilla ja sosiaalisilla tasoilla, työelämässä, taloudessa ja ihmisten arjessa ja elämässä.

Karvinen-Niinikoski (2007, 77) toteaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon erityiskysymyksiin liittyvä tiedon ja osaamisen tarve on lähes rajaton; sitä katsotaan tarvittavan yhä enemmän, samalla kun oman alan erityisosaamista myös tarvitaan yhteiskunnallisten muutosten vuoksi. Postmodernissa asiantuntijuudessa ollaan jatkuvasti uusien haasteiden edessä käyden neuvotteluja siitä, mitä asiantuntijuus on eri yhteistyötahojen kanssa. Karvinen-Niinikoski painottaa, (mt., 78-81) että sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijalla on oltava osaamista ja valmiuksia oman tehtävänsä ja toimintansa jatkuvaan uudelleen määrittelyyn. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden elämäntilanteet ovat yhä moniongelmaisempia. Tällaisten asiakkaiden monimutkaisten elämäntilanteiden ja ongelmien ratkaisemiseksi tarvitaan laajaa monialaista asiantuntijaverkostoa ja yhteistyötä. Asiantuntijat ovatkin nykyisten ongelmien ratkaisemisessa entistä riippuvaisempia toisistaan. (Seikkula & Arnkil 2009, 13; Isoheranen 2012, 10, 30.)

4.2.2 Autonomia ja reflektiivisyys

Ammatillinen autonomia on yksi hyvinvointipalveluja tuottavien organisaatioiden toiminnan edellytyksistä. Autonomia on sitä liikkuma-alaa, jossa ammatillinen toimija voi määritellä omaan tekemistään ammatillisen asiantuntijuutensa perustalta. (Karvinen-Niinikoski 2007, 81.) Brante ja Abbot (2011, 1988) käyttävät käsitettä professionaalinen autonomia. Se on käsite, joka nousee asiantuntijuutta koskevista prosesseista suhteessa moderniin yhteiskuntaan, professioteorioihin sekä professioita koskevan valtaan. Abbottin (mt.,) mukaan autonomia on klassisten professioteorioiden ydinkäsite ja ehkä merkittävin määrittävä tekijä mille tahansa professiolle. Hänen mukaan asiantuntijuuden kenttä on jatkuvassa taistelussa professionaalisen toimivallan omistajuudesta. Autonomia liittyy olennaisesti vapauteen sekä harkintavaltaan asiantuntijuutta määriteltäessä ja on erityisen herkkä romahtamaan kontrolliin ja byrokraatiaan perustuvan New public management:n (NPM) lisääntymisen johdosta. (Karvinen-Niinikoski 2019, 89.) NPM:n mukainen toiminnan hallinta, joka perustuu yhdenmukaistamiselle, tietojärjestelmien kontrolliin ja ohjaukseen on omiaan vähentämään ammatillista autonomiaa ja sen mukaisesti työssä käytettävää harkintavaltaa. Tämän kaltaista hallintaa on myös vaatimus näyttöön perustuvasta sosiaalityöstä. Hallinnon tunkeutuminen autonomisen ammattilaisen päätöksentekoon tuottaa sosiaalityöntekijöille stressiä, koska se vähentää ammatillista autonomiaa ja sille tärkeää työn reflektiivisyyttä. (emt., 88.)

Karvinen-Niinikoski jakaa professionalismin kahteen eri tyyppiin; organisatoriseen- ja ammatillisen professionaalisuuteen. Organisatorinen professio perustuu organisaation hallinnon alaisuuteen ja kontrolliin. Ammatillinen professionaalisuus taas perustuu pikemminkin ammattilaisen autonomiaan, harkintavaltaan ja arviointiin erityisesti kompleksisten tapausten kohdalla ja resonoi työnohjauksellisten käsitysten kanssa sosiaalityön kontekstissa. (mt., 88.)

Harkintavalta liikkuu ammatillisen toimijuuden, organisaation säännösten ja ammattikäytäntöjen sekä politiikan ja etiikan jännitteisellä kentällä. Pitämällä kiinni harkintavallasta ja autonomiasta sosiaalityössä pidetään kiinni sosiaalityön ytimestä, joka on aina eettistä harkintaa ja autonomiaa vaativa tehtävä. (Karvinen-Niinikoski, Beddoe, Ruch, Tsui, 2019, 88.) Karvinen-Niinikoski (2019, 90) lainaa Lipskyn (1980) klassista käsitettä *katutason byrokratia*, jolla tarkoitetaan sitä, että valta palaa käyttäjälleen. Käytännön täytäntöönpano siis määrittää sitä, kenellä valta lopulta on. Harkintavalta vastustaa sellaista käsitystä sosiaalityöstä, jossa työntekijät toimivat julkisen hallinnon passiivisina toimijoina ja rakenteellisten rajoitusten ja ohjeiden vastaanottajina. (mt., 90.)

Kolmas käsite liittyen autonomiaan ja harkintavaltaan on ammatillinen toimijuus. Eteläpellon ym. (2013) mukaan jo 1970-luvulta lähtien useat eri tieteenalat ovat olleet kiinnostuneita toimijuuden käsitteestä, mukaan lukien Mezirowin ja Freiren

pedagogiikka, Giddensin strukturaatioteoria ja Archerin kriittinen realismi. Eteläpelto ym. (mt.) toteavat toimijuuden olevan sitä, että ammatilliset toimijat tai yhteisöt ovat oikeutettuja tekemään päätöksiä käyttäen harkintavaltaa sillä tavoin, joka vaikuttaa heidän työhönsä ja/tai ammatilliseen identiteettiinsä. Karvinen-Niinikosken (2005, 79) mukaan sosiaalityö on asiantuntija-ammattina siitä erityisessä asemassa, koska sillä on suora kosketus ihmisten arkeen ja täten mahdollisuus tuottaa ennakkoivaa tietoa yhteiskunnasta. Toimijuus ja autonomia rakentuvat kohti rakenteellista sosiaalityötä. Jo sosiaalityön pioneerien, Jane Addamsin ja Mary Richmondin 1900-luvun alun ajatuksissa ja kirjoituksissa asetettiin tavoitteeksi tuottaa tietoa sosiaalityön käytännön työstä ja välittää sitä poliittisille päättäjille. (Satka, Karvinen-Niinikoski, Nylund 2005, 9.) Yhteenvedon edellä esitetystä keskustelusta voi todeta, että autonomiassa keskeistä on vaikutusmahdollisuuksien toteutuminen sekä mahdollisuus itsenäisiin valintoihin omassa työssään. Olennaista on ymmärtää, ettei autonomia toteudu, jos työntekijä joutuu tekemään asioita pelkästään ulkopuolisen paineen vuoksi.

1990-luvulta lähtien sosiaalityössä on puhuttu reflektiivisen sosiaalityön ideaalista. (Esim. Granfelt ym. 1993.) Karvisen (2005, 11) mukaan reflektiivisyys on sekä oman työn tutkimusta että ammattikäytäntöjen ristiriitoja erittelevä lähestymistapa. Se on ollut myös perinteisesti tapa jäsentää ammatillista metodisuutta sosiaalityössä. (Karvinen 1992.) Reflektiivisyys kulminoituu kenties selkeimmin työtä ohjaavana metatasoisena ja kriittisenä ajatteluna, joka ohjaa kysymään miksi, eikä vain vastaamaan miten. Reflektiivisyys tulee siis lähelle kriittistä ajattelua ja kriittistä reflektiota ja Fookin (2005, 4) mukaan reflektiivistä käytäntöä ja kriittistä reflektiota käytetäänkin usein toistensa synonyymeina. Molemmissa viitataan jatkuvaan käytännön toiminnan tarkasteluun, jonka perimmäisenä tarkoituksena on paljastaa erilaisia oletuksia toiminnan taustalla. Reflektio ja kriittinen reflektio voidaan myös erottaa toisistaan. Esimerkiksi Mezirov (1991, 12) määrittelee kriittisen reflektion sen perusteella, että sen tarkoituksena on paljastaa jotakin pinnan alla olevia oletuksia tai kuten Brookfield (1995, 8) tähdentää sen tarkoituksena olevan valtamekanismien paljastamisen. Tällöin kriittinen reflektio kietoutuu kriittisen sosiaalityön perinteeseen, jossa nimenomaan valta-aspekti korostuu. Fook (2005, 5) soveltaa tämänkaltaista jäsenystä kriittisestä reflektiivisyydestä sosiaalityössä. Hänen mukaansa se soveltuu erinomaisesti yhteen sosiaalityön sosiaalista oikeudenmukaisuutta ja sosiaalista muutosta koskevien perinteiden ja myös monien nykyään käytännön sosiaalityötä tekevien ammattilaisten muutospyrkimysten kanssa.

Karvinen taas näyttää sitovan sekä kriittisen että reflektiivisen sosiaalityön ammatillisuuden yhteen. Hän jakaa sen kolmelle eri tasolle: toimintaan sijoittuvaan-, arvioivaan- ja kriittiseen ammatillisuuteen. Sosiaalityön reflektiivinen ammatillisuus edellyttää Karvisen mukaan kaikkien näiden tietoisuuden tasojen saavuttamista. Kyse

ei kuitenkaan ole ammatillisesta kasvusta tai kehittymisestä, vaan pikemminkin toimijan mahdollisuuksista käsittää ja ohjata omaa toimintaansa jatkuvasti muuttuvissa olosuhteissa ja suhteissa toiminnan kokonaisuuteen. (1993a, 30 – 31; 2005, 12-13.) Risto Eräsaari (2003) näkee tämänkaltaisen reflektiivisen ja konstruktivisen suunnan sosiaalityön asiantuntijuudessa soveltuvan hyvin siihen monimutkaiseen ja liikkuvaan asiantuntemuksen vaateeseen, jota postmodernin ajan sosiaalityön arjessa kohdataan.

5 TUTKIMUSPROSESSIN KULKU

Tässä luvussa käsittelen tutkimusprosessin kulkua ja metodologisia valintojani. Ensimmäisessä alaluvussa tarkastelen laadulliseen tutkimukseen-, aineistoon- ja teema-haastattelun liittyviä kysymyksiä sekä kerron hieman tutkimuslupaprosessista. Ensimmäisen alaluvun lopussa esittelen yhteenvedon haastateltavien koulutus- ja työhistoriasta. Toisessa alaluvussa kerron tutkimuksen analyysistä ja esittelen analyysin perusteella aineistosta tulkitsemäni luokat, alaluokista yhdistävään luokkaan saakka. Viimeisessä alaluvussa pohdin tutkielmaa koskevia eettisiä kysymyksiä ja tutkimuksen luotettavuutta.

5.1 Aineisto

Tutkimusaineiston hankinta alkoi sen pohtimisella, mikä olisi parhaiten tähän tutkielmaan sopiva kohderyhmä. Sosiaalityö päihdesektorilla on laaja käsite. Se voi sisältää psykososiaalisen terapiatyön ohella byrokraattista etuustyötä, kartoittavaa työtä kuten palvelutarpeenarvioita ja palveluohjausta, kotiin vietäviä palveluita, kuten asumisen palveluita ja tukea, se voi olla myös matalan kynnyksen työtä, konsultaatiota tai työn kehittämistä. Päihdesosiaalityössä tehtäväkuvat vaihtelevat yksiköittäin jonkin verran. Joissakin yksiköissä päihdesosiaalityöntekijän tehtävä on ainoastaan kartoitust- ja byrokraatiatyö, joissakin yksiköissä sosiaalityöntekijän työssä painottuu psykososiaalinen työote ja terapiatyö. Rajasin aineiston koskemaan ainoastaan psykososiaalista työtä tekeviä päihdesosiaalityöntekijöitä, joista suurin osa työskenteli tai oli työskennellyt sosiaaliterapeutti-nimikkeellä. Kun tutkimukseen valitaan tietyt kriteerit täytettäviä henkilöitä, kyse on harkinnanvaraisesta otannasta. Tällä mahdollistetaan se,

että tutkimukseen valikoituu laadultaan tarkoituksenmukaisia haastateltavia. Laadullinen tutkimus keskittyy usein pieneen määrään tapauksia, joita sitten pyritään analysoimaan mahdollisimman perusteellisesti. Tarkoituksena on koota vahvat teoreettiset perusteet tutkimukselle ja liittää ne yhteiskunnallisiin yhteyksiin. (Eskola & Suoranta 2005, 18.) Tutkimusaiheen kannalta oli relevanteinta valita tutkimuskohteeksi alalla pitkään, yli 10 vuotta alalla työskennelleitä työntekijöitä, jotka ovat kokeneet ajan ennen integraatiota ja sen jälkeen. Kokeneet pitkän linjan työntekijät pystyvät tuottamaan hyödyllisintä aineistoa tutkimuskysymyksiini, sillä heillä on pitkän työuransa kautta asiantuntijuutta, johon haluan tutkielmassani paneutua.

Pyysin sähköpostitse haastateltavien etsimiseen apua sekä a-klinikkasäätiöltä, päihdetyön Talentialta, että sosiaalialan osaamiskeskuksilta Pohjanmaan maakuntien sosiaalialan osaamiskeskuksen (SonetBotnia) kautta. Näiden lisäksi etsin itsenäisesti haastateltavia sosiaalityön uraverkoston facebook-ryhmästä, päihdesosiaalityöntekijöiden facebook-ryhmästä ja psykoterapeuttien facebook-ryhmästä. Löysin haastateltavaksi 11 työntekijää seitsemästä eri kunnasta. Alun perin olin suunnitellut haastateltavani seitsemästä kymmeneen työntekijää. Koin haasteita löytää sopivia, kaikki kriteerit täyttäviä haastateltavia. Kävi ilmi, että varsinkin yli 10-vuoden vaadittu työkokemus rajasi pois useita haastatteluun haluavia. Aluksi näytti siltä, että en tule saamaan yli kahdeksaa haastateltavaa. Joustin kriteereistä ja sain haastateltavaksi kaksi työntekijää, joista toisella oli kolmen - ja toisella seitsemän vuoden päihdetyön kokemus, heillä tosin oli muuta sosiaalityön kokemusta taustallaan. Lopulta vielä yksi kriteerit täysin täyttävä haastateltava ilmoittautui, joten lopullinen haastattelujen määrä nousi yhteentoista.

Tarkistin etukäteen joko kaupungin/kuntien nettisivuilta tai päihdesosiaalityöntekijöiden facebook-ryhmästä, että valitsemieni kaupunkien/kuntien päihdetyö on integroitunut jollain tavalla terveydenhuollon kanssa. Tutkimuslupien hakemisessa oli yllättävän paljon haasteita. Kevään 2020 koronavirusepidemia vaikutti tutkimuslupien hakuprosessiin ja joiden kaupunkien nettisivuilla ilmoitettiin, että tutkimuslupien käsittelyssä pidettiin taukoa ruuhkien vuoksi. Joidenkin kaupunkien sivuilla ei puhuttu tutkimuslupien hakemisesta mitään. Otin selvää niiden organisaation tutkimuslupakäytännöistä sähköpostitse, joiden nettisivuilta ei löytynyt tietoa ja hain tutkimusluvut asiaankuuluvasti ennen haastatteluihin ryhtymistä. Lupien hakeminen kesälomien aikaan viivästytti useiden lupien hyväksyntää. Myös kaupunkien ja kuntien erilaiset lupakäytännöt tuottivat töitä. Jotkut kaupungit ja kunnat myönsivät luvan nopeasti hyvin yksinkertaisten hakemusten perusteella. Jotkut kaupungeista vaativat hyvin yksityiskohtaisia ja monipolvisia selvityksiä useine liitteineen. Erään kaupungin lupa viipyi yli kolme kuukautta ja kun selvittelin asiaa, oli tutkimuslupahakemukseni siirtynyt pöydältä toiselle. Kävi ilmi, ettei kaupungissa oikein tiedetty, kuka vastaa tutkimusluvista. Myöskin toisessa kaupungissa luvan käsittely

viipyi. Selviteltyäni asiaa, sain tietää, että tutkimuslupaa oltiin hylkäämässä. Virallista hylkäämispäätöstä en koskaan saanut, mutta sähköpostitse sain tietää, että asianosainen mielenterveys- ja päihdetyön esihenkilö piti tutkimusaihetta vanhanaikaisena, eikä siksi myöntänyt tutkielmalleni lupaa. Myöhemmin sain tietää, että juuri kyseisen kaupungin päihdetyöstä oli järjestelmällisesti vähennetty sosiaalityöntekijöiden toimia ja virkoja ja korvattu niitä sairaanhoitajilla.

Haastattelut on tehty kesän ja syksyn 2020 aikana. Ensimmäinen haastattelu tehtiin kesäkuussa ja viimeinen marraskuussa 2020. Aineiston keruumenetelmänä käytin puolistrukturoitua temahaastattelua, koska tarkoituksena oli saada kuvailevaa tietoa sekä sosiaalityön asiantuntijuudesta, että päihdesosiaalityöntekijöiden kokemuksista päihdetyön muuttuneissa rakenteissa. Haastattelussa on hyvä suosia avoimia kysymyksiä (mitä, miten) ja syventävien kysymysten tarkoituksena on tuoda esiin ristiriitaisia mielipiteitä. (Eskola & Suoranta 2000, 96-97.) Hirsjärven & Hurmeen (1988, 36) mukaan puolistrukturoidun temahaastattelun etu on se, että haastattelutilanne pysyy elävänä. Tutkijan tiedossa on haastattelun aiheet ja tema-alueet, mutta menetelmässä ei kuitenkaan ole strukturoidulle haastattelulle tyypillisiä tarkkoja kysymyksiä. Haastattelurunkoa kehitellessä on kuitenkin tärkeä pitäytyä teemallisissa aihealueissa, jotka luovat haastattelijalle muistilistan kaltaisen keskustelua ohjaavan kiintopisteen. (emt.)

Temahaastattelun lisäksi tässä tapauksessa voidaan puhua asiantuntijahaastattelusta. Asiantuntijoiden haastattelu asettaa haastattelijalle joitakin erityisiä haasteita, joihin on syytä varautua etukäteen. Huolellinen etukäteissuunnittelu haastatteluteemojen suhteen on asiantuntijahaastattelussa erityisen tärkeää. Usein asiantuntijahaastattelussa haastattelijankin tulee esittäytyä aktiivisena asiantuntijana ja esittää argumentteja saadakseen riittävän yksityiskohtaista tietoa tutkittavasta asiasta. Asiantuntijahaastattelussa vaarana voi olla esiintymään tottuneiden haastateltavien tapa puhua omasta organisaatiostaan pr-tyylisesti. (Mykkänen 2001, 119.) Asiantuntijahaastaluun olikin syytä valmistautua joillakin räätälöidyillä kysymyksillä, kuten kerronnallisilla kysymyksillä, joiden avulla voi saada esiin asiantuntijatiedon piilossa olevia puolia. (Meuser & Nagel 2009, 32). Haastattelin työntekijöitä zoom-etäyhteyksien avulla. Haastattelun tallentamiseen käytin Olympus VN-541PC-merkkistä sanelukonetta. Litteroituani haastattelut tuhosin tallenteet sanelukoneelta.

Haastatteluja varten rakensin temahaastattelurungon (liite 1). Haastattelurungon kysymykset valitsin teemoista, jotka liittyivät tutkimuskysymyksiin ja toisaalta myös omaan työkokemukseeni sosiaaliterapeuttina. Sain hyviä vinkkejä temahaastattelurungon tekemiseen sekä tutkimuskirjallisuudesta, että lukemalla aiheeseen liittyviä pro gradu- tutkimuksia. Haastattelurungon tekemisessä jouduin hieman kiirehtimään, koska se oli saatava valmiiksi ennen ensimmäistä haastattelua, siksi kysymysrunko muotoutui lopulta hyvin runsaaksi ja sisälsi yksityiskohtaisia kysymyksiä

turhankin paljon. Olin alun perin suunnitellut haastattelevani erään hyvin pitkään alalla työskennelleen työntekijän, jolla tiesin olevan tutkittavasta aiheesta paljon tietoa ja sanottavaa. Hän olisi toiminut *avainhaastateltavana*, jolloin olisin voinut vielä täsmentää ja korjata teemoja ensimmäisen haastattelun jälkeen sen mukaisesti mitä haastattelussa tulee ilmi. Kuitenkin hänen kohdallaan tutkimusluvan saaminen venyi ja jouduin aloittamaan haastattelut henkilöstä, jonka kanssa sain haastatteluajan sovittua. Tutkimuskysymykset täsmentyivät koko haastatteluprosessin ajan. Joidenkin haastateltavien kanssa keskityttiin toisiin teemoihin syvemmin kuin toisiin ja kysymysten painotukset vaihtelivat kunkin haastateltavan mukaan.

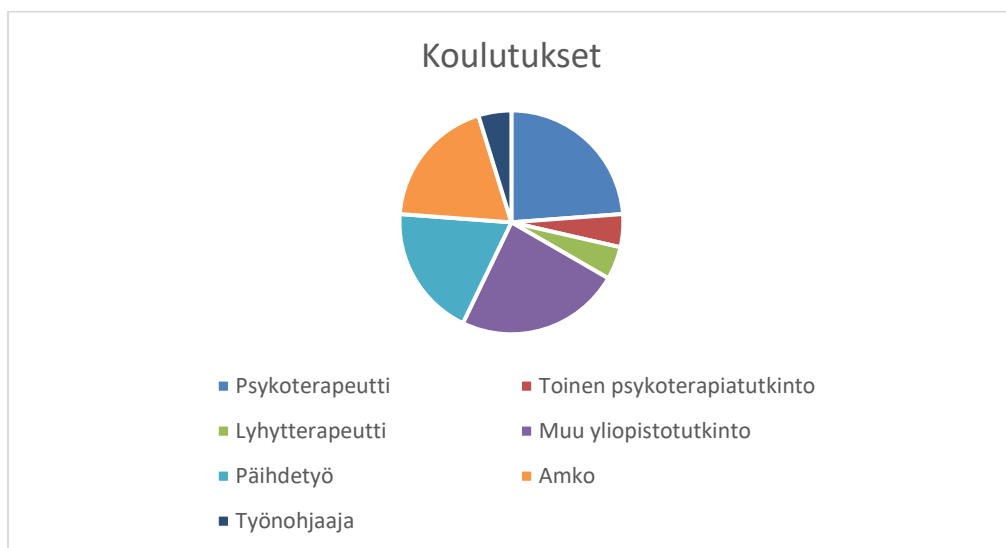
Kysymysrunгон aluksi kartoitin työntekijän koulutus- ja työhistoriaa, erilaisia lisä- ja täydennyskoulutuksia sekä mahdollisia terapiakoulutuksia. Lisäksi kysyin uravalinnasta ja omasta työnkuvasta ja siitä, miten päihdesosiaalityöntekijän työnkuva haastateltavien mukaan eroaa perussosiaalityöstä (aikuissosiaalityöstä). Psykososiaalisesta päihdesosiaalityöstä kysyin useita kysymyksiä, joiden avulla oli tarkoitus kartoittaa sosiaalityölle tärkeitä arvoja, elementtejä ja menetelmiä sekä sosiaalityön erityistä asiantuntijuutta. Integraatiota koskeva teema herätti usein hyvin tunteikkaita reaktioita ja keskustelua. Medikalisaatiota ja päihdesosiaalityön kehittämistä koskevat kysymykset kirvoittivat myös vilkasta keskustelua. Kysymysrunгон teemat valitsin sekä teoriasta, että pääkäsitteistä ja tutkimuskysymyksistä omaan työkokemukseeni pohjautuen. Hirsjärven & Hurmeen (1988,41, 42) mukaan suunniteltaessa teemahaastattelua on tärkeää suunnitella haastatteluteemat hyvin ja välttää laatimasta tarkkoja yksityiskohtaisia kysymyksiä. Itse laatimassani teemahaastattelurungossa on kuitenkin myös spesifejä kysymyksiä, kuten edellä totesin. Koin turvallisemmaksi lähteä haastattelemaan jonkinlaisten valmiiden kysymysten kanssa, kuin pelkillä teemoilla. Haastatteluissa tarkat kysymykset kuitenkin laajenivat keskusteluiksi, jolloin haastattelurunko toimi muistilistana ja keskustelua ohjaavana kiintopisteenä.

Sanelukoneen äänenlaatu oli kaikissa haastatteluissa hyvä. Haastattelut kestivät noin 60-100 minuuttia. Jotkut haastattelut venyivät haastateltavan verkkaisen vastaa-mistahdin vuoksi, jotkut siksi, että päästessämme mielenkiintoiseen asiaan aihe saattoi levitä ja syventyä varsinaisten teemojen yli. Toisinaan mikäli en saanut riittävän kattavaa vastausta, kysyin samaa asiaa vielä tarkemmin tai jonkin esimerkin kautta uudelleen. Joskus taas oli luovutettava jonkin kysymyksen suhteen, kun selvästikään haastateltava ei löytänyt uutta avaavampaa vastausta kysytyyn kysymykseen.

1,5h haastattelun purkamiseen meni keskimäärin 10 tuntia. Litteroin haastattelut tarkasti sanasta sanaan, joitakin epäselviä kohtia lukuun ottamatta. Epäselvät kohdat, joita sanelukoneelle oli tallentunut, olivat kuitenkin hyvin lyhyitä ja tutkimuksen kannalta merkityksettömiä. En merkinnyt erikseen puheessa olevia taukoja, tai lyhyitä äänneitä, jotka usein liittyvät miettimiseen, koska niillä ei nähdäkseni ollut merkitystä tutkimukseni kannalta. Joitakin lauseita jouduin kertaamaan useaan otteeseen

ja mikäli en saanut lauseesta selvää, jätin litteroinnin siltä osin siihen, kirjoitin sen mitä kuulin. En alkanut tulkita puhetta suuntaan tai toiseen. Litteroitua aineistoa kertyi lopulta 111 sivua Times New Roman-fontilla 12, rivivälillä 1,15.

Seuraavaksi esittelen haastateltavien taustaa koulutuksen ja työhistorian osalta. Kaikki 11 haastateltavaa osoittautuivat hyvin pitkälle kouluttautuneiksi. Lähes kaikilla oli jokin toinen ammattitaitoa tukeva korkeakoulututkinto, joko ammattikorkeakoulu- tai yliopistotutkinto sosiaalityön tutkinnon lisäksi. Myös psykoterapeutin tutkintoja oli useita.



Psykoterapeuttitutkinto 24%

Kaksi psykoterapeuttitutkintoa 5%

Kaksivuotinen lyhytterapeuttitutkinto 5%

Muu yliopistotutkinto 24% (joista 3:lla sosiaalityön opettajan koulutus)

Päihdetyön koulutus 19% (esim. Päihdetyön ammattitutkinto tai A-klinikkasäätien päihdetyön koulutus)

Amko-tutkinto (sosionomi/diakoni) 19%

Työnohjaajatutkinto 5%

Lähes kaikilla haastateltavilla oli edellisten tutkintojen lisäksi useita lyhyempiä päihde- ja mielenterveystyön- ja terapian koulutuksia, kuten hyväksymis- ja omistautumisterapia, kognitiivinen terapia päihdetyössä, dialektinen käyttäytymisterapia, neuropsykiatrinen valmentaja, lyhytterapia, taideterapia, kirjallisuusterapia, kriisi- ja traumakoulutus, psykodraamakoulutus. Useilla oli näiden lisäksi myös monia menetelmäkoulutuksia mm: varhaisen vuorovaikutuksen koulutus, luonto kuntoutuksen tukena-koulutus, ja ryhmän ohjauksen koulutus.

Useimmilla haastateltavilla oli pitkä työhistoria sosiaalityön eri sektoreilla ennen päihdetyöhön siirtymistä, kuten psykiatrialla, lastensuojelussa, lapsiperheiden sosiaalipalveluissa, aikuissosiaalityössä, sosiaalityön projekteissa, pakolaistyössä, koulu-kuraattorina, perheneuvolassa, mielenterveystyössä, turvakodissa ja ohjaajana kotipalveluissa. Ennen nykyistä päihdesosiaalityöntekijän työtä avopalveluissa, oli usealla erilaisia ja eri pituisia työkokemuksia päihdetyön piiristä: huumetyöstä, jalkautuvasta päihdetyöstä, matalan kynnyksen päiväkeskustyöstä, laituskuntoutuksesta, nuorten kanssa tehtävästä päihdetyöstä ja erilaisista projektitöistä päihdetyön sektorilla. Neljällä haastateltavalla oli kokemusta esihenkilönä toimimisesta.

5.2 Analyysi

Analyysi oli monivaiheinen ja edestakaisin liukuva prosessi, joka tuotti varsinkin aluksi monenlaista päänvaivaa. Edistyessäni, kun aloin hahmottaa analyysin tuloksia tekstimassan ja alaluokkien joukosta, muodostuikin siitä hyvin palkitseva ja opettavainen prosessi, jossa sai käyttää hyväksi sekä omaa päihdesosiaalityön ammattitaitoaan sekä teorian tuomaa valaistusta ja syvempää ymmärrystä. Analysoin aineistoni perinteistä sisällönanalyysiä käyttämällä. Tuomi & Sarajärven (2009, 91) mukaan sisällön analyysi voi toimia hyvin monenlaisten analyysikokonaisuuksien väljänä teoreettisena kehyksenä. Aineiston moninaisuuden vuoksi en analyysiä tehdessäni edennyt täysin oppikirjan mukaan kaavamaisesti, vaan jouduin käyttämään luovuutta teorian ja analyysin välisessä suhteessa, joten siksikin valintani oli perusteltu.

Aivan aluksi jaottelin litteroidun aineiston kahteen pääteemaan, jotka muodostin tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen kuuluvasta autonomian käsitteestä. Ammatillisessa autonomiassa on kyse sekä ammattialaan kuuluvasta tiedosta, osamisesta, että vallasta, joka liittyy valinnanmahdollisuuksiin ja mahdollisuuteen tehdä itsenäisiä päätöksiä. Jaottelin siis aineiston aivan aluksi kahteen isoon teemaan: *tieto ja valta*. Ensimmäistä tutkimuskysymys sosiaalityön asemasta ja autonomiasta liittyy valtaan ja toinen tutkimuskysymys sosiaalityön asiantuntijuudesta liittyy tietoon.

Sisällönanalyysiä tehdessä voi tutkimuksen suunnittelussa Hirsjärven ja Hurmeen (1995, 114-115) mukaan käyttää tutkimuksen keskeisiä käsitteitä sekä alustavia hypoteeseja. *Tietoaineistolla* vastaan sosiaalityön asiantuntijuuden kysymyksiin ja *valta-aineiston* avulla vastaan sosiaalityön asemaan ja autonomiaan liittyviin kysymyksiin. Pääosin aineisto oli helppo jakaa kahteen eri teemaan, mutta joissakin kohdin haastateltavien ilmaisut tuntuivat sopivan kumpaankin teemaan. Myöhemmässä vaiheessa siirtelyä teemojen välillä tapahtui edelleen analyysin niin vaatiessa. Tässä vaiheessa en vielä lähtenyt tämän tarkemmin redusoidaan aineistoa, halusin pitää sen mahdollisimman pitkään kokonaisena. Tiesin, että tämä valinta johtaa

suurempaan työmäärään, mutta se helpotti syvempää tutustumista koko aineistoon. Enkä myöskään uskaltanut vielä tässä vaiheessa tehdä valintoja oleellisten tekstikoh- tien osalta poistamalla osaa tekstistä, vaikka kaikissa lukemissani analyysioppaissa redusointi asetettiin ensimmäiseksi analyysin vaiheeksi.

Kuljetin siis kahta isoa tekstimassaa niin pitkälle, että sain kaiken litteroidun tekstin pelkistettyä tiiviiksi ilmauksiksi. Tämän jälkeen oli aika siirtyä klusterointiin. Aineiston klusterointi tarkoittaa sitä, että pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään niin, että samaa asiaa tarkoittavat ilmaukset muodostavat alaluokan. Alaluokat nimetään sisäl- töä kuvaavalla otsikolla. Tämän jälkeen yleiskäsitteet abstrahoidaan, eli luokittelua jatkamalla alaluokkia yhdistetään yläluokiksi ja yläluokkia pääluokiksi ja lopulta pää- luokista muodostuu yhdistäviä luokkia. (Tuomi & Sarajärvi 2009.) Klusterointi oli analyysin kiehtovin osuus, kun tulokset alkoivat saada ensimmäistä kertaa hahmoaan.

Analysoinnissa voidaan käyttää useampia keinoja jäsentää ja pilkkoa aineistoa osiin. Luokittelu olisi yksinkertaisin tapa, tällöin voisi laskea kuinka monta kertaa ai- neistossa jokin luokka esiintyy ja esittää luokitellun aineiston taulukkona. Teemoitte- lussa korostuu se, mitä kustakin teemasta on sanottu, esiintyvien ilmausten lukumää- rällä ei silloin ole niin suurta merkitystä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 78.) Koska koen olevani syvällä aiheessa oman työkokemukseni vuoksi, koin teemoittelun olevan jous- tavampi vaihtoehto ja palvelevan paremmin varsinaisen sisällön tuottamista teemoi- hin.

Teoriaohjaavassa analyysissä päättelyn logiikka on abduktiivista, eli ajattelua ohjaa sekä aineisto, että teoria. Usein alaluokat muodostuvat aineistosta käsin, mutta sitä ylemmät luokat keskustelevat jo teorian kanssa ja saavat lopullisen muotonsa teo- riasta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 81, 98.) Teoriaohjaava analyysi on kuitenkin lähtökoh- diltaan induktiivistä, eli yksittäisistä havainnoista yleiseen tehtävää päättelyä, mutta se, missä vaiheessa tutkija ottaa teorian ohjaamaan päättelyä on tutkijan oman harkin- nan varassa. (emt., 156.) Omassa tutkielmassani teoria ohjasi analyysin aivan ensim- mäistä vaihetta, kun jaon aineiston aluksi kahtia (tieto- ja valtaosioiksi) ja sen jälkeen yhdistin teoriaa mukaan varsinaisesti vasta alaluokkien nimeämisen jälkeen, kun oli aika yhdistää alaluokkia ylä- ja pääluokiksi, sekä yhdistäviksi luokiksi. Kaik- kien luokkien suhteen tapahtui analyysin loppuun asti jatkuvaa liikkumista puoleen ja toiseen, uudelleen nimeämistä ja sen pohtimista, mihin luokkaan mikäkin lopulta kuuluu. Hirsjärvi & Hurme (2001, 173) muistuttavat, että teemat eivät nouse aineis- tosta itsestään, vaan ne ovat aina tutkijan tekemiä tulkintoja. Ylä- ja pääluokat muo- toutuivat pitkälti teoreettisen viitekehyksen mukaiseksi. Mitä pidemmälle analyysini eteni, huomasin, että aineistosta oli tulkittavissa vahvasti ihmisoikeudellinen näkö- kulma. Ja tässä vaiheessa hieman epäröinkin valitsemani teoreettista viitekehystä. Pohdin, olisiko koko tutkimus pitänytkin perustaa ihmisoikeusperustaisuuden va- raan. Postmoderni sosiaalityön asiantuntijuus ja sen keskeiset teoreettiset käsitteet

ohjasivat kuitenkin vahvasti analyysin sekä aivan alkuvaihetta, että keskivaihetta, joten sen käyttäminen koko tutkimuksen viitekehyksenä oli perusteltua. Vasta analyysin viimeisessä vaiheessa annoin ihmisoikeusperustaisuuden alkaa ohjata analyysiä ja punoutua työn johtavaksi punaiseksi langaksi.

