

”Että en minäkään esimerkiksi pienenä tyttönä toivonut että voi että kun minusta tulisi alkoholisti.” – Muutosvalmius ja kohtaamiset palvelujärjestelmässä päihdeasiakkaiden kokemina.

Valma- projekti 2007–2010
Tutkimusraportti
Tiina Nykky
Tammikuu 2009



Sisältö

1 Johdanto	3
2 Tutkimuksen keskeiset käsitteet	5
2.1 Muutosvalmius ja motivaatio	5
2.2 Muutosvaihemalli	6
2.3 Muutosvalmiutta ehkäisevät ja edistävät tekijät	12
2.3.1 Katsaus aiempiin tutkimuksiin ja teorioihin muutosvalmiudesta	12
2.3.2 Valma-hankkeen projektisuunnittelijoiden keräämä tieto	15
3 Päihdeasiakkaat äänessä	16
3.1 Haastatteluista ja niiden tutkimisesta	16
3.2 Päihdeasiakkaiden omaan elämään liittyvät teemat	19
3.3 Asiakkaiden kohtaamiset päihdehuollon kanssa	25
4 Lopuksi	34
Lähteet	

1 Johdanto

Valma- hankkeessa (2007–2010) tehtävässä tutkimuksessa on tarkoitus tuottaa tietoa päihdeasiakkaan muutosvalmiudesta ja kehittää päihdehuollon asiakkaan muutosvalmiuden tunnistamista, ymmärtämistä ja huomioimista päihdetyössä, asiakkaan kuntoutumisprosessin eri vaiheissa. Muutosvalmiuden käsite Valma- hankkeessa on saanut suuresti vaikutteita Marjo Peltomaan (2005) tavasta määritellä kuntoutumisvalmiuden käsite lisensiaattityössään. Kuntoutumisvalmiuden käsitteen katsotaan kuvaavan halukkuutta ja sitoutumista muutokseen, ei ainoastaan henkilön kykyä saavuttaa joitakin tavoitteita. Tarkastelun kohteena ovat siis enemmänkin ihmisten asenteet kuin kyvyt suhteessa päihdeongelman ”voittamiseen”.

Kuntoutumisvalmius ja muutosvalmius eivät myöskään ole pysyviä olotiloja, vaan ihmisen sitoutuminen muutokseen vaihtelee, koska hänen ympäristössään on useita tekijöitä, jotka vaikuttavat hänen tunteisiinsa, asenteisiinsa, uskoonsa itseen ja oman muutoksensa mahdollisuuteen. Tällaisia tekijöitä voi ilmetä esimerkiksi suhteessa hänen taloudelliseen tilanteeseensa, terveyteensä tai suhteessa sosiaaliseen ympäristöön. Lisäksi Peltomaa (2005, 22–23) painottaa, että kuntoutumisvalmius ei ole yksilökeskeinen, yksiulotteinen käsite vaan kuntoutuja toimii aina vuorovaikutuksessa jonkin ympäristön ja yhteisön kanssa, jossa vaikuttavat sen yhteisön suhtautumistavat, lait ja asenteet. Ympäristö antaa kuntoutujalle (päihdeasiakkaalle) tiettyjä mahdollisuuksia ja rajoittaa häntä tietyillä tavoilla.

Valma-hankkeen sisältö edellyttää väistämättä tiedon saamista päihdeasiakkailta itseltään: asiakkaan näkökulman kuulemista ja huomioimista. Tässä tutkimusraportissa, joka on osa Valma-hankkeen tutkimuskokonaisuutta, käsitellään 13 sellaisen ihmisen ajatuksia ja tunteita, jotka kokevat, että päihteidenkäyttö on heille ongelma. Heidän tarinansa kertovat heidän omasta päihdematkastaan, sen merkittävistä etapeista ja heidän muutosvalmiutensa vaiheista, sekä asiakkaiden kokemuksista kohtaamisistaan erilaisten päihdepalvelu-yksiköiden piirissä. Asiakkaat ovat haastatteluja tehtäessä eri vaiheissa muutosprosessiaan: suuri osa on valinnut täysraittisuuden ja pitää sitä ainoana tapana tulla toimeen päihdeongelmansa kanssa, muutama ajattelee tulevansa toimeen kohtuukäyttäjänä. Muutosvalmiusmallin termein, jonka esittelen myöhemmin raportissani, suuri osa haastateltavista on ylläpitovaiheessa, muutama toimintavaiheessa, yhden kohdalla pohdin onko hän harkintavaiheessa vai toimintavaiheessa.

Haastattelut on toteutettu kevään 2007 aikana Kuopiossa, Varkaudessa ja Tyynelän Kuntoutuskeskuksessa. Haastattelut toteutti ja haastattelurungon rakensi Valma-hankkeen tutkimuskoordinaattori Anne Aholainen. Haastateltavat, 13 naista ja miestä, ovat käyneet läpi omaa suhdettaan päihteisiin jo vuosien, osa jopa vuosikymmenien, ajan. Haastattelut on litteroitu ja analysoitu kesän/alkusyksyn 2008 aikana. Litteroinnista, analyysistä sekä tämän raportin sisällöstä vastaa tutkimusassistentti Tiina Nykky. Haastattelujen alustavista tuloksista on kerrottu sekä Varkaudessa että Kuopiossa järjestetyissä kehittämisryhmä – tapaamisissa, että hankkeen ohjausryhmissä. Kehittämisryhmissä on mukana Valma-hankkeessa aktiivisesti toimivia päihdealan työntekijöitä.

Kehittämisryhmätapaamisten tarkoitus on ollut toisaalta peilata asiakkailta saatuja ajatuksia päihdehuollon palvelujärjestelmän työntekijöiden kautta. Toisaalta nämä ”kuulemistilaisuudet” toimivat osana kehittämistyötä, tuoden tutkimusta lähemmäs käytännön työtä ja estäen tutkimuksen jäämistä erilliseksi, teoreettiseksi tai irralliseksi osaksi Valma-hanketta. Palaute kehittämisryhmistä on ollut todella positiivista, ja päihdealan työntekijät ovat kokeneet asiakkaiden äänen kuulemisen mielenkiintoisena. Voimakkaasti on esille myös noussut ajatus siitä, kuinka tärkeää olisi että ”tavalliset ihmiset”, jotka eivät työssään ole tekemisissä päihneiden kanssa, kuulisivat näitä tarinoita. Usean suomalaisen elämää koskettavat alkoholin suurkulutus tai päihdeongelmat, ja ehkä näiden tarinoiden kuuleminen voisi toimia herättävänä tai pysäyttävänä tekijänä. Tämän merkityksen päihdeasiakkaiden tarinoille antoi myös yksi haastateltavista, joka toivoi että hänen tarinansa voisi auttaa niin, ettei jonkun toisen ihmisen tarvitsisi käydä samaa päihdepolkua kuin hänen, ainakaan ”*niin pitkän kaavan kautta*”.

Haastattelujen perusteella voidaan todeta, että vaikka haastateltavien tarinat ovat ainutkertaisia ja yksilöllisiä, löytyy niistä myös paljon yhtenäisyyksiä. Haastateltavien henkilökohtaisessa elämässä on lapsuudessa tai nuoruudessa usein ollut henkilö, joka on ollut päihdeidenkäyttäjä. Haastateltavien kohdalla on tarvittu paljon ”herättelyjä”, ennen kuin he ovat hakeutuneet päihdepalvelujen piiriin, useiden päihdepolku on tällöin ollut jo melko pitkällä. Haastateltavilla asiakkailla on melko huonoja kokemuksia hajautetuista päihdehuolto palveluista, selkeästi päihdehuoltoon erikoistuneet yksiköt saavat puolestaan pääosin positiivista palautetta. Muutosvalmiuden kehittymiseen positiivisesti vaikuttavien tekijöiden joukosta nousee voimakkaasti esille yhden, pysyvän ja pidempiaikaisen asiakas/hoitosuhteen ammattiauttajaan, merkitys.

2 Tutkimuksen keskeiset käsitteet

Tutkimuksen käsiteosio on pitkälle lainattu Anne Aholaisen (2008) tekemästä kirjallisuuskatsauksesta osana Muutosvalmius päihdetyössä –hankkeen toimintaympäristön kartoitusta. Toimintaympäristön kartoitus löytyy Kehittämiskeskus Tyynelän kotisivuilta: <http://www.tyynela.fi>.

