

EERO TUOMINEN — KLAUS MÄKELÄ

PUOLIMATKANTALO ALKOHOLISTIEN HOITOMUOTONA

Sotien jälkeinen aika on ollut alkoholisti-huollon alalla uusien hoitomuotojen kehittämisen aikaa. Tälle kehitykselle on ollut ominaista pyrkimys vapaaehtoisuuteen ja avohoitoon. Näin maassamme on kehittynyt AA-liike, A-klinikkatoiminta, Suojatupatoiminta jne. Viimeisimpiä tässä renkaassa ovat hoitokodit eli ns. puolimatkantalat, jotka edustavat avo- ja laitoshoidon välimuotoa.

Hoitokotitoimintaa on harjoitettu muun muassa Amerikassa ja Ruotsissa jo vuosikymmeniä. Monet hoitokodit ovat kehittäneet omia hoito-ohjelmiaan, joista eräät perustuvat AA-ideologiaan, eräät muiden hoitotähtien varaan. Yhteisenä pyrkimyksenä kaikille on saada alkoholisti irrottautumaan juomisesta muuttamalla hänen ympäristöään ja asenteitaan.

Vanhastaan on todettu, että avo- ja laitoshoidon äärimuodoilla on monia varjopuolia. Laitoshoidon merkitsee aina yksilön eristämistä normaaleista ihmissuhteista ja yhteiskunnan arjesta. Lisäksi on osoittautunut, että kun hoidettavat ovat fyysisesti ja

psykkisesti toipuneet rajusta juomakaudesta, laitoksessa olo koetaan rangaistukseksi eikä hoidoksi. Edelleen: suljettujen laitosten ilmapiiri aiheuttaa laitostumista ja lamauttaa yksilön aloitekykyä. Toisaalta taas avohoito ei ole riittävän tehokasta sellaisille alkoholisteille, joiden perhesiteet ovat katkenneet, joilla on asuntovaikeuksia ja jotka muutenkin ovat sosiaalisesti eristyneitä ja avuttomia.

Puolimatkantalojen tarkoituksena on yhdistää kummankin äärimuodon hyvät puolet ja samalla välttää niiden varjopuolia. Hoitokodin katsotaan yleensä tarjoavan ympäristön, jossa toisaalta ei pitäisi esiintyä juomispainetta ympäristön taholta ja jossa toisaalta hoidettavan välttämättömät aineelliset tarpeet kuten ravinto ja asunto tulevat säännöllisesti ja riittävästi tyydytetyiksi. Paitsi säännölliseen elämäntapaan totuttamista on hoitokoti tarkoitettu hoidolliseksi ympäristöksi, jossa henkilön odotetaan oppivan vähitellen käyttäytymään yhteiskunnan hyväksymällä tavalla ja saavan uuden normiston.

Hoitokotien perustaminen

Vuonna 1963 perustettiin maamme ensimmäinen alkoholistien hoitokoti Helsinkiin. Nykyään näitä on toiminnassa jo useita eri puolilla maata. Hallinnollisesti sekä hoito-ohjelmien puolesta ne eroavat suuresti toisistaan; eräät ovat joko yksinomaan tai osittain kuntien ylläpitämiä, eräät erilaisten vaamuotoisten hoito-organisaatioiden perustamia. Joidenkin kotien terapeuttinen ohjelma on pääasiassa uskonnollinen, kuten esimerkiksi Pelastusarmeijan ylläpitämien kotien kohdalla on asianlaista.

Alkoholitutkimussäätiön (ent. Väkijuomakysymyksen Tutkimussäätiö) toimesta seurattiin tutkimusmielessä kolmen hoitokodin toimintaa: v. 1963 perustettua Helsingin Toukola nimistä hoitokotia sekä Ouluun v. 1964 perustettua Pajakiven ja samana vuonna Turkuun perustettua Koivulan hoitokotia.

