

Toipumisorientaatio päihdetyössä

Juha Santala

Johdanto

Gorizian mielisairaala 1960-luvun alun Pohjois-Italiassa oli kaltereiden, suljettujen osastojen, pakkopaitojen ja tiukkojen säännösten maailma. Tuon ajan psykiatrisen lääketieteen mukaan mieleltään sairaat olivat vaarallisia hulluja, jotka oli suljettava yhteiskunnan ulkopuolelle. Psykiatri Franco Basaglia aloitti taistelun mielisairaiden asteittaiseksi vapauttamiseksi sorrosta. Ensin oli kiellettävä mielisairaalan todellisuus, jossa eristäminen määriteltiin hoidoksi. Toiseksi oli kiellettävä se tieteellinen totuus eli psykiatrisen lääketiede, joka katsoi järkeväksi sulkea sairaita kansalaisia vankeuden kaltaisiin olosuhteisiin kykenemättä näkemään tässä mitään väärää. Lisäksi oli poliittisesti vaikutettava yhteiskunnan rakenteisiin, jotka mahdollistivat kansalaisten laajamittaisen jättämisen yhteiskunnan ulkopuolelle yksinäisyyteen, työttömyyteen, köyhyyteen ja tarkoituksettomuuteen. (Basaglia 1972, 75–78.)

Basaglian edustama antipsykiatrisen liike tavoitteli yhteiskunnallista muutosta ja psykiatrisen hoidon uudistamista. Suomalaisessa mielenterveys- ja päihdetyössä on edelleen rakenteita, joilla päihdeasiakkaat eristetään omiin asumis- ja palveluyksikköihinsä yhteiskunnallisen osallisuuden ulkopuolelle alakulttuureihin, jotka heikentävät heidän hyvinvointiaan (ks. Salo 2020). Tällä hetkellä toipumisorientaatioksi kutsuttu

lähestymistapa on merkittävin muutosvoima mielenterveys- ja päihdetyön kentällä. Tässä puheenvuorossa arvioidaan toipumisorientaation mahdollisuuksia muuttaa vallitsevaa päihde- ja mielenterveysjärjestelmää asiakaslähtöisemmäksi ja osallistavammaksi. Ennen sitä kuvataan nykyisen järjestelmän antialogisuus (ks. Freire 2005 139–185; Santala 2011) sekä toipumisorientaation suhdetta nykyjärjestelmään. Lisäksi arvioidaan toipumisorientaation merkitystä sosiaaliselle päihdetyölle. Kokonaisuudessaan tämän puheenvuoron tarkoituksena on kannustaa päihde- ja mielenterveyspalvelujen ammattilaisia omaksumaan sortoa vastustava näkökulma köyhyydessä elävien ja päihteiden käytöstä kärsivien ihmisten palvelujen toteuttamisessa ja kehittämisessä (ks. Freire 2005).

Medikalisoitunut ja uusliberalistinen päihdetyö

Franco Basaglian käynnistämän antipsykiatrisen liikkeen voima on vähitellen hiipunut. Viimeisen kolmen vuosikymmenen aikana suomalaisia päihde- ja mielenterveystyötä ovat merkittävimmin muokanneet uusliberalistiset ja medikalistiset johtajuuden ideologiat. Ne ovat suosineet sosiaalipolitiikkaa, joka tuottaa köyhyyttä, hyvinvointia vastustavaa poliittista ilmapiiriä, rankaisemiseen perustuvia hyvinvointiuudistuksia, säännöllisiä budjettileikkauksia ja sitä seuraavaa päihde- ja mielenterveystyön rappeutumista. (Ks. Helén 2011; Salo 2020.)

Uusliberalistisen ajattelun mukaan edistykseksi katsotaan kaikkien elämänalojen markkinoistaminen ja alistaminen kilpailun logiikalle. Se on olevinaan vastaisku pöhöttyneelle julkiselle sektorille ja sen byrokraattis-hierarkiselle hallintokulttuurille, jonka tehottomuudet poistetaan ja jäykkyydet murretaan teknis-rationaalisella hallintokulttuurilla eli *New Public Managementilla* (Juhila 2006, 71–78). Uusliberalistinen tapa järjestää hyvinvointipalveluita on lisännyt tehokkuuden ja taloudellisuuden sekä niitä kuvaavien ja arvioivien kriteereiden käyttämistä keskeisinä hyvinvointipalveluiden järjestämisperiaatteina, joiden tieltä humanistisemmat, kasvatuksellisemmat ja sosiaalisemmat näkökulmat ovat saaneet hiljalleen väistyä.

