

Kansanliike, oma-apu ja yrittäjähenki

Onko LP-säätiöllä ja Minnesota-mallilla jotakin yhteistä?

Pia Rosenqvist — Kerstin Stenius

Johdanto

Keväällä 1985 Ruotsin valtiopäivät hyväksyivät esityksen uudeksi laiksi alkoholihuollon valtionavusta. Laki, joka tuli voimaan vuonna 1986, oli yksi niistä päätöksistä, joita tehtiin toivossa muuttaa Ruotsin alkoholihuoltoa. Haluttiin "sallia toimintavapaus sekä toiminnan kehitys ja muuttuminen" ja edelleen "hälventää rajaa laitoshoidon ja avohoidon välillä" antamalla enemmän päätösvaltaa paikallistasolle.

Tässä artikkelissa kuvailemme kahta alkoholien hoidon tyyppiä, joista toinen on yleistynyt voimakkaasti ja toinen tuotettu 80-luvulla Ruotsiin. Näistä toinen on Lewi Pethrus -säätiö, jossa hoito perustuu helluntalaisuuteen, ja toinen nk. Minnesota-malli, jossa hoito perustuu AA:n ideologiaan. Pohdimme näiden kahden hoitomuodon yhteisiä piirteitä ja eroja sekä esitämme joitakin ajatuksia siitä, mihin "tarpeisiin" hoitomuodot vastaavat, ts. niiden synnyn taustalla olevasta sosiaalisesta tilauksesta.

Artikkeli perustuu pääasiassa niihin haastatteluihin, joita vuonna 1988 suoritimme näissä hoitojärjestelmissä työskentelevien avainhenkilöiden keskuudessa, sekä LP-säätiön ja eri Minnesota-kotien omaan kirjalliseen materiaaliin.

LP-säätiö — kansanliike, totaalinen instituutio vai utooppinen yhteisö

LP-säätiön perusti vuonna 1960 Lewi Pethrus, joka oli sodan jälkeen Ruotsin helluntaiseurakunnan tärkeimpiä johtohahmoja. Erik Edin, itse alkoholisti mutta ollut raittiina vuodesta 1951 lähtien, oli ja on toinen kärkeimistä. Edin, joka oli vuodesta 1955 lähtien ollut mukana Tukholman Filadelfia-seurakunnan etsivässä huoltotyössä, valittiin

LP-säätiön ensimmäisen laitoksen ensimmäiseksi johtajaksi, ja hän on nyt, 70 vuoden iässä, koko säätiön johtaja. Hänen tyttärensä Sonia Edin-Gillberg on apulaisjohtaja ja totesi itse haastattelussa, että hänestä aikanaan tulee isän seuraaja (Edin-Gillberg, 1988).

LP-säätiön toiminta alkoi vaatimattomasti: ensimmäisessä kodissa, Strandgårdenissa Tukholman ulkopuolella, oli paikkoja 20 yksinäiselle miehelle. 1960- ja 1970-luvulla säätiö sai uusia yksiköjä, mutta vasta 1980-luvulla toiminta laajeni voimakkaasti. Nyt LP-säätiö omistaa 10 kotia ja niiden yli 400 paikkaa vastaa 10:tä prosenttia alkoholien hoitopaikkojen määrästä Ruotsissa. Viimeksi ostetut kodit, Vennngarn vuonna 1983, n. 100 paikkaa, ja Åsbro vuonna 1987, n. 150 paikkaa, ovat vanhoja alkoholien huoltolaitoksia. (Vennngarn oli itse asiassa ensimmäinen valtion omistama laitos aloittaessaan toimintansa vuonna 1916.) Vuonna 1988 säätiö osti sairaskodin, Hellnäsän, Pohjois-Ruotsista; viime vuonna siellä oli käytössä 65 asuntoa. LP-säätiöllä on ns. yhteyskeskuksia 35 paikkakunnalla Ruotsissa ja jopa joitakin teollisuuslaitoksia (huonekaluteollisuutta). Vuonna 1960 säätiön palveluksessa oli 3 henkilöä, vuonna 1986 n. 200, vuonna 1988 n. 300 ja työhönottotahtina oli yksi henkilö viikossa.

60-luvun alussa keskityttiin miespuoliseen alkoholistiin, vajaa 15 vuotta sitten aloitettiin ns. vaimotreffit ja nykyään hoidetaan koko perhettä. Haastatteluista ja säätiön kirjoista ja aikakauslehdistä päätellen perheiden saattaminen uudelleen yhteen on päämäärä sinänsä. Säätiön aikakauslehdissä kerrotaan usein onnellisista, uudelleen yhteen saatetuista perheistä tai ihmisistä, jotka ovat menneet keskenään uudestaan naimisiin. Mutta jos on valittava perheen ja säätiön välillä, on säätiö tärkeämpi: Sonia Edin-Gillberg oli vakuuttanut siitä, että monille (miehille) ainoa mahdol-

lisuus elää raittiina oli pysyä ryhmässä, säätiössä. Rakastava vaimo ei riitä, sen hän oli itse kokenut (Edin-Gillberg 1987, 48).

Säätiön oman esittelyn mukaan ”LP-säätiön tavoitteena on kristinuskoon perustuva henkinen, sosiaalinen ja lääkinnällinen kuntouttaminen normaaliin elämään yhteiskunnassa”.

