

K. E. LANU

A-KLINIKKASÄATIÖN ENSIMMÄINEN VUOSIKYMMEN

A-klinikkasäätiö perustettiin kymmenen vuotta sitten, Aleksis Kiven päivänä. Säätiötä perustamaan olivat kokoontuneet edustajat kuudestatoista yhteisöstä: Oy Alkoholiliike Ab, Duodecim-seura, Finska Läkaresällskapet, Kansan Raittiusapu r.y., Maalaiskuntien Liitto r.y., Sosiaalihuollon Keskusliitto r.y., Suomen Kirkon Seurakuntatyön Keskusliitto, Suomen Kirkon Sisälähetysseura r.y., Suomen Lääkäriliitto, Suomen Mielenterveysseura, Suomen Punainen Risti, Suomen Raittiusjärjestöjen Liitto, Työterveyslaitos, Vapaan Alkoholistihuollon Kannatusyhdistys r.y., Väestöliitto r.y. ja Väki-juomakysymyksen Tutkimussäätiö.

Mukaan eivät tuossa vaiheessa tulleet työmarkkinajärjestöt; sittemmin nämä tahot, samoin kuin klinikoiden sijaintikunnat ovat edustettuina säätiön korkeimmassa hallintoelimestä, valtuuskunnassa. Mukana ovat myös Sosiaaliministeriö ja Lääkintöhallitus.

Säätiön organisaatiossa ja toiminnassa ovat siten edustettuina yhteiskunnan mer-

kittävät alat ja huomattava asiantuntemus. Tulos on konkreettinen: tällä hetkellä a-klinikat toimivat seitsemässä kaupungissa — Helsingissä, Jyväskylässä, Kotkassa, Lahdessa, Tampereella, Turussa ja Oulussa. Laaditun ohjelman mukaisesti 12 klinikan verkosto vuoteen 1972 mennessä kattaisi koko maan. Suunnitellut uudet hoitopisteet olisivat Kuopiossa (1965), Porissa (1967), Joensuussa (1969), Rovaniemellä (1970) ja vaihtoehtoisesti Seinäjoella tai Vaasassa (1972). Ne toimisivat maakunnallisina avohoitokeskuksina, konsulttoivina laitoksina kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle, talouselämän edustajille ja muille alkoholismien kanssa tekemisiin joutuville. Oletettavasti ne organisoivat myös sivuklinikoita ympäristön asutuskeskuksiin. Alustavia suunnitelmia on jo laadittu ja neuvottelukosketus saatu.

Kymmenvuotisen työn jälkeen on paikallaan kysyä: millaisia ovat menneet vuodet olleet, millaisia kokemuksia ne ovat muka-

naan tuoneet? Millaisia ovat tulevat vuodet menneen kokemuksen valossa? Kenties joidenkin arviointien tekeminen on mahdollista, siitäkin huolimatta, että arvioinnin suorittaja on alusta pitäen ollut mukana tapahtuman kulussa. Tarkoituksena on seuraavassa tarkastella eräitä säätiön ja klinikoiden toiminnassa todettavia periaatteellisia ja ideologisia, kuin myös käytännön politiikkaan ja organisaatioon liittyneitä piirteitä. Lisäksi on paikallaan jossain määrin hahmotella säätiön muuttuvaa ideologista ohjelmaa, suunnitelmia ja tulevia tehtäviä.

I Toiminnalliset puitteet

Alkoholitikeskeisyys oli tekijä, joka hallitsi alkuaikojen ajattelua ja suunnittelua, toimintoja ja organisaatiota. Tavoitteet olivat: 1) saada alkoholisti tuntemaan itsensä hyväksytyksi ja arvostetuksi, 2) organisoida olosuhteet, suhtautumistavat ja menetelmät edellisen tavoitteen mukaisiksi, 3) osoittaa tämä myös ulkopuolisille, viranomaisille, alkoholistin omaisille ja suurelle yleisölle, 4) osoittaa, että alkoholisti on halukas saamaan hoitoa, että hän sitä tarvitsee ja että hänen hoitonsa myös kannattaa. Huomioon ottaen vielä 50-luvulla yleisesti vallinneet kielteiset käsitykset alkoholismista ja sen hoidettavuudesta — yleiset myös alkoholistien keskuudessa — luetelluista perusteista liikkeelle lähteminen osoittautui tarpeelliseksi.