Tilaa- ja tuottaja-malli ja jatkuvat kilpailutukset pirstovat sosiaaliselle päihde- ja mielenterveystyölle ominaisen kokonaisvaltaisen toimintatavan. Tämä johtaa palveluiden ja päätöksenteon hajautumiseen, vastuiden epäselvyyteen, lisääntyneeseen ja monimutkaistuvaan byrokraatiin ja hierarkioihin sekä palvelupäätösten karkaamiseen työntekijöiden

ja asiakkaiden ulottumattomiin (Etelämäki, Liehu & Mäkelä 2009, 24–29). Hajanainen ja siiloutunut palvelujärjestelmä heikentää asiakkaiden mahdollisuuksia saada tarvitsemaansa tukea, viivästyttää avun saamista ja aiheuttaa taloudellisia ja inhimillisiä kustannuksia (Metteri 2012, 216–218). Uusliberalistisen retoriikan lupaus markkinoiden asiakaslähtöisyydestä ei olekaan merkittävästi parantanut päihde- ja mielenterveyspalvelujen kulluttajien vaikutusmahdollisuuksia omiin palveluihinsa.

Medikalisaatiokehitys on vahvistanut sairausmallin asemaa suomalaisessa päihdetyössä. Siinä päihdeongelma ymmärretään aivoperäisenä päihderiippuvuussairautena, jossa hoidon tavoitteeksi asetetaan raittius. Lääkäriliiton julkaisun (Lääkärin etiikka 2021, 141–144) mukaan päihderiippuvuus on sairaus, joka ulottuu monille elämänaloille ja johon liittyy paljon kielteistä leimaavuutta. Sitä pitää hoitaa samoin lääketieteellisin, hoidollisin ja eettisin perustein kuin muitakin pitkäaikaissairauksia. Paradoksaalisesti päihde-ehtoinen asiakas on ensin leimattava päihderiippuvuussairaaksi, jotta hänelle voidaan tarjota leimaamatonta ja syrjimätöntä hoitoa. Onkin merkillä pantavaa, että alkoholiongelmaisen hoidon Käypä hoito -suositukset eivät perustu sairausmalliin (ks. Alkoholiongelmaisen hoito 2018).

Sairausmallin leviäminen on heikentänyt sosiaalityölähtöisen A-klinikkamallin (*non-medical approach*) asemaa päihdetyön kokonaisuudessa ja lisännyt lääketieteellisen tiedon merkitystä ja asiantuntijavaltaa päihdetyössä (Murto 2002, 177). Erityisesti Mieli 2009 -ohjelma edisti päihdetyön medikalisoitumista (ks. esim. STM 2009). Siinä suositeltiin päihde- ja mielenterveyspalvelujen yhdistämistä ja niin sanottua yhden luukun politiikkaa. Asiantuntijat olivat huolestuneita päihteitä käyttävien mielenterveyspalvelujen saatavuudesta ja kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoitovastuun epämääräisyydestä. Päihteidenkäyttöön liittyvä itsetuhoisuus ja masentuneisuus tulkittiin mielenterveyshäiriöksi, johon tarvittiin voimakkaampaa psyykkistä tukea. Työryhmän asiantuntijoiden mukaan sitä ei ollut riittävästi tarjolla sosiaalihuoltovetoisessa päihdetyössä. A-klinikkamalliin sisältyvän matalan kynnyksen psykososiaalisen tuen (ks. Weckroth 2007) ei katsottu olevan riittävää mielenterveyspalvelua. Päihde- ja mielenterveyspalvelujen yhdistäminen on siirtänyt päihdeongelmaisten hoitovastuuta kohti terveydenhuoltoa ja jopa erikoissairaanhoidon. (Lehtinen 2020).

