



Yksinäiset, asunnottomat ja alkoholisoituneet miehet muodostavat pienen, mutta huomiota herättävän ryhmän sosiaali- ja terveydenhuollon kentässä. Ongelma keskittyy Suomessa pääkaupunkiseudulle ja erälle muillekin suuremmille paikkakunnille. Asunnottomat miehet ovat tuttu ongelmaryhmä kaikissa länsimaisissa suurkaupungeissa.

Asunnottomien alkoholistien ongelmat kärjistyivät Suomessa 1960-luvun puolivälin tienoilla, jolloin heidän lukumääränsä kasvoi erityisesti Etelä-Suomen suurimmissa kaupungeissa. Heidän erityisongelmansa tulivat huolto- ja kontrolliviranomaisten toimenpiteiden kohteeksi ja mm. Marraskuun liikkeen aktiivisen toiminnan kautta yleiseen keskusteluun. 1970-luvun aikana asunnottomien alkoholistien määrä on kasvanut suhteellisen hitaasti.

Asunnottomien alkoholistien määrä on koko maata ajatellen melko pieni eikä se näin ollen ole hoitotoimia ajatellen erityisen suuri ongelma. Yhteiskunnan toimenpiteillä voidaan vaikuttaa asunnottomien alkoholistien elämäntapaan ja lukumäärään.

Asunnottomien alkoholistien elämäntapa on synnyttänyt enemmistökulttuurissa voimakkaan affektiivisia tunteita ja johdannut moralisointiin. Tunteiden taustalla lienevät enemmistökulttuurin jäsenten omat tiedostamattomat ongelmat, jotka heijastetaan vähemmistöryhmiin, esim. juuri asunnottomiin alkoholisteihin.

Suhtautumista asunnottomiin alkoholisteihin ja heidän hoitoonsa sävyttää toivottomuus. Heitä pidetään parantu-

mattomina ja siksi heitä vain ruokitaan, vaetetetaan ja majoitetaan.

Asunnottomien alkoholistien hoidon keskeisin pulma on pitkäjännitteisen kokonaisuhoitoon puuttuminen. Mikään hoitopaikka ei ole ottanut kokonaisvastuuta yksittäisen alkoholistin hoidosta. Vapaaehtoisuus hoitoonhakeutumisen perusteena on toiminut huonosti. Pakkohoidon käynnistyminen taas on liittynyt yleensä alkoholin aiheuttamiin sosiaalisiin haittoihin, kuten juopumuspidätyksiin tai elatusvelvollisuuden laiminlyömiseen, muttei juuri koskaan esim. terveyshaittoihin.

### *Tampereen tutkimus*

Tämän artikkelin kirjoittajien toimesta suoritettiin Tampereella vuosina 1970—1975 asunnottomia alkoholisteja koskeva tutkimus, jossa pyrittiin valottamaan sekä sosiaalipoliittisia että lääketieteellisiä näkökohtia. Tutkimusmenetelminä käytettiin mm. osallistuvaa havainnointia, haastatteluja, terveystarkastuksia sekä hoitokokeilua, joka toteutettiin asunnottomien alkoholistien ensisuojuudessa.

Tamperelaisten asunnottomien alkoholistien keski-ikä oli noin 45 vuotta, nuorimmat olivat hieman yli 20-vuotiaita, vanhimmat yli 70-vuotiaita. Vanhemmista ikäluokista tosin enemmistö asui suurimman osan vuotta huoltokodeissa. Siviilisäädyltään noin 25 % oli naimattomia, useimmat olivat eronneita ja muutamat harvat leskiä. Useimmat olivat saaneet ammattikoulutusta hyvin vähän tai ei ollenkaan ja olivat toimineet sellaisissa

tehtävissä, joissa ei varsinaista ammattitaitoa tarvita, esim. apputyömiehinä rakennusalalla. Keskiasteen koulutuksen saanut henkilö (esim. rakennusmestari) oli jo harvinaisuus, ja sitä korkeampaa koulutusta ei ollut yhdelläkään.

### *Epäedulliset taustatekijät*

Ristiriitaiset mielipiteet alkoholismien hoidosta perustuvat osaksi epäselvyyteen alkoholismien luonteesta.

Tampereen tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että alkoholisoitumisen syytä on etsittävä erityisesti ympäristötekijöistä, lähinnä heikosta sosiaalisesta asemasta. Asunnottomat alkoholistit eivät ole alkoholisoitumisprosessinsa aikana kokeneet välttämättä voimakasta "vajoamista". Elämänhistorian analysoiminen osoitti yhtäpitävästi Juntumaan helsinkiläisen yömajatutkimuksen (1975) kanssa, että useimmat asunnottomat alkoholistit eivät olleet koskaan omanneet paljon sosiaalista arvonantoa. He olivat vuosien ajan olleet vailla koulutusta, taloudellisia ja henkisiä resursseja, psyykkistä tasapainoa, itsetuntoa ja toivoa. Suurimmalla osalla heistä oli sellainen sosiaalinen perintö ja sellaisia persoonallisuuden häiriöitä, että mahdollisuudet selvittää yhteiskunnan rakennemuutoksista olivat pienemmät kuin muilla.