Informaation laadullisen arvon lisääntymistä voidaan pitää laadullisen aineiston analyysin tärkeimpänä tavoitteena. Tässä tutkielmassa tavoitteena oli tavoittaa työntekijöiden näkemyksiä sosiaalityön autonomiasta ja asemasta integraatiossa, sekä tuottaa tietoa psykososiaalisen päihdesosiaalityön asiantuntijuudesta, sen erityislaadusta ja osaamisesta. Tähän tehtävään sisällönanalyysi sopi hyvin. Sisällönanalyysillä pyritään tiivistämään alussa varsin hajanainen tieto selkeäksi, mielekkääksi ja yhteneväiseksi kokonaisuudeksi, menettämättä sitä laajaa informaatiota, jota haasteltavat puheellaan ilmentävät. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 89.) Analyysin tärkeimpiä tehtäviä onkin helpottaa tutkijan luotettavien johtopäätösten tekemistä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

Kuviossa 1: *Valta-analyysi*, (liite 4) esittelen *valta-analyysin* luokkien rakentumisen. Tästä analyysistä valitsin jatkoanalysoitavaksi *mielenterveys- ja päihdetyön integraatio* - yhdistävän luokan ja pääluokista ainoastaan *sosiaalityön autonomia*- luokan. *Yhteiskunnallisten muutosten* pääluokka ja sen alla olevat yläluokat *managerialismi* ja *medikalisaatio* ovat tärkeitä ja mielenkiintoisia tekijöitä integraatiossa, sekä haasteita sosiaalityön autonomialle. Niitä on kuitenkin tutkittu paljon, enkä kokenut tuovani varsinaisesti uutta tietoa niiden avulla, vaikka ne merkittävällä tavalla myös autonomian käsitteeseen liittyvät, lähinnä sosiaalityön autonomiaa ja asemaa uhkaavalla tavalla.

Kuviossa 2: *Tieto-analyysi*, (Liite 5) esittelen *tietoanalyysin* muodostuneet luokat alaluokasta yhdistävään luokkaan asti. *Psykososiaalisen sosiaalityö*- yhdistävä luokka muodostuu pääluokista *psykososiaalinen päihdesosiaalityö* ja *sosiaalisen asiantuntijuus*. *Postmodernin asiantuntijuus* -yhdistävä luokka muodostuu pääluokista *autonomia* ja *avoin asiantuntijuus*. Saatuani koko *tietoaineiston* analysoitua raakaversioksi, tein valinnan siitä, että keskityn tässä tutkimuksessa ainoastaan sosiaalisen asiantuntijuuteen psykososiaalisessa sosiaalityössä. Tällä valinnalla rajasin aineistosta *muutostyön ja terapeuttisuuden* pääluokat pois. Vaikka terapeuttinen muutostyö on psykososiaalisen sosiaalityön erityisasiantuntijuuden aluetta ja olennainen osa psykososiaalista päihdesosiaalityötä, on tässä tutkimuksessa fokuksessa ennen kaikkea sosiaalinen päihdetyössä. Sosiaalisen asiantuntijuudesta rajasin pois *sosiaalihuollollisen työn* yläluokan. Sosiaalihuollollinen työ on oman näkemykseni mukaan selkeä kokonaisuus psykososiaalisessa sosiaalityössä, eikä sen tarkempi analysointi olisi tuottanut lisäarvoa sille, mikä sosiaalisessa itseäni kiinnostaa ja mitä tällä tutkimuksella halutaan tutkia. *Postmoderni asiantuntijuus* ja sen alemmat luokat kuvaavat sitä, millaisena sosiaalityön asiantuntijuus ilmenee ja miten työtä tehdään. Kuvioihin 1 – ja 2 (Liitteet 4 ja 5)

olen maalannut punaisella kaikki ne luokat ja teemat, joiden pohjalta rakensin tämän tutkimuksen tulokset.

5.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkijan tulee koko tutkimuksen tekemisen ajan huolehtia hyvien tutkimuskäytäntöjen noudattamisesta ja tutkimuseettisistä arvioinnista. (Rauhala & Virokangas 2011, 238.) Omassa tutkielmassani olen parhaani mukaan noudattanut eettisyyttä ja kriittistä itsereflektiota koko tutkimusprosessin ajan. Hyvien tutkimuskäytäntöjen noudattamista helpotti varsinkin alkuvaiheessa yliopistolta saadut lomakepohjat mm. *tietosuojailmoitus tutkimuksesta tutkimukseen osallistuvalla ja suostumus tieteelliseen tutkimukseen* sekä jokaisen kunnan omat tutkimuslupahakemukset, joihin oli tehtävä selonteko tietoturvallisuuden noudattamisesta ja anonymiteetin turvaamisesta. Hyvien tutkimuskäytäntöjen ja eettisyyden noudattaminen tulikin tärkeäksi viimeistään siinä vaiheessa, kun lähestyin organisaatioita haastateltavien saamiseksi. Sekä tutkimukseen osallistuvan organisaation, että haastateltavien riittävä tiedonsaanti tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja sisällöstä on turvattava ja painotettava tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta.

Aineiston käsitteleminen eettisesti parantaa tutkimuksen laatua. (Kuula & Tiitinen 2010, 451). Työntekijöiden henkilötiedot käsiteltiin koko tutkimusprosessin ajan GPRS:n vaatimusten mukaisesti anonymiteettiä turvaavalla tavalla. Eräs tutkimuseettisyyden tärkeimmistä tekijöistä onkin haastateltavien yksityisyyden kunnioittaminen, joka tarkoittaa sitä, että haastateltavien yksityisyyttä suojellaan raporttia kirjoitettaessa siten, ettei haastateltavat ole tekstistä tunnistettavissa. (Kuula 2011, 64.) Vaikka tässä tutkielmassa haastattelin työntekijöitä, en asiakkaita, jotka sosiaalityössä voivat olla erityisen haavoittuvassa asemassa, oli hyvin tärkeää, että työntekijät pystyivät kertoa havaintojaan ja kokemuksiaan ilman pelkoa minkäänlaisesta tunnistettavuudesta. Koska tutkielmani koskee päihdepalveluissa tapahtuvaa yleistä ilmiötä, enkä erityisesti tutki minkään organisaation tai kaupungin työtä erikseen tapaustutkimuksena, ei tutkimusraportissa ole syytä antaa minkäänlaisia tunnisteita, joista voisi päätellä, minkä kaupungin yksiköstä on milloinkin kyse. Henkilö-, ja organisaation tunnisteiden poistamista kutsutaan aineiston anonymisoimiseksi. Se tarkoittaa esimerkiksi haastateltavien nimitietojen ja muresävyjen häivyttämistä teksteistä. (Kuula 2006.) Analyysivaiheessa numeroin haastateltavat, tällöin jokaisen sitaatin yhteyteen tuli haastateltavan numero. Lopulta päädyin ottamaan myös numerot pois sitaattien yhteydestä tunnistettavuuden heikentämiseksi. Tutkimani aihe nosti

haastateltavissa esiin monenlaisia- myös negatiivisia tunteita sekä omaan työnantajaan tai työyhteisöön, joten kaikki mahdollinen oli tehtävä heidän suojelemisekseen. Tutkimusraporttia kirjoittaessani jouduinkin usein eettisten valintojen eteen. Joissakin kohdin joudin karsimaan tulosten kannalta merkittäviä aineistolainauksia, jotka olisivat sekä lisänneet tutkimuksen luotettavuutta ja elävöittäneet tekstiä, koska lainauksessa oli mahdollinen organisaation tunnistettavuus. Valitsin aina yksityisyyden suojan mukaisesti ja muotoilin aineistolainauksen välittämän viestin leipätekstiin kuuluvaksi. Tietoturvasta huolehdin säilyttämällä haastattelut sanelukoneessa, kunnes olin saanut ne litteroitua. Litteroinnin suoritin oman tietokoneeni avulla ja tulostin litteroinnit kotona. Kun tutkielma valmistui, hävitin kaiken tutkielmaan liittyvän aineiston sekä tietokoneelta, että sanelukoneelta.

Tutkimuksen eettisyyteen liittyy myös se tapa, millä tutkimusta koskevasta sosiaalityön asiakasryhmästä, (tässä tutkimuksessa päihde- ja mielenterveystyön asiakkaat) tutkimusraportissa puhutaan sekä millaisia kuvauksia ja määritelmiä heistä annetaan. Esim. Ife (2012, 58-59) näkee haavoittuvassa olevien ihmisten ja ihmisryhmien puolustamisen voivan olla ihmisen subjektiivisuutta ja autonomiaa heikentävää ja siten vahvistaa leimoja, joita yhteiskunta ylläpitää sosiaalityön asiakkaiden yllä. Omassa kirjottamisen tavassani yritin pitää jatkuvasti mielessä päihde- ja mielenterveystyön asiakasryhmän moninaisuuden, vaikka huono-osaisuus ja palveluiden ulkopuolelle jääminen määrittelikin pitkälti niitä perusteita, joiden vuoksi tutkimustyötä lähdin tekemään.

Oma asemani tutkijana voi olla sekä luotettavuutta lisäävä ja toisaalta sitä vähentävä tekijä. Olen tehnyt psykososiaalista päihdetyötä 16-vuotta ja olen itse hyvin syvällä aiheen sisällä. Sisällä aiheessa oleminen vaikutti siihen, minkälaisia kysymyksiä tuotin haastateltaville ja mitä asioita pidin tärkeänä teoreettista viitekehystä valitessani, sekä analyysiä tehdessäni. Joudun jatkuvaan vuoropuheluun itseni ja omien kokemusteni kanssa tutkielmaa tehdessä ja kuunnellessani kollegoiden puhetta. Mikäli aihe olisi täysin vieras, tarkastelisin sitä varmasti eri tavalla, kuin työtä useita vuosia tehneenä. Tunnesuhde tutkittavaan asiaan on myös vahva ja tunnistan puolueellisuutta sen suhteen. Olen kokenut huolta sosiaalityön katoamisesta päihdetyössä. Tehtäväni olikin osata olla avoin myös sen kaltaisille tuloksille, jotka puhuvat olettamusta ja omia pelkoja vastaan. Valitsemalla teoriaohjaavan analyysin menetelmäksi, pyrin vahvistamaan tulosten luotettavuutta. Mikäli olisin valinnut aineistolähtöisen analyysin, olisi omat tulkintani saattaneet johdatella liikaa analyysiprosessia.

Tutkimusaiheen laajuudesta ja kahdesta hyvin erilaisesta tutkimuskysymyksestä johtuen en löytänyt sellaista yhtä selkeää teoriaa, jota vasten olisin koko tutkimuksen tehnyt. Teoreettinen viitekehys koostuu useista käsitteistä ja tieteellisestä keskustelusta, joista osaa käytän pinnallisemmin ja osa taas muodostaa vahvemman analyysin kehysten koko tutkimukselle. Teoreettisten käsitteiden runsauden vuoksi

niihin jokaiseen syventyminen analyttisellä tarkkuudella oli haasteellista, mutta toisaalta runsaus lisäsi tutkielman luotettavuutta. Tuloksia koeteltiin usealta taholta. Samoin luotettavuutta integraatiosta puhuttaessa heikentää se, etten ole eritellyt ja analysoinut tarkemmin haastateltavien eri organisaatioiden integroitumisen tapoja heti alkuvaiheessa. Käsittelen integraatiota yhtenä käsitteenä hyvin pitkälle tässä tutkielmassa, vaikka se onkin hyvin laaja käsite, joka sisältää useita eri tapoja yhdistää päihde- ja mielenterveystyö. Integraation moninaisuuden huomioiminen ja tarkempi analyysi olisi muuttanut analyysin tekemistä heti alusta alkaen ja koin, ettei minulla ollut vielä sellaisia tutkijan taitoja, että olisin siihen kyennyt. Tästä syystä jätin integraation lähinnä sateenvarjokäsitteeksi. Vasta yhteenvedossa erittelen tuloksia integraation osalta jakaen sen hallinnolliseen- ja toiminnalliseen integraatioon ja sen jälkeen erilaisten hallintojen alla järjestetyksi palveluiksi.

Tutkimuksen yleistettävyyden suhteen voisin sanoa, että pienen laadullisen aineiston pohjalta ei voida tehdä koko integraatiota koskevia yleistyksiä tai todeta että, päihdesosiaalityön asiantuntijuus on tässä tutkimuksessa kuvatun kaltaista kaikkien sosiaalityöntekijöiden näkemyksissä tai että tämänkaltaisessa tilassa Suomessa tehtävä psykososiaalinen päihdesosiaalityö integroiduissa rakenteissa tällä hetkellä on. Sen sijaan tuloksista voi hahmottaa sellaisia asioita, jotka kuvaavat päihdesosiaalityön asiantuntijuutta ja asemaa sekä autonomiaa integraation osana yksittäisten päihdesosiaalityöntekijöiden silmin ja siten tuottaa ymmärrystä laajalle ilmiölle. Integraatiota ilmiönä, muutosta sekä näkemyksiä sosiaalisen asiantuntijuudesta voidaan siis kuvailla ja tuottaa syvempää ymmärrystä, mutta kuitenkin ei täysin voida sanoa, kuinka yleisestä ilmiöstä ja muutoksesta on kyse.

6 INTEGRAATIO JA KATOAVA SOSIAALITYÖ

Tässä luvussa esittelen tutkimuksen tuloksia vastaamalla ensimmäiseen tutkimuskysymykseen: *Minkälaisena työntekijät näkevät päihdesosiaalityön autonomian ja aseman integroiduissa mielenterveys- ja päihdetyön rakenteissa ja käytännöissä?* Analyysia ohjaavat pääasiallisesti tutkielman taustalla olevien käsitteiden managerialismin ja medikalisaation lisäksi postmodernin sosiaalityön asiantuntijuudesta ja autonomiasta käydyt teoreettiset keskustelut.

6.1 Terveysthuollon valta-asema haastaa moniammatillisuutta

Terveysthuollon valta asema

Tutkimuksen tulokset kertoivat terveysthuollon vahvasta asemasta päihde- ja mielenterveysthuollon integraatiossa. Terveysthuollossa lääkäreillä ja erityisesti psykiatrialla on vahva professionaalisuus ja sen koettiin heikentävän sosiaalityön asemaa. Moniammatillista ja jaettua asiantuntijuutta mielenterveys- ja päihdetyössä tutkineet Väyrynen, Lindh & Romakkaniemi (2015) havaitsivat myös jaetun asiantuntijuuden haasteet tulevan esiin pelkoina ja epäluuloina oman asiantuntijuuden arvostuksesta. Erityisesti päihdetyöntekijät kokivat pelkoa mielenterveys- ja päihdetyön yhdistämisestä ja näkivät sen pahimmillaan uhaksi päihdetyön olemassaololle. Päihdetyön erityisosaamisen pelättiin häviävän lääketieteen jalkoihin.

Kaikissa niissä organisaatioissa, joissa päihdetyö oli siirretty psykiatrian hallinnon alaisuuteen, sosiaalityöntekijät kertoivat lääkäreiden vahvasta valta-asemasta. Useissa organisaatioissa integraatiota oli perusteltu sillä, että aletaan toteuttaa asiakkaan päihde- ja mielenterveysongelman hoitoa samanaikaisesti. Se ei kuitenkaan ollut toteutunut. Aineiston kertoi integraation jälkeisestä ajasta, että asiakkaat, joiden

kanssa olisi tarvittu psykiatrian kanssa tapahtuvaa yhteistyötä, ohjautuvat edelleen pelkästään päihdetyöhön. Psykiatria määrittelee sen, että ensin hoidetaan päihderiippuvuus ja sen jälkeen vasta mielenterveysongelmaa:

Ei voi lähettää sinne psykiatrialla, kun psykiatria olen myös minä. Ne vaan sitten muljautetaan tänne, niin paljon, kun sopii. Meitä päihdetyöntekijöitä on kaksi. Kokonaisuudessaan työntekijöitä lähemmäs 40. Aikaisemmin a-klinikan aikana oli kolme. Me sanottiin, että meillä on niin paljon töitä, että me tarvitaan sitä apua ja varsinkin psykiatrista apua, että me ihan hukutaan näihin. Sit se ratkaisu oli tämä, että me siirryttiin tänne hukkumaan niihin. (naurahtaa.) Sitte yhteistyö kolmannen sektorin kanssa aikalailla kuihtu. Työparityöskentely miltei loppui.

Sieltä tulee...käännetään lähetteet meille, jos löytyy pienikin viite jostain riippuvuudesta, mutta toisinpäin se ei oikein toimi. Että tota, se on lähinnä, me on tultu lähinnä tukemaan sitä mielenterveys-työtä, mutta kaipaa ehkä sitä vastavuoroisuutta. Konsultoida voi, mutta meiltä ei saa asiakkaita sinne päin. Sieltä tulee kyllä kevein perustein meille. Siinä ei ole mitään neuvottelun varaa. Ne vaan käännetään.

Asiakkaan ei koettu saavan parempaa palvelua integraation myötä, useimmat kokivat tapahtuneen juuri päinvastoin. Vaikka päihdetyössä oli vähemmän resursseja, päihdetyö hoiti kaksoisdiagnoosiasiakkaat lähestulkoon yksin, vaikka juuri kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa tarvittaisiin moniammatillisuutta ja psykiatrian osaamista. Psykiatrian mukaan tulemisen jälkeen lähetteiden vaatimus oli kasvanut ja asiakkaan oikeaa hoitotahoa haettiin edelleen:

Integraatiossa ison ongelma on se, että koska psykiatria on niin paljon isompi ja lääkäreillä niin paljon isompi asema ja heillä on hyvin vahva psofessionaalisuus, niin sosiaalityö jää. Saaks asiakas parempaa palvelua, kun ennen integraatiota...En oo varma. Edelleen vaaditaan lähetteitä, sinne tänne pompotellaan, et kuka hoitaa.

Ylilääkäreille tuli iso valta ja alettiin puhua hyvin diagnoosikeskeisesti pulmista. Se oli ihan selvä ero. Esimerkiksi nuorten kohdalla aikaisemmin pohdittiin enemmän sitä kehitysvaihetta ja näin. Niin semmonen hierarkkisuus siinä hoidon määrittelyssä kasvoi.

Siis ainakin tuli sellanen tunne usein, että mä en tiedä mistään mitään. Et kaikki pitää kysyy ylemmältä tasolta. Että autonomia siinä työssä kaventu.

Eräs sosiaalityöntekijä kertoo integraation suunnitteluvaiheesta, että työryhmässä oltiin sitä mieltä, että päihdetyön kuuluisi olla sosiaalityön alaisuudessa. Lopulta kuitenkin ylilääkäri päätti siitä, että päihdetyö kuuluu terveydenhuollon alaisuuteen. Vallan vaihtuminen aiheutti työpaikalla sosiaalityön johdon alistumisen terveydenhuollon johdolle, joka näkyi sosiaalityöntekijöiden ja heidän esihenkilöidensä epävarmuutena omasta päätäntävallastaan. Pääosin ennen integraatiota päihdesosiaalityöllä oli koettu olevan vahva autonomia. Terveydenhuollon alaisuuteen siirtymisen jälkeen psykiatrialle tyypillinen diagnoosikeskeisyys ja hierarkia tulivat uusissa työn käytännöissä vahvasti esille. Eräs sosiaaliterapeutti laski hänellä olevan nykyisessä

organisaatiossaan seitsemän eri esimiestä. Toinen työntekijä kertoo ajasta A-klinikalla ennen integraatiota. Silloinkin johdossa oli lääkäri, mutta työyhteisössä koettiin enemmän autonomiaa kuin nykyisessä integroidussa organisaatiossa.

Hierarkian lisääntyminen

Hierarkian lisääntyminen johti myös terveydenhuollon lähijohdon autonomian heikkenemiseen. Alla olevassa aineistolainauksessa esiintyvä sosiaalityöntekijä tulkitsi kuitenkin, että heidän organisaationsa sairaanhoitaja - esihenkilöltä puuttui rohkeutta kyseenalaistaa hierarkkisia rakenteita:

Ehkä jos esimies olis vähän uskaliaampi, niin tää vois lähteä paremmin liikkeelle, mut hän aina tarkistaa, mikä on kaupungin linja. Se tökkää sit siihen. On sit lakannut, ettei enää yritäkään mitään.

Terveydenhuollon hierarkkisuus oli aineiston mukaan tehnyt yhteistyöstä ja sosiaalityön ja terveydenhuollon kesken haasteellisempaa, ei niinkään työn erilaiset orientaatit ja viitekehykset. Tulokset kertovat siitä, sosiaalityössä ollaan tasaveroisempia johdon ja työntekijöiden kesken ja se joustavoittaa työn tekemistä ja sen kehittämistä.

Mä en kuitenkaan puhuis mistään todellisesta integraatiosta. Ja jos se olis todellinen integraatio, jolla mä tarkoitan sitä, ettei se ole jotakin pois, vaan se on jotakin enemmän. Elikkä se asiakas ei enää...asiakasta ei enää jaettais mielenterveyspalasiksi tai päihdepalasiksi. Koska siellä on edelleen vähän se asetelma, tää iänikuinen kysymys, että päihdeasiat hoidetaan ensin, ennen kuin voi mielen-terveytyspuoli sitten alkaa työskentelee. Ja siellä tulee tää sama lääketiede vs. sosiaalityö.

Hallinnollista integraatiota ei pidetty yhteistoiminnallisuutta edistävänä tekijänä. Vaikka yhteispäivystys oli yhdessä organisaatioissa edistänyt yhteistyötä mielenterveyden ja päihdetyön välillä, silti useimmat sosiaalityöntekijät toivoivat aitoa integraatiota, jossa asiakasta voidaan hoitaa yhteistyössä tarpeen mukaan. Ei erotellen päihde- ja mielenterveyden hoitoa.

Yhteistyön puute

Aineistosta nousi esiin kokemus yhteistyön puutteesta erityisesti psykiatrian kanssa sekä ennen integraatiota, että sen jälkeen. Kuitenkin aineiston mukaan osa sosiaalityöntekijöistä näki myös hallinnollisen integraation mahdollisuutena sen, että saman katon alla on monenlaista osaamista ja riittävät henkilöstöresurssit. Erään sosiaalityöntekijän mukaan siirtyminen pienestä yksiköstä isoon innovatiiviseen yhteisöön

oli hänen mukaan kasvattanut myös yksittäisen työntekijän toimijuutta ja intoa. Oli osattu käyttää hyväksi toisten osaamista ja kokeiltu useita uusia toimintoja. Esimerkiksi asiakkaan kotiin vietävää työtä oli yhteistyössä kehitetty. Eräs sosiaalityöntekijä taas totesi, että organisaation tasolla tapahtunut integraatio hajotti ne aiemmin luodut yhtenäiset käytännöt, mitä oli rakennettu päihdetyön ja psykiatrian sosiaalityön välille. Aineiston perustella näkemykset integraatiosta yhteistyön suhteen vaihtelivat jonkin verran riippuen siitä, millainen integraatio oli toteutettu. Niissä organisaatioissa, joissa integraatio oli toiminnallinen, oli yhteistyö jouhevaa ja siihen oli luotu selkeät raamit. Hallinnollisessa integraatiossa taas minkäänlaisia yhteistyökäytänteitä ei useinkaan oltu luotu, vaan siirryttiin ainoastaan saman katon tai saman hallinnon alle.

6.2 Kapeutuva psykososiaalinen päihdesosiaalityö

Nimikemuutos

Useissa yksiköissä sosiaaliterapeutti – nimikkeet oli vaihdettu sosiaalityöntekijä -nimikkeiksi. Muutos sosiaaliterapeutti-nimikkeestä sosiaalityöntekijä-nimikkeelle hämärsi psykososiaalisen sosiaalityön roolia ja toimenkuvaa. Aineisto kertoo integraation myötä kasvaneista epäselvyyksistä sosiaalityöntekijöiden toimenkuviin ja vaihdettuihin nimikkeisiin liittyen. Aineiston mukaan päihdetyössä sosiaalityöntekijän nimike viittaa paremminkin kunnallisen sosiaalityöntekijän tehtäviin, kuin psykososiaaliseen ja terapeuttiseen työskentelyyn:

Silloin kun olin a-klinikkasäätöillä, niin se nimike oli sosiaaliterapeutti, niin jotenkin se ymmärrettiin ulospäin, et sä teet jotenkin erilaista työtä, kun mitä sosiaalityöntekijä tekee kunnan viranhaltijana. Mutta sen jälkeen, kun täällä on tapahtunut nää muutokset ja meidän kaupunki ei käytä kuin osittain a-klinikan palveluita, niin sosiaaliterapeutteja ei meidän kaupungissa enää ole. Silloin a-klinikan aikaan siinä oli sisäänrakennettuna sellainen oletus, että me ollaan erityistason päihde- ja mielenterveysasioihin erikoistuneita sosiaalityöntekijöitä ja tehdään terapeuttisluonteista työtä, keskustelutyötä. Mut sen jälkeen, kun oma nimike on ollut sosiaalityöntekijä ja välillä ollut, vaikka kunnan puolella työssä, niin kun nytkin olen, niin ulospäinkään se ei välttämättä näyttäydä miten se eroo, kun sähän oot sosiaalityöntekijä ja mä oon sosiaalityöntekijä. Et eiks me tehdä vähän niinku samaa työtä, että sitä joutuu niin kun itekin miettimään välillä, että mikä se mun erityisyys on, koska on tottunut tekemään vähän niin kun samankaltaista työtä, et se ei itselle oo mitenkään erikoista tai erilaista se semmonen terapeuttinen ote siinä työssä.

Tulokset kertovat siitä, miten integraation jälkeen organisaatiossa sosiaalityö nähtiin pitkään kuten yleensä sairaalan sosiaalityö; palvelujärjestelmä- ja sosiaaliturvakeskeisenä työnä, jossa sosiaalityöntekijän vastuulla on järjestää palvelut ja kuntoutusketjut ja huolehtia koordinoinnista. Erään sosiaalityöntekijän mukaan vasta neljän vuoden

jälkeen perusterveydenhuollon organisaatiossa oli alettu ymmärtää psykososiaalisen sosiaalityön sisältöä. Hän kertoi siitä, että hiljalleen organisaation sisältä alettiin ohjata asiakkaita keskustelukäynneille, ei pelkästään arviointiin tai etuuksien hakua varten. Psykososiaalinen päihdesosiaalityö alettiin mieltää jälleen päihdetyön erityysoasamisena. Sosiaaliterapeutin nimike on varsinkin yksikön ulkopuolisille tuntemattomampi nimike ja erään haastateltavan mukaan yksikön ulkopuolisista organisaatioista vain rikosseuraamusvirasto tiesi parhaiten, mitä päihdesosiaalityössä tehdään. Sen kanssa oli luotu selkeä malli siitä, että päihdesosiaalityössä tehdään päihdehoidollisia muutosta tukevia käyntejä. Lastensuojelussa ja aikuissosiaalityössä oli haastateltavan mukaan epämääräistä käsitystä siitä, mitä psykososiaalinen päihdesosiaalityö on ja siksi sekä aikuissosiaalityössä että lastensuojelussa keskusteltiin asiakkaidensa kanssa päihdeasioista itse, eikä osattu ohjata asiakkaita päihdetyöhön.

Johdon tietämättömyys psykososiaalisen sosiaalityön sisällöstä

Psykososiaalinen päihdesosiaalityö tunnetaan aineiston mukaan heikosti, koska siinä ei ole konkreettisia toimenpiteitä. Terveysosiaalityön ja psykososiaalisen päihdesosiaalityön eroja ei hahmoteta. Tulokset kertovat siitä, että psykososiaalinen sosiaalityö mielletään terveysosiaalityöksi, joka on sosiaaliturvaan ja kuntoutukseen ohjaavaa asiantuntijuutta. Psykiatrialla ajatellaan, että sosiaalityöntekijän tehtävään kuuluu hakemusten ja lomakkeiden täyttäminen asiakkaan kanssa, sekä sosiaalitukien asiantuntemus. Aineistossa painottui kuitenkin sosiaalityöntekijöiden oma näkemys psykososiaalisesta sosiaalityöstä suhdeperustaisena keskustelutyönä. Työn sisällön heikko tunteminen johdon taholta aiheutti ristiriitaa työntekijöiden ja johdon välille. Metteri (2018, 1) toteaaakin terveydenhuollon sosiaalityötä koskevia päätöksiä tehtävän usein ilman, että päätöksentekijät tuntevat sosiaalityön koulutusta, sosiaalityön asiantuntijuutta ja sitä työtä, mitä sosiaalityöntekijä tekee terveydenhuollossa.

Kun on tämmöst rajapintatyöskentelyä. sitä ymmärretään ylipäättään huonosti. Se on ehkä helpompi ymmärtää, et joku työskentelee siel aikuissosiaalityös ja järkkää niit palveluit ja maksusitoumuksia ja talousasioita. Se on helpommin ymmärrettävissä. Mut sit kun se liittyy tämmösee, et täällä ei tehdä mitään toimenpiteitä, ei ole mitään konkreettista; pistetä piikkiä pyllyyn tai anneta maksusitoumusta käteen, niin mitä ihmettä? Niin siit päästään sin mystisel alueelle. Et mitä se päihdehoito sit on? Et mitä sä sit sil ihmisel niinku sanot? Et onks joku manuaali?

Mä luulen, että sitä ei välttämättä ymmärretä, eikä sitä, mikä on sen työn vaikuttavuus. Sit jos aatteele sitä tiimiä, jossa itse oon, siinä on sairaanhoitajia, sosionomeja, sosiaalityöntekijöitä ja psykologi, että siinä se ymmärretään, mut kun lähdetään menemään rajojen ulkopuolelle, niin se ymmärrys häviää, että mitä sosiaalityöntekijä tekee ja miten se eroaa muusta työstä.

Tavallaan, että me voidaan ottaa joku nippu tavaroita ja mennä johonkin huoneeseen tahansa. Niin mä et jos mä terapiakeskusteluita tässä pidän, niin se pitää olla se tuttu tietty paikka, missä ollaan. Ja yleensäkin eihän muissa tiloissa terveyskeskuksessa ole kahta tai kolmea nojatuolia, missä voidaan istua ja keskustella. Hän oletti, että se on lääkärin työtä vastaavaa. Et ainakin, jos tonne tarpeeksi

korkeelle menee, niin ei tiedetä ollenkaan edes, että mitä tehdään. Mut lähiesimies kyllä tietää ja on psyykan puolelta.

Tulokset kertoivat integroitujen organisaatioiden ylemmässä johdossa työskentelevien, erityisesti terveydenhuollon esihenkilöiden olevan pitkälti muutosjohtajia, joilla ei ole riittävästi tietoa työn sisällöistä. Useimmat haastateltavat esittivät, että mitä ylempänä johtoportaan ollaan, sitä vähemmän tiedetään työnkuvista. Ylempien esihenkilöiden ei nähty ymmärtävän psykososiaalisen päihdesosiaalityön luonnetta.

Kapeutunut työnkuva

Aineistosta nousi esiin organisaatioiden ylemmän johdon tavoitteet psykososiaalisen päihdesosiaalityön muuttamiseksi järjestelmä- ja palvelukeskeisen sosiaalityön suuntaan, jolloin työ keskittyisi psykososiaalisen sosiaalityön sijasta palvelutarpeenarvointiin, viranomaispäätösten tekemiseen ja palveluohjauksen piiriin. Suhdeperustaisen sosiaalityön vähentyminen onkin esim. Raunion (2002, 600) mukaan johdettavissa managerialistisen hallinnon pyrkimykseen tehostaa, kontrolloida ja painottaa työn teknisten suoritusten määrää.

Juuri edellisestä työpaikasta mä lähdin pois siksi, koska annettiin se hyvin vahva kuva, että nyt syksystä alkaen mä teen enemmän semmosta kunnan sosiaalityöntekijän tehtävää, niin kuin sosiaalitoimiston vastaavaa tehtävää, enkä tällaista psykososiaalista hoidollista tehtävää. Enkä mä ollut siinä vaiheessa valmis sellaiseen muutokseen. Ja sitten hakeuduin tänne, koska täällä sai tehdä vielä sitä hoidollista työtä. On täällä ehkä vielä joku toinenkin kunta, jossa sosiaalityöntekijä saa tehdä päihde- tai mielenterveystyössä psykososiaalista työskentelyä.

Sosiaaliterapeutin työnkuva on tämän aineistolainauksen mukaan integraation myötä muuttunut jäsentymättömäksi ja rajattomaksi.

Työnkuva katosi, sitä ei määritelty. Näin ollen mulle voi määrätä tehtäviä, melkein kuka tahansa ja melkein mitä tahansa. Ja työ on muuttunut myös vaikeammaksi, koska ne tapaukset, joihin me olisimme tarvittu sitä psykiatrista yhteistyötä, niin nyt ohjautuu sitte päihdetyöntekijälle.

Osassa organisaatioissa sosiaalityö on joutunut laimentamaan työtehtäviään terveydenhoidon puolelle. Eräessä haastattelussa sosiaaliterapeutti kertoi tekevänsä myös lähetteet laboratorioon asiakkaiden ajoterveystarkastuksia varten. Kuitenkin tulokset puhuvat enimmäkseen siitä, että integraatiossa on työnjako mennyt niin, että psykiatrinen sairaanhoitaja tekee vuorovaikutukseen perustuvan psykososiaalisen työn ja

sosiaalityöntekijälle jää kapeampi rooli etuuksien ja palveluiden asiantuntijana. Integraation myötä psykososiaalinen päihdesosiaalityö on alkanut omaksua psykiatrian käytäntöjä ja ideologiaa. Työtehtäviin tuli enemmän konsultointia ja arviointityö alkoi korostua. Yksilöllinen arviointi sisälsi pitkiä kyselykaavakkeita. Integraation myötä työ oli muuttunut monin tavoin säädellymmäksi. Arviointityön lisääntyminen on myös Pohjolan (2012) näkemyksen mukaan yksi esimerkki managerialistisen hallinnan tuottamista vaikutuksista sosiaalityön kokonaisvaltaisuuteen. Eräs sosiaalityöntekijä toi esiin, että perhettä oli mahdollista tavata vain kerran. Mikäli perheen sisällä oli ongelmia, ohjattiin perhetyöskentely perheterapeutille, jos sellainen uudessa laajassa organisaatiossa oli käytettävissä.

