

Päihdealan ammattilaisten käsityksiä aineriippuvuuksista

Marjo Pennonen: *YTM, tutkija, Sosiaalitutkimuksen laitos, Tampereen yliopisto*

Anja Koski-Jännes: *professori, Sosiaalitutkimuksen laitos, Tampereen yliopisto*

marjo.pennonnen@uta.fi, anja.koski-jannes@uta.fi

Janus vol. 18 (3) 2010, 208–224

 Janus

Tiivistelmä

Artikkelissa tarkastellaan, miten päihdehoidon erityispalveluissa työskentelevät ammattilaiset (n= 520) ymmärtävät erilaiset aineriippuvuudet ja miten he hahmottavat vastuun näistä kysymyksistä. Kyselytutkimuksen tulosten mukaan enemmistö vastaajista pitää aineriippuvuutta opittuna selviytymismallina. Moni näkee sen myös tunne-elämän häiriönä ja yhteiskunnallisesti tuotettuna elämäntapana. Ammattilaisista suurin osa pitää asiakasta itseään pääasiallisesti vastuullisena sekä riippuvuusongelman kehittymisestä että siitä toipumisesta. Aineiston analyysissä apuna käytetyn Brickmanin ym. (1982) hoitoa ja selviytymistä koskevan typologian mukaan päihdehoidon ammattilaisten keskuudessa vallitsevin hoitomalli on siten yksilön vastuuta korostava moraalinen malli. Selvimät ammattiryhmien erot suhtautumistavoissa ilmenevät suhteessa moraaliseen ja medikaaliseen malliin kannabis-, lääke- ja muita huumeita koskevissa riippuvuuksissa. Sosiaalialan koulutuksen saaneet kannattavat moraalista mallia yleisesti ottaen vähemmän kuin terveydenhoitoalan koulutuksen saaneet.

Tavalla, jolla erilaiset riippuvuudet ymmärretään, on suuri vaikutus päihdeongelmisiin ihmisiin ja heidän läheisiinsä (Griffiths & Larkin 2004). Riippuvuuksia koskevat käsitykset ja mielikuvat vaikuttavat myös ammattilaisten tapaan kohdata päihdeongelmainen ja siihen, millaista hoitoa riippuvuuksista toipumiseen tarjotaan (Delos Reyes 2002). Ammattilaisten suhtautuminen voi vaikuttaa myös siihen, miten päihdeasiakas alkaa nähdä itsensä ja omat mahdollisuutensa toipumiseen. Näistä syistä on tärkeää tutkia, mitä käsityksiä ja mielikuvia päihdealan ammattilaisilla on eri riippuvuuksista. Myös Orford (2008) korostaa, että hoidon kehittämisen kannalta on tarpeen tutkia muitakin päihdeongelmaisten toipumiseen vaikuttavia tekijöitä kuin vain hoitomenetelmiä.

Päihdehoidosta vastaavat Suomessa useat eri tahot ja organisaatiot. Niiden piirissä työskentelee koulutustaustaltaan, hoitoidelogialtaan

ja ammatilliselta orientaatioiltaan hyvin erilaisia toimijoita. Tällainen tilanne tuottaa helposti ristiriitaisia käsityksiä siitä, mikä on päihdeongelmien luonne ja miten niitä tulisi hoitaa. Päihdeongelmien monitahoisuudesta johtuen niitä hoidetaan usein tiimeissä, joissa on eri ammattiryhmien edustajia. Asiakkaan auttamisen kannalta on oleellista, että moniammatillisissa tiimeissä muodostuu yhtenäinen näkemys asiakkaan ongelmista ja niiden korjaamiskeinoista. Tässä artikkelissa pyritään kartoittamaan, missä suhteissa päihdealan eri ammattiryhmien käsitykset riippuvuuksien luonteesta ja vastuukysymyksistä käyvät yksiin ja missä suhteissa niissä esiintyy näkemuseroja.

Tässä artikkelissa päihdealan ammattilaisten käsityksiä eri aineriippuvuuksista tarkastellaan *sosiaalisina representaatioina* (Moscovici, 1984, 1988). Sosiaaliset representaatiot ovat eräänlaisia arki- tai käyttöteorioita, joiden avulla luokitellaan ihmisiä ja asioita sekä vertaillaan ja selite-

tään käyttäytymistä. Sosiaaliset representaatiot edustavat sosiaalisesti jaettua tietoa, ideoita, ajatuksia ja mielikuvia, jotka ovat siirtyneet yleiseen tietoisuuteen ja jotka vaikuttavat jokapäiväiseen ajatteluun ja toimintaan (Augoustinos ym. 2006). Ne muodostuvat vertaamalla uusia ilmiöitä aiempiin kokemuksiin *ankkuroimalla* ne jo olemassa oleviin käsitteverkostoihin sekä luomalla niistä *objektivoinnin* avulla konkreettisia mielikuvia. Jonkin ryhmän, kuten päihdetyöntekijöiden keskuudessa jaetut representaatiot mahdollistavat jäsenten keskinäisen ymmärryksen kyseisestä ilmiöstä ja helpottavat näin kommunikointia. Jaetun ja yleisen lisäksi huomiota on kuitenkin kiinnitettävä myös niihin eroihin, joita ryhmän sisällä - tässä tapauksessa ammattiryhmien välillä - vallitsee kustakin kohteesta (ks. Doise & Staerklé 2002).

Artikkelissa selvitetään päihdealan ammattilaisilta kerätyn kyselyaineiston avulla sitä, minkälaisia sosiaalisia representaatioita heillä on eri aineriippuvuuksista ja addiktiivisesta käyttäytymisestä. Ennen kaikkea tarkastellaan sosiaali- ja terveydenhuoltoalan edustajien tapoja tulkita erilaisia aineriippuvuuksia ja niihin liittyviä vastuita seuraavien tutkimuskysymysten avulla:

- Minkälaisia käsityksiä ja mielikuvia ammattilaisilla on päihdeongelmien syntyyn vaikuttavista tekijöistä (onko päihdeongelma esim. aivosairaus, paha tapa tai jotain muuta)?
- Onko erilaisiin päihdeongelmiin liittyvissä käsityksissä ja mielikuvissa ammattiryhmien välisiä eroja?
- Kenellä nähdään olevan vastuu riippuvuuden kehittymisestä ja siitä toipumisesta?

Tutkimus on osa professori Koski-Jänneksen johtamaa ja Suomen Akatemian rahoittamaa projektia "Addiktio sosiaalisena representaationa – maallikkojen, ammattilaisten ja addiktien tulkinnat", joka kuuluu kansainväliseen "Addiction teorit ja mielikuvat" -konsortioon. Päihdealan ammattilaisille suunnatun kyselyn ohella

projektissa on koottu vastaavanlaista aineistoa myös väestötasolta ja päihdehoidossa olevilta asiakkailta (Hirschovits-Gerz & Koski-Jännes 2010; Nyyssönen 2008). Lisäksi samantyyppisiä aineistoja ollaan kokoamassa muutamista muistakin maista. Seuraavassa keskitytään kuitenkin vain Suomessa kerätyn ammattilaisaineiston tarkasteluun.

Näkökulmia riippuvuuteen ja vastuukysymyksiin

Päihdeongelmat muodostavat monitahoisien ongelmakokonaisuuden, jonka syitä ei voida paikantaa mihinkään yksittäiseen tekijään (esim. virukseen tai bakteeritartuntaan). Eri tieteenalat ovat kukin osaltaan yrittäneet löytää niille selityksiä. Esimerkiksi biotieteissä on tutkittu addiktioille altistavia geneettisiä, aineenvaihdunnallisia ja hermostollisia tekijöitä (Korpi 2006; Meririnne & Seppälä 2004; Kiiänmaa ym. 2003; Kaprio 2003). Niiden piirissä riippuvuudet nähdään usein, ellei synnynnäisenä sairautena, niin kuitenkin pähteiden runsaan käytön tuottamana elimistön kroonisena häiriötilana. Lääketieteen piirissä tätä häiriötilaa on viime vuosina alettu luonnehtia tietynlaiseksi "aivosairaudeksi" (Volkow 2006; Meririnne & Seppälä 2004), johon yritetään kehittää uusia lääkkeitä.

