

Tämä kirjoitus pohjautuu Iowan yliopiston professorin H. A. Mulfordin esitelmään, jonka hän piti ICAA:n konferenssissa Varsovassa syksyllä 1978. Esitelmässään Mulford kritisoi voimakkaasti alkoholismien sairaus-käsitystä ja esittää oman näkemyksensä alkoholismien olemuksesta. Taustapohdiskelujen jälkeen Mulford päätyy suositamaan varsin "kevyttä" hoitojärjestelmää — eräänlaista liikkuvaa tukihenkilösystemiä — vastapainoksi sairaus-malliin pohjautuvalle "raskaalle" laitoshoidolle.

Referoin aluksi Mulfordin keskeisen ajatuksenkulun; kirjoituksen loppuosassa yritän arvioida mulfordilaisen tukihenkilöjärjestelmän soveltuvuutta suomalaisen hoitojärjestelmään. Ajankohtaiseksi Mulfordin kirjoituksen tekee toisaalta se, että alkoholismien olemuksesta käydään Suomessakin vilkasta keskustelua, ja toisaalta se, että syksyllä 1978 mietintönsä jättänyt päihdeasiainneuvottelukunta esittää myös tukihenkilötoiminnan aloittamista.

MULFORDIN AJATUKSENKULKU

Prosessimalli

Käsitys alkoholismista sairautena ja siihen pohjautuvat hoitomenetelmät ovat johtaneet siihen, että yleinen suhtautuminen alkoholisteihin on nykyisin humaanimpaa kuin ennen, alkoholisteille on tarjolla enemmän hoitopalveluja ja yhä useammat saavat sairaalahoitoa, mikä epäilemättä pelastaa monen alkoholistin hengen. Tästä huolimatta sairaus-käsitykseen pohjautuva hoitomalli ei ole

saavuttanut perimmäisiä tavoitteitaan. Alkoholien väärinkäyttö on määritelty ongelmaksi, jonka hoitomenetelmäksi on etsitty teknistä ratkaisua — tuloksetta. Alkoholismien määritelmä, etiologia, diagnoosi, hoitomenetelmät, ennuste ja ehkäisy ovat kaikki jääneet mysteeriöiksi. Ei ole pystytty todistamaan, että jokin tietty hoitomenetelmä lisäisi jotakin olennaista alkoholistin luonnolliseen toipumisprosessiin.

Sairaus-malli — kuten muut aikaisemmat yritykset — kieltää sen tosiasian, että informaaliset, luonnolliset paineet ja prosessit toimivat tällä hetkellä hyvin menestyksekkäästi kontrolloidessaan alkoholien liikkakäyttöä. Yhteiskunnat ovat aina asettaneet yleiset, vastuullista juomista koskevat normit, joita ylläpidetään tehokkaan informaalisien kontrollien avulla. Tällä tavalla yhteiskunta hoitaa tällä hetkellä sekä noin 90 % liikkakäytön ehkäisystä että myös suuren osan liikkakäyttäjien kuntoutuksesta. Miten muuten olisi selitettävissä "spontaanin toipumisen" yleisyys?

Kuitenkin nykyiset hoitoyhteisöt näkevät vaikuttavana tekijänä vain oman hoitomenetelmänsä eivätkä tunnusta sitä mahdollisuutta, että alkoholistin kokemukset ennen hoitoa ja/tai hoidon jälkeen vaikuttavat hänen juomiskäyttäytymisensä paljon suuremmassa määrin kuin itse hoito.

Hoitomenetelmien historia perustuu siihen näkemykseen, että alkoholismien takana on yksi ainut syytekijä. Silloin kun on päästy tarpeelliseen yksimielisyyteen tästä kausaalista mekanismista (esim. "pahuus" tai moraalinen heikkous, pa-

hantapaisuus, alkoholi sinänsä, sairaus), on seurannut tätä vastaava hoitotekniikka (uskonnollinen pelastus, rankaisu, kieltolaki, lääketieteellinen hoito). Tuloksena on säännöllisesti ollut pettymys, ja seuraava sukupolvi on kääntynyt uusien syiden ja uusien hoitomenetelmien puoleen.