Kun se integraatiomuutos tapahtui, mun mielestä se alkoo olee säädellympää se työ, et se alkoi painottaa siihen arviointityöhön. Yksilöllinen arviointi sen nuoren kanssa, siihen tuli sellainen kaava, et pitkä tetyt kupongit täytetään ja et sitä nuorta tavattiin yksin siinä alussa mun mielestä. Saattoi olla se alkutapaaminenkin sen perheen kanssa. Sit siellä oli muutama perheterapeutin toimessa tai virassa, et he jotenkin vähän ohjattiin enemmän heille, sit jos oli perheestä...mun mielestä se meni sit paljon enemmän siihen yksilöorientoitumiseen sitten niitten asiakkaitten kanssa.

Minuakin on koko ajan pidetty, että mä olen tällainen terveydenhuollon sosiaalityöntekijä, niinku muutkin ja vähän on se paine, että pitäis hävittää tämäkin nimike(sosiaaliterapeutti) pois. Että sitä ei ainakaan oo hirveesti vahvistettu.

Tulokset toivat esiin integraation positiivisena puolena sitä, että työn johdon vahvempi säätely toi palveluihin tasavertaisuutta ja rajasi työtehtäviä. Aiemmin liian laajasta toimenkuvasta tultiin integraation myötä rajatumpaan työnkuvaan, jolloin työntekijän ammattitaito ratkaisi sen, mitä tehtäviä hänelle annettiin. Psykososiaalisen päihdesosiaalityön rooli kapeutuu aineiston mukaan myös tulevassa sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksessa. Tulokset kertovat siitä, että päihdesosiaalityötä ollaan rajaamassa lakisääteisten tehtävien varaan. Vaihtoehtoisesti sosiaalityöntekijät toivoivat ymmärrettävän sitä, mitä kaikkea sosiaalityöntekijä voisi tehdä varsinkin, kun psykososiaalista päihdesosiaalityötä tekevillä sosiaalityöntekijöillä on kokemusta terapeutisesta työtoteesta tai erityisesti jos on sosiaalityöntekijän koulutuksen lisäksi psykoterapeuttikoulutus, kuten suurella osalla päihdesosiaalityöntekijöistä on.

Psykososiaalisen päihdesosiaalityön työnkuva kapeutuu myös puuttuvien resurssien vuoksi. Aineistossa toistuivat kertomukset yhä suuremmista asiakasruuhkista ja siitä, ettei asiakkaita voi ruuhkien vuoksi tavata kuin kolmen-neljän viikon välein. Esitettiin huolta erityisesti nuorten asiakkaiden puolesta, joilla on usein tarve tiiviille ja laajalle psykososiaaliselle työlle. Liian harvatahtinen tapaaminen johtaa siihen, että työ jakautuu usealle työntekijälle, jotka tekevät kukin pienen osan työstä ja

asiakas turhautuu joutuessaan puhumaan samoja asioita monelle eri työntekijälle. Myös Karvinen-Niinikoski (2007, 81) on kiinnittänyt tähän huomioita managerialismia kohtaan suuntaavassa kritiikissään. Hän esittää prosessijohtamisen käytäntöjen pilkkovan sosiaalityön perinteisesti kokonaisvaltaiseksi käsitetyin työprosessin erillisiin tehtäväkokonaisuuksiin.

Meillä on yli 18- vuotiaita ja on niitä alla 25- vuotiaita, niin mä en pysty tekee ton potilastulvan ja sen paineen takia niin tiivistä työtä, mitä ne tarvis. Must se on myös huono, kun siihen tulee 10 ihmistä ja jokainen tekee jonkun kapeen slaidin, mitä kukin ihminen tekee jonkun ihmisen kanssa ja eri instansseissa. Nuorien kohdalla varsinkin. He kokee, että se on tosi turhauttavaa, kun osittain aina elämästä joutuu kertomaan samaa asiaa moneen eri suuntaan, että se olis helpompi kun siinä olis vähemmän ihmisiä.

Integraation vuoksi terveyskeskuslääkäreiden hoitoon ohjaamien asiakkaiden määrä oli eräällä paikkakunnalla kasvanut. Sinänsä oli hienoa, että lääkärit olivat alkaneet ohjata runsaasti päihteitä käyttäviä hoitoon, mutta samaan aikaan työntekijä pohti sitä, miten erilaista työ oli A-klinikan aikaan, kun asiakkaat pääosin hakeutuivat hoitoon vapaaehtoisesti ja itse haluten tehdä muutosta elämäänsä.

Viranomaispäätökset

Aineiston mukaan organisaatioiden johdon taholta oli esitetty toiveita, että päihdesosiaalityössä alettaisiin tehdä viranomaispäätöksiä. Joidenkin viranomaispäätösten tekeminen osaltaan helpottaisi päihdesosiaalityön tekemistä, kun taas toisen päätösten tekeminen kapeuttaisi psykososiaalisen sosiaalityön tehtävänkuvaa ennestään. Tulokset kertoivat siitä, että esimerkiksi päätökset laitostuntoutuksesta olisi parasta keskittää asiakkaan omatyöntekijälle, koska hän parhaiten tietää asiakkaan tilanteen. Viranomaispäätösten puuttuminen työnkuvasta erityisesti kuntoutuksen osalta herätti osassa haastatelluista avuttomuuden tunnetta ja vähensi työntekijän autonomian kokemusta.

Varmaan kun mä totuin tekee niitä päätöksiä siel aikuissosiaalityös, niin nyt on vähän sellanen kynnetön olo. Kaikki on muiden varassa, jos asiakkaalle jostakin jotakin myönnetään...niin mä mietin näitä kuntoutusjaksojakin, niin tottakai ne täytyy...tai täytyykö niin...meidän palvelupäällikölle keskittää? Kun eihän hän tunne eikä tiedä...ja me sit vaan perustellaan ja perustellaan ja perustellaan ja hän onneksi sit sen mukaan päättää...Jäinkö mä sitä valtaa kaipaamaan, en tiedä. Vähän tulee avuton olo välillä.

Toimeentulotuen päätösten suhteen oltiin lähes yksimielisiä siitä, että ne olisi parempi pitää aikuissosiaalityössä. Tuloksissa korostui se, että psykososiaalisessa päihde-työssä on syytä olla korostamatta työntekijän valta-asemaa. Valta-asema korostuu

viranomaispäätöksiä tehdessä. Kun asiakas on terapeuttisessa suhteessa työntekijään, on valta-asema erityisen kyseenalainen. Tulokset kertovat siitä, että terapeutin vuorovaikutussuhteen kannalta on mahdotonta toimia asiakkaan viranomaispäätösten tekijänä. Eräs haastateltava toteaa, että aikuissosiaalityön työnkuva ei sovi psykososiaaliseen päihdesosiaalityöhön. Keskustelu jäi pois. Kun asiakkaalla on jokin touluteen liittyvä arjen akuutti tarve, kuten sähkölasku maksamatta, keskusteluaika kuuluu sen asian hoitamiseen tai sen pohtimiseen.

On ollut sellainen kauhukuva niinku itelläki, et jos tähän tulee se toimeentulotukipäätös niin sithän me tehdään kaikille meidän asiakkaille, kaikille 60-70 asiakasta jos me tehtäis kerralla niille kaikille toimeentulotuen päätökset, niin sithän se vaan olis. taas sit se, että kun ei ole mitään muuta vastaavaa paikkaa näille keskusteluille, niin missä ne sitten olis. et sit sieltä tulis taas se sähkölasku sit lopulta, että mul on tämmönen maksamatta...et just sähköt katkee, no tottakai mä sen teen sit. Sitä mä en nää millään järkevänä.

Mut juuri sitä mä en oo nähny mahdollisena, että sä toimit viranomaisena ja teet vaikka kielteisiä päätöksiä ja silti: ”no niin mutta jatketaan sitten tästä, että mikä siellä ahdistuksen taustalla olikaa.” Se ei mee yksiin.

Heidi Poikonen (2017, 114-137) näkee riskejä päihdeasiakkaan oikeuksien toteutumisessa terveydenhuollon alaisuuteen siirtyvässä päihdetyössä. Terveydenhuollon alaisuudessa ei tehdä valituskelpoisia hallintopäätöksiä. Terveydenhuollossa kantelulla ja muistutuksella ei kyetä kumoamaan päätöksiä, toisin kuin sosiaalihuollossa hallintolain mukaisessa valitusprosessissa. Tämä heikentää merkittävästi asiakkaan oikeusturvan toteutumista.

Omais-, perhe ja läheistyön vähentyminen

Aineistossa esiintyi muisteluja ajasta ennen integraatiota, kun sosiaalihuollon alaisuudessa tehtävässä päihdetyössä tehtiin tiivistä yhteistyötä omaisen, perheiden ja läheisten kanssa. Nuorten kanssa tehtävässä päihdetyössä tukiverkkoa pyrittiin vahvistamaan sekä nuoren, että myös koko perheyhteisön ympärillä. Myös silloin kun vakavia asioita tapahtui, kuten yliannostus tai kuolema, pystyttiin työskentelyä jatkamaan ja auttamaan perhettä surutyössään, koska heidät tunnettiin jo ennalta. Oli vanhempain ryhmiä ja läheistyötä pidettiin tärkeänä ja kutsuttiin verkostoon myös sukulaisiakin. Nuorten kanssa aloitettiin työskentely aina perheen tai verkoston kanssa:

Jos mä mietin sitä alkuvaiheen työtä, niin silloin me tehtiin tosi paljon perheiden kanssa. Silloin alussa meillä oli siellä joka iltä vanhempain ryhmiä. Se oli silloin tosi voimakasta siellä ja mäkin osallistuin ja olin vanhempain ryhmässä...siellä oli sukulaisiakin...töissä oli paljon verkostoa, ja sellasta sosiaaliorientaatiota, että läheiset on tärkeitä ja heidät pitää huomioida. Ja sitten alaikäisten kanssa mun mielestä aina aloitettiin se perheen tai verkoston kanssa et he jotenkin heti liitty siihen hommaan.

Läheisten kanssa työskentely toi huumenuorten yhteisössä vahvan tukiverkon nuorelle ja lisäsi tietoa nuoren asioista työntekijöille. Vanhempien kautta saatiin tietoa päihdeongelman kokonaistilanteesta ja niistä asioista, mitä nuori ei itse kertonut työntekijöille. Kun läheistyö ja asiakastyö on integraation myötä eriytetty eri toimijoille, kuten järjestöille, yhteys puuttuu ja läheisasiakkaat voivat jäädä kokonaan ilman palvelua, kuten alla olevassa aineistolainauksessa ilmenee.

Se oli aikasemmin tosi hyvä, mikä tuolla huumenuorten yhteisössä oli, niin se toi semmosta kokonaisymmärrystä ja sen lisäksi sitä mahdollisuutta, että meistä tuli vielä kiinteempi tukiverkko ja siitä arjesta mistä se nuori ei välttämättä kertonut, niin se vanhempi saatto kertoa niistä kohtaannoista, mitä se on, kun nuori on huumeveloissa, tarvii rahaa tai myy perheen omaisuutta. Tai sen huolen sanottamista, et miten todella sairaan huolissaan läheiset on ja miten uupuneita ne on. Että näistä kaikista pystyttiin yhdessä keskustelemaan, kun samoissa tiloissa tavattiin ja jos oli vielä asiakkaiden luvat, että lähdetään yhdessä tätä avaamaan. Mut silloin kun ollaan eri toimijoissa, niin ihan suoraan tällainen yhteys puuttuu.

Integraation myötä, joka useimman sosiaalityöntekijän organisaation kohdalla tarkoitti päihdetyön siirtymistä psykiatrian alaisuuteen, läheisille tarkoitettuja ammatillisesti ohjattuja vertaistukiryhmiä ei järjestetä, koska sitä ei nähdä psykiatrian perustehtävään kuuluvana. Läheisiä ja vanhempia ohjataan kolmannelle sektorille, kuten Finfamille ja seurakunnille, jossa on toiminut lähinnä huumeongelmaisten läheisten ryhmiä. Yhteistyötä ei tehdä, vaan pelkästään ohjataan läheisasiakkaita asioimaan kolmannen sektorin palveluissa. Haastateltavat kokivat, että iso muutos on tapahtunut, eikä läheisten kanssa tehtävä työ ei ole julkisen sektorin hallinnassa. Tilanne on sekava ja työntekijöitä arveluttaa, miten läheis- ja perhetyön käy hyvinvointikeskuk-
sia perustettaessa.

Omais- läheis- ja perhetyön vähenemisen syinä psykiatrian alaisessa työssä koettiin olevan resurssien puute ja asiakasmäärien kasvu, sekä siirtymisen yksilökeskeisempään työn orientaatioon. Eräs sosiaalityöntekijä kuitenkin kertoo, että mahdollisuus läheisten mukaan ottamiseen yksittäisille asiakaskäynneille mainitaan kutsukirjeessä ja hänen mukaansa onkin tullut yleisemmäksi, että asiakas pyytää läheisiään tai puolisoaan mukaan tapaamisille. Hän myös mainitsee, että verkostopalaverihin läheisiä kutsutaan edelleen. Pääasiallisesti aineistosta nousi vahvasti esiin, että integraation myötä perhe- ja läheistyö on vähentynyt tai loppunut kokonaan. Perheiden ja läheisten kanssa tehtävään työhön kuitenkin velvoitetaan päihdehuoltolain (41/1986) 7§:ssä seuraavasti: *Päihdehuollon palveluja tulee antaa henkilölle, jolla on päihdeiden käyttöön liittyviä ongelmia, sekä hänen perheelleen ja muille läheisilleen. Palveluja on annettava henkilön, hänen perheensä ja muiden läheistensä avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella.*

Perhe- ja läheistyötä ei mainostettu enää nykyisessä organisaatiossa, kuten a-klinikan aikaan oli tyypillistä alla olevan aineistolainauksen mukaan.

Se työ (perhe- ja läheistyö) on selkeesti vähentynyt. Päihdeklinikan aikaan se oli tavallaan sisäänrakennettuna siihen, että kutsuttiin niitä läheisiä ja perheitä. Mainostettiin lehdessä, että tää palvelu on yhtä lailla läheisille kuin päihteenkäyttäjille tai riippuvaisille. Nykyään sitä, en usko, että enää ees lukee meidän nettisivulla. Ettei sitä mainosteta. Yhteydenotot on kyllä vähentynyt. Jos me mainostettais sellaista palvelua, niin meillä pitäis olla mahdollisuutta ottaa niitä ihmisiä vastaan.

Erään sosiaalityöntekijän mukaan heidän organisaatiossaan yksittäisillä perheen jäsenillä on oikeus omaan työntekijään, jolle voi varata muutaman käynnin päihde- tai mielenterveyspalveluista. Poikkeuksen tähän tekee lastensuojeluasiakkuus, jossa koko perhettä voidaan tavata useimminkin. Tulokset kertoivat, että vielä kymmenen vuotta sitten vanhemmat ottivat yhteyttä päihdetyöhön saadakseen tietoa päihdeiden käytöstä tai huumeiden vaikutuksista ja nuoren asioista haluttiin tulla keskustelemaan ammattilaisten kanssa. Nykyään sellaisia yhteydenottoja ei juurikaan enää tule.

Kehittämismahdollisuuksien katoaminen

Tutkimustuloksista ilmeni, että terveydenhuollon alaisuudessa olevassa päihdesosiaalityössä sosiaalityöntekijöiden vaikutus- ja kehittämismahdollisuudet ovat aineistosta tulkiten heikot, eikä ainakaan paikkaa suurten linjojen kehittämiseen ole. Kehittäminen voi kohdentua ainoastaan omaan työhön.

Mä siirryin tänne a-klinikalta sen takia, että jos vois vähän vaikuttaa näihin palveluihin. Mutta se mikä tää kokemus on täs ollut, että tällai sossuna, et ei oikeen pääse osallistumaan näihin juttuihin, terveydenhuollon johto näitä pyörittelee. Tässä ei oo niinku meikäläisellä mahdollisuuksia vaikuttaa.

Työn kehittäminen asiakasystävällisempään suuntaan terveydenhuollon alaisuudessa vaatii työntekijältä vahvuutta ja rohkeutta rikkoa vanhoja totuttuja käytäntöjä. Tällä sosiaalityöntekijällä oli työssään jäykät työehdot, jotka eivät kannustaneet kehittämiseen ja joustavuuteen:

Ne on varmaan nää vanhat raamit, jotka pitäis moukaroida. En oo ihan varma riittääkö energiaa ja intoa siihen, että me mennään aika paljon sen vanhan mukaan, että on aina tehty näin, niin...näin se jatkuu ja sitten saattaa tulla, että mitähän meidän kaupungin linja sanoo...mä oon miettinyt sitäkin että iltavastaanotto vois työssäkäyville ihmisille olla tosi hyvä, mut sit jossain kohtaa tuli vastaan se että meidän työaika on liukuva, mut että se jossain kohtaa päättyy...kello se ja se. Jotain ryhmää suunniteltiin finfamin kanssa, niin se ryhmäkin olis pitänyt suunnitella niin, että se on mun liukuvan työajan puitteissa, koska on hyvin vaikea sitten laskea sitä mun työajakseni, jos se menee sen puolikin tuntia ylikin siitä tai sitten olis pitänyt tehdä se ilman palkkaa se loppuaika siinä.

Kokenut sosiaalityöntekijä näkee työhistoriansa valossa päihdeongelmien moninaisuuden ja puutteita palveluissa. Sosiaalityössä yhtenä tärkeimpänä yhteiskunnallisena tekijänä pidetään palveluihin ja rakenteisiin vaikuttamista, myös Talentian ammattieettisissä ohjeissa (2017) mainitaan sosiaalityön velvollisuudesta tuoda poliittiseen päätöksentekoon tietoa kohtuuttomista tilanteista ja syrjivistä rakenteista. Asiantuntijan ja kehittäjän roolia ei kuitenkaan aineiston mukaan ole löytynyt integroituineista rakenteista.

Mihin mä eniten petyin, mihin en löytänyt rooliani, että mä voisin olla enemmän mukana kehittämässä näitä päihdepalveluja ja palveluiden kokonaisuutta täällä ja sen et miten oman työn kautta näkee ja varsinkin tän historian kautta näkee, minkä tyyppistä kaikkee päihdeongelmaa on. Eikä niihin oo palveluja tarjolla. Jotenkin asiantuntijan roolia mä olisin halunnut enemmän tähän tuolla löytää. Ei semmosta sitten oikeen ittelle löytynyt. Ne on sitten kuitenkin ne osastohoitajat ja tietyt tyyppit tekee tiettyjä juttuja...Ei siihen tällaiset rivityöntekijät kuulu. Tietyt tehtävät annetaan tietyn tyyppisille ammattiryhmille. Mä olisin jotenkin odottanut, että olis löytynyt sellaista paikkaa, että tätä omaa asiantuntijuutta olis voinut paremmin...Olla niinku apuna oikeesti. Jonain päivänä nää on sitten eessä.

Edellä olevasta aineistolainauksesta hahmottuu sosiaalityöntekijän yhteiskuntaan suuntautuva laaja, tulevaisuuteen suuntaava ja ennaltaehkäisevä näkemys, joka ei päässyt kuitenkaan terveydenhuollon rakenteissa käyttöön. Kehittämistyön koettiin olleen aiemmin osa työtä, mutta integraation myötä vahvat terveydenhuollon hierarkiat astuvat valtaan, eikä kehittämistyöhön roolia sosiaalityöntekijälle ole sen jälkeen löytynyt. Vaikka uusissa rakenteissa oli luotu kehittämissyömiä, kokemus oli, että päätökset tehdään ylempällä tasolla siitä huolimatta, mitä kehittämissyömiä sanoo.

6.3 Hapertuva sosiaalityön asema

Sulautuminen terveydenhuoltoon

Aineistosta ilmeni, että integraatio merkitsi päihdetyön oman hallinnon karsimista ja sulauttamista mielenterveydenhuollon alaisuuteen. Eräässä kunnassa perustason mielenterveyspalvelut ja A-klinikka yhdistettiin liittämällä A-klinikan päihdetyö osaksi mielenterveyspalveluita, jolloin työn johto tulee perusterveydenhuollosta. Sosiaalityöntekijälle tuli siis sairaanhoitaja tai osastonhoitaja esihenkilöksi. Suurin osa organisaatioista oli yhdistetty erikoissairaanhoidon alaisuuteen, psykiatrilalle. Aineistossa esiintyi huolta psykososiaalisen päihdesosiaalityön ja sosiaalityön esihenkilöiden katoamisesta psykiatrian alaisuudessa. Vain yhdessä organisaatiossa oli saatu pidettyä sosiaalityöntekijä johdossa. Aiemmin päihdetyössä sosiaalityöjohtoisuus oli valtavirtaa.

Nää päihdepalvelut on saatu taisteltua vielä, et se on sosiaalityöjohtoinen. Toki sitten se astetta ylempi johtaja, niinku koko psykiatria- ja päihdepalveluiden johtaja on sosiaalityöntekijätaustalla. Niin sillä on varmasti vaikutusta. Mut ei se ihan helppoo oo.

Yllä olevasta aineistolainauksesta ilmenee sosiaalityöjohtoisen hallinnon vaikutus sosiaalityön asemaan integroiduissa palveluissa. Vain sosiaalityöntekijä voi ymmärtää sosiaalityön tarpeen ja merkityksen laajuuden yhteistoiminnallisissa rakenteissa. Usein sosiaalityön pitäminen osana yhteistoimijuutta vaatii taistelua erityisesti esihenkilöiltä.

Taistelu sosiaalityön asemasta

Tulokset puhuivat sen puolesta, että moniammatillisissa terveydenhuollon hallinnoimissa tiimeissä sosiaalityöntekijän identiteetin pitää olla vahva, että uskaltaa tuoda sosiaalityön näkemystä esiin ja olla eri mieltä terveydenhuollon näkemyksen kanssa. Aineistosta nousi esiin se, että lääketiede pyrkii valta-asemaan, vaikka se alla olevan aineistolainauksen mukaan olisi parhaimmillaan yksi ääni moniammatillisessa kokonaisuudessa.

Joutui taistelemaan siitä sosiaalityön ja siitä sosiaalipuolen tilasta. Ja siitä, että kyllä sitä aika vahvasti pyrki niinkun lääketiede määrittelemään tavallaan kun, itse ainakin ja vähän mitä muitten työkavereitten kanssa tuli keskusteltua, että se lääketiede olis vain yksi osa sitä kokonaisuutta, mut ku se joskus tuppas vähän olemaan et se lääketiede on se kaiken...et sit muut vähän niinku, sossut puuhastelee siellä vähän.

Se on lääketieteen ja sosiaalitieteen valtataistelua, mitä käydään tällä hetkellä ja on käyty muutama vuosi. Käytännön tasolla se näkyy meidän yksikössä, että sosiaalityöntekijöiden virkoja on alettu muuttaa terveydenhuollon viroiksi. Niin se meidän apulaisylilääkäri sanoi näin, että se johtuu siitä, että sosiaalityöntekijät on alkaneet tehdä samaa työtä mitä sairaanhoitajat. Se oli hänen peruste. Että kun sosiaalityöntekijät on alkaneet käymään pitkiä terapiakoulutuksia, niin heistä on tullutkin terapeutteja. Eikä tee sitä työtä, mitä hän ajatteli. Pitkään käytiin sitä keskustelua, että mitä se työ on, mitä hän ajatteli. Minusta on hauska, että nyt tämä samanen ihminen toi esille, että tarvittais... kyllä tarvitaan niitä sosiaalityöntekijöitäkin. Mutta kyllä tämän minunkin virka varmasti muutetaan sosiaalityön virasta sairaanhoitajan tehtäväksi.

Edellisessä aineistolainauksessa sosiaalityöntekijä kertoo, ettei johdossa ollut lääkäri tuntenut psykososiaalista sosiaalityötä, vaan ajatteli sen olevan samaa työtä, mitä sairaanhoitajat tekevät. Myös sosiaalityön sisällä psykososiaalista sosiaalityötä on kritisoitu sosiaalityön unohtamisesta ja keskittymisestä yksilöpsykologiseen näkökulmaan. Toikko (1997, 180–181, 183–184) toteaa, että psykososiaalisessa työssä psykologisen ja sosiaalisen tietämyksen välinen jännite on edelleen yhtä ajankohtainen kuin klassisen caseworkin aikana.

Arvostuksen puute

Aineisto raotti myös sitä näkökulmaa, että päihdetyö on saanut arvostusta medikalisaation ja lääkärijohtoisuuden kautta. Kerrottiin myös arvostuksesta, mitä oli koettu terveydenhuollon kontekstissa osana työryhmää. Eräs sosiaalityöntekijä oli havainnut, että heidän organisaatiossaan päihde- ja mielenterveystyön yhteispäivystyksessä sosiaalityöllä oli hyvä ja arvostettu asema. Pääasiallisesti aineistosta nousi kuitenkin kokemus siitä, ettei lääketiedevetoisessa johdossa ei ole arvostettu muita ammattikuntia. Sosiaalityön aseman vahvistumista toivottiin. Tulokset kertoivat, että sosiaalityöntekijät koetaan terveydenhuollon kontekstissa oudoksi ja sivussa olevaksi. Terveydenhuollon johdon ei koettu ymmärtävän sosiaalityön koulutuksen arvoa ja työntekijöiden pätevyyttä. Psykososiaalisen päihdesosiaalityötä heikko arvostus näkyy muun muassa palkoissa erään sosiaaliterapeutin työpaikalla, jossa aikuissosiaalityöstä ja lastensuojelun sosiaalityöstä maksettiin parempaa palkkaa, kuin psykososiaalisesta päihdesosiaalityöstä. Tällä haastateltavalla oli sosiaalityön tutkinnon lisäksi psykoterapeutin tutkinto, kuten oli monella muullakin haastatteluun osallistuneella. Työnvaativuuden arvion taso on määritelty matalaksi ja se kertoo työn arvostuksesta. Haastateltavat kokivat, ettei terveydenhuollon kontekstissa ymmärretä koulutusten erilaisuutta ja arvoa.

Ja joskus tuntuu, että sosiaalityöntekijästä on tehty sellainen kustannuserä, jos vaikka tätä työnvaativuuden arvioo mieltii, siinä se näkyy, että miten meitä arvostetaan. Jotakin tässä on tapahtunut, kun tää sosiaalityöjohtoisuus muuttui terveydenhuollon puolelle, niin siellä on jotain sellaista ymmärryksessä tai koulutukset on niin erilaiset, ettei nää sitä, mikä arvo kenenkin koulutuksella on.

Päätösvallan luovuttaminen nousi aineistosta esiin. Aineistosta oli tulkittavissa myös sitä, että sosiaalityöntekijät luovuttavat vallan terveydenhuollolle toivoen, että lääkäri määrittelee ongelmat heidän puolestaan. Eräs sosiaalityöntekijä kysyykin, onko se rohkeuden puutetta, ettei sosiaalityöntekijät koe pystyvänsä arvioimaan tilannetta itse ja tekemään tarvittavia päätöksiä, että tarvitaan arvio lääkäriltä. Tähän myös vaikuttaa rakenteissa olevat asiat, kuten kelan vaatimat lääkärilausunnot.

Uhka sosiaalityön katoamisesta päihdetyöstä

Integraation pahimpana uhkana nähtiin sosiaalityön katoaminen päihdetyöstä kokonaan. Aineistosta nousi esiin pelko siitä, että nykyisetkin jäljellä olevat sosiaalityöntekijät vaihdetaan sairaanhoitajiksi. Seuraavassa aineistolainauksessa sosiaalityöntekijä esittää huolta myös siitä, että päihdeongelman määrittely on vaarassa siirtyä ainoastaan lääketieteen tehtäväksi, jolloin se minkälaista apua ja hoitoa päihdeongelmista kärsivä saa ja miten päihdeongelma ylipäätään yhteiskunnassa jäsennetään, tulee muuttumaan yksipuoliseksi. Medikalisaatio ja managerialismi näyttävät käyvän käsi-kädessä. Kustannustehokkuus yhdistettynä pelkistettyihin hoitokäytäntöihin, joista

mm. (Selin ym. 2015, 134) varoittivat, näkyi tuloksissa uhkana, joka oli osin jo toteutunut, kuten alla olevassa aineistolainauksessa todetaan.

Mun mielestä isoin uhka on, että koko päihdetyö siirtyy terveydenhuollon...et ylipäätään koko päihdeongelma nähdään vain lääketieteellisenä asiana ja kaikki päihdehoito siirtyy lääketieteellisen hoidon alle. Mun mielestä se on todellinen uhka ja joillain paikkakunnilla se on jo tapahtunut.

Aineistosta selvisi, että joidenkin kuntien osalta päihdesosiaalityöntekijöiden vähentämistä perusteltiin sillä, että tulevissa hyvinvointikeskuksissa on valmiiksi jo aikuisosiaali- ja lastensuojelun työntekijöitä, ettei päihdesosiaalityöntekijöitä tarvita. Lastensuojelu ja aikuissosiaalityö olivat kuitenkin jo nyt ruuhkaisia, eikä heillä ollut kykyä tai mahdollisuuksia tehdä työtehtäviensä lisäksi päihdesosiaalityötä, joka on oma erityisalansa ja vaatii täysin oman asiantuntijuutensa. Sen sijaan päihdesosiaalityössä tehdään osittain lastensuojelua päihteitä käyttävien lastensuojelun asiakkaiden päihdearvioita tekemällä. Lastensuojelun päihdearvioihin lähettämät asiakkaat olivatkin ruuhkauttaneet päihdetyötä lähes kaikissa organisaatioissa. Joissakin organisaatioissa korvaushoidosta oli sosiaalityö jätetty lähes kokonaan pois, kuten alla olevassa aineistolainauksesta ilmenee.

Kyllä mä suren myös paljon sitä korvaushoidon järjestämistä monessa kunnassa, et miten se sosiaalityö on sieltä riisuttu. Tai ite ku pääs tekemään korvaushoidon arvioita, mis oli sosiaalityön osuus, niin sit vaikka se saattoi olla tosi hyvää keskustelua ja tosi kattavaa, niin miten sitä sitten käytettiin siinä hoidossa, apuna, niin enpä tiedä. Oliko se paperi, johon koski sitten korvaushoitoyksikön sosiaalityöntekijä, jos asiakas hänen tapaamiselleen sitten tuli. Et mä toivoisin, että jotenkin vahvistettaisiin sitä, koska mä ite ajatteelen niin, että korvaushoidossa lääke on vain keino päästä käsittelemään oikeesti sitä asiaa. Kun nyt se vaikuttaa siltä, että se lääke on se ainoa asia.

Sosiaalityön näkökulman ja asiantuntijuuden puuttuminen päihdetyössä voi johtaa siihen, että keskitytään ainoastaan akuutteihin somaattisesti hoidettaviin asioihin ja lääkityksiin päihderiippuvuuden hoidossa. Medikalisaation negatiiviset vaikutukset psykososiaaliseen päihdetyöhön ovat hyvin tunnettuja.

Et ne jää helposti sivuun, nää työkyky, jaksaminen, mieliala-asiat, onko yksinäisyyttä vai onko sitä sosiaalista kontaktia siellä ja millai nää arjen kuviot, pääseekö sängystä ylös, et se voi olla mitä vaan. Et lääkäri tulee määritelleeks sen asiakasprosessin. Jos tavallaan tulee sellaisii tilanteita, et asiakas ei sitoudukaan siihe vähentämisprosessiin, tai vaikka lääkkeiden alasajoon, tai kokonaan vieroittautumiseen, eihän sitä voi silloin sanoo, ettei oo mitään tarjota. Me on tämmöstäkin kuultu. Ettei meil oo mitään tarjota. No eihän se nyt pidä paikkaansa. Tavallaan se kaikki työskentely on siinä se juttu sit. Että miksi ei oo valmis ja mikä siihen vaikuttaa. Sit täytyy näistä keskustella ja motivoida, miettii yhdes.

Päihdehoidon medikalisoituminen jättää sivuun tärkeitä asiakkaan elämää ja muutosmotivaatiota määrittäviä tekijöitä. Päihdesosiaalityöntekijät näkevät asiakkaan motiivoinnin olevan olennainen osa päihdetyötä, eikä se tarkoita asiakkaan tsemppaamista vaan osa motiivointityöstä on laajaa, reflektiivistä tutkimustyötä asiakkaan kanssa siitä, mitkä tekijät estävät muutosta. Sosiaalisen näkökulman ja psykososiaalisen työn si-
vuuttamisesta on varoitettu jo vuosituhatien alussa, jolloin esitettiin näkökulmia opioidikorvaushoidon kasvavista kustannuksista, jotka saattavat johtaa koko järjestelmän käsistä riistäytymiseen. (Mäkelä & Poikolainen 2001, 263.)

7 SOSIAALITYÖ IHMISOIKEUKSIEN ILMENTÄJÄNÄ

Tässä tulosluvussa vastaan tutkimuskysymykseen: *Millaista on psykososiaalisen päihdesosiaalityön sosiaalisen asiantuntijuus ja erityislaatu.* Analyysia ohjaa pääasiallisesti managerialismin käsitteen lisäksi psykososiaalisen sosiaalityön ja postmodernin sosiaalityön asiantuntijuudesta, autonomiasta, reflektiivisyydestä ja avoimesta asiantuntijuudesta käydyt teoreettiset keskustelut. Koska tietoineistosta oli tulkittavissa vahvasti ihmisoikeusperustaisuus, käytän myös ihmisoikeusperustaisuudesta käytyjä teoreettisia keskusteluja syventämään tässä luvussa esille tulevia tuloksia, vaikka sitä ei alkuperäisessä teoreettisessä viitekehyksessä olekaan.

7.1 Ihmisoikeudet psykososiaalisessa päihdesosiaalityössä

Marginaaleissa elävien asiakkaiden työntekijöinä päihdesosiaalityöntekijät ovat yhteiskunnassa näköalapaikalla tilanteissa, joissa ihmisoikeusloukkauksia tehdään ja rakenteellista syrjintää tapahtuu. Ihmisarvon kunnioittaminen nousi aineistosta esiin erityisesti arvoista kysyttäessä. Sosiaalityöntekijät näkivät sen esiin tuomisen työssään ensisijaiseksi sosiaalityön tehtäväksi. Ihmisoikeusperustainen sosiaalityö perustuu kin ajatukseen ihmisarvon ensisijaisuudesta työtä ohjaavana periaatteena. (Androff 2018.) Sosiaalityössä ihmisarvo koettiin sosiaalityön tärkeimmäksi arvoksi ja kuten esim. Ife (2016, 4) huomauttaa, sen tulisi syrjäyttää sosiaalityön tarve-, ja ansaintaperustaisuus, kuten alla olevassa aineistolainauksessa sosiaalityöntekijä asian ilmaisee.