Ainoaksi ehdoksi hoitoon hakeutuville asetetaan se, että he ”ovat halukkaita kokeilemaan kristillistä vaihtoehtoa”. Käytännössä LP-säätiön koti lienee monille viimeinen mahdollisuus — pakkohoidon tai lasten menettämisen uhatessa. ”Me teemme työtä syvimmälle vaipuneiden parissa, silloin sanoma menee perille”, sanoo Sonia Edin-Gillberg.

Hoitoideologia perustuu myös siihen, että alkoholisti tai narkomaani erotetaan joksikin ajaksi tavallisesta ympäristöstään. Hoitajakso voi olla hyvin pitkä — mahdollisesti elinikäinen. Sonia Edin-Gillbergin lempivertauksia on se, jossa alkoholisti nähdään pienenä, mahdollisesti vammaisena lapsena. Kun pieni lapsi opettelee kävelemään, äiti nostaa hänet pystyyn niin kauan, kuin hän kaatuilee ja tarvitsee pystyyn nostamista, ja vammaisen lapsi on ehkä aina avun tarpeessa. ”Heillä on oikeus saada tällaista tukea.”

Venngarn, joka ostettiin suurista kodeista ensimmäiseksi ja jossa hoidetaan perheitä, perustettiin eräänlaiseksi utooppiseksi yhteisöksi. Aluksi säätiö oli aikonut ostaa kokonaisen kylän, jossa se olisi aloittanut perhehoidon, mutta sen sijaan sille tarjottiin tätä 1600-luvulta olevaa linnaa. Venngarnissa koko henkilökunta, paitsi konsultoiva lääkäri, asuu perheineen yhdessä hoidettavien perheiden tai, kuten heitä nimitetään, ”ystävien” kanssa. Hoitokodin henkilökuntaan kuuluvat johtaja, (konsultoiva) lääkäri, sairaanhoitaja ja kuraattori sekä muu henkilöstö. Kaksi kolmasosa henkilökunnasta on entisiä väärinkäyttäjiä. Lääkäreitä lukuun ottamatta kaikki ovat uskavaisia. ”Olemme kaikki kuin yhtä perhettä”, sanoo Sonia Edin-Gillberg. Tällä hetkellä tässä pienessä yhteisössä on 100 ”ystävää” ja 100 työntekijää perheenjäsenet mukaan lukien; näistä 200:sta on lapsia 70. Hoitokodilla on omat päiväkodit pienille lapsille ja koululaisille, mutta koulua lapset käyvät läheisessä kaupungissa.

LP-säätiöön lähetetään etupäässä (Edin-

Gillbergin mukaan 90-prosenttisesti) ns. eikristittyjä, mikä merkitsee sitä, että helluntailiike on useimmille vieras saapumishetkellä. Periaatteessa ei kenenkään tarvitse tulla uskoon hoidon aikana, mutta Venngarnin johtajan Hans Edelbringin mukaan ”harvat kestävät uskoon tulematta kuukautta pitempään kovaa sosiaalista painetta”. Sama voitiin todeta eräässä vuonna 1967 tehdyssä uskonnollis-sosiologisessa tutkimuksessa, jota siteerataan Erik Edinin kirjassa (1987, 121):

”Toisin sanoen on ryhmästä tässä kristillisessä ympäristössä tullut yksilön viiteryhmä sosiaalipsykologisessa merkityksessä. Koska ryhmä itsessään ilmeisesti personoi sellaisia normeja ja arvostuksia, jotka eivät salli viinan kanssa pelehtimistä sillä tavoin kuin tiedetään useinkin voivan käydä muissa yhteyksissä, on sosiaalinen kontrolli paljon voimakkaampi...”

Tätä voimakasta kontrollia vastaa säätiössä hyvin keskitetty johto. Kaikki taloutta, henkilöstön palkkaamista tai hoitoon otettavien valintaa koskevat päätökset tehdään pääkonttorissa.

Hoidon sanotaan olevan sopeutettu vastaamaan hoitoa tarvitsevien tarpeita ja edellytyksiä: yksinkertaisia lyhyitä kokoontumisia ja raamattutunteja, henkilökohtaisia keskusteluja tarvittaessa, yksinkertaista työtä 4 tuntia päivässä, sosiaaliin ja terveydellisiin perusvalmiuksiin harjaannuttamista, vapaa-ajan toimintaa ja virkistäytymistä (esim. bussimatkoja hoitokodista säätiön päämajaan tai seurakuntaan Tukholmaan 1–2 kertaa viikossa). Lisäksi on mahdollisuus saada opetusta ja jatkokoulutusta, mutta Sonia Edin-Gillberg korosti erityisen painokkaasti hyvin yksinkertaisia pedagogisia tehtäviä, harjaannuttamis- ja antoi ymmärtää, että pyrkimykset ovat ajan mittaan muuttuneet vaatimattomammiksi.

Epäilemättä osa hoidon viehätystä ja voimaa piilee siinä, että se voi jälkihoitona tarjota työtä ja asunnon joko säätiössä tai helluntailiikkeen kautta.

LP-säätiö pitää alkoholiongelmia ensisijaisesti sielullisena ongelmana:

”Uskon, että alkoholi- ja huumeongelma on etupäässä sielun ongelma ja että jokainen ihminen kaipaa jotakin sisäisen olemuksensa rentouttamiseksi tai tyydyttämiseksi... Kaikki alkoholivaurioiset ovat olleet kohtuujoujia

ja siksi haluan väittää, että ei ole olemassa kohtuujuojaa, joka ei ole vaarassa alkoholisoitua...” (Edin 1987, 22–23).