Psykiatriassa ongelman syitä on etsitty lapsen varhaisen vuorovaikutuksen häiriöistä ja sen seurauksena syntyneistä persoonallisuuden kehityksen ongelmista (Freud 1975; Dodes 2003, 128, 129). Psykologit puolestaan ovat hakeneet riippuvuusongelmien selitystä lasten sosiaalisuudesta, yleisistä oppimisen lainalaisuuksista, yksilöiden omaksumista haitallisista selviytymiskeinoista stressitilanteissa (Orford 2001) sekä motivaatiojärjestelmän häiriöistä (West 2006). Sosiaalitieteissä syitä on etsitty joko yhteiskunnallisista olosuhteista, joiden takia yksilön elämän sosiaaliset tukirakenteet (esim. perhe, perinteet, uskonto) ovat heikentyneet (Giddens

1995) tai ryhmätason ilmiöistä, kuten erilaisista alakulttuureista, jotka tukevat runsasta päihteyden käyttöä (Hakkarainen & Metso 2003; Saslasuo 2004).

Tutkijoiden lisäksi käsityksiin riippuvuuksista ovat vaikuttaneet myös päihdeongelmaisten omat järjestöt ja vertaisryhmät. Esimerkiksi AA:n perustaja Bill Wilson kuvaili riippuvuutta "ruumiin allergiaksi, joka kytkeytyi mielen pakkomielteeseen". Hoituakseen tämä sairaus vaatii AA:n mukaan täydellistä raittiutta (AA-tieto.info).

Päihdetyön koulutuksessa ja alan ammattilehdissä valotetaan kaikkia näitä näkökulmia, mutta ammattiryhmien erityistehtävät hoidossa keskittyvät ainakin osittain ongelman eri puoliin. Käytännön työssä oman spesialiteetin näkökulmista muodostuu helposti tulkintakehyksiä, jotka saattavat vaikuttaa myös yleisesti oikeana pidettyyn hoitoon.

Tällaisia tulkintakehyksiä voivat Weckrothin (2001) mukaan olla esim. sairauskehys, jossa päihderiippuvuus nähdään paitsi sairautena, niin usein myös parantumattomana tilana. Sairaana rooli ei välttämättä edellytä asiakkaan omaa aktiivisuutta. Oppimiskehyksessä ongelman katsotaan johtuvan haitallisten ajatusmallien ja selviytymistapojen omaksumisesta. Oman tilanteen tiedostamisessa ja uusien tarkoituksenmukaisempien ajatusmallien ja toimintatapojen omaksumisessa vaaditaan päihdeongelmaiselta henkilöltä aktiivisuutta. Sosiaalisissa kehyksissä yksilö nähdään mikro- tai makrotason tulkintakehyksen kautta. Mikrotasolla päihteitä käyttävä henkilö nähdään osana yhteisöään, esimerkiksi perhettä. Muutoksen aikaansaaminen edellyttää silloin sekä yksilön että läheisten aktiivisuutta. Makrotasolla yksilön omalla toiminnalla ei uskota olevan suurta merkitystä tilanteessa, jossa muutoksen katsotaan riippuvan yhteiskunnallisten päätösten vaikutuksista. Hengellinen kehys puolestaan liittyy henkilökohtaisen uskonelä-

män ongelmiin ja niiden selvittämiseen, jolloin myös toipuminen muilla elämän alueilla voi alkaa (emt). Eksistentiaaliset kysymykset eivät yleensä mahdu päihdekuntoutuksen sisältöihin, mistä nykyisiä kuntoutusmalleja on myös kritisoitu (Lund 2006).

Tulkintakehys voi siis ohjata ammattilaista kiinnittämään huomionsa tiettyihin asioihin, mutta se voi myös aiheuttaa sen, ettei joitain toisia asioita havaita tai oteta ollenkaan huomioon (ks. Niemelä 1999; Peräkylä 1990). Esimerkiksi huumeiden käyttäjien kohdalla huomio voi kiinnittyä liikaa huumeongelmaan ja fyysiseen ja psyykkiseen riippuvuuteen, ja sitä kautta haittojen vähentämiseen korvaushoidon muodossa. Muut tärkeät seikat kuten päihdeongelmaisten syrjintä ja syrjäytyminen sekä heidän kokemansa avuttomuus ja yksinäisyys voivat tällöin jäädä vaille huomiota (Buchanan 2005; Murto 2002). Ilman psykososiaalista tukea annettava korvaushoito ei tarjoa päihdeongelmaiselle reaalisia mahdollisuuksia tavoitella päihteettömyyttä (emt; Mäkelä & Poikolainen 2001).

Riippuvuusongelmien ehkäisyä ja hoitoa koskeviin toimenpiteisiin vaikuttavat myös käsitykset siitä, *kenen syytä ongelma alun alkaen on ja mitä tahoja voidaan pitää vastuullisena ongelman ratkaisemisesta*. Philip Brickman ja kumppanit (1982) ovat kehittäneet typologian, jossa yksilöiden auttamista ja selviytymistä tarkastellaan ongelman syntyä ja sen ratkaisemista koskevien vastuuattribuutioiden näkökulmasta. Tässä artikkelissa päihdealan ammattilaisten vastauksia riippuvuusongelmia koskeviin vastuukysymyksiin tarkastellaan tämän nelikentän pohjalta (ks. myös Bennett 1995; Nuutinen 2005).

Taulukko 1 Brickmanin ym. (1982) neljä auttamis- ja selviytymismallia: henkilön vastuu ongelman synnystä ja sen ratkaisemisesta

		Vastuu ongelman ratkaisusta	
		Suuri	Pieni
Vastuu ongelmastasta	Suuri	Moraalinen malli	Valistusmalli
	Pieni	Kompensatorinen malli	Medikaalinen malli

Moraalisessa mallissa henkilön katsotaan olevan vastuussa sekä ongelmastaan että sen ratkaisemisesta. Moraaliselle mallille perustavassa hoidossa ajatellaan, että riippuvuusongelman kehittänyt henkilö ei ole itse yrittänyt parastaan päästäkseen eroon ongelmastaan. Asiakkaan ongelmia pidetään hänen omiana syynään. Hänen on siis vain ryhdistäydyttävä ja kehitettävä tahdonvoimaansa. Niin menestys kuin epäonnistuminenkin ovat jokaisen yksilön henkilökohtainen asia. Korostaessaan vain yksilön omatoimisuuden merkitystä muutoksen aikaansaamisessa tällainen ajattelutapa on toisaalta omiaan lisäämään ihmisten yksinäisyyden tunnetta. (Brickman ym. 1982.)

Valistusmallissa henkilö on vastuussa ongelmastaan, mutta ei sen ratkaisemisesta. Häntä siis pidetään syyllisenä ongelman syntymiseen, mutta hänestä ei ole sen selvittäjäksi joko siksi, että hän ei halua tai pysty sitä toteuttamaan. Ongelmaan löytyy ratkaisu vain jonkin ulkopuolisen auktoriteetin (kuten AA tai NA) tai jonkin yksilöä voimakkaamman tahon, esim. Korkeamman voiman avulla. Brickman ym. (1982) sijoittavat tähän malliin AA:n ohella myös erilaiset muut ulkoista kuria tai kontrollia edustavat tahot

(esim. vankilat). Ulkoinen auktoriteetti voi siten olla joko hengellinen tai maallinen.

Kompensatorisessa mallissa henkilöä ei syytetä ongelman synnystä, mutta häntä pidetään vastuullisena sen ratkaisemisesta. Ajatuksena on, että ongelman muodostumiseen ovat vaikuttaneet monet asianomaisesta riippumattomat tekijät, josta johtuen hän tarvitsee kompensoivaa apua ongelmansa voittamiseen. Kompensatorisessa mallissa hoidon tarjoaja on velvollinen antamaan tätä apua ja tukemaan yksilön omia pyrkimyksiä, jolloin keskitytään ongelman ratkaisuun tähtäävään toimintaan. (Brickman ym. 1982.)

Medikaalisessa mallissa henkilö ei ole vastuussa ongelmastaan eikä sen ratkaisusta. Mallissa on hyvää se, ettei riippuvuuden kehittänyttä henkilöä syytetä sairaudestaan, jolloin tämän on helpompi vaatia ja ottaa vastaan apua muilta. Luotettaessa liikaa sairauskäsitykseen ja lääkäreiden apuun, voi oma-aloitteisuus kuitenkin kärsiä (mt).

Todellisen elämän tilanteet voivat sisältää myös näiden mallien monenlaisia yhdistelmiä (emt.). Vaikka malleja voi siten käytännössä olla vaikea

löytää puhtaassa muodossa, ne tarjoavat kuitenkin heuristisen kehyksen tarkastella vallitsevia suhtautumistapoja erityyppisiin riippuvuusongelmiin. Olemme siksi seuraavassa käyttäneet tätä mallia riippuvuutta koskevien vastuuattributioiden tarkasteluun.