Kaikki asunnottomat alkoholistit ovat jossain vaiheessa kokeneet elämänsä kannalta keskeisiä menetyksiä: asunnon ja työn menettämisen, toimeentulon kaventumisen, läheisten ihmissuhteiden katkeamisen sekä "normaalien" elämäntaitojen ruostumisen. Yhtenä yrityksenä kompensoida näitä menetyksiä oli ollut hakeutuminen tai paremminkin "ajautuminen" asunnottomien alkoholistien joukkoon ja sieltä asunnon, toimeentulon ja ihmissuhteiden etsiminen (ks. kuvio 1).

### *Elinolosuhteet*

Asunnottomat alkoholistit ovat yleensä sopeutuneet ja alistuneet elämäntilanteeseensa. Prosessia on edesauttanut nykyi-

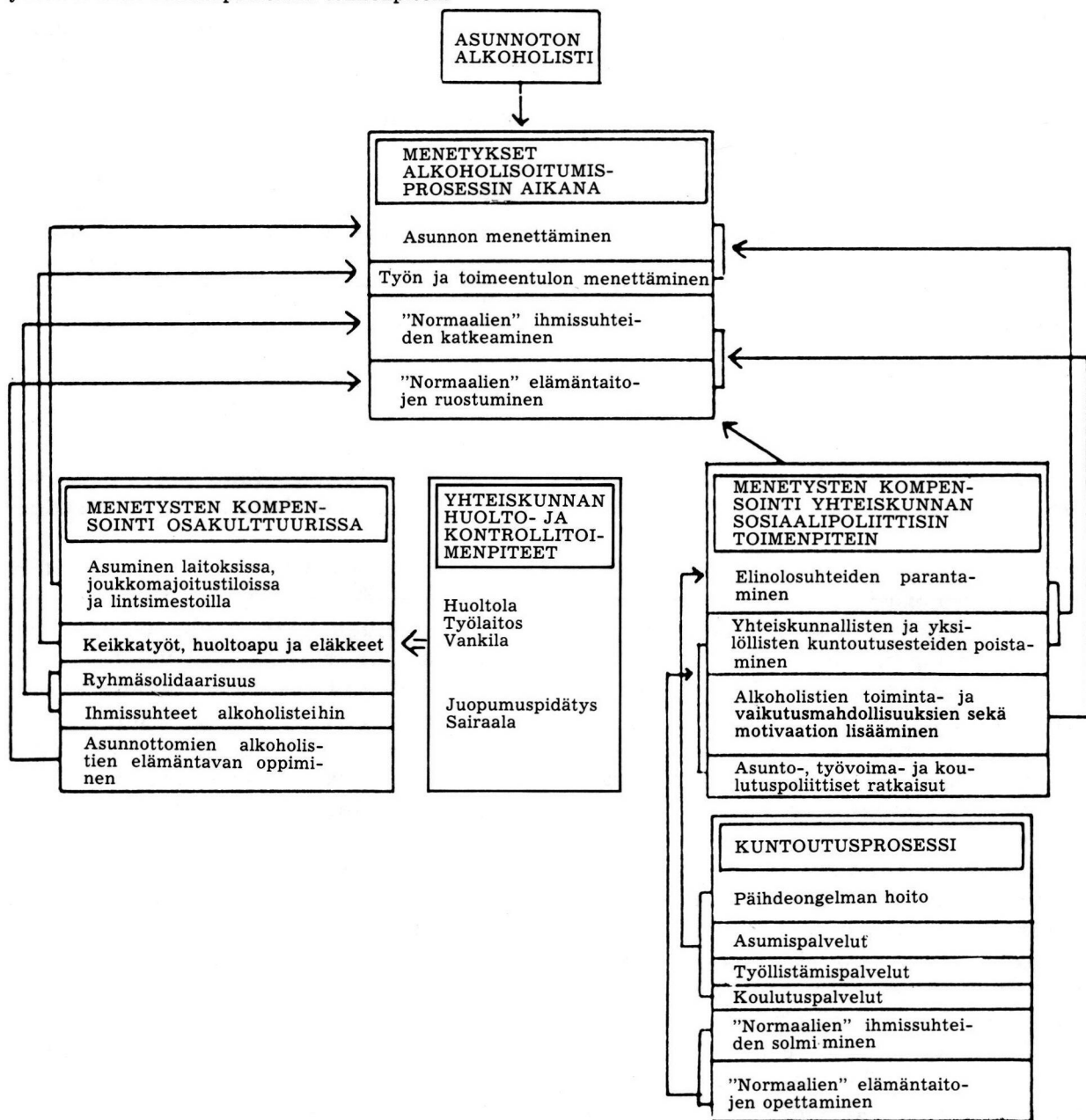
nen sosiaaliturvajärjestelmämme, joka on taannut osaratkaisuilleinkin asunnottomille alkoholisteille kaikkien tärkeimpien perustarpeiden tyydyttämisen ja minimi-toimeentulon minimiponnistuksin.

