

la ovat samansuuntaisia kuin kokonaiskulutuksen muutokset, mutta suurkuluttajilla huomattavasti suurempia kuin kohtuullisilla. Onpa väitetty suurkuluttajien määrällisten muutosten olevan kohtuullisten vastaavien muutosten neliöitä. Tältä perustalta lähtien voi raittiiden ryhmän puolestaan otaksua kasvavan kokonaiskulutuksen sekä ryhmien K ja S pienenessä ja toisaalta taas pienenemään mainittujen ryhmien kasvaessa. Kulutuksen kasvutilanteessa raittiiden ryhmän supistuminen johtuisi ilmeisesti lähinnä siirtymän R/K kasvusta ja sen laajeneminen kulutuksen vähenemistilanteessa puolestaan tämän siirtymän pienenemisestä. Kohtuullisten osalta ryhmän kasvua kokonaiskulutuksen suuretessa ilmeisesti selittäisi se, että R/K tällöin paisuisi enemmän kuin K/S, jossa siinäkin esiintyisi kasvua. Kokonaiskulutuksen supistuessa R/K pienenisi vielä enemmän kuin K/S.

Edellä olevassa ei ole kiinnitetty huomiota väestömuutostekijöihin muulta osin kuin suurkuluttajien kuolleisuuden ( $m_s$ ) suuruutta koskevan arvion yhteydessä. Syntyvyys onkin ilmeisesti tekijä, johon alkoholin kulutuksen muutokset tuskin — ainakaan välittömästi — heijastuvat, ja siten raittiiden ryhmän kehitys lyhyellä tähtäimellä riippuisi siirtymistekijästä R/K. Sen merkittävyyttä lisää ennen kaikkea se, että alkoholin käytön lähinnä nuorella iällä tapahtuva alkaminen sisältyy siihen. Sen sijaan suurkuluttajien kuolleisuus ilmeisesti lisääntyy ja pienenee juuri kulutusmuutosten seurauksena, vaikka tähän vaikutusyhteyteen krooniseen alkoholismiin liittyvän kuolleisuuden osalta sisältyykin varsin huomattava, jopa useiden vuosien mittaiseksi arvioitu viive. Lisäksi tämä kuolleisuus, kuten muutkin alkoholihaitat ja -vauriot, on todennäköisesti nimenomaan kahta merkittävintä siirtymää (K/S ja R/K) pienentävä palautetekijä, jonka voi otaksua edistävän myös alkoholin kokonaiskulutuksen kasvun hidastumista ja jopa sen vähenemistä.

### *Johtopäätökset*

Tämä mallipohdiskelu näyttäisi osoittavan, että alkoholin kulutusjakautuman vinous antaisi aiheen kiinnittää huomiota paitsi kokonaiskulutuksen säätelyyn, myös edellä huomattavimmiksi arvioituihin siirtymistekijöihin R/K ja K/S eli alkoholin käytön aloittamiseen ja alkoholisoitumiseen. Pyrkimällä pienentämään näitä virtaamia, mikä merkitsee raittiutta ja kohtuullisuutta tukevia toimia, olisi ehkä mahdollista ainakin hidastaa ja jopa jonkin verran supistaakin alkoholin kulutusta. Menetelmän käyttö edellyttäisi kuitenkin kyseisten toimien kohdistamista tasapainoisesti kumpaankin

näistä strategisista siirtymävaiheista. Intensiivisen kohtuullisuuspropagandan painottaminen olisi helposti omiaan suurentamaan virtaamaa R/K ja vastaavasti rajoittuminen vain raittiuden säilyttämiseen ja tukemiseen tuottaisi vaikeita hyväksyttävyysongelmia sekä kohderyhmässä että siksi, että raittiusvalistus ulottuisi tarkoituksellisesti tai tahattomasti myös kohtuullisiin ja suurkuluttajiin (näistäkin useimmat pitävät itseään kohtuullisina). Tietysti myös kohtuullisten alkoholisoitumisen torjumisessa on omat raittiuden säilyttämiseen verrattavat vaikeutensa — juuri edellä mainitun kohtuullisuuden subjektiivisen moniselitteisyyden takia.