Opioidiriippuvaisille tarkoitettu lääkkeellinen korvaushoito on myös merkittävästi medikalisoinut päihdetyön kokonaisuutta. Korvaushoito ei

paranna riippuvuussairaudesta vaan lisää käyttäjien toimintakykyä ja elämänlaatua. Vaikka kokonaisuudessaan korvaushoito on arvioitu vaikuttavaksi käyttäjien hyvinvointia parantavaksi hoidoksi, siihen liittyy vaikeita ja monimutkaisia ongelmia. Ensinnäkin korvaushoito ei anna toiveita paluusta normaaliin, vaan yli kolmanneksella asiakkaista hoito kestää yli 10 vuotta (EMCDDA 2020). Lisäksi joidenkin, etenkin nuorempien asiakkaiden, kohdalla korvaushoito ylläpitää päihdekeskeistä elämäntapaa sekä vaikeuttaa siitä irrottautumista. Monet sekakäyttäjät välttävät viimeiseen asti korvaushoidon aloittamista, koska kokevat sen ajavan heitä kauemmaksi normaalista ja vahvistavan rikollista alakulttuuria, josta he tulevaisuudessa ajattelevat voivansa vielä luopua. Palvelujärjestelmän on vaurauduttava auttamaan tätä köyhydestä, työttömyydestä, yksinäisyydestä, asunnottomuudesta ja kaltoinkohtelusta kärsivää ihmisryhmää pitkälle tulevaisuuteen.

Kaiken kaikkiaan sairauskeskeiset päihderiippuvaisen raitistamista tavoittelevat hoitoprosessit eivät useinkaan sovellu päihteiden ongelmakäyttäjille vaan tuottavat erilaisia kynnyksiä ja hoidon ehtoja, joita huono-osaisimmat käyttäjät eivät pysty täyttämään. Vaikuttavuustutkimusten mukaan kaikkein heikoimmassa asemassa olevat ruiskuuhumeiden käyttäjät kuitenkin hyötyvät palveluista eniten (Kaukonen 2011, i). Päihdepalvelujen painopisteen siirtäminen erikoissairaanhoidon tulee todennäköisesti sekä inhimillisesti että taloudellisesti kalliiksi.

Toipumisorientaatiossa toipumista edistetään muuttamalla järjestelmää

Sairausmalli on saanut haastajan toipumisorientaatiosta, josta on vähitellen tullut uusi keskeinen viitekehys mielenterveys- ja päihdepalveluiden tuottamiseen ja järjestämiseen ainakin Yhdysvalloissa, Australiassa, Isossa-Britanniassa ja Tanskassa. Toipumisorientaatioon on monia eri näkökulmia ja sitä voidaan määritellä eri tavoin. Kaikille niille yhteistä on toipumisen käsite, jonka alkuperä on moninainen. Se on yhdistetty 1960- ja 70-lukujen kansalaisyhteiskunta-, ihmisoikeus- sekä kuluttajaliikkeisiin (Nordling 2018). Bostonin psykiatrisen sairaalan johtaja William Anthony (1993) esitti jo 1990-luvun alussa, että mielenterveyden tulevaisuutta ohjaavan vision tulisi perustua toipumisorientaatioon. Nykyisin esimerkiksi Helsingin kaupunki järjestää psykiatria- ja päihdepalvelunsa toipumisorientaation viitekehyksessä (A-klinikkasäätiö 2021).

Toipumisorientaatiossa toipuminen mielletään yksilöllisenä ja ainut-

laatuisena prosessina, jossa ihminen muuttaa asenteitaan, arvojaan, tunteitaan ja tavoitteitaan sekä kehittää taitojaan. Se on tapa elää tyydyttävää, toiveikasta ja aktiivista elämää yhteiskunnan jäsenenä sairauden aiheuttamista rajoituksista huolimatta. Pelkkä sairaudesta parantuminen ei kuitenkaan ole toipumista, vaan toipumista tapahtuu aina ja myös hoidon aikana. Olennaista on toipumista tukevan merkityksen ja tarkoituksen kehittäminen omalle elämälle. (Anthony 1993, 18–19.)

Palvelujärjestelmän muuttaminen paremmin toipumista edistäväksi onnistuu vain lisäämällä merkittävästi sen asiakaslähtöisyyttä (Hummelvoll, Karlsson & Borg 2015, 1). Kokonaisvaltaisuudella ja asiakaslähtöisyydellä tavoitellaan järjestelmää, joka kohtelee kaikkia ihmisiä arvokkaasti ja kunnioittavasti. Useissa maissa toipumisorientaation tavoitteiden toteutumista pyritään edistämään valtakunnallisilla ohjeilla. Kanadan mielenterveyskomission (MHCC 2015) käytännön ohjeet toipumisorientaation toteuttamiseksi perustuvat kahteen periaatteeseen. Ensinnäkin jokainen ihminen on ainutlaatuinen yksilö, jolla on oikeus päättää omasta polustaan kohti mielenterveyttä ja hyvinvointia (asiakaslähtöisyys). Toiseksi on ymmärrettävä, että me kaikki elämme elämäämme monimutkaisissa yhteiskunnissa, joissa monet erilaiset biologiset, psykologiset, sosiaaliset, taloudelliset, kulttuuriset ja henkiset rakenteet vaikuttavat mielenterveyteen ja hyvinvointiin. (MHCC 2015, 4.)