Toukolan 22-paikkainen hoitokoti on kaupungin ylläpitämä, kun sitä vastoin Oulun ja Turun 12—14 paikkaisten hoitokotien hallinnosta vastaa Vapaan Alkoholistihuollon Kannatusyhdistys (Vaky). Näiden kotien toiminnassa on paljon yhtäläisyyksiä. Ne on tarkoitettu työkykyisille miespuolisille alkoholisteille, jotka kykyjensä mukaan osallistuvat hoitokustannuksiin.

Tutkimuksen suorittaminen ja sen tavoitteet

Puolimatkantalojen perustamisen aikoihin keskusteltiin kiivaasti eri hoitoideologioiden keskinäisestä etevämyydestä. Vastakkain olivat ennen kaikkea AA-liikkeen uskonnollisesti sävyttynyt, ehdotonta raittiutta korostava ja alkoholistien omatoimisuuteen nojaava ideologia sekä A-klinikoiden nykyaikaisesta sosiaaliterapiasta ideoitua ammentava ja myös kohtuusjuomisen hyväksyvä katsomustapa. Tätä taustaa vasten on ymmärrettävää, että puolimatkantalojen toimintakokeiluun haluttiin yhdistää eri hoitoideologioiden vertailu.

Tutkimuksen päätavoitteena oli hoidon tehokkuuden selvittäminen. Erityisesti ha-

luttiin saada viitteitä siitä, minkätyyppinen hoitoideologia parhaiten sopisi esikuvaksi myöhemmin mahdollisesti perustettaville hoitokodeille. Kun Helsinkiin perustetun hoitokodin hoitotyö pohjautui AA-ideologiaan samoin kuin Turunkin hoidokodin, päädyttiin Oulun hoitokodin hoitoideologiassa moderniin sosiaaliterapiaan; näin nimenomaan tutkijain toivomuksesta.

Tutkimusaineisto pitäytyi pääasiassa asukkaiden ja kodinjohtajan haastatteluihin, erilaisten havainnointipöytäkirjojen pitoon sekä kodinjohtajan kirjoittamaan ns. lähtöraporttiin, joka sisälsi tietoja mm. asukkaan käyttäytymisestä hoitokodissa. Tiedot pyrkivät antamaan kuvan kotien klienteelistä, hoidon vaikutuksista sekä kodista sosiaalisena systeeminä.

Hoitokotien klienteeli ja siihen vaikuttavat tekijät

Varsin pian tutkimuksen alettua huomattiin, että eri hoitokoteihin hakeutuva aines ei ollutkaan niin homogeeninen kuin mitä olimme kuvitelleet. Eroja oli havaittavissa mm. asukkaiden taloudellissosiaalisessa tilassa, juomahistoriassa, laitostuneisuuden asteessa ja erityisesti aikaisemmissa hoitosuhteissa. Tämä erilaisuus selittyi pääasiassa hoitoontulokanavasta, joita oli monia: sosiaalilautakunta, A-klinikka, AA-kerhot jne. Niinpä esimerkiksi Helsingin hoitokotiin hakeutui runsaasti aa-laisia, jotka tulivat mielellään hoitopaikkaan, jonka 'vetäjänä' oli AA-mies.

Suuria eroja eri hoitokoteihin hakeutuvien miesten välillä havaittiin myös tilassa, jossa he pyrkivät hoitoon. Voidaan sanoa, että kun erääseen kotiin tultiin turvaamaan jo alkanutta 'kuivaa' kautta, tultiin toisiin koteihin välittömästi 'märän' kauden jälkeen eli lähinnä katkaisemaan juomiskierrettä.

Koska näitä eri hoitokotien klienteellejä on kuvattu yksityiskohtaisesti erillisissä tutkimusraporteissa, tyydytään seuraavassa

eräiden yleisimpien taustapiirteiden toteamiseen:

län keskiarvo eri kodeissa oli 40,0—41,3 vuotta muistuttaen suuresti A-klinikkain klienteelin keski-ikä.

Eronneiden ja asumuserossa olevien osuus oli varsin huomattava (45—55 %). Peruskoulutus oli varsin puutteellinen. Asunnottomuus tai puutteelliset asunto-olot olivat asukkaille tyypillisiä.