Asunnottomien alkoholistien tärkeimmissä toimeentulolähteissä tapahtui Tampereella selviä muutoksia tutkimusta tehtäessä. Ensimmäisessä haastattelussa vuosina 1970—71 ilmoitti kaksi kolmasosaa tutkittavista eläneensä edeltäneenä vuonna ensisijaisesti omilla ansiotuloillaan ja noin viidesosa pääasiassa eläkkeiden varassa. Joka kymmenes oli joutunut selviytymään huoltoavun turvin. Työllisyystilanteen ollessa vuosina 1970—71 suhteellisen hyvä saivat työkuntoiset alkoholistit helposti lyhytaikaisia keikkatöitä. Kolmen vuoden kuluttua eli vuosina 1973—74 suoritettuna toisessa haastattelussa samoista tutkituista enää runsas kolmannes oli omilla ansiotuloillaan toimeentulevia ja lähes puolet oli eläkeläisiä. Huoltoavun osuus oli jonkin verran kasvanut edellisestä tutkimusvaiheesta. Vuotuinen käytettävissä ollut rahamäärä oli kolmen vuoden aikana noussut n. 3 500 mk:sta 5 500 mk:aan, mutta rahan ostovoiman huomattavan vähenemisen vuoksi nousun vaikutus ei sanottavasti näkynyt elintason nousuna.

Asunnottomat alkoholistit elävät elintasokilpailun ulkopuolella, mutta yhteiskunnan sisällä joukkomajoitustiloissaan sosiaaliturvajärjestelmän tarjoamia minimielintason turvaavia etuja käyttäen ja lyhytaikaisia huonosti palkattuja keikkatöitä tehden. He saavat toimeentulon, joka ei mahdollista elämisen tason nostamista raittiina ollessakaan siinä määrin, että irtautuminen poikkeavia elämäntapoja ylläpitävistä joukkomajoitustiloista olisi mahdollista.

Ensimmäisessä tutkimusvaiheessa n. kolme neljäsosaa ja toisessa vaiheessa yli puolet asunnottomista alkoholisteista oli asunut edeltäneen vuoden aikana pääasiallisesti ulkosalla tai eritasoisissa joukkomajoitustiloissa tai huoltokodissa. Ulkona he olivat yöpyneet vanhoissa hylätyissä tai purkutuoimion saaneissa rakennuksissa, ladoissa, teltoissa, roskalaatikoissa, hylätyissä autoissa tai paljaan taivaan alla.

Kuvio 1. Asunnottomien alkoholistien kokemat menetykset ja niiden kompensointiyritykset osakulttuurissa ja yhteiskunnan sosiaalipoliittisin toimenpitein



Ulkona asuminen väheni selvästi koko tutkimusajan, ja 1970-luvun puolivälissä ei kenenkään tamperelaisen asunnottoman alkoholistin tarvinnut asua edes osaa vuotta ulkosalla. Tutkimusajan kuluessa muutamat olivat päässeet kokonaan irtautumaan asunnottoman alkoholistin elämäntavasta; he elivät suhteellisen "normaalia" elämää, jotkut jopa kokonaan raittiina.

Tamperelaiset asunnottomat alkoholistit viettivät tutkimusaikana lähes kolmasosan vuodesta vankiloissa, huoltoloissa, huoltokodeissa, sairaaloissa ja katkai-

suhoidossa, siis laitoksissa, joissa kaikissa elämä on järjestettyä, ennustettavaa ja pakosta raitista. Laitoksissa ja joukkomajoitustiloissa asuminen selittää osaltaan sen, että asunnottomat alkoholistit voivat ylipäätään elää ja olla fyysisesti edes tyydyttävässä kunnossa. Koska laitosisaoloaika koostuu useimmiten monesta lyhyestä laitosjaksosta, nämä jaksot katkaisevat varsin tehokkaalla tavalla alkoholistin juomisjaksoja.

Juomisjakson keskimääräinen kesto oli ennen ensimmäistä haastattelua n. 30 vuorokautta ja ennen toista haastattelua n. 23 vuorokautta. Juomisperiodin lyhentymiseen tutkimuksen kestäessä oli yhtenä syynä ensisuojaassa käynnistetty oma katkaisuhoido.

Laitoksessa olo edustaa tietynlaista turvallisuutta. Kuitenkin laitoshoitoon, esim. mielisairaalassa toteutettuun katkaisuhoidoon, voi liittyä turvattomuutta ja paljon turhautumia aiheuttavia kokemuksia.