Mahdollisesti alkoholitikeskeisyys-ajattelun noina aikoina voidaan sanoa olleen ylikorostetun, tavanomaisesti se alkuaikojen hoitotyössä johti alkoholistin suojaamiseen ja epäreaaliseen asennoitumiseen. Luottamuksellisuus-käsitteen hallitsevuus mm. aiheutti alkoholistin joutumisen hoidolliseksi keskipisteeksi niin, että yhteistyö omaisten ja työnantajien kanssa lähes tyystin sivuutettiin. Hoito oli vain alkoholistin ja klinikan välinen tapahtuma. Tosin varsin

pian kasvanut kokemus vaikutti tämän samoin kuin eräiden muiden vinosuuntausten oikaisuun.

Alkoholistin hoidon arvostus pyrittiin alunperin tietoisesti osoittamaan myös fyysisissä olosuhteissa, huoneistossa, sen sisustuksessa ja viihtyisyydessä. Tyylikäs ja moderni kalustus katsottiin tarpeelliseksi, varttiin nojatuolipari pikkupöytineen kahdenkeskisiä keskusteluja varten ja byrokraattinen kirjoituspöydän yli tapahtuva vuorovaikeus kiellettiin. Pöydälle ilmaantui tuhakupin lisäksi myös kukkia. Alkoholistin katsottiin ansaitsevan pehmustetun nojatuolin; tämä pyrittiin osoittamaan myös ympäristölle, viranomaisille, omaisille ja julkiselle sanalle.

Ilmeisesti nämä pyrkimykset toimenpiteiden osoittautuivat tarkoituksenmukaisiksi: ne todella arvostettiin, ei vain alkoholistien, vaan myös muiden taholta. Klinikoiden sijaintikuntien viranomaiset ovat osallistuneet tähän kehittelyyn kiitettävällä tavalla joutuessaan osallistumaan klinikoiden perustamiseen ja vastatessaan aiheutuvista kustannuksista. Viihtyisän ja modernin tason ylläpitäminen on seikka, joka ansaitsee huomiota myös toimintaa edelleen kehitellessä, ei vain A-klinikkasäätiön vaan yleensä alkoholistien huollon ja hoidon eri alueilla.

Oleelliseksi tekijäksi nähtiin myös tehdä tulo hoitopaikkaan helpoksi ja turvalliseksi. A-klinikka sijoitettiin kaupungin keskustassa, vilkkaalla paikalla sijaitsevaan liiketaloon, muiden toimistojen ja liikkeiden joukkoon: hoitoon aikova alkoholisti sekaantuisi muissa asioissa liikkuvien ihmisten pariin ilman että kukaan saattaisi osoittaa hänen erityisiä tarpeitaan. On tuskin syytä, jotka pakottaisivat edes nykyvaiheessa luopumaan näistä näkökohdista. On paikallaan, että alkoholisti voi hoitaa klinikkakäyntinsä muiden asioimistensa yhteydessä, että matka klinikalle ei vaadi ylimääräisiä siirtoja ja

