

Alkoholismin hoito ja tavoitehämmäryys

”Katkaisuhoito (alkoholistien) joko laitoksessa tai sen ulkopuolella on viime vuosina lisääntynyt runsaasti. Vaikka sen tuloksista kiistellään, on kyseinen hoitomuoto kuitenkin Maailman Terveysjärjestön asiantuntijaryhmän peruseriaatteiden mukainen. Tämä työryhmä nimittäin esitti, että monimutkaisten hoitojärjestelmien kehittämisen sijasta olisi etsittävä nopeita ja lyhyitä hoitomuotoja” (Erkki Kivalo, Alkoholipolitiikka 1/1983).

Muiltakin tahoilta on viime vuosina esitetty ajatuksia ja vaatimuksia potilaan hoidon tehostamisesta: ”myllyhoitoa”, Esperalilla aikaansaatu ”pikaraihtuuta”, yksinkertaisia neuvontatoimia pitkien hoitojen asemesta yms. Toisaalta on ajoittain kuultu puheenvuoroja, joiden mukaan olisi hoidettava pidempään ja perusteellisemmin, koulutettava hoitohenkilökuntaa paremmin ymmärtämään juomisen syytä, kaiken kaikkiaan tekemään enemmän. Oman kokemukseni mukaan päihdepotilaiden joukossa onkin sellaisia psyykkisesti vammautuneita, jotka ajautuvat itsetuhoon juomisen kautta tai jollakin muulla tavalla, ellei heille voida antaa syvemmälle ulottuvaa (psykoterapeutista) apua kuin juomiskielto.

Vakavaa ajattelamisen aihetta antaa joka tapauksessa tosiseikka, ettei hoidon määrää, laatua ja kestoa lisäämällä ole voitu parantaa alkoholismin hoidon tuloksia. Tämä on antanut monenlaista aihetta miettiä, mistä alkoholismissa on kysymys ja miten juovia henkilöitä pitäisi hoitaa.

Edinburghissa professori Kendellin johdolla käynnistynyt ”minimal treatment -tutkimus” tuntuu tässä suhteessa kiinnostavalta. Työryhmän on tarkoitus vertailla perinteisiä alkoholismin hoitomuotoja hyvin yksinkertaiseen menetelmään, jossa päihdeongelmaista informoidaan päihteeseen liittyvistä asioista ja pyritään lievän autoritäärisesti vaikuttamaan hänen käyttötapoihinsa. Inger Nelson-Löfgrenin ja Bo Löfgrenin erästä ajatusta siteeratakseni pyritään sammuttamaan tulipalo, sen sijaan että perusteellisesti kyseltäisiin, millä tavoin se on syttynyt.

Skottien suhtautumistapaan liittyy monia seik-

koja, joista yksi on puhtaasti käytännöllinen: Miksi tyrkyttää henkilöstöresursseja, aikaa ja terapiaa, kun alkoholisti itse haluaa supistaa ongelmansa käsittelyn minimiin. Sosiaali- ja lääkintäalan henkilöstö tavallisesti tietää, milloin päihdeongelma on kyseessä, ja alkoholia koskevan asiantiedon antaminen mahakatarri- tai unettomuuspotilaalle ei tule kalliiksi. Lisäkoulutusta tosin ilmeisesti tarvitaan kaikille henkilöstöryhmille, jotta opittaisiin tunnistamaan haittakäyttö sen viitteistä eli perhe-, työ-, taloudellisista tms. vaikeuksista ja rohkaisuttaisiin tarttumaan asiaan sen vaatimalla suoruudella.