Mulford viittaa moniin tutkijoihin, jotka nykyisin puolustavat sitä näkemystä, että alkoholisoituminen ja toipuminen ovat dynaamisia prosesseja, joissa vaikuttavat useat heikot syyt. Oman näkemyksensä Mulford tiivistää näin:

— alkoholisoituminen ja siitä toipuminen ovat jatkuvia, koko elämän kestäviä, dynaamisia ja progressiivisia prosesseja;

— prosessit eivät ole peräkkäisiä siten kuin Jellinek vaiheteoriassaan esittää, vaan yksilö kehittyy samanaikaisesti kummassakin suhteessa: vaikka alkoholisoituminen olisi pahenemassa, muodostuu samaan aikaan selviytymistä edesauttavia voimia;

— molemmissa prosesseissa vaikuttavat toisiinsa limittyvät monimutkaiset sosiaaliset, psykologiset ja fysiologiset tekijät;

— kukin yksittäinen kausaalinen tekijä — kaikki nykyiset hoitotekniikat mukaan lukien — on vain yhtenä heikkona osatekijänä kummassakin prosessissa;

— mikään yksittäinen tekijä — paitsi alkoholi — ei ole välttämätön eikä myöskään riittävä syy aiheuttamaan alkoholin liikakäyttöä tai siitä luopumista;

— prosesseihin vaikuttavat voimat eivät ole staattisia, vaan niiden läsnäolo, voima ja vaikutusten suunta vaihtelevat ajan ja yksilöiden suhteen;

— tekijöiden vaikutus ei ole yksinkertaisen kasautuva, vaan ne ovat keskenään vuorovaikutuksessa; jonkin muuttujan vaikutus riippuu usein jonkin toisen muuttujan läsnäolosta ja/tai voimasta;

— taustavoimien keskinäisestä suhteesta riippuu, onko ihminen jonakin hetkenä ”alkoholisti” vai ”parantunut alkoholisti”;

— yksilö ja hänen yhteisönsä kykenevät jossain määrin kontrolloimaan näitä

luonnollisia voimia;

— sopivalla avulla yksilöä voidaan auttaa paremmin kontrolloimaan luonnollisia voimia.

Tukihenkilö

Prosessimallinsa pohjalta Mulford kehitelee oman hoitovaihtoehdonsa:

Toipumista edistävä tekijä, jota ei nykypäivän hoitolaitoksista juuri löydy mutta jota alkoholisti eniten tarvitsisi, on ”katalyyttinen agentti” — ymmärtävä ystävä, joka auttaa ongelmaista ja hänen läheisiään paremmin selviytymään ongelmatilanteista ja siten edesauttaa ja vahvistaa jo luonnostaan toimivia paineita.

Monelle alkoholistille AA-liikkeen työntekijä on juuri tällainen tukeva taustavoima, katalyysaattori. Menestyksistään huolimatta AA ei kuitenkaan ole osoittanut järin suurta kykyä aktiivisesti tunkeutua kohderyhmäänsä eikä se yleensä pysty tavoittamaan ongelmaista juomisuran alkuvaiheessa. Ulospäin suuntautuminen ja seuranta eivät kuulu AA:n filosofiaan.

Niinpä AA:n täydentäjäksi ja muodollisen hoidon vaihtoehdoksi Mulford ehdottaa eräänlaista yhteisöterapeuttia tai tukihenkilöä (Community Alcoholism Agent — CAA), joka aktiivisesti etsii kontaktin ongelmaiseen ja on hänelle katalyyttinen taustavoima toipumisprosessissa. ”Katalyyttinen” tarkoittaa yksilötasolla sitä, että tukihenkilö toimii ongelmaisen motivoijana, neuvojana, empaattisena ystävänä, luottamusihmisenä, tarjoaa pitkäjänteistä emotionaalista tukea ja talonpoikaisjärkeen perustuvaa ohjausta. Yhteisötasolla tukihenkilö kasvattaa, panee liikkeelle, tahdistaa ja motivoi kenet tahansa tukemaan ongelmaisen toipumisprosessia.

Tukihenkilö hakee yhteyttä ongelmaiseen nimenomaan juomisuran alkuvaiheessa maksimoidakseen sekundaarisen ehkäisyn. Toisaalta tukihenkilö edesauttaa yhteisöä kehittämään vastuullisempia juomisnormeja ja voimistamaan epävirallista kontrollia ja vähentää näin ongelman

syntymistä.