”Osasto oli kaamea, ei sovi alkoholisteille. Kaikki olivat hulluja, olivat eristyksessä, varastivat tupakat, oli epäsiistimpää kuin ensisuojaassa, sylkivät lattialle. Eivät tulleet päälle, jos esiintyi rohkeasti eikä näyttänyt että pelkää.”

Paluu erilaisista laitoksista ei tunnu helpotukselta, jos taskussa on muutama kymppi rahaa ja päällä ainoat vaatteet eikä ole tietoaakaan työstä ja perhesuhteista. Laitoksista palaavien alkoholistien ongelmat eivät liity yksinomaan taloudelliseen, vaan myös mitä suurimmassa määrin henkiseen turvattomuuteen. Paluu siviiliin merkitsee yleensä paluuta täsmälleen samanlaisiin olosuhteisiin, joista on lähdetty hoitoon. Liittyessään yhteen samoista ongelmista kärsivien ja vähitellen myös samanlaisen ajatusmaailman omaksuvien ihmisten kanssa asunoton alkoholisti voi elää ympäristössä, jossa häneltä ei odoteta paljoa. Hän voi vähentää minimiin sellaiset kontaktit, jotka muistuttavat häntä hänen riittämättömyydestään. ”Ensisuojan asukkaan kaikki ihmissuhteet ovat ensisuojaassa.” Asunoton alkoholisti voi hetkittäin saavuttaa hyvin todellisia vaikutelmia turvallisuudesta, sosiaalisesta osallistumisesta ja riittävydestä, mikä ilman ryhmää jäisi häneltä kokematta.

”Ei tämä herkkua ole, lähinnä helvettä, mutta minne täältä lähdet ystävien luota. Yksi todellinen ystävä on parempi kuin miljoona rahaa ja kuule, meillä on monta ystävää.”

## *Elämäntapa*

Asunnottoman alkoholistin elämäntavalle on tyypillistä asuminen joukkomajoitustiloissa, tuotantoelämän ulkopuolella oleminen, ihmissuhteiden puuttuminen oman ryhmän ulkopuolelta, heikko fyysinen kunto, turvattomuus ja vaikutusmahdollisuuksien puuttuminen.

Asunnottomien alkoholistien elämä leimaavat toisaalta suhteellisen pitkät juomiskaudet (Tampereen tutkimuksessa keskimäärin n. 120 juomispäivää vuodessa), toisaalta eripituiset raittiit kaudet. Raittiita päiviä kertyi laitosten ulkopuolella eläessä keskimäärin n. 130 vuodessa. Raittiina ollessa vain harvojen asumistaso pääsi nousemaan. Loppuosa vuodesta asuttiin erilaisissa laitoksissa, kuten edellä todettiin.

Oman yhteisön tuottamat palkinnot ja ”hyvät asiat” korvaavat osittain alkoholisteille heidän kokemiaan pettymyksiä. Samalla oma yhteisö passivoi heitä; he eivät edes yritä vaikuttaa omaan elämäntilanteeseensa. Tutkimus osoitti, että asunnottomien alkoholistien yhteenkuuluvuuden tarve tyydyttyi oman ryhmän kautta paremmin 1970-luvun alkupuolella kuin sen puolivälissä, jolloin jo asuttiin suurin osa vuodesta joukkomajoitustiloissa. Mitä enemmän alkoholistit siirtyivät ulkoa yhteismajoitustiloihin, sitä vähäisemmäksi tuli yhteenkuuluvuus, ja fyysisestä läheisyydestä huolimatta yksinäisyys lisääntyi. Pienet tappelut ja suoranaisten väkivalta lisääntyivät ensisuojaassa, ja vanhat alkoholistit joutuivat aika ajoin elämään pelon vallassa eläkerahojaan suojellessaan.

Asunnottomien alkoholistien yhteydet oman yhteisönsä ulkopuolelle lisääntyivät 1970-luvun aikana; tämä antoi heille mahdollisuuden suorittaa vertailuja. Samalla heidän pettymyksensä kasvoivat. Yhteiskunnan heihin kohdistamat toimet olivat edelleen suurelta osin kontrollitoimenpiteitä ja hoidollisia osaratkaisuja, joilla annettiin heille hieman toivoa, mutta todellisuudessa kaikki jätettiin entiselleen. Turhautumat lujittivat taas



uudelleen alkoholistien siteitä heidän omaan yhteisönsä, joka vuosien varrella oli kuitenkin muuttunut vähemmän sympaattiseksi.