Tärkein arvo on se, että ihminen riittää pelkästään sen ihmisyyden kautta. Et ei oo mitään semmosia suorituksia tai vaatimuksia, jotka pitäis täyttää, jotta olis oikeus olla tai olla sosiaalityön asiakas. Se on semmonen mulle ehkä rakkain. Ja siitä ehkä tulee mieleen, että Riitta Granfelt on sanonut

jotenkin näin, että ”sosiaalityö yhteiskuntapoliittisena toimintana ei ole juuri minkään arvoista, jos sosiaalityöntekijöille ei ole rohkeutta asettua asiakkaidensa puolelle.”

Edellisessä sitaatissa kiteytyy psykososiaalisen sosiaalityön kaksi merkittävää yhteiskunnallista tehtävää: ihmisoikeustyö ja yhteiskuntapoliittinen toiminta. Oikeudenmukaisemman yhteiskunnan rakentaminen on ohjannut sosiaalityön kehittymistä läpi sen historian. Ihmisoikeusperusteisuus ei siis ole uusi asia sosiaalityölle, mutta sosiaalityön historiassa sen painoarvo on vaihdellut. Sosnet-yliopistoverkoston hyväksymässä suomennoksessa sosiaalityön kansainvälisestä määritelmästä korostuu sosiaalityön yhteiskunnallinen näkemys ja toimijuus.

Sosiaalityö on professio ja tieteenala, jolla edistetään yhteiskunnallista muutosta ja kehitystä, sosiaalista yhteenkuuluvuutta sekä ihmisten ja yhteisöjen voimaantumista ja valtaistumista. Yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden, ihmisoikeuksien, kollektiivisen vastuun sekä moninaisuuden kunnioittamisen periaatteet ovat keskeisiä sosiaalityössä. Sosiaalityö kiinnittyy sosiaalityön, yhteiskuntatieteiden ja humanististen tieteiden teorioihin sekä alkuperäiskansojen ja paikallisyhteisöjen tietoon. Sosiaalityössä työskennellään ihmisten ja rakenteiden parissa elämän ongelmatilanteiden ratkaisemiseksi ja hyvinvoinnin lisäämiseksi. Edellä olevaa määritelmää voidaan laajentaa kansallisella ja/tai alueellisella tasolla. (Sosnet yliopistoverkosto 2014.)

Ihmisoikeusperustaisuus on sosiaalityön asiantuntijuutta vahvasti määrittelevä käsite, erityisesti kaikista heikoimmassa asemassa olevien asiakkaiden kanssa työskennellessä, kuten kansainvälisestä sosiaalityön määritelmästä ilmenee. Aineistosta ilmeni, että ihmisarvon kunnioitukseen liittyy sosiaalityöntekijöiden näkemyksissä kiinnostuneisuus asiakasta itseään ja hänen kokemaansa kohtaan. Tuloksista ilmeni, että sosiaalityöntekijältä vaaditaan ammatillista kiinnostuneisuutta ihmisen elämäntarinaa ja kokemuksiin. Varsinkin nuoret huumeiden käyttäjät tarvitsevat paljon työntekijän aikaa ja välittämistä, perään soittamista ja kyselemistä, sitä että työntekijä ei odota ensisijaisesti muutosta, vaan osoittaa hyväksyntää ja halua olla läsnä nuoren elämässä ja kokemuksissa. Alla olevassa sitaatissa työntekijä avaa työssä vuosien varrella tapahtunutta muutosta tehostamisen paineissa. Resurssien pienentyessä ja näyttöön perustuvan työn paineissa tämän kaltainen välittämistyö on vaarassa jäädä.

Näiden huumeita käyttävien nuorten kanssa mä oon jotenkin sellaisen käsityksen sisäistänyt itseleni, että enemmän kuin sanat, on ne teot ja sä tarvit aikaa. Sun tarvii aika tiiviisti pystyy nuoria tapaamaan ja se saattoi olla sellaista, että jos nuorta ei näkynyt, niin sä soitit perään ja kysyit että hei, mitä sulle kuuluu. Sä alkasit niinkun näyttään, että mä välitän susta, että sä oot mulle riittävä sellaisena, kun sä oot nyt, että mä en odota sulta, että sä teet jotain muutosta.

Työntekijät joutuvat käymään jatkuvaa kamppailua asiakkaan sosiaalisten oikeuksien ja hoidon vaikuttavuutta peräävän ideologian kanssa päihdetyössä. Sosiaaliset oikeudet ja ihmisoikeudet nousevat esille puhuttaessa resurssien pienentymisestä tai hoitotyön tehokkuudesta. Resurssien pienentyessä on priorisoitava ketä ja miten pitkälle hoidetaan. Mikäli päihdehoitoa tarjotaan vain niille, joiden on katsottu niistä hyötyvän nopealla tahdilla, jää hoitamatta paljon ihmisiä, jotka tosiasiallisesti tarvitsisivat sitä. Eräs sosiaalityöntekijä kertoi, että nykyisessä päihde- ja mielenterveystyön integroidussa, psykiatrian alaisessa organisaatiossa asiakas sai olla korkeintaan vuoden verran asiakkaana. Raunio (2002, 600) ja Webb (2001, 57-79) näkevät managerialismille tyypillisenä seurauksena sosiaalityön suhdeperustaisen työn vähenemisen organisaation taholta tulevan kontrollin myötä. Managerialistinen, liikkeenjohdollinen ideologia preferoi yksityistä sektoria palveluiden tuottajana, perustautuen uskomukseen yksityisen sektorin paremmasta kustannustehokkuudesta. (Kulovaara 2016, 36-37.) Alla olevassa aineistolainauksessa sosiaaliterapeutti puhuu medikalisaation ja sosiaali- ja terveysalan yksityistämistrendin tuomasta uhasta; siitä, miten ainoastaan hoidon vaikuttavuuteen tähtäävässä työssä huonoimmassa asemassa olevat asiakkaat saattavat jäädä vaille tarvittavia terveyspalveluita.

Lääketeiede on myös hyvää bisnestä. Jos miettii näitä yksityisiä terveydenhuoltopalveluita, niin se, että joku asia medikalisoituu, voi myös tarkoittaa sitä, että tietty osa siitä työstä kannattaa ulkoistaa, tai siis että yksityiset palveluntuottajat haluaa alkaa tarjomaan niitä palveluita, mutta ei ne tarjoo niitä kaikille vaan, niille, joille kannattaa tarjota, jolloin sitte ehkä se uhkakuva, on että ne kaikkein huonoimmassa asemassa olevat, jotka saa eniten niitä palveluita, monenlaisia palveluita, saa sekä terveyspalveluita, että sosiaalipalveluita, niin voi pahimmillaan mennä siihen, että lisääntyvässä määrin heiltä jää pois niitä terveyspalveluita ja he onkin vaan sosiaalihuollon asiakkaita.

Tuloksista ilmeni, että useassa kunnassa huumeiden käyttäjien hoitojen resurssit on typistetty niin pieneen ja osa niistä ostetaan ulkopuolisilta palvelun tuottajilta niin halvalla, ettei ole mahdollista palkata kuin lähihoitajia työhön. Taustalla on ajatus siitä, ettei uskota huumeiden käyttäjien kuntoutuvan. Huumehoito nähtiin pitkälti haittoja vähentävänä työtä. Organisaatioissa oli ikään kuin annettu periksi huumeongelman suhteen. Ei enää uskottu siihen, että aineisto voi päästä eroon tarjoamalla riittävän laadukasta kuntoutusta. Huumeiden käyttäjille tarjottiin minimihoitoa, jotta voitiin osoittaa, että he ovat hoidossa. Tällä saadaan kierrettyä sosiaalisen oikeuksien kysymykset ja kysymykset ihmisoikeuksista. Managerialismin ja medikalisaation yhteisvaikutukset näyttävät päihdetyön arjessa yleistyneenä haittoja vähentävänä työnä. (mm. Selin, 2015, 134; Mäkelä & Poikolainen 2001, 260-364.)

Tuotetaan halvalla palveluita niille ihmisille, joita katsotaan, ettei tosiasiallisesti ees kuntoudu. Et vähän niinku tarjotaan niille vähintä mahdollista, mikä nyt voi sivistisyhteiskunnassa. Vähän räävittää jotain. Et voidaan sanoo, että on hoidossa.

Psykiatrian alaisuudessa olevassa organisaatiossa työskentelevä sosiaaliterapeutti kertoi, että laitospalvelusta tarvitsevaa päihdeongelmista kärsivää asiakasta oli kehoitettu myymään oma autonsa, jotta voi itse maksaa laitospalveluksensa. Työntekijän mukaan asenne kaupungissa päihdeongelmaisia kohtaan on kova. Julkisesti puhutaan itseaiheutetusta sairaudesta. Aineistosta nousi esiin huoli vanhempaa sukupolvea edustavista alkoholiongelmissa kärsivistä ihmisistä, joiden on nykyisessä psykiatrian alaisessa päihde- ja mielenterveystyössä hyvin vaikea päästä hoitoon. Huolta esitettiin sellaisista päihdeongelmista kärsivistä asiakkaista, joilla ei ole psykiatrista diagnoosia ja jotka kärsivät ensisijaisesti päihdeongelmista tai riskitasoisesta alkoholin suurkulutuksesta. Eräs sosiaalityöntekijä tiivistää edelliset ajatukset, uhaksi, että tulevaisuudessa päihdehoidosta tippuvatkin pois ne, joilla ei ole psykiatrista diagnoosia. Psykiatrian lähetekäytännöt tekevät työstä aineiston mukaan kankeamman. Monet kaipasivat matalan kynnyksen apua, jota ei ole tarjota. Aineisto vahvistaa näkemystä sosiaalityön tehtävästä heikommassa asemassa olevien puolustajana:

Sosiaalityön pitäisi olla sit sellaista, et se tois semmosia tasa-arvon näkökulmia ja heikommassa asemassa olevien ihmisten vahvistamista ja sitten sen sosiaalisen kontekstin huomioimista.

Hoidon ja palvelun saatavuuden ymmärtäminen ihmisoikeuskysymyksenä antaa sosiaalityöntekijälle aseita tehostamiskulttuuria vastaan. Gabel (2015) painottaa, että syrjittyjen, marginaaleissa elävien ihmisryhmien kanssa työskenneltäessä, on heidän äänensä kuuluviin saaminen tärkeä osa yhteiskuntaan vaikuttavaa, rakenteellisella tasolla liikkuvaa sosiaalityötä. Seuraavassa aineistolainauksessa sosiaalityöntekijä kertoo siitä, miten sosiaalityössä olisi hyvä ymmärtää sosiaalitaloustieteen perusteita, jotta voi puolustaa asiakkaiden sosiaalisia oikeuksia hyvää palveluun.

Ehkä yksittäinen kurssi, joka jäi mieleen, oli sosiaalitaloustieteen kurssi, se oli kyl kiinnostava ja se on tuonut myös välineitä siihen, et ku usein puolustaa sosiaalista tai oikeuksia niin tulee talouskysymykset, joku työntää, ettei meillä oo varaa tähän ajatteluun, se toi niinku välineitä siihen, että miten perustella kansantalouden näkökulmasta.

Sosiaalityössä on perinteisesti puhuttu valtion ja asiakkaan sosiaalityölle antamista mandaateista. Ensimmäisenä mandaattina on asiakkaan tarpeet (tuki), toisena

mandaattina valtion sosiaalityölle delegoimat tavoitteet ja tehtävät (kontrolli). Staub-Bernasconin (2016, 44) määritelmä sosiaalityön kolmannesta mandaatista liittyy olennaisesti ihmis- ja sosiaaлиоikeudellisiin kysymyksiin. Sosiaalityön kolmas mandaatti hänen mukaansa sisältää sosiaalityön professioon liittyvän tutkitun tiedon, teoreettisen perustan ja etiikan.

7.2. Osallisuus ihmisoikeutena

Osallisuus ja osallistaminen

Asiakaslähtöisyys ja osallisuus ovat hyvin lähellä toisiaan, kun pohditaan arjen työssä tapahtuvaa osallisuutta ja osallistamista. Androff (2018, 181) esittää, että ihmisarvon kunnioitus ja sen myötä toteutuva asiakaslähtöisyys ovat edellytyksiä ihmisoikeuksiin kuuluvalla osallisuuden toteutumiselle. Osallistaminen oli aineiston mukaan päihdesosiaalityön arjessa minimissään sitä, että asiakkaan mielipide otetaan huomioon hoitoa suunniteltaessa ja että hänellä on mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa ja päätöksiin, jotka häntä koskevat. Eräs sosiaalityöntekijä toteaa kuitenkin, että se ei kuitenkaan tarkoita, että asiakas aina saisi sen, mitä haluaa, mutta osallistaminen on hänen mukaansa minimissään sitä, että asiakas on neuvottelussa ja kirjaamisessa mukana. Osallisuuden koettiin lisääntyvän tiedonsaantioikeuden myötä, kun asiakas saa systemaattisesti tietää, mitä hänestä kirjoitetaan asiakasrekisteriin ja millaista suunnitelmaa on hoidon osalta tehty. Tuloksista ilmeni, että avoin kirjaaminen olikin yksi sosiaalityöntekijöiden tapa osallistaa asiakasta ja tuoda hänen yhteiseen dialogiin. Sen avulla myös tieto, jota asiakkaasta kirjataan, on oikeampaa.

Osallisuus nähtiin myös laajempaan yhteiskuntaan liittyvänä asiana; syrjäytymisen vastakohtana. Osalla päihdeongelmista kärsivillä koko sosiaalinen verkosto liittyy päihteiden käyttöön ja rikollisuuteen ja kun päihteistä halutaan eroon, on irrottauduttava usein myös vanhasta kaveripiiristä. Aineistossa painottui sosiaalityöntekijöiden kertomukset asiakkaitten kokemasta yksinäisyydestä, johon liittyy sosiaalisten resurssien puutteen lisäksi jatkuva taloudellinen ja elämän mahdollisuuksien niukkuus. Osallisuutta tutkineiden Anna-Maria Isolan ym. (2017, 16-17) mukaan viime vuosien aikana on paremmin alettu tutkia niukkuuden kokemusten vaikutuksia ihmisen toimintakykyyn. Jatkuvan niukkuuden kokemus heidän mukaan altistaa merkityksellisyyden kokemuksen katoamiselle, jolloin osa ihmisen sisäisestä kapasiteetista katoaa, kun yhteys omien tarpeiden ja potentiaalın välillä katkeaa. Se aiheuttaa myös tulevaisuuden uskon kapeutumista. Pitkittyneessä niukkuudessa myös sosiaaliset suhteet vähenevät. Satunnaiset ja pysyvät kontaktit tunteineen häviävät.

Ylisukupolvisen huono-osaisuuden ja päihteiden käytön kohdalla on huomioitava, että muutostyölle on vaikea asettaa tavoitteita, jos yhteyttä omaan potentiaaliin, tarpeisiin ja tulevaisuuteen ei ole.

Asiakkaan osallisuuden ja sosiaalisten verkostojen huomioiminen korostui aineistossa, osallisuutta ja sosiaalisia suhteita kuntoutumisen tukena pidettiin tärkeänä eteenpäin vievänä voimana muun hoitotyön ja lääkehoidon rinnalla. Tutkimustuloksissa eräs huomion arvoisin sosiaalisen asiantuntijuuden erityisyyttä kuvaava huomio oli, että päihdetyössä pitäisi kiinnittää huomiota siihen, onko ihmisellä suhdetta muihin ja millainen suhde on ja kuuluuko ihminen johonkin yhteisöön. Identiteettityöskentelyssä sosiaalinen aspekti korostuu. Päihteiden käytön lopettamiseen liittyy useita osallisuuteen liittyviä kysymyksiä, joita seuraavassa aineistolainauksessa sosiaaliterapeutti kuvaa osuvasti:

Ja kun loppuu se päihteiden käyttö, niin mitäs sen jälkeen? Mihin mä kuulun, kuka mä olen? Eli aika paljon sen identiteetin kanssa työskentelyä suhteessa tähän sosiaaliseen verkostoon, joka ihmisen ympärillä toivottavasti on. Et se on se sosiaalityön erityisyys päihdepuolella.

Aineistossa mainittiin kokemusasiantuntijuus yhtenä osallisuuden ilmenemismuotona. Kokemusasiantuntijakoulutus ja kokemusasiantuntijoiden pyytäminen yhdessä tehtävään päihdetyöhön oli lisännyt osallisuutta. Myös Androffin (2018, 181-182) mukaan ihmisarvo merkitsee osallisuuden suhteen sitä, että asiakkaan toimivaltaisuus nähdään täydessä potentiaalissa sen sijaan, että ihmisiä kohdeltaisiin passiivisina hyväntekeväisyyden kohteina. Kokemusasiantuntijuus ilmiönä on yksi esimerkki asiakkaan valtaistamisesta, joka on levinnyt rakenteisiin asti viime vuosikymmenen aikana niin psykiatrian kuin päihdetyön toimesta. Tutkimustulokset kertoivat, että joissakin organisaatioissa oli kokemusasiantuntijoita palkattu päihdetyöhön. Kokemusasiantuntijat olivat mukana työpaikan kehittämispäivässä ja koulutuksissa. Sosiaalityöntekijöiden liittoutuminen marginaaleissa eläneiden ja elävien ihmisryhmien kanssa Raitakarim (2002, 56-62) mukaan mahdollistaa aitoa osallisuutta, jossa työntekijät ja asiakkaat ovat tasavertaisia kumppaneita keskenään. Erilaiset vertaistukea hyödyntävät päihde- ja riippuvuusryhmät koettiin olevan osa osallisuustyötä. Avoimissa vertaistukiryhmissä kuka tahansa osallistuja voi jakaa kokemuksiaan ja ajatuksiaan. Usein asiakkaat saivat vaikuttaa siihen, mistä ryhmissä keskusteltiin ja mitä toiminta piti sisällään. Huolta tuotiin esille siitä, että päihdetyössä ja ryhmissä oli alettu yhä enemmän määrin käyttämään erilaisia valmiiksi suunniteltuja ryhmähoitomalleja. Eräs sosiaalityöntekijä painotti, että manuaaleja käyttämällä ei tuoteta aitoa osallisuutta vaan sitä, että ihmisen ja hänen tavoitteidensa pitää taipua ulkoa määritellyn mallin mukaiseksi. Mielenterveys- ja päihdetyön integraation myötä oli heidän organisaatioissaan määrätty, että ryhmähoidot tehdään psykologien suunnittelemissa valmiilla kuntoutusohjelmilla. Terveystieteiden tarjoamat selkeät, lyhyet hoito-ohjelmat

vaikuttavat tehokkailta ja siten myös taloudellisilta. Aineistosta ilmeni, että päättäjien on helpompi vaikuttua valmiista, tutkituista hoito-ohjelmista, kuin siitä, että sosiaalityön pitkäjänteisellä yhteisöllisellä ja osallistavalla työllä autetaan asiakasta löytämään oma paikkansa yhteiskunnassa ja merkityksensä elämässä.

Osallisuuden ja osallistamisen koettiin yleisesti olevan järjestelmätasolla heikkoa ja asiakkaiden osallistaminen vaikuttamistyöhön nähtiin haasteellisena. Sosiaalityöntekijät kertovat, että heidän työpaikoillaan oli suunniteltu asiakasneuvostoja, jossa asiakkaat voisivat kehittää toimintaa, muttei sitä oltu lopulta toteutettu. Eräs työntekijä toi esiin, että usein asiakasneuvostoissa on samat kokemusasiantuntijat vuodesta toiseen ja uusien asiakkaiden mukaan saaminen on vaikeaa. Ja vaikka neuvostoista saadaan tärkeää tietoa hoidon laadusta ja kehittämisideoita, ei niitä lopulta käytetty kehittämisen, vaan raportit jäivät laatikoihin pölyyntymään. Näennäisosallisuudesta mainitsee myös Androff, (2018, 181-182) joka näkee paljon puutteita ihmisoikeusperustaisen sosiaalityön toteutumisessa. Hän kritisoi sosiaalityötä siitä, että huolimatta sosiaalityön korkeasta retoriikasta ihmisoikeuksien ja osallisuuden suhteen, ihmisoikeuksia käytetään harvoin ja usein hyvin pinnallisesti. Aineiston perusteella kuitenkin osallistamisen tavoitteena nähtiin se, että syrjäytynyt tai syrjäytetty ihminen saadaan tavalla tai toisella osalliseksi omasta elämästään ja sitä mukaa omasta hyvinvoinnistaan ja tulevaisuudestaan ja lopulta liittymään yhteiskuntaan.

Sosiaalinen kuntoutus

Sosiaalinen kuntoutus sosiaalityön erityisosaamisena jakoi aineiston perusteella ajatuksia jonkin verran. Useat sosiaalityöntekijät ymmärsivät sosiaalisen kuntoutuksen yhtenä osana päihdesosiaalityötä, kun taas eräs haastateltava näki sosiaalisen kuntoutuksen pikemminkin kotiin vietävänä tukena tai asumisohjauksena. Pääosin sosiaalinen kuntoutus miellettiin erityisenä aikuissosiaalityön menetelmänä, joka toteutuakseen tarvitsee viranomaispäätöksen. Osa sosiaalityöntekijöistä taas ajatteli sosiaalisen kuntoutuksen olevan automaattisesti osa päihdetyötä, jolla tuetaan arkirytmien löytämistä ja sosiaalisuutta esimerkiksi ryhmiin kannustamalla. Eräs haastateltava totesi, että syrjäytymisen ehkäisemistä tapahtuvan jo ajanvarausaikojen puitteissa, kun asiakas lähtee kotoaan tapaamaan työntekijää tai kun korvaushoidon aamuisin tapahtuvalla lääkejaolla pyritään parantamaan asiakkaan päivärytmiä. Sosiaalisen kuntoutuksen tavoitteena nähtiin arjessa selviytymisen taitojen parantuminen ja yhteiskunnan jäsenenä toimimisen keinojen löytyminen. Erityisesti huumeiden käyttäjien kohdalla sosiaalinen kuntoutus nähtiin rikoksettomana ja mielekkään elämäntavan ja uudenlaisen sosiaalisen verkoston luomisena. Sosiaalista kuntoutusta tarvitsevilla asiakkailla nähtiin usein osallisuuden vajetta ja vaikeuksia olla toisten ihmisten parissa. Sosiaalinen kuntoutus miellettiin yleisesti portaana kuntouttavaa työtoimintaa kohti.

Seuraavassa aineistolainauksessa sosiaalityöntekijä jäsentää sitä, millaisissa tilanteissa sosiaalista kuntoutusta tarvitaan.

Sosiaalinen kuntoutus on jo vähän sellaista, että se tilanne ei oo sellanen että se ihminen hakis ke-
lasta asumistukee...Et se on...mennään jo pikkasen syvemälle, että on niitä vaikeuksia, esim. ihmi-
selle tekisi hyvää mennä johonkin asukastuvalla tai osallistua johonkin ryhmään, mutta ihminen ei
pysty siihen, vaikka se tekis hänelle hyvää, niin silloin mun mielestä liikutaan sosiaalisen kuntou-
tuksen alueella.

Sosiaalista kuntoutusta pitäis kyl itellekii kirkastaa. Niin et me saada se myytyä.

Sosiaalinen kuntoutus, kuten osallisuus ja osallistaminen näyttäytyivät aineiston pe-
rusteella hyvin monenkirjavina käsitteinä, joita oli vaikea määritellä ja rajata. Syrjä-
tyymisen ehkäisyssä ne ovat kuitenkin avainasemassa ja päihdetyössä niiden olisi syytä
olla jokaisen sosiaalityöntekijän työkaluja. Androff (2018, 181-182) toteaa osallisuus-
den ja osallistumisen olevan itsessään ihmisoikeuksia. Ihmisoikeusliittojen ja -yleisso-
pimusten mukaan ihmisillä on oikeus osallistua heihin vaikuttaviin toimenpiteisiin ja
palveluihin. Osallisuus on keino saavuttaa muut ihmisoikeudet. Ajatus osallisuudesta
kiteytyykin hänen mukaan vammaisoikeusliikkeen iskulauseessa: "Nothing about us,
without us". (mt.) Tuloksista ilmeni, että sosiaalityön kannattaisi ottaa sosiaalisen
kuntoutuksen käsite haltuunsa kirkastamalla sen perusidea saadakseen siitä vahvan
työmenetelmän, jolla vaikuttaa päättäjiä sosiaalityön tarpeellisuudesta.

7.3 Yhteiskuntatieteellinen osaaminen ihmisoikeuksien edistäjänä

Kokonaisvaltaisuus

Kokonaisvaltaisuus työn orientaationa pitää sisällään laajan, asiakkaan koko elämää
koskevan tarkastelun näkökulman. Asiakassuhteessa sosiaalityöntekijä tekee koko-
naisvaltaista arviota asiakkaan elämän tilanteesta ja kaikesta, mitä pitää ottaa huomi-
oon suunniteltaessa hoitoa ja palveluita. Kokonaisvaltainen työote tukee myös psyko-
sosiaalisen päihdesosiaalityön terapeutista ja voimavarakeskeistä luonnetta. Tällöin
ihmistä ei nähdä pelkästään ongelmiansa kautta vaan tietoisesti pyritään auttamaan
asiakasta irrottautumaan ongelmaintiteetistä. Alla olevassa aineistoesimerkissä
työntekijä kuvaa kokonaisvaltaisuutta näin:

Ihmisen koko elämän, tapahtuminen ja kokemusten merkityksen näkeminen siinä ongelman synnyssä, ongelman ylläpitämisessä ja sit mahdollisessa muutoksessa.

Vaikka sosiaalityötä tehdään asiakaslähtöisesti, se ei kuitenkaan tarkoita sitä, että ainoastaan asiakkaan tuottamat asiat olisivat keskustelun aiheena ja tarkastelun kohteena. Aineisto valaisi sitä, miten sosiaalityöntekijä omaa ammattitaitoaan käyttäen suuntaa keskustelua laajempaan, koko elämää tarkastelemaan suuntaan, jolloin asiakas voi alkaa ymmärtää syiden ja seurausten ketjuja paremmin. Tarkastelu pitää sisällään myös sen ympäristön, missä asiakas asuu, elää ja toimii. Aineistossa korostui se, että sosiaalityöntekijät näkivät tärkeänä, että sosiaalityöllä on oma sosiaalisen osaa-
misalueensa, samanaikaisesti sosiaalinen koettiin hyvin laajaksi alueeksi, jota sosiaalityöntekijöiden oli haasteellista nopeasti ja kattavasti määritellä.

Sosiaalisten ongelmien tunnistaminen

Tulokset kertoivat, että iso osa kokonaisvaltaista työtettä on sosiaalisten ongelmien tunnistaminen ja liittäminen laajempaan yhteiskunnalliseen kontekstiin. Tällöin ei lii-
kuta enää yksilön tasolla, vaan tunnistetaan ja yhdistetään päihdetyön asiakkaan emotionaalisia reaktioita ja mielialaongelmia suhteessa laajoihin yhteiskunnallisiin ongelmiin, kuten työttömyyteen ja köyhyyteen. Köyhyys onkin yksi sosiaalisista ongelmista, jonka seurauksia ihmisen mielenterveyteen ja toimintakykyyn on alettu vasta viime aikoina tarkemmin tunnistaa sosiaalityössä. Tähän viittaa myös tutkimus reilun kymmenen vuoden takaa, jonka mukaan suomalaiset sosiaalityöntekijät syyllistävät yksilöä köyhyydestä useammin, kuin muissa Pohjoismaissa. (Blomberg, Kallio & Krol 2010, 598.) Toisaalta esim. Viitasalo (2021; 230,232,236) esittää, että tutkittaessa aikuis-
sosiaalityön vaikuttavuutta, on huomattu ihmissuhdeperustaisuuden ja sosio-emotionaalisten reaktioiden tunnistamisen olevan yksi tärkeimmistä tekijöistä. Yongmie Nicola Jo´n (2013, 516,) ja Amartya Senin (1983, 153-169) näkemysten mukaan on useita psykososiaalisia ja poliittisia vaikutuksia, joita köyhyys aiheuttaa. Jo´n (emt.) mukaan köyhyys häpeän taakse piiloutuneena sosiaalisena ongelmana tuottaa ihmiselle vähentynyttä omanarvontunnetta, huonoa itsearvostusta, epäkunnioitusta ja nöyryy-
tyksen tunnetta. Amartya Sen (1983, 153-169) mukaan köyhältä häviää ääni yhteiskunnasta, joka tarkoittaa sitä, että köyhä on usein köyhyydestään aiheutuvien emotionaalisten seurauksien vuoksi kyvytön osallistumaan sosio-poliittiseen päätöksente-
teeseen. Jo (mt., 517) jatkaa, että useimmilla yhteiskunnassa ihmisillä sosiaaliset tarpeet tyydyttyvät pitkälti työn avulla, joten pitkäaikaistyöttömyyden, köyhyyden, häpeän ja syrjäytymisen välille nivoutuu looginen yhteys. Tutkielmani tulokset kertovat siitä, että psykososiaalista sosiaalityötä tekevät päihdesosiaalityöntekijät tunnistavat sosiaalisten ongelmien aiheuttamia emotionaalisia vaikeuksia, kuten alla olevassa aineistolainauksessa ilmenee.

Usein siellä on häpeä, epäonnistuminen, näköalattomuus, että koskaan ei esimerkiksi vastata sun työhakemuksiin. Niin mä aattelen, että näitten tunnistaminen ja köyhyys yhtä lailla liittyy näihin kaikkiin alueisiin ja miten se vaikuttaa mielialaan.

Sama työntekijä jatkaa puhetta häpeästä, jonka vuoksi moni ongelma piiloutuu, eikä tule tunnistetuksi ilman työntekijän herkkyyttä ja ammattitaitoa nähdä asioiden ja asiakkaan oman kertoman, toiminnan tai reaktion taakse. Häpeää ja pelkoja tuottavia sosiaalisia ongelmia on köyhyyden lisäksi väkivalta, josta myös usein vaietaan.

Mä muistan paljon klassisia tarinoita, että myönnetään terapiaa, mutta perheellä onkin jääkaappi tyhjä. Tai mä en halua mennä asumispäivystykseen, kun siellä joutuu huoneen jakamaan jonkun ventovieraan päihteitä käyttävän ihmisen kanssa. Voinks mä nukkua jonkun ihmisen kanssa samassa huoneessa, kun mua on pahoinpidelty niin monesti, että mulla on pelkoja vieläkin.

Sosiaalityöntekijät kertoivat tunnistavansa asiakkaillaan vajeita etuuksien hakemisessa, vaikeuksia asumisessa, työssäjaksamisen problematiikkaa tai mielenterveysongelmia tai ongelmia perheen vuorovaikutuksessa. Kokonaisvaltaisuus on myös ylisukupolvisuuden tunnistamista ja sen kanssa työskentelyä. Tulokset kertoivat siitä, miten sosiaalityöntekijät näkevät asiakkaiden lapsuusperheen vaikeuksien, vanhemmuuden vaikeuksien ja yksilön vetäytyvän persoonallisuuden voivan tuottaa ongelmia tulevaisuuteen. Työntekijöiden kertomuksissa usein niillä, joilla on lapsuuden lastensuojelutausta, on aikuisuudessa päihdeongelmia. Päihdeongelmien ylisukupolvisuutta tutkinut Teija Karttunen puolustaa vahvasti sosiaalityön kokonaisvaltaista tapaa jäsentää asioita sosiaalisen kontekstin kautta. Karttunen painottaa, ettei päihdeongelman ylisukupolvisuus tarkoita ainoastaan riippuvuusongelman periytymistä. Hyvin usein vaikeita lapsuudenkokemuksia kokenut aikuinen tullessaan itse vanhemmaksi päätyy valitsemattaan samankaltaiseen sosioemotionaaliseen tilanteeseen, missä lapsuutensa eli. Tämä voi tarkoittaa sekä päihdeongelmaisuutta, mutta ennen kaikkea riippuvuusproblematiikkaan liittyvää impulsiivista käyttäytymistä, luottamuksen vaikeutta sekä lapsen tarpeiden alisteisuutta vanhemman omille tarpeille. Karttunen mukaan päihdeongelman jäsentäminen pelkän riippuvuusproblematiikan kautta ei tavoita ilmiön ylisukupolvisuuden ongelmaa. Työskentelyssä tulisikin keskittyä pelkän riippuvuusproblematiikan sijaan kielteisten vuorovaikutusmallien ja toimintatapojen muuttamiseen (Karttunen 2016, 119-120.)

Sosiaalisista ongelmista yksinäisyys ja ulkopuolisuuden tunne saattavat ajaa nuoren jo varhain vääränlaiseen seuraan, joka tuottaa työntekijälle riippuvuusongelman lisäksi haasteen työskennellä asiakkaan sosiaalisen verkoston kanssa. Aineistosta nousi esiin luottamuksen luomisen ensisijaisuus asiakastyössä. Työntekijöiden

mukaan ammattilaisen erottaa siitä, että hän on kiinnostunut siitä, miksi ihminen toimii niin kuin toimii. Ulospäin tilanteet näyttävät usein aivan toisilta, kuin mitä ne oikeasti ovat. Sosiaalityöntekijä tunnistaa ja on kiinnostunut asioista, jotka eivät näy.

Saattaa mennä pitkä aika, että ihmiset pystyy kertoa, että mitä siellä kotona oikeastaan onkaan. Mitä niitten seinien sisällä tapahtuu, että vaikka on mt- perustein läheteellä tullut, niin siellä saattaa olla tosi väkivaltainen parisuhde taustalla, joka vaikka onkin enemmän henkistä väkivaltaa nykypäivänä ja ulospäin näyttäytyy, että on työpaikkaa opiskelupaikkaa ja on ulkoisesti kaikki siistiä ja toimivaa, mutta siellä saattaa olla valtava henkinen kuormitus.

Laaja kokonaisvaltainen ja luottamusta luova työote tavoittaa myös ne asiat, jotka eivät ensisijaisesti tule esille. Sosiaalityön reflektiivinen asiantuntijuus Mezirovin (1991, 12) mukaan, on asioiden ja oletettujen totuuksien taakse näkemistä.