Onnistuakseen tehtävässään tukihenkilön on oltava ensinnäkin liikkuva, aktiivinen. Parhaiten ongelmaiseen saa kontaktin yhteisön viranomaisten ja työntekijien kautta: alkoholisoituva ihminen ilmestyy tavallisesti johonkin palveluyksikköön syystä tai toisesta, mutta harvoin etsimään apua nimenomaan juomisongelmaansa. Useimmiten kyseessä on terveys-, työ- tai perheongelma, joka aikaa myöten osoittautuu alkoholin liiakäyttöön kiinteästi kytkeytyväksi. Tässä vaiheessa tukihenkilö vielä ehtii juomisuran alkuun, ja lisäksi motivaatioperusta ongelman hoitamiseksi on todennäköisesti tällöin jo olemassa. Keskustelun jälkeen ongelmainen kuitenkin itse päättää, astuuko tukihenkilö hänen elämäänsä.

Toiseksi tukihenkilön päätehtävä on saada ongelmainen itse auttamaan itseään. Tukihenkilö ei tee mitään, minkä hän saa ongelmaisen itse tekemään. Maksimoidakseen yhteisön mukaantulon hän ei myöskään tee mitään, minkä saa jonkun toisen tekemään yhteisössä ongelmaisen hyväksi. Toisaalta hän vakuuttaa asiakkaalle olevansa mukana pitkään ja vaivattomasti tavoitettavissa. Tukihenkilö ei toimi kapean lääketieteellisen sairausmallin pohjalta vaan näkee ongelmien kytkeytyvän asiakkaan jokapäiväiseen elämään ja ympäristöön.

Tukihenkilö ei anna ”terapiaa” tavanomaisessa psykoterapeuttisessa mielessä. Hän antaa tuettavansa varsin selvästi ymmärtää, että toipuminen ei ole jotakin, jonka voi ostaa ”hoitomyymästä”: kukaan ei voi lahjoittaa ongelmaiselle parantumista. Hoitoa voidaan antaa, toipumista ei: se on itse ansaittava. Muiden avusta on hyötyä vain oman toipumispyrkimyksen tukena.

Tukihenkilö pyrkii saamaan asiakkaan toimimaan ja sitä kautta muuttamaan ajattelutapaansa eikä niinkään *ajattelemaan* itseään uusiin toimintatapoihin. Ongelmaisen kytkentöjä yhteisöön yrittää kohentaa. Hänen lähiympäristönsä tukihenkilö muokkaa siten, että se osaltaan auttaisi ongelmasta itsenäistymään:

lähi-ihmisten on opittava olemaan ruokkimatta ongelmaisen riippuvuutta ja tappamatta ongelmasta liiallisella ystävällisyydellä. Suhtautumisen tulee olla ”kova-pintaisen” ymmärtävää.

Menestyksellinen toiminta edellyttää tukihenkilöltä intuitiota, empatiaa, vähevä kiinnostusta, talonpoikaisjärkeä, kykyä tulla toimeen kaikenlaisten ihmisten kanssa ja yleistä taitoa saada asiat sujumaan. Alkoholistin auttaminen on Mulfordin mukaan enemmän taitoa kuin tiedettä, ja mukana on vahva inhimillinen elementti. Teknistä pikamenetelmää ei ole löydetty, koska sellaista ei ole. Alkoholin väärinkäyttö on inhimillinen ongelma, ei tekninen. Tätä on ehkä vaikea uskoa siksi, että nyky-yhteiskunta uskoo tieteen ja teknologian ratkaisevan kaikki ongelmat: tämä on vähän samanlainen taianomainen usko kuin alkoholistin luulo, että alkoholi on hänen ongelmiensa ratkaisu.

Toimiiko se?

Mulfordilla on esittää myös tilastovertailuja menetelmänsä toimivuudesta:

Yhdysvalloissa on Iowan osavaltiossa kokeiltu käytännössä tukihenkilösystemiin perustuvia hoitokeskuksia. Ensimmäinen keskus avattiin 1966 paikallisten kansalaisten tuella ja lainavaroilla. Useat kunnat seurasivat esimerkkiä, ja vuoden 1975 alussa keskuksia oli Iowassa 43. Tällöin Iowan osavaltion viranomaiset ottivat keskuksat valvontaansa. Tätä ennen keskusten rahoitus tuli pääasiassa kuntien viranomaisilta ja yksityisistä lähteistä. Keskuksat otettiin valvontaan, koska sekä liittovaltio että Iowan osavaltio ohjasivat lisää varoja alkoholismien hoito-ohjelmiin: valtion väliintulon jälkeen keskuksat menettivät epävirallisen, joustavan toimintamuotonsa.