Alkoholin kulutusjakautuman vinoudesta näyttäisi siis olevan johdettavissa tukea paitsi yleiskäisvälle hintojen ja muiden alkoholin saatavuuteen vaikuttavien tekijöiden säätelyä ja alkoholihaittainformaatiota menetelminä käyttävälle alkoholipolitiikalle, myös sille nimenomaisesti asianomaisiin ryhmiin kohdistuvalle raittiuden ja kohtuullisuuden tukemistoiminnalle, johon käytännössä on suuressa määrin päädyttykin ottamatta kuitenkaan yleensä huomioon edellä tarpeelliseksi katsottua tasapainottamisvaatimusta. Siten ilmeisesti mainittuja elintapoja ylläpitävä harrastustoiminta ansaitseekin nykyistä suurempaa arvostusta yhtenä alkoholipolitiikan menetelmistä, ja myös nuorisotoiminnan tehtävään säilyttää nuorten raittius niin pitkälle aikuistumisvuosiin kuin mahdollista tulisi kiinnittää suurempaa huomiota kuin viime vuosina yleensä on ollut tapana.

*Matti Jääskinen*

---

## ***Hoitoonohjaus ja päihdehuollon ihmiskuvat***

Käsitteet hoito tai terapia sisällyttävät piiriinsä tietyn näkemyksen ihmisestä, hänen ongelmistaan sekä ideaalitulasta, johon hoidolla tulisi pyrkiä. Hoitoajattelun keskeisiä elementtejä ovat käsitys ihmisestä, terveydestä, sairaudesta ja siitä prosessista, jonka kautta ihmisiä autetaan ylläpitämään tai saavuttamaan terveys.

Hoitosektorilla vallitsevasta ihmis- ja maailmankuvasta riippuu, millainen ihminen asetetaan tavoitteeksi ja miten siihen pyritään. Ihmiskuva muovautuu maailmankuvan ja elämäntavan mukaan. Sen muotoutumisessa kokemusmaailmamme, yhteiskuntamuoto sekä ihmisen biologinen olemus toimivat muokkaajina. Kuvaa ihmisestä ja maailmasta pyrkivät muokkaamaan kirkko, koululaitos

ja joukkotiedotusvälineet.

Tarvetta keskusteluun ihmiskuvista ja -käsityksistä myös päihdehuollossa ovat aiheuttaneet yhteiskunnallisen todellisuuden käyminen ylivoimaisen ahdistavaksi, tehokkuuden ja kulutuksen lisääntyminen, maailmanlaajuisten ongelmien ahdistavuus sekä psyykkisen ympäristön muuttuminen välinpitämättömäksi. Kiinnostus on suuntautunut *tavoitteiden* analysointiin ja uudelleen arviointiin.

Ihmiskuvien tutkiminen on yksi tapa tutkia henkistä ilmastoa. Henkistä ilmastoa voidaan tutkia myös luokittelemalla joukkotiedotuksen sisältöä, erittelemällä tutkimuksen kysymyksenasetteluja ja piilo-olettamuksia, tutkimalla tärkeiden yhteiskunnallisten järjestöjen ja yksilöiden kannanottoja tai prosenttoimalla gallupvastauksia. Joukkotiedotuksen sisällön luokittelu ja erittely lienevätkin yleisimmin käytettyjä tapoja.