2.1 Muutosvalmius ja motivaatio

Keskeisin seikka päihdeongelmasta selviytymisessä tai toipumisessa on muutosvalmiuden näkökulmasta ihmisen henkilökohtainen motivaatio ja sen herääminen. Lähtökohtana on, että jokaisella on motivaatiota johonkin, muutokseen tai muuttumattomuuteen. Yksittäisen ihmisen kohdalla on siis keskeistä pohtia sitä, mitkä tekijät vaikuttavat haluun vähentää päihteiden käyttöä, tai päästä kokonaan eroon päihdeistä. Mikä antaa ihmiselle tarvittavan kyvyn (taidot ja voimavarat) ja pystyvyyden (luottamuksen itseensä), jotta hän on valmis muuttumaan? Halu, kyky ja valmius muutokseen muodostavat yhdessä muutoksen ”perustan”, johon muutoksen tarve ja sitoutuminen muutokseen kiinnittyvät (Miller 2008, 33). Tärkeitä osatekijöitä muutosvalmiudessa yksilön kannalta ovat myös arviot omasta itsestä, omista toimintamahdollisuuksista sekä vuorovaikutus toimintaympäristöön (lähi-, vertaistuki- ja viranomaisverkostoihin) kuuluvien ihmisten kanssa.

Motivaatio ei ole pysyvä tila ihmisen elämässä. Se ei ole myöskään ihmisessä oleva persoonallisuuden piirre. Se on muutosvalmiuden tila, joka vaihtelee ajan, tilanteiden, sisäisten ja ulkoisten tekijöiden vaikutuksesta. Ihmisen muutosmotivaatio ei – kuten ei myöskään hänen addiktiivinen käyttäytymisensä, tässä tapauksessa päihteiden käyttö – ole ainoastaan yksilön sisäinen asia, vaan siihen vaikuttavat myös elämäntilanne, sosiaaliset suhteet ja laajemman sosiaalisen ympäristön tekijät. (Koski-Jännes 2008, 10; Lahti 2008.)

Keskeinen oivallettava asia motivaatiosta päihdeongelmaisten kanssa työskenneltäessä on se, että motivaatio on tila, johon on mahdollista vaikuttaa myös ulkoapäin. Muutosvalmius-ajattelussa ja Valma-hankkeessa keskeinen menetelmä asiakkaan muutosvalmiuden lisäämiseen on motivoiva haastattelu. (vrt.esim.Miller & Rollnick 1991.)

Amerikkalainen psykologi William Miller on hahmotellut motivoivan haastattelun ensi kertaa vuonna 1983. Motivoivan haastattelun keinoilla asiakkaiden *sosiaalisen yhteyden* tunnetta pyritään

tukemaan. Tämä tapahtuu empatian, kunnioituksen ja kiinnostuksen osoittamisena asiakkaille, sekä välttämällä syyllistämistä asiakasta. Asiakkaiden *autonomiaa* pyritään myös *tukemaan* esimerkiksi korostamalla asiakkaiden vapautta valita itse omat tavoitteensa, ja koettamalla löytää asiakkaiden omia haluja, tarpeita ja syitä muutokseen. Kun asiakas kykenee muodostamaan selkeitä, realistisia tavoitteita ja käsittämään muutoksen seurauksia, sekä saa myönteistä palautetta ja rohkaisua omaan uskoonsa ja kykyynsä toteuttaa muutoksia elämässään, hänen kompetenssinsa paranee. (Koski-Jännes 2008, 9- 10.)

Motivoivaa haastattelua ei voi kuvata vain kokoelmana terapeutteja tekniikoita, se on enemmänkin tapa kohdata asiakas. Sen olennainen osa on ehdoton asiakkaan kunnioittaminen ja hyväksyminen, ja samanaikaisesti asiakkaan ohjaava ja rakentava neuvominen. Motivoivan haastattelun periaatteet ovat empatian osoittaminen asiakasta kohtaan, ristiriitaisuuksien osoittaminen asiakkaan käytöksessä, todistelemisen ja väittelytilanteeseen joutumisen asiakkaan kanssa välttäminen, vastarinnan välttäminen sekä asiakkaan omien vaikutusmahdollisuuksien, uskon muutoksen mahdollisuuteen, vahvistaminen ja toivon ylläpitäminen. (Miller & Rollnick 1991; Paasikannas 2008.)

2.2 Muutosvaihemalli

On olemassa erilaisia teoreettisia malleja käyttäytymismuutosten tapahtumisesta. Muutosvalmiutta kuvataan usein transteoreettisen muutosvaihemallin avulla. Muutoksen vaiheita tarkastelemalla voidaan pohtia hoidon oikea-aikaisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta. Knuutila (2003, 35–44) kuvaa DiClementen ja Prochaskan (1984) 18 eri psykologisen tai käyttäytymistieteellisen muutoksen teorian pohjalta kehittämää muutosvaihemallia. DiClemente ja Prochaska jakavat muutosprosessin viiteen osaan: esiharkinnan, harkinnan, päätöksenteon, toiminnan sekä ylläpidon vaiheisiin. Retkahdus on osa muutosvaiheita. Mallia kuvataan usein pyöröveksi, sykliksi tai spiraaliksi, sillä muutos ei automaattisesti kulje vaiheesta toiseen. Liike on edestakaista eri vaiheiden välillä tai vaiheet voi käydä läpi useaan kertaan. Eri ihmiset etenevät muutosprosessissaan eri vauhtia. Hoitohenkilöstö tai ammatti-auttajat voivat auttaa muutoksen tekijää prosessin kaikissa vaiheissa käyttämällä oikeanlaisia strategioita, jotka sopivat kulloiseenkin vaiheeseen.

Transteoreettiseen malliin kuuluvat muutosvaiheiden lisäksi muutosprosessit ja muutoksen tasot. Jälkimmäiset muutoksen tasot kuvaavat sitä, että ihminen yleensä painii useamman ongelman

parissa, jotka ovat päihdeongelmaan enemmän tai vähemmän sidottuja. Näitä ongelmia voivat olla esimerkiksi terveydelliset, psyykkiset, oppimis-, vuorovaikutus-, perhe tai muut ympäristötekijät. Eri ongelma-alueiden suhteen muutos voi edetä eri vaiheessa. Tämän näkökulman pohjalta ihmisen elämänpiirissä vaikuttavat muutosta edistävät ja ehkäisevät tekijät ovat kiinnostavia. Näkökulman kautta on myös syytä pohtia sitä, millaiseen ongelma-alueeseen ihminen on kulloisessakin tilanteessa, omassa elämässään, valmis ensisijaisesti tarttumaan, sekä sitä, mistä sisäinen motivaatio ja henkilökohtainen kiinnostus muutokseen lähtevät kumpuamaan. (vrt. Peltomaa 2005, 34–36).

Muutosprosessin ensimmäinen vaihe on **esiharkinnan** vaihe. Esiharkinnan vaiheessa oleva ihminen ei ole valmis toimimaan muutoksen aikaansaamiseksi, eikä hän edes välttämättä tiedosta ongelmiaan. Monesti tässä vaiheessa toiset ihmiset pyrkivät muuttamaan ihmistä, joka saattaa pakon edestä osallistua muutostoimenpiteisiin. Esiharkinnan vaiheessa ihmisellä voi olla toive muutoksesta, mutta hän ei ole vielä valmis harkitsemaan sitä. Tässä vaiheessa ihmisiltä usein vielä puuttuu joko rohkeus tai halu muuttaa käytöstään. He saattavat myös olla tietämättömiä käyttäytymisensä aiheuttamista negatiivisista vaikutuksista ja riskeistä. (Miller 2008, 31.)

”Vaatiko se (niin pitkän ajan), että kykenit vastaanottamaan hoitoa?”

”Kyllä se kaikessa korniudessaan varmasti vaati. Että siinä kuitenkin ehti tapahtua kaikkea. Vaimo muutti erilleen, tuli rattikäryä ja työpaikan join, että tuli tarpeeksi tämmösiä menetyksiä. Sitten entiset hyvät ystävät alkoivat karttaa seuraa. Esimerkiksi hyvien ystävien häöpäivä oli, juhlat isot. He halusivat vain vaimon kutsua sinne, että ei minua ollenkaan. Sellaisia selkeitä juttuja. Sitten vähitellen omassa olossakin, että siinä oli juopon hätähuutomaisia itsemurhayrityksiä ja itsensä viiltelyä ja...Kyllä mä näen, että ne piti kaikki tavallaan käydä läpi...ainakin omalla kohdalla. Ei sitä tietysti...ehkä se on tavallaan, pohjakosketus voi olla erilainen. Mutta ainakin itsellä se vaati käydä ne kaikki polut läpi.” (nuori, työikäinen mies)

Harkinnan vaiheessa ihminen alkaa tiedostaa ongelmansa olemassaolon, ja saattaa huolestua ja huomata syitä, miksi hänen olisi syytä muuttaa käyttäytymistään. Toisaalta hän ei edelleenkään sitoudu toimintaan muutoksen hyväksi. On tavallista, että tähän vaiheeseen saatetaan ”jumiutua” pitkiksi ajoiksi, jopa useiksi vuosiksi, jolloin pohditaan muutoksen hyviä ja huonoja puolia, sekä muutokseen tarvittavaa energiaa ja ponnisteluja suhteessa omaan tilanteeseen. Tämä ambivalenssi on hyvin ominainen harkintavaiheelle. (vrt. Miller 2008, 31; Peltomaa 2005, 34–36.)