Niinpä Mulford vertaa keskusten toimintaa ennen valtion väliintuloa ja sen jälkeen. Vaikka tarkkoja tietoja hoitoa saaneiden kokonaismäärästä ja hoidon vaikutuksista ei ole, tilastoista löytyy kuitenkin tietoja uusien asiakkaiden

määristä, keskusten kokonaiskustannuksista ja sisään otettujen yksikkökustannuksista. Vaikka Mulfordilla ei ole tietoja hoidon vaikutuksista, hänen mukaansa on aikaisempien tutkimusten pohjalta perusteltua olettaa, että tukihenkilömenetelmä on vähintään yhtä tehokas kuin mikä muu menetelmä tahansa.

Mulfordin mukaan uusien asiakkaiden määrä alkoi valtion vuonna 1975 tapahtuneen väliintulon jälkeen nopeasti laskea. Samalla keskusten kustannukset kasvoivat 58 % vuodesta 1975 vuoteen 1977; yksikkökustannukset (kustannukset uutta asiakasta kohden) kolminkertaistuivat vuoden 1977 aikana. Tämä kehityssuunta ei ollut ominaista vain Iowan hoitolaitoksille: liittovaltion tilastot osoittavat, että laitosten kustannukset kasvoivat 1974—77 29 % ja että samassa ajassa uusien asiakkaiden sisäänotto väheni 17 % yksikkökustannusten kasvaessa 55 %.

Vuonna 1975 yksi keskus jäi valtion kontrollin ulkopuolelle. Se jatkoi epävirallisella linjalla: se etsi aktiivisesti kontakteja ongelmaksiin, teki kotikäyntejä (myös iltaisin), hoiti ongelmisten seuranta ja kutsui asiakkaita silloin tällöin kalaretkelle tai metsästäämään (!). Asiakkaita kiusaava paperisota oli edelleen minimissä, vaikkakin sitä harjoitettiin riittävästi hoidon dokumentoinnin ja kehittämisen vuoksi. Mulfordin mukaan tämä keskus on vuoden 1975 jälkeenkin vastaanottanut vuosittain tasaisesti saman määrän asiakkaita, kustannukset uutta asiakasta kohden kasvoivat 1975—77 vain 10 % ja ne olivat vain vajaa neljännes muiden keskusten keskimääräisistä kustannuksista.

Kävi siis niin, että hoitoa saaneiden asiakkaiden kokonaismäärä väheni valtion väliintulon jälkeen, kun taas keskusten määrä melkein kaksinkertaistui, kustannukset kasvoivat yli kaksinkertaisiksi, valtion suunnittelu- ja hallintoviranomaisten määrä ja budjetoidut varat kasvoivat 10-kertaisiksi. Aikaa, vaivaa ja rahaa uhrattiin valtion hoitosuunnitelman laatimiseen ja sen vuosittaisiin tarkistuksiin, lukemattomiin hoidollisia tai-

toja ja hallinnollista tehokkuutta lisääviin konferensseihin, työryhmiin ja koulutusohjelmiin. Keskukset olivat valtion tiukan valvonnan ja tarkkailun kohteena, vastuuta lisättiin ja paperisotaa kasvatettiin.

Älykkäät ja ammattitaitoiset hallintomiehet ja suunnittelijat näyttivät tekevän kaiken juuri niin kuin pitääkin: tilastot vain osoittavat dramaattista kustannusten nousua ja palvelutason laskua. Eräs senaattori ennakoi tätä kehitystä vuonna 1974 varoittaen, että syntymässä on ”alkoholi- ja lääketeollinen kompleksi” alkoholistien ja veronmaksajain kustannuksella. ”Miksi?” kysyy Mulford ja vastaa, että menot nousivat yksinkertaisesti siksi, että rahaa oli käytettävissä. Byrokratia täydensi itseään ja kasvoi kuluttaen yhä suuremman osan varoista, jotka piti suunnata organisaation varsinaiseen kohteeseen — hoitotyöhön.

ARVIOINTI

Mulfordin mukaan siis sekä alkoholisoituminen että siitä toipuminen ovat koko elämän jatkuvia ei-peräkkäisiä prosesseja, joihin vaikuttavat useat heikot, keskenään vuorovaikutuksessa olevat sosiaaliset, psykologiset ja fysiologiset syyt, ja kaikki yksittäiset tekijät — hoito mukaan lukien — vaikuttavat suhteellisen vähän kokonaisprosessiin.