Aiempiä tutkimuksia

Aikaisempaa vertailevaa tutkimusta suomalaisen päihdealan ammattilaisten eri aineriippuvuuksia koskevista mielikuvista ja käsityksistä ei juuri löydy. Yhdysvalloissa ammattilaisten käsityksiä joistakin aineriippuvuuksista on tutkittu enemmän osittain siksi, että siellä rintamalinjat sairaustulkinnan ja oppimista korostavien lähestymistapojen välillä ovat olleet jyrkemmät kuin meillä (Alexander 1987; Schaler 1997).

Esimerkiksi Waltersin ja Gilbertin (2000) tutkimukseen osallistui Amerikan psykologisen yhdistyksen asiantuntijoita ja miesvankeja. Osallistujia pyydettiin valitsemaan heille esitetystä listasta addiktiota luonnehtivia ominaisuuksia. Vankeihin verrattuna ammattilaiset olivat tyytymättömämpiä esitettyihin vaihtoehtoihin eivätkä he keskenäänkään olleet kovin yksimielisiä. Ammattilaiset painottivat vaihtelevasti käyttäytymisen pakonomaista toistoa, fyysistä riippuvuutta, kontrolloimatonta käyttöä ja opittua käyttäytymistä. Mikään yksittäisistä kriteereistä ei kuitenkaan kyennyt kiteyttämään addiktion olemusta. To (2005) puolestaan tutki nettikyselyn avulla maallikkojen, lääkäreiden ja toipuvien alkoholistien käsityksiä alkoholismista. Lääkäreistä noin kaksi kolmasosaa piti erilaisia stressitekijöitä, perinnöllisyyttä ja perhehistoriaa keskeisinä syinä. Toipuvien kannatus käsityksille oli lähes yhtä suurta ja maallikoistakin noin puolet piti mainittuja tekijöitä syinä alkoholismista kehittymiseen. Vähän yli puolet lääkäreistä korosti tunne-elämän häiriöitä kuten myös puolet toipuvista. Maallikoista vain noin kolmannes piti tunne-elämän häiriöitä keskeisenä syynä. Vaihto-

ehtona ollut heikko tahdonvoima ei saanut juuri kannatusta toipuvien alkoholistien ryhmässä, ja lääkäreistä ja maallikoistakin vain neljäsosa kannatti kyseistä vaihtoehtoa.

Meza ym. (2001) tutkivat kyselymenetelmin päihdealan eri ammatteihin kuuluvien kanadalaisien asiantuntijoiden asenteita ja uskomuksia alkoholismista. Päihdelääkärit ja psykiatrit kannattivat selvästi sosiaalialan edustajia enemmän näkemystä aineriippuvuudesta psyykkisenä häiriönä. Lääkärit painottivat myös muita enemmän alkoholismista sairautuonetta, vaikka muutamalta heistä toivat esille myös neurobiologisten mekanismien ja psykososiaalisten tekijöiden vaikutuksia.

Ammattilaisten käsityksiä riippuvuusilmiöiden syistä on tutkittu myös Pohjoismaissa. Esimerkiksi Järvisen tutkimuksessa (1998) Tanskassa haastateltiin alkoholi-riippuvuuksia hoitavien laitosten henkilökuntaa. Haastatteluista kävi ilmi, että sairausmalli ei enää ollut kovin suosittu, vaan alkoholismi nähtiin enemmänkin sosiaalisten ja psykologisten ongelmien oireena. Yleisesti kuitenkin ajateltiin, että alkoholismi on itse aiheutettu häiriö (Järvinen 2003). Vastaavasti Palmin (2004) kyselytutkimus Ruotsissa osoitti, että suurin osa Tukholman alueen sosiaali- ja terveydenhuollon päihdetyötä tekevästä henkilökunnasta näki alkoholi- ja huumeongelmat enemmänkin sosiaalisena kuin lääketieteellisenä ongelmana, vaikka myös sairauskäsitys sai paljon kannatusta henkilökunnan keskuudessa.

Aiemmat tutkimukset siis viittaavat siihen, että vallitsevissa riippuvuusongelmien tulkinnoissa on eri konteksteihin ja ammattiryhmiin liittyviä eroja. Aiempien tutkimusten ja eri ammattialojen koulutuksen perusteella oletamme tässä tutkimuksessa, että sosiaalialan ammattilaiset näkevät päihderiippuvuuden muita enemmän sosiaalisesti ja yhteiskunnallisesti rakentuneena ongelmana, jota sosiaalityöllä pyritään korjaamaan (kompensatorinen malli). Lääkärit näkevät

ongelman sairautena, ja kannattavat siksi muita enemmän medikaalista mallia. Muiden hoitoalan ammattilaisten näkemykset hajaantuvat enemmän eri malleille riippuen heidän erilaisista tehtävistään hoitokontekstissa.

Tutkimusaineisto ja menetelmät

Suomen päihdehoitojärjestelmä on monimuotoinen, mutta piirstaleinen (Kekki & Partanen 2008). Päihdeongelmaisia hoitavat meillä pääasiassa sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset päihdehuollon ja rikosseuraamusalan yksiköissä. Päihdehuollon erityispalveluista vastaa ensisijaisesti A-klinikkatoimi, jolla on koko maan kattava palveluverkosto (Mäkelä 2003.) A-klinikkasäätiö tuottaa noin 40 % päihdehuollon erityispalveluista (Kekki & Partanen 2008). Terveystenhuollossa ja psykiatrisissa sairaaloissa hoidetaan esimerkiksi katkaisuhoidon tarvitsevia asiakkaita (Mäkelä 2003). Kansalaisjärjestöjen ja kirkon rooli on myös merkittävä päihdepalveluiden tarjoajana (Inkeroinen & Partanen 2006). Päihdetyötä tekevät myös erilaiset yhdistykset kuten esimerkiksi Myllyhoitoyhdistys ry ja Vapaan alkoholistihoitoon kannatusyhdistys VAK ry. Sen lisäksi myös vankilat ja kriminaalihuolto osallistuvat päihdeongelmaisten lainrikkojien kuntoutukseen (Vankeinhoitolaitoksen päihdestrategia).

Tähän tutkimukseen pyrittiin saamaan mukaan mahdollisimman edustava otos eri tahojen hoitoyksiköitä ja työntekijöitä. Aineiston keruussa sovellettiin lähinnä yksinkertaista ryväsoittoa. Ensin otettiin yhteyttä edellä mainittuihin pal-

veluntuottajiin tutkimuslupien saamiseksi. Sen jälkeen kutsu tutkimukseen lähetettiin Helsingin, Tampereen ja Turun kaupunkien A-klinikoille, Diakonissalaitokselle, Järvenpään sosiaalisairaalaan, Myllyhoitoyhdistyksen sekä Sininauhaliiton alaisiin yksiköihin. Tavoitteena oli kerätä alueellisesti vertailukelpoista aineistoa Ruotsissa aiemmin tehdylle vastaavalle kyselylle, joka kohdistui Suur-Tukholman alueen päihdetyöntekijöihin. Koska pääkaupunkiseudulta ei olisi saatu riittävästi vastaajia, aineiston keruuta laajennettiin Etelä- ja Keski-Suomeen. Rikosseuraamusvirasto lähetti kutsun tutkimukseen omien yksiköjensä työntekijöille, joista muutama oli myös pohjoisempaa. Kaikki yksiköt eivät kuitenkaan tulleet mukaan, koska niissä oli käynnissä muita projekteja. Päihdetyöntekijöiden hajanaisuuden ja tutkimuslupakäytäntöjen monimutkaisuuden vuoksi kaikkia pienimpiä palveluntuottajia ei voinut ottaa mukaan tutkimukseen.

Aineisto kerättiin vuoden 2007 loppupuolella ja vuoden 2008 ensimmäisten kuukausien aikana. Kyselylomakkeen palautti kaikkiaan 520 päihdealan ammattilaista, jotka työskentelevät taulukossa 2 esitettyjen palveluntuottajien palveluksessa. Kyselyn vastausprosentti on 51. Tarkkoja tietoja eri ammattiryhmien vastausprosentista ei ole saatavilla muuta kuin A-klinikkasäätiön yksiköistä, joissa kyselyyn vastasi 85 % (24) yksiköiden johtajista, 33 % (7) lääkäreistä, 55 % (75) sairaanhoitajista, 82 % (54) sosiaalialan ammattilaisista ja 29 % (56) ohjaajista. Voidaan olettaa, että muiden yksiköiden henkilökuntarakenne on suunnilleen samanlainen. Tutkimukseen osallistuneiden palveluntuottajien vastausprosentit voidaan nähdä taulukosta 2.