”Olen vakuuttunut siitä, että toiminnassamme jatkuvasti oikeiksi todistettavien tulosten salaisuutena on henkisen ja sosiaalisen yhdistäminen... Olen esim. yrittänyt selittää henkilökunnallemme, että on parempi pitäytyä yhteen perheeseen, kunnes se on pelastettu, vaikka siihen menisi koko elämä, kuin työskennellä koko kaupungin parissa, jolloin kukaan ei saa sitä tehokasta apua, joka usein on välttämätön” (Edin 1987, 117–118).

Sonia Edin-Gillberg arvioi, että noin 50 prosenttia ”ystävistä” saadaan kuntoutettua eli täysin raittiiksi. Hänen mukaansa hyvin harvat hoitoon otetuista jättävät hoidon kesken, ja ”silloin heidän pyrkimyksensä ovat useimmiten olleet epärehellisiä”.

Tämä keskittyminen harvoin, niihin jotka ovat halukkaita kokeilemaan tätä vaihtoehtoa, voimakas panostaminen yksilöön, ei estä LP-säätiötä tosi asiassa levittämästä sanomaansa suuremmassa mitassa ja suurelle yleisölle: Säätiön viikkolehti Strandgården, jonka päätoimittajana on helluntailiikkeen pastori, lähetetään erityistilanteissa Ruotsin koko väestölle; sekä isä Edin että tytär Edin-Gillberg ovat myös kirjoittaneet kirjoja, joita jaetaan ilmaiseksi, ja värikkäät esitteet kertovat säätiön tuloksekkaasta toiminnasta.

Kiinnostavia ovat myös säätiön yhteydet poliittikkoihin. Esimerkiksi Vengarn ostettiin keskustalaisen poliitikon Karin Söderin avulla Ruotsin porvarihallituksen aikana; entinen sosialidemokraattinen sosiaaliministeri Gertur Sigurdsen on ollut läsnä kahden kodin vihkiäisissä; maltillisen kokoomuspuolueen johtaja Carl Bildt on usein vierailut LP-säätiön laitoksissa. Vaikka säätiö vuonna 1988 tuli hyvin toimeen sosialidemokraattisen sosiaaliministerin kanssa, on Sonia Edin-Gillberg kuitenkin sitä mieltä, että porvarillisten puolueiden suhtautuminen on myönteisempi. Ruotsin vapaakirkolliset liikkeet ovat perinteisesti sympatisoineet liberaalista puoluetta, ja Erik Edin oli 1987–1988 joitakin kuukausia kansanpuolueen kansanedustajana. Keväällä 1988 liike järjesti Tukholmassa poliitikoille keskustelutilaisuuksia, joihin osallistuivat kaikkien puolueiden paitsi vasemmistopuolue kommunistien johtajat. Tavoitetta, harvojen auttamista, on täydennetty alkoholipoliittisella kunnianhimolla: helluntailiikkeen pastorit keräävät nimelistaa säännöstelyn puolesta. IOGT-NTO

vastustaa säännöstelyä, mutta sen Edin ohittaa olankohautuksella; mitä on IOGT, jolla 50 000 jäsentä, on verrattuna 90 000 jäsenen helluntailiikkeeseen.

Tulevaisuuden näkyymiin suhtaudutaan hyvin luottavaisesti:

”Uskonpa, että tämä on tie uuteen herätykseen Ruotsissa. Kirkot ovat melkein kauhuissaan menestyksestämme”, sanoo Sonia Edin-Gillberg. ”LP-säätiö antaa jotakin pullon tilalle. Itse en ole nähnyt kenenkään pääsevän irti väärinkäytöstä ilman kristinuskon apua.”

”Minusta on aivan uskomatonta, että teimme kaupat Vengarnista Ruotsin hallituksen kanssa. Ellen olisi täysin valveilla, luulisin, että se oli unta — etenkin kun ajattelen, millaista oli silloin, kun säätiömme aloitti toimintansa vuonna 1960. Tukholman sosiaalityöntekijät varoittivat meistä silloin. Nykyään me siis teemme kauppvoja Ruotsin hallituksen kanssa alkoholi- ja huumevaurioisten auttamiseksi ja toimintamme perustana on Jeesus, Vapahtaja. Se on fantastista” (Edin 1987, 21).

Minnesota-malli: yrittäjähenkä ja omaa-apua

Minnesota-malli tuli Ruotsissa tunnetuksi 1983–84, joitakin vuosia sen jälkeen, kun Stan Getzin ruotsalainen vaimo Monica Getz yhteistyössä SAS:n silloisen ylilääkärin Sune Byrénin kanssa oli pannut alulle suuren ja erittäin taitavasti suunnitellun kampanjan amerikkalaisen mallin mukaisen hoitokodin avaamiseksi Ruotsissa. Aluksi haettiin ja saatiin tukea etupäässä yrityksiltä, jotka kokivat tarvitsevansa ”tehokasta” alkoholistien hoitoa työntekijöilleen. ”Yrittäjät viehättyivät taloudellisista perusteluista”, sanoo Sven Wahlström. Wahlström on Ruotsin TV:n henkilöstöjohtaja ja toimii puheenjohtajana Swedish Council on Alcohol and Addiction -järjestössä, joka perustettiin vuonna 1984 levittämään tietoa Minnesota-mallista ja osallistumaan henkilöstön koulutukseen. ”Alkoholisti, joka on raittiina 1,5 vuotta, on jo maksanut hoitokustannukset takaisin yhtiölle.” Ylipäänsä turvaudutaan usein taloudellisiin argumentteihin toiminnasta puhuttaessa.