Toipumisorientaatioon liitetään usein erilaisia periaatteita, jotka vaihtelevat merkittävästi sen mukaan, halutaanko niillä kuvata toipujassa vai palvelujärjestelmässä tapahtuvaa muutosta. Toipujan näkökulmasta periaatteina mainitaan yhteys, toivo, merkityksellisyys, vahvistuminen ja identiteetti. Ihmisillä tulisi olla ystäviä ja kavereita sekä mahdollisuus osallistua jonkin itselleen merkityksellisen yhteisön toimintaan. Ihmisen olisi myös uskottava omaan toipumiseensa, mikä motivoisi häntä muutokseen. Hänen olisi hyvä kokea elämänsä merkitykselliseksi ja vahvistaa stigman heikentämää identiteettiään. (Ks. Raivio & Raivio 2020.)

Australian terveysministeriön laatimilla periaatteilla (National Standards for Mental Health Services 2010, 42–44) puolestaan pyritään ohjaamaan palvelujärjestelmän toimintaa mielenterveysasiakkaiden toipumista tukevalla tavalla. Nämä periaatteet ovat:

1. Yksilön ainutlaatuisuus

On tunnustettava, että toipuminen ei merkitse sitä, että sairauteen olisi olemassa parannuskeino vaan että yksilön on sairaudesta huolimat-

ta mahdollisuus elää mielekästä, tyydyttävää ja määrätietoista elämää sekä olla arvostettu yhteisön jäsen.

On myönnettävä toipumisen yksilöllinen ja sosiaalinen luonne ja se, että terveydenhuollon näkökulmaa on laajennettava kohti sosiaalista osallisuutta ja elämänlaatua. On tunnistettava, että yksilö on hoidon keskipisteessä.

2. Aito mahdollisuus valita

On tuettava ja vahvistettava yksilöitä tekemään omat valintansa, miten he haluavat elää elämäänsä. On tuettava ihmisten vahvuuksia ja vastuunottamista omasta elämästään. Vastuunottamista ei tule tukea hoitovelvollisuuden kustannuksella.

3. Asenteet ja oikeudet

Järjestelmän on kuunneltava yksilöitä ja heidän läheisiään heille tärkeistä ja merkityksellisistä asioista. On edistettävä yksilön kansalais- ja ihmisoikeuksia. On vahvistettava ihmisten sosiaalista osallisuutta kehittämällä heille merkityksellistä sosiaalista, vapaa-ajan ja ammatillista toimintaa.

4. Ihmisarvo ja kunnioitus

Vuorovaikutuksen on oltava kohteliasta, kunnioittavaa ja rehellistä kaikissa tilanteissa. On oltava herkkätuntoinen ja osoitettava kunnioitusta jokaiselle yksilölle, erityisesti heidän arvoilleen, uskomuksilleen ja kulttuurilleen.

5. Kumppanuus ja viestintä

On tunnustettava, että jokainen yksilö on oman elämänsä asiantuntija ja että toipuminen edellyttää yhteistyötä yksilöiden ja heidän hoitajiensa kanssa.

6. Toipumisen arviointi

Yksilöiden ja heidän hoitajiensa on pystyttävä seuraamaan yksilön toipumista ja edistymistä. Palveluntuottajien on arvioitava laatuaan ja siitä on raportoitava. Hoitajien tulee voida seurata omaa edistymistään. Kokemusasiantuntijoita on käytettävä palvelujen laadun kehittämisessä.

Toipumisorientaatio haastaa sairausmallin

Päihdeasiakkaiden asema palvelujärjestelmässä on mielenterveyskuntoutujia heikompi. He kohtaavat muita asiakaskuntia enemmän leimaamista, syrjintää ja ulossulkemista.