Taulukko 2 Tutkimukseen osallistuneiden palveluntuottajien vastausprosentit

	Lähetetyt lomakkeet (n)	Palautetut lomakkeet (n)	Vastausprosentti
A-klinikkasäätiön- ja kunnalliset yksiköt	597	335	56 %
Kristilliset yksiköt	43	26	60 %
Myllyhoidolliset yksiköt	49	20	41 %
Kriminaalisyö	111	49	44 %
Vankila	93	34	37 %
Helsingin Diakonissalaitos	77	36	47 %
Muut yksityiset yksiköt	44	20	45 %
Kaikki	1014	520	51 %

Ammattiryhmät koostuvat lääkäreistä, sairaanhoitajista ja muista terveydenhoitoalan edustajista, sosiaalityöntekijöistä, sosiaaliterapeuteista ja muista sosiaalialan edustajista sekä ohjaajista ja muista päihdetyötä tekevästä henkilöstöstä, joilla on vaihteleva koulutustausta. Seuraavissa analyyseissä katsottiin tarpeelliseksi yhdistää muutamia luokkia. *Sosiaalialan edustajiin* luokiteltiin kaikki sosiaalialan koulutuksen saaneet ammattilaiset (n=213), kuten myös yksikönjohtajat, joista valtaosalla on sosiaalialan koulutus. *Terveydenhoitoalan edustajiin* (n=165) sisällytettiin useita eri hoitoalan ammatteja. Huolimatta ryhmän pienuudesta *lääkäreitä* (n=13) päätettiin tarkastella omana ryhmänään, koska heillä on erityinen strateginen asema terveydenhuollon hierarkiassa ja koska heidän näkemyksensä näyttivät monessa suhteessa eroavan muista hoitoalan edustajista. Luokka *muut* (n=129) puolestaan sisältää muun muassa erilaisissa projekteissa ja hankkeissa työskentelevät henkilöt sekä kaikki ne muut työntekijät, jotka osallistuvat päihdeongelmaisten henkilökohtaiseen

ohjaukseen tai hoitoon. Sosiaalialan edustajia aineistossa on siten 41 %, lääkäreitä 3 %, muita terveydenhoitoalan edustajia 32 % sekä muuta päihdetyötä tekeviä 25 %. Kyselyyn vastanneiden keski-ikä (\pm keskivirhe) on 41.8 \pm 4.7. Enemmistö (76 %) vastaajista on naisia ja yli puolella (55 %) on korkeakoulututkinto.

Tutkimuksessa käytetty kyselylomake perustuu Jan Blomqvistin (2006) Ruotsissa tekemään vastaavanlaisen kyselyyn, jota muokattiin muutamien kysymysten osalta. Esimerkiksi riippuvuusvaihtoehtoista jätettiin pois nuuska ja kokaiini, jotka eivät Suomessa ole kovin yleisiä. Ammatilaiten kyselylomake sisältää kysymyksiä addiktioiden luonteesta, syistä ja vastuukysymyksistä, ongelman ratkaisemisen esteistä sekä ilman hoitoa ja hoidon avulla toipumisen todennäköisyydestä. Vain yksi kysymys on avoin, muut tarjoavat valmiita vastausvaihtoehtoja. Lomakkeen kysymykset käsittelevät useita erilaisia aine- ja toiminnallisia riippuvuuksia. Tässä artikkelissa keskitytään kuitenkin vain alkoholiin, tupakkaan,

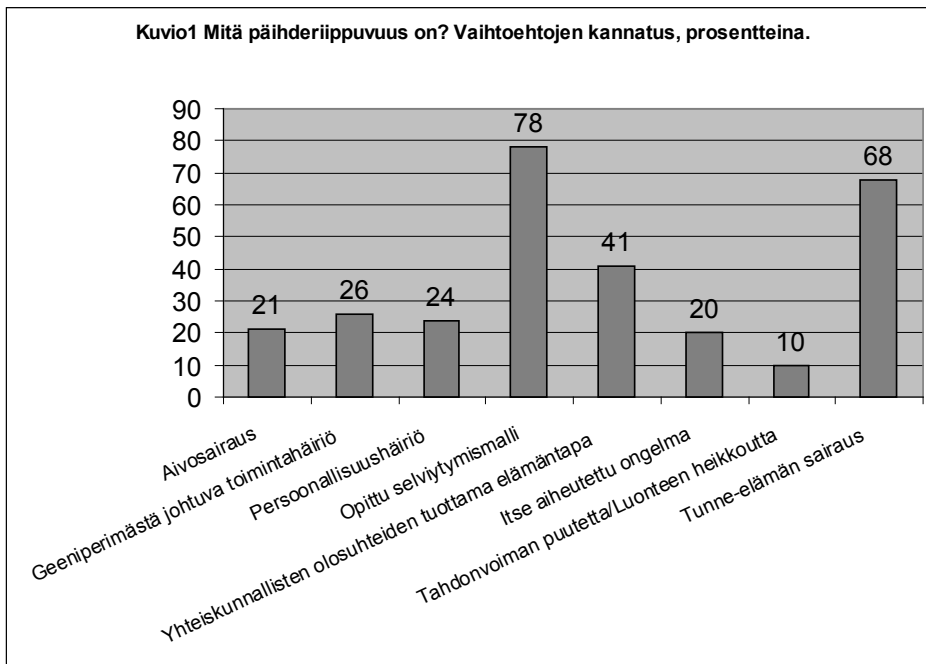
lääkkeisiin, hasikseen/marihuanaan sekä muihin huumeisiin (amfetamiini, heroini/muut opioidit).

Mitä päihderiippuvuus on?

Vallitsevat käsitykset

Vastaajia pyydettiin valitsemaan listasta (kuvio 1) 1-3 osuvinta päihderiippuvuuden luonnehdintaa. Neljä viidestä päihdealan ammattilaisesta

valitsi kolmen ensimmäisen joukkoon päihderiippuvuuden opittuna selviytymismallina. Toiseksi useimmin tähän ryhmään valittiin tunne-elämän sairaus (68 %), ja kolmanneksi eniten kannatettiin päihderiippuvuuden luonnehdintaa yhteiskunnallisten olosuhteiden tuottamana elämäntapana (41 %). Vallitsevat käsitykset päihderiippuvuuden luonteesta ovat siten psykososiaalisia, joskin kaikille kuvion 1 vaihtoehdoille löytyy kannattajia.



Kuvio 1 Mitä päihderiippuvuus on? Vaihtoehtojen kannatus prosentteina.

Vastaajia pyydettiin myös asettamaan valitsemansa luonnehdinnat tärkeysjärjestykseen. Vähän yli kolmasosa (36 %) vastaajista asettaa ykkössijalle opitun selviytymismallin ja lähes yhtä moni (34 %) pitää osuvimpana tunne-elämän sairautta. Yhteiskunnallisten olosuhteiden tuottama elämäntapa puolestaan on osuvin luonnehdinta vain 7 %:n mielestä.

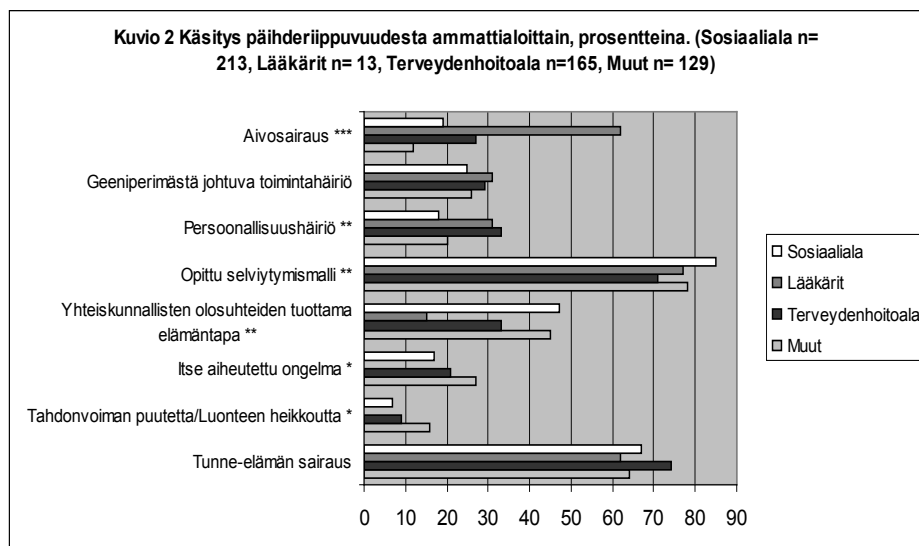
Vastaajien valinnat ja heidän kyselylomakkeeseen kirjoittamansa ylimääräiset kommentit antavat ymmärtää, että suurin osa ammattilaisista ajattelee päihderiippuvuuden syyn olevan useamman tekijän summa. Erään ammattilaisen mielestä kyselylomakkeen voisi täyttää jokaisen asiakkaan jälkeen hieman eri tavalla.