### *Terveydentila*

Erityisesti merkillepantavaa asunnottomien alkoholistien terveydentilassa oli ruumiillisten sairauksien suuri määrä; noin puolet heistä oli työkyvyttömyyseläkkeellä. Yleisimpiä olivat tuki- ja liikuntaelinten, hengityselinten sekä ruoansulatuselinten sairaudet. Suoranaisesti alkoholista aiheutuneita sairauksia, esim. maksavikoja, oli vähemmän kuin olisi voinut odottaa. Tämä saa selityksen siitä, että huomattava osa vuodesta on raitista aikaa, kuten edellä todettiin. Ruumiillisen terveydentilan huonouteen näyttivät olevan syynä erityisesti huonot asuinolosuhteet (esim. ulkona yöpyminen), lukuisat tapaturmat sekä myös aikaisempi tai nykyinen työskentely ruumiillisesti raskaissa töissä. Konkreettisin esimerkki epäedullisten elämänolosuhteiden vaikutuksesta oli keuhkotuberkuloosin runsas esiintyminen. Tutkittavista joka viides sairasti tai oli sairastanut tätä tautia, joka muussa väestössä on suhteellisen harvinainen. Osasyynä tuberkuloosin yleisyyteen on kylläkin hoitojärjestelmän kykenemättömyys hoitaa alkoholisoituneita potilaita. Tuberkuloosisairaalasta saatettiin lähettää pois kesken hoidon tartuntavaarallinen potilas, joka saattoi sitten päätyä ensisuojan joukkomajoitustiloihin.

Psykkisistä vaivoista valitettiin eniten unettomuutta ja yleistä hermostuneisuutta. Psykkiset oireet liittyvät toisaalta alkoholin käytön vieroitusvaiheeseen, mutta monelle niitä tuli lisääntyvässä määrin raittiinaolon pidentyessä. Näytti siltä, että alkoholi oli tilapäisesti poistanut masennuksen ja ahdistuksen, mutta alkoholin vaikutuksen lakattua ne olivat entistä pahempina esteinä yrityksille elämäntilanteen muuttamiseksi. Itsetunnon heikkous oli keskeisimpiä havaittavissa olevia psykkisiä piirteitä. Ei uskottu

omiin kykyihin ja mahdollisuuksiin eikä uskottu, että joku todella välittäisi ja olisi halukas auttamaan kuntoutuksen eri vaiheissa. Muutamilla oli havaittavissa merkkejä elimellisestä aivosairaudesta, johon yhtenä syynä oli vuosia tai vuosikymmeniä jatkunut alkoholin käyttö. Joka neljäs oli joskus yrittänyt itsemurhaa, ja moni oli heidän lisäksi monesti vakavasti harkinnut itsemurhaa. Kaiken kaikkiaan kuitenkin psykkisistä syistä työkyvyttömiksi arvioituja oli tutkittujen joukossa vain vähän.

Useimmat tutkituista olivat olleet viime vuosien aikana sairaalahoidossa vähintään kerran vuodessa, muutamit useamminkin. Noin puolet sairaalahoitokerroista oli tapahtunut psykiatrisissa sairaaloissa; kyseessä oli yleensä ollut alkoholin vieroitusoireisiin liittyvä katkaisuhuito. Hoitokokeilun aikana voitiin todeta, että suurin osa katkaisuhoidon tarvitsevista voitiin hoitaa ensisuojaanakin, kunhan siellä vain oli lääkärin ja sairaanhoitajan palveluja käytettävissä.

Terveystarkastuksessa tutkimuksen alussa työkyvyttömiksi havaittujen osuus oli 30 %. Kolmen vuoden kuluttua oli jo noin 15 % tutkituista kuollut ja elossa olevista oli työkyvyttömiä 51 %. Ensisuojan hoitokokeilussa työkyvyttömiä osuus oli hieman suurempi: ensisuojan lääkärin vastaanotolla käyneistä 56 %, ensisuojan katkaisuhoidossa olleista 62 % ja ensisuojan asukkaiden kuntoutusleireillä olleista 68 % arvioitiin lääketieteellisin perustein työkyvyttömiksi. Tämä on tietysti hyvin varteenotettava näkökohta kuntoutustavoitteita määriteltäessä. Työkyvyttömän kohdalla tavoitteena voi olla esim. itsenäinen asuminen eläkkeen turvin; työkykyisten kuntoutuksen keskeisenä tavoitteena on tietenkin työelämään palaaminen.

### *Kuntoutuksen perusedellytykset*

Tärkeiksi kuntoutuksen perusedellytyksiksi nousevat alkoholistien elinolosuhteiden suora parantaminen nykyistä korkeampitasoisia asumispalveluita lisää-

mällä ja alkoholistien oman toiminnallisuuden nostaminen.

Suunnittelutyössä on muistettava, että on usein helpompi muuttaa viranomaisen menettelytapoja kuin alkoholistien käyttäytymisnormeja. Alkoholistien elämäntilanteissa on tavan takaa ongelmia, joita ei heidän oma yhteisönsä eivätkä myöskään yhteiskunnan organisaatiot hoida. On hoito-organisaatioita, joihin asunnottomat alkoholistit eivät kelpaa tai joiden palvelujen käyttämiseen heillä ei ole varaa tai muuten reaalisia mahdollisuuksia tai joihin he itse suhtautuvat epäluuloisesti.