Pitkä juomahistoria ja juomisesta aiheutuneet sosiaaliset haitat olivat valtaosalle leimaa-antavia. Laitostuneisuuden aste oli hyvin korkea.

Vastoin odotuksia hoitokoteihin ei hakeutunut asukkaita suoraan alkoholistihoitoloista tai muista laitoksista. Sitä vastoin enemmistöllä oli ollut lukuisia hoidollisia kontakteja ennen hoitokotiin tuloa.

Eri hoitokotien klienteeliä voidaan tiivistäen todeta: Helsingin hoitokotiin hakeutuva aines oli taloudellisesti-sosiaaliselta tilaltaan parhainta, Oulun heikointa ja Turun hoitokodin asukasaines näiden välimailta, mutta kuitenkin lähempänä Oulun kuin Helsingin hoitokotia. Näistä klienteeliä eroista lisää vielä tuonnempana.

Hoitoeologia vähemmän tärkeä tekijä

Kuten edellä jo ilmeni, oli tutkimuksen alkuperäisenä tavoitteena eri hoitoeologioiden vertailu. Tutkimuksen edetessä kävi selväksi, että lähtökohtamme oli aivan liian kapea. Olimme nähneet hoitokodit ympäristöstään irrallisina sosiaalisina järjestelminä, joiden rakenne muotoutuisi pelkästään hoitoeologian perusteella. Heti alkuun ilmeni, että Helsingin ja Oulun kodeissa hoitoajat ja alkoholinkäytön määrä erosivat huomattavasti toisistaan. Oulun kodissa hoitoajat jäivät huomattavasti lyhyemmiksi ja hoitosuhde katkesi paljon useammin sääntörikkomuksiin, tavallisimmin juomiseen. Ennen pitkää kävi selväksi, että hoitoeologian ohella ja ylitse kotien toimintaan ratkaisevasti vaikuttivat ensinnäkin sellaiset seikat

kuin paikkakunnan yleiset taloudelliset, sosiaaliset ja kulttuuriset olosuhteet.

Niinpä esimerkiksi Oulun kohdalta on painotettava seuraavia hoitokodin toimintaan ratkaisevasti vaikuttavia seikkoja:

Oulussa vallitsi tutkimuksen aikoihin vaikea työttömyys, jonka vuoksi valtaosa hoitokodin asukkaista oli työttömiä. Tämä puolestaan sitoi asukkaat riippuvaisiksi kunnan sosiaalilautakunnasta, jonka kautta hoidettiin mm. heidän maksusitoumuksensa. Työttömyys johti myös siihen, että asukit joutuivat kuljeksimaan toimeettomina kaupungilla, jossa he sortuivat herkästi juomaporukoihin. Työttömyydestä johtuva maksukyvyttömyys esti monia hakeutumasta vapaaehtoisesti hoitokotiin — kaikki eivät halunneet turvautua kunnan maksusitoumuksiin. Hoitokodin johtajalta kului myös paljon aikaa hänen yrittäessään saada asukkaat työllistetyiksi.

Tilanne Helsingissä oli aivan toinen. Kodin asukkaat, muutamaa harvaa poikkeusta lukuun ottamatta, olivat työssä, ja kotiin tullessa työttömänä ollut saatiin pian työllistetyiksi usein kanssa-asukkaiden toimesta. Näin Helsingin kodin asukkaat pääsivät piankin irti kunnan "taloudellisesta holhouksesta". Kun kodinhoitajan ei tarvinnut kulluttaa aikaa työnvälittämiseen, hän pystyi käyttämään aikaansa tehokkaasti asukkaiden muiden asioiden järjestelyyn. Työssä käyvät asukkaat pystyivät myös maksamaan rästiin jääneitä sakkokoja ja muita velkoja ja näin vähentämään sakkovankeuteen joutumisen uhkaa. He pystyivät myös hankimaan itselleen kunnolliset asusteet ja näin saamaan varmuutta esiintyä kodin ulkopuolella mm. sukulaistensa ja tuttaviansa parissa. Tämä kaikki edisti heidän uudelleen sosiaalistumistaan.