Käsitys päihderiippuvuudesta ammattiryhmittäin

Kun vastauksia tarkastellaan ammattiryhmittäin, niin osoittautuu, että vastaajat ovat yhtä mieltä geenien osuudesta ja päihderiippuvuudesta tunne-elämän sairautena. Muissa luonnehdinnoissa ilmenee tilastollisesti merkitseviä ammattiryhmäeroja. (Kuvio 2). Suurimmat ryhmä-

erot ilmenevät suhteessa päihderiippuvuuden luonnehdintaan aivosairautena ($\chi^2 = 23,89$; $df = 3$; $p < .001$). Lääkäreistä kaksi kolmasosaa (62 %) kannattaa tätä näkemystä, kun taas muissa vastaajaryhmissä sen kannatus on vain 12-27 %. Jos aivosairauden tilalla olisi ollut pelkkä sairaus, useampi vastaaja olisi saattanut valita kyseisen vaihtoehdon.

Yksikään lääkäreistä ei pidä päihderiippuvuutta itse aiheutettuna ongelmana eikä tahdonvoiman puutteena/luonteen heikkoutena. Sosiaalialan ammattilaiset uskovat lääkäreitä enemmän siihen, että päihderiippuvuus on yhteiskunnallisten olosuhteiden tuottama elämäntapa. Myös hoitoalan edustajien näkökulma on sosiaalisempi kuin lääkäreiden. Kuitenkin noin kolmannes sekä lääkäreistä että hoitajista pitää päihderiippuvuutta persoonallisuushäiriönä, kun muissa ryhmissä vastaavaa käsitystä kannattaa vain joka viides ($\chi^2=12,93$; $df= 3$; $p<.01$). Psykiatria tarkastelee riippuvuutta persoonallisuushäiriönä, joka luokitellaan psykiatriseksi sairaudeksi (Heinälä 2004).



Kuvio 2 Käsitys päihderiippuvuudesta ammattialoittain, prosentteina

Sosiaalialan edustajat pitävät päihderiippuvuutta ennen kaikkea opittuna selviytymismallina (86 %), terveydenhoitoalan edustajista tällä kannalla on merkitsevästi harvempi (70 %) ($\chi^2 = 13,72$; $df = 3$; $p < .01$). Ryhmästä *muut* puolestaan 16 % ajattelee päihderiippuvuuden johtuvan tahdonvoiman puutteesta/luonteen heikkoudesta, kun lääkäreistä näin ei ajattele kukaan ja sosiaali- ja terveydenhoitoalan edustajistakin tällä kannalla on vain yksi kymmenestä ($\chi^2 = 10,19$; $df = 3$, $p < .05$).

Kenellä on vastuu ongelman kehittymisestä ja kenellä sen ratkaisemisesta?

Vallitsevat vastuumallit

Vastaajia pyydettiin arvioimaan eri aineiden osalta, kenestä tai mistä riippuvuus johtuu ja kenellä tai millä taholla on vastuu siitä, että addiktoitunut henkilö pääsee ongelmastaan eroon. Taulukoista 3 ja 4 voidaan nähdä, että ammattilaisten vastauksissa painottuu eniten vaihtoehto, jossa riippuvuuden katsotaan johtuvan enemmän henkilöstä kuin olosuhteista. Myös vastuu-

Taulukko 3 Kenestä tai mistä riippuvuus johtuu? Vastaukset prosentteina.

	Henkilöstä itsestään	Enemmän henkilöstä kuin olosuhteista	Enemmän olosuhteista kuin henkilöstä	Olosuhteista ja ympäristöstä
Alkoholi	17	62	15	6
Kannabis	21	55	16	8
Muut huumeet	20	50	17	18
Tupakka	31	49	12	6
Lääkkeet	20	55	20	5

Taulukko 4 Kenellä tai millä taholla on vastuu ongelman ratkaisemisesta? Vastaukset prosentteina.

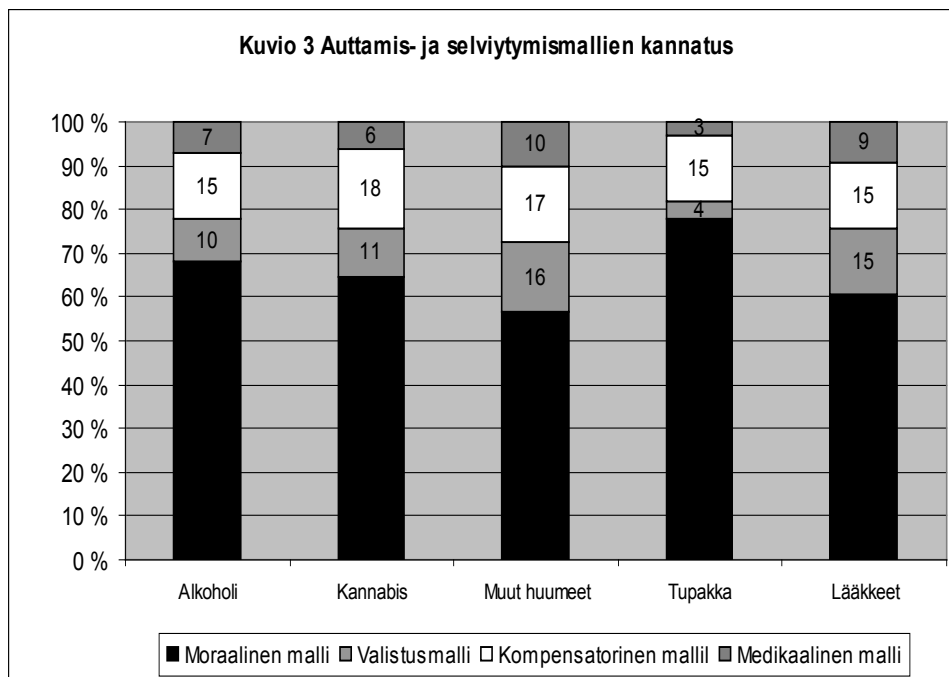
	Täysin yksilön vastuulla	Enemmän yksilön kuin yhteiskunnan	Enemmän yhteiskunnan kuin yksilön	Täysin yhteiskunnan vastuulla
Alkoholi	10	74	16	1
Kannabis	11	72	18	0.5
Muut huumeet	9	64	26	1
Tupakka	32	61	7	0.4
Lääkkeet	9	66	24	0.4

ta ongelman hoitamisesta annetaan enemmän yksilölle kuin yhteiskunnalle.

Vastauksena kysymykseen, mitä Brickmanin ja kumppanien (1982) hahmottamista malleista maamme päihdehuollon ammattilaiset kannattavat, taulukon 3 ja 4 kysymykset ristiintaulukoitiin dikotomisoituina. Tämä edellytti kummankin kysymyksen uudelleen luokittelua yhdistämällä toisaalta yksilön vastuuta enemmän painottavat vaihtoehdot (1 ja 2 = 1) ja toisaalta ympäristön vastuuta enemmän painottavat vaihtoehdot (3 ja 4 = 2). Toimenpide kadotti siis osan taulukojen 3 ja 4 informaatiosta. Ristiintaulukoinnin pohjalta tehtiin uudet, kunkin hoitomallin kannatusta kuvaavat muuttujat (kuvio 3).

Kuvio 3 osoittaa, että kaikkia vastuumalleja kannatetaan. Suurin osa vastaajista kuitenkin

näkee erilaisiin aineisiin addiktoituneen henkilön yksilön vastuuta korostavan moraalisen mallin kautta. Asianomaista henkilöä pidetään siis ensisijaisesti vastuullisena sekä riippuvuudesta että myös niistä toipumisesta. Eniten moraalista mallia kannatetaan nikotiiniriippuvuuden suhteen (78 %). Muiden huume- (56 %) ja lääkeriippuvuuksien (60 %) yhteydessä tuki moraalille on vähäisintä. Kompensatorinen malli, jossa yksilöä pidetään syyttömänä ongelmaansa, mutta saatuaan tukea häneltä odotetaan henkilökohtaisen vastuun ottamista, saa jokaisen riippuvuuden kohdalla 15 - 18 % kannatuksen. Yksilöä syyllistävää ja toipumisessa ulkoista auktoriteettia korostavaa valistusmallia tukee lääkkeiden ja muiden huumeiden suhteen 15 -16 % vastaajista, mutta nikotiiniriippuvuudessa valistusmallin kannatus jää vähäiseksi (4



Kuvio 3 Auttamis- ja selviytymismallinen kannatus

%). Medikaalisen mallin kannatus (3 - 10 %) on kaikissa riippuvuuksissa vähäisintä.