kustannuksia ja ettei ulkopuolisen tarvitse kiinnittää siihen huomiota. Tähänastiset kokemukset ovat alkuperäistä käytäntöä suosivia ja jotkut kokemukset — kuten esimerkiksi Vaasan, jossa a-klinikka oli sijoitettu huoltopoliisin pihanaapuriksi, saaden muut kuin viranomaisten lähettämät alkoholistit välttelemään klinikkaa — nimenomaan vahvistavat tätä käsitystä. Turun A-klinikan siirryttyä vuoden 1963 syksyllä kaupungin ostamaan ja kunnostamaan, keskeisellä paikalla sijaitsevaan uuteen huoneistoon osoittautui, että asiakasmäärä ja käyntimäärät lisääntyivät erittäin huomattavasti tämän ajankohdan jälkeen, samalla kun lukuisat uudet toimintamuodot virittäytyivät. Ja vasta tuolloin asiakkaiden lausumista kävi ilmi, että klinikan aikaisempi sijainti oli koettu hankalana kahdesta syystä: se oli ollut asuintalossa, rauhallisen pikkukadun varrella, se oli ollut sivussa keskustasta, minkä lisäksi klinikalle tulo edellytti pitkähkön vastamäen nousemisen.

Toistuvasti on kuitenkin noussut kysymys: mikä on ollut viihtyisyyden ja modernin, verrattain korkeatasoisen hoitoympäristön vaikutus siihen, ketkä ja millaiset ryhmät a-klinikan hoitoon hakeutuvat, ketkä ovat valmiit käyttämään tarjottuja palveluksia? Olisiko esimerkiksi Helsingin A-klinikan asiakasaines toista, jos se Kalevankadun sijasta toimisi vaikkapa Kustaankadulla?

Viitataan taas Vaasan klinikan kokemukseen: Toimittaessa samassa rakennuksessa sosiaalitoimiston ja huoltopoliisin kanssa, hoitoon hakeutui (ja lähetettiin) pääasiassa henkilöitä, jotka aikaisemmin olivat alkoholisminsa vuoksi joutuneet tekemisiin viranomaisten kanssa. Toiseen huoneistoon muuton jälkeen asiakasrakenteessa tapahtui oleellisia muutoksia, ja jopa virkamiehiä hakeutui klinikalle.

Melkeinpä poikkeuksettomaksi havainnoksi on osoittautunut, että ehkä ensimmäistä käyntikertaa lukuunottamatta am-

mattimiehet pitävät välttämättömänä saapua klinikakäynnille vasta käytyään kotona siistiytymässä ja vaatteitaan vaihtamassa. Kyseessä ei ole klinikan odotus, vaan asiakkaan käyntiinsä liittämä arvostus — oli se hoidon kannalta tarkoituksenmukainen tai ei.

II Käytetyt menetelmät

Huolimatta siitä, että ryhmähoito aloitettiin jo vuonna 1956, on hoitotyön pääpaino jatkuvasti ollut sosiaalityöntekijöiden ja asiakkaiden kahdenkeskisissä keskusteluissa. Tämän mukaisesti on myös sekä uusien että palveluksessa kauemmin olleiden koulutus suunniteltu ja organisoitu.

Tosiasia kuitenkin on, että kahdenkeskiset keskustelut eivät muodosta parasta mahdollista menetelmää suurelle osalle alkoholisteista, ainakaan jatkuvasti ja yksinomaisesti käytettynä, ei edes silloin kun asiakas näitä nimenomaan toivoo ja on niihin tyytyväinen. On ryhmiä, joille tämä menetelmä on vieras ja joiden on vaikeaa tajuta keskustelujen tarpeellisuutta. Aiheellinen onkin kysymys: missä määrin tämän menetelmän käyttö ja tarjoaminen on muodostunut kaavaksi, johon saapuva asiakas parhaansa mukaan yrittää sopeutua? Asiaa ymmärtämättömänä hänen lienee useimmissa tapauksissa vaikeaa kieltäytyä, kritisoida tai pyrkiä muutoin selvyytteen ehdotetun menetelmän tarpeellisuudesta. Sitäpaitsi tämä menetelmä on ekonomiselta kannalta huomattavasti kalliimpi kuin ryhmämenetelmä. Lisäksi niin terapeutin kuin asiakkaan voimavarat tulevat vain osittaiseen käyttöön kahdenkeskisissä keskusteluissa; ryhmässä resurssit, käyttöön tuleva materiaali ja vuorovaikutussuhteet moninkertaistuvat.