Toinen erittäin merkittävä ero näiden kahden hoitokodin klienteelin välillä oli heidän hoitoontulomotiiveissaan, mikä selittyy paljolti kulttuurisista eroista näiden kahden alueen välillä. Pohjois-Suomessa vallitse-

valle kulttuurille on ominaista eräänlainen 'jätkämentaliteetti', jolle on leimallista mm. liikkuvuus. Työt ovat kausiluonteisia metsä- ja siirtotyömaineen. Työnteko on jaksoittaista kuten joutoajatin. Tämä säätelee myös alkoholinkäyttöä; pitkiä työllisiä ja raittiita kausia seuraa "luppoaika" ja juominen. Hyväksyttävän juomiskäyttäytymisen rajat ovat löysemmät pohjoisessa kuin etelässä. Muutamia kertoja viikossa humalassa ei leimaa vielä miestä pohjoisessa juopoksi ja sellaisissa olosuhteissa ei hän tule leimatuksi kovin helpolla alkoholistiksi.

Niinpä varsin monet Oulun hoitokodin asukkaat eivät halunneet myöntää olevansa alkoholisteja sanan siinä merkityksessä, että he eivät itse omin neuvoin kyenneet hillitsemään juomistaan. He eivät siis alun alkaenkaan olleet omaksuneet täysraittiuutta tavoitteekseen. Kuitenkin kodissa oli myös sellaisia, jotka kokivat itsensä alkoholisteiksi. Kun kodinjohtaja katsoi ns. retkahtamistapauksia läpi sormien monasti jo siitakin syystä, että liian ankara kerrasta poikki säännön noudattaminen olisi saattanut kodin vajaakäyntiseksi, aiheutti tämä asukkaissa ristiriitaisia tunteita. Tyypillinen esimerkki tästä oli muuan AA-ideologian omaksunut asukas, joka oli saanut retkahtamisen anteeksi mutta joka piti jatkuvia omantunnontuskia sen vuoksi, että hänen oli annettu jäädä asumaan kotiin sääntöjen vastaisesti. Oululaisia aa-laisia kodinjohtajan hölläkätisyys retkahtaneita kohtaan suututti tavattomasti ja siitä aiheutui hoitokotiin myös nurjamielistä suhtautumista pitkän aikaa.

Kulttuuriset tekijät vaikuttivat myös toisaalla. Oulun hoitokodin johtaja oli etelän mies etelän tapoineen ja normeineen. Näin kaksi kulttuuria törmäsi hoitajahoidettavat tasolla, ja tästä aiheutui lukuisia konflikteja. Toisinaan ne ilmenivät ruokavalioidessa, toisinaan sääntöjen antamisessa ja niiden tulkinnessa. Tällaisesta lie-nee eräs esimerkki paikallaan. Hoitokodin

säännöissä määrättiin, että mikäli asukkaat haluavat ottaa kodissa vieraita vastaan, on heidän tähän saatava kodinhoitajalta lupa. Kuitenkin noin kuukauden kuluttua kodin toiminnan aloittamisesta ryhmä AA-miehiä tuli kotiin lupaa kysymättä — luvan kysyminen kun ei yleensä kuulu tapoihin pohjoisessa. Tämä loukkasi kodinjohtajaa ja tapauksesta kehittyi konflikti, joka vähäksi aikaa särki hoitokodin ja paikallisen AA-liikkeen yhteistyön.

Tutkimuksen eräänä tavoitteena oli antaa osviittoja siitä, minkälaisille alkoholisteille hoitokodit olisivat tarkoituksenmukaisia.