”Se on mun mielestä et laittaa oman elämän asiat vaakakuppiin: mitä hyötty on ollu alkoholista mulle, ja mitä haittaa. Ja elämän hyvät asiat. Ja pitää rueta kelaamaan vanhoja, et mitä on sattunu, et se ei onnistu et ottaa sen yhen. Mun mielestä myös pitää olla suunnitelmia, niinku meillä on nyt semmonen projekti. Haaveita, muuta mikä ei liity alkoholiin.” (n.30–40-vuotias nainen)

”Ja toinen herättävä tekijä oli kun huomasin muutoksia puolisossa, hän alkoi käyttäytyä epätyypillisesti: valehtelemaan ja pettämään lupauksia. Teki semmosia irtiottoja joita ei oo aikasemmin. Pelkäsin avioliittoni puolesta ja lasten takia, kun kohtelin heitä...join siitä huolimatta vaikka he sanoivat..mun suurin rakkaus oli se pullo. Alko tuntua että mä oon tieni päässä..menetän perheen ja terveyden” (keski-ikäinen nainen)

Valmistelu/valmistautumis- vaiheeseen liittyy pienten muutosten suuntaisten askelien ottaminen. Tässä vaiheessa ihmisen sitoutuminen muutokseen voimistuu. Ihmisellä ei vielä useinkaan ole valmista suunnitelmaa tavoitteiden saavuttamiseksi, mutta hän suunnittelee muutostaan ja pohtii esimerkiksi sitä, tarvitseeko hän apua (hoitoa) muutoksensa tueksi. Hän myös arvioi omia muutoskykyjään, pystyvyyden tunnettaan. Usein ihmiset tässä vaiheessa kertovat aikeistaan heille tärkeille ihmisille, ja päihteidenkäyttäjät kokeilevat päihteettömyyttä, tai ovat aikeissa lopettaa päihteiden käytön hyvin pian.(Miller 2008, 32.)

”Ei niinku kummempaa tapahtunu, iloja tai suruja, se (juominen) vaan meni silleen automaattisesti. Alkuun en tunnistanu sitä itsessäni, milloin juomakausi on tulossa. Minä menin ensimmäisen kerran kuntoutukseen, siellä yritettiin saada kiinni. Väitän että se homma tulee kuin salama kirkaalta taivaalta, en tosiaan tunnistanu. Olin pitkään sitä mieltä, ihan viimeeseen kuntoutuskertaan, olin siellä 1,5 kuukautta. Sinä aikana se homma valkeni mulle. Mulla oli siellä kaveri joka oli jo toista vuotta ollut juomatta ja hän kertoi omia juttujaan, mitä hänelle oli tapahtunu ennen retkahtamista, ja oivalsin että minähän käyttäydyn ihan samalla tavalla, oon muuten luonteeltani rauhallinen mut se tulee semmonen kiire, itse tekemä kiire. Piti saada töissäkin hirmu nopeesti asioita valmiiksi, ja seuraavaan hommaan kiinni. Se oli se merkki, ainut jonka oon löytäny. Sitä tulee vieläkin, mutta tiedän ja tunnistan sen, en säikähdä millään tavalla, tiedän et se on taas sitä. Vaikkei viinaa tee mieli tai muuta mut se käytös muuttuu.” (keski-ikäinen mies)

Toimintavaiheessa asiakas valitsee muutosstrategiansa ja alkaa toimia tavoitteidensa suuntaisesti. Ihmiset muuttavat tapojaan ja ympäristöään aktiivisesti, tekevät suuria elämäntapamuutoksia ja arvioivat uudestaan minäkuvaansa. He saattavat joutua hyvinkin haastaviin tilanteisiin, ja kokea esimerkiksi voimakkaita vieroitusoireita. Toimintavaihetta kutsutaan kuitenkin joskus eräänlaiseksi kuherruskuukaudeksi ennen ylläpitovaiheen haasteiden kohtaamista.(Miller 2008, 32.)

Ylläpitovaiheessa saavutukset pyritään lujittamaan ja ei toivotun käyttäytymisen/sairauden uusiutuminen ehkäisemään. Ylläpidon vaihe ei ole staattinen, vaan asiakas tarvitsee aktiivisen toimintasuunnitelman tilanteen vakiinnuttamiseksi ja ylläpitämiseksi. Asiakas opettelee tunnistamaan ja karttamaan itselleen vaarallisia tilanteita, joka voisi saada hänet käyttäytymään ”vanhalla” tavalla. Ylläpitovaihe vaatii pitkäaikaista käyttäytymisen muutosta ja jatkuvaa tarkkaavaisuutta ja ”ylimääräistä varovaisuutta”. (vrt. Miller 2008, 32–33; Peltomaa 2005, 34–36.)

Muutosvalmiusmalliin kuuluvat myös retkahtamiset, ongelman uusiutuminen ja se, että muutosvalmiuden ”kehä” tai ”pyörä” saatetaan käydä läpi useaan kertaan, ennen kuin asiakas siirtyy pysyvämmiin vaikkapa raittiiseen ylläpitovaiheeseen. Oireiden uusiutumista voidaan tarkastella *osana oppimisprosessia*, ja siitä saatava tieto on hyödyllistä myöhemmin, tulevissa muutosyrityksissä. Pähdeongelmissa paluu päihteen käyttöön raittiin kauden jälkeen on tavallista. Useimmat päihteen käyttäjät tekevät useampia ”muutoskierroksia” ennen pysyvää toipumista. Tässä vaiheessa olisi tärkeää, ettei retkahdukseen suhtauduttaisi epäonnistumisena, sen ei myöskään tarvitse olla tuhoisa tai pitkään jatkuva tilanne. Asiakashaastatteluissa eräs naisasiakas kertoi retkahduksestaan: hän oli ollut raittiina raskautensa ja vauvavaiheen ajan, ja sopinut miehensä kanssa, että tämä ottaa heti yhteyttä perhetyöntekijään, jos huomaa vaimonsa ”alkavan livetä”. Ja kun vaimo sitten joi muutaman päivän ajan, ja perhetyöntekijän paikalle kutsumisen jälkeen hakeutui hoitoon, hän sai juomisen katkaistua ja palattua ylläpitovaiheeseen. (vrt. Miller 2008, 33; Peltomaa 2005, 34–36.)

Muutosprosessissa ihmisellä on käytössään ”välineitä”, jotka vaikuttavat muutosvaiheesta toiseen siirtymiseen. Nämä välineet painottuvat eri muutosvaiheissa eri tavoin ja ovat mukana muutoksessa. DiClemente ja Proschaska (1998, Knuutilan teoksessa 2003, 39) ovat tuoneet esille kymmenen yksilön kokemusmaailmasta nousevaa ”välinettä”, jotka edistävät muutosta. Knuutila ajattelee tekijöiden vaikuttavan muutosprosessissa niin, että **(esi)harkinta- ja päätöksentekovaiheessa** olennaisia tekijöitä ovat tietoisuuden syntyminen, itsensä uudelleen arviointi, ympäristön uudelleen arviointi, äkillinen helpotus sekä sosiaalinen vapautuminen. **Toiminta- ja ylläpitovaiheessa** yksilön kokemia tekijöitä ovat puolestaan itsensä vapauttaminen, huomattavissa oleva fyysinen tervehtyminen, ärsykkeiden kontrolloiminen, aktiivinen kuntoutus tai tuki sekä auttavat ihmissuhteet.

Kun asiakkaiden muutosvalmiuteen pyritään vaikuttamaan, on pohdittava kuinka ja missä määrin on mahdollista havainnoida ja tukea harkinta- ja päätösvaihetta eteenpäin vievien tekijöiden syntymistä tai ylläpitämistä. Luvussa 2.3 käsiteltävät muutosvalmiutta edistävät ja ehkäisevät tekijät liittyvät keskeisesti näihin tekijöihin. Niiden kautta saadaan konkreettisemmin selville, millaiset asiat vaikkapa edistävät tietoisuuden syntymistä, mikä auttaa arvioimaan itseään ja ympäristöään uudella tavalla, mikä tuottaa äkillisen helpotuksen tai mikä auttaa vapautumaan sosiaalisesti. Muutosvalmiutta edistäviä ja ehkäiseviä tekijöitä on koottu tätä tutkimusraporttia varten kolmelta ”tasolta”: aikaisemmista muutosvalmiustutkimuksista eli ”teorian” tasolta, Valma- hankkeen

projektisuunnittelijoiden tekemistä haastatteluista päihdehuollon organisaatioissa työskenteleville ihmisille, sekä tutkimustuloksia luvussa (3) asiakashaastatteluista.