Nyt kysyttäneen: Miksi hoidon pääpaino edelleen on kahdenkeskisten keskustelujen käytössä? Miksei ryhmämenetelmää voida soveltaa samassa laajuudessa?

Ryhmähoito on vuosi vuodelta lisääntynyt, ryhmien luku ja osallistuvien asiakkaiden määrät kasvaneet. Kuitenkin tapahtuva muutos on suhteellisen hidasta. Ongelma on monitahoinen ja sen juuret ovat nimenomaan työntekijöiden aikaisemmassa koulutuksessa ja kokemuksessa. Kuten mainittu, työntekijöiden koulutuksessa pääpaino voittopuolisesti on ollut case-work-menetelmän oppimisessa ja tämän menetelmän myös työntekijä kokee turvallisena. Mutta kenties vielä merkittävämmäksi esteeksi on muodostunut toinen myös koulutuksesta peräisin oleva käsitys: ryhmä sopii vain harvoille alkoholisteille, tai asiakkaan saaminen ryhmähoitoon on vaikeaa ja edellyttää perusteellista valmistelua. Useita muita perusteluita saatetaan esittää tarpeen mukaan, perusteluita, jotka kaikki ovat oikeutettuja niin kauan kuin työntekijä tuntee tarvetta pysytellä tutunomaisiksi ja turvallisiksi muodostuneissa käsityksissään ja menettelytavoissaan.

A-klinikkakokeiluun vuonna 1953 lähdettiin nimenomaan siitä oletuksesta, että modernin sosiaalityön menetelmin voidaan alkoholista hoitaa, kunhan mukaan saadaan myös lääketieteellinen käytäntö ja asiantuntemus. Tajuttiin, että alkoholismien monisäikeisyyden vuoksi hoidossa oli tarpeen koota eri ammattialojen ja tieteiden edustajat kollektiiviseksi hoidon antajaksi. Alkoholismiin liittyy melkein poikkeuksetta lääkeshoidon tarve, somaattisten sairauksien hoitaminen, usein myös psykiatrisen asiantuntemuksen käytön tarve. Alkuperäiseen suunnitelmaan on nojaututtu: lääketieteellisiin menetelmiin pohjautuvan hoidon osuus on jatkuvasti ollut muita menetelmiä tukeva, mikä toisaalta ei ole ollut esteenä yksinomaisen lääkehoidon soveltamiselle.

III Työryhmän kokoonpano

Alun pitäen hoitava työryhmä on koostunut sosiaalityöntekijästä, lääkäristä ja

sairaanhoitajasta, joista vain ensin mainittu on kokopäivätoiminen. Tavallisimmin lääkäri on ollut tilaisuudessa työskentelemään vain parina iltapäivänä viikossa, kun sen sijaan sairaanhoitaja on ollut mukana päivittäin. Lääkärin työpanos on supistunut minimiinsä, mikä johtuu paitsi lääkäreiden puutteesta, erityisesti taloudellisista tekijöistä. Tilanne on valitettava syystä, että lääkäriin — kuten myös sairaanhoitajan — käytön ajallinen rajoittuneisuus estää monasti paitsi akuutin hoitotarpeen toteutumisen myös työryhmän tehokkaan työskentelemisen.

Useimmissa tapauksissa klinikan lääkäri on ollut psykiatri tai psykiatriaan erikoistuva, tässä mielessä samalla alkoholistien hoitoon kiinnostunut. Yleislääkärien saanti on osoittautunut vaikeaksi, liekö eräs tekijä se, että kiinnostus alkoholistien hoitoon on laimeampaa? Sisätautilääkärin osuudesta klinikan työskentelyyn on saatu myönteisiä kokemuksia ja vuonna 1961 työnsä päätökseen saanut, ulkopuolisista asiantuntijoista koottu, hoitomenetelmiä arvioinut toimikunta ehdotti mietinnössään sisätautilääkärin vakinaistamista työryhmän jäseneksi. Perusteena oli toteamus, että keskimäärin puolella asiakkaista todettiin esiintyvän tarvetta sisätautilääkärin tutkimukseen tai jatkuvaan hoitoon. Valitettavasti tähän systeemiin ei ole sittemmin — väliaikaisia vaiheita lukuunottamatta — ollut mahdollisuuksia siirtyä.