Kuten edellä jo todettiin, eri hoitokoteihin hakeutunut aines poikkesi melkoisesti toisistaan. Esimerkiksi Helsingin hoitokotiin hakeutui (tai valikoitui) suuressa määrin sellaisia, jotka olivat ammattitaitoisia, enemmän koulutusta saaneita ja joilla ylimalkaan oli parempi taloudellissosiaalinen tausta verrattuna muiden hoitokotien alkoholistiainekseen. Vaikka heidän juomahistoriassaan saattoikin havaita dramaattisia piirteitä, heillä oli sittenkin jäljellä monia tärkeitä 'kytkentöjä' normaalielämäänsä. Toisin oli asianlaita muiden hoitokotien asukkien kohdalla. Niihin hakeutunut aines oli jo kapalosta lähtien toisenlaista; he olivat elämän mierolaisia, satunnaisia keikkatyömiehiä, joilla ei oikeastaan koskaan ollut ollut mainittavampia 'raameja' elämässään. Juuri tämän klienteelin erilaisuuden terapeutit useinkin unohtavat. He asettavat samanlaisia hoitotavoitteita kaikille, koska "juopot nyt ovat niin samankaltaisia". Mutta sitähe he nimenomaan eivät ole, kuten edellä on pyritty osoittamaan. Siksi eräiden hoitokotien tavoite oli epärealistinen, eikä niillä siten ollut edellytyksiä onnistua pyrkimyksissään. Tämä paneekin ajattelemaan koko alkoholistihuoltopolitiikkaamme. Ei näytä kovinkaan viisaalta luoda kalliita hoitosysteemejä klienteelille, joka ei pysty saamaan niistä niiden tarkoittamaa apua.

On järkevämpää asettaa tavoitteet realistisemmin, vähemmän kunnianhimoisesti. Esimerkiksi lämpimän suojan ja jokapäiväisen ravinnon turvaaminen ja mahdollisen suojaustyötoiminnan järjestäminen on joillekin klienteille tarkoituksenmukaisin toimenpide yrittämättäkään heitä väenvängällä sosiaalista ja 'kuivattaa' moderneissa laitoksissa.

Kaiken kaikkiaan: hoitotavoitteet tulee asettaa klienteelin myötä ottaen huomioon sen lähtökohdat.

Huoltotyön koordinoiminen tärkeätä

Turun hoitokodin kohdalla ilmeni suuria vaikeuksia aivan sen perustamisesta lähtien. Koti sijoitettiin omakotitaloalueelle, jonka asukkaat ryhtyivät sitä vastustamaan asemakaavallisiin syihin vedoten. Tämä johti puolitoista vuotta kestäneeseen kantelu-prosessiin maistraatista Korkeimpaan hallinto-oikeuteen saakka. Kun lupa kodin toiminnalle lopulta myönnettiin, sen toimintaa uhkasi asukkaiden puute. Tähän oli monia syitä. Ensinnäkin Turussa oli toiminnassa koko joukko erilaisia, pääasiassa vapaa-muotoisia hoito-organisaatioita, jotka kaikki olivat tavalla tai toisella sidoksissa kaupungin sosiaalitoimeen — lähinnä taloudellisista syistä. Toisaalta näiden eri hoitopisteiden välillä ei ollut koordinoitua yhteistyötä. Monet osittain henkilökohtaiset osittain ideologiset intressit liittyivät lisäksi myös ko. huoltokenttään.

Myös informaation puute tai sen huono kanavoituminen johti siihen, että turkulaisien keskuudessa pääsi leviämään hoitokodista väärä image. Sen rooli oli täysin selkeytymätön pitkän aikaa. Maksukyvyttömiin asukkaiden hoitomaksujärjestelyt ns. maksusitoumusten muodossa tuottivat alkuaikoina myös vaikeuksia. Näistä vaikeuksista olisi selvitty helpommin, mikäli kodin hallinnosta vastaavalla yhdistyksellä olisi ollut enemmän taloudellisia resursseja. Vastuun delegointi oli myös aluksi vino-suuntainen: kodinjohtajalla, joka asukkai-

den valinnassa on avainasemassa, ei ollut riittäviä valtuuksia, vaan hän joutui olemaan liiaksi riippuvainen lähinnä sosiaalitoimen päätöksistä. Kun hänen valtuuksiaan sittemmin lisättiin, alkoi hoitoonkanavoituminen sujua ja pian hoitoonhakeutuneiden määrä ylitti kodin kapasiteetin.