Muutosvaihemallin pohjalta Saarnio ja Knuutila (2006) ovat kartoittaneet muutosvalmiustyyppejä. He päätyvät muutosvalmiuden kaksijakoiseen rakenteeseen, jossa on mahdollista löytää ”osallistuvia” ja ”esiharkinnassa” olevia profiileja tutkittavista ihmisistä. ”Esiharkinta”- profiilin omaavat on heidän tutkimuksessaan jaettu vielä kahtia eli kokonaisuudessaan he ovat arvioineet kolmenlaista ryhmää. Taustamuuttujien valossa parempaa muutosvalmiutta osoittaneille eli ”osallistuvalla” ryhmälle oli ominaista pidempi koulutus, naissukupuoli, lasten kanssa asuminen ja parisuhteessa eläminen. Muutoshalukkaammassa ryhmässä hoitoon tulo oli täysin vapaaehtoista ja tavoitteena oli täysraittius. Päihteiden käyttö oli tässä ryhmässä suurimmaksi osaksi kausittaista. Kausittainen käyttö oli suurempaa myös väliryhmässä. (emt., 36–37)

Muutoshaluttomimmassa ryhmässä päihteiden käyttö oli suurimmaksi osaksi viikonloppukäyttöä. Myös työttömien osuus oli suurin vähiten muutosvalmiissa ryhmissä. Hoitoonohjaus oli tällä ryhmällä tapahtunut vastentahtoisesti. Iso muutos eli täysraittius voi tälle ryhmälle tuntua liian kaukaiselta tavoitteelta, ja päihteiden käytössä tavoitellaan usein kohtuukäyttöä (Saarnio & Knuutila 2006, 36–37).

Muutosvaihemallin voima piilee sen kuvailevaisuudessa, ei suorassa ennustettavuudessa. Miller et al.(2004,6) kommentoi, että empiiristä validiteettia vaativa kritiikki hukkaa ajatuksen mallin tulorientoituneisuudesta vaatiessaan prosessorientoituneisuutta. On oleellisempaa todeta, että muutosta on tapahtunut asiakkaassa hänen siirtyessään vaiheesta toiseen, kuin pyrkiä todistamaan prosessin vääjäämätöntä kulkua eteenpäin esimerkiksi jonkin hoitomenetelmän avulla, sillä menetelmät ovat vain keinoja monien joukossa saada muutosta aikaiseksi. Mallin avulla on mahdollista saada ymmärrystä toipumisprosessista ja siinä etenemisestä, sekä auttaa hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa. Mikäli tällaisia malleja käytetään orjalliseen hoidon lopputuloksen ennustamiseen, voidaan suistua ojasta allikkoon ja vahvistaa asiantuntija- tai budjettivaltaa sen suhteen, kenelle hoitoa ja kuntoutusta annetaan.

Kuntoutumisvalmiuden tai muutosvalmiuden näkökulmasta asiakas tarvitsee sellaista kuntoutusta tai hoitoa, joka herättelee hänen omaa toivoaan ja omaa halua muutokseen, herättää häntä mahdollisesti puuduttavasta arjesta tietoisuuteen siitä, että muunkinlainen todellisuus on mahdollinen. Ilman toivoa paremmasta on vaikea asettaa tavoitteita ja sitoutua toimintaan.

Kuntoutujan käsitys itsestä voi muuttua ainoastaan vuorovaikutuksessa. Kuntoutumiseen osallistuminen voi olla rituaalista, jos se tapahtuu ainoastaan muiden vaatimuksesta. Asiakkaan oman muutoksen halun viriäminen on koettu kuntoutumis/muutosprosessin vaikeimmaksi tehtäväksi, sekä asiakkaan että kuntouttajien näkökulmasta. Kuntoutajat ovat kuvanneet sitä ”jämhäntäneisyyden vaiheeksi”, josta irtaantumisen edellytyksiä ovat tietoisuus omasta tilanteesta, toivo siitä, että tilanne voi muuttua ja tieto siitä, että kuntoutujalle on riittävästi tukea saatavilla. (Suikkanen & Lindh 2001, 51–53).

Jotta asiakassuhteessa olisi aistittavissa toivon elementti, on tärkeää uskoa asiakkaan mahdollisuuksiin, löytää mielekästä toimintaa sekä löytää yhteys kannustaviin, tukeviin ja ymmärtyviin ihmisiin. Asiakkaalle tärkeää on myös tieto, tiedon saaminen sairaudesta, kuntoutumisesta, erilaisista vaihtoehdoista. Tiedon merkitys nousi esiin monissa asiakashaastatteluissakin. Tietoa tarvitaan siitä, mitä asiakas voi todellisuudessa valita, mitkä vaihtoehdot ovat todellisuudessa käytettävissä. Tietoisuus valinnanmahdollisuuksista lisää toivoa. Mahdollistava kuntoutus on toimintamahdollisuuksien edistämistä, se ei toimi järjestelmäkeskeisesti, vaan mahdollisuuksia voidaan etsiä myös normatiivisten käytäntöjen ulkopuolelta, vaikkapa ihmisen arjesta tai taiteesta. Tarkoituksena on luoda asiakkaalle aidompia elämänpolitiikan ja elämänhallinnan resursseja. Mahdollistavassa kuntoutuksessa vuorovaikutuksen merkitys korostuu ja tarjottaessa vaihtoehtoja kuntouttajan oma subjektiivisuus korostuu. (Suikkanen & Lindh 2001, 51–53).

Asiakkaan kanssa työskentelevillä työntekijöillä on merkitystä erityisesti elämän ymmärrettävyyden kokemisen selkeyttäjinä. Kun saa pohtia ääneen vaikeita ja hämmennystä aiheuttavia tilanteita, se selkeyttää omaa ajattelua, olipa kuuntelija läheinen tai ammattilainen. Usein kuitenkin tämän kaltainen elämän pohtiminen kanavoituu terapeutin kanssa käytäviin keskusteluihin, kun sellainen on kuntoutujan käytössä. Useat kuntoutajat sanovat, etteivät halua rasittaa omaisiaan liiaksi ja käyvät keskustelut vaikeista asioistaan mieluummin ammattilaisen kanssa. (Peltomaa 2005, 84).

Ihmisen identiteetti luodaan historiallisesti ja kerroksellisesti, kun taas erilaisiin tilanteisiin tai sosiaalisiin suhteisiin liittyvät roolit luodaan ja uusinnetaan sosiaalisten suhteiden verkoissa. Aiemmat identiteetit jäävät osaksi ihmisen identiteettitarinaa, mutta ne ovat silti sosiaalisen vuorovaikutuksen avulla muutettavissa, tai niiden rinnalle voidaan rakentaa uusia, positiivisempia tapoja suhtautua asioihin ja reagoida. Tämä näkemys avaa positiiviset näköalat selviytymisen kannalta. (vrt. Hyväri 2001, 102;126).

Selviytymiseen liittyy kaksi keskeistä sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvää taitoa: kyky ottaa vastaan tukea tuntematta häpeää ja riippuvuutta (kuntoutuja, asiakas) ja kyky tarjota tukea olematta liian holhoava (kuntouttaja, asiantuntija). Sosiaalinen tuki on tunnetukea, mutta myös instrumentaalista ja arvioivaa, ja moni tavoin kuntoutujaa resursoivaa tukea. Tuen eri lähteillä on hieman eri merkityksiä. Lähiomaisten (vanhemmat, lapset) sosiaalinen tuki, liittyy asiakkaan yhteisyyssuhteisiin, siihen luottamuksen ja turvallisuuden tunteeseen, että tukea on tarvittaessa saatavilla. Vertaistuellista on taas merkitystä siinä, että kuntoutujan tietoisuus kuntoutumisesta lisääntyy. Vertaisten kokemuksiin on helppo samaistua, ne ovat uskottavia ja vertaisten selviytymisen kokemukset toimivat roolimalleina. Tukea voi saada myös tuttavilta (toiminnallisuus, roolimalleina) tai uskonnollisista yhteisöistä (muu elämän katsomus ja luottamus, tietoisuus itsestä, tietoisuus kuntoutumisesta) Ammattilaiselta saatu tuki liittyy kokemukseen elämän ymmärrettävyydestä, kun taas läheisten tuki liittyy elämän merkityksellisyys. Omaisilta saatava tuki on ennen kaikkea tunnetukea, kun taas asiantuntijoiden tarjoama tuki koetaan usein arvioivana ja instrumentaalisenä tukena. Ammattilaiset lisäävät asiakkaan tietoisuutta itsestä, kuntoutumisesta ja valinnanmahdollisuuksista. (Peltomaa 2005, 125).