Alkuaikoina psykiatrin osuus oli varsin vahvasti korostunut, ei vain hoidossa vaan nimenomaan tiedon ja ohjauksen tarpeessa. Psykiatrin roolin suhteessa sosiaalityöntekijöihin voi sanoa kehittyneen alkuvuosi-na erittäin aktiiviseksi ja hallitsevaksi. Sittemmin mainitut tarpeet ovat lientyneet sitä mukaa kuin sosiaalityöntekijöiden ammattikoulutus on muodostunut suunnitelmalliseksi ja kun ko. ammattikunnan jäsenet ovat itsenäistyneet. Psykiatrin merkitys a-

kliniikkatyössä onkin muuttunut, nykyisin häntä käytetään pääasiallisesti konsulttina.

Työryhmästä on puuttunut psykologi. Selvää tarvetta psykologin vakiinnuttamiseksi työryhmän jäseneksi ei ole todettu. Tarvittaessa, tosin varsin harvoissa tapauksissa, on käännytty jonkin ulkopuolisen psykologin puoleen, yleensä testauspyynnöllä.

Sairaanhoitajan osuutta hoitotyössä ei ole toistaiseksi pystytty riittävästi selvittämään. Kysymys on lähinnä: mikä on sairaanhoitajan terapeuttilinen panos? Mikä on hänen panoksensa työryhmässä? Merkillepantava seikka on sairaanhoitajan luosuuntautuvien käyntien lukumääräinen enemmyys. Kysymys sairaanhoitajan osuudesta on oleellinen ja ratkaisua vaativa ei yksinomaan hoidolliselta vaan myös työryhmän työskentelyn kannalta.

IV Puntaroitavia kysymyksiä

Edellä olen pyrkinyt katsauksenomaisesti tarkastelemaan toiminnan puitteita, käytettyjä menetelmiä sekä työryhmän kokoonpanoa lähinnä tapahtuneen kehityksen kannalta. Joitakin kysymyksiä ja kriittisiä huomautuksia on jo tullut mainituksi. Seuraavassa joudun osittain palaamaan näihin, kun tarkoitukseni on pohtia eräitä toiminnallisia ja ideologisia aiheita.

1. *Palvelusten lisäämismahdollisuudet*

On luonnollista, että tarjolla olevat hoitomahdollisuudet ja -menetelmät määräävät sen, ketkä niitä käyttävät ja ketkä niistä hyötyvät. Osoittihan Bruun & Markkasen hoitotulostutkimus mm. sen, että vertailtavina olleissa hoitopaikoissa — Helsingin A-klinikalla ja Hesperian sairaalan alkoholipoliiklinikalla — viihtyneet ja hoidossa menestyneet koostuivat erilaisia sosiaalisia kerrostumia edustavista henkilöistä. Toden-

näköisesti myös AA:han hakeutuvat yksilöt ovat persoonallisuudeltaan erilaisia kuin muualle hakeutuvat, samoin lakisääteisen alkoholihuollon asiakkaat erilaisia kuin A-klinikan.

Olen edellä jo viitannut kahdenkeskisten keskustelujen painottamiseen a-klinikoilla. Missä määrin tämä ilmiö on vaikuttanut ja vaikuttaa asiakasvalintaan ja vastaavasti siihen, ketkä a-klinikan hoitoon hakeutuvat? Asiaa ei ole tutkittu. Kuinka ko. seikka vaikuttaa hoidon onnistumiseen rajoittavasti? Oletettavasti menestymisprosentti on korkeampi ko. hoitomenetelmää haluavien ja siihen sopeutuvien osalta kuin muiden. Mikä olisi tilanne, jos pääpaino olisi ollut lääkehoidossa tai ryhmähoidossa? Eri tavoilla suoritettujen tulostutkimukset osoittavat, että menestyminen hoidossa on suhteellisen vakio. Kenties voimme olettaa, että menestymistä olisi tapahtunut monen sellaisen asiakkaan kohdalla, jotka yrityksissään ovat epäonnistuneet.