Yhteiskuntatieteellinen näkemys

Yhteiskuntatieteellinen näkemys ja osaaminen sosiaalityössä tarkoittavat tässä tutkielmassa vastakohtaa individualistiselle, yksilökeskeisyyttä korostavalla näkemykselle. Granfelt (1993, 177) onkin painottanut psykososiaalisen sosiaalityön olevan vaikuttamista yhteiskunnan köyhyyttä ja huono-osaisuutta tuottaviin rakenteisiin. Aineistossa ei kuitenkaan ollut mainintoja varsinaisesta rakenteisiin vaikuttamisesta, vaan laajemmasta näkemyksestä ja ymmärryksestä, jonka voi kytkeä kriittiseen sosiaalityön teoriaan, jonka mukaan yhteiskunnassa vallitsevien valtasuhteiden tunnistaminen on olennaista valtaistavan sosiaalityön mahdollistamiseksi asiakastyössä. (Allan, 2009, 40-42.) Aineistosta oli tulkittavissa vahva yhteiskuntatieteellinen näkemys sosiaalityön erityisenä asiantuntijuuden piirteenä. Tutkimustulokset puhuvat sen puolesta, että sosiaalityö katsoo koko yhteiskuntaa pelkän yksilön sijaan ja näkee, miten yhteiskunnassa vallitsevat asenteet vaikuttavat yksilöihin, esimerkiksi päihde- ja mielenterveysongelmiin, sekä rikollisuuteen, työttömyyteen ja sosiaalipalveluiden käyttämiseen liittyvän stigman kautta. Aineistossa painottui sosiaalityöntekijöiden kohtaama ja tunnistama rakenteellinen syrjintä päihdetyön asiakkaiden elämässä niissä palveluissa, joita he käyttävät. Yhteiskuntatieteellistä osaamista sosiaalityöntekijöiden mukaan tarvitaan, että ymmärretään syrjäyttävien mekanismien ja rakenteiden vaikutus yksilön elämään. Verrattuna sosionomin koulutukseen, sosiaalityön koulutus antaa laajaa yhteiskuntatieteellistä osaamista, jota sosionomien koulutuksessa ei ole huomioitu samalla tavalla, kuten alla olevassa aineistolainauksessa haastateltava pohtii.

Päihdetyön asiakkaat on meidän yhteiskunnassa altavastaaajia ja heihin liittyy erilaisia rakenteellisia sanktioita, mitä heille annetaan tai miten heidät syrjäytetään yhteiskunnasta. Ja mä aattelen, että siinä kohtaa tarvitaan sellaista yhteiskuntatieteellistä osaamista, et ymmärretään, miten yhteiskunta toimii ja mikä on se historia ja miten rakenteisiin tai miten ne rakenteet oikeesti vaikuttaa yksilön elämään. Toki sosionomeissakin on paljon eroja, et on hyvin yhteiskuntatietosia, mut sitä ei ehkä oo sinne koulutukseen kuitenkaan rakennettu.

Aineisto valaisi yhteiskuntatieteellisen näkemyksen eri tasoja ja terävöitti sitä, että sosiaalityöntekijällä täytyy olla tietoa yhteiskunnan kehitymisestä ja muutoksista ja niiden vaikutuksista ihmisten elämään. Sosiaalityöntekijän asiantuntijuutta on ymmärtää myös historian perspektiivissä inhimillisen elämän vaikeuksia, joita ihmiset ovat kokeneet ja mitä vaikeuksia tässä ajassa kohdataan. Sosiaalityöntekijä tunnistaa kulttuurisia normeja ja niiden muutoksia yksilön käyttäytymismuutosten takana. Seuravassa aineistolainauksessa sosiaaliterapeutti nitoo yhteen yhteiskunnallisten asenteiden ja suurten yhteiskuntapoliittisten päätösten, kuten alkoholin vapautumisen ja markkinoinnin kasvun vaikutukset naisten alkoholin käytön lisääntymiseen:

Minkälaisena on esimerkiksi nähty naisen rooli vuosien varrella. 70-80 luvulla ei oo naiset menny yksin ravintolaan, vaan se on ollut hyvin häpeällistä ja paheellista. Naisten päihteiden käyttö, miten se on muuttunut, kun viinit tuli alkoihin ja ne siirty tämmösiin pahvilaatikoihin, niin naisten päihdeongelma on lisääntynyt samassa suhteessa. Elikk semmonen näkeminen, et kaikki ei ole aina yksilön syytä. Et meillä on myös tää markkinointi, et toisel kädel tarjotaan päihteitä, et ei oo mies eikä mikään, joka ei juo. Mut sit ei taas kerrota sitä toista puolta. Eli siin on myös tämmönen markkinointikoneisto, joka pyörii näiden, lähinnä alkoholin ympärillä.

Sosiaalityöntekijä tunnistaa työelämän muutosten vaikutukset ihmisten identiteettiin ja elämään. Samoin koettiin, että sosiaalityöntekijän on tunnettava syrjäytymiseen liittyvät erityiskysymykset ja osattava työskennellä niiden kanssa:

Mitä se tarkoittaa se työ ihmiselle? Mitä se on tarkoittanut kuuskymppisten elämäs, et onks se identiteetti muokkaantunut vaan sen työn kautta, et jos ei oo työtä, ni ihminen ei oo mitään. Ja sit taas julkisuusdes puhutaan nuorten 30- vuotiaitten miesten kadotetusta sukupolvesta, et on useit kymmeniä tuhansii, jotka ei oo kiinnittynyt työpaikkaan tai koulutukseen. Niin se on myös oma asiakasryhmänsä meillä. Et mitä mä olen tässä yhteiskunnassa, kun ei ole enää pitkii työsuhteita. Mikä mun merkitys on, mitä mä voin tehdä? Hyvin tällaisii yhteiskunnallisii ilmiöitä pitää niinku huomioida tässä päihde- ja mielenterveystyössä. Ku se ei auta, jos ihmiselle annetaan se lääke.

Tutkimustuloksista nousi esiin sosiaalityön velvollisuus ennaltaehkäistä sosiaalisia ongelmia puuttamalla riittävän ajoissa vaikeuksiin, joita ihmiset kohtaavat. Siksi perheiden kanssa työskentely nähtiin tärkeänä. Kun ongelmat pitkittyvät, niitä on vaikeampi ratkoa myöhemmällä iällä. Aineistosta oli havaittavissa yhteiskunnallisen näkemyksen tarpeellisuus erityisesti moniammatillisessa mielenterveys- ja päihdetyössä.

Erään sosiaalityöntekijän näkemyksen mukaan nuoremmat ja rohkeammat työntekijät, joilla oli sosiaalityön pätevyyden lisäksi muita korkeakoulututkintoja yhteiskuntatieteistä, uskalsivat keskustella avoimesti ja analysoida ilmiöitä teoreettisesti sekä tuottaa poikkeavia näkökulmia yhteiseen keskusteluun terveydenhuollon työntekijöiden kanssa. Nämä yhteiskunnalliset keskustelut olivat kyseisen sosiaalityöntekijän mukaan havahduttaneet työryhmän lääkäreitäkin näkemään asioiden uusia, laajempia ulottuvuuksia. Haastateltavan mukaan sosiaalityötä pitäisi kehittää juuri tällaiseen laaja-alaisen yhteiskunnallisen näkemyksen ja analyttisen ajattelun suuntaan.

Koska sosiaalityöntekijöille kertyy tietoa marginaaleissa elävien ja yhteiskunnan heikompiensaisten ihmisten elämästä ja niistä vaikeuksista, joita alemmissa sosioekonomisissa luokissa elävät ihmisten joutuvat kohtaamaan, olisi oletettavaa, että tätä tietoa käytettäisiin koko yhteiskunnan hyväksi raportoimalla oman asiakaskuntansa kohtaamista epäkohdista palveluissa ja siitä rakenteellisesta syrjinnästä, jota esimerkiksi päihdetyön asiakkaan kokevat. Vaikka aineiston mukaan sosiaalityöntekijät tunnistivat heikommassa asemassa olevien ongelmia ja parannettavia kohtia, he eivät silti maininneet toteuttavansa esimerkiksi sosiaalista raportointia tai ylipäätään rakenteellista sosiaalityötä, joka on kirjattu sosiaalihuoltolakiin sosiaalityön velvoitteeksi.

Nipperess ja Briskman (2009, 65) toteavat sosiaalityön kritiikissään, että hyvin usein ihmisoikeudet jäävät vain puheen tasolle sosiaalityössä. Eräs sosiaalityöntekijä puhui pitkään sosiaalisen raportoinnin tärkeydestä harmitellen, ettei sitä hänen työpaikallaan toteuteta. Sosiaalinen raportointi olisi sosiaalityön osaamisaluetta, mutta sitä ei ole hänen edustamassa organisaatiossa organisoitu, eikä siihen kannusteta. Aineistosta oli havaittavissa, että erilaisista yhteiskunnallisista ja asiakkaita koskevista ilmiöistä puhutaan palavereissa, mutta niitä ei raportoida sosiaalisen raportoinnin mukaisesti. Jotta sosiaalinen raportointi saataisiin käyntiin, pitäisi sosiaalityöntekijöiden mukaan luoda jonkinlainen yhteinen rakenteellisen sosiaalityön toimintamalli.

7.4 Reflektiivisyys ja eettinen harkinta autonomian kulmakivet

Reflektiivisyys

Aineistosta ilmeni, että sosiaalityöntekijät käyttävät monipuolista reflektointia suhteessa oman työhönsä ja asiakassuhteisiinsa. Tässä aineistossa reflektoinnin nähtiin liittyvän itse työn tekemiseen sekä työssä oppimiseen. Oma kokemusta ja esille tulleita ajatuksia asiakastilanteista reflektointiin sekä itsensä, että työryhmän kanssa.

Reflektointi nähtiin myös arjen tutkimustyön tekemisenä asiakkaan kanssa, kun joudutaan etsimään ja hakemaan toimivia toimintamalleja ja kullekin asiakkaalle sopivaa lähestymistapaa. Analyyttisen ja tutkivan työotteen koettiin olevan peräisin yliopistokoulutuksen tuomasta tutkimusosaamisesta, teoreettisesta ja kriittisestä ajattelusta. Tutkielman tulokset osoittivat, että sosiaalityöntekijä osaa käyttää teoriaa ja hakea tietoa oikeista lähteistä työtään kehittäessä. Myös jatkuva lisäkouluttautuminen koettiin välttämättömäksi sosiaalityön asiantuntijuuden ylläpitämiseksi.

Niin onhan gradu vaativampi ja jonkun verran valmentaa siihen tieteelliseen ajatteluun ja kriittisyyteen, kuin se ammattikorkeakoulun päättötyö. Onhan se laajempi se, mitä siellä edellytetään, kun sä valmistut. Ja sehän pitää olla ihan tieteellistä tekstiä... senhän pitää täyttää tieteellisen tekstin kriteerit.

Et meillä on kyky hakea oikeista lähteistä. Et kaikkee tietoa ei voi päässä olla. On kyky hakea ja plus se jatkuva kouluttautuminen, pakko on ollut hakea tietoa koko ajan.

Sosiaalityön tutkintoa ja osaamista verrattiin myös sosionomin tutkintoon, tuoden esille sosiaalityön koulutuksessa painottuvaa tieteellistä ja teoreettista osaamista, sekä kriittistä ajattelua. Reflektiivisyys on perusteltua tässä tutkimuksessa nähdä liitoksissa kriittisen sosiaalityön perinteeseen ja kriittiseen reflektioon. Tällöin reflektiivisyydessä olennaiseksi nousee syrjäyttävien valtasuhteiden ja rakenteiden tunnistamisen lisäksi kriittinen ajattelu suhteessa yhteiskunnassa itsestään selvinä pidettäviin oletuksiin ja uskomuksiin. (esim. Allan, 2009, Fook 2005, Brookfield 1995.)

Kokonaisuuden analysointitaitoa myös tuotiin esiin tärkeänä osana työn reflektiivisyyttä. Sosiaalityöntekijällä on taitoa analysoida ja eritellä kokonaisuutta ja tehdä erittelyä vaikeista, monimutkaisista elämäntilanteista ja siitä, miten kukin ongelmallinen asia liittyy toisiinsa. Alla olevassa aineistolainauksessa sosiaalityöntekijä erittelee kokonaisuuden analysoinnin pitävän sisällään mm. asiakkaan arjen ja käytännön asiat, erilaiset toimintatavat, ajatusmallit ja tunne-elämän vaikutukset elämän kokonaisuudessa. Tämän kokonaisuuden tutkiminen yhdessä työntekijän kanssa avaa asiakkaan oman äänen esiin tuleminen mahdollisuuksia.

Enemmän sitä näkemystä ihmisten arjen asioista ja käytännön asioista ihmisten toimintatavoista ja ajatusmalleista ja tunnepuolen vaikutuksista ja kaikesta tämmösisistä, että se ihmisen oma ääni tulis paremmin kuulluks.

Aineistossa esiintyi pohdintaa liittyen terveydenhuollon ammattilaisten- ja sosiaalityöntekijöiden toteuttaman psykososiaalisen työn eroihin ja työnjakoon, jota organisaatiossa noudatetaan. Tulosten mukaan sosiaalityöntekijälle ohjautuu asiakkaat,

joilla on monimutkaisempia ongelmia ja odotetaan, että sosiaalityöntekijällä on taitoa monimutkaisten asioiden kanssa työskentelyssä.

Eettinen harkinta

Eettinen harkinta korostui yhtenä tuloksena sosiaalityön olennaisesta asiantuntijuudesta puhuttaessa. Sosiaalityöntekijät kertoivat siitä, miten sosiaalityössä pitää sietää ongelmien monimutkaista luonnetta ja epävarmuutta. Eettinen harkinta ilmenee mm. siten, ettei sosiaalityötä voi tehdä valmiita malleja tai ohjelmia käyttäen, kuten esimerkiksi toimeentulotuen Kela-siirrolla pyrittiin aikaan saamaan tasavertainen kohtelu kaikille paikasta ja henkilöstä riippumatta. Aineistossa sosiaalityö nähtiin ennen kaikkea tilannesidonnaisena työnä, jossa työntekijä joutuu jatkuvasti pohtimaan eettisiä kysymyksiä ja ratkaisemaan asioita kulloisenkin tilanteen vaatimalla tavalla. Myös Fook ym. (2000) määrittelevät kontekstuaalisuuden olevan sosiaalityön asiantuntijuuden keskeinen ulottuvuus. Yksi syy paineeseen kehittää manuaaleja on vaatimus näyttöön perustuvasta sosiaalityöstä. Näyttöön perustuvuuden vaatimus on Karvinen-Niinikosken (2005, 262, 264) mukaan johdettavissa tehostamisajatuksiin ja managerialismiin, jotka heikentävät sosiaalityölle olennaista eettistä ja autonomista toimijuutta.

Aineisto valaisikin sitä, että eettisten kysymysten äärellä työn tekeminen vaatii itsenäistä toimijuutta, autonomiaa. Sitä, että työntekijä kykenee perustelemaan ratkaisunsa ja toimintansa ja toimimaan eettisesti kestävältä pohjalta. Eräs sosiaalityöntekijä kertoo oman organisaationsa päihde- ja mielenterveystyön yhteispäivystyksestä, johon sosiaalityöntekijät kehittivät kaavakkeen päivystyksellisiä asiakastapaamisia varten. Kaavakkeeseen oli tarkoitus kerätä kaikki mahdollinen asiakkaan sosiaalista tilannetta koskeva tieto systemaattisesti. Koska psykososiaalisessa päihdesosiaalityössä vaaditaan ensisijaisesti asiakkaan kohtaamista ja läsnäoloa, sekä eettisen harkinnan käyttämistä arvioinnin apuna, ei kaavake toiminut haastateltavan mukaan ja he lopulta luopuivat siitä.

Työntekijöiden eettisestä harkinnasta ja toimijuudesta kertoo sekin, että erään sosiaalityöntekijän työpaikalla, jossa ylemmän johdon taholta oli kehoitettu muuttamaan asiakasryhmät vapaamuotoisemmista ja osallistavammista ryhmistä tiettyjen näyttöön perustuvien ryhmähoitomallien mukaisiksi ryhmäohjelmiksi, eivät työntekijät noudattaneet johdon ohjeita, vaan ikään kuin salaa, lähiesimiehen siunauksella ohjasivat osallistavampia ryhmiä, joissa asiakkaiden ääni pääsi kuuluviin vapaammin. Myös Matthies ym. (2021, 289) toteavat, että sosiaalityön vaikuttavuuden kenttä on jatkuvassa jännitteessä; yhtäältä työtä on tehtävä suuntaan, jolle on tutkimuksellista näyttöä ja toisaalta standardoitujen työmenetelmien käyttöön ei voi liiaksi tukeutua osallisuuden ja asiakkaan omien tavoitteiden toteutumiseksi.

Asianajajuus ja toimijuus

Tuloksista ilmeni useissa kohdin sosiaalityöntekijän asianajo suhteessa asiakkaisiinsa ja heidän asioihin. Sosiaalityöntekijä koettiin välittäjäksi ja rinnalla kulkijaksi erilaisissa verkostoissa ja viranomaistahoilla. Sosiaalityöntekijän tehtävä haastateltavien mukaan on tuoda moniammatillisissa työryhmissä asiakkaan ääni kuuluville, jotta muu työryhmä alkaa ymmärtää asiakasta paremmin.

Sosiaalityöntekijä auttaa ymmärtämään sen asiakkaan kokemuksen ymmärtämistä. Sillähan on tällainen tausta, silloin tää sosiaalisten tilanteiden pelko, ettei se pääse tänne, joka aamu tai joka toinen päivä, vaikka antabukselle tai miksei se oo sitoutunut vaikka antabukselle, no sitä jännittää, eikä oo bussikorttia, eikä se pääse tänne 20 km päästä. Toimia siis asiakkaan äänenä.

Asianajo ja toimijuus sosiaalityössä voi olla myös sitä, että toteutetaan rakenteellisia uudistuksia ja toimintatapojen uudistuksia eri viranomaistahojen ja toimijoiden välille, paremman palvelun aikaansaamiseksi. Eräs sosiaalityöntekijä kertoi siitä, miten asiakkaalle sosiaali- ja terveysalan termit usein ovat vieraita, joten on tärkeää, että työntekijät huolehtivat esimerkiksi läheteprosessin eteenpäin viemisestä yhdessä asiakkaan kanssa. Varsinkaan heikommassa asemassa olevaa asiakasta ei voi jättää läheteprosessin kanssa yksin, se saattaa johtaa kokonaan hoidosta tippumiseen. Haastateltava, joka työskenteli toiminnallisesti integroidussa päihdetyön organisaatiossa, kertoi työpaikkansa ja psykiatrian välille luodusta käytännöstä, jonka mukaan päihdetyön päivystyksestä soitetaan konsultaatiopuhelu psykiatrialle tehostetun avohoidon yksikköön, mikäli asiakkaan tilanne niin vaatii. Mikäli yhteinen ajatus on, että asiakas hyötyy tehostetusta avohoidosta, päihdetyön lääkäri lähettää lähetteen ja asiakas menee sinne suoraan. Tämä esimerkki kuvaa asianajoa laajempänä työtä kehittävänä toimintana asiakasryhmän aseman ja paremman palvelun turvaamiseksi.

7.5 Tasavertainen kumppanuus asiakassuhteessa

Tasavertaisuus

Tuloksissa korostui tasavertaisuus työntekijän ja asiakkaan välillä kuvailtaessa asiakassuhteen laatua psykososiaalisessa päihdesosiaalityössä. Sillä tarkoitettiin rinnakkain- ja tasavertaisena ihmisenä olemista asiakkaan kanssa. Psykososiaalista sosiaalityötä verrattiin byrokraattiseen sosiaalityön orientaatioon todeten, että psykososiaalisessa työssä, jossa toimenpiteet tai välitön tuen tarve eivät ole pääosassa, vaan dialogisuus ja suhdeperustaisuus määrittävät työn luonnetta, voi työntekijä jättää viranomaisroolia taka-alalle ja astua kumppanuuteen asiakkaan kanssa.

Mä aattelen, että me ollaan tasavertaisia. Hän on sen oman elämänsä kokemuksen ja tilanteensa asiantuntija ja mä tuon siihen sitten tän ammatillisen puolen. Ja me yhdessä ollaan enemmän, kuin kukaan yksin tahoillamme. että siitä tulee sellanen kumppanuussuhde. Ja että mä oon tottunut sosiaaliterapeuttina työskentelemään tosi lähellä sitä potilasta tai asiakasta ja se vuorovaikutus on saattanut olla tosi tiivistäkin. Enemmän kuin viranomaisena, mä työskentelen vuorovaikutuskeskeisesti sosiaalityöntekijänä.

Kumppanuussuhteessa tieto on tasavertaista. Asiakkaan tuoma tieto on yhtä tärkeässä osassa kuin ammatillaisen dialogiin tuoma tieto. Järvikoski & Härkäpää (2011, 142- 146) ovat esittäneet, että tasaveroinen asiantuntijuus, jossa asiakas itse pääsee määrittelemään ja suunnittelemaan yhdessä työntekijän kanssa elämänsä tärkeitä suuntia, on lähtökohtana valtaistumiselle.

Kunnioittaminen ja dialogisuus

Aineisto avaa sosiaalityöntekijöiden käsityksiä siitä, ettei ole mitään valmiita malleja tai polkuja, joiden mukaan psykososiaalista sosiaalityötä tehtäisiin, vaan jokaisen asiakkaan kohtaamisessa työ määrittyy dialogisuuden kautta, asiakkaan tarpeiden mukaan. Tämänkaltainen työote vaatii sitä, että työntekijä aidosti jättäytyy tietämisen tilaan kuullakseen asiakasta paremmin ja pitää totena sitä, mitä asiakas tuottaa. Seuraavassa sitaatissa työntekijä puhuu muutoksesta sosiaalityön tiedon ja asiantuntijuuden käsityksessä. Samasta asiasta puhuvat Karisto & Takala, (1990) joiden mukaan modernille ajalle tyypillinen vertikaalinen asiantuntijuus on postmodernin asiantuntijäkäsityksen myötä muuttunut horisontaaliksi tavaksi jäsentää asiantuntijuutta, jolloin sosiaalityön asiakkaat nähdään tasavertaisina asiantuntijoina omasta elämästään. Tämä on väistämättä luonut tasavertaista suhdetta työntekijän ja asiakkaan välille.

Jos me ajatellaan niinku vaikka mennyttä aikaa tässä työssä, niin onhan siellä aika paljon ollut sitä, että annetaan valmiita vastauksia pöydältä ja se ei välttämättä tuota tuloksia, että onko asiakas valmis just sillä hetkellä, kun vaikka lastensuojelu puuttuu tai työpaikalta hoitoonohjaukset, niin niissä on paljon sellaista hukkaankin heitettyä hoitoa. Että jotenkin mä ajattelen, että milloin se asiakas on valmis ottamaan sitä hoitoa vastaan...Siinä vaiheessa olis kuitenkin jotakin vaihtoehtoja antaa sille asiakkaalle.

Päihdetyössä hoitosuunnitelmaa joudutaan muokkaamaan usein eteen tulevien akuuttien tilanteiden ja muutosten vuoksi. Työntekijän on oltava hereillä jatkuvasti ja läsnä siinä, mitä asiakkaan elämässä tapahtuu. Eräs sosiaalityöntekijä kertoo moniammatillisesta työskentelystä, että parhaimmillaan yhteistyö terveydenhuollon ja sosiaalityön kesken voi tuottaa avointa dialogia verkoston kanssa niin, että kaikkien osapuolten näkemyksiä avataan ja eri näkemyksistä keskustellaan yhdessä. Sitä kautta

muodostuu yhteinen jaettu todellisuus ja näkemys, jossa kaikki ovat tasavertaisia asiantuntijoita.

Parhaimmillaan se menee jotenkin niin, että me avataan ääneen sen terveydenhuollon työntekijän kanssa, et mä oon jotakin mieltä jostain asiasta ja perustan sen tähän ja sitten se toinen tekee sen saman ja se asiakas on siinä läsnä ja kuulee tämän. Et silloin me kaikki kuullaan sitä, että mistä mä lähestyn sitä asiaa ja kaikki tekee sen. Et me jaetaan ja luodaan se yhteinen siinä. Niiden kanssa, joiden kanssa se toimii, ni sit me todetaan, et vitsi et oli hyvä, kun sä sanoit tolleen...et mä kuulin, miks sä sanoit niin...

Tulokset kertoivat siitä, että sosiaalityöntekijöiden näkemyksissä asiakkaan kokemuksen ja näkemyksen kunnioittaminen on lähtökohta tasavertaisuudelle ja dialogisuudelle. Yhteisessä avoimessa dialogissa asiakas saa kuulla, miksi työntekijä kokee tai ajattelee milläkin tavalla ja voi huomata, että myös ammattilainen on tasavertainen ja tavallinen ihminen. Tulosten mukaan tasavertaisuus herättää luottamusta asiakassuhteessa.

7.7 Kollektiivinen asiantuntijuus

Moniammatillisuus ja verkostotyö

Aineistosta nousi esiin sekä moniammatillisuus että verkostotyö useassa kohdassa osana sosiaalityön sosiaalisen asiantuntijuutta. Asiakkaan ympärillä olevan laajemman läheisverkoston huomioimista ja mukaan ottamista pidettiin sosiaalityölle olennaisena asiantuntijuuden osana. Samoin eri ammattilaisista koostuvaa verkostotyöskentelyä pidettiin sosiaalityöntekijän erityisosaamisena. Haastateltavien mukaan sosiaalityössä toimitaan yhteyden luojana eri toimijoiden välillä, koordinoidaan ja järjestetään avun saantia ja moniammatillista osaamista asiakkaan ympärille. Missä kohdassa mikäkin hoitotaho pyydetään verkostoon mukaan, on osa päihdesosiaalityöntekijän kuntoutumisprosessin asiantuntijuutta. Ruohonjuuritason yhteistyö ja työparina toimiminen asiakastapaamisissa mielenterveyspalveluiden sairaanhoitajien kanssa oli usean haastateltavan mukaan ollut tasavertaista ja palkitsevaa, kuten seuraavasta aineistolainauksesta ilmenee:

Must on ollut hirveen kiva, että vaikka mielenterveystyön puolella on enimmäkseen sairaanhoitajia ja sit on saanut sen työparin ja tavataan jotakin asiakasta yhdessä, niin se näkemys, mikä siellä on sairaanhoitajalla ja mikä taas itellä, niin se on ollut mukavaa työskentelyä, kun siinä ollaan tasavertaisia eikä kumpikaan lähe kilpailemaan siinä.

Erään haastateltavan organisaatiossa toiminnallinen integraatio ilmeni esimerkiksi toteutettuna yhteispäivystyksenä kerran viikossa niin, että päivystämässä oli sekä päihdetyöstä sosiaalityöntekijä, että mielenterveystyöstä sairaanhoitaja. Yhteispäivystyksen koettiin toimivan hyvin ja se nähtiin tarpeelliseksi. Kuvatun kaltainen moniammatillisuus vertautuu kollektiiviseen asiantuntijuuteen, (esim. Alho 2021, 68) joka voidaan ymmärtää dialogiseksi avoimeksi kohtaamiseksi, jossa oman työntekijän vahvan substanssiosaamisen lisäksi kuunnellaan aktiivisesti ja kunnioitetaan toisen osaamista. Kollektiivinen asiantuntijuus on myös toisen alan ammattilaisilta ja ryhmän jäseniltä oppimista. Useat haastateltavat kokivat moniammatillisen verkostotyön palkitsevana. Alla olevassa sitaatissa esiintyvä sosiaalityöntekijä näkee sujuvan yhteistyön pikemminkin henkilö- kuin ammattialan kysymyksenä:

Oon mä sen positiivisena kokenut, mut toki siin on sitten aina vähän se näkökulma, että mistä viitekehuksesta tai näkökulmasta siinä katsotaan niitä asioita, se on välillä vähän haasteellista, mutta, se on myös vähän sellanen henkilökysymys enemmän kuin sellainen mikä on ammatti- kysymys. Sitä joutuu vähän aina miettimään, että kenen kanssa sitä työparityöskentelyä tekee. Kenen kanssa jotenkin osuu ne arvioinnit ja näkemykset jotenkin paremmin yksiin, kuin toisten kanssa. Se yhteispäivystys on kyllä edistänyt sitä yhteistyötä.

Yhteispäivystys kohdentaa palvelua. Siinä ei ole sen yhden työntekijän varassa se suunnitelma. Vaan, että tulee vaihtoehtoisia polkuja. Jotenkin niitäki tuottaa sitte siinä. Et on erilasii tapoja auttaa ja erilasii tapoja toimii. Niin ihmisille jää sit enemmän sitä semmosta niin kun valtaistumista, semmosta, että pystyy itse valitsee, mitä polkuu lähtee toteuttamaan.

Päihde- ja mielenterveystyön yhteispäivystys lisäsi edellisessä aineistolainauksessa esiintyvän sosiaalityöntekijän mukaan asiakkaan valinnan vapautta ja sen voi siten nähdä myös valtaistamisen välineenä. Eräässä toiminnallisesti integroituneessa organisaatiossa oli luotu toimiva yhteistyökäytäntö psykiatrian kanssa, jossa päihdetyö ja psykiatria tapasivat yhteispalaverissa kerran viikossa. Tapaamiseen päihdetyöntekijä voi viedä oman asiakastapauksen, jos on tarvetta psykiatriselle jatkohoidolle tai psykoterapialle. Yhteispalaverissa pohditaan tarkemmin asiakkaan hoitopolkua ja tarvittavia tutkimuksia:

Me on kyl järjestetty sellainen linkki tonne erikoissairaanhoidon, psykiatrian poliklinikalle, mis käydään sit kerran viikossa. Et voidaan vähän saattaen vaihtaa, et jos mul on täs ollut joku asiakas, joka on ollut pidempään ja vakaa, eli vähintään puol vuotta. Ja jos siin on tarvetta erikoissairaanhoidon, tai jos siinä on tarvetta vaik kelan kuntoutuspsykoterapialle, niin mä voin asiakkaan luvalla ottaa se hänen keissinsä ja mennä sinne psykiatrin polille kerran viikossa. Ja siellä on psykologii ja sielä on sossuu ja ketä siihen tiimiin sitte kuulukaan, yhdessä sit mietitään, voisko tää asiakas kuuluu heille. Vai tehdäänkö tää perustasolla ensiks psykologin perustutkimukset ja et olisko täs sellaista kuntoutuspsykoterapian tarvetta. Ja asiakas voi sitten siirtyy sinne.

Verkostotyöhön liitettiin moniammatillisten ammattilaisverkostojen lisäksi myös asiakkaan perhe ja läheiset sekä muut sosiaaliset merkitykselliset suhteet. Joskus asiakas joutuu rakentamaan kokonaan uuden sosiaalisten verkoston sen ystäväpiirin tilalle, josta on joutunut luopumaan toipumisen myötä. Niemelä (1993, 24-25) tarkastelee psykososiaalista sosiaalityötä psykososiaalisen ihmiskäsityksen avulla, jossa painotuu yhteydet muihin ihmisiin, taito kommunikoida, liittyä, osallistua, vaikuttaa sekä oppia toimimaan itsenäisesti vuorovaikutuksessa toisten ihmisten ja ympäröivän yhteiskunnan kanssa. Alla olevassa aineistolainauksessa sosiaalityöntekijä painottaakin sosiaalisten suhteiden ja koko asiakkaan verkoston olevan sosiaalityöntekijän asiantuntijuuden aluetta.

Huomioidaan erityisesti ne sosiaaliset suhteet, otetaan huomioon ihmissuhteiden merkitys siinä toipumisessa ja yritetään rakentaa sitä ihmisen omaa sosiaalista verkostoa, ettei ole pelkästään viranomaisverkosto. Ja jos on lapsia, niin se koko perheen huomioiminen, pariskuntien ja puolisoitten huomioiminen. Koko verkoston kanssa työskenteleminen. Se on se meidän juttu.

Tulokset kertoivat siitä, että päihdetyön asiakkaiden kokemukset muista hoitotahoista ja kohtaamisista viranomaisten kanssa usein vaikuttavat verkostojen kanssa toimimiseen ja moniammatillisen työskentelyn mahdollisuuteen. Sosiaalityöntekijän tehtävänä on tuolloin rakentaa asiakkaansa luottamusta myös muihin viranomaisiin ja ammattilaisverkostoihin yhteiskunnassa.

8 YHTEENVETO TUTKIMUSTULOKSISTA

Tässä tutkimuksessa olen tarkastellut psykososiaalisen päihdesosiaalityön asemaa ja autonomiaa Suomessa tapahtuneessa mielenterveys- ja päihdetyön integraatiossa. Sen lisäksi tavoitteena oli kirkastaa psykososiaalisen päihdesosiaalityön sosiaalisen asiantuntijuutta. Jaoin aineistossa esiintyvät mielenterveys- ja päihdetyön yhdistymisen mallit ensin hallinnolliseen- ja toiminnalliseen integraatioon (Halme & Tiirinki 2019) ja sen jälkeen löyhästi neljään eri hallinnon tapaan:

- Erikoissairaanhoidon psykiatrian alaisuudessa toimiva päihdetyö
- Perusterveydenhuollon mielenterveystyön alaisuudessa toimiva päihdetyö
- Sosiaali- ja terveydenhuollon alaisuudessa toimiva päihdetyö yhdistettynä toiminnalliseen integraatioon mielenterveystyön kanssa
- Muu hallinnollinen integroitumisen tapa (esim. sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio)

8.1 Sosiaalityön autonomia ja asema integraatiossa

Aloitan kertomalla ensin niistä tuloksista, jotka koskivat päihdetyön organisaatioita, jotka oli integroitu hallinnollisesti joko perusterveydenhuollon mielenterveystyön- tai erikoissairaanhoidon psykiatrian alaisuuteen. Lopuksi kerron tuloksista, jotka koskivat niitä päihdetyön organisaatioita, jotka olivat integroituneet toiminnallisesti tai muulla hallinnollisella tavalla. Vastaan aluksi ensimmäiseen tutkimuskysymykseen: *Minkälaisena työntekijät näkevät psykososiaalisen päihdesosiaalityön autonomian ja aseman integroiduissa mielenterveys- ja päihdetyön rakenteissa ja käytännöissä?*

Tutkimustulokset kertoivat psykososiaalisen päihdesosiaalityön kapeutuneesta asemasta mielenterveys- ja päihdetyön integraation seurauksena ja varsinkin niissä organisaatioissa, joissa oli siirrytty terveydenhuollon alaisuuteen, sosiaalityön aseman ja autonomian nähtiin heikentyneen. Myös Kuussaari ja Partanen (2010) ennustivat jo yli vuosikymmen sitten, että sosiaalityön aseman säilyttäminen integroiduissa palveluissa voi olla vaikeaa. Terveydenhuollon ja lääkäreiden valta-asema ja organisaation hierarkkisuus korostuivat erikoissairaanhoidon psykiatrian alaisuuteen liitetyissä organisaatioissa. Rakenteissa sosiaalityön aseman heikkeneminen näkyi sosiaalityön oman hallinnon karsimisena ja esihenkilöiden vaihtamisena terveydenhuollon työntekijöiksi ja sosiaalityön virkojen muuttamisena terveydenhuollon tehtäviksi. Psykososiaalisen työn heikentämisestä kertoi nimikevaihdokset sosiaaliterapeutista sosiaalityöntekijäksi. Kasvaneen hierarkian myötä sosiaalityöntekijöiden epävarmuus omasta harkintavallastaan kasvoi.