Millerin mukaan ihminen haluaa muutosta silloin, kun hän kokee olevansa valmis muutokseen sekä pystyvänsä siihen. Muutosvalmiuteen vaikuttavat siis/myös olennaisesti ihmisen tarve muutokseen ja hänen sitoutumisensa siihen. Ihmisen tulee olla tietoinen sekä itsestään: mitä hän itse haluaa ja mitä pitää tärkeänä, että myös ympäristöstään: millaisia aikaisempia kokemuksia hänellä on muutoksesta, millaisia konkreettisia mahdollisuuksia ja ulkoisia esteitä hänellä on muutokseensa liittyen. Lisäksi muutokseen liittyvät sosiaaliset vuorovaikutussuhteet, millainen on ihmisen yhteisyydenhalu: haluaako hän hakeutua ja olla toisten seurassa, ottaa vastaan apua, olla vuorovaikutuksessa auttajan kanssa. Myös muut kuin viralliset auttajat ovat tärkeitä: saako muuttuja riittävästi sosiaalista tukea, onko hänellä riittävästi verkostoja, jotka tukevat muutosta (Miller 2008, 33; Peltomaa 2005, 19–21).

2.3 Muutosvalmiutta ehkäisevät ja edistävät tekijät

2.3.1 Katsaus aiempaan tutkimukseen ja teorioihin muutosvalmiudesta

Mitkä seikat yksilön elämänpiirissä ja kokemuksissa ovat sitten niitä asioita, jotka saavat muutoksen käyntiin? Kuntoutumisvalmiutta tutkiessaan Peltomaa (2005) kehitti kyselylomakkeen,

jonka avulla hän kartoitti kuntoutumisvalmiuteen vaikuttavia mekanismeja mielenterveyskuntoutujilla. Asiakkaan kohdalla kuntoutumisvalmiuteen vaikuttavat monet elämäntilanteen tekijät. Peltomaa luettelee mm. sosiaalisen tuen, arjen mielekkyyden, perhe- ja asuinolosuhteet, mielekkään toiminnan mahdollisuudet, fyysisen hyvinvoinnin, elämäntilanteen kuormittavuuden ja koherenssin tunteen. Näiden mekanismien voi olettaa löytyvän myös päihdeongelmaisen asiakkaan elämästä. Niiden sisällöt ja toimintatavat voivat olla erilaiset mielenterveyskuntoutujiin verrattuna. Sitä, miten nämä mekanismit vaikuttavat muutosvalmiuteen päihdeongelmaisen ihmisen elämässä, sääntelevät erilaiseksi päihderiippuvaisuuden erilaiset ulottuvuudet (fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja elämäntapariippuvaisuus).

Miller (2008, 20) on eritellyt kokemuksia, jotka voivat vaikuttaa motivaatioon voimakkaasti, joko vahvistavasti tai heikentävästi. Kokemukset ja niiden voimakkuus ovat yhteydessä yksilön ja ympäristön vuorovaikutukseen, vaikka kokemukset itsessään ovat sisäisiä. Ensimmäinen näistä on *hädän tai ahdingon aste*. Voimakas masennus tai ahdistus voi herättää halun muutokseen tai avun hakemiseen. *Kriittiset elämäntapahtumat* vaikuttavat motivaatioon. Nämä kokemukset vaihtelevat sairauksista ja onnettomuuksista hengellisiin kokemuksiin. Spontaaneissa muutoksissa 30–60%:ssa tapauksista yksilö on tehnyt *kognitiivisen arvioinnin*, eli punninnut päihteidenkäytön etuja ja haittoja. *Kielteisten seurausten* ja muille aiheutettujen etujen ja haittojen *tunnistaminen* voi auttaa motivoitumaan. *Myönteiset ja kielteiset ulkoiset yllätykset* voivat vaikuttaa motivaatioon.

Koherenssin tunne on yksi mielenterveysasiakkaiden kuntoutumisvalmiuteen vaikuttavista seikoista. Valma- hankkeen tutkimuksessa päihdeasiakkaiden koherenssin tunnetta on myös pohdittu. Elämän kokeminen mielekkäänä on yksi koherenssin tunteen osa-alueista. Muita ovat elämän ymmärrettävyys ja elämän hallittavuus. Peltomaa (2005) tuo sille **koherenssin tunteen** yhtenä kuntoutumisvalmiutta edistävänä tekijänä. Hänen mukaansa mielenterveyspuolella hoitotyöntekijät pystyvät vaikuttamaan eniten elämän ymmärrettävyyden kokemukseen. Ymmärrettävyys tarkoittaa sitä, että ihminen kokee ympäristön tapahtumat johdonmukaisina, säännönmukaisina ja loogisina. Yksilö uskoo hallitsevansa omia voimavarojaan ja vuorovaikutusta ympäristön kanssa. Tapahtumat vaikuttavat ennustettavilta ja selitettäviltä.

Elämän hallittavuus viittaa siihen, että yksilö kokee voimavarojensa olevan riittäviä ulkoisten ärsykkeiden vaatimuksiin nähden. Resurssit ovat hänellä itsellään tai hän saa niitä tarvittaessa joltain muulta, johon hän luottaa. Hän ei pidä itseään uhrina, vaan luottaa siihen, että asiat järjestyvät. Elämän kokeminen mielekkäänä syntyy kokemuksesta siitä, että elämä on merkittävää

ja ihminen on valmis erilaisiin sitoumuksiin. Samalla on tärkeää, että ihminen kokee osallistuvansa omaa kohtaloaan ja arkeaan muovaavaan prosessiin. Perusoptimismi ja motivaatio elämään saavat ihmisen selviytymään. Ymmärrettävyys luo pohjan hallittavuuden tunteelle. Kaikkia kolmea kokemusta tarvitaan mahdollisimman hyvään selviytymiseen stressitilanteista.

Miller (2008, 19) määrittelee motivaation yksilöön liittyvänä. Motivaatio on kuitenkin ihmisten välisen vuorovaikutuksen ja/tai ympäristötekijöiden tulosta. Sisäiset tekijät luovat muutoksen perustan, mutta ulkoiset tekijät toimivat sen ehtoina. Anja Koski-Jännes (2008, 10) toteaa, että ymmärtääkseen motivaation ja addiktiivisen käyttäytymisen välistä suhdetta on tärkeää nähdä, että kummassakaan niissä ei ole kysymys vain ihmisen sisäisistä ilmiöistä. Molempiin vaikuttavat sekä yksilön sosiaaliset suhteet, että hänen elämäntilanteensa ja laajemman sosiaalisen ympäristönsä tekijät. Vuorovaikutteisuus on siis kirjoitettu sisään myös motivaatioon, ja näin ollen muutosvalmiuden rakentumiseen.

Peltomaa (2005) erottelee ympäristön ja ihmisen välistä vuorovaikutusta käsitellessään kuntoutumisvalmiutta. Ihmisen tietoisuus itsestään, omista arvoistaan, kyvyistään ja mahdollisuuksistaan määrittyy pitkälti sen kautta, mitä palautetta ympäristö hänelle antaa. Tietoisuus ympäristöstä pohjautuu aikaisempiin muutkokokemuksiin, nykyisiin mahdollisuuksiin ja tulevaisuudessa aukeaviin mahdollisuuksiin. Yhteisyyssuhteet taas heijastavat ihmisen halua hakea apua, suhtautumista avunantajaan ja hakeutumista vertaisryhmiin.

Project Match– tutkimusprojekti on tuottanut mielenkiintoisia tuloksia muutosvalmiuden huomioon ottamisen kannalta. Yksi tulos on ollut, että hoitoprosessin alussa mitattu muutosvalmius ennakoi hoidon lopputuloksen kannalta myönteistä tulosta. (Saarnio 2006, 33.) Palvelujen järjestämisen suhteen muutosvalmiuden arvioimisen ja rakentamisen täytyisi siis tapahtua hoito- ja kuntoutusprosessin alkuvaiheessa. Hoidon alkuvaiheeseen panostaminen on tärkeää myös asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksen näkökulmasta. Saarnion (2005, 12) tutkimuksen mukaan ”suksien luistamattomuudella tai luistamisella” on merkitystä hoitosuhteen alussa, sillä se ennakoi hoidon keskeyttämistä.

”Mulle tarjottiin keskustelu-aikaa, ja kävinkin sen kesän. Terapeutti oli nuori, ja ei..toki me keskusteltiin, mutta mulla oli olo et mun on pakko käydä siellä. Vuorovaikutus ois ollu hirveen tärkeää, tunsin itseni kiusaantuneeksi ja kävin siksi että säilyin asiakkaana. Kannattaa kysyä jotain toista henkilöä jos ei vuorovaikutus toimi..” (keski-ikäinen nainen)

Mielenkiintoinen hoidon alkuvaiheeseen liittyvä menettelykokeilu on ollut De Leonin (2000; Saarnion teoksessa 2006, 34) ajatus sijoittaa kokeneimmat työntekijät hoidon aloitukseen, joka on keskeyttämisen kannalta kriittisin vaihe. Oma näkökulmansa tähän tulee terapeutin allianssin myötä. Allianssin syntymistä auttaa, jos asiakas tuntee, että työntekijä luottaa omaan osaamiseensa ja kykenee kertomaan havainnollisesti ja pätevästi oman työtapansa lähtökohdista.