Yhteenveto

Edellä esitetyssä on jäänyt vähälle huomiolle hoitokotien toiminnan yksityiskohtainen kuvaaminen. Ken siitä on kiinnostunut, hän voi perehtyä erillisiin, lähdeviitteissä mainittuihin tutkimuselosteisiin. Tämän artikkelin tarkoitus on valaista sellaisia tekijöitä, joihin meillä — ja muuallakin — on kiinnitetty hämmästyttävän vähän huomiota uusien hoitomuotojen luomisessa ja entisten kehittämisessä.

Tuntuu näet hyvin epärealistiselta, että niin suuri osa alkoholistien huoltoa koskevaa keskustelua käydään hoitoidelogisten hienouksien puimiseen, kun ne, kuten hoitokotitutkimuksemme osoitti, ovat käytännön vaikutuksiltaan toissijaisia. Se on jonkinlaista hoitopistekohtaista sokeutta: keskinäisten oppikiistojen takia ei kyetä näkemään todellisia peruskysymyksiä. Terapeutit pyrkivät manipuloimaan mitä manipuloitavissa on. On paljon tekijöitä, jotka eivät ole terapeuttien manipuloitavissa; tällaisia ovat juuri tutkimuksessamme esille tulleet taloudelliset, sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät, joilla kuitenkin toiminnan kannalta on tärkeä merkitys. Myös tavoitteiden asettelussa tulisi nykyistä enemmän ottaa huomioon klienteelin laatu. Tällä emme halua kieltää ideologioiden merkitystä hoitotyössä. On hyvä, että hoito ideologisestikin on differentioitunutta, mutta siihen ei pidä valuttaa liikaa voimavaroja. Myös taloudellisten resurssien oikea arviointi on tärkeätä. Jos hoitotoimien luonnetta ja laajuutta sanelee ahtaasti hoito-organisaation niukka budjetti, jossa työntekijän lomakorvauksessa käydään köydenvetoa enemmän kuin sii-

tä, miten hoidettavia saadaan enemmän kuiville, on toimintapohja jokseenkin harhautunut. Lisäksi paikkakunnilla, joissa on lukuisia eri tyyppisiä hoitopisteitä, tulisi huolehtia näiden pisteiden työn koordinoinnista niin, että ne voisivat tahdistaa työnsä koko alueen yhteiseksi hyväksi.

Lähdeviitteitä

- Bruun, K. & T. Markkanen: *Onko alkoholismi parannettavissa*. Väkiuomakysymyksen Tutkimussäätiö. Helsinki 1961
- Hoitokotitoimikunnan mietintö. Väkiuomakysymyksen Tutkimussäätiö. Helsinki 1962

- Jellinek, E. M.: *The disease concept of alcoholism*. New Haven 1960
- Kiviranta, Pekka: *Alcoholism syndrome in Finland*. Alkoholitutkimussäätiö. Helsinki 1969
- Mäkelä, K. & E. Tuominen: *Puolimatkantalo alkoholistien hoitomuotona: Pajakiven hoitokoti*. Alkoholipoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimusseloste 29/1967
- Rubington, Earl: *The future of the Halfway House*. Quarterly Journal of Studies on Alcohol. Vol. 31, March 1970
- Sariola, Sakari: *Lappi ja väkijuomat*. Väkiuomakysymyksen Tutkimussäätiö. Helsinki 1954
- Tuominen, E.: *Puolimatkantalo alkoholistien hoitomuotona: Toukolan hoitokoti*. Alkoholipoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimusseloste 43/1969
- Tuominen, E.: *Puolimatkantalo alkoholistien hoitomuotona: Koivulan hoitokoti ja kolmen hoitokodin potilasaines*. Alkoholipoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimusseloste 50/1970.