Kanadan mielenterveyskomission käytännön ohjeissa toipumisorientaation toteuttamiseksi todetaan, että päihdeongelmien erityinen luonne ja monimutkaisuus on tunnustettava (MHCC 2015, 13). Erityisesti tulee kiinnittää huomiota siihen, että myös päihdeongelmista kärsivän asiakkaan on saatava vapaasti määritellä hoitonsa tavoitteet eikä niitä tule asettaa arvojärjestykseen. Tämä tarkoittaa sitä, että myös muita tavoitteita kuin raittius tuetaan, jolloin myös kohtuukäytön ja ongelmien lievittämisen tavoitteisiin on suhtauduttava vakavasti ja arvostavasti. Mitään hoitomuotoa ei tule arvostaa yli toisten. On tunnustettava, että toipuminen ja siihen johtavat polut ovat yksilöllisiä. Päihdeidenkäyttöä ei saa pitää palveluista pois-sulkemisen perusteena eikä hoitoja tai kontrollitoimenpiteitä tule määrätä vaan niistä on sovittava yhdessä. Lisäksi on kunnioitettava käyttäjien valintoja, autonomiaa, ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta. On keskityttävä käyttäjien turvallisuuteen ja tarjottava tukea haittojen vähentämiseen.

Toteutuessaan edellä mainitut periaatteet vahvistavat merkittävästi sosiaalityön asemaa moniammatillisessa päihde- ja mielenterveystyössä ja tukevat perinteisen A-klinikamallin mukaista päihdetyötä (Murto 2002; Murto 2009), jossa keskeistä on päihdeongelman mieltäminen kokonaisvaltaisesti Lauri Rauhalan (2014) bio-psyko-sosiaalisen ihmiskäsityksen mukaisesti.

Laajimmillaan toipumisorientaatiolla haetaan muutosta koko mielen-terveys- ja päihdepolitiikkaan, jolloin korostetaan asiakkaiden oikeutta hoitoon, työhön, koulutukseen, asumiseen ja toimeentuloon. Erityisesti sillä haetaan muutosta palveluiden järjestelmä- ja asiantuntijakeskeisyyteen sekä niiden antidialogisiin ja autoritaarisiin ajatus- ja toimintamalleihin (ks. Santala 2011). Toistaiseksi toipumisorientaatiolla on ollut monin paikoin vain vähäisiä vaikutuksia palvelujärjestelmän toimintaan (Nordling 2018, 1480–1481) ja etenkin päihdetyössä todellisen muutoksen tiellä on vielä monia merkittäviä esteitä.

Ensinnäkin on kiellettävä lääketieteellisen tiedon totuus päihderiippuvuudesta neurobiologisena sairautena ja mielenterveyshäiriönä, koska se on keskeinen antidialogista toimintatapaa ylläpitävä tekijä päihdetyössä. Päihdeidenkäyttäjän leimaaminen parantumattomasti sairaaksi ei vaikuta myönteisesti toipumisorientaatiossa tärkeänä pidettävään toivon näkö-

kulmaan. Se ei anna toiveita paluusta normaaliin eikä tue henkilökunnan odotuksia hoidon onnistumisesta. Ei olekaan yllättävää, että hoitohenkilökunnan asenne päihteidenkäyttäjää kohtaan on usein kielteinen (Neuvo & Rajamäki 2009, ii).

Lääketeieteellisesti määritelty sairausmalli ei parhaalla tavalla vastaa muiden tieteiden ymmärrystä päihteidenkäytöstä inhimillisenä toimintana (Humphreys & Tucker 2002, 128). Se ei anna totuudenmukaista käsitystä päihteitä ongelmallisesti käyttävien sosiaalisesta todellisuudesta ja toipumisen realiteeteista. Varsinkin raittiustavoite on ongelmallinen, sillä tutkimustiedon valossa päihderiippuvuuteen ei ole olemassa sellaista tieteellisesti todennettua raittiuteen johtavaa hoitoa tai menetelmää, joka ongelmakäyttäjälle voitaisiin määrätä (vrt. Alkoholi-ongelman hoito 2018). Päihdetyön tavoitteiden tuleekin olla realistisemmat.