Osallisuus on yksi teema, joka liittyy asiakaslähtöiseen, asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaan räätälöityyn hoitoon. Osallisuus on myös tekijä, joka lisää elämän kokemista mielekkäänä. Teija Makkonen (2006) raportoi artikkelissaan valtakunnallisessa katkaisu- ja vieroitushoidon kehittämishankkeessa tehdystä haastattelututkimuksesta asiakkaiden kokemuksista osallisuudesta ja ulkopuolisuudesta päihdepalveluissa. Asiakkaan oma päätös hoitoon hakeutumisesta saattaa olla päihdepalveluiden piirissä vaakalaudalla. Tarvitaan asiakkaan omaa sinnikkyyttä, mutta erilaiset tilanteet saattavat silti johtaa hoidon epäämiseen. Päihdehoitajaksot koetaan liian lyhyiksi ja hoito tekniseksi. Asiakas haluaa elämän kokonaistilanteen esille, mutta hoidossa ollaan kiinnostuneita pelkästään päihteiden määrästä tai laadusta. Yksilöllinen hoidon tarpeen arviointi ja valinnan mahdollisuus hoitopaikoista ja –muodoista on motivoivaa.

Makkonen etsii palvelujärjestelmän suunnasta heränneitä ulkopuolisuuden tunteita kysymällä: ”*Millaiset seikat työntävät asiakasta ulos osallisuudesta, syrjäyttävät, torjuvat ja poistavat hänet haluamansa hoidon piiristä?*” Yksi tekijä on motivaatiopuhe, joka ilmenee muun muassa kotiin passittamisena ”hoitomotivaatiota kasvattamaan”. Niukkojen resurssien raamittamisessa palvelujen järjestämisen puitteissa tällaiseen toimintaan voidaan jopa kannustaa. Makkonen kysyykin, että kuka ja miten mittaa ja arvioi motivaatiota? Tutkimusten mukaan hoitomotivaatio syntyy ja vahvistuu vasta hyvässä hoidossa. Hyvä hoito ottaa huomioon myös asiakkaan taustalla olevan ongelmavyöhyden ja sieltä löytyy ensisijainen, myös asiakkaalle tärkeä, hoitokohde. (Makkonen 2006.)

2.3.2 Valma- hankkeen projektisuunnittelijoiden keräämä tieto

Valma-hankkeen projektisuunnittelijat ovat haastatelleet päihdetyöntekijöitä Varkauden seudulla, Kuopiossa ja Jyväskylässä, ja kysyneet muun muassa heidän mielipidettään siitä, millaisista seikoista tunnistaa motivoituneen asiakkaan, sekä heidän näkemystään muutosvalmiutta edistävästä ja ehkäisevästä tekijöistä. Motivoitunut asiakas tunnistetaan muutospuheen kautta, lisäksi hän yleensä huolehtii käynneistään hoitavassa organisaatiossa, on realistinen, eli ymmärtää tarvitsevansa apua eikä yritä salata tai vähätellä päihteidenkäyttöään hoitajilta.

Muutosvalmiutta edistävinä tekijöinä päihdetyötä tekevät ammattilaiset ovat nimenneet esimerkiksi rauhallisen etenemisen tai potilaan tahtiin etenemisen, potilaan/asiakkaan inhimillisen kohtelun, kunnioittamisen ja hänen *kanssaan* yhdessä työskentelyn. Työntekijöiden tulee antaa asiakkailleen tietoa (palveluista, niiden saatavuudesta) ja olla kärsivällisiä. Työntekijät nimesivät lastensuojelutilanteet ja uhan oman terveyden menettämisestä asiakkaita yleensä voimakkaasti motivoiviksi tilanteiksi. Asiakkaita tulisi vastuuttaa ja saada osallistumaan (osallisiksi) omaan elämäänsä.

Asiakkaiden muutosvalmiutta ehkäisevät työntekijöiden näkökulmasta liian nopea eteneminen, joka tapahtuu enemmän hoitajien odotuksista. Hyvin ongelmallisena koetaan resurssien puute, josta johtuen hoidot ovat usein liian lyhyitä, hoitoihin on jonoja, tai asiakkaat eivät saa maksusitoumusta jatkohoitoon. Potilaan hoitoon pyrkimiseen saattaa liittyä joku tilanne tai motivaation vaihe, joka olisi hedelmällinen raitistumisen kannalta. Tämä tilanne voi olla jo muuttunut tai ohi siinä vaiheessa, kun asiakas pääsee jonosta hoitoon.

Muutosvalmiutta ehkäisee myös asiakkaan haluttomuus käsitellä asiaa, tai puutteet verbaalisessa kyvyssä käsitellä sitä, vastentahtoinen hoito, päihteitä käyttävä ystävapiiri tai lähiomainen. Valitettavan paikkansapitävältä kuulostaa myös päihdelääkäreiden esittämä näkökulma, että suomalainen päihdekulttuuri yleensäkin ruokkii suurkulutusta ja ongelmajuomista.

3 Päihdeasiakkaat äänessä

3.1 Haastatteluista ja niiden tutkimisesta

Valma-hankkeen tutkimuksessa on haluttu tuoda asiakkaan näkökulma esille muutosvalmiuskeskustelussa. Kun kehitetään uusia työtapoja ja keinoja saada asiakas ymmärtämään muutoksen tarve ja sitoutumaan muutokseen, niissä tulisi olla lähtökohtana *asiakkaan oma näkemys omasta muutosvalmiudestaan*. Tämän näkökulman pohjalta hankkeessa on lähdetty tekemään asiakashaastatteluja päihdeasiakkaille keväällä 2007.

Haastatteluja on yhteensä kolmetoista, ja haastateltavat ovat ohjautuneet tutkijan haastateltaviksi Valma-hankkeen pilottipaikkakunnilta. Tutkimuksen luotettavuuteen ja yleistettävyyteen vaikuttaa se, että haastateltavat ovat valikoituneet haastateltaviksi päihdetyöntekijöiden avulla, joten

haastateltavat eivät ole satunnaisotos päihdeasiakkaista. Pilottipaikkakuntien asiakas/hoitosuhteessa olevilta asiakkailta on tiedusteltu heidän halukkuuttaan osallistua tutkimukseen, ja mukaan suostuneita on haastateltu. Haastattelut on toteutettu Kuopiossa, Varkaudessa sekä Tyynelän Kuntoutuskeskuksessa. Haastateltavien taustat ovat hyvinkin erilaisia, kaikilla heillä on kuitenkin ollut nimenomaan alkoholiriippuvuus, ja pitkälinen tai hyvin runsas alkoholinkäyttö on haastateltaville tyypillistä. Haastateltavista naisia on seitsemän, ja miehiä kuusi henkilöä. Haastateltavista koostuva ryhmä on iältään keski-ikäpainotteinen, suurin osa haastateltavista on yli 45-vuotiaita, vaikka joukossa on muutama nuorempi ja työelämässä aktiivinen ihminen. Nuorin haastateltava on haastatteluhetkellä ollut 22-vuotias. Haastateltavien ikä sekä valikoituminen haastateltaviksi vaikuttavat saatuihin tutkimustuloksiin sillä tavalla, että useilla heistä on taustallaan pitkälinen ”päihdepolku”, jossa suurin osa haastateltavista on nykyisin edennyt raittiuteen, ylläpitovaiheeseen. Tällöin haastateltavien on ollut mahdollista luoda katse kuljettuun tiehen päihteiden kanssa, arvioida pitkälistä päihteidenkäytön ajallista ulottuvuutta, ja haastattelujen kautta välittyy muutosvaihemallien jatkumo. Tämä on tietenkin ollut antoisaa tutkimuksen näkökulmasta.

Asiakashaastattelujen avulla on pyritty tavoittamaan ensimmäiset hetket, jolloin asiakkaille on syntynyt kokemus päihdeongelmastaan heidän elämänsä keskeisimpänä ongelmana, ja kartoittamaan asiakkaiden etenemistä muutosvaihemallin eri vaiheissa. Tämän lisäksi haastatteluissa on haluttu saada tietoa siitä, kuinka asiakkaat ovat kokeneet kohtaamisensa päihdepalvelujen eri toimintapisteissä, ollessaan eri vaiheissa omaa kuntoutumistaan.

Haastattelut ovat kestäneet keskimäärin tunnin ajan. Haastattelujen aikana haastateltavien asiakaspolkuja on kartoitettu, ja haastateltaville on kerrottu DiClementen ja Prochaskan muutosvaihemallin avulla, mitä muutosvalmiudella ja sen eri vaiheilla tarkoitetaan. Haastattelut on aloitettu pyytämällä haastateltavia muistelemaan omaa ensikokemustaan päihdepalvelujen parissa, asiakkaana, ja sitä hetkeä, jolloin asiakas ensimmäisen kerran koki, että hänellä on ongelma päihteiden kanssa. Tästä hetkestä on lähdetty kartoittamaan haastateltavien asiakaspolkuja päihdepalveluissa ja muistelemaan heidän muutosprosessinsa eri vaiheita.