Perustavaa laatua oleva kysymys kuuluu: mitkä muutokset ovat tarpeen a-klinikkatyön kulttuurissa, sen ideologioissa, menetelmissä, organisaatiossa ja koulutuksessa? Yhtä oleellinen on kysymys muutoksen aikaansaamisen mahdollisuuksista. Taustalla olevat pulmat ovat sekä taloudellisia että henkilökunnan asennoitumiseen liittyviä.

Tavoitteina tulisi olla ainakin seuraavat: 1) Uusien hoitomenetelmien ja vastaustapojen kehittäminen niin, että hoitoa tarvitsevat saattaisivat yhä vapaammin suorittaa valintoja erilaisten hoitomahdollisuuksien välillä. Näin heidän persoonalliset intressinsä ja voimavaransa tulisivat tehokkaaseen käyttöön jo hoidon alkuhetkestä lähtien. 2) Eri hoitomenetelmät tulisi saattaa toisiinsa nähden täysin tasaveroiseen asemaan henkilöpoliittiselta, informatoriselta ja taloudelliselta kannalta. 3) Fyysisten ja

organisatoristen olosuhteiden kehittäminen erilaisten sosiaali- ym. ryhmien tarpeita ja odotuksia vastaaviksi.

Yrityksiä kehittelyyn on ollut. Mainittakoon esimerkiksi krapulanhoitoasemien koetoiminta vast'ikään. Alkuaikoja lukuunottamatta krapulanhoitoon asennoiduttiin kielteisesti: taustalla vaikuttivat monet norminomaiset käsitykset kuten hoidon motivaatio, kahdenkeskisten keskustelujen oleellisuus, pelkän lääkehoidon rajoittuneisuus, pitkäaikaisen hoidon tarve jne. Unohdettiin oleellinen seikka, nimittäin se, että hoidon tulisi alkaa juuri silloin kun alkoholisti sitä haluaa. Ja alku saattaa olla varsin vaatimaton. Tuloksena voi olla osoitteen löytäminen, hoitopaikan ilmapiiriin tutustuminen, hyväksymisen kokeminen tms.

2. Onko kynnys liian korkea?

Saattaako olla niin, että kerrassaan kielämme hoidon osalta alkoholisteja? Kielto saattaa liittyä klinikan sijaintiin, ulkonaiseen asuun, henkilökunnan kokoonpanoon, henkilökunnan sivistystasoon. Este saattaa olla vastaanottojärjestelmässä, joka edellyttää asiakkaan sopeutumista klinikan normeihin ja odotuksiin. Este saattaa olla ideologiasa, kuten vapaaehtoisuus, aktiivisuus, määrälliset hoitokäynnit, maksullisuus jne.

Entä missä määrin se tieto, jota toiminnasta annetaan, estää joidenkin saapumisen? Eräs tällainen on maininta hoidon pitkäaikaisuudesta. Vaikka tämä pitääkin useissa tapauksissa paikkansa, sen kuuleminen tuskin rohkaisee alkoholista hoitoyrityksiin ryhtymään. Ymmärrettävää on myös se, että alkoholistit kokevat tulevaisuutensa toivottomana ja hoitoyritykset tarpeettomina, kun kuulevat yleisesti — myös ammatti-ihmisten taholta — korostettavan alkoholistien hoitotyön äärimmäistä vaikeutta, tai julistusta ratkaisevien muutosten välttämättömyydestä persoonallisuuden rakenteessa. Jopa ammatti-ihmisetkin

pelästyvät ja jättävät alkoholistien hoidon erityislaitoksille ja erikoiskoulutetuille. Onko näin myös yleislääkärin ja sairaaloiden kohdalla, jotka tunnetusti vieroksuvat alkoholisteja?