Oleellinen on myös ns. vastuunsiirto-näkökulma. Jos yhteiskunta tarjoaa erikoistuneita laitoksia ja koulutettua henkilökuntaa alkoholisteille hoidoksi, se myös epäsuorasti lupaa kantaa vastuun. Se tavallaan antaa ymmärtää, että ongelma on hoidettavissa ulkopuolisin asiantuntijavoimin. Tietenkin päihdepotilas ottaa vastuunsiirron mahdollisuuden ilolla vastaan — alkoholisti on mestarillinen vastuunsiirtäjä! — mutta käytännön hoitokokemus on osoittanut, että usein vastuu myös jää yksinomaan hoitavan henkilökunnan niskoilta. Hoidettavalle hoitopaikka saattaa muodostua vastuun välttelyn tyyssijaksi — täsmälleen samoin kuin kapakka hiukan toisissa olosuhteissa. Näyttöä tämän suhtautumisen todellisuudesta riittää: Esimerkiksi entisen potilaan lehtikirjoituksessa, jossa hän syytti sosiaalisairaalaan huonosta hoidosta ja hoidon jälkeisestä kahden kuukauden ryyppäämisestä, ”kundes hän huomasi, ettei hoito auttanut mitään, ja lopetti juomisen itse”. Alkoholistien ”motivaation puute” kuuluu samaan vastuunsiirtoilmiöön. Vaikka lähes kaikki esim. sosiaalisairaalan hoitoon tulevat ovat henkilöitä, joilta kontrollikyky on puuttunut vuosia ja aineenvaihdunta on muuttunut alkoholia suosivaksi, vain 27 % erään tutkimuksen potilaista tähtäsi juomisen lopettamiseen. Uuden psykiatrisen tautiluokituksen mukaan sietokyvyn lisäys ja vieroitusoireitten ilmeneminen merkitsevät urautunutta addiktiota, jolloin kohtuupäämäärä on yhtä mieletön kuin sokeritautisella soke-
rin käyttö. Kun alkoholisti ei itse näe vastuutaan eikä ota sitä hoidossa, hoitohenkilökunta ottaa sen kaikkivoipaisuusasenteissaan ja yllirasittuu. Näin käy, kun piiloviestinä juopoille on: ”Tulkaa tänne,

te kaikki raskautetut, niin me annamme teille avun.”

Uusi tautiluokitus (DSM III) antanee sekin puolestaan ajattelemisen aihetta. Siinä alkoholin ongelmakäyttö jaetaan kahteen tyyppiin: puhutaan väärinkäytöstä ja riippuvuudesta kahtena eri ilmiönä. Väärinkäytöllä tarkoitetaan tilaa, jossa on ”tarve käyttää päivittäin alkoholia riittävän suorittumisen takaamiseksi; kykenemättömyys vähentää tai lopettaa juomista; toistuvia yrityksiä säännöstellä tai vähentää liiallista käyttöä lopettamalla joksikin aikaa kokonaan tai rajoittamalla käyttöä muutama kertaan päivässä, perättäiset juopumuspäivät; kokonaisen viinapullon ajoittainen juominen (tai vastaava määrä viiniä tai olutta); muistinmenetyksiä juopumusajalta; juomisen jatkuminen huolimatta ruumiillisesta sairaudesta, jonka henkilö tietää pahenevan alkoholin käytön myötä; sellaisen alkoholin käyttö, jota ei ole tarkoitettu juotavaksi”. — Alkoholiriippuvuus on kyseessä, jos edellä mainittujen lisäksi esiintyy sielotyöväen lisääntymistä ja/tai vieroitusoireita.

Jako on merkittävä mm. sen vuoksi, että eräitten tutkimusten mukaan väärinkäyttäjistä osa oppii ”herrasmieskäyttäjiksi”, jopa yksinkertaisen tietopakettien avulla, kun taas addikteista ei kukaan ole onnistunut kohtuukäytön yrityksissään. Hoidon kannalta tämä on arvokasta tietoa: Addiktin hoidon onnistuminen edellyttää raitistumista, kun taas ”tavallisilla väärinkäyttäjillä” kohtuuden opettelu antaisi pitkällä tähtäimellä paremman kokonaistuloksen. Kuka ottaisi meillä selvittelykseen asiaa tutkimuksen puitteissa? Selvitys toisi helpotusta jo siihen hoitoideologiakiistaan, joka tulehduttaa erilaisia potilasryhmiä hoitavien välejä — puhumattakaan hyödyistä, joka saattaisi koitua, kun hoito valittaisiin ”taudin” vaatimusten mukaisesti. Kenties avautuisi tähänastista parempia yhteistyö- ja työnjakomahdollisuuksiakin, kun diagnostiikkaa terävöitetäisiin.