Jos Mulfordin tapaan hylätään lääketieteellinen sairaus-malli, alkoholismi on pitkälti tahdonvarainen, inhimillinen ongelma. Siksi ”on mielekästä pitää alkoholismia inhimillisenä reaktiona ylivoimaiseen elämäntilanteeseen — ei jonakin, johon sairastuu” (Österberg 1977).

Olellainen on siksi Mulfordin oivalus, että hoito on vain yksi eikä aina tärkein toipumisprosessissa vaikuttava tekijä. Koska liikajuominen on heijastusta elämisen ongelmasta, ihmisen koko elämäntilanne ja siinä tapahtuvat muutokset — eli Mulfordin ”luonnolliset voimat” — muodostavat toipumisen edellytykset. Hoito siis tukee ja muokkaa luonnollisten voimien toimintaa.

Näin ajatellen hoidon suhteellinen mer-

kitys on pienimmillään silloin, kun toipumista edistävät luonnolliset paineet ovat voimakkaat. Tällöin tehokas hoitotulos on saavutettavissa varsin ”kevyelläkin” menetelmällä — kuten Mulfordin ehdottamalla tukihenkilöllä.

Milloin tukihenkilö?

Milloin sitten luonnolliset paineet ovat voimakkaat?

Mulfordin prosessimallin mukaan alkoholisoituminen ja toipuminen eivät ole peräkkäisiä vaan rinnakkaisia prosesseja. Tietyissä kriisivaiheissa näin varmaan on, mutta pitkällä aikavälillä Lasse Murron vaiheteoria (1978) tuntuu perustellumalta, koska se ottaa huomioon kehityksessä tapahtuvat laadulliset muutokset. Murron teorian takaa on poimittavissa seuraava ajatus: Niin kauan kuin ihmisellä on jokin tärkeimmistä kytkennöistä yhteisöön päin kunnossa, niin kauan paine todennäköisesti vaikuttaa toipumiseen päin. Kun kytkennät katkeavat, alkaa vähitellen ajautuminen poikkeavaan elämäntapaan, alkoholistien osakulttuuriin. Tällöin paine toisaalta työntää ongelmaita pois normaalista yhteisöelämästä, ja alkoholistien osakulttuuri puolestaan sitoo yhä lujemmin itseensä. Jossakin juomishistorian vaiheessa tulee siten eteen vaihtopiste, jossa aikaisemmin toipumista edistäneet paineet muuttuvat alkoholisoitumista edistäviksi ja ylläpitäviksi.

Murto on pelkistänyt alkoholisoitumisen koko kulun viiteen osavaiheeseen, joista ensimmäinen ja viimeinen ovat seuraavat:

1. vaihe: ongelmainen päihteiden käyttö, jonka alkuvaiheessa asianomaisen perhesuhteet ovat vielä kunnossa; työssäkäynti on suhteellisen säännöllistä ja pyrkimys kontrolloida juomista on ilmeinen. Hoitopalveluksia on hyvin tarjolla elämän kiinnekohdat — asunto, työ ja perhe — omaavalle;

— — —

5. vaihe: ajattelu ja käyttäytyminen alkavat vähitellen samanlaistua muiden asiakkaiden kanssa; päihdeongelmaisen lähes koko sosiaalinen maailma rajoittuu poikkeavasti käyttäytyvien ryhmään; jäädään kiinni asunnottomien osakulttuuriin, johon

kuuluu joukkomajoitustiloja ja laitoksia: hoitoa, huoltoa ja kuntoutusta ja kontrollia; alkoholisoituvia ihmisiä, jotka kiertävät koordinoimattomassa hoitoketjussa päämäärättömästi ja ilman motivaatiota.

Kun keskeiset kytkennät vielä ovat olemassa, alkoholisoituminen ei vielä ole kovin pitkällä ja toisaalta motivaatiopohja on olemassa: ihmisellä on mitä yrittää säilyttää pyrkimällä elämänongelman ratkaisuun ja sitä kautta liikajuomisen vähentämiseen tai poistamiseen.