Mallien kannatus ammattiryhmittäin

Taulukosta 5 käy ilmi eri mallien kannatus kunkin päihteen osalta ammattiryhmittäin. Alkoholi- ja nikotiiniriippuvuuden suhteen ei ilmene tilastollisesti merkitseviä ryhmäeroja. Kannabisriippuvuuden osalta tilanne on toinen ($\chi^2 = 12.95$; $df = 3$; $p < .01$). Hoitoalan työntekijät uskovat eniten moraaliseen malliin (75 %) ja sosiaalialan työntekijät vähiten (57 %). Odotusten vastaisesti medikaalinen malli ei kannabisriippuvuudessa saa juuri lainkaan kannatusta hoitajilta eikä lääkäreiltä, kun sosiaalialan työntekijöistä ja muista sitä tukee noin yksi kymmenestä ($\chi^2 = 11.44$; $df = 3$; $p < .05$). Kun tarkastellaan riippuvuutta muista laittomista huumeista, kannattavat hoitoalan työntekijät hieman yllättäen medikaalista mallia selvästi vähemmän kuin kaikki muut ryhmät ($\chi^2 = 9.09$ $df = 3$; $p < .05$). Lääkeriippuvuudessa sosiaalialan työntekijät kannattavat moraalista mallia vähiten ($\chi^2 = 9.44$; $df = 3$; $p < .05$), kuten kautta linjan muissakin riippuvuuksissa.

Saadut tulokset eivät siis tue asetettuja hypoteeseja: sosiaalialan työntekijät eivät kannata eniten kompensatorista mallia eivätkä lääkärit medikaalista mallia. Muiden hoitoalan ammattilaisten käsitykset eivät myöskään jakaudu toisia ryhmiä tasaisemmin eri malleille. Sen sijaan kaikissa ammattiryhmissä ja addiktioissa eniten kannatusta saa yksilön vastuuta korostava moraalinen malli.

Moraalisen mallin korostumiseen vaikuttaa jossain määrin muuttujien dikotomisointi, jonka myötä osa alkuperäisten kysymysten informaatiosta katosi. Taulukkojen 3 ja 4 vastauksista ennen luokkien yhdistämistä ilmenee, että alkoholi-riippuvuutta pitää täysin henkilöstä itsestään

johtuvana vain 17 % ammattilaisista. Huume- ja lääkeriippuvuuksien suhteen näin ajattelee joka viides ja nikotiiniriippuvuuden osalta joka kolmas. Vastuun ongelman voittamisesta taas sijoittaa täysin yksilölle itselleen alkoholin, huumeiden ja lääkkeiden yhteydessä vain yksi kymmenestä ammattilaisesta ja tupakan suhteenkin vain yksi kolmesta.

Tässä tutkimuksessa käytetty tapa operationalisoida Brickmanin typologiaa ei ole ainoa mahdollinen. Esimerkiksi Blomqvist (2009) on äskettäin siirtynyt operationalisoimaan sitä kysymyksillä, jotka kuvastavat yksilön vastuuta ongelman synnystä ja hänen kykyään *ratkaista ongelma omin avuin*. Jos henkilöä ei nimittäin nähdä kykenevänä ratkaisemaan itse ongelmaansa, häntä ei voida myöskään pitää vastuullisena. Blomqvistin operationalisointia käyttäen moraalisen mallin kannatus supistuisi tässä aineistossa etenkin suhteessa heroiniin ja muihin opioideihin (12 %). Myös amfetamiini- (22 %) ja lääkeriippuvuuden (26 %) osalta moraalista mallia kannattaisi alle kolmasosa vastaajista. Ainoa merkitsevä ero ammattiryhmien välillä ilmeni amfetamiinin käytön kohdalla, jossa lääkärit (54 %) kannattavat moraalista mallia muita ryhmiä enemmän (19- 23 %). Moraalisen mallin kannatuksen vähetessä ulkoista auktoriteettia edellyttävän valistusmallin kannatus puolestaan lisääntyisi amfetamiini- (49 %), heroini- (59 %) ja lääkeriippuvuuden (48 %) yhteydessä.

Brickmanin typologia ja Blomqvistin uusi tapa operationalisoida Brickmanin typologiaa valottavat syy- ja vastuukysymyksiä hieman eri puolelta. Blomqvistin operationalisoinnissa hylätään kysymys *kenen vastuulla on riippuvuusongelmas- ta selviäminen* ja otetaan lähtökohdaksi yksilön mahdollisuus toipua ilman ammattilaisten apua. Tässä artikkelissa käytetty operationalisointi korostaa vastuunjakoa yksilön ja yhteiskunnan välillä.

Taulukko 5 Hoitomallien kannattajat ammattiloittain, prosentteina

	Kaikki (n= 520)	Sosiaalialan edustajat (n= 213)	Lääkärit (n= 13)	Terveystoimien toimialan edustajat (n= 165)	Muut (n= 129)	p
Alkoholi						
Moraalinen malli	68	63	83	70	72	
Valistusmalli	10	13	0	9	6	
Kompensatorinen malli	15	16	0	17	13	
Medikaalinen malli	7	8	17	4	9	
Hasis/marihuana						
Moraalinen malli	64	57	62	75	62	**
Valistusmalli	11	14	8	9	12	
Kompensatorinen malli	18	20	30	15	17	
Medikaalinen malli	6	9	0	1	9	*
Muut huumeet						
Moraalinen malli	56	49	58	63	59	
Valistusmalli	16	19	8	14	15	
Kompensatorinen malli	17	19	17	19	13	
Medikaalinen malli	10	13	17	4	13	*
Tupakka						
Moraalinen malli	78	75	77	80	81	
Valistusmalli	4	6	0	4	1	
Kompensatorinen malli	15	17	23	14	13	
Medikaalinen malli	3	2	0	2	5	
Lääkkeet						
Moraalinen malli	60	52	69	67	63	*
Valistusmalli	15	19	8	13	11	
Kompensatorinen malli	15	18	8	14	14	
Medikaalinen malli	9	11	15	6	12	

Johtopäätökset

Artikkelin tarkoituksena oli selvittää, miten päihdetyötä tekevät ammattilaiset hahmottavat työnsä kohteen eli mitä he ajattelevat aineriip-

puvuksista ja addiktiivisesta käyttäytymisestä sekä käyttöön liittyvistä vastuukysymyksistä.

Päihdehoidon ammattilaisista neljä viidesosaa pitää päihderiippuvuutta opittuna selviytymismallina ja kaksi kolmasosaa heistä ajattelee sen

olevan tunne-elämän sairaus. Jollain tavalla molemmat vaihtoehdot liittyvät elämän hallintaan. Aineiden käyttö voidaan nähdä yrityksenä hallita vaikeita elämäntilanteita ja jonkinlaisena "itselääkintänä" erilaisissa psyyken ongelmissa. Lähes puolet ammattilaisista mieltää aineriippuvuuden ainakin osittain yhteiskunnallisten olosuhteiden tuottamaksi elämäntavaksi.

Se, että tässä kyselyssä yhdeksi riippuvuusongelmien luonnehdinnaksi esitettiin nimenomaan aivosairaus eikä vain sairaus yleensä, voi osaltaan selittää eroa ruotsalaisten ja suomalaisten valintojen välillä. Tosin Palm (2004) epäili sairauskäsityksen kannatuksen ruotsalaisaineistossa saattavan olla myös AA-ideologian vaikutusta, jonka mukaan päihdesairaus on tila, joka ei välttämättä vaadi lääketieteellistä hoitoa. Käsillä olevassa tutkimuksessa kaksi kolmasosaa lääkäreistä kannattaa näkemystä päihderiippuvuudesta aivosairautena muiden ryhmien kannatuksen ollessa 12–27 %. Tässä ilmenee siis selvän lääkäreiden ja muiden ammattiryhmien välinen mielipide-ero, joka saattaa tuottaa ristiriitoja myös hoitokäytäntöjä koskevilla neuvotteluissa.