On tiedetty aina, että hoidon tulokset riippuvat monista seikoista: millaista ihmistä hoidetaan, miten kroonisesti häiriö on urautunut, onko käytetty menetelmä häiriöön sopiva. Kukaan ei yritä parantaa umpilisäkkeen tulehdusta säärikipillä tai korvan märkimistä polvihauteella. Onko alkoholisti poikkeus, jonka pitää parantua ilman tarkkaa diagnoosia ja asiallista menetelmänvalintaa?

Paavo Koistinen

Viina ja työttömyys

Alkoholipolitiikka-lehden numerossa 2/1983 julkaistiin Irmeli Järventien ja Rauno Mäkelän artikkeli, jossa etsittiin vastausta kysymykseen, ”onko osoitettavissa ajallista yhteyttä viime vuosikymmenen talouskriisien ja työttömyyden nousun sekä päihdehuoltopalveluiden käytön välillä” (Järventie & Mäkelä 1983, 78). Kysymykseen pyrittiin vastaamaan rinnastamalla toisiinsa toisaalta työttömyyden kehitys, toisaalta Tampereen A-klinikan ja PAV-toimiston asiakkaiden määrässä tapahtuneet muutokset. Yhteys löytyi: Lamatilanteessa työttömyyden kasvaessa asiakasmäärä kasvoi, vaikkakin kirjoittajat aiheellisesti toteavat, että makrososiaalinen tarkastelu jättää näiden asioiden konkreettisen yhteyden avoimeksi. Toteamuksesta huolimatta on jokunen kommentti asiaan ilmeisesti paikallaan, onhan kyseessä yksi muunnelma työttömyyden ja viinankäytön välisestä yhteydestä.

Oma tulkintani on, että tällaista yhteyttä ei ole mitenkään selvästi osoitettavissa. Tämä käy ilmi, kun verrataan työttömyyden kehitystä Järventien ja Mäkelän päihdeasiakkaiden määristä antamiin tietoihin. Vertailuun ei sitä paitsi riitä yleisen työttömyysasteen kehitys, vaan jos tarkastellaan tamperelaisia päihdeasiakkaita, tulisi tietenkin tarkastella myös tamperelaista työttömyyttä, jonka muutokset eivät välttämättä kulje samaan tahtiin yleisen kehityksen kanssa.

Kuviossa 1 on esitetty käyrät työttömyyden ja päihdeasiakkaiden määrän muutoksista. Päihdeasiakkaiden määrän muutos on laskettu Järventien ja Mäkelän esittämistä absoluuttisista luvuista käyttäen vuotta 1970 perusvuotena (Järventie & Mäkelä 1983, 79). Työttömien määrän muutosta kuvataan kunkin vuoden neljän ensimmäisen — siis yleensä työttömyydeltään pahimman — kuukauden viimeisenä päivänä työttömänä olleiden lukumäärästä laskettuna keskiarvona, joka on saatu Tampereen työvoimatoimiston kuukausitilastoista. Kyseessä ovat siis Tampereen ja eräiden sen lähi-kuntien työttömien määrät.

Selvää yhteyttä työttömyyden muutosten ja päihdeasiakkaiden määrän muutosten välillä on kuviossa 1 varsin vaikea mieltää. Ainoastaan kahteen otteeseen muutokset ovat samansuuntaisia. Toinen on tilanne vuodesta 1970 vuoteen 1971 ja toinen vuodesta 1975 vuoteen 1976. Työttömyyden noustessa jälkimmäisen ajanjakson jälkeen todella hurjasti alkavat päihdeasiakkaiden määrät ennemminkin vähetä kuin lisääntyä, mikä viittaa selkeästi yksinkertaisen, suoraviivaisen yhteyden puuttumiseen.