Ihmiskuva on ennen kaikkea suhde, jossa ihmisen suhteuttaa itsensä ihmisenä maailmaan. Ihmiskuvassa on keskeistä se, miten ihminen käsittää toimintaansa määräävät tai ohjaavat tekijät. Samat määreet hän yleistää koskemaan kaikkea toimintaa. Seuraavassa on esitetty yksi jaottelu ihmisen toimintaa ohjaavista tekijöistä, niiden mukainen ihmiskuva sekä vastaava näkemys alkoholismin etiologiasta:

toimintaa ohjaava tekijä	ihmiskuva	näkemys päihdeongelmasta
jumalallinen johdatus	myyttinen	synti
perintötekijät	biologinen (biologistinen)	geneettinen rappeuma sairaus
henkilökohtaiset kokemukset	humanistinen	itsetunto-ongelma
yhteiskunnan rakenne	yhteiskunta-keskeinen	yhteiskunnan vääristyneet rakenteet

Aikaisemmin vallalla olleen myyttisen ihmiskuvan ja voimakkaan uskonnollisuuden aikana päihdeongelmaa pidettiin syntinä, ja tästä seurasi, että päihdeongelmasta, juoppoudesta, tuli rangaista ja että juoppoa halveksittiin. Nykyisin vallitsevaa ihmiskuvaa voisi parhaiten luonnehtia biologis-humanistiseksi. Tämän näkemyksen mukaan päihdeongelma kaipaa hoitoa. Tosin aivan viime aikoinakin on esitetty perinteisiä moralistisia näkemyksiä, joille on myös löytynyt kaikupohjaa.

Ero biolääketieteellisen (biologisen) ja humanistisen ihmiskuvan välillä on siinä, että edellisessä sairaudet ja ongelmat nähdään teknisinä häiriöinä

tai ominaisuuksina, jotka pyritään korjaamaan tai joita yritetään muuttaa. Humanistisen näkemyksen mukaan ongelma on osa ihmiskohtaloa. Viimeaikaiset keskustelupuheenvuorot ovat antaneet vaikutelman näkemysten *polarisoitumisesta*.

Päihdehuollon erityisominaisuuksia on työpaikoilta tapahtuneen hoitoontulon eriyttäminen omaksi väyläksi. Hoitoonohjausta varten on työpaikoilla koulutettu yhteyshenkilöitä, ja yhteys työterveysasemien ja päihdehoitopisteiden välillä on kiinteä. Esimerkiksi mielenterveysongelmien kohdalla tällaista organisoitua yhteistyötä ei ole.

Yhdysvalloissa järjestettiin jo 1960-luvun alussa moniin huomattaviin teollisuuslaitoksiin alkoholiohjelmat. Allis-Chalmers-yhtiöstä löydettiin 550 alkoholipotilasta 11:n alkoholiohjelman toimintavuoden aikana, Du Pont -yhtiössä alkoholiohjelma rakennettiin kiinteään yhteistyöhön AA:n kanssa ja Consolidated Edison Companyn aloitteesta perustettiin erityinen poliklinikka. Suomessa SAJ:n, STK:n ja SAK:n edustajat totesivat vuonna 1965: "Alkoholismi tuotantoelämässä liittyy oleellisesti koko työvoimapolitiikkaamme, työvoiman saantiin, koulutukseen ja palveluksessa pysyttämiseen. Työvoimapulan, joka useissa maissa on jo ongelma, on ennustettu koettelevan maatamme 1970-luvulla." Kun sitten Alkoholitutkimussäätiö ja Alkoholipoliittinen tutkimuslaitos vuonna 1971 esittivät sopimusluonnoksen työmarkkinajärjestöjen keskinäiseen sopimukseen perustuvan hoitoonohjaussuosituksen hyväksymiseksi ja käytäntöön soveltamiseksi, ilmapiiri oli varsin vastaanottavainen.

Hoitoonohjausta on tutkittu verrattain niukasti, ja tällöinkin tutkimukset ovat lähinnä mitanneet hoitoonohjaustoiminnan laajuutta. Ongelmallisiksi kyseisenlaiset mittaukset on tehnyt se, ettei ole tarkalleen tutkittu hoitoonohjauksen sisältöä ja sen muuntumista eri aikoina ja erilaisista intresseistä katsottuna.