Hallinnollinen järjestelmätason integraatio ei ollut mahdollistanut kaksoisdiagnoosipotilaiden yhtenäisempiä hoitokäytäntöjä tai yhteistyötä, vaan edelleen päihdetyössä jouduttiin ottamaan lähes yksin vastuu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidosta. Psykiatria määritteli hoidon linjauksena perinteisesti, että ensin hoidetaan päihderiippuvuus ja sen jälkeen vasta mielenterveysongelmaa. Esim. Morisanon ym. (2014) mukaan tämän kaltainen peräkkäinen (sequential) hoidon ketjuttaminen on vaikuttavuudeltaan kyseenalaista, koska aina ei ole selvää, mikä on ollut primaari ongelma. Aiempi tutkimus hallinnollisen integraation vaikutuksista kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon laatuun on yhteneväinen tämän tutkimuksen tuloksiin. Hallinnollinen integraatio ei paranna asiakkaan tai potilaan hoitoa, vaan sillä pyritään ensisijaisesti kustannustehokkuuteen ja suunnitelmallisuuteen. (Kodner & Spreuwenberg 2002.)

Integraatio aiheutti näissä organisaatioissa myös diagnoosikeskeisyyden kasvua ja lähetekäytäntöjen vahvistumista ja tämä johti siihen, että asiakkaiden oli vaikeampi päästä hoitoon ilman lähetteitä ja psykiatrisia diagnooseja. Tämä vähensi sosiaalityölle ominaisen matalan kynnyksen ja kokonaisvaltaisen lähestymistavan mahdollisuuksia ja eettisen harkintavallan käyttöä sekä autonomiaa suhteessa oman työn hallintaan. Hallinnollisessa integraatiossa, jota suurin osa haastateltujen organisaatioista edusti, ei minkäänlaisia yhteistyökäytänteitä useinkaan oltu luotu, vaan siirryttiin ainoastaan saman katon ja hallinnon alle.

Analyysi kertoi siitä, että psykososiaalinen päihdesosiaalityö on hyvin heikosti tunnettua sekä perustason mielenterveystyön, että erikoissairaanhoidon psykiatrian piirissä. Integraation jälkeen psykososiaalinen päihdesosiaalityö nähtiin, kuten yleensä sairaalan sosiaalityö; palvelujärjestelmä- ja sosiaaliturvakeskeisenä työnä, jossa sosiaalityöntekijän vastuulla on järjestää palvelut ja huolehtia kuntoutusketjun ja verkoston koordinoinnista. Terveysosiaalityön ja psykososiaalisen päihdesosiaalityön eroja ei tunnettu johdon taholta ja tämä aiheutti epäselvyyttä toimenkuviin.

Toimenkuvia myös haluttiin muuttaa järjestelmälähtöisen ja byrokraattisen sosiaalityön mukaisiksi. Painetta viranomaispäätösten ja systemaattisten palvelutarpeenarvioiden toteuttamisen suuntaan oli nähtävissä. Toimenkuvan kapeuttaminen merkiksi sitä, että psykososiaalisen sosiaalityön intensiivisen suhdeperustaisen vuorovaikutustyön osuutta karsittiin ja työtehtäviin tuli enemmän konsultointia ja arviointityötä. Uudenlaisten toimintamallien rakentaminen ja vanhoista tavoista irtautuminen ei myöskään ole Karvinen-Niinikosken (2007) mukaan helppoa erityisesti sellaisessa sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa, missä perinteisen modernin tradition toimintamallit määrittelevät vahvasti työskentelyä. Toisena haasteena Karvinen-Niinikoski näkee asiantuntijuuden paradoksin: odotukset perinteistä sosiaalityön professionaalisuutta kohtaan ovat edelleen olemassa, vaikka samaan aikaan perinteinen professionaalisuus on hämärtynyt laaja-alaisen osaamisvaatimusten kasvettua.

Tutkimustulokset kertoivat siitä, että psykososiaaliselle päihdesosiaalityölle ominainen perheiden, omaisten ja läheisten huomioiminen hoidossa väheni huomattavasti integraation myötä. Perhe- ja läheistyön vähenemisen syinä psykiatrian alaisessa työssä koettiin olevan resurssien puute ja asiakasmäärien kasvu, sekä siirtyminen yksilökeskeiseen, tarkemmin säädeltyyn työhön. Läheis- ja perhetyö siirtyi terveydenhuollon alaisuudessa järjestöjen tehtäväksi, eikä järjestöjen kanssa tehtävään yhteistyöhön ollut samanlaisia mahdollisuuksia kuin ennen integraatiota. Omaistyön tilasta päihde- ja mielenterveystyössä ovat olleet huolissaan myös useat järjestöt ja päihdetyön toimijat tuoreessa A-klinikkasäätiön Tiimi-lehdessä julkaistussa kannanotossaan toukokuussa 2021. (A-klinikkasäätiö 2021.) Päihde- ja mielenterveysasiakkaan omaisilla on esim. Paattimäen ym. (2005) mukaan muuhun väestöön verrattuna moninkertainen riski sairastua masennukseen. Omaisten hoidollisen huomioimisen lisäksi omaisten kokemusasiantuntijuus tulisi Paattimäen ym. (mt.) mukaan nähdä voimavarana palveluiden suunnittelussa, kehittämisessä ja arvioinnissa.

Kehittämistyön koettiin olleen aiemmin osa psykososiaalisen päihdesosiaalityön asiantuntijuutta ja tehtävän kuvaa, mutta integraation jälkeen roolia kehittämistyöhön ei sosiaalityöntekijöille ole löytynyt. Tulokset kertovat taistelusta sosiaalityön asemasta. Sillä tarkoitettiin muun muassa sitä, että moniammatillisissa terveydenhuollon hallinnoimissa tiimeissä sosiaalityöntekijän identiteetin piti olla vahva, että työntekijä uskalsi tuoda sosiaalityön näkemystä esiin ja olla eri mieltä terveydenhuollon näkemyksen kanssa. Terveydenhuollon johdon ei koettu ymmärtävän sosiaalityön koulutuksen arvoa, eikä työntekijöiden pätevyyttä. Metteri & al. (2014, 300) muistuttavat, ettei terveydenhuollon lainsäädännössä tai ammattirekisterissä ole mainintaa terveysosiaalityöntekijöistä. Tämä tekee vääjäämättä sosiaalityöntekijöiden aseman häilyväksi erikoissairaanhoidon hallinnon alaisuudessa. Ei siis ihme, ettei sosiaalityölle löydy terveydenhuollon kontekstissa suurten linjojen kehittämisen paikkaa.

Vastaavasti niissä päihdetyön organisaatioissa, jotka olivat pysyneet sosiaali-
huollon alaisuudessa psykososiaalisen sosiaalityön asema koettiin paremmaksi ja au-
tonomia vahvemiksi. Niissä organisaatioissa, joissa mielenterveys- ja päihdetyön
integraatio oli toteutettu toiminnallisesti, oli yhteistyö eri sektoreiden välillä jouhe-
vampaa rakenteisiin luotujen käytäntöjen vuoksi. Säännölliset rakenteissa olevat yh-
teistyökäytännöt kannustivat ammattilaisten väliseen yhteistyöhön ja palvelivat siten
myös asiakasta. Sellaisissa organisaatioissa, jotka olivat ainoastaan hallinnollisesti in-
tegroituja, esimerkiksi sosiaali- ja terveystoimen yhdistymisen kautta, ei integraatio
vaikuttanut sosiaalityön asemaan, eikä autonomiaan työntekijöiden näkemysten mu-
kaan. Yhteenvetona voidaan todeta, että tapa millä integraatio on toteutettu, on olen-
nainen tekijä suhteessa sekä sosiaalityön asemaan, autonomiaan, että asiakkaan laa-
dukkampaan hoitoon. Sinänsä integraatio ei merkitse sosiaalityölle, sen asemalle tai
autonomialle mitään, vaan se, miten se on toteutettu. Suurin osa aineistossa esiinty-
vistä organisaatioista oli terveydenhuollon alaisuudessa toimivia ja se vaikutti vah-
vasti sosiaalityön aseman ja autonomian heikkenemiseen. Näissä organisaatioissa in-
tegraation alkuperäinen tavoite näyttäytyi vahvasti managerialistisen hallinnon ma-
sinoimana säästötoimenpiteiden hankkeena siitä huolimatta, minkälaisia lupauksia
laadukkaammasta ja yhtenevämmästä hoidosta tai palveluiden paremmasta saavutet-
tavuudesta oli juhlapuheissa kerrottu.

8.2 Sosiaalisen asiantuntijuus psykososiaalisessa päihdesosiaalityössä

Seuraavaksi vedän yhteen tutkielman tuloksia vastaamalla tutkimuskysymykseen:
Millaista on psykososiaalisen päihdesosiaalityön sosiaalisen asiantuntijuus ja erityislaatu.
Tässä tutkielmassa ihmisoikeusperustaisuus nousi analyysin perusteella psykososiaa-
lisen päihdesosiaalityön tärkeimmäksi sosiaalisen määrittäjäksi. Ihmisarvon kunnioit-
taminen nähtiin sosiaalityön tärkeimmäksi arvoksi ja ensisijaiseksi tehtäväksi margi-
naaleissa elävien ja riippuvuuksista kärsivien ihmisten kanssa työskenneltäessä. Ih-
misarvon koettiin syrjäyttävän tarve- ja ansaintaperustaisuuden työtä ohjaavana ar-
vona. Mapp ym. (2019, 263) esittävät, että ihmisarvon kunnioittaminen tarkoittaa it-
semääräämisoikeuden ja täysivaltaisen kansalaisuuden kunnioittamista; luotetaan sii-
hen, että asiakas kykenee itse tekemään päätöksiä elämässään. Se tarkoittaa myös ih-
misen näkemistä täydessä ihmisyyden potentiaalissa, voimavaroineen ja vahvuuksi-
neen sekä oikeuksineen. Ihmisarvoisen kohtelun puolesta osoitettiin huolta. Sosiaali-
työntekijät kokivat, että hyväksyntää ja välittämistä osoittava suhdeperustainen ja
kannatteleva työ, joka koettiin erityisesti syrjäytyneiden päihdeongelmista kärsivien
asiakkaiden kanssa elintärkeäksi, on heikentynyt managerialistisen hallinnon,

medikalisaation ja näyttöön perustuvan työn paineissa. Työntekijät joutuivat jatkuvasti käymään kamppailua asiakkaan sosiaalisten- ja ihmisoikeuksien ja hoidon vaikuttavuutta peräävän ideologian kanssa. Syrjittyjen ihmisryhmien osallisuuden, laadukkaan hoidon ja palveluiden saatavuus nähtiin ihmisoikeuskysymyksenä. Tulokset vahvistivat näkemystä psykososiaalisen sosiaalityön tehtävästä heikoimmassa asemassa olevien puolustajana.

Ihmisoikeusnäkökulma ulottui koskemaan asiakkaan osallisuutta omaan hoitoonsa, elämäänsä, sosiaalisiin suhteisiin ja näiden kautta myös yhteiskuntaan. Tärkeäksi nähtiin osallisuuden mahdollistaminen asiakaslähtöisyyden avulla ja minimissään osallisuuden nähtiin olevan sitä, että asiakkaan mielipiteet oman hoitonsa ja palveluidensa suhteen huomioitiin tehtäessä suunnitelmia ja päätöksiä. Myös Mapp ym. (2019, 263) painottavat osallisuuden kuuluvan keskeisesti ihmisoikeuksiin. Heidän mukaan ihmisen äänen esiin tuleminen ja päätöksiin vaikuttaminen on voimakas työkalu hyvinvoinnin lisäämiseksi sosiaalityössä. He kuitenkin tähdentävät, että osallistaminen ei saa jäädä sosiaalityössä vain näennäiseksi äänen antamiseksi marginalisoiduille ihmisryhmille, vaan aito osallisuus tarjoaa lisääntyviä väyliä vallan ja voiman saavuttamiseksi ja näin tulkittuna tulee lähelle valtaistavan sosiaalityön käsitettä sekä postmodernia sosiaalityön asiantuntijuutta, jossa korostuu asiakkaan tasavertaisuus suhteessa työntekijään ja täten myös valinnanvapaus tehdä päätöksiä ja määrittellä omaa elämäänsä. (esim. Raitakari 2002, 50–51)

Osallisuus syrjäytymisen vastakohtana korostaa ihmisen oikeuksia sosiaalisuuteen, yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen ja kansalaisuuteen koskevilla kysymyksillä. Konkreettisenä esimerkkinä tästä oli analyysin perusteella kokemusasiantuntijoiden kanssa tehtävä yhteistyö, jossa kokemusasiantuntijat tekivät ammattilaisten kanssa päihdetyötä rintarinnan. Sosiaalityöntekijät korostivat asiakkaiden osallisuuden mahdollistamista myös päihdetyön ryhmähoidoissa. Kun ryhmähoidot ovat osallisuuteen perustuvia, asiakkaan oma ääni tulee esille monilla tavoilla. Osallisuutta korostavissa ryhmissä asiakkaat vaikuttavat siihen, mistä ryhmässä keskustellaan ja mitä niissä tehdään. Osallisuuden ja vertaistuen nähtiinkin olevan hyvin tärkeitä tekijöitä kuntoutumisessa muun hoidon ohella.

Asiakkaan sosiaalisten verkostojen huomioiminen ja mukaan ottaminen korostui merkittävänä sosiaalisen osaamisen ja asiantuntijuuden alueena psykososiaalisessa päihdesosiaalityössä. Sosiaalityöntekijä kiinnittää huomioita asiakkaan sosiaalisiin suhteisiin ja niiden laatuun ja tarvittaessa auttaa asiakasta rakentamaan uutta sosiaalista verkostoa ja sosiaalisia taitoja esimerkiksi sosiaalisen kuntoutuksen avulla. Sosiaalisen kuntoutuksen käsite oli analyysin pohjalta kuitenkin jokseenkin epämääräinen sosiaalityöntekijöiden näkemyksissä. Toisaalta sitä koettiin tehtävän paljonkin päihdesosiaalityössä osana kuntoutusta ja toisaalta se nähtiin paremminkin aikuisosiaalityöhön liittyvänä toimintana tai kotiin vietävänä kuntoutuksen muotona. Jari

Lahti ja Anneli Pienimäki (2004, 138) näkevät sosiaalisen kuntoutuksen lähtökohtana sosiaalisen toimintakyvyn parantamisen, jolla tarkoitetaan valmiutta selvitä arkipäivässä ja toimia yhteiskunnan jäsenenä. Se rakentuu heidän mukaansa aineellisten tekijöiden lisäksi sosiaalisista tekijöistä, kuten verkostosta ihmisen ympärillä ja kyvystä hoitaa ihmissuhteita. Toisaalta se rakentuu myös henkisistä resursseista, eli kyvystä hahmottaa ja hallita arkea ja omasta henkisestä hyvinvoinnista huolehtimista. Tulosten valossa sosiaalisen kuntoutuksen voi nähdä tulevan hyvin lähelle psykososiaalista sosiaalityötä, jossa painopisteessä on psyykkisen lisäksi sosiaalinen sen kaikissa ulottuvuuksissa.

Yhteiskuntatieteellinen osaaminen esiintyi tuloksissa merkittävänä ja laajana sosiaalityön sosiaalisen asiantuntijuutta määrittelevänä tekijänä. Tässä tutkielmassa yhteiskuntatieteellinen osaaminen jakaantui kokonaisvaltaisuuteen, sosiaalisten ongelmien tunnistamiseen ja yhteiskuntatieteelliseen näkemykseen. Kokonaisvaltainen työote piti sisällään asiakkaan koko elämää ja arkea ja sosiaalista tilannetta tarkastelevan näkökulman lisäksi voimavarakeskeisen työtteen, jossa asiakasta autetaan irrottautumaan ongelmaidentiteetistä nähden elämän vaiheiden ja kokemusten merkityksiä osana omaa identiteettiä, koettuja ongelmia ja mahdollista muutosta. Myös Weckroth (2007, 431) määrittelee psykososiaalisen sosiaalityön kokonaisvaltaisen sosiaalisen kuntoutuksen näkökulmasta, johon sisällytetään niin terapeutin työskentely kuin ammatillinen kuntoutus ja toimeentulon kysymykset. Kokonaisvaltainen työskentelyotteeseen voi tulkinta myös postmodernin asiantuntijuuskäsityksen jaetun yhteisen tiedon kautta. Tällöin kokonaisvaltaisuus rakentuu ennen kaikkea toisiaan täydentävästä tiedosta, ei ainoastaan työntekijän ammatillisen näkemyksen varaan. (ks. esim. Karvinen-Niinikoski 2009, 132-134.)

Sosiaalisten ongelmien tunnistaminen on osa yhteiskuntatieteellistä osaamista ja kokonaisvaltaista työtettä, jolloin työntekijä tunnistaa ihmisten kokemien ongelmien sosiaaliset tekijät osana laajempaa yhteiskunnallista kontekstia. Tunnistetaan esimerkiksi työttömyyden, köyhyyden, koulutuksen ja asumisen puutteiden vaikutukset asiakkaiden elämään niin emotionaalisella kuin aineellisilla tavoilla. Sosiaalisten ongelmien asiantuntijuus näyttäytyy usein sellaisen asioiden tunnistamisena, joista vaivataan. Tällaisia ovat usein häpeää tuottavat ongelmat, kuten työttömyys, köyhyys, rikollisuus, väkivalta ja erilaisten mielenterveysongelmien lisäksi riippuvuudet ja yksinäisyys. Psykososiaalisen päihdesosiaalityön asiantuntijuus on sitä, että työntekijä tunnistaa ylisukupolvisia sosiaalisia ongelmia ja työskentelee niiden kanssa, jolloin työn vaikutukset eivät jää vain yksilöiden tasolle. Perheiden, puolisoitten ja läheisten mukaan ottamisella hoitoon pyritään myös ennaltaehkäisemään tulevia ongelmia.

Yhteiskuntatieteellinen näkemys psykososiaalisen päihdesosiaalityön erityisenä asiantuntijuuden alueena kiinnittyy tutkimustuloksien valossa useille tasoille. Ensinnäkin se on vastakohta individualistiselle, yksilökeskeiselle näkemykselle, joka

painottaa yksilön vastuuta sekä ongelmien synnyssä, että niiden ratkaisuisa. Toiseksi yhteiskunnallinen näkemys on sitä, että sosiaalityöntekijällä on laaja ymmärrys yhteiskunnasta ja sen muutoksista ja niiden vaikutuksista ihmisten elämään. Tällaisia laajoja muutoksia ovat muun muassa työelämän muutokset tai yhteiskuntapoliittisten päätösten vaikutukset ihmisten elämään ja valintoihin. Myös Metteri (2018, 3) painottaa sosiaalityöntekijän yhteiskuntatieteellistä osaamista, asiakkaiden sosiaalisten tilanteiden analysoinnissa, jossa tulee ottaa huomioon yksilötason, yhteisötason ja yhteiskuntatason tekijät. Metteri (mt.,) perustelee yhteiskuntatieteellisen osaamisen olevan tärkein syy siihen, että esimerkiksi psykiatrian palveluissa työskenteleviltä sosiaalialan ammattilaisilta vaaditaan akateeminen sosiaalityöntekijän koulutus. Kolmanneksi yhteiskunnallinen näkemys tämän tutkielman tuloksena tarkoittaa yhteiskunnassa vallitsevien valtasuhteiden tunnistamista ja syrjäyttävien rakenteiden vaikutusten näkemistä sosiaalityön asiakkaiden elämään, asemaan ja palveluiden saatavuuteen.

Tulokset vahvistivat sitä, että yhteiskuntatieteellinen näkemys on osa psykososiaalisen sosiaalityön sosiaalisen asiantuntemusta asiakastyön osana, mutta jotta se olisi rakenteisiin asti vaikuttavaa, olisi sosiaalityöntekijöiden alettava toteuttaa rakenteellista sosiaalityötä, sosiaalista raportointia ja sekä paikalliseen, että kansalliseen poliittiseen päätöksentekoon vaikuttamista. Tällaista vaikuttamisen roolia kaivattiin erityisesti esihenkilöiden taholta ja toivottiin malleja vaikuttamistyöhön. Aiemmissä tutkimuksissa on tultu samankaltaisiin johtopäätöksiin sosiaalityöntekijöiden kokemista haasteista toteuttaa vaikuttamistyötä sekä tehdä julkisia kannanottoja. (Sipilä, 2011.) Myös Tiitinen (2019, 111–112) on havainnut, etteivät sosiaalityön organisaatiot tunnista sosiaalialan ammattilaisten mediavaikuttajaroolia ja tehtävää.

Psykososiaalisen päihdesosiaalityön sosiaalisen asiantuntijuuden erityislaatu näyttäytyi tämän tutkielman tuloksissa postmodernina asiantuntijuutena, jossa työntekijän autonomian kulmakivinä toimivat reflektiivisyys ja eettinen harkinta, asiakassuhteessa tasavertainen kumppanuus ja yhteistyössä kollektiivinen asiantuntijuus. Reflektiivisyys nähtiin vahvana juonteena asiantuntijuudessa sekä oman työn, kokemusten ja oppimisen analysointina työryhmässä, että asiakkaan kanssa reflektiivisenä tutkimustyön tekemisenä asiakkaan asioissa ja sopivanlaisen yksilöllisen lähestymistavan hakemisessa. Reflektiivisyyteen kuuluvan analyttisen ja tutkivan työotteen työntekijät näkivät olevan peräisin yliopistokoulutuksen tuottamasta tutkimusosaamisesta, sekä teoreettisesta ja kriittisestä ajattelusta. Reflektiivisyys tässä linkittyy autonomian käsitteeseen, kuten Karvinen (2005) määrittelee reflektiivisyyden olevan sen kaltaista toimijuutta, jossa omaa toimintaa ohjataan ja kehitetään uuden tiedon pohjalta. Reflektiivisyys näyttäytyi kokonaisuuden analysointitaitona yhä monimutkaisemmiksi muuttuneissa ongelmissa, joita sosiaalityön asiakkaat kohtaavat. Näin ollen se kietoutui tuloksissa olennaiseksi osaksi postmodernia asiantuntijuutta, jossa työtä

kehitetään teorian ja tutkimustiedon pohjalta jatkuvasti muuttuvissa yhteiskunnallisissa olosuhteissa yhä uusia tarpeita paremmin vastaavaksi, kuten Karvinen edellä toi esiin. Androffin (2018, 181-182) mukaan yksi ihmisoikeusperustaisen sosiaalityön periaatteista on läpinäkyvyys sosiaalityön käytännössä. Tällä hän tarkoittaa reflektiivisyyden sisällyttämistä työn käytäntöihin ja arviointiin sekä suhteisiin ja vuorovaikutukseen.

Analyysin perusteella eettinen harkinta nousi esiin yhtenä olennaisena piirteenä psykososiaalisen sosiaalityön asiantuntijuutta. Psykososiaalinen sosiaalityö nähtiin kontekstuaalisena työnä, jossa työntekijä joutuu jatkuvasti ratkaisemaan yhä monimutkaisempia eettisiä kysymyksiä ja perustelemaan omaa työtään ja valintojaan eettisesti kestävältä pohjalta. Sosiaalityön asiantuntijuus vaatii itsenäistä toimijuutta, eli autonomiaa, joka sosiaalityön niin sanottujen ilkeiden ongelmien yhteydessä usein tarkoittaa sitä, ettei valmiita ratkaisumalleja ole, eikä ylhäältä annettuja standardisoituja hoidon malleja voi käyttää, kun vaakakupissa painavat asiakaslähtöisyys, asiakkaan osallisuus ja itsemääräämisoikeus, jotka toimivat työn eettisenä lähtökohtana.

Asianajo oli myöskin työntekijöiden näkemyksissä osa psykososiaalisen päihdesosiaalityön sosiaalisen asiantuntijuuden erityislaatua. Asianajoa tapahtui sekä yksittäisten asiakkaiden asioiden suhteen moniammatillisissa viranomaisverkostoissa, sekä yleisemmällä tasolla, koko asiakasryhmää koskevien asioiden ajona, palveluiden kehittämisenä sekä toimintatapojen uudistamisena.

Psykososiaalinen päihdesosiaalityön erityislaatu oli tutkielman tulosten mukaan siitä erityisessä asemassa sosiaalityön sektorilla, että valta työntekijän ja asiakkaan välillä näyttäytyy parhaimmillaan hyvin pienessä osassa. Koska kontrollin osuus jäi asiakastyössä suhteellisen pieneksi, määritteli tasavertainen, ihmiseltä ihmiselle kumppanuussuhde asiakkaan ja sosiaalityöntekijän välillä asiakassuhteen laatua. Postmodernille asiantuntijuudelle tyypillisesti asiakas nähdään tasavertaisena tiedon tuottajana ja oman asiansa ja elämänsä asiantuntijana, yhtenä muiden asiantuntijammattilaisten joukossa. (Karvinen-Niinikoski 2007.) Tämän kaltainen suhde asiakkaaseen kertoo ihmisarvon kunnioittamisesta ja pyrkimisestä aitoon dialogisuuteen, jossa työntekijä jättäytyy ei-tietämisen tilaan. Tasavertainen kumppanuus asiakkaan kanssa on käytännön ja arjen ihmisoikeuksien edistämistä mikrotasolla.

Psykososiaalisen päihdesosiaalityön sosiaalisen erityisenä asiantuntijuuden piirteenä nähtiin myös moniammatillisuus ja verkostotyö, jotka tässä tutkielmassa yhdistyvät kollektiivisen asiantuntijuuden käsitteeseen. Asiakkaan oman sosiaalisen verkoston huomioimisen lisäksi sosiaalityöntekijä toimii yhteyden luojana eri toimijoiden välillä, koordinoi ja järjestää moniammatillista apua ja viranomaisverkostoa asiakkaan ympärille. Kollektiivinen asiantuntijuus näyttäytyi myös yhteisen ymmärryksen muokkaantumista ja toisilta asiantuntijoilta oppimista monitoimijaisessa verkostossa, kuten esim. (Alho 2021) on kollektiivista asiantuntijuutta määritellyt.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tässä tutkielmassa halusin kirkastaa psykososiaalisen päihdesosiaalityön sosiaalisen asiantuntemusta siksi, että halusin tietää, löytyykö psykososiaalisen sosiaalityön ammattilaisilta sosiaalisen asiantuntijuutta ja osaamista suhdeperustaisen ja terapeuttisen osaamisen lisäksi. Toiseksi halusin saada lisävalaistusta siitä, mikä arvo akateemisella yhteiskuntatieteellisellä sosiaalityön koulutuksella on psykososiaaliselle sosiaalityölle. Osaltaan näiden kysymysten heräämiseen vaikutti huomiot omasta ammatillisesta kasvusta sosiaalityön opintojen aikana, sekä se kritiikki, mitä psykososiaalista työtä kohtaan on esitetty. Olin tehnyt psykososiaalista päihdetyötä jo pitkään sosionomina ja lisäkouluttautunut terapiatyön alalla. Aloitettuani sosiaalityön opinnot alkoi näkökulma työssäni laajentua ja muuttua voimallisesti, enkä hahmottanut aluksi, mistä kaikesta oli kyse. Nyt tiedän paremmin.

Tulokset puhuvat sen puolesta, että päihdesosiaalityöntekijät toimivat työssään monelta osin ihmisoikeusperiaatteiden mukaisesti. Tulos sekä oli, että ei ollut yllättävä. Toisaalta on tunnettu asia, että päihdetyön erityispalveluissa ihmisarvoinen kohtaaminen on sisäänkirjoitettuna työtä ohjaavana ensisijaisena arvona, niin terveydenhuollon, kuin sosiaalityön ammattilaisten näkemyksissä ja käytännöissä. Myönteiset kokemukset arvostavasta kohtaamisesta ja vuorovaikutuksesta sitouttavat asiakasta päihdepalveluihin ja luovat toiveikasta suhtautumista hoitoon, sekä toimivat muutostimulaatiota kasvattavana tekijänä. (Ehrling 2010, 145; Helamo 2008, 259). Sen sijaan, yllättävää itselleni oli ihmisoikeusperustaisuuden kytkeytyminen useille psykososiaalisen työn asiantuntijuuden alueille, kuten asiakaslähtöisyyteen, osallisuustyöhön, kokonaisvaltaisuuteen, etiikkaan, toimijuuteen, autonomiaan, reflektiivisyyteen ja tasavertaiseen kumppanuuteen asiakkaan kanssa. Ihmisoikeusperustaisuus näytti läpäisevän lähes koko työn sisällön. Ihmisoikeusnäkökulman korostuminen

päihdetyön integraatiossa voi olla merkittävä tekijä, joka nostaa sosiaalityön merkitystä, sen arvoa ja vaikuttavuutta yhteiskunnallisena toimijana hyvinvointipalveluissa. Ihmisoikeuksia ja niiden nivoutumista sosiaalityön olennaisiin päihdetyön käytänteisiin ja tietopohjaan tulisikin enemmän nostaa esille integraatiokeskustelussa. Ihmisoikeudet ovat vankkaa kansainvälistä kalliota, jota vasten sosiaalityön kannattaisi nojata terveydenhuollon kontekstissa omaa asemaa ja siten asiakaskuntansa asemaa vahvistaakseen. Ihmisoikeuksia aikuissosiaalityössä tutkineet Turtianen, Jäppinen & Stamm (2021, 39) nostavat perus- ja ihmisoikeusajattelun tärkeäksi mahdollisuudeksi rakenteellisessa sosiaalityössä. Heidän mukaan perus- ja ihmisoikeusargumentaatio voi tarjota mahdollisuuksia niukkuuden oloissa käytäviin keskusteluihin aikuissosiaalityön resursseista ja palveluihin varattavista määrärahoista.

Tutkimusaiheen valintaan vaikutti se, että olin huolissani psykososiaalisen sosiaalityön asemasta päihdetyössä ja tulevassa sotessa, sillä en voinut olla huomaamatta sitä päihdetyön kentällä tapahtuvaa muutosta, että sosiaalityö oli päihdetyöstä katoamassa. Tämän tutkielman tulokset vahvistivat aiempaa tutkimusta (Kuussaari & Partanen 2010, Goodwin 2012, Lehto 2015) sosiaalityön heikosta asemasta ja autonomiasta integraatiossa terveydenhuollon kanssa. Professionien välinen valtataistelu ja sosiaalityön heikko tunnettavuus terveydenhuollon kontekstissa olivat myöskin jo tunnettuja ja varsin tutkittuja ilmiöitä. (Esim. Murto 2002, Leinonen 2008, 24; Partanen & Kuussaari 2007, 75.) Tämän tutkielman tulokset kuitenkin toivat konkretiaa sosiaalityön kapeutumista koskevaan ilmiöön ja siten lisäsivät ymmärrystä siitä, miksi ja miten sosiaalityön asema ja autonomia heikentyvät hallinnollisen integraation johdosta.

Lähdin oletuksesta, että medikalisaatio olisi ollut eniten vaikuttava tekijä sosiaalityön aseman kapeutumiseen päihdetyössä. Väistämättä se onkin laaja, koko yhteiskuntaa koskeva ilmiö, joka pyrkii soluttautumaan kaikille elämän alueille. Ehkä jonkinlaisena yllätyksenä tuloksista ilmeni managerialismin laajalle mielenterveys- ja päihdetyön integraatioon ulottunut vaikutus. Olin itse pitkään päihdetyötä tehneenä uskonut jokseenkin sinisilmäisesti, että valtakunnan tasolla laajasti toteutetulla mielenterveys- ja päihdetyön integraatiolla aidosti tavoiteltiin parempaa hoidon laatua, moniammatillisuuden toteutumista ja sujuvia hoitopolkuja erityisesti usein heikommassa asemassa oleville kaksoisdiagnoosipotilaille. Tulokset kuitenkin kertoivat päinvastaista. Hallinnollinen integraatio pääasiallisesti näyttäytyi tehostamisena, säästötoimenpiteinä ja suhdeperustaista työtä sekä erityisesti psykososiaalista sosiaalityötä heikentävänä järjestelmäuudistuksena. Toisaalta aiempi tutkimus (esim. Goodwin 2012, Lehto 2015) hallinnollisen integraation vaikutuksista kaksoisdiagnoosipotilainen hoidon laatuun puhuu tämän tutkielman tulosten puolesta.

On esitetty näkemyksiä, joiden mukaan managerialismin vaikutusta julkishallintoon on mahdotonta estää. Medikalisaatio lienee myös asia, johon on vain sopeuttava ja yritettävä nostaa sosiaalisen merkitystä elämän ja hyvinvoinnin tekijänä

lääketieteellisen diskurssin rinnalle. Eräsaaren (2006, 87) mukaan rinnakkaisessa yhteisössä tärkeintä on asiantuntijoiden ammatillisuus ja sen vahvistaminen, jolloin sosiaalityön asiantuntijuus toimii vastavoimana managerialismille. Sosiaalityön asiantuntijoiden tulee olla mukana määrittelemässä sitä, miten asiakkaiden palvelut järjestetään ja miten niitä tulee kehittää, ettei niitä tehdä sosiaalityön asiantuntijuuden ulkopuolelta. (mt.)

Huono-osaisten päihdeongelmaisten puolesta on viime aikoina Soten yhteydessä pidetty ääntä yhteiskuntatieteiden taholta. (esim. Saari 2015; 2020, Blomgren ym. 2016.) Myös järjestöt ovat tuoneet esille päihdeongelmaisten matalankynnyksen-, kotiin vietävien palveluiden ja jalkautuvan päihdetyön tarvetta. (Kivelä 2014). Myös Marinin hallitusohjelmassa (Valtioneuvosto 2019, 143-151) velvoitetaan ottamaan huomioon huono-osaisuuden riskitekijät - ja ylisukupolviuus entistä paremmin. Ääni ei välttämättä ole yltänyt sinne asti, missä päätöksiä rakenneuudistuksesta tehdään. Sosiaalityön sisällä se on kuitenkin nostanut keskustelua erityisesti päihdesosiaalityön tarpeesta palata juurilleen, huono-osaisten ihmisten oikeuksien turvaajaksi.