Asunnottomien alkoholistien kuntoutusjärjestelmän yleiset periaatteet ja perusedellytykset ovat:

1) Kuntoutusjärjestelmän tulee olla monipuolinen ja sen palvelujen helposti ja nopeasti saatavissa. Lisäksi järjestelmältä on vaadittava joustavuutta, jotta se soveltuisi heterogeenisen alkoholistien ryhmän hoitoon. Hoitopaikan tulee ottaa kokonaisvastuu kustakin hoidossa olevasta ja turvata hoidon jatkuvuus.

2) Kuntoutusjärjestelmän on otettava huomioon elinolosuhteet, joissa alkoholistit elävät. Tavoitteiden tulee olla realistisia ja yksilökohtaisesti suunniteltuja. Fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kuntoutuksen tulee edetä samassa tahdissa.

3) Kuntoutusjärjestelmän on taattava sijoitusvaihtoehdot myös alkoholisteille, joiden kuntoutus työelämäänsä esim. korkean iän tai sairauden vuoksi ei ole mahdollista. Toimintamuodoissa on suositettava avohoitoa ja pienikokoisia laitoshoitoyksiköitä. Pakkohoitoa on vältettävä; hoitohalukkuus on luotava muilla keinoilla.

4) Kuntoutusjärjestelmän tulee kyetä ainakin jossakin määrin kompensoimaan kuntoutumista vaikeuttavia yhteiskuntapoliittisia tekijöitä, esim. heikkoa työllisyystilannetta ja asuntopulaa.

5) Kuntoutukseen tarvittavat resurssit tulee kehittää porrastamalla asumispalveluiden ja muiden kuntoutusorganisaatioiden toimintaa ja koordinoimalla ne yhtenäiseksi kuntoutusjärjestelmäksi.

Kaikkiin majoitus- ym. palveluihin on liitettävä hoitotoimintaa.

### *Kuntoutuksen keskeiset tehtävät*

Asunnottomien alkoholistien kuntoutuksessa pyritään vaikuttamaan heidän elinolosuhteisiinsa niin, että alkoholisoitumisprosessin aikana koetut menetykset voidaan mahdollisimman hyvin korvata.

Ensimmäisessä vaiheessa on saatava alkoholistit itse aktiivisesti ja motivoituneina mukaan kuntoutukseen. Motivointi tapahtuu elinolosuhteisiin vaikuttamalla ja antamalla heille reaalisia mahdollisuuksia lähteä mukaan pitkäjänteisyyttä vaativaan kuntoutusprosessiin. Kuntoutustoimenpiteillä on pyrittävä vaikuttamaan asunnottomien alkoholistien ajattelutapaan. Heille on luotava myös mahdollisuuksia selviytyä ilman uusia pettymyksiä. He tarvitsevat uusia, normaalimpia ihmissuhteita osakulttuurinsa ihmissuhteiden tilalle ja yhteiskunnan edellyttämiä elämisen taitoja aikaisemman elämäntapansa tilalle.

Toisessa vaiheessa tulee pyrkiä poistamaan esim. asunnon ja työpaikan etsimiseen sekä uudelleen koulutukseen liittyviä ongelmia (ks. kuvio 1).