Haastattelut ovat olleet puolistrukturoituja, teemoitellun haastattelurungon avulla haastateltavat ovat nimenneet omat esiharkinta-, harkinta-, valmistelu-, päätöksenteko- sekä ylläpitovaiheensa, tutkijan avustamana. Haastattelut ovat edenneet melko vapaamuotoisesti, mutta haastattelurunkoon on palattu, ja sitä on tarkennettu, ja samat asiat on järjestelmällisesti käyty läpi eri haastateltavien

kanssa. Kolme ensimmäistä haastattelua on tehty siinä vaiheessa, kun haastattelurunkoa on koottu, joten näissä samat asiat kysytään hieman eri käsitteillä kuin lopuissa haastatteluissa. Litteroinnit on tehty kesäkuussa 2008. Litterointivaiheessa haastateltavien ja kaikkien heidän nimeltä mainitsemiensa henkilöiden nimet on muutettu, eli haastatelluilla on keksityt nimet. Tässä raportissa haastateltavista tuodaan sitaatteja käytettäessä esille vain sukupuoli ja summittainen ikä.

Haastatteluja analysoitaessa on käytetty teemoittelua, ja analysointiin on otettu mukaan hieman vaikutteita tyypittelystä, vaikka varsinaista tyypittelyä ajatellen aineisto on liian suppea. (ks. esim. Eskola & Suoranta 1998, 174–180.) Haastattelujen analyysi on alkanut jo silloin, kun tutkimushaastattelut on purettu litteroinneiksi. Tällöin koko haastatteluaineiston sisältö on hahmottunut, ja on ollut mahdollista pohtia keskeisiä asioita, jotka nostaa esille suurehkosta aineistomäärästä. Tutkimuksen tarkoitus ja teoreettinen viitekehys (eli muutosvalmius ja siihen vaikuttavat tekijät päihdeasiakkaan elämässä) on ollut taustalla koko ajan, kun aineistoa on käsitelty. Teemoitteluvaiheessa on pohdittu asiakashaastattelujen kokonaisuutta, asiasisältöä, suhteessa Valma-hankkeen ja tutkimuksen tavoitteisiin, ja valittu siitä näkökulmasta teemat, joiden kautta aineistoa on lähdetty käsittelemään.

Teemoittelussa litterointiaineistosta on kerätty tärkeitä, keskeisiä aiheita suhteessa niihin asioihin, joita aineistosta on haettu. Aineiston teemat on jaettu niin, että ensimmäiset kolme teemaa ovat asiakkaan omaan elämään liittyviä, hänen henkilökohtaisia, ”päänsisäisiä” teemojaan: 1) muutosvalmiuden käännekohtat/eri vaiheet, 2) asiakkaan kokemus siitä, mitkä seikat ovat ehkäisseet/vieneet eteenpäin hänen muutosvalmiuttaan, sekä 3) muut tekijät esim. äitiys, naiseus, vahvuus ja irrallisuus.

Toiset kolme teemaa liittyvät asiakkaan kohtaamisiin päihdehuollon organisaation, ”systeemitason” kanssa, ja näitä ovat: 1) ensikohtaamiset päihdehuollon kanssa, 2) muut kohtaamiset päihdehuollon kanssa (mitkä asiat näissä muissa kohtaamisissa ehkäisivät ja veivät eteenpäin asiakkaan omaa muutosvalmiutta), sekä 3) asiakkaiden muut kommentit yhteiskunnasta/ päihdehuollon tai muiden ihmisten/asenteiden suhtautumisesta päihdeongelmaan.

Haastattelujen alustavien tulosten pohjalta on syksyllä ja talvella 2008 järjestetty tilaisuuksia sekä Varkaudessa että Kuopiossa, joissa alustavia tuloksia on esitelty sellaisille päihdetyöntekijöille, jotka ovat Valma- hankkeessa aktiivisesti mukana, projektikoordinaattoreiden kehittämisryhmissä. Näiden tilaisuuksien tarkoitus on toisaalta ollut saada päihdetyöntekijöiltä ajatuksia tutkittaviin

asioihin, heijastaa asiakkaiden ajatuksia ”systeemin” näkökulmasta: ovatko asiakkaiden ajatukset tuttuja päihdetyöntekijöille, tiedostavatko he asioita, joita asiakkaat pitävät ongelmallisina, kuinka he suhtautuvat kyseessä oleviin asioihin.

Toisaalta nämä tilaisuudet on koettu tärkeänä kehittämisen muotona: kun tehdään hanketyötä, on ”antavan” organisaation, joka antaa tutkimukselle aikaa ja tilaa arkityönsä ohessa, myös toimittava ”saavana” yksikkönä: kuultava ja saatava tietoonsa, millaisia asioita tutkimuksen kautta on haluttu saavuttaa, ja saatu selville. Tämä on ainut tapa estää tutkimuksen jääminen etäiseksi, teoreettiseksi ja ”ei meitä ja arkityötämme koskettavaksi”, kuten helposti käy hankkeissa, joissa on mukana myös tutkimusosio.

Haastateltavien tarinat ovat myös syrjäytymisestä, tai sen uhasta, selviytymisen tarinoita (vrt. Hyväri 2001, 18–21). Haastateltavat ovat eläneet olosuhteissa, joista he ovat selviytyneet, voittaneet ongelmia ja joutuneet muotoilemaan uudella tavalla identiteettiään ja minäkuvaansa. Samoin haastateltavien sosiaalinen maailma on muuttunut ajan kuluessa. He ovat joutuneet rakentamaan elämäkäytäntöjään uudelta arvoperustalta, mikä tulee hyvin selvästi ilmi haastateltavien muutospuheesta. Muutos koetaan todella alkaneeksi, huolimatta ehkä jo kauan kestäneestä muutosmatkasta, siinä vaiheessa kun jotain on todella muuttunut omassa ajattelussa, omassa minuudessa. Syrjäytymisen tutkimuksessa on kiinnitetty melko vähän huomiota siihen, millaisilla keinoilla ihmiset ovat selviytyneet tilanteissa, joissa ei välttämättä ole edellytyksiä selviytymiseen: millä tavoin yksilöt ovat löytäneet uusia väyliä ja mahdollisuuksia aikaisempaa parempaan ja mielekkäämpään elämään syrjäyttävistä tekijöistä huolimatta. Näissä asiakashaastatteluisa suuri osa huomiosta on juuri näissä selviytymisen tekijöissä: sekä yksilöstä itsestään nousevissa että päihdepalvelujärjestelmän kautta saaduissa.

”Ne (kuntoutusjaksot) oli juuri sopivaan aikaan mun elämässä. Mulla oli silloin syntynyt se oma muutoksen halu, niin näitä viikkoja tuki sitä tavattoman hyvin. Kun siinä mietin itsekkin, että mikä ero on kuntouttamisella ja kuntoutumisella. Ajattelin että tää on semmosta sisältä lähtevää, halua ja tarvetta muutokseen. Että tää ei tuu ulkoapäin, et minua ei kuntouteta. Vaan odotetaan että minä kuntoudun, oon ite mukana siinä prosessissa ja sitoutunut siihen, ja halukas. Viime vuoden aikana, muutos minussa on semmonen että mulle on tullu vastuu omasta itestä, et mä en voi enää oottaa ulkoapäin, otan kaiken avun vastaan, mut minun pitää olla sitoutunu käyttämään sitä apua oikeella tavalla.” (n.30-40 vuotias nainen)

3.2 Päihdeasiakkaiden omaan elämään liittyvät teemat

Millä tavalla alkoholi on astunut haastateltujen asiakkaiden elämään, ja alkanut vähitellen hallita sitä? Ainakin seitsemällä haastatelluista (7/13) oli taustallaan lapsuus perheessä, jossa ainakin jompikumpi vanhemmista on ollut alkoholisti tai alkoholin suurkuluttaja. Kolme haastateltavaa mainitsi alkoholin käytön liittyneen psyykkisiin oireisiin, lähinnä masennukseen. Yksi mainitsi että alkoi käyttää alkoholia lievittääkseen masennusoireita. Alkoholi on tullut haastateltavien elämään myös siten, että esimerkiksi avopuoliso tai ystäväpiiri on käyttänyt alkoholia säännöllisesti, tai urheiluharrastuksen mukana (jääkiekkjoukkueen saunaillat). Lisäksi taustalla oli irrallisuutta ja yksinäisyyttä, yhdellä henkilöllä saatananpalvontaa sekä mielenterveysongelmia ja rikollista taustaa. Yksi asiakas alkoi juoda enemmän, ”tissuttella” avioeron jälkeen. Taustalla on siis monenlaisia, vaikeitakin ongelmia. Miksi asiakkaat sitten ovat ottaneet alkoholia, mihin he ovat sillä pyrkineet?