Tämän tutkielman sivujuonteena vahvistui käsitys siitä, että päihdetyössä kaikista matalimman koulutustaustan omaavat lähihoitajat tekevät eniten matalan kynnyksen- ja kotiin vietävää työtä ja kohtaavat työssään monialaisista sosiaalisista ongelmista kärsiviä asiakkaita. Vaikken keskittynyt tässä tutkielmassa matalan kynnyksen työhön, on silti tulosten kannalta huomionarvoista, että sosiaalityössä nähdään juuri tämän asiakaskunnan kanssa tehtävä työ ensisijaiseksi. Eittämättä jalkautuva ja matalankynnyksen sosiaalityö onkin yksi päihdesosiaalityön paikoista ja kehittämistarpeista. Eräs tähän tutkimukseen osallistunut sosiaalityöntekijä, joka oli aiemmin työskennellyt matalan kynnyksen työssä toi esiin, että päihdesosiaalityö on lähestulkoon hävinnyt jalkautuvasta päihdetyöstä, jossa sosiaalityöntekijät on pitkälti vaihdettu sosionomeihin. Hänen mukaansa sitä oli perusteltu akateemisen koulutuksen tuomalla kehittämisosaamisella ja nähty sosiaalityöntekijöiden tarve päihdetyössä paremminkin johtamisessa, kuin matalan kynnyksen kohtaamistyössä. Akateemisen koulutuksen tuoma kehittämisvelvoite (mm. Kananoja 2017a, 31) on ristiriidassa sosiaalityön heikkojen kehittämismahdollisuuksien kanssa terveydenhuollon alaisessa päihdetyössä. Vaikka yhteiskunnallista painetta, kykyä ja tahtoa olisi kehittää, paikkaa ja mahdollisuuksia sille ei näyttänyt löytyvän tämän tutkielman tulosten mukaan.

Nostamalla huono-osaisuuden päihdetyössä voimallisesti ja toisaalta oikeutetusti esiin, esittää sosiaalityö myös kenties tahtomattaan kritiikkiä psykososiaalista sosiaalityötä kohtaan, jota on kritisoitu keskittymisestä parempiosaisten, työssä käyvien alkoholiongelmaisten asiakkaiden terapiaan painottuvasta työstä ja sosiaalisen unohtamisesta. Kritiikki on varmasti jossain määrin ollut aiheellista, mutta toisaalta tämän tutkielman tulokset osoittavat, että sosiaalisen asiantuntijuus elää vahvana psykososiaalisessa päihdesosiaalityössä. Useat haastattelemani sosiaalityöntekijät toivat esille,

että psykiatrian alaisuudessa toimivassa päihdetyössä uhkana on sellaisten päihdeongelmista kärsivien ihmisen unohtaminen, joilla ei ole psykiatrasta diagnoosia. Toisin sanoen, suljetaan hoidon piiristä niitä asiakkaita, jotka vielä sinnittelevät riskitasoisen tai haitallisen juomisen kanssa, pitäen kiinni työpaikastaan ja perheestään vaihtelevalla menestyksellä tai ulos-suljetaan niitä, jotka ovat menettäneet kaiken.

Sosiaalityön sisäisissä keskusteluissa ei silti pitäisi asettaa vastakkain psykososiaalista suhdeperustaista päihdesosiaalityötä ja matalan kynnyksen päihdesosiaalityötä. Molempia tarvitaan, ei kyse ole joko tai- tilanteesta, vaan sekä että-tarpeesta. Managerialistiset säästöpaineeet kuitenkin näyttävät luoneen päihdesosiaalityölle vaatimuksen, jonka mukaan sosiaalityön pitäisi priorisoida asiakaskuntansa sen mukaan, missä hätä on suurinta. Ja suunta näyttää siltä, että psykososiaalisen sosiaalityön merkitystä päihdesosiaalityön erityisosaamisena ei tunneta. Sen tarpeellisuutta ei näytä tunnustavan terveydenhuolto, eikä liioin sosiaalityö itsekään. Psykososiaalisen sosiaalityön asiantuntija-ammattilaiset ovat päihdetyön kentällä yksin puolustamassa oikeuttaan tehdä suhdeperustaista ja kuntouttavaa työtä niiden ihmisten kanssa, jotka eivät pääse sosiaalisten ongelmien ja epävakaa elämäntilanteensa johdosta kelan tukemaan psykoterapiaan tai päihdeongelmansa vuoksi mielenterveystyön asiakkaaksi. Myöskään aikuissosiaalityö ei tarjoa tälle asiakasryhmälle riittävää asiantuntemusta riippuvuuksien ja psyykkisen ongelmien hoitamiseksi, vaikka talouteen, asumiseen ja ammatinvalintaan liittyvissä kysymyksissä voikin tuoda merkittävää apua. Psykososiaalinen sosiaalityö voi vastata kokonaisvaltaisesti tähän kaikkeen tuen ja avun tarpeeseen päihdetyössä. Sosiaalityön substanssiosaaminen on työssä tarvittua osaamista, joka vaihtelee erityisosaamiseltaan toimialasta riippuen. Sosiaalityön yleisen asiantuntijaosaamisen lisäksi eri sektoreilla vaaditaan erityisasiantuntijuutta ja taitoja, joita edellytetään nimenomaan tietynkaltaisesta työstä suoriutumiseksi. (esim. Viitala 2005, 156.) Avokuntoutuksen tultua pääasialliseksi päihdekuntoutusmuodoksi, on työntekijällä oltava riittävä erityisammattitaito niin päihde-, mielenterveys-, kuin sosiaalisissakin kysymyksissä. Siihen ei riitä pelkkä sosiaalityön (tai sairaanhoitajan) tutkinto, vaan päihdetyössä tarvitaan oman ammattiosaamisen ohella usein terapia- ja menetelmäkoulutuksien ja päihde- ja mielenterveysalan opintoja- ja osaamista, kuten tämän tutkielman aineistosta ilmeni.

Sosiaalityön kenttää tarkasteltaessa ei voi olla huomaamatta sitä suhdeperustaisuuden kehitystä, mikä esimerkiksi lastensuojelussa on tapahtunut systeemisen lastensuojelun mallin saatua jalansijaa eri puolella Suomea. (esim. Aaltio & Isokuorti 2019.) Systeemistä perheterapeuttista työtettä kehitetään Suomessa suurella voimalla lastensuojelussa. (esim. Petrelius & Uutela 2020) Myös aikuis- ja taloussosiaalityön vaikuttavuuteen kytkeytyy vahvasti vuorovaikutteinen suhdetyö ja työntekijän osaaminen sosio-emotionaalisella alueella, joka liittyy taloudellisessa ahdingossa olevien ihmisten elämäntilanteeseen. Vaikeissa elämäntilanteissa olevien ihmisen

auttamiseksi ei useinkaan riitä aineellisen tuen tarjoaminen, vaan vaikuttavuus syntyy vuorovaikutussuhteessa tapahtuvasta muutostyöstä, joka sisältää sekä kannustavaa selviytymisuskoa, että konfrontoivaa haastavuutta muutoksen aikaansaamiseksi. (Viitasalo 2021, 234.) Yleisesti sosiaalityön tulevaisuuden kehityshaasteista mm. Kananoja (2020, 6) toteaa sosiaalityön tarvitsevan muutosta järjestelmä- ja virkavaltaisesta lähestymistavasta ihmis- ja asiakaslähtöiseen orientaatioon. Hän muistuttaa, että asiakkaiden osallisuus on sote-uudistuksen keskeisiä elementtejä ja kysyy, onko sosiaalityöllä riittävää tuntemusta ja hyviä käytäntöjä osallisuutta vahvistavaan ja mahdollistavaan työskentelyyn. Myös terveydenhuollossa suhdeperustainen työ on nostanut päätään. Lasten ja nuorten psykiatrisen laitoshoidon määrä on kasvanut ja terapiatyön tarve on noussut vahvasti esiin mielenterveystyössä. Tätä kirjoittaessa on juuri tullut tieto siitä, että Helsinki on ottanut terapiatakuun ensimmäisenä kaupunkina käyttöön Suomessa. Helsinkiin perusterveydenhuollon yhteyteen on alettu kouluttaa lyhytterapeuttisten menetelmien osaajia, jotta terapiaa tarvitsevien nopea hoitoon pääseminen turvattaisiin paremmin. (Helsingin sanomat 6.5.2021.) Kun muu sosiaali- ja terveydenhuolto näyttää kehittyvän (medikalisaatiosta huolimatta) suhdeperustaiseen suuntaan, päihdetyössä on nähtävissä viitteitä siitä, että muutos vie päinvastaiseen suuntaan. Näin tapahtuu, vaikka päihdekuntoutuksen vaikuttavuustutkimukset kertovat, että työntekijän ja asiakkaan yhteistyösuhde on tärkeimmässä roolissa hoidon jatkuvuuden ja tuloksellisuuden kannalta. (Karttunen 2021, 209; Kuusisto ja Saarnio 2012, 298.) Myös Kaukonen (2012) on esittänyt, että päihdekuntoutuksen yksilötason vaikuttavuus on asiakkaan ja työntekijän yhteistyösuhteesta riippuvainen tekijä.

Psykososiaalista työtä tekevät terveydenhuollossa niin terveydenhuollon kuin sosiaalialan ammattilaiset, joka hämärtää psykososiaalisen sosiaalityön asiantuntijuutta suhdeperustaisessa kuntouttavassa työssä. Jäinkin pohtimaan, voisiko *kuntouttavan sosiaalityön* käsite jäsentää psykososiaalista sosiaalityötä päihde- ja mielenterveyskuntoutuksen osana paremmin tulevaisuudessa. Tällöin sekä terveysosiaalityölle ja kuntouttavalle sosiaalityölle olisi oma paikkansa ja roolinsa terveydenhuollon alaisuudessa. Ympärillä olevan työyhteisö voisi erottaa helpommin byrokraattisen ja suhdeperustaisen sosiaalityön toisistaan ja molemmat saisivat asemaansa vahvistettua. Kuntouttava sosiaalityö päihdetyön kentällä erottuisi myös haittoja vähentävästä ja sosiaalihuollollisesta työstä, jota usein jalkautuvassa ja matalan kynnyksen päihdetyössä tehdään.

Tässä tutkielmassa mielestäni huomiota herättävin integraatiota koskeva tulos psykososiaalisen päihdesosiaalityön kannalta oli perheiden, omaisten ja läheisten hoidon ja hoidossa mukana olemisen radikaali väheneminen terveydenhuollon alaisessa mielenterveys- ja päihdetyössä. Oma päihdetyön kentältä tehty havaintoni omaistyön katoamisesta piti paikkansa. Päihdehuoltolain velvoite läheisten ja omaisten

palveluiden turvaamisen suhteen ei näyttänyt ulottuvan terveydenhuollon hallinnon alaiseksi integroituihin päihde- ja mielenterveyspalveluihin. Psykiatria, jossa hoitoon pääsemiseksi tarvitaan diagnoosin lisäksi lähete, sulkee omaiset tai läheiset omasta asiakkuudestaan. Sen sijaan sosiaalihuollon alaisuudessa toimivalle psykososiaaliselle päihdesosiaalityölle keskeistä on ollut kytkeytyminen vahvasti päihdeongelman sosiaalisiin vaikutuksiin, jotka ilmenevät perheiden ja omaisten tuen tarpeisiin vastaamisena. Terveydenhuollon alaisuudessa toimivalle päihdetyölle omais- ja perheyön jääminen individualistisen hoitoidelogian jalkoihin vaarantaa päihdesosiaalityön kokonaisvaltaisuuden perustuvan lähestymistavan olemassaolon ja myös sen ennaltaehkäisevän ja ylisukupolvisen työn lähtökohdat. Varsinkin perheillä, jotka kuormittuvat päihteitä aktiivisesti käyttävän perheenjäsenen jatkuvan itsetuhoisen käytöksen ja mahdollisesti myös rikollisuuteen liittyvien uhkien ja pelkojen vuoksi, olisi erityisen tärkeää tarjota palvelut yhden oven periaatteella ja kokonaisvaltaisesti koko perhe huomioiden. Individualistista hoitolinjausta päihdetyössä kuvaa hyvin metafora, jossa keskittymistä ainoastaan päihteitä käyttävän hoitoon verrataan autokolariin, jossa hoidettavaksi vietäisiin vain auton kuski, eikä mukana kulkevat matkustajat tai ne sivulliset, joihin auto törmäsi. He ovat yhtä lailla päihdeongelmasta kärsiviä, kuin se, joka päihteitä liiallisesti käyttää. Tulokset kertoivat, että omaistyötä oli siirretty enenevässä määrin järjestöjen tehtäväksi. Kuitenkaan yhteistyötä järjestöjen kanssa ei oltu enää tehty integroituneissa rakenteissa, kuten ennen integraatiota tehtiin. Omaisten ja perheiden ohjaaminen järjestöille ei riitä turvaamaan omais- ja läheistyötä. Käytännössä hoito- ja palveluketjut ovat rikkiäisiä epätasa-arvoisesti ja kautuneiden järjestöjen ja julkisen sosiaali- ja terveydenhoidon välillä. Väsyneet, huolesta ja pelosta kärsivät omaiset jäävät usein ilman tukea. Omaisten kokema häpeä ja leimaantumisen pelko voivat myös estää omaisia ja läheisiä hakemasta apua. (Kaivola 2011, 117–118.)

Jatkotutkimusaiheena mielenkiitosta ja tärkeää olisi päihdesosiaalityön kehittävä tutkimus, jossa luotaisiin rakenteellisen sosiaalityön malleja, joiden avulla voitaisiin vaikuttaa asteiden lisäksi poliittiseen päätöksentekoon niin kuntatasolla kuin kansallisestikin sekä tulevilla sotien hyvinvointialueilla. Jatkotutkimusaiheena myös toiminnallisen integraation läheisempi tarkastelu olisi tervetullutta. Tämän tutkielman perusteella sosiaalihuollon alaisuudessa toimiva päihdetyö, joka on integroitunut toiminnallisesti mielenterveyspalveluiden kanssa, mahdollisti kollektiivista asiantuntemusta vahvistavia yhteistoiminnallisia käytäntöjä ja asiakaslähtöistä joustavaa palvelua. Koska hyviä yhteistyökäytänteitä tarvitaan tulevaisuudessa myös sote:ssa, olisi perusteltua tutkia sitä, miten hyvät yhteistyökäytännöt syntyvät, miten niitä saadaan pidettyä yllä ja kehitettyä mielenterveys- ja päihdetyön integroituneissa rakenteissa. Sillä vain tiiviillä suhdeperustaisella, omaiset ja läheiset huomioivalla ja moniammatillisella yhteistyöllä saadaan parhaita tuloksia mielenterveys- ja päihdetyössä.

LÄHDELUETTELO

- Aaltio, E. ja Isokuortti, N. (2019). Systemisen lastensuojelun toimintamallin pilotointi. Valtakunnallinen arviointi. Raportti 3/2019. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Luettu: 15.5.2021. Löytyy: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137709/URN_ISBN_978-952-343-289-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Aalto, M. (2007) Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Duodecim* 123 (2007), 1293–1298.
- A-klinikka-säätiö. (2021) Mielenterveyskriisi syvenee, jos päihderiippuvaisten läheiset jäävät ilman apua. *Tiimi-lehti*. 5/2021. Haettu: 23.5.2021. Löytyy: <https://a-klinikkasaatio.fi/ajankohtaista/mielenterveyskriisi-syvenee-jos-paihderiippuvaisten-laheiset-jaavat-ilman-apua>
- Abbott, A. (1988). *The system of professions. An essay of the division of expert labor.* Chicago: The University of Chicago Press.
- Alho, S. (2021). Kollektiivinen asiantuntijuus ja monitoimijainen yhteistyö aikuissosiaalityössä. In A.-L. Matthies, A.-R. Svenlin, & K. Turtiainen (Eds.), *Aikuissosiaalityö : tieto, käytäntö ja vaikuttavuus* (pp. 69-85). Gaudeamus.
- Allan, J. (2009). Theorising new developments in critical social work. Teoksessa Allan J., Briskman L., Pease B. (toim.) *Critical social work: Theories and practices for a socially just world*. 2nd ed. Crows Nest, N.S.W.: Allen & Unwin, 30-44.
- Androff, D. (2018). Practicing Human Rights in Social Work: Reflections and Rights Based Approaches. *Journal of Human Rights and Social Work*, 3: 179-182. DOI 10.1007/s41134-018-0056-5.
- Arnkil, T., Seikkula, J., Arnkil, R. (2005) Hyvien käytäntöjen tutkittavuudesta, siirrettävyydestä ja jatkuvuudesta. Haettu: 3.7.2020. Löytyy: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117176>

- Arnkil, T., Eriksson, E. ja Arnkil, R. (2000). Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa- Sek-torikeskeisyydestä ja projektien kaaoksesta joustavaan verkostointiin. *Stakes. Raportteja* 253.
- Berger, P. L. & Luckmann, T. 1994. Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Tiedonsosiologinen tutkielma. Helsinki: Gaudeamus.
- Blomberg, Helena & Kallio, Johanna & Krol, Christian (2010). Sosiaalityöntekijöiden mielipiteet köyhyyden syistä Pohjoismaissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 75 (2010):6. 589-602
- Blomgren, S., Karjalainen, J., Karjalainen, P., Kivipelto, M., Saikkonen, P. & Saikku, P. (2016). Sosiaalityö, palvelut ja etuudet muutoksessa. Raportti 4/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Brante, T. (2011). Professions as science based occupations. *Professions & Professionalism*, 1(1), 4-20. Haettu: 17.11.2020 Löytyy: <https://doi.org/10.7577/pp.v1i1.147>
- Brookfield, S. (1995) *Becoming a Critically Reflective Teacher*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Carter, A., Capps, B. & Hall, W. (2009) What is addiction? Teoksessa Adrian Carter, Brian Capps & Wayne Hall (toim.) *Addiction neurobiology: ethical and social implications*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 21-26.
- Conrad, P & Schneider J.W (1992). *Deviance and medicalization – From badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press. Conrad, Peter (2007). *The medicalization of society*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Ehrling, L. (2010). Yhteisen ymmärryksen rakentuminen päihdehuollon ensitapaamisessa. Teoksessa T. Tammi, M. Aalto & A. Koski-Jännes (toim.) *Irti Päihdeongelmasta*. (s. 145-170). Helsinki: Edita.
- Eräsaari, R. (2002) *Avoimen asiantuntijuuden analytiikka*. Teoksessa: Ilkka Pirttilä & Susan Eskola Jari, Vastamäki Jaana (2001). *Teemahaastattelu: opit ja opetukset*. Julkaisussa: Aaltola Juhani, Valli Raine, toim. *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*, s. 24-42. Jyväskylä: PS-kustannus, 2001.
- Eräsaari, Risto (2003) *Open-Context Expertise*, in Bamme, A., Gertzinger, G. and Wieser, B. (eds.) *Yearbook 2003 of the Institute for Advanced Studies on Science, Technology and Society, Technikund Wissenschaftsforschung Vol. 41*, München-Wien: Profil, 31-65.
- Eskola, J. & Suoranta, J. (2000). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 7. painos. Alkuperäinen julkaisu vuosi 1998. Tampere: Vastapaino.
- Eskola, M. (2003). Aina voi tehdä toisin. Teoksessa Laitinen, Merja & Pohjola, Anneli (toim.) *Sosiaalisen vaihtuvat vastuut*. Juva: PS-kustannus, 108-144.
- Eteläpelto, A., Vähäsantanen, K., Hökkä, P. & Paloniemi, S. (2013). What is agency? Conceptualizing professional agency at work. *Educational Research Review* 10, 45-65.

- Etzioni A. (1964). *Modern Organizations*. Englewood Cliff: Prentice-Hall
- Evetts Julia (2013). Professionalism: Value and ideology *Current Sociology* 61:5-6, 778-796
- Fook, J. & Ryan, M. & Hawkins, L. 2000: Professional expertise: practice, theory, and education for working in uncertainty. Whiting & Birch. London
- Fook, J. (2005) Kriittisen reflektion perusteoriaa. *FinSoc* 1/2005, 4-10
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine. A Study in the Sociology of Applied*. New York:Knowledge.
- Freidson, E. (1994). *Professionalism Reborn. Theory, Prophecy and Policy*. Great Britain Cambridge: Polit Press
- Freidson, E. (2001). *Professionalism. The Third Logic*. Great Britain. Cornwall: MPG Books Ltd, Bodmin.
- Gabel, G. (2015). Foreword. Teoksessa Berthold, M.: *Human Rights-Based Approaches to Clinical Social Work*. Springer: New York.
- Goodwin, N. & Smith, J. & Davies, A. & P., Claire R. & R., & Dixon, A. & Dixon, J. & Ham, C. (2012). *Integrated care for patients and populations: improving outcomes by working together*. The King's Fund & The Nuffield Trust, London.
- Granfelt, R. (1993). Psykososiaalinen orientaatio sosiaalityössä. Teoksessa: Granfelt, Riitta & Jokiranta, Harri & Karvinen, Synnöve & Matthies, Aila-Leena & Pohjola, Anneli (toim): *Monisärmäinen sosiaalityö*. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto.
- Halme, S. & Tiirinki, H. (2019) Hajaannuksesta kohti yhteensovitettuja palveluita: dokumenttianalyysi toiminnallisesta integraatiosta sairaanhoitopiirien alueilla. Haettu 2.12.2020. Löytyy: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-398-4>
- Haveri A. (2000) Kunnallishallinnon uudistukset ja niiden arviointi. ACTA nro 124. Suomen Kuntaliitto. Kuntaliiton painatuskeskus, Helsinki.
- Hamilton, G. 1951: *Theory and Practice of Social Case Work*. New York and London: Columbia University Press.
- Heiskanen, M., Silvennoinen, I., Nuutinen, S. ym. (2019) "Tunnissa meni 1500 euroa". Ulkomaille pelaaminen rahapeliongelmien apua hakeneiden joukossa. Peluurin raportti. Helsinki: Peluuri.
- Helamo, I. (2008). Hoidollinen interventio – puutu, puhu ja kohtaa. Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.). *Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoitaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä*. (s.239-270). Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Hiilamo, H., Hänninen S., Kinninen, K.: (2011). Huono-osaisuuden ja sairastavuuden kytkennästä diakonian asiakkailla. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2011: 48 4-21
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (1995). *Teemahaastattelu*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (1988). *Teemahaastattelu*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2001). *Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino
- Hyytinen, R. (2008). Hyvän asiakassuhteen merkitys. Teoksessa Andersson, M; Hyytinen, R. & Kuore-lahti, M. (toim.) *Vauvan parhaaksi. Kuntoutuminen päihhteistä ja odotus vauva-aikana. Pidä kiinni -hoitojärjestelmä*. Helsinki: Ensi-

- jaturvakotienliitto-ry. Haettu: 17.4.2021. Löytyy:
 89108.<http://ensijaturvakotienliittofibin.directo.fi/@Bin/100ee6f4bab16e901690e62a2916f10d/1384413223/application/pdf/3140276/vauvan%20parhaaksi.pdf>.
- Hyytiä, P., & Alho. (2009). Alkoholiriippuvuuden lääkehoito. Teoksessa Tammi, Tuukka & Mauri, Aalto & Koski-Jännes, Anja (toim.): Irti päihdeongelmista. WS Bookwell Oy. Porvoo 74-87.
- Hyytiä, P. (2018) Addiktion Neurobiologia. Duodecim. Haettu: 3.10.2020. Löytyy: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2018/20/duo14556>.
- Härkönen. T & Orasniemi. T (2017) Päihdesosiaalityö- katoavaa osaamista. Päihdetyön erikoislehti Tiimi. 5/2017. s.12-14. a-klinikkasäätiö.
- Ife, J. (2012). Human Rights and Social Work: Towards rights-based practice. Third Edition. New York: Cambridge University Press.
- Ife, J. (2016). Human rights and social work: Beyond Conservative Law. Journal of Human Rights and Social Work: 1, 3-8. DOI: 10.1007/s41134-016-00014.:17.4.2021
- Immonen, E. (1979). Ostajaintarkkailun aika. Alkoholipoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimusseloste N: o 132. Oy Alko Ab. Alkoholipoliittinen tutkimuslaitos.
- Isoherranen, K. Rekola, . & Nurminen, R. (2008). Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö. WSOY Oppimateriaalit Oy. Helsinki.
- Isoherranen, K. (2012) Uhka vai mahdollisuus - moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto: Sosiaalitieteiden laitos. Akateeminen väitöskirja. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2012:18.
- Isola, A-M., Kaartinen, H., Leemann, L., Lääperi, R., Schneider, T., Valtari, S., & Keto-Tokoi, A. (2017). Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Työpaperi 33/2017. Luettu 18.5.2021. Löytyy: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-917-0>
- Jo, Y.N. (2012). Psycho-social dimensions of poverty: When poverty becomes shameful University of Oxford, UK. Critical Social Policy, 114-131.
- Julkunen, R. (2006). Kuka vastaa?: Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Helsinki: Stakes.
- Kaivolainen, M. (2011) Omaishoitajan jaksaminen. Teoksessa: Kaivolainen Merja., Kotiranta, Tuija., Mäkinen, Erkki., Purhonen, Merja ja Salanko-Vuorela, Merja. Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Duodecim, 103-142.
- Kananoja, A. (2017 a) Sosiaalityö ammattina. Teoksessa Kananoja, Aulikki & Lähteinen, Martti & Marjamäki, Pirjo (2017) (toim.) Sosiaalityön käsikirja. Helsinki:Tietosanoma Oy. 27-32.
- Kananoja, A. (2017 b). Sosiaalityö terveydenhuollossa. Teoksessa Aulikki Kananoja & Martti Läh-teinen & Pirjo Marjamäki (toim.) Sosiaalityön käsikirja. 4. uudistettu painos. Helsinki: Tietosanoma Oy, 347-356.
- Kananoja, A. (2020) Prologi teoksessa: Sosiaaliala uudistuu. Tietopohjan ja vuorovaikutuksen kysymyksiä. Huoltajasäätiö. Sosiaalihuollon vaikuttaja. (toim.) Suoninen-Erhiö, L & Pohjola, A, & Satka M, & Simola, J. Kuntatalon paino, Helsinki.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2009). Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.

- Kantola, A. & Kuusela, H. (2019) Huipputuloiset- Suomen rikkain promille. Tampere: Vastapaino.
- Karisto, A & Takala, P. (1990). Suomi muuttuu. Näkökulmia elintason, elämäntavan ja sosiaalipolitiikan muutokseen. WSOY graafiset laitokset, Porvoo.
- Karttunen, T. (2016) Ylisukupolvisuusilmiön moninaisuus päihdeongelmissa. Teoksessa Nousiainen, Kirsi & Petrelius, Päivi & Yliruka, Laura (toim.) Puheista tekoihin! Ylisukupolvisten ongelmien ehkäiseminen lastensuojelussa ja perhe- ja sosiaalipalveluissa. Työpaperi 20/2016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Helsinki, 117-140.
- Karttunen, T. (2021) Hoitoon kiinnittyminen ja hoidossa pysyminen päihdehoidon toimivuuden kriittisinä tekijöinä. Teoksessa: Matthies, A-L., Svenlin A-R. & Turtiainen, K. (2021) (toim.) Aikuissosiaalityö. Tieto, käytäntö ja vaikuttavuus. Gaudeamus.
- Karvinen, Synnöve (1993) Reflektiivinen ammatillisuus sosiaalityössä. Teoksessa Granfelt, Riitta ym. Monisärmäinen sosiaalityö. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, 15-51.
- Karvinen, S. (1996): Sosiaalityön ammatillisuus modernista professionaalisuudesta reflektiiviseen asiantuntijuuteen: The ideas of professional method and reflective practice in social work from modern professionalism to new expertise. Väitöskirja Kuopion yliopisto.
- Karvinen-Niinikoski, S. (2005) Research orientation and expertise social work. Challenges for social work education. European Journal of Social Work 3/2005,
- Karvinen-Niinikoski, S. (2007) Muuttuva ja toiminnassa rakentuva asiantuntijuus. Teoksessa: Synnöve Karvinen-Niinikoski, Ulla-Maija Rantalaiho & Jari Salonen (toim.) Työnohjaus sosiaalityössä. Helsinki: Edita Prima, 77-91.
- Karvinen-Niinikoski, S. (2009) Postmoderni sosiaalityö. Teoksessa: Mikko Mäntysaari & Anneli Pohjola & Tarja Pösö (toim.) Sosiaalityö ja teoria. Jyväskylä: PS-Kustannus, 131-159
- Karvinen-Niinikoski, S. Beddoe, L. Ruch, G.; Tsui, M: (2019). Professional supervision and professional autonomy. VOLUME 31. NUMBER 3 AOTEAROA NEW ZEALAND SOCIAL WORK
- Kaukonen O., & Hakkarainen P., toim. (2002). Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki. Yliopistopaino
- Kaukonen, O. (2005). Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. Stakes. Tutkimuksia 207 Kaukonen, O. (2005). Torjunta vai poisto? Päihdepalvelujen kehitys laman jälkeen. Yhteiskuntapolitiikka 3/2005. Haettu: 1.3.2020. Löytyy: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/100603/053kaukonen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kauppinen, T. M. & Wass, H. (2020), Palkkakuitti äänestyslippuna: tulojen yhteys äänestysaktiivisuuteen ja puoluevalintaan. Teoksessa Mattila, Maija (toim.), Eriarvoisuuden tila Suomessa 2020. 158-159. Kalevi Sorsa -säätio. Helsinki.
- Kekki, T. & Partanen, A. (2008). Päihdepalveluiden seudullinen kehitys 2008. Helsinki: Stakes. Haettu 2.5.2020 Löytyy: <https://www.thl.fi/documents/10531/121844/T38-2008-VERKKO.pdf>,

- Kivelä, P. (2014.) Syrjässä syrjäytyneet. Pelon sosiaalipolitiikka ja verkostoyhteistyön mahdollisuudet maaseudulla. Helsinki: Sininauhaliitto.
- Kivipelto, M. (2018) Sosiaalityön asiantuntijuus suhteisiin paikantuvana mikropolitiikkana. Teoksessa: Juvonen, Tarja & Lindh, Jari & Pohjola, Anneli & Romakkaniemi, Marjo (toim.) Sosiaalityön muuttuva asiantuntijuus. Kuopio: UniPress, 18–38.
- Klingemann, H. & Takala J-P. & Hunt, G.: (1992). Cure. Care, or Control. Alcoholism treatment in sixteen countries. Albany: State University of New York Press,
- Knijjn, T. & Selten, P. (2006): The Rise of Contractualisation in Public Services. Teoksessa (toim.) Duyvendak, Jan Willem & Knijn, Trudie & Kremer (toim.) Policy, People, and the New Professiona. De-professionalisation and Re-professionalisation in Care and Welfare. Amsterdam: University Press, 19-33.
- Kodner, D. & Spreeuwenberg, C. (2002) Integrated care: meaning, logic, applications, and implications - a discussion paper. International Journal of Integrated Care 2(12).
- Kokkonen, Tuomo (2016) Keskiluokka kaappasi hyvinvointivaltion. Talentia-lehti. 18.11.2016.
- Korpinen J., Tähkä T. (2005). Sosiaalityön oikeudellistuminen? Haettu 4.4.2020. Löytyy: <http://www.sosiaalityontutkimuksenseura.fi/Tutkiva%20sosiaalityo/Tutkiva%20sosiaalityo%202005.pdf>
- Koskinen, S. (1983). Sosiaalityön etiikka ja valta. Keskustelua sosiaalityön metodista. Sosiaalityön vuosikirja. Helsinki: Sosiaalityöntekijäin liitto r.y, 96-113.
- Kulovaara, K. (2016): Uusi hallinta managerialismina. Teoksessa Kulovaara, Kari & Nousiainen, Marko (toim.) (2016). Hallinnan ja osallistamisen politiikat. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 22–64.
- Kuula, A. (2006) Tutkimusetiikka: Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kuula, A. (2011.) Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kuula, A. & Tiitinen, S. (2010). Eettiset kysymykset ja haastattelujen jatkokäyttö. Teoksessa J. Ruusuvoori, P. Nikander, M. Hyvärinen (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 446-459.
- Kuusi, Eino (1931) Sosiaalipolitiikka I-II. Porvoo: WSOY.
- Kuussaari, K., Karjalainen, K., Kataja, K., Hakkarainen, P. (2017) Sekakäyttäjät sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Haettu: 5.6.2020 Löytyy: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2017120555274>
- Kuussaari, K., Kaukonen, O., Partanen, A., Samposalo, H., Vormaa, H. (2015). Päihdepalveluiden rakenteen ja työnjaon maakunnittaiset erot vuonna 2015. Yhteiskuntapolitiikka 3/2017.
- Kuussaari, K. & Partanen, A. (2010) Administrative challenges in the Finnish alcohol and drug treatment system. Nordic Studies on Alcohol and Drugs 27(6), 667–684.
- Lahti, J., & Pienimäki, A. (2004): Päihdekuntoutus rakentuu sosiaaliselle perustalle. Teoksessa Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo (toim.): Kuntoutus

- kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Gummerus. Helsinki, 136–151.
- Laitila-Ukkola, M. (2005). Päihdehuollon näköinen sosiaalityö. Rovaniemi: Lapin yliopisto. Lisensiaatin tutkielma. Haettu: 27.4.2020. Löytyy: <https://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=ba9af765-fe4e-49ab-80a7-b1d8e866a502>
- Laitinen, M., Kemppainen, T., Lakkala, S., Kauppi, A., Veikanmaa, S., Välimaa, M., Turunen, T. (2018). Sosiaalityön interprofessionaalinen asiantuntijuus: tapausesimerkkinä koulun sosiaalityö. Teoksessa: Juvonen, Tarja; Lindh, Jari; Pohjola, Anneli & Romakkaniemi, Marjo (toim.). Sosiaalityön muuttuva asiantuntijuus. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2018. UNIpress, 280-292.
- Lehto, J. (2015). Valtiojohtoisiin terveydenhuollon maksikuntayhtymiin ”täydellisesti integroitu” sosiaalihuolto? Teoksessa Salonen-Soulié, Ulla (toim.): SOTE-uudistus – kipupisteitä ja uusia avauksia sosiaalihuollolle. Huoltaja-säätiö 2015, s. 15–22.
- Leinonen, A. (2008). Sosiaalipalvelut muutoksessa -Paras vai palveluaukko. Stakesin työpapereita 14/2008. Valopaino Oy. Helsinki. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T14-2008-VERKKO.pdf>
- Leinonen, L. (2020). Sosiaalityön ja terapian rajapinnalla – sosiaalityön terapeutin orientaatio ja ammatillinen itseyemmärrys psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Itä-Suomen yliopisto.
- Lindh, J. & Pohjola, A. & Juvonen, T. & Romakkaniemi, M. (2018). Johdatus sosiaalityön asiantuntijuuden muutokseen. Teoksessa Tarja Juvonen, Jari Lindh, Anneli Pohjola & Marjo (toim.) Sosiaalityön muuttuva asiantuntijuus. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2018. UNIpress.
- Louhelainen, P. (1997). Tutkinon uudistuksesta koulutuksen korkea-asteistamiseen. Teoksessa Saarenmaa, Pekka (toim): ”Valitse sosiaalihuolto elämäntehtäväkseen” Sosiaalihuoltajakoulutus 1942-1995. Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan laitoksen julkaisu Csarja, N: o 9. Hakapaino Oy. Helsinki 57-72.
- Lähdesmäki, K. (2003). New Public Management ja julkisen sektorin uudistaminen. Tutkimus tehokkuusperiaatteista, julkisesta yrittäjyydestä ja tulosvastuusta sekä niiden määrittelemistä valtion keskushallinnon reformeista Suomessa 1980-luvun lopulta 2000-luvun alkuun. Acta asaensia No. 113. Akateeminen väitöskirja. Vaasan yliopisto.
- Lähdesmäki, K. (2011). New Public Management julkisjohtamisen uudistajana – yhä kesto-suosikki reformeissa. Teoksessa Hyyryläinen, Esa & Viinamäki, Olli-Pekka (toim.), Julkinen hallinto ja julkinen johtaminen. Juhlakirja professori Ari Salmisen 60-vuotispäivän kunniaksi (s. 75–88). Acta Wasaensia. Vaasan yliopisto.
- Lähteinen, S., Raitakari, S., Hänninen, K., Kaittä, A., Kekoni, T., Krok, S. & Skaffari, P. (2017). Sosiaalityön koulutuksen tuottama osaaminen. SOSNET julkaisuja 7. Rovaniemi: Valtakunnallinen sosiaalityön yliopistoverkosto Sosnet.
- Mapp, S., McPherson, J., Androff, A. & Gatenio Gabel, S. 2019. Social Work Is a Human Rights Profession. Social Work, 64(3), 259–269.