Työskentelyn perustuminen vapaaehtoisten, tässä tapauksessa AA:n, panokseen on myös

kannattavaa. ”Jo 70-luvulla Tukholman sosiaalijohtaja sanoi, että sosiaalihuoltoon panostettuna 1 kruunu antaa takaisin 1 kruunun, kun taas vapaaehtoistyöhön annetusta 1 kruunusta me saamme takaisin 3 kruunua”, sanoo Kent Nordberg Alna-neuvostosta.

Vuonna 1988 oli Minnesota-mallia työssään noudattavia hoitokoteja yli 20 (nykyään yli 30) eri puolilla maata. Monet laitoksista ovat uusia, mutta Minnesota-mallia soveltavien joukossa on myös vanhoja alkoholihuoltoiloita, jotka ottavat vastaan pakkohoitoon määrättyjä. Kodit ovat pieniä, 10–46-paikkaisia; kaikkiaan paikkoja oli reilut 500 vuonna 1988 eli noin 13 % Ruotsin hoitokotipaikoista. Koska hoitoaika on lyhyt, 4–5 viikkoa, on hoidettujen potilaiden määrä suhteellisen suuri. Useat kunnalliset neuvontatoimistot ovat myös innostuneet Minnesota-mallista (Carlsund, 1988), ja tukholmalaiset hoitokodit ovat avanneet erityisiä avohoitovastaanottoja. Mallin vaikutus on nähtävissä myös AA-ryhmien määrässä: vuonna 1988 niitä oli 155 kaikkiaan 85 paikkakunnalla, kun niitä vuosina 1982–1983 oli ollut 20 (Helmersson, 1988). Useimmat uudet ryhmät ovat syntyneet Minnesota-kodeissa hoidettavina olleiden potilaiden toimesta.

Minnesota-hoito perustuu AA:n ohjelmaan. Useimmat kodit yrittävät 4–5 viikkoon kestävä hoidon aikana käydä läpi AA:n 12 askeleesta ensimmäiset neljä tai viisi. Ohjelman kantavana voimana on se, että alkoholismi on parantumaton mutta hoidettavissa oleva sairaus. Hoitohenkilöstöä on monelta tieteenalalta: lääkäreitä, psykologeja, sairaanhoitajia. Pääpaino on kuitenkin ns. alkoholiterapeuteilla, erityiskoulutuksen saaneilla raitistuneilla alkoholisteilla, jotka ovat väärinkäyttöön liittyvien ongelmien vaikutusten asiantuntijoita ja toimivat myös malleina mahdolliseen, raittiiseen elämään opastuksessa. Hoidon kuvailussa painotetaan pedagogisia aineksia — tarvetta saada tietoa alkoholista ja sen vaikutuksista. Hoitokodin päivä varhaisesta aamusta aina nukkumaan menoon on tiukasti jaettu luentoihin, ryhmäkokouksiin, henkilökohtaisiin keskusteluihin ja ”läksyjen tekoon”. Hoidon on tarkoitus antaa potilaalle välineitä omista ongelmista selviytymiseen, mutta raittiuden ylläpito edellyttää AA:ta, oma-apujärjestöä,

jolla katsotaan olevan hyvin ainoalaatuisia ominaisuuksia.

Periaatteessa hoitoon otetaan kuka tahansa, mutta useat hoitoyksiköt ilmoittavat, että mieluiten potilaalla tulisi olla työpaikka ja/tai perhe tai että ainakin hoitotulos on parempi, jos asiakkailla on sosiaalisia siteitä. Usein tarjotaan erityistä perhehoito-ohjelmaa. Uusien asiakkaiden hankkimiseen käytettävät esitteet ja ilmoitukset suunnataan usein yritysten johtohenkilöille. Erityisesti heille katsotaan olevan jotakin uutta tarjottavana. ”70-luvun lopulla, kun Alnaan kuuluvat yritykset ja ammattiosastot yhdistivät havaintonsa, voitiin todeta, että yhteiskunnan hoitokoneisto huolehti pienestä alkoholistien ryhmästä, eniten alkoholisoituneista, ns. pultsareista. Hoidossa oli keskitytty tähän ryhmään. Tämä vaikutti hoitoajan pituuteen, joka oli usein kuukausien mittainen, ja hoidon sisältöön. Esimerkiksi työhön harjaannuttaminen, jota kovasti korostettiin, soveltui kovin huonosti niille väärinkäyttäjille, jotka olivat erittäin ammattitaitoisia ja selviytyivät hyvin työssään”, sanoo Kent Nordberg.

Kunnan sosiaalihuolto kustantaa kuitenkin useimpien potilaiden hoidon, ja useita koteja on perustettu kunnan ja maakäräjien toimesta tai yhteistyössä niiden kanssa.