Sairausmallissa toipumisen keskiössä on asiantuntija, joka ottaa vastuun käyttäjän muutosprosessista ja kontrolloi sitä. Toipumisorientaatiossa keskiössä on asiakas. Asiantuntijoiden olisi luotettava asiakkaan kykyyn ja voimavaroihin ohjata elämäänsä. Kaukorannan ja Laaksosen (2020, 22) selvityksen mukaan työntekijät eivät useinkaan ole valmiita merkittävään hoitokulttuurin muutokseen vaan haluavat ottaa vastuun asiakkaan toipumisprosessista. Toipumisorientaatiossa kontrollista olisi kuitenkin luovuttava ja pyrittävä luomaan ehdottoman vapauden tiloja, joissa ihminen voi rauhassa reflektoida itseään ja elämäänsä sekä tehdä itsenäisesti elämäänsä koskevia päätöksiä (Myllärinen 2011, 166). Toipuminen päihdeongelmasta ei tapahdu kertaheitolla eivätkä omaiset tai työntekijät voi pakottaa ihmistä muuttumaan. Päätös muutoksesta ei voi perustua impulsiivisiin ja hetkellisiin muutospyrkimyksiin, vaan halun muutokseen tulee pohjautua pitkäjänteiseen oman elämän pohdiskeluun pakottomassa tilassa yhdessä vertaisten ja ammattilaisten kanssa. Siksi raittiuteen johtava elämäntapa vaatii useita erilaisia hoitoyrityksiä ja -muotoja eikä työntekijän tule ottaa kokonaisvastuuta asiakkaiden toipumisesta.

Suomessa A-kiltatoiminta toteuttaa selvimmin toipumisorientaation mukaista toimintaa päihdetyössä (ks. tarkemmin A-kiltojen liitto 2021; MHCC 2015). Toiminta on päihdeetöntä, vapaaehtoisuuteen perustuvaa ja monimuotoisesti toteutettavaa vertaistukitoimintaa päihdeongelmallisille ja päihdetoipujille sekä heidän läheisilleen. Toiminnassa toteutuu useita sosiaalipedagogisen työotteen ominaispiirteitä, kuten yhteisöllisyys, dialoginen kohtaaminen, toimijuuden tukeminen ja toiminnallisuus (ks. Nilvala & Ryyänen 2019).

A-kiltatoiminnan peruspilarina on yhteisöllisyys. Ilman yhteisöllisyyttä ei ole toipumista tukevaa vertaisuutta, vertaisryhmiä eikä ”vertaisterapiaa”. Kiltatoiminnassa jäsenet ovat toimijoita ja heidän aktiivisuutensa seurauksena A-kiltoihin muodostuu kaikille avoimia arkielämän sosiaalisia ja toiminnallisia ryhmiä, jotka tukevat sekä arjen osallisuutta että toipumista. (A-Kiltojen liitto 2021.)

A-kiltatoiminnan tavoitteena ei ole raittius vaan päihdehaitoista vapaa ja parempi elämä. Toipumiskokemukset ovat yksilöllisiä, ja jokaisella on oikeus omaan tarinaansa. Toiminnassa ei aseteta mitään päihdehoitomuotoa toista paremmaksi vaan kunnioitetaan mukana olevien itselleen asettamia tavoitteita päihteiden käytön suhteen. (A-Kiltojen liitto 2021.)

Jäsenten toiminnallisuuden myötä syntyy päihteettömiä päiviä ja mielekästä elämää, mikä tukee ja vahvistaa subjektiutta. Jäsenet päättävät toiminnasta, eivätkä ammattilaiset tee asioita asiakkaiden puolesta. Toiminnallisuus ei tarkoita osallistumispakkoa tai väkimmäistä suorittamista. A-kiltatoiminta on hyvin monipuolista vertaisterapiaryhmistä ulkoilukerhoihin. (Ks. Michelsson 2018.)

Todelliseen muutokseen tarvitaan kriittisempää asennetta

Merkittävän muutoksen aikaansaaminen mielenterveys- ja päihdepalveluiden biomedikaaliseen systeemiin edellyttää sen ymmärtämistä, miten radikaalista asiasta asiakaskeskeisyydessä todella on kysymys (Hummelvoll ym. 2015, 1). Poliittisella tasolla muutoksen edistäminen tarkoittaa stigman, medikalisaation ja uusliberalismin vastustamista. Huolimatta sosiaalityön radikaalista potentiaalista ja yhteensopivuudesta toipumisorientaation kanssa, sosiaalityöstä ei ole ollut vallitsevan biolääketieteellisen mallin haastajaksi (Khoury & Barrio 2015, 37–38). Sairausmalli onkin heikentänyt sosiaalityön ammattilaisten kykyä hoitaa tärkeintä tehtäväänsä eli asiakkaiden ihmisarvon ja -oikeuksien sinnikästä ja periksiantamatonta puolustamista.