Onko mahdollista madaltaa kynnystä? Voidaanko hoitopaikkaan saapuminen tehdä alkoholistille tyystin yksinkertaiseksi: ei ennakkotiedusteluja, ei aikasopimuksia, ei vastaanottohaastatteluja, ei tutkimuksia ja kyselyjä, ei maksuja — yksinkertainen sisälle astuminen terapeuttiseen ilmapiiriin ja tarjolla on tarvittavat hoidolliset yhteydet ja välineet?

Alkoholistille ovat tämänhetkiset valintamahdollisuudet vielä varsin rajoitetut, joskin laajennusta on tapahtunut. On kehitetty kaupunkiympäristöön sijoitetut puolimatkatilat, joilla korvataan keino- ja eristyspolitiikkaan pyrkineet huoltolat. Kyseessä on merkittävä näkemyksellinen uudistus. Alkoholistin suojaaminen ja rauhoittaminen ei enää ole etualalla.

V Poliitiikan laajentaminen

Edellä mainitsin jopa ammatti-ihmisten pelon ja oudoksumisen värittämän suhtautumisen alkoholistien hoitoon. Olemmeko itse kenties syyllistyneet tämän käsityksen luomiseen? Olemmeko itse riittävästi korostaneet työmme erikoislaatuisuutta, erikoiskoulutettua henkilökuntaamme ihmisten tekijöinä?

Nyt toiselle vuosikymmenelle siirtyesämme olemme tulleet vakuuttuneiksi seuraavasta: A-klinikan osuus alkoholistien ja heidän perheidensä hoidossa tulee aina olemaan rajoitettu, vielä silloinkin kun suunniteltu 12 klinikan verkosto peittää maan. Ainoa keino alkoholistien hoidon laajentamiseksi ja tehostamiseksi onkin, että kuntien sosiaali- ja terveydenhuoltoviranomaiset ja -henkilöt ottavat päävastuun tästä toiminta-alasta. Varsin käytännöllinen perusta on seuraava: alkoholistiperheet ovat

juuri näiden elinten ulottuvilla, näiden tuntemia, näiden kanssa tekemisissä. Lähtökohta on mitä otollisin ja luonnollinen. Ammattitaitoinen henkilökunta on valmiina joka kunnassa.

A-klinikka on valmis tarjoamaan 10-vuotisen kokemuksensa tälle kentälle. Ensimmäinen askel otettiin, kun Tampereen A-klinikka esitti kuluvan syyskauden alussa konsultin käytön tarjouksen eräiden Tampereen ympäristökuntien sosiaali- ja terveydenhuollon kentän elimille ja työntekijöille. Kosketus on saatu ja ensimmäiset konsultaatiot on jo pidetty. Kokemukset ovat toistaiseksi innoittavia ja myönteisiä. Syyskauden kulluttua toiminnan laajentamista harkitaan.

Toinen sektori, joka on valokeilaan asetettu, on tuotantoelämän alkoholismi. Mit-

täviä lukuja esitetään alkoholismin tuhlaamisesta työpäivistä, alentamasta työkunnosta, aiheuttamista tapaturmista työpaikoilla ja alkoholismin vuoksi tapahtuneista irtisanomisista. Työnantajan ja työntekijän kuin myös kansantalouden tappiot ovat suuret.

Ammattiyhdistysliikkeen ja työpaikkojen luottamusmiesten kesken on käyty neuvotteluja. Sosiaalipäälliköitä on kuultu. Työnantajien näkemyksiä on kartoitettu. Säätiö ja klinikat ovat valmiit osaltaan antamaan asiantuntemuksensa ja hoidolliset palveluksensa talouselämän käyttöön, mikäli eri osapuolet kiinnostuvat alkoholismin hoito-ohjelman laatimisesta työpaikoille. Salailu, peittäily, irtisanominen ilman miltään taholta tulevaa vihjettä tai tarjousta hoitotoimpiteistä ovat alkoholistin osana vielä tämän päivän työelämässä.