Käsitteiden epäselvyys on tehnyt mahdolliseksi käydä hoitoonohjauksesta keskustelua, jossa kukin keskusteluun osallistuja käyttää samoja käsitteitä, mutta eri merkityksessä. Käydyt keskustelut ovatkin perustuneet pikemmin moraalisiin tai poliittisiin näkemyksiin kuin asiantuntemukseen. Yhtenäinen mutta erimerkityksinen käsitteistö on piilottanut ja muuntanut toiminnan todellisen tarkoituksen ja vähentänyt mahdollisuuksia yhteisymmärrykseen.

Pohjimmiltaan hoitoonohjauksessa on kysymys alkoholin aiheuttamasta konfliktista työntekijän ja työnantajan välillä. Runsas alkoholin käyttö, joka aiheuttaa häiriöitä työnteolle (krapulapäivät, työmaajuopottelu, poissaolot), synnyttää konfliktin,

jonka ratkaisemiseksi työnantaja voi purkaa työsuhteen, antaa varoituksen tai ohjata hoitoon. Itse hoitoonohjauksella ei siten ole kovin paljon tekemistä varsinaisen hoidon kanssa, vaan se on yksi työnantajan käyttämä kurinpitomenetelmä, joka saattaa johtaa myös hoidollisesti myönteisiin seuraamuksiin ja joka on työntekijän kannalta parempi vaihtoehto kuin työsuhteen purkautuminen.

### *Hoitoideologiat*

Puhuttaessa päihdehuollon tuloksellisuudesta on usein viitattu ihmis- ja yhteiskuntakäsitykseen, johon hoito perustuu. Päihdehuollossa vallitsee useita erilaisiin ihmiskäsityksiin perustuvia hoitoideologioita.

Päihdehuollon tuloksellisuuskeskustelu, etenkin keskustelun polarisoitumisilmiö, on muodostunut ideologioiden kilpakentäksi. Tässä taistelussa A-klinikkasäätiö puolustaa humanistista ihmiskuvaa, AA myyttistä ja sairaala- ja poliisilaitos biologis-lääketieteellistä ihmiskuvaa.

Käytännön työlle on eniten ristiriitoja aiheuttanut myyttisen determinismin ja vallitsevan humanistis-biologisen näkemyksen välinen ero. Edellinen näkee organisoituneen päihdehuollon merkityksen ongelman tiedostamisen alkuun saattamisessa sekä aineellisen tuen antamisessa. Varsinaisen avun voi saada vain antautumalla ideologialle.

”Kun ruvetaan korjaamaan virheellistä elämäntapaa, pitäisi ainakin byrokratian olla kaukana.” (AA)

”Kunnallinen päihdehuolto pystyy antamaan tarvittavan alkuinformaation, fyysisen ja henkisen alkuavun, vain harvojen kohdalla todellisen kestävä tuen koko elämälle. Tuki löytyy mm. AA-ryhmistä, mutta päihdehuollon työntekijöiden tulisi nähdä todella oma rajallisuutensa ja antaa henkisen tuensa esim. AA-toiminnalle.” (AA)

”Hoitometodit ovat aika pitkälle muodostuneet vallalla olevan ns. terapianomaisen hoidon kannalle ja hoitajat ja ns. terapeutit, jotka ovat saaneet *teoreettisen* opetuksen, eivät voi koskaan murtaa sitä luottamuspulaa ja torjuntaa, joka on alkoholistien sisällä.” (AA)

Humanistis-biologisen ihmiskuvan mukaisesti ongelmat nähdään ihmissuhdeongelmina, heikkona turhauman sietona ja riippuvuutena, ja sen mukaisesti toimintamallina pidetään terapiaa. Näkemyksien esiin tuomisessa terapeuttien fraasien käyttö on luonteenomaista (kommentit päihdehuollon työntekijöiden).

”Alkoholismi on neuroosia vaikeampi sairaus.”

”Alkoholismi on sosiaalisempi ahdistuksen purkukanava kuin vatsahaava.” (?)

”Dynaamisesti tarkasteltuna jo varhaislapsuudessa alkanut kehitys vaikuttaa myöhempään käyttäytymiseen; lähes aina alkoholin väärinkäytön taustalla on erilaista psyykkistä ongelmatiikkaa lievistä neuroottisista häiriöistä vaikeaan psykoottiseen hajoamiseen saakka.”