Neljän tai viiden viikon pituista, intensiivistä hoitoa ja jatkuvaa AA:ssa käymistä ei pidetä riittävänä, jotta alkoholisti selviytyisi elämässään ilman alkoholia. Siihen vaaditaan sosiaalisen lähiympäristön vahvaa tukea ja kontrollia. Painotetaan yhteyksiä työpaikkaan, mm. ns. sopimushoidon välityksellä, ja perheeseen, joka usein joutuu käymään läpi oman perhehoito-ohjelmansa. Monet hoitopaikat ovat myös laatineet jälkihoito-ohjelman, joka yleensä kattaa laitoshoidon seuraavan vuoden.

Hengellistä sisältöä ei esitteissä mainita, mutta haastatteluissamme sitä korostetaan hyvin voimakkaasti. Jumalasta ei puhuta, ”korkeamman voiman” kohdalla epäröidään, kun taas sanoja ”vahva voima”, ”sisin”, ”henkinen sisältö pullon asemesta” voidaan hyvin käyttää. ”Ruotsissa nousee monilta karvat pystyyn, kun puhutaan uskonnosta”, sanoo SCAA:n puheenjohtaja Sven Wahlström. ”USA:ssa sitä vastoin uskonto on itsestään selvä osa arkipäivää, ilman että ollaan

erityisen uskonnollisia. Mutta ehkä täällä nyt on päästy enemmistä epäilyistä.” Vaikka hengellinen puoli on ongelmallinen ruotsalaisessa yhteiskunnassa, juuri sitä pidetään hoidon voimana. ”Me nostamme esiin yhden puolen elämästä, hengellisen puolen, joka on niin vähän esillä meidän yhteiskunnassamme. Eksistentiaalisista kysymyksistä keskusteleminen muiden kanssa luo erityistä läheisyyttä. Potilaat keksivät elämästä jotakin uutta ja arvokasta. Aikaisemmin voitiin keskustella suurista poliittisista kysymyksistä, esim. työväenliikkeen alkuaikoina tai 60-luvulla, mutta ei enää”, sanoo Kent Nordberg Alna-neuvostosta.

Näin kirjoittaa kokemastaan uudesta elämästä miljonäärinainen, joka on erään hoitokodin talouden takuumiehenä (Aftonbladet 12.4.1987):

”Tiedän omasta katkerasta kokemuksestani, mitä on olla alkoholisti. Nyt tiedän myös, mitä merkitsee päästä eroon himostaan. Suunnatonta onnea. Uudestisyntymistä. Häpeän ja syyllisyyden tunteiden loppumista... Ei pillereistä eikä kielloista ole apua. Vaaditaan elämäntyylin ja sitä kautta persoonallisuuden muutosta.”

Minnesota-mallin edustajat arvelevat nyt, päinvastoin kuin alkuvuosina, saavansa tukea toiminnalleen paitsi elinkeinoelämältä myös yhteiskunnalta, vaikkakin sekä sosiaalityöntekijät että lääkärit ovat kovin hitaasti omaksunutta mallin ajattelutapaa. SCAA toimii siltana yhteiskuntaan päin; ei-kaupallisena järjestönä se voi esiintyä mallin puolestapuhujana tavalla, joka ei ole mahdollista yksityisille hoitoyrityksille.

Tulevaisuuteen suhtaudutaan luottavaisesti; uusien lainmääräysten, jotka rattijuopumustapauksissa antavat mahdollisuuden valita hoito vankilan asemesta, toivotaan esim. varmistavan potilaiden saannin myös vastaisuudessa. Optimismi ja laajentamiskyvykset ovat joissakin tapauksissa yhteydessä yrittäjien tapaan ajatella: hyvä yritys laajentaa ja lisää markkinoitaan. Alfa-säätiöllä, joka on suurimpia ja ensimmäisiä Minnesota-malliin perustuvia yksityisiä säätiöitä, on nyt oma koulutusinstituutti, ohjelma työelämää varten, avohoito-ohjelma, pedagoginen ohjelma kouluja varten jne., ja se käyttää nykyään nimeä Alfa-malli.

Optimismilla ei ole vain taloudellinen vaan myös ideologinen perusta. ”70-luvulla AA oli outo lintu ruotsalaisessa hoitokoneistossa. AA:n heikko asema on johtunut piintyneestä käsityksestä, että kaiken pitää tapahtua valtion ohjauksessa, valtion valvonnassa”, toteaa Hans Lundberg Alfa-säätiöstä. Kent Nordberg olettaa, että AA:n ja muiden vapaaehtoistyöntekijöiden heikko asema johtui sosiaalihuollon asennoitumisesta vapaaehtoistyöhön. ”Hoitokoneistossa on ollut traditiona, että asiakkaiden hoito on vietävä loppuun koneiston sisällä. Hoitokodin ulkopuolelle hakeutumista ja vapaaehtoisten ryhmien apuun turvautumista vastustetaan... Pitkään eläteltiin suunnattomia odotuksia siitä, että miljööterapian ja poliittisen työn avulla olisi mahdollista poistaa sosiaalisia ongelmia. Kun siinä ei onnistuttu, oli pettymys valtava. Sitten huomattiin, että on ihmisiä, jotka voivat vain tapaamalla toisiaan ja keskustelemalla muuttaa elämäänsä, ja tätä elämystä ei pidä aliarvioida. Pitkään oli vallalla hoitopessimismi — nyt on toivoa. Minua hämmästyttäisi kovasti, jos AA ei Ruotsissa voimistuisi melkoisesti. Olen siitä niin varma.”