Eritellessään hoidon vaikutuksia koskevia tutkimuksia Kari Poikolainen (1978) toteaa, että hoidossa on saatu sitä paremmat toipumistulokset, mitä vakiintuneempi sosiaalinen (perhe- ja ammatti-) tausta asiakkailta oli ja mitä motivoitumpia he olivat. Näin hoidon teho on parhaimmillaan silloin, kun se osuu yhteen toipumista edistävien luonnollisten voimien kanssa — aivan kuten Mulford esittää.

Tukihenkilö voi tulla siis kysymykseen silloin, kun tapaus on lievä, eli motivaatio ja sen taustalla olevat sosiaaliset kytkennät ovat vahvat eikä alkoholisoituminen ole niin pitkällä, että asiakas tarvitsisi fyysistä kuntoutusta tai katkaisuhuoltoa. Mitä lähempänä ongelmainen on Murron viidettä vaihetta, sitä ”raskaampia” menetelmiä hän tarvitsee: fyysistä kuntoutusta, asunnon ja työpaikan järjestämistä, sosiaalisten taitojen ja persoonallisuuden kuntoutusta jne.

Sopiiko Suomeen?

Mulfordin tilastojen mukaan tukihenkilö on halpa ja tehokas. Tukihenkilö ehtii ”käsitellä” useampia tapauksia ja lyhyemmässä ajassa kuin perinteinen laitos. Tämän perustelun mukaan tukihenkilösystemin kehittäminen olisi järkevää siksi, että se vähentäisi kustannuksia. Tämä perustelu pätee kuitenkin vain, jos eri hoitomenetelmien parantamiskyvyssä ei ole olennaista eroa. Tähänhän Mulford tutkimuksiin vedoten nojaa.

Poikolaisen erittelyn mukaan näyttää kuitenkin siltä, että kyseessä ovat enemmänkin tutkimusten metodiset heikkou-

det kuin itse ilmiö. ”Alkoholismien hoitomuotoja koskevia tutkimuksia näivettää sama tauti kuin hoito-organisaatioita. Tutkitaan yhtä, nosologiseksi entiteetiksi miellettyä alkoholismia. Asiakkaille tarjotaan usein vain yhtä hoitomuotoa ja hoidon tulosta mitataan vain yhtä kriteeriä käyttäen.” Väitteensä tueksi Poikolainen siteeraa tutkimusta, jossa käsiteltiin uudelleen 58 hoidon tuloksia koskevan tutkimuksen tulokset. Tutkimukset jaettiin cluster-analyysillä viiteen ryhmään niin, että ryhmien välinen sisäinen vaihtelu sosiaalisten ja hoidollisten muuttujien osalta oli mahdollisimman pieni. Tämän jälkeen ryhmät eivät näyttäneet enää olevan samasta perusjoukosta, eli toipumisprosentti riippui enemmän siitä, millaisia asiakkaat olivat, kuin hoitomenetelmien eroista.

Kustannusperuste pätee siis ainoastaan silloin, kun ”lieviä” tapauksia hoidetaan liian raskaalla koneistolla, kuten Mulfordin tilastot USA:sta osoittavat. Sikäläisiin raskaisiin hoitokeskuksiin verraten esim. suomalainen a-klinikka edustaa varmasti varsin kevyttä hoitomenetelmää — kustannuksiltaan a-klinikka on todennäköisesti lähellä mulfordilaista tukihenkilökeskusta. Halpuus ei siten liene oikea kriteeri.

Olenainen lisä nykyiseen hoitojärjestelmäämme tukihenkilöstä voi nähdäkseeni tulla vain silloin, jos se pystyy tavoittamaan ongelmaisen aikaisemmin kuin nykyinen a-klinikka. Tässä suhteessa se saattaisi onnistua. Klinikalle meno edellyttää aktiivista päätöstä ja sen taustalla alkoholi-ongelman selvää tunnustamista. Lisäksi klinikalle meno saatetaan kokea leimautumiseksi, alkoholi-ongelmaisen roolin ottamiseksi. Kynnys on siten melko korkea.

Tukihenkilösystemistä voisi tietoisesti luoda sellaisen, että se tulee ongelmasta puolitiehen vastaan. Tukihenkilö olisi yhtä lähellä kuin lähin puhelin: soittamalla saisi nopeasti kontaktin tukihenkilöön ei-laitosympäristössä. Lisäksi tukihenkilö yrittäisi seuloa muiden viranomaisten asiakkaita, kuten Mulford ehdottaa.