Odotusten vastaista tutkimuksen tuloksissa on päihdealan ammattilaisten suuri kannatus yksilön vastuuta korostavalle moraalille ja vastaavasti suhteellisen vähäinen tuki muille malleille. Moraalista mallia kannatetaan kuitenkin enemmän suhteessa alkoholiriippuvuuteen (68 %) kuin koviin huumeisiin (56 %). Tähän malliin perustuva hoito sopii parhaiten niille, joilla on kyky auttaa itse itseään. Heikommin itseään hallitseviin sovellettuna se voi merkitä yksilön syyllistämistä menneestä ja ehkä myös liiallista vastuuttamista tulevastakin. Päihdeongelmasta kärsivä henkilö tarvitsee sijaan konkreettista apua, tukea ja ymmärrystä päästäkseen edes alkuun toipumisen tiellä.

Järvinen (2002) on niin ikään havainnut Tanskassa viime vuosikymmeninä yksilön vastuuta korostavan ajattelutavan voimistumisen kom-

pensatorisen ja medikaalisen mallin kustannuksella. Ilmiö ei hänen mielestään liity vain Tanskan hoitojärjestelmään, vaan se kertoo yleisemmästä suuntauksesta kohti sosiaalisten ongelmien individualisointia. Kun perinteisessä hyvinvointivaltiossa ongelmat hoidettiin asiantuntijoiden opastuksella, niin nykyään pääasiallisen vastuun katsotaan olevan yksilöllä (Järvinen 2002).

Eri ammattiryhmien käsitykset aineriippuvuuksista ja niihin liittyvistä vastuista eroavat toisistaan joissakin suhteissa merkittävästi. Esimerkiksi terveydenhuoltoalan edustajat kannattavat sosiaalialaa enemmän moraalista mallia kaikissa päihderiippuvuuksissa. Sosiaalipuolen ja terveydenhoidon koulutuksen erilaiset painotukset voivat osaltaan selittää tulosta. Terveydenhuollossa henkilö saa ongelmalleen diagnoosin ja siihen tarvittavan hoidon. Hoitajia on koulutettu antamaan lääkitystä, tarvittavia tietoja ja taitoja sekä terveysvalistusta. Sen jälkeen odotetaan, että asiakas noudattaa saamia ohjeita.

Sosiaalialalla asiakas nähdään osana yhteisöään, jolloin myös hänen ongelmansa pyritään näkemään laajemmasta perspektiivistä. Asiakkaita pyritään myös tarpeen mukaan auttamaan erilaisen tukitoimien avulla. Sosiaalialan ammattilaiset pitävät odotusten mukaisesti päihderiippuvuutta muuta enemmän sosiaalisesti rakentuneena ilmiönä. Odotusten vastaisesti korjaava sosiaalityö ei kuitenkaan näyttäytyä kompensatorisen mallin suurena kannatuksena, sillä sosiaalialan ammattilaisten enemmistö vastuuttaa päihderiippuvaisia ongelmastaan ja sen hoitamisesta kuten muutkin.

Lisäksi tässä tutkimuksessa oletettiin, että lääkärit kannattaisivat muuta enemmän medikaalista mallia. Osoittautui kuitenkin, että myös lääkäreiden enemmistö kannattaa moraalista mallia, vaikka suurin osa heistä pitääkin päihderiippuvuutta aivosairautena. Puheet "elämäntapasairauksista" ovat saattaneet muuttaa suhtautumista sairautteen ylipäänsä. Nykyään sairaalta ehkä edelly-

tetään muutakin kuin hoidon kohteeksi asettumista.

Muutaman osanottajan mielestä vastuukysymyksiin oli kuitenkin vaikea ottaa kantaa, sillä niissä ei oteta huomioon henkilön ikää. Jos aineiden ongelmakäyttäjäksi on alaikäinen, vastuu ongelmasta ja sen ratkaisusta ei voi kokonaan olla yksilöllä.

Vaikka moraalisen mallin kannatus päihdealan ammattilaisten keskuudessa näyttää tämän tutkimuksen mukaan suurelta, se ei välttämättä tarkoita, että he asettaisivat päihdeongelmalle itselleen täyden vastuun toipumisestaan. Häneltä odotetaan kuitenkin todellista halua muutokseen ja tarpeeksi motivaatiota pysyä hoidossa ammattilaisen tuella. Toisaalta hoitohenkilökunnan on myös kyettävä käyttämään sitä motivaatiota, jota asiakkaalta löytyy ja pyrittävä kanavoimaan se hoitoprosessin tueksi, vaikkei se alun perin olisi täysin riippuvuudesta toipumiseen liittynytkään. Ei siis riitä, että hoito vain jatkuu, vaan motivaatiota on myös vahvistettava ja pidettävä yllä, ettei se kuole.

Nuutinen (2005) onkin antanut Brickmanin ym. typologian moraalille mallille nimen yksilöllistämismalli, mikä antaa lisää ulottuvuutta typologian tarkasteluun. Vaikka malli voikin tarkoittaa moralisointia ja yksilön jättämistä oman onnensa nojaan, se olettaa myös, että ihminen on vahva ja hänestä löytyy tarvittaessa myös kykyä ja voimaa ponnistella tavoitteidensa saavuttamiseksi.

Tutkimuksen aineiston keruussa käytetty yksinkertainen ryväsoitanta ja matalahko vastausprosentti asettavat omat rajoituksensa tulosten yleistettävyydelle. Myös lääkäreiden vähälukisuus hoito-organisaatiossa ja heidän niukka osallistumisensa kyselyyn rajoittaa ammattiryhmien vertailua.

Näkemyseroja ammattiryhmien välillä ilmeni etenkin päihderiippuvuuden tulkinnasta aivosairautena. Yhtä mieltä oltiin kuitenkin geenien osuudesta ja päihderiippuvuudesta tunne-elämän sairautena. Yhteistä vastuuattribuutioissa oli yksilön vastuun korostuminen sekä ongelman synnystä että sen voittamisesta. Tilastollisesti merkitseviä ryhmäeroja eri mallien kannatusprosentteissa ei ilmennyt suhteessa alkoholi- ja nikotiiniriippuvuuteen. Sen sijaan huume- ja lääkeriippuvuuksissa ammattiryhmien näkemyserot olivat joiltakin osin myös tilastollisesti merkitseviä. Etenkin näiden riippuvuuksien hoidosta saattaa käytännön työssä ammattiryhmien välillä esiintyä erimielisyyttä, jota tulisi voida käsitellä avoimesti ja kaikki eri näkökannat huomioon ottaen. Esimerkiksi lääkehoidon osuus on vahvistunut huumeongelmien kasvun seurauksena 1990-luvulla (Murto 2002) aiheutuksen kiistaa lääkäreiden ja muiden päihdehoitoalan edustajien välillä.

Yhtenäisten hoitolinjojen muodostaminen edellyttää kokonaisukvaa riippuvuusongelmista. Niemelä (1999) on peräänkuuluttanut vieläkin yleisempää ajatuskehikkoa, joka jäsentäisi kokonaisukvaa ihmisestä niin, että päihdehuollossa olisi helpompaa puhua erilaisista hoitovaihtoehtoista, kuten lääkehoito, sosiaalityö, psykoterapia ja sielunhoito, ymmärrettävällä tavalla. Koski-Jännes (2004) on puolestaan ehdottanut ns. biopsykososiaalisen mallin käyttöönottoa kliinisessä työssä. Mallissa otetaan huomioon ongelmakäyttäytymisen fysiologiset, psykologiset ja sosiaaliset puolet ja ymmärretään, että mikä tahansa muutos tämän mallin osatekijöissä vaikuttaa koko järjestelmään. Mallin tarkoituksena on auttaa moniammattillista hoitoryhmää yhdistämään voimavaransa asiakkaan auttamiseksi. Tämän kyselytutkimuksen perimmäinen tarkoitus oli sama: auttaa yhtenäistämään hoitokenttää sitä kautta, että mahdolliset piilevät ristiriidat otetaan esille ja kehitetään niihin yhdessä toimivia ratkaisuja.