- Matthies, A-L., Svenlin A-R. & Turtiainen, K. (2021) (toim.) Aikuissosiaalityö. Tieto, käytäntö ja vaikuttavuus. Gaudeamus.
- Meklin, P. (2015) Sote-uudistus – mistä uudistuksen hyödyt syntyvät? ARTTU2 - tutkimusohjelman julkaisusarja 3/2015. Haettu: 23.3.2021. Lytyy: <http://shop.kunnat.net/productdetails.php?p=3124>
- Metteri, Anna (1996) Arjen tieto ja sosiaalityö terveydenhuollon moniammatillisessa työryhmässä - tietojen yhteensovitus. Teoksessa Anna Metteri (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Helsinki: Edita, 143-157.
- Metteri, A. (2012). Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö. Sosiaalityön väitöskirja. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1252. Tampere: Tampereen yliopisto
- Metteri, A. & Valokivi, H. & Ylinen, S. (toim.) 2014. Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä PS-kustannus.
- Metteri, A. (2018). Sosiaalityöntekijän työ psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa - työn paikka ja työn merkitys kuntoutumiselle ja hoitotulosten pysyvyydelle. Keskustelupaperi päätöksentekoa varten. Haettu: 19.4.2021. Löytyy: <https://www.talentia.fi/terveyssosiaalityontekijat/wpcontent/uploads/sites/1/KeskustelupaperiSosiaalityoPsykiatriassa2018Anonymisoitu5.pdf>
- Meuser, M. & Nagel, U. (2009). The Expert Interview and Changes in Knowledge Production. Teoksessa Alexander Bogel, Beate Litting & Wolfgang Menz (toim.) Interviewing experts. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 17-42.
- Mezirow, J. (1991) "How Critical Reflection Triggers Learning" in Mezirow, J. (ed) Fostering Critical Reflection in Adulthood, San Fransisco: Jossey-Bass.
- Morisano, M., Babor T., Robaina K. (2014): Cooccurrence of substnace use disorders with other psychiatric disorders: Implications for treatment services. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 31, 1: 5-25.
- Murto, L. (2002). Päihdehuollon suomalainen malli kansainvälistyvässä ympäristössä. Teoksessa Olavi Kaukonen & Pekka Hakkarainen (toim.) Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus 167-192.
- Mutka, U. (1998) Sosiaalityön neljäs käänne. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä. SoPhi.
- Mykkänen, Juri. 2001. "Eliittihaastattelu". Poliittika 43(2): 108-127.
- Mäkelä K. & Poikolainen K. (2001). Näkökohtia huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa kehittäneen työryhmän muistioon. Yhteiskuntapolitiikka 66:4, 360-365.
- Mäki, H. (1966): Yksilökohtainen sosiaalityö. Sosiaalityöntekijöiden yksittäistapausten erittely. Lisensiaatintyö. Helsinki. Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta.
- Mäntysaari, M. & Pohjola, A. & Pösö, T. (toim.) (2009). Sosiaalityö ja teoria. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Mäntysaari, M. (2006). Syrjiikö sosiaalityö? Teoksessa Helne, Tuula & Laatu, Markku (toim.): Vääräyskirja. Kelan tutkimusosasto. Helsinki.115-132.
- Mäntysaari, M. (2020) Rettelöitsijän ammatissa. Talentia-Lehti. 27.1.2020
- Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus – dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita. Prima Oy.

- Niemelä, Pauli (1993) Moraali- ja sosiaaliteoreettiset lähtökohdat. Teoksessa: Niemelä, Pauli & Hämäläinen, Juha. Sosiaalialan etiikka. Juva: WSOY:n graafiset laitokset, 18–25.
- Nieminen, A. (1955). Mitä on sosiaalipolitiikka : tutkimus sosiaalipolitiikan käsitteen ja järjestelmän kehityksestä Kustantaja: WSOY,
- Nipperess, S. & Briskman, L. (2009). Promoting a human rights perspective on critical social work. Teoksessa Allan J., Briskman L., Pease B. (toim.). Critical social work: Theories and practices for a socially just world. 2nd ed. Crows Nest, N.S.W.: Allen & Unwin, 58-69.
- Paattimäki, H., Huhtala, O., Joutsiluoma, Jaana., Lampinen, S., Ojanen, P., Penttilä P., Nordling., E. (2015) Omaistyön hyvät käytännöt mielenterveys- ja päihdetyössä - Varhaistuen mallin kehittäminen omaistyössä -projektin (2010-2014) loppuraportti. THL. Haettu: 3.3.2021. Löytyy: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-580-6>.
- Partanen, A. & Kuussaari, K. 2007. Päihdepalvelujärjestelmän haasteet 2000-luvulla. Teoksessa: Heikkilä, Matti & Lahti, Tuukka (toim): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Helsinki: Stakes 68-86.
- Partanen, A. & Kuussaari, K. (2019) Päihdeongelmaisten palvelujärjestelmä muuttuu yhteiskunnallisten muutosten myötä. Teoksessa A. Pehkonen, T. Kekoni & K. Kuusisto (toim.): Oikeus päihdehuoltoon. Tampere: Vastapaino.
- Payne, M. (1995). Social Work and Community Care. Basingstoke: Macmillan
- Pekkola, E. (2014). "Korkeakoulujen professio Suomessa - kehityskulkuja, käsitteitä ja ajankuvia". Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, johtamiskorkeakoulu. Tampere University Press. Suomen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print Tampere 2014.
- Pennonon, Marjo 2014. Päihdealan ammattilaisten käsitykset hyvästä ja huonosta hoidosta. Yhteiskuntapolitiikka 79 (2014):3. 318 - 327. Haettu 1.4.2021. Löytyy: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116687/pennonon.pdf?sequence=1>.
- Penttilä, P. ja Nordling, E. (2015). Omaistyön hyvät käytännöt mielenterveys- ja päihdetyössä. Varhaistuen mallin kehittäminen omaistyössä -projektin (2010 - 2014) loppuraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 32/2015. Haettu: 10.5.2021. Löytyy: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129590/URN_ISBN_978-952-302-580-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Petrelis, P. & Uutela, A. (2020). Systemisen lastensuojelun toimintamallin käyttöönotto ja juurruttaminen. Konsultoivien sosiaalityöntekijöiden kokemuksia. THL. Työpaperi 24/2020.
- Pietilä, I. (2017). Ryhmäkeskustelu. Teoksessa M. Hyvärinen, P. Nikander & J. Ruusuvoori. (toim.) Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino, 111-130.
- Pohjola, A. (1998). Sosiaalityön yliopistollisen koulutuksen kehittäminen. Koulutus- ja tiedepolitiikan osaston julkaisusarja. Raportti opetusministeriölle 27.2.1998. Helsinki: Opetusministeriö

- Pohjola, A. (2012). Moniulotteinen vaikuttavuus. Teoksessa Pohjola, Anneli, Kemppainen, Tarja & Väyrynen, Sanna (toim.) Sosiaalityön vaikuttavuus. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus. 9–15.
- Pohjola A. (2014). Rakenteellisen sosiaalityön paikannuksia. Teoksessa: A. Pohjola, M. Laitinen & M. Seppänen (toim.). Rakenteellinen sosiaalityö. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja (s. 16-36). Kuopio: Unipress.
- Pohjola, A. (2018). Sosiaalityön muuttuvan asiantuntijuuden ydintekijöitä. Teoksessa Juvonen, Tarja & Lindh, Jari & Pohjola, Anneli & Romakkaniemi, Marjo (toim.) Sosiaalityön muuttuva asiantuntijuus. Sosiaalityön tutkimuksenvuosikirja 2018. Unipress, 280–290.
- Pohjola, A (2020). Muuttuva sosiaalisen käsite ja uusi yhteiskunnallinen järjestys. Teoksessa Suoninen-Erhiö, Anneli Pohjola, Mirja Satka & Jenni Simola (toim) Sosiaaliala uudistuu – Tietopohjan ja vuorovaikutuksen kysymyksiä. Huoltaja-Säätiö, 269-290. <https://www.huoltaja-saatio.fi/verkkojulkaisut/>
- Pohjola, A. (2021) Sosiaalinen soten sivuraiteella. Blogi. Sosnet valtakunnallinen sosiaalityön yliopistoverkosto. Haettu: 15.5.2021. Löytyy: https://sosiaalityontiedeblogi.home.blog/2021/03/03/sosiaalinen-soten-sivuraiteella/#_edn1
- Poikonen, H. Perusoikeussäätelyn vaikutuksista oikeuteen saada päihdepalveluja, (2017) s. 114–137 teoksessa Nykänen, Eeva – Kalliomaa-Puha, Laura – Mattila, Yrjö (toim.), Sosiaaliset oikeudet: näkökulmia perustaan ja toteutumiseen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos
- Poikonen, H. (2018). Peruspalveluiden saavutettavuus ja oikeusturva päihdehuollossa. Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry. ISBN
- Pollitt, C. (1990). Managerialism and the Public Services. The Anglo-American Experience. Oxford – Cambridge: Basil Blackwell.
- Päihdehuoltolaki (1986/41) Haettu: 30.4.2021. Löytyy: <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1986/19860041>
- Pönkkö, M_L. & Tervonen-Rossi, R. (2009). Moniammatillisen yhteistyön edellytykset. Teok-sessa: Lämsä, A-L. Mun on paha olla: Näkökulmia lasten ja nuorten psyykkiseen hyvinvointiin. Juva: PSKustannus. 146-157
- Raitakari, S. (2002) Sosiaalityön marginaalistatus – Asiakkuus ja asiantuntijuus modernin ja postmodernin tulkintakehyksessä. Teoksessa Kirsi Juhila, Hannele Forsberg & Irene Roivainen (toim.) Marginaalit ja sosiaalityö. Sosiaalityön tutkimuksen 1. vuosikirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 44–62.
- Rajavaara, M. (1986). Professionaalistaminen sosiaalityön muutosstrategiana. Teoksessa Karisto – Purola (toim). Sosiaalityön kehittäminen – taustoja, reunaehtoja, näkökulmia. Oppimateriaaleja 1. Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Lahti: Helsingin yliopisto. Yliopistopaino, 43-68.
- Rauhala, P-L. & Virokannas, E. (2011). Sosiaalityön tutkimuksen etiikka, opettaminen ja tietoarvo. Teoksessa Pehkonen A. & Väänänen-Fomin, M. (toim.) Sosiaalityön arvot ja etiikka. Jyväskylä: PS-kustannus. 235–255.
- Raunio, K. (2009) Olennainen sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus.
- Raunio, K. (2002) Managerismi – Haaste sosiaalityön autonomiselle asiantuntijuudelle. Yhteiskuntapolitiikka 6, 600–603.

- Raunio, K. 2004. Olennainen sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus.
- Richmond, M. (1971). What is social case work? New York: Arno Press & The New York Times.
- Rintala, T., Elovainio, M., Heikkilä, M. (1997). Osiensa summa – Tutkimus sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistämisen taustoista ja vaikutuksista. Stakes, tutkimuksia 75. Jyväskylä 1997.
- Rissanen, P. (2015). Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. Kuntoutus-säätiön tutkimuksia 88/2015. Helsinki: kuntoussäätiö.
- Romakkaniemi (toim.) (2018). Sosiaalityön muuttuva asiantuntijuus. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2018. Helsinki: UniPress, 9 – 15.
- Romakkaniemi, M., & Väyrynen, S. (2011) Päihde- ja mielenterveyskuntoutujien kokemuksia psykososiaalisesta kuntoutuksesta. Teoksessa: Aila Järvikoski & Jari Lindh & Asko Suikkanen (toim.) Kuntoutus muutoksessa. Rovaniemi: Lapin Yliopistokustannus.
- Rush, B. & Nadeau (2011). On the integration of mental health and substance use services and systems. In: Cooper, D. (ed.): Responding in Mental Health-Substance Use, Book 3, Chapter 13. P. 148–175. Mental Health-Substance Use Book Series. Oxford UK: Radcliffe Publishing Ltd., 2011.
- Saari, J. (2015). Yle Areena, radio-ohjelmassa: Kalle Haatanen: Huonosisuus. Julkaistu: 25.7.2015
- Saari, J. (2017) Tilannekuva. Taloudellinen kestävyys ja sosiaalinen perusta. S. 37–69. Teoksessa Saari, Juho (toim.): Sosiaaliturvariippuvuus. Sosiaalipummit oleskeluyhteiskunnassa? Tampere: Tampere University Press.
- Salonen A.H., Kontto J., Alho, H. & Castrén, S. (2017) Suoma-laisten rahapelikulutus – keneltä rahapeliyhtiöiden tuotot tulevat? Analyysit. Yhteiskuntapolitiikka 82(5), 549–559.
- Satka, M. (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, M., & Karvinen, S., & Nylynd, M., & Hoikkala, S.s (2005) Sosiaalityön käytäntötutkimus. Helsinki: Palmenia-kustannus.
- Savolainen, K. (2008). Yhteisösosiaalityön tehtävä mielenterveyden edistämässä. Lisensiaatintutkimus. Sosiaalityö. Kuopion yliopisto.
- Sciulli, D. (2010). Preface to professions today: Received wisdom, case challenges, contributor issues and questions. Comparative Sociology, 9:6, 724-743.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. (2005). Dialoginen verkostotyö. 1. painos. Teema. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL)
- Seikkula, J. & Arnkil, T.E. (2009) Dialoginen verkostotyö. 2. painos. Lahti: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Selin, J., Perälä, R., Stenius, K., Partanen, A., Rosenqvist, P., Alho, H. (2015). Opioidi-korvaushoito Suomessa ja muissa pohjoismaissa. Suomen lääkirlehti 19.
- Selin, J. (2011) Hallinnan näkökulmia huumeriippuvuuden hoitoon Suomessa vuosina 1965-2005. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.

- Sen, A.K. (1983). Poor, Relatively Speaking. *Oxford Economic Papers* 35 (2), 153 – 169.
- Siltala, J. (2017). *Keskiluokan nousu, lasku ja pelot*. Otava.
- Sipilä, A. (2011): *Sosiaalityön asiantuntijuuden ulottuvuudet – Tiedot, taidot ja etiikka työntekijöiden näkökulmasta kunnallisessa sosiaalityössä*. Kopijyvä Oy. Joensuu.
- Sipilä, J. (1989). *Sosiaalityön jäljillä*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Sosiaalinen konstruktionismi: Haettu 2.1.2021. Löytyy: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tieteenfilosofiset-suuntauukset/sosiaalinen-konstruktionismi>.
- Soteuudistus: www.sote-uudistus.fi Talentia: (<https://www.talentia.fi/tyoelamainfo/ammattietiikka/>)
- Staub-Bernasconi, S. (2016). Social Work and Human Rights – Linking Two Traditions of Human Rights in Social Work. *Journal of Human Rights and Social Work*: 1, 40-49. DOI: 10.1007/s41134-016-0005-0.
- Stenius, K. & Kekki, T. & Kuussaari, K., & Partanen, A. (2012). Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio – kirjava käytäntö Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 77 (2012):2, 167–175.
- Stenius, K., Tammi, T., Kuussaari, K. & Hirschovits-Gerz, T. (2015) Vaikuttaako mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatio? Palvelujärjestelmän integraatio tutkimuksen kohteena. Teoksessa: Airi Partanen, Juha Moring, Viveca Bergman, Jouko Karjalainen, Minna Kesänen, Jaana Markkula, Mauri Marttunen, Saini Mustalampi, Esa Nordling, Timo Partonen, Päivi Santalahti, Pia Solin, Tytti Tuulos, Sanna Wuorio (toim.). *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin? Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpäperi 20/2015*. Helsinki. 380 s.
- Stenius, K. & Tammi, T. & Kuussaari, K. & Hirschovits-Gerz, T. (2016). Vaikuttaako mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatio? Palvelujärjestelmän integraatio tutkimuksen kohteena. *Yhteiskuntapolitiikka* 81 (2016):2 205 S. 171–182. Teoksessa Partanen, A. & al. (toim.): *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015*.
- Sundgren, M. & Topor, A. & Andersson, G. & Davidson, L. & Denhov, A. & Freiman, E. & Sachs, Lisbeth & Starrin, B. (2011) *Psykiatri som socialt arbete*. Stockholm: Sanoma utbildning.
- Takala, J-P. & Lehto, J. (1988). Suomen alkoholihoitoon kehitys ja ei medisiininen kehitys ja malli. *Sosiaalipolitiikka*. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen vuosikirja, 105-125.
- Talentia (2017) *Arki, arvot ja etiikka*. Sosiaalialan ammattihenkilön eettiset ohjeet. PunaMusta oy. Haettu: 1.3.2021. Löytyy: https://talentia.e-julkaisu.com/2017/eettiset-ohjeet/docs/Talentia_Etiikkaopas_2017.pdf
- Taskinen, H., & Hujala, A. (2020) *Integraatio – sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamisen ydintä*. Löytyy: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-202011278264>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2015). *Miten tästä eteenpäin?* Työpäperi 20/2015. Helsinki: Suomen yliopistopaino
- Therborn, G. (2013). *The Killing Fields of Inequality*. Polity Press.

- Tiitinen, L. (2019). Kamppailu sananvapaudesta: sosiaalialan ammattilaisen toiminta ja valtasuhteet mediavaikuttamisen kentällä.
- Toikko, Timo (1997). Psykososiaalinen lähestymistapa sosiaalityössä. *Janus* 5 (2), 169-188.
- Toikko, T. (2005) Sosiaalityön ideat: johdatus sosiaalityön historiaan. Vastapaino. Tampere.
- Toikko, T. (2009) Tutkimuksellinen kehittämistoiminta : näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere university press.
- Torppa, K. (2007) Managerialismi suomalaisen julkisen erikoissairaanhoidon johtamisessa. Tutkimus yksityissektorin johtamisoppien soveltamisesta neljässä yliopistollisessa sairaanhoitopiirissä ja arvio managerialismin soveltuvuudesta julkisen erikoissairaanhoidon uudistamiseen. *Acta Universitatis Ouluensis D, Medica* 951. Oulu: Oulun yliopisto.
- Tuori, K. (2016). Sosiaalioikeus.,viides uudistettu painos. Haettu 1.2.2021. Löytyy: <http://verkkokirjahylly.almatalent.fi.ezproxy.ulapland.fi/teos/DABBXXBUAGHH>.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Turtiainen, K., Jäppinen, M., & Stam, I. (2021) Ihmisoikeudet aikuissosiaalityön lähtökohdana. Teoksessa: Matthies, A-L., Svenlin A-R. & Turtiainen, K. (2021) (toim.) Aikuissosiaalityö. Tieto, käytäntö ja vaikuttavuus. Gaudeamus.
- UKATT Research Team (2005) Cost effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *British Medical Journal* 331(7516), 544.
- Viitasalo, K. (2021) Taloudellisen kyvykkyyden vahvistaminen ja mekanismit sosiaalityössä. Teoksessa: Matthies, A-L., Svenlin A-R. & Turtiainen, K. (2021) (toim.) Aikuissosiaalityö. Tieto, käytäntö ja vaikuttavuus. Gaudeamus.
- Vuolanto, P. & Vanhala, A. & Apponen, E. (2015). Monitieteisyyden ja moniammatillisuuden maastoissa -sosiaalityö ja hoitotiede kumppaneina. *Yhteiskuntapolitiikka* 80(3), 292–298.
- Väyrynen, S., Lindh, J. & Romakkaniemi, M. (2015). Päihde- ja mielenterveyskuntoutuksen työntekijöiden neuvottelut professionaalista yhteisöllisyydestä. Teoksessa Sanna Väyrynen, Kaisa Kostamo-Pääkkö & Pekka Ojaniemi: Sosiaalityön yhteisöllisyyttä etsimässä. United Press Global 2015.
- Wahlbeck, K., Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, J., Reini., Salovuori., Tourunen, J.(2018). Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja: 89/2017
- Warpenius, K. (2021) (toim) Alkoholi-, tupakka-, huumausaine- ja rahapelitilanne Suomessa Päihde- ja riippuvuusstrategian taustaselvitys. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Työpaperi 4/2021
- Webb, S. A. (2001). Some Considerations on the Validity of Evidence-based Practice in Social Work. *British Journal of Social Work* 31 1, 57–79.

- Weckroth, Antti 2007. Mitä merkitsee ”psykososiaalinen” päihdehoidossa?
Verkkodokumentti. Luettu 13.5.2020. Löytyy:
<<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101216/074weckroth.pdf?sequence=1>>.
- Yli-Ruka, L. (2005). Itsearviointi reflektiivisenä rakenteena : Kuvastin-menetelmän toimivuus, käyttöönotto ja kehittäminen. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.
Luettu: 3.2.2021. Löytyy: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-5616-74-3>

LIITE 1

Seinäjoella 18.7. 2020

Arvoisa päihdesosiaalityöntekijä!

Olen sosiaalityön pääaineopiskelija Jyväskylän yliopiston yhteiskuntatieteellisestä tiedekunnasta, Chydenius-instituutista. Pyydän teitä osallistumaan tutkimukseen, joka on yhteiskuntatieteiden maisterin tutkintoon kuuluva Pro gradu - tutkielma. Tutkimuksessa tarkastellaan psykososiaalista päihdesosiaalityötä päihde- ja mielenterveystyön integroiduissa, monitoimijaisissa rakenteissa. Tarkoituksena on haastatella pitkään, yli 10 vuotta päihdesosiaalityötä tehneitä sosiaalityöntekijöitä ja sosiaaliterapeutteja heidän kokemuksistaan integraatiosta ja sen vaikutuksesta päihdetyön laatuun. Tutkimuksen yhtenä tavoitteena on nostaa esiin psykososiaalisen päihdesosiaalityön erityisosaamista ja sen keskeistä teoreettista viitekehystä jaetun moniammatillisen ja dialogisen verkostoyhteistyön osana. Tutkimuksen toisena tavoitteena on hahmottaa, miten päihdesosiaalityötä tulisi kehittää, jotta sen asema vahvistuisi nykyisissä yhteistoimijuutta suosivissa rakenteissa.

Haastatteluun varataan aikaa kaksi tuntia ja se voidaan tehdä etäyhteyksillä tai paikan päällä, miten haastateltaville sopii. Haastattelussa keskustellaan annettujen teemojen ja kysymysten pohjalta psykososiaaliseen päihdesosiaalityöhön liittyvistä kysymyksistä. Kukin osallistuja tuo keskusteluun niitä käsityksiä, joita hänelle on päihdesosiaalityön asiantuntijana muodostunut. Tarkat päivämäärät ja ajat haastatteluille sovitaan lähempänä ilmoittautuneiden kesken. Haastattelut nauhoitetaan aineiston myöhemmän käsittelyn helpottamiseksi. Haastatteluaineisto tulee vain tutkijan haltuun ja haastattelussa kerättyjä tietoja käytetään vain tähän tutkimukseen ja niitä käsitellään ehdottoman luottamuksellisina ja nimeättöminä. Myös kaupunki, kunta ja organisaatio säilyvät tutkimuksessa täysin anonyymeinä. Tutkimuksen valmistuttua haastatteluaineistot tuhotaan. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Osallistumiseen tutkimukseen on tärkeää paitsi tekeillä olevan Pro gradu - tutkielmani, toivoakseni myös päihdesosiaalityön kehittämisen kannalta. Mikäli Teillä on kysyttävää tutkimuksesta, vastaan kysymyksiini mielelläni. Tutkimusta ohjaa yliopiston opettaja, VTT Katri Viitasalo Chydenius-instituutista.

Kaisa Kanto
Sosiaalityön pääaineopiskelija
Chydenius-instituutti
Jyväskylän yliopisto



LIITE 2

Sähköpostiosoite

Puh.nro

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

SUOSTUMUS TIETEELLISEEN TUTKIMUKSEEN

Minua on pyydetty osallistumaan tutkimukseen "Psykososiaalinen sosiaalityö integroidussa päihde- ja mielenterveystyössä"

Olen perehtynyt tutkimusta koskevaan tiedotteeseen (tietosuojailmoitus) ja saanut riittävästi tietoa tutkimuksesta ja sen toteuttamisesta. Tutkimuksen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini. Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita tutkimukseen osallistumista.

Ymmärrän, että tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Minulla on oikeus, milloin tahansa tutkimuksen aikana ja syytä ilmoittamatta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen tai peruuttaa suostumukseni tutkimukseen. Tutkimuksen keskeyttämisestä tai suostumuksen peruuttamisesta ei aiheudu minulle kielteisiä seuraamuksia.

Olen tutustunut tietosuojailmoituksessa kerrottuihin rekisteröidyn oikeuksiin ja rajoituksiin.

Allekirjoittamalla suostumuslomakkeen hyväksyn tietojeni käytön tietosuojailmoituksessa kuvattuun tutkimukseen.

Kyllä

Allekirjoituksellani vahvistan, että osallistun tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkittavaksi sekä annan luvan edellä kerrottuihin asioihin.

Allekirjoitus

Päiväys

Nimen selvennys

Syntymäaika

Osoite

Suostumus vastaanotettu

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus

Päiväys

Nimen selvennys

Alkuperäinen allekirjoitettu asiakirja jää tutkimuksen vastuullisen johtajan arkistoon ja kopio annetaan tutkittavalle. Suostumusta säilytetään tietoturvalisesti niin kauan kuin aineisto on tunnistellisessa muodossa. Jos aineisto anonymisoidaan tai hävitetään suostumusta ei tarvitse enää säilyttää.

LIITE 3

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Lyhyt pohjustus:

1. Millainen on koulutus- ja työhistoriasi?
2. Onko sinulla ammatillista täydennyskoulutusta tai terapiakoulutusta?
3. Miksi hakeuduit päihdetyöhön?
4. Kuinka pitkään olet toiminut sosiaalityöntekijänä, entä päihdetyössä?
5. Millainen on työnkuvasi? Työtehtävät? Työajan käyttö, mihin työ painottuu?

Psykososiaalinen päihdesosiaalityö:

6. Mitä psykososiaalinen päihdesosiaalityö sinulle tarkoittaa?
7. Miten päihdesosiaalityö eroaa perus- sosiaalityöstä?
8. Millä eri tavoin osallisuus toteutuu asiakastyössäsi?
9. Mitä ymmärrät sosiaalisella kuntoutuksella ja miten se toteutuu työssäsi?
10. Mitkä sosiaalityön arvot ovat omassa työssäsi tärkeimpiä ja miten ne toteutuvat nykyisessä työnkuvassasi?
11. Mistä tekijöistä mielestäsi koostuu sosiaalityön erityinen osaaminen ja asiantuntijuus?

Integraatio:

12. Miten integraatio on toteutettu edustamassasi päihde- ja mielenterveystyön yksikössä?
13. Miten integraatio on vaikuttanut työnkuvaasi ja tehtäviisi?
14. Onko muutos ollut positiivista vai negatiivista?
15. Millaisena näet sosiaalityön aseman nykyisessä integroidussa organisaatiossa?
16. Jos organisaatiosi hallinto on muuttunut sosiaalityöstä terveydenhuoltoon, miten se on vaikuttanut päihdetyön asemaan? Entä psykososiaalisen päihdesosiaalityön asemaan?

17. Miten näet työsi ennen integraatiota ja sen jälkeen?

Asiakkaan asema ja päihdekuntoutuksen laatu integroiduissa rakenteissa:

18. Miten päihde- ja mielenterveystyön integraatio on merkinnyt asiakkaalle, hänen kuntoutumiselleen ja osallisuudelleen yhteiskunnassa kokemuksesi mukaan?

19. Miten läheisiä ja perheitä huomioidaan päihdetyön nykyisissä rakenteissa?

20. Millä tavalla asiakkaan yhteyttä ja osallisuutta yhteiskuntaan huomioidaan nykyisissä päihdetyön rakenteissa?

21. Mitkä ovat integraation uhat ja mahdollisuudet tulevaisuuden päihde- ja mielenterveystyössä?

Medikalisaatio:

22. Miten ymmärrät medikalisaation?

23. Näkyykö medikalisaatio päihde- ja mielenterveystyössä? Jos, niin millä tavalla?

24. Medikalisaation hyödyt ja haitat päihde- ja mielenterveystyössä?

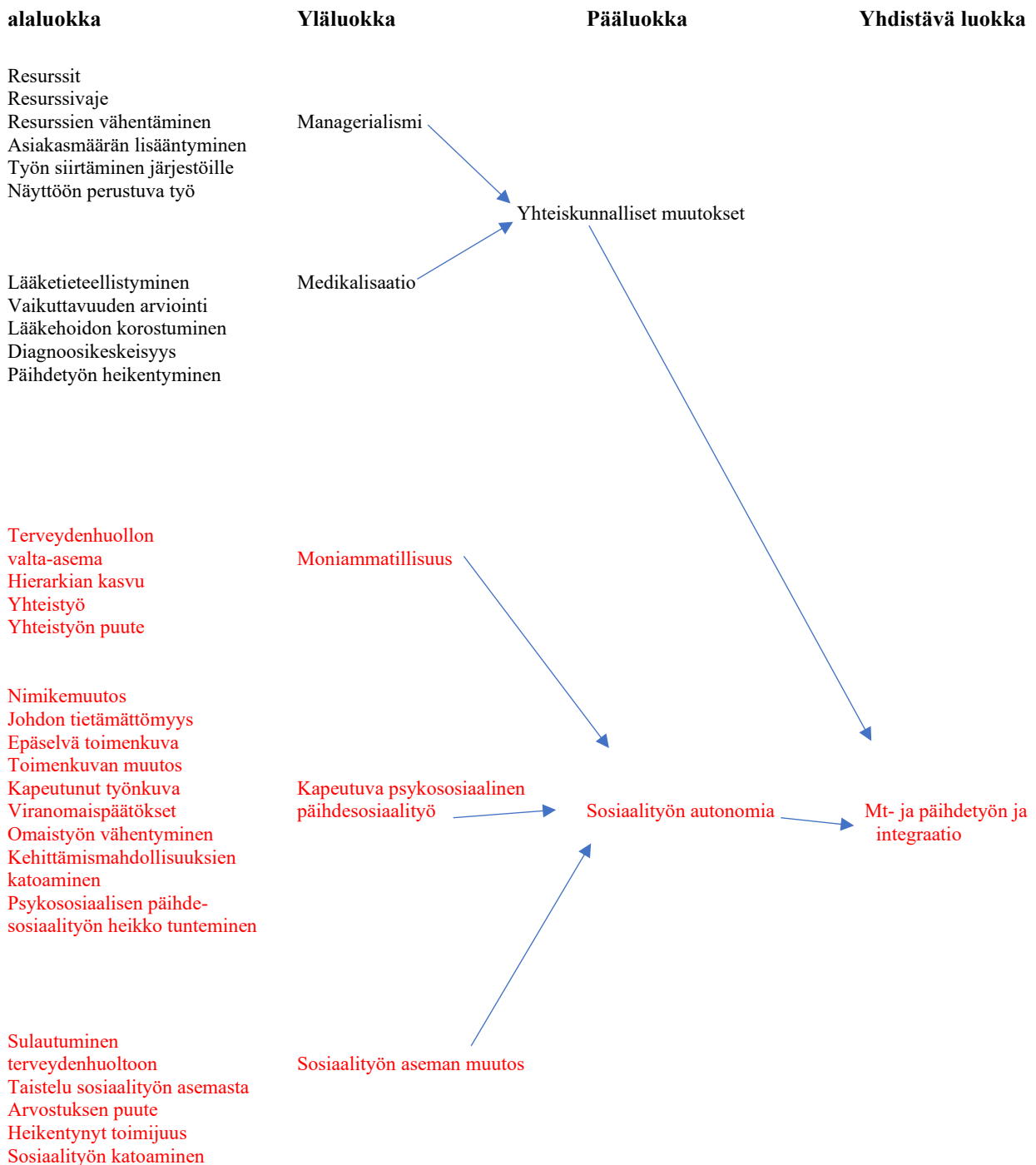
Tunnettavuus ja kehittäminen:

25. Miten sosiaalityö tunnetaan ja ymmärretään muiden toimijoiden toimesta organisaatiossasi ja yhteistyökumppaneiden taholta?

26. Miten psykososiaalinen sosiaalityö ja sille ominaiset arvot ja toiminnat tunnetaan organisaation johdon taholta?

27. Miten kehittäisit psykososiaalista päihdesosiaalityötä nykyisissä päihde- ja mielenterveystyön rakenteissa?

LIITE 4. (Kuvio 1.) Valta-analyysi. (Punaisella raporttiin valitut analyysin osat)



LIITE 5. (Kuvio 2.) Tietoanalyysi. (Punaisella raporttiin valitut analyysin osat)