”Alkoholi, nimenomaan humalakokemus, tuottaa tyydytystä; se palvelee jotain yksilön tarpeita. Tarve tyydytykseen lisääntyy, tai yksilö alkaa käyttää alkoholia muidenkin inhimillisten tarpeittensa palveluun.”

Kettil Bruun on jäsentänyt A-klinikkasäätiön historian kolmeksi vaiheeksi: potilaskeskeinen et-sikkoaika, hoitomuotojen monipuolistamisvaihe ja yhteiskunnallinen vaihe. Tällä hetkellä elämme lähestyvän yhteiskunnallistumisen vaihetta. Yhteiskunnallisessa vaiheessa hoitotyön ohella otetaan yhä enemmän kantaa siihen, miten päihdeasiat yhteiskunnassa on järjestetty. Yhteiskuntakeskeisen ihmiskuvan mukaan yhteiskunnalliset tekijät, kuten yhteiskunnan muutokset, asenteet, työttömyys, turvattomuus tulevaisuudesta, vaikuttavat alkoholisoitumiseen. Ratkaisuna ongelmaan näkemyksen mukaan on yleisten elämän edellytysten parantaminen tai yhteiskunnallinen muutos (kommentit päihdehuollon työntekijöiden).

”Päihdehuolto ei kykene näkemään yksilöä hänelle tavanomaisissa sosiaalisissa suhteissa ja toiminnoissa vaan yleensä hoitotilanteissa. Nykyinen systeemi pystyy määrytyiltä osin ja tietyille asiakasryhmälle tyydyttämään akuutin tarpeen, muttei juuri anna edellytyksiä tai valmiuksia normaaliin elämään.”

”Ihminen on ympäristönsä ja kehityshistoriansa tuote. Yhteisöllisten ja yhteiskunnallisten tekijöiden vaikutus suppiloituu yksilöön pienyhteisöjen — ennen kaikkea perheen kautta.”

”Eräitä oleellisia tekijöitä ongelmien syntyyn ovat nykyinen elämäntapa ja sen tarjoamat ratkaisumallit, työttömyys, asuntovaikeudet, kiristynyt kilpailu 'paikasta auringossa', turvattomuus tulevaisuudesta (saasteet, sodat, nälänhätä).”

Myyttisen determinismin (AA) mukaisesti osansa ei voi muuttaa, alkoholismi on pysyvä ominaisuus, joka on koitunut ihmisen osaksi. Tavoitteeksi voidaan asettaa sosiaalinen elämä sairauden kanssa — raittius. Humanistis-biologisen ihmiskuvan mukaan ihminen on elämänsä varhaisissa vaiheissa kokenut turvattomuutta, ylihuolehtivaisuutta tai joitakin muita negatiivisen kehityksen aikaansaattaneita vaiheita. Tavoitteena hoidolle on vaiheitten tiedostaminen, poistaminen tiedostamattomalta tasolta. Yhteiskuntakeskeisen näkemyksen mukaisesti yhteiskunnallinen muutos aikaansaa toivotun vaikutuksen.

Erityisiä ongelmia syntyy, kun erilaisia näkemyksiä pyritään keinotekoisesti yhdistämään — konfliktit varastetaan. Näkemysten välillä yritetään sopimusteitse tehdä kompromisseja, sovitella ideologisia ristiriitoja. Ongelma on tällöin väärin asetettu. Keskinkertaisuus ei auta ketään.