Alfa-säätiössä ollaan yhtä optimistisia. ”Aikaisemmin alkoholihuolto ei toiminut. Meidän mallistamme tulee 90-luvun hoitomuoto. Haaveenani on, että huolehdimme kaikista ongelmista, ei vain väärinkäyttöongelmista” (Egebrant, 1988). Hans Lundberg huokuu samaa uskoa tulevaisuuteen. ”Nähdäksemme vihdoinkin on päästy holistiseen näkemykseen siitä, mitä sairaus on; AA esimerkiksi tulee kasvamaan räjähdysmäisesti Ruotsissa, siten siitä tulee kansanliike.”

Keskustelua

On houkuttelevaa yrittää löytää joitakin yhteisiä piirteitä näistä kahdesta Ruotsin alkoholihuollon suuntauksesta, joiden hoitokotipaikkojen määrä kattaa noin 25 prosenttia kaikista hoitokotipaikoista.

Kumpikin on etupäässä kiinnostunut *yksittäisestä väärinkäyttäjistä* ja vähemmän kiinnostunut yhteiskunnan toimenpidejärjestelmistä yleensä. Kumpikin korostaa, että kenestä tahansa voi tulla alkoholisti, sosiaalisesta asemasta riippumatta. Niitä ei myöskään erityisemmin kiinnosta selvittää yksityiskohtaisesti,

miksi joku on alkanut juoda, vaan ne keskittyvät korvaamaan alkoholin jollakin muulla. Tätä ajattelutapaa voidaan pitää vastakohtana toista maailmansotaa seuranneelle ajanjaksolle, jolloin alkoholiongelma nähtiin oireena yhteiskunnallisista epäkohdista tai piilevistä psyykkisistä, fyysisistä tai sosiaalisista ongelmista. Näin ollen ajateltiin, että hoitojärjestelmän olisi ryhdyttävä sellaisiin toimenpiteisiin, jotka voisivat parantaa eniten alkoholisoituneiden elämäntilannetta, ja osoitettiin vähemmän kiinnostusta itse juomiseen puuttumiseen. Usko siihen, mitä hoitojärjestelmä pystyy aikaansaamaan, oli suunnaton: tuloksena olisi oikeudenmukaisempi yhteiskunta, jonka edestä sosiaalityöntekijä tekisi työtä ja joka antaisi kaikille mahdollisuudet onnellisempaan elämään. Murtamalla syrjäytymiseen johtaneet mekanismit, antamalla kaikille samat mahdollisuudet ja lisäämällä syrjäytyneiden tietoja heidän oikeuksistaan voitaisiin ongelmat poistaa.

Voidaan ehkä Kent Nordbergin tavoin nähdä nämä uudet, yksilöllisesti suuntautuneet, hoitomallit reaktiona siihen, että 60- ja 70-luvun odotuksissa petyttiin. Hoito-optimismia seurasi hoitopessimismi. Poliittinen kiinnostus työväenluokkaan ja syrjäytyneisiin katosi. Sittemmin on alettu painottaa työpaikkaohjelmia ja väärinkäyttöongelmien varhais-toteamista, mikä toi hoitoon myös uusia ryhmiä, ihmisiä, jotka olivat tottuneet yksilölliseen hoitoon.

Yksilön korostamisessa on kuitenkin eroja näiden kahden mallin välillä. Kun LP-säätiössä korostetaan kristillistä individualismia — Jumalan rakkaus koskee kaikkia, kaikki ovat samanarvoisia — ja keskitytään jokaisen vastuuseen kaikkein huonoimmassa asemassa olevista, ”näistä vähäisimmistä veljistämme”, vastaa AA:n ideologia modernin yhteiskunnan individualismia, jossa jokainen on vastuussa elämästään ja jokaisen täytyy itse tehdä tärkeät valintansa. Ero näkyy myös suhtautumisessa perheeseen. Kun LP-säätiö pitää perhettä jonakin sellaisena, joka täytyy säilyttää lähes mihin hintaan tahansa, näkee Minnesota-mallin järjestelmänä, jossa sen jokaiseen jäseneseen alkoholiongelma vaikuttaa. Perheen säilyttäminen jätetään yksilöiden itsensä ratkaistavaksi.

Yksilöön keskittymisestä huolimatta tuntuu

kumpikin malli olevan siirtymässä yleisemmin alkoholipolitiikkaan: LP-säätiö sitoutumalla säännöstelyyn ja Minnesota-malli, mm. Alfa-säätiön yrittäjähengen mukaisesti, muuttamalla luonteeltaan enemmän ennalta ehkäiseväksi ohjelmaksi. On kuitenkin korostettava, että Alfa-säätiö on siltikin alkoholipolitiikan suhteen selvästi liberaalilla kannalla; eihän alkoholin saatavuudella sinänsä ole merkitystä alkoholismien esiintymiselle tai miksi 10 prosentin (alkoholistien) pitäisi saada määrätä, mitä loput (90 %) haluavat ja voivat kestää. Kummassakin hoitomallissa on *raitistuneilla alkoholisteilla* keskeinen rooli samastumiskohteina ja asiantuntijoina. Minnesota-mallissa tätä hyödynnetään systemaattisesti, mutta myös LP-säätiössä todetaan toiminnan perustuvan siihen, että uusien, raitistuneiden alkoholisten avulla liike säilyttää voimansa.