Todellisen sosiokulttuurisen muutoksen aikaansaaminen edellyttää systeemin kritiikkiä ja vallan analyysiä. On vaadittava subjektiutta kaikille, vallitsevan biolääketieteellisen ideologian ja tiedon paljastamista sekä siron ja vapauden dialektisen suhteen ymmärtämistä. Kaikilla ei ole mahdollisuutta yhteiskunnalliseen osallistumiseen, vaan osa ihmisistä elää syrjäytettyinä ”hiljaisuuden kulttuurissa”. Sosiaalipedagogisen toiminnan on annettava ääni ”hiljaisuudelle” ja vaiennetuille silloin, kun

lääketieteellinen psykiatria vallitsevia valtasuhteita uusintamalla sopeuttaa työntekijöitä ja asiakkaita systeemiin. (Ks. Freire 2005.)

Muutoksen edistämisessä emme saa luottaa valistuneisiin asiantuntijoihin, vaan muutoksen on lähdettävä syrjäytetyistä itsestään. Korkeampi tietoisuus sorrosta voi syntyä vain siitä kärsivien keskuudessa (ks. Hannula 2000, 88) ja vain he todella voivat tietää, mitä biolääketieteellisen systeemin ja hoitojärjestelmän kohteena eläminen merkitsee. Vain dialogissa päihteiden käytöstä kärsivien ihmisten kanssa palvelujärjestelmä ja sen edustajat voivat vapautua sortavista toimintatavoistaan ja muuttaa järjestelmää inhimillisemmäksi.

LÄHTEET

- A-Kiltojen liitto 2021. A-Kiltatoiminnan arvot. Tampere: A-kiltojen liitto ry. Saatavissa <https://a-kiltojenliitto.fi/tietoa/a-kiltatoiminnan-arvot/> (haettu 25.5.2021).
- A-klinikkasäätiö 2021. Yksilöllistä toipumista toipumisorientaation avulla. Helsinki: A-Klinikkasäätiö. Saatavissa <https://a-klinikkasaaatio.fi/ajankohtaista/yksilollista-toipumista-toipumisorientaation-avulla> (haettu 24.5.2021).
- Alkoholiongelman hoito 2018. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/hoi50028#K1> (haettu 5.7.2022).
- Anthony, W. 1993. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16 (4), 11–23. DOI: <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Basaglia, F. 1972. Kumous laitosmaailmassa. Helsinki: Tammi.
- EMCDDA 2020. Infographic: clients in opioid substitute treatment. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Saatavissa https://www.emcdda.europa.eu/media-library/infographic-clients-opioid-substitution-treatment-0_en (haettu 25.5.2021).
- Etelämäki J., Liehu M. & Mäkelä M. 2009. Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveysmalli -hankkeen loppuraportti. Tampere: Pikassos Oy. Saatavissa <https://pikassos.fi/aineistot/download/10-paihdetyo/44-ikaeaentyneiden-paeihde-ja-mielenterveystyoemalli-hankkeen-raportti> (haettu 25.5.2021).
- Freire, P. 2005. Sorrettujen pedagogiikka. Tampere: Vastapaino
- Hannula, A. 2000. Tiedostaminen ja muutos Paulo Freiren ajattelussa. Systemaattinen analyysi sorrettujen pedagogiikasta. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto. Saatavissa <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/19830> (haettu 18.8.2022).