Pääasia olisi, että tukihenkilö tietoisesti leimattaisiin neuvonta- ja tukityöntekijäksi, jota ei helposti mielletäisi osaksi päihdehuoltoa. Kontaktikynnys ehkä saataisiin näin alemmaksi. Kohderyhmänä olisivat tällöin ne, jotka eivät koe olevansa ”alkoholisteja” mutta joiden alkoholin käyttö on lisääntymässä ja aiheuttaa ongelmia; he eivät missään tapauksessa katso tarvitsevansa ”hoitoa”, vain tilanteen selvittämistä ja ihmistä, jonka kanssa puhua. Näin tukihenkilö pääsisi varhain kiinni ongelmaiseen, jolloin ennuste — kuten edellä on todettu — on parhaimmillaan. Toisaalta tukihenkilöt voisivat olla laitoksissa kuntoutettujen jälkihoitona.

Jussi Simpuran tutkimuksen (1978) mukaan suurkuluttajia on Suomessa neljännesmiljoona. He ovat joko pitkälle alkoholisoituneita tai alkoholisoitumisen varhaisvaiheessa olevia. Mitä aikaisemmassa vaiheessa ongelmainen pyritään tavoittamaan, sitä suurempi on tavoitettavien joukko. Jos tukihenkilöjärjestelmä rakentuisi ammatti-ihmisten varaan ja todella toimisi, kustannukset saattaisivat kohota suuriksi.

Siksi eräs vaihtoehto saattaisi olla päihdehuoltokomitean viime vuonna ehdottama malli: tukihenkilöt olisivat vapaaehtoisia, oman työn ohella toimivia. Kahdelle tai useammalle tukihenkilölle palkattaisiin ohjaaja, joka samalla kouluttaisi ja tiedottaisi eri palveluista. Näin olisi mahdollista luoda riittävän laaja tukihenkilöverkosto suhteellisen vähäisin kustannuksin — vaikka jonkinlainen korvaus tukihenkilön on tietysti työstään saatava — ja samalla voitaisiin mobilisoida toimintaan ne luontaiset terapeuttiset kyvyt, joiden henkilökohtaiset ominaisuudet olisivat sen tapaisia kuin Mulford esittää. Esimerkiksi työelämässä hoitoonohjaustyöhön osallistuvat yhdyskennitöt muodostaisivat työpaikoilla tukihenkilöryhmän.

Tiivistäen: tukihenkilöjärjestelmä ei missään tapauksessa voi korvata ”raskaita” menetelmiä siksi, että alkoholi-ongelmaiset ovat varsin erilaisia ja heidän

hoidontarpeensa vaihtelevat huomattavasti. Vapaaehtoinen, oman työnsä ohella toimiva tukihenkilö saattaisi kuitenkin olla olennainen lisä nykyiseen hoitojärjestelmään, mikäli toiminta pystytään organisoimaan siten, että tukihenkilö kykenee tavoittamaan ongelmaisen aikaisemmin kuin mikään muu menetelmä. Toisaalta tukihenkilö voisi olla muissa yksiköissä hoidettujen jälkihoitona ja pitkäaikaisena tukena.

KIRJALLISUUS

Mulford, H.A.: Accelerating the natural alcoholic recovery process. 32nd International Congress on Alcoholism and Drug Dependence. Warsaw, Poland, September 6, 1978. Esitelmämoniste

Murto, Lasse: Asunnottomien alkoholistien elinolosuhteet ja elämäntapa sekä

yhteisikunnan toimenpiteet. Tampereella vuosina 1970—1975 suoritettu tutkimus. Alkoholitutkimussäätiön julkaisu 30, Forssa 1978

Poikolainen, Kari: Näkökohtia sosiaalilääketieteellisestä alkoholitutkimuksesta. Alkoholipoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimusseloste 119, 1978

Päihdeasiainneuvottelukunnan mietintö. Ehdotus päihdeongelmaisten huollon kehittämiseksi. Komiteanmietintö 1978: 40. Helsinki 1978

Simpura, Jussi: Suomalaisten juomattavat vuosina 1969 ja 1976. Kulutetut alkoholimäärät ja alkoholin ongelmakäyttö. Alkoholipoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimusseloste 114, 1978

Österberg, Ingalill: Päihdeongelmaisten hoidon myyteistä. Alkoholipoliittikka 42 (5): 250—253, 1977.

Alkoholipoliittikka Vol. 44: 198—204, 1979