Myös tätä voidaan pitää 60- ja 70-luvun selkeän professionalismiin uskomisen vastakohtana. Sosiaalityöntekijän kuului tavallaan ohjata syrjäytyneitä heidän kamppailussaan parempien elinolojen puolesta. Kehitetyn hoitokoneiston piti ratkaista yhteiskunnan ongelmat. Asiakkaan hoito piti saattaa loppuun koneiston sisällä, tai hänen piti järjestäytyä ja toimia sen mukaisesti yhteiskunnassa. Hoitokoneiston ulkopuolella oleviin ryhmiin, kuten esim. LP-säätiöön, suhtauduttiin epäluuloisesti. Jo 70-luvulla, vasemmiston alamäen ja hoito-optimismin tappion myötä, kritisoiitiin 60-lukulaisia, joiden katsottiin passivoineen asiakkaita syyttämällä kaikesta yhteiskuntaa ja saamalla asiakkaan pitämään itseään suurten voimien passiivisena uhrina.

Kummassakin mallissa alkoholismi on pohjimmiltaan *henkinen sairaus*. Korostetaan tarvetta muuttaa elämäntyyliä, ja tähän päästään kääntymyksen avulla tai korvaamalla alkoholi jollakin muulla elämänsisällöllä. Minnesota-mallin edustajat antoivat haastatteluihmissamme kauttaaltaan positiivisia lausuntoja LP-säätiön työstä, mutta vieroksuivat itse pelastusajatusta. LP-säätiön edustajat sitä vastoin eivät uskoneet Minnesota-malliin, jota he pitivät pinnallisena: ”Monet ovat kokeilleet meidän menetelmiämme ilman pelastusta, mutta siinä ei ole onnistuttu.”

Onko alkoholisti syyllinen vai uhri -kysymyksessä molemmat linjat korostavat, että ”ei

voida muuttaa sitä, mikä on jo tapahtunut, mutta tulee tehdä se, mikä on tehtävissä” (LP), tai että ”alkoholista ei voida vetää vastuuseen sairaudestaan, mutta hän on ehdottomasti vastuussa omasta paranemisestaan” (Minnesota).

Sosiaalisen kontrollin luonteessa on malleissa kiinnostavia yhtäläisyyksiä. Molemmissa suunnauksissa tulee kontrolli sisäistää muuttamalla sisäisesti uudeksi minäksi. Molemmissa koulu-kunnissa korostetaan kuitenkin ulkopuolisen avun, perheen, työtovereiden, viiteryhmän avun, merkitystä. Minnesota-mallissa viiteryhmänä on AA, kun taas LP-säätiö korostaa helluntailiikettä, kirkkoa. Molempiin sitoudutaan loppuelämäksi: kerran alkoholisti, aina alkoholisti. AA:ssa toimiminen perustuu anonymiteettiin eikä välttämättä ole ristiriidassa aikaisempien, hoitoa edeltäneiden, yhteyksien kanssa, kun taas helluntailiikkeen jäsenyys koskettaa juomattoman alkoholistin koko elämää.

Kumpikaan malli ei periaatteessa vastusta pakkohoitoa. Minnesota-mallissa on vähemmän merkitystä sillä, onko alkoholisti alusta alkaen ollut motivoitunut hoitoon, pikemmin korostetaan vaatimuksen, perheen tai työnantajan esittämän, merkitystä, jotta hoito tuottaisi tulosta. LP-säätiössä pidetään epäinhimillisenä olla tarpeen vaatiessa turvautumatta pakkohoitoon. Mutta kummallekaan pakottamiskysymys ei ole erityisen tärkeä. Sitä vastoin se oli 1960- ja 1970-luvulla eniten keskustelua synnyttäneitä kysymyksiä alkoholisti- ja sosiaalihuollon piirissä työskennelleiden sosiaalityöntekijöiden, lääkäreiden ja poliitikkojen keskuudessa.

Lopuksi

Olemme yrittäneet korostaa sitä optimismia, jota sekä LP-säätiö että Minnesota-malli ilmentävät. Molemmat ovat vakuuttuneita kasvustaan — niin vakuuttuneita, että voitaneen puhua siirtymisestä 1960-luvun hoitoptimismista 1970-luvun hoitopessimismiin ja nyt yrittäjä- tai kansanliikeoptimismiin. Kielteittä tämä optimismi, joka ainakin vielä on eräänlaista raivaajajenkeä, tuottaa sinänsä hyviä tuloksia. Sitä vastoin se tuskin pystyy ajan mittaan ammentamaan virikkeitä (ainoas-

taan) väitetyistä mutta dokumentoimattomista hyvistä hoitotuloksista. Tosiasia kuitenkin on, että nykyään viranomaiset ja poliitikot suhtautuvat positiivisesti näihin hoitomenetelmiin. Tämä voidaan osittain panna taloudellisen ajattelun tiliin. Vapaaehtoisjärjestöt, kuten LP-säätiö tai AA, tekevät hyvää työtä halvalla, kuten haastatteluissamme todettiin. Poliitikkojen keskuudessa esiintyy myös (liiallista) uskoa yritystaloudelliseen ajatteluun, jota Minnesota-malli saattaa edustaa.