Kirjallisuus

- AAtiето.info (2006-2007) Ensimmäinen askel < http://www.aatiето.info/bw_askel_1.html > Luettu 5.4.2010.
- Alexander, Bruce K. (1987) The disease and adaptive models of addiction: A framework evaluation. *Journal of Drug Issues* 17 (1), 47–66.
- Augoustinos, Martha & Walker, Iain & Donaghue, Ngaire (2006) *Social Cognition. An Integrated Introduction* (Second edition). London: SAGE.
- Bennett, Linda A. (1995) Accountability for alcoholism in American families. *Soc. Sci. Med.* 40 (1), 15-25.
- Blomqvist, Jan (2006) Societal images of addiction and recovery – first results from a Swedish representative study. Research and development Unit, City of Stockholm (unpublished.)
- Blomqvist, Jan (2009) What is the worst thing you could get hooked on? Popular images of addiction problems in contemporary Sweden. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 26 (4), 374-398.
- Brickman, Philip & Rabinowitz, Vita C. & Karuza, Jurgis Jr. & Coates, Dan & Cohn, Ellen & Kidder, Louise (1982) Models of Helping and Coping. *American Psychologist* 37 (4), 368-384.
- Buchanan, Julian (2005) Problem Drug Use in the 21st Century: A Social Model of Intervention. In Tuula Heino & Anna Metteri (eds.) *Social work in health and mental health*. Toronto: Canadian Scholars' Press, 65-84.
- Delos Reyes, C.M. (2002) Overcoming pessimisms about treatment of addiction. *JAMA* 287 (14), 1857.
- Dodes, Lance (2003) *The Heart of Addiction*. New York: Quill/Harper Collins.
- Doise, Willem & Staerklé, Christian (2002) From Social to Political Psychology: The Societal Approach. In Kristen Renwick Monroe (eds.) *Political Psychology*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 151-171.
- Freud, Anna (1975) *Normality and pathology in childhood*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Giddens, Anthony (1995) Elämää jälkitraditionaalisessa yhteiskunnassa. Teoksessa Ulrich Beck, Anthony Giddens & Scott Lasch: *Nykyajan jäljillä. Refleksiivinen modernisaatio*. Tampere: Vastapaino, 83-152.
- Griffiths, Mark, D. & Larkin, Michael (2004) Editorial - Conceptualizing addiction: The case for a "complex systems" account. *Addiction Research and Theory* 12 (2), 99-102.
- Hakkarainen, Pekka & Metso, Leena (2003) Huumeiden käytön uusi sukupolvi. *Yhteiskuntapolitiikka* 68 (3), 244-256.
- Heinäälä, Pekka (2004) Päihteiden käyttö. Teoksessa Irma Moilanen, Eila Räsänen, Tuula Tamminen, Fredrik Almqvist, Jorma Piha & Kirsti Kumpulainen (toim.) *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Duodecim, 275-288.
- Hirschovits-Gerz, Tanja & Koski-Jännes, Anja (2010) Suomalaisen käsityksiä riippuvuuksista: Sukupuolen, iän sekä yhteiskunnallisen todellisuuden vaikutuksia mielikuviin. *Sosiologia* 47 (1), 3-23.
- Inkeroinen Tiia & Partanen, Airi (2006) Päihdepalvelujen tila 2005. Stakesin työpapereita 7. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/TP7_2006.pdf> Luettu 12.12.2007
- Järvinen, Margaretha (2003) Drinking rituals and drinking problems in a wet culture. *Addiction Research and Theory* 11 (4), 217-233.
- Järvinen, Margaretha (2002) Institutionalised resignation – on the development of the Danish treatment system. *Nordic Studies On Alcohol and Drugs. English Supplement*, 19, 5-17.
- Järvinen, Margaretha (1998) *Det dårlige selskab. Misbrug, behandling, omsorg*. Holte: Forlaget Socpol.
- Kaprio, Jaakko (2003) Onko alkoholismi perinnöllistä? *Duodecim* 119 (24), 2514-2519.
- Kekki, Tuula & Partanen, Airi (2008) Päihdepalveluiden seudullinen kehitys 2008. Stakesin työpapereita 38. Helsinki: Stakes.
- Kiianmaa, Kalervo & Tiihonen, Jari & Hyytiä, Petri (2003) Alkoholiriippuvuuden hermostollinen perusta. *Duodecim* 119 (24), 2494-2500.
- Korpi, Esa R. (2006) Pääkirjoitus. Addiktion neurobiologia – Mahdollisuuksia lääkehoitoon? *Duodecim* 122 (21), 2559-2561.
- Koski-Jännes, Anja (2004) In Search of a Comprehension

- sive Model of Addiction. Teoksessa Pia Rosenqvist & Jan Blomqvist & Anja Koski-Jännes & Leif Öjesjö (toim.) *Addiction and Life Course*. Nad Publication 44, 49-67.
- Lund, Pekka (2006) *Torjuttu toivottomuus*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Meririnne, Esa & Seppälä, Timo (2004) Katsausartikkeli. Opiattiriippuvuuden neurobiologiaa. *Duodecim* 120 (20), 951-959.
- Meza, Eduardo E. & Cunningham, John A. & el-Guebaly, Nady & Couper, Linda (2001) Alcoholism: Beliefs and Attitudes among Canadian Alcoholism Treatment Practitioners. *Can J Psychiatry* 46 (2), 167-172.
- Moscovici, Serge (1984) The phenomenon of social representations. In Robert M. Farr & Serge Moscovici (eds.) *Social representations*. Cambridge: Cambridge University Press, 3-69.
- Moscovici, Serge (1988) Notes towards a description of Social Representations. *European Journal of Social Psychology* 18 (3), 211-250.
- Murto, Lasse (2002) Päihdehuollon suomalainen malli kansainvälistyvässä ympäristössä. Teoksessa Olavi Kaukonen & Pekka Hakkarainen (toim.) *Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa*. Helsinki: Gaudeamus, 167-192.
- Mäkelä, Klaus & Poikolainen, Kari (2001) Näkökohtia huumaussainien ongelmakäyttäjien hoitoa kehittäneen työryhmän muistiosta. *Yhteiskuntapolitiikka* 66 (4), 360-365.
- Mäkelä, Raimo (2003) Hoitojärjestelmät. Teoksessa Mikko Salaspuro & Kalervo Kianmaa & Kaija Seppä (toim.) *Päihdelääketiede*. (2. uudistettu laitos) Helsinki: Duodecim, 192-199.
- Niemelä, Jorma (1999) Usko, hoito ja toipuminen. Tutkimus kääntymyksestä ja kristillisestä päihdehoidosta. *STAKES: Tutkimuksia* 96.
- Nuutinen, Helena (2005) Empowerment: Asiantuntijuidet kohtaavat. *Diabetes ja lääkäri* 34 (2), 42-46.
- Nyysönen, Milla (2008) Alkoholi- ja huumeaddiktiota koskevat syy- ja vastuutulkinnat päihdekuntoutusasiakkailla. *Pro gradu -tutkielma*. Tampereen yliopisto, Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos.
- Orford, Jim (2001) *Excessive Appetites: A Psychological View of Addictions*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Orford, Jim (2008) Asking the right questions in the right way: the need for a shift in research on psychological treatments for addiction. *Addiction* 103 (6), 875-885.
- Palm, Jessica. (2004) The nature of and responsibility for alcohol and drug problems: Views among treatment staff. *Addiction Research and Theory* 12 (5), 413-431.
- Peräkylä, Anssi (1990) Kuoleman monet kasvot. Identiteetin tuottaminen kuolevan potilaan hoidossa. Tampere: Vastapaino.
- Salasuo, Mikko (2004) Huumeet ajankuvana. Huumeiden viihdekäytön kulttuurinen ilmeneminen Suomessa. *STAKES: Tutkimuksia* 149.
- Schaler, Jeffrey A. (1997) Addiction beliefs of treatment providers: Factors explaining variance. *Addiction Research* 4 (4), 367-384.
- To, Stephen E. (2005) Alcoholism and Pathways to Recovery: New Survey Results on Views and Treatment Options. *Medscape General Medicine* 8 (1): 2. <http://www.medscape.com/viewprogram/4826_pnt> Luettu 11.11.2009
- Vankeinhoitolaitoksen päihdestrategia. Rikosseuraamusvirasto. <<http://www.rikosseuraamus.fi/6590.htm>> Luettu 7.10.2008.
- Volkow, Nora, D. (2006) Drug Addiction. Free Will, Brain Disease or Both? *Vital Speeches of the Day* 72 (16/17), 505-508.
- Walters, Glenn D. & Gilbert, Alice A. (2000) Defining Addiction: Contrasting views of clients and experts. *Addiction Research* 8 (3), 211-220.
- Weckroth, Antti (2001) Pääteestä huumeeksi – huumeongelman kulttuuriset tulkinnat. Teoksessa Ritva Piisi (toim.) *Huumetyö*. Helsinki: Tammi, 30-47.
- West, Robert (2006) *Theory of Addiction*. Oxford: Blackwell Publishing.