- Helén, I. (toim.) 2011. Reformin pirstaleet. Tampere: Vastapaino.
- Hummelvoll, J., Karlsson, B. & Borg, M. 2015. Recovery and person-centredness in mental health services: roots of the concepts and implications for practice. *International practice development journal* 5 (7). DOI: <https://doi.org/10.19043/ipdj.5SP.009>.
- Humphreys, K. & Tucker, J. 2002. Towards more effective intervention system for alcohol related problems. *Addiction* 97 (2), 126–132. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00004.x>
- Juhila, K. 2006. Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Tampere: Vastapaino.
- Kaukonen, O. 2011. Lääkettä sosiaaliin ongelmiin? *Tiimi* 14 (1).
- Kaukoranta, A. & Laaksonen, A. 2020. Toipumisorientaatio mielenterveyshoitotyössä. *Opinnäytetyö*. Tampere: TAMK. Saatavissa https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/348136/Kaukoranta_Alisa_Laaksonen_Oona.pdf?sequence=3&isAllowed=y (haettu 25.5 2021).
- Khoury, E. & Barrio, L. 2015. Recovery-Oriented Mental Health Practice: A Social Work Perspective. *The British Journal of Social Work* 45, i27–i44. DOI: <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv092>
- Lehtinen, M. 2020. Mielenterveys- ja päihdepalvelut osaksi Taysia. Tampere: Tampereen yliopistollinen sairaala. Saatavissa [https://www.tays.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Tarinoita_Taysista/Sisalto/Mielenterveys_ja_paihdepalvelut_osaksi_T\(118864\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Tarinoita_Taysista/Sisalto/Mielenterveys_ja_paihdepalvelut_osaksi_T(118864)) (haettu 5.7.2022).
- Lääkärin etiikka 2021. Helsinki: Lääkäriliitto. Saatavissa <https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/29259/laakarin-etiikka-2021.pdf> (haettu 5.7.2022).
- Metteri, A. 2012. Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö. *Väitöskirja*. Tampere: Tampereen yliopisto. Saatavissa <https://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8956-3> (haettu 5.7.2022).
- MHCC 2015. Guidelines for Recovery-Oriented Practice Hope. Dignity. Inclusion. Ottawa: Mental Health Commission of Canada. Saatavissa https://mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/2021/05/MHCC_Recovery_Guidelines_2016_ENG.pdf (haettu 5.7.2022).
- Michelsson, J. 2018. Vertaistukea manselaiseen malliin. Tampereen A-Kilta 50 vuotta. Tampere: Tampereen A-Kilta.
- Murto, L. 2002. Päihdehuollon suomalainen malli kansainvälistyvässä ympäristössä. Teoksessa O. Kaukonen & P. Hakkarainen (toim.) *Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa*. Helsinki: Gaudeamus, 167–192.
- Murto, L. 2009. Luja sosiaalinen eetos – moniammatillisen työn kivijalka nyt ja tulevaisuudessa. Teoksessa K. Kaipio & A. Ruisniemi (toim.). *Ihan oikea ihme*. Hyvinkää: Vapaan alkoholistihuollon kannatusyhdistys, 10–21.
- Myllärinen, A. 2011. Lainrikkajien elämänsisällön muutos ja sitä tukeva auttamistyö. *Väitöskirja*. Tampere: Tampereen yliopisto. Saatavissa <https://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8641-8> (haettu 5.7.2022)

- National Standards for Mental Health Services 2010. Canberra: Australian Government. Saatavissa <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/04/national-standards-for-mental-health-services-2010-and-implementation-guidelines-national-standards-for-mental-health-services-2010.pdf> (haettu 5.7.2022).
- Neuvo, L. & Rajamäki, H. 2009. Hoitajien asenteet päihteidenkäyttäjää kohtaan hoitotyössä: Kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia. Saatavissa <https://www.theseus.fi/handle/10024/2337> (haettu 25.5.2021).
- Nivala E. & Ryyänen S. 2019. Sosiaalipedagogiikka. Kohti inhimillisempää yhteiskuntaa. Helsinki: Gaudeamus.
- Nordling, E. 2018. Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveystyössä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 134 (15), 1476–1483. Saatavissa <https://www.julkari.fi/handle/10024/137110> (haettu 25.5.2021).
- Raivio, M. & Raivio, J. 2020. Toipuva mieli. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Rauhala, L. 2014. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki: Gaudeamus.
- Salo, M. 2020. Hullut mielenterveysmarkkinat – kuinka korjata kurjistuneet mielenterveyspalvelut. Tampere: Vastapaino.
- Santala J. 2011. Sosiaalipedagoginen sosiaalityö päihdetyössä. Sosiaalipedagoginen aikakauskirja 12, 27–41.
- STM 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70007/passthru.pdf?sequence=1> (haettu 5.7.2022).
- Weckroth, A. 2007. Mitä merkitsee ”psykososiaalinen” päihdehoidossa? Yhteiskuntapolitiikka 72 (4), 426–436. Saatavissa <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117380> (haettu 5.7.2022).