Liikemaailmasta kustannustietoisuutensa ja markkinointistrategiansa omaksuneet yksityiset hoitoalan yritykset ovat uusi lisä Ruotsin hoitojärjestelmässä. Tämä, samoin kuin oma-apuryhmien käyttöön otto, tulee luultavasti vaikuttamaan hoitojärjestelmän työnjakoon, yleisen ja yksityisen, ammattimaisen ja vapaaehtoisen työn välillä.

Melko yleinen tuntuu olevan käsitys, että perinteinen alkoholistihoito on riisuttu aseista ja että erityisesti köyhät syrjäytyneet alkoholistit on unohdettu (LVM 1987). Raittiuslautakunnat lakkautettiin jo 1970-luvulla ja alkoholistien hoito menetti erityisasemansa paikallistason sosiaalityössä. Samanaikaisesti kun perinteisten alkoholistien palvelut heikkenivät, tuotiin esiin työpaikkoihin panostamisen tarve.

LP-säätiö näyttää vastanneen sosiaalisesti syrjäytyneiden alkoholistien hoidon ja avun tarpeeseen; yhteiskunta ei ehkä ole luopunut heidän hoidostaan, mutta ainakin se on suhtautunut siihen yhä kitsaammin. Ja Minnesota-malli on tavoittanut ne ”parempiosaiset”, yhteiskuntaan ankkuroituneet, joille yhteiskunnalla ei ole ollut tarjota asianmukaisia hoitomenetelmiä.

Kirjallisuus

- Aftonbladet 12.4.1987
- Alna. Verksamhetsberättelse 1986
- Edin, Erik: Under i vår tid. Stockholm: Interskrift, 1987
- Edin-Gillberg, Sonia: Familjens räddning barnens lycka. Falun: Interskrift, 1987
- Förteckning över hem för vård eller boende 1985. Stockholm: Socialstyrelsen, 1987
- LVM 1987: Missbrukarna, socialtjänsten, tvånget. Betänkande av socialberedningen. Statens offentliga utredningar 1987: 22. Stockholm: Svenskt Tryck, 1987
- Pettersson, Ulla: Socialtjänsten i praktiken. Angered: Skeab Förlag, 1986
- Rosenqvist, Pia & Stenius, Kerstin: Nya målgrupper

för alkoholistvården? Alkoholpolitik 3 (1986): 4, 215—220
Stenius, Kerstin: Alkoholismrörelsen till Sverige? Alkoholpolitik 1 (1984): 3, 190—192
Stenius, Kerstin: Marknadskrafter i välfärdssamhället. Alkoholpolitik 4 (1987): 3, 172—176
Vården av alkoholmissbrukare. Problem och möjligheter. Socialstyrelsen redovisar 1978: 4. Stockholm: Liber Tryck, 1978.

Haastattelut

Carlsund, Lars. Väärinkäyttäjien avohoitoyksikkö, Norrtälje. Helmi- ja maaliskuu 1988
Dahlén, Paula, alkoholineuvoja. Terveysryhmä, Tukholma. 19.4.1988
Edelbring, Hans, johtaja. Venngarnin hoitokoti. Lehdistökonferenssi Tukholmassa 19.4.1988
Edin, Erik. Lewi Pethrus -säätiö, Tukholma. 18.—

19.4.1988

Edin-Gillberg, Sonia. Lewi Pethrus -säätiö, Tukholma. 18.—19.4.1988

Egebrant, Bo. Alfa-säätiö, Tukholma. 19.4.1988

Göthfelt, Ulf. Sosiaalihalitus, Tukholma. Joulukuu 1987, tammi- ja maaliskuu 1988

Helmersson, Karin. Tukholman yliopisto. Tammikuu 1988

Karlsson, Christer. Alna-neuvosto, Tukholma. Helmikuu 1988

Lundberg, Hans. Alfa-säätiö, Tukholma. 19.4.1988

Nordberg, Kent. Alna-neuvosto, Bro, Uppland. 19.4.1988

Skans, Gerd. Sosiaalihalitus, Tukholma. Helmikuu 1988

Wahlström, Sven. SCAA ja Ruotsin TV, Tukholma. 18.4.1988.

English Summary

Pia Rosenqvist — Kerstin Stenius: Kansanliike, oma-apu ja yrittäjähengi. Onko LP-säätiöllä ja Minnesota-mallilla jotakin yhteistä? (Popular movement, self-help and enterprising spirit. Some features of two new alternatives in Swedish alcoholism treatment)

The aim of this paper is to describe two types of alcoholism treatment which have been introduced or become considerably more widely used during the 1980s in Sweden. One is the Lewi Pethrus Foundation, which offers treatment on religious grounds (linked to the Pentecostal church), the other one is the so-called Minnesota model, a treatment based on AA ideology. The article discusses some features shared by these two new directions:

— They have both been more interested in the individual alcoholic and less in general preventive policy.

— Laymen play a central role in both treatment

systems.

— They both regard alcohol problems as largely a spiritual disease.

— Even if they stress the internalization of control over drinking, they also in praxis rely on external control and support from the family, the work place and the group (AA or the congregation).

These similarities are discussed against the background of the development of treatment in Sweden during the 1960s and the 1970s. The paper concludes by proposing that these two treatments respond to different deficiencies in the Swedish alcohol treatment system: the Lewi Pethrus Foundation offers treatment for poor or less affluent alcoholics and the Minnesota model pays more attention to employed alcoholics and those with a better standard of living.