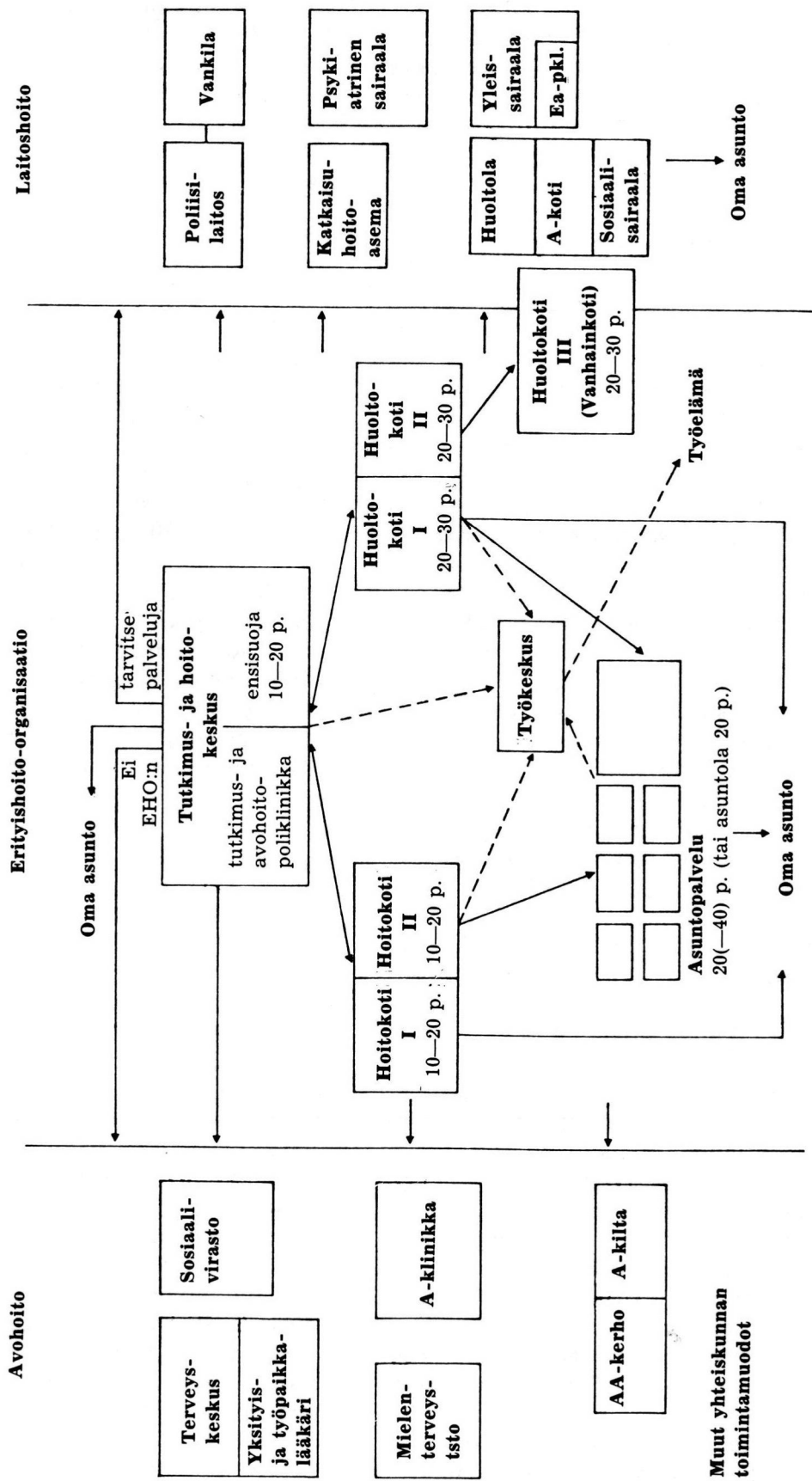
Resurssien suuntaamisessa on muistettava, että elinolosuhteisiin kohdistuvat kokonaiskuntoutustoimet vaikuttavat elämäntapaan usein varsin pysyvästi.

### *Kuntoutusorganisaatio*

Asunnottomien alkoholistien hoito ja kuntoutus näyttää olevan mahdollista suhteellisen yksinkertaisissa olosuhteissa ja kohtuullisin kustannuksin. Ulkonaisia puitteita tärkeämpää on se, että hoitotyössä on mukana asiasta kiinnostuneita ihmisiä, joilla on halua työskennellä asunnottomien alkoholistien hyväksi.

Kuntoutusorganisaatiota suunniteltaessa on erityispalvelujen järjestämistä pyrittävä välttämään, koska ne leimaavat asiakkaansa. Kuitenkaan edellä esitettyjen kuntoutusperiaatteiden toteuttaminen ei nykyisten normaalipalvelujen

Kuvio 2. Asunnottomien alkoholistien erityishoito-organisaatio (EHO) ja sen yhteydet muuhun avo- ja laitoshoitoon



puitteissa onnistu ilman huomattavia organisatorisia muutoksia ja hoitoon asennoitumisen muuttumista. Suurimmissa kaupungeissa toistaiseksi onkin tarpeen ylläpitää jo olemassa olevien palvelujen pohjalla toimivaa, erityisesti asunnottomille alkoholisteille tarkoitettua kuntoutusorganisaatiota. Siihen tulisi kuulua seuraavat toiminnaltaan erilaiset yksiköt (ks. kuvio 2), jotka myös toimivat omissa tiloissaan: 1) tutkimus- ja hoitokeskus, 2) hoito- ja huoltokodit, 3) työkeskus ja 4) asunnonvälitys.

1) Tutkimus- ja hoitokeskuksen tehtävänä on etsivän huollon järjestäminen asunnottomien alkoholistien saamiseksi kuntoutuksen piiriin, kuntoutukseen tulevien tutkiminen ja kuntoutuksen tarpeen arvioiminen sekä joko kuntouttaminen tai ohjaaminen muualle laitos- tai avohoitoon.

Tutkimus- ja hoitokeskus jakautuu kahteen toiminnaltaan erilaiseen yksikköön, poliklinikkaan ja ensisuojaan. Avohoitopoliklinikka huolehtii etsivästä huollosta, tutkimisesta ja avohoidon järjestämisestä. Poliklinikka on tavallaan kuntoutusorganisaation ”keskus”, jossa laaditaan kuntoutussuunnitelma jokaisesta organisaation piiriin tulleesta henkilöstä ja seurataan kuntoutuksen edistymistä. Ensisuojaan otetaan asumaan sekä päihtyneitä että sellaisia raittiitakin henkilöitä, jotka saavat katkaisuhoidon tai joiden muualle sijoittaminen ei ole vielä toteutunut. Ensisuojan ei tulisi olla 20:tä paikkaa suurempi.