Hoitoonohjauksen kohdalla ihmiskuvien erot näkyvät selvimmin käytännön toiminnassa. Ne, joiden ihmiskuva on myyttinen, korostavat ihmisen omaa vastuuta eivätkä voi hyväksyä näkemyksensä mukaan toisten keinotekoista asiaan puuttumista. Humanistis-biologisen näkemyksen mukaan hoitoonohjaus on yksittäisten ihmisten auttamista työpaikoilla; ongelmat ovat lähtöisin yksilöstä itsestään tai hänen perheestään (ihmissuhteistaan). Yhteiskuntakeskeisen ihmiskuvan mukana työolot ovat seurausta tuotantomuodosta ja tuotantotavasta. Hoito ja hoitoonohjaus ovat työvoiman uusinta-

mista. Erot tavassa ymmärtää ihmisen olemus ja toimintaa ohjaavat tekijät tekevät vaikeaksi toiminnan tuloksellisuuden arvioinnin. Kenties tuloksellisuudesta puhuminen onkin nähtävä osaksi ideologista keskustelua.

Hoitoonohjaus-käsitteeseen liittyy erilaisia käsityksiä sen merkityksestä ja tavoitteesta. Tämän vuoksi on varsin perusteltua esittää, kuten Ilkka Taipale on tehnyt, luopumista tästä käsitteestä. Sen sijaan tulisi puhua *alkoholihaittojen vähentämisestä työelämässä*. Tämä sisältäisi yhtä hyvin korjaavat kuin ennalta ehkäisevätkin toimet. Alkoholihaittojen vähentäminen työelämässä sisältäisi nykyisten alkoholiongelmaisten auttamista, työolojen kohentamista, asennemuokkausta sekä yleisesti työn luonteen pohtimista ja tarvittavaa muuttamista.

*Juha Hänninen*

---

## *Naisia ei jätetty ulkopuolelle*

Hämmästyin melkoisesti lukiessani Margaretha Järvisen kirjoitusta "Nainen alkoholitutkimuksessa" tuoreesta Alkoholipolitiikka-lehden numerosta 4/1982. Järvinen arvioi väitöskirjatutkimukseni perusteella kirjoittamaani kaksiosaista artikkelia ja päätyy väittämään, että "naiset ovat kuitenkin vain pieni osa tätä (alkoholimyrttyskuolleisuus-) tilastoa, niin pieni, että Poikolainen on katsonut aiheelliseksi jättää heidät kokonaan tutkimuksen ulkopuolelle". Tosiasiassa tutkimukseni aineisto muodostui Suomen, Ruotsin, Norjan ja Tanskan molempia sukupuolia koskevista kuolemansyytilastoista sekä 1967—1971 sattuneita alkoholimyrttyskuolemantapauksia koskevista asiakirjoista. Ruotsin, Norjan ja Tanskan osalta aineistoon kuuluivat kaikki kuolemantapaukset, Suomen osalta tutkittiin systemaattisesti valittu otos. Naiset ja miehet olivat aineistossa edustettuina siinä suhteessa, jossa kuolemantapauksiakin oli sattunut eri sukupuol-

lilla. Järvinen yrittää perustella väitettään sitaatilla, jossa todetaan, etteivät naisten pienten alkoholimyrttys- ja alkoholismikuolleisuuslukujen ikäryhmittäiset vertailut kerro mitään olennaista, kuten eivät myöskään kuolleisuuden pitkän aikavälin kehitystä koskevat luvut. Tätä ei pidä lukea niin, ettei naisia olisi tutkittu. Kysymyksessä on tutkimustulos, joka perustuu naisia koskevien virallisten tilastojen kuolemantapauslukujen tarkasteluun. Lisäksi on syytä huomata, että tilastoihin perustuvat vertailut olivat tutkimuksen tavoitteen kannalta vain ongelman luonnetta tarkentavia taustatietoja. Varsinainen tavoite oli selvittää pohjoismaisen alkoholimyrttyskuolleisuuden syitä. Kysymyksen asettelun johdosta on kuolemantapauksia koskevista asiakirjoista muodostettua aineistoa tarkasteltu yhtenä kokonaisuutena, pilkkomatta sitä erikseen naisiin ja miehiin. Tutkimusta ei mielestäni pitäisi kritikoida siitä, ettei siinä ole selvitelty naisten ja miesten eroja, koska tämä ei ollut tutkimuksen tavoite.

*Kari Poikolainen*