Ensi kertaa tai vain harvoin tutkimus- ja hoitokeskukseen tulevat henkilöt pyritään ohjaamaan mahdollisimman pian muualle, esim. katkaisuhoidon tarpeessa olevat a-klinikoiden katkaisuhoidoasemille. Muille tarjotaan kuntoutusorganisaation palveluja niin pitkään, että menestyminen omatoimisesti ja normaalipalveluja käyttäen on varmaa.

2) Hoitokoteihin otetaan erityisesti työkykyisiä tai sellaisiksi mahdollisesti kuntoutuvia. Päivittäisissä toiminnoissa (ruoka, siisteys, vaatteiden huolto) tulisi pyrkiä mahdollisimman suuressa määrin

asukkaiden omatoimisuuteen, mikä vähentää henkilökunnan tarvetta. Hoitokodeissa asumisen pituudeksi suositellaan 1—6 kuukautta. Hoitokodista on tarkoitus siirtyä omaan asuntoon.

Huoltokodit on tarkoitettu iän tai sairauden takia työkyvyttömille, mistä johtuen fyysinen kuntoutus on tärkeällä sijalla. Samoin askartelu- ja suojatyötyyppistä toimintaa tulisi olla tarjolla. Huoltokotikuntoutuksen tavoitteena on joko siirtyminen asumaan eläkkeen turvin omaan asuntoon tai jääminen loppuiäksi huoltokodin asukkaaksi.

Hoito- ja huoltokodeissa tulee alkoholin käytön olla kokonaan kiellettyä. Alkoholin käyttämisestä on seurauksena siirto ensisuojaan, josta on mahdollisuus palata hoito- tai huoltokotiin heti kun juominen on loppunut. Hoito- ja huoltokotien ihanneko on 10—20 paikkaa, joskin huoltokodeissa voisi olla 30 paikkaakin.

3) Työkeskuksen tulisi järjestää mahdollisuuksia askarteluun, suojatyöhön, työhön valmennukseen ja työkokeiluun sekä ensisuojan että hoito- ja huoltokotien asukkaille. Työkeskuksen tilat voisivat sijaita näiden kaikkien toimipaikkojen yhteydessä.

4) Kuntoutusorganisaation käytössä tulisi olla riittävä määrä halpoja vuokra-asuntoja, joissa kussakin voisi asua 1—4 sellaista henkilöä, jotka ovat muita kuntoutuspalveluja käyttäessään osoittaneet omaavansa edellytykset itsenäiseen asumiseen. Kuntoutuskeskuksen poliklinikan palvelut ulottuisivat myös omissa asunnoissa asuviin, esim. kotikäyntien muodossa. Pelkän yöpymisen tarjoavat joukkomajoitustilat eivät ole kuntouttamista ajatellen suositeltavia.

Kuntoutusorganisaation eri toimipisteiden palveluksessa tulisi olla riittävä määrä sosiaaliterapeutteja, valvoja, isäntiä ym. sekä osapäiväisesti myös sairaanhoitajia ja lääkäreitä. Kuntoutusyksiköiden ja henkilökunnan määrä riippuisi lähinnä kunkin paikkakunnan asunnottomien alkoholistien määrästä. Yksiköiden kokoa ei kuitenkaan tulisi edellä esitetyistä luvuista suurentaa, vaikka



asunnottomia alkoholisteja olisi paikkakunnalla paljonkin.

Ottaen huomioon nykyisin jo olemassa olevat kuntoutusmahdollisuudet pidämme kiireellisimpinä uusina toimenpiteinä hoito- ja kuntoutushenkilökunnan lisäämistä hoitoketjun alkupäässä eli tutkimus- ja hoitokeskuksen poliklinikalla ja ensisuoajassa, pienien hoitoyksiköiden lisäämistä, asunnonvälityksen aloittamista sekä työkeskuksen palvelujen aloittamista.

*Alkoholipolitiikka Vol. 44: 85—93, 1979*

### *Kirjallisuus*

Juntumaa, R.: Kodittomien elämäntilanne ja -historia. Tutkimus Helsingin sosiaalitoimiston kodittomien ja yksinäisten miesasiakkaiden elämän historiasta ja nykyisyydestä. Pro gradu -tutkielma, Helsingin yliopiston soveltavan psykologian osasto 1975

Murto, L.: Asunnottomien alkoholistien elinolosuhteet ja elämäntapa sekä yhteiskunnan toimenpiteet. Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja n:o 30, Forssa 1978

Mäkelä, R.: Asunnottomien alkoholistien hoito ja kuntoutus. Acta Universitatis Tamperensis A 95. Lääketieteellisen tiedekunnan julkaisuja 14. Tampereen yliopisto, Tampere 1978.