”Jouduin olemaan mieheni ja kavereidensa juoppokuskina paljon. Pikku hiljaa huomasin että kätevämpää itsekin vetää pää täyteen niin ei tarvii olla kuskina. Sit se lähti siitä niin äkkiä, menemään vaan, sit se oli normaalielämää olla aina vaan (juonut). Ja sit loppujen lopuks se alkoholinkäyttö oli elämän pääasia, kaikki aika ja rahat meni siihen. Varmaan koko ajan ajattelin että tää ei oo oikein, mutta ajattelin että antaa mennä, kun oon kerta tähän lähteny. Tähän on oikeestaan jännittävää ja kivaa, jotenki en siinä vaiheessa.. Sitten erosin jouduin ottamaan avioeron koska elämä alkoi käydä niin väkivaltaiseksi, olisin varmaan jossain vaiheessa kuollu väkivaltaan ellen juomiseen.” (nuorehko nainen)

”Mulla on itellä ollu semmonen että kerranhan täällä vaan eletään, et antaa mennä täysillä, mitä väliä sillä on vaikka jois joka päivä. Ei tää elämä niin kauheen pitkä oo, ja etenki lyhenee jos juo (nauraa). Sillon mun mielestä kantsis mieltii että selvin päin elämä on antoisempaa, kun kaikki aistit toimii täysillä. Ja sitte just kaivaa hyviä asioita: materiaalisia, konkreettisia, ja mitä asiakkaassa on hyviä piirteitä, se on minua auttanut päihdetyöntekijän kanssa. Mut tuota et elämästä voi nauttia paljo enemmän selvin päin, eikä tuu huono olo (nauraa). Et jos yhen illan ryyppäät niin sullon nousuhumala ja hyvä fiilis, mut kannattais mieltii pitemmän päälle. Ja toi kans et kauheesti virikkeitä pitäis keksiä. Monilla pitkästyminen on sit se juomisen syy, et pitäis olla harrastuksia tai et ei käy aika pitkäks. (n. 30-40 v. nainen)

Viisi henkilöä haastatelluista ihmisistä oli ”vahvoiksi” kutsumiani henkilöitä, joilla oli monia asioita elämässään, vastuullaan: yksi tai useampi työ, järjestötoimintaa, perhe, lapset, parisuhde. Nämä ihmiset usein palkitsivat itseään alkoholin avulla, alkoholi oli heille keino levätä, rentoutua hektisestä elämästään, ottaa vähän aikaa itselleen ja irrottautua kiireestä. Valtaosa näistä itsensä vahvaksi määritellyistä henkilöistä oli naisia. Myös keskusteluissa päihdetyöntekijöiden kanssa kuva vahvojen naisten ryhmästä päihdeasiakkaina vahvistui, ja kävimme mielenkiintoisen keskustelun käsitteestä ”vahvuus”. Jos ihminen on vahva, mihin hän tarvitsee päihteitä? Useat vahvoista haastateltavista kuvaavat olevansa henkilöitä, jotka eivät puhu omista tunteistaan ja

omasta jaksamisestaan kenellekään, vaan ikään kuin suorittavat omaa elämäänsä. Eräs haastateltava nainen kertoi, kuinka vasta naisten vertaistukiryhmässä oli oppinut jakamaan tuntojaan toisten naisten kanssa, aikaisemmin hän oli ottanut siideripullon mukaansa saunaan, ja puhunut siellä ääneen itsekseen siitä, miltä hänestä tuntuu.

Onko kyseisten ihmisten vahvuus uhrautumisesta toisten vuoksi, oman itsensä ja omat tarpeensa unohtaen? Minkä verran tähän ryhmään kuuluu ihmisiä, joilla osan toimeliaisuudesta selittää kaksisuuntainen mielialahäiriö? Jälkimmäisen kysymyksen esitti päihdetyöntekijä, jolla on pitkäaikainen kokemus päihdetyöstä. Tämän ihmisryhmän kohdalla pohdin myös nykyistä työelämää ja sen asettamia vaatimuksia ihmisillä, ja koko ajan kasvussa olevaa alkoholin suurkuluttajien määrää. Humalajuominen, joka on edelleen selkeästi osa suomalaista juomistapaa, on yleistynyt, ja erityisesti naisten humalajuominen on lisääntynyt. Nykyään myös naisilla ja tytöillä on tavallaan oikeus humaltua voimakkaasti, toisin kuin ennen, ja naisiin kohdistuva sosiaalinen kontrolli on löystynyt. (Alkoholiohjelma 2004, 121–129.)

Onko alkoholi liiankin helppo ja sallittu tapa rentoutua? Alkoholinkäyttö on arkipäiväistynyt, nykyisin ei ole ”kummallista” siemailla viiniä ruoan kanssa arki-iltana tai lähteä työporukan kanssa terassille työpäivän jälkeen. Kertooko naisten kasvava alkoholin kulutus samasta ilmiöstä, kuin kyseisten asiakashaastatteluiden kohdalla, siitä, että työikäisten naisten elämässä on hyvin paljon vaatimuksia sen eri ”osa-alueilla” (työ, perhe, ystävät, harrastukset tai seuratoiminta). Kaiken tämän hallitsemisesta saattaa helposti tulla suorittamista, joka joillakin ihmisillä saattaa ylittää omat voimavarat.

”Olin pitänyt itseäni hyvinkin sellaisena superihmisenä... tein paria työtä päällekkäin kaiken aikaa, koulussa aikaisemmin menestynyt hyvin ja ... tavallaan sellaisena jonkin näköisenä huippuyksilönä, että jaksaa mitä tahansa tehdä, kaikki sujuu hyvin, osaa hanskata eri tilanteet ja pärjää ihmisten kanssa ja siihen asti oli tavallaan vähän ylilennokaskin kuva itsestä. Ja sitten taas kun tuli näitä... alkoi juominen kehittyä ja tuli näitä vastoinkäymisiä, niin se murensi hyvinkin alas.” (nuorehko mies)

”Mihin (tarpeeseen) otit alkoholia?”

”Lääkkeeksi. Mitä tunnetta haki sillä, halusi kellumaan turtuneeseen välinpitämättömyyden tilaan, jossa ei tarvitse miettiä eikä murehtia mitään. Seuraavana päivänä huono olo, jatkoi juomista korjataksean edellisen päivän juomista, pelkää millainen olo on, kun juomisen lopettaa. Päiviä kertyy huomaamatta, että juo. Jatkoissa, viimeisin juontikokemus.. ei kuvitellutkaan juovansa yhden päivän tai yhden viikon, vaan ajatteli että nyt mä juon niin pitkään kun mä jaksan. Ja joikin sitten 21 päivää. Se oli ihan tietoinen valinta.” (keski-ikäinen nainen)

Näiden ainakin näennäisesti vahvojen ihmisten lisäksi haastatelluista erottui toinen selkeä ”tyyppi”, jota aineistoa pohtiessani kutsuin ”irralisiksi”. Tietenkään kaikki 13 haastateltua eivät mahtuneet ”vahva” tai ”irralinen” leimojen alle, eikä aineiston koko mahdollistanut varsinaista tyypittelyä, mutta näihin kahteen ryhmään laittamieni ihmisten tarinoissa oli hyvin paljon samankaltaisuuksia, samanlaisia vaiheita ja jopa samanlaisia sanontoja tai kuvauksia, joilla he kertoivat elämästään.

”Irrallisten” ihmisten, joita aineistossa oli selkeästi kolme tai neljä, piirteitä olivat esimerkiksi ne, että he olivat miehiä (yhdessä naisessa oli joitakin tämän ryhmän piirteitä), heidän työuransa oli katkonaisempi kuin muilla, he olivat muuttaneet paljon (eri paikkakunnille tai vaihtaneet paljon asuntoa), parilla oli myös asunnottomuuden kokemuksia ja/tai ”*tuttavien nurkissa pyörimistä*”. Lisäksi ainakin kahdella heistä oli rikostausta.

Näiden ihmisten tarinoissa korostuivat myös vähäiset maininnat läheisistä ihmissuhteista, ja eräänlainen ”yksin pärjäämisen” eetos, joka tuli ilmi esimerkiksi puhuttaessa AA:sta tai erilaisissa ryhmissä käymisestä, joita nämä ihmiset eivät pitäneet hyvinä, koska heille oli tärkeää pärjätä yksin, ja olla kertomatta asioistaan vieraille ihmisille. Arjen kuvauksissa näiden henkilöiden kohdalla oli mielestäni riipaisevaakin yksinäisyyden tuntua, vaikka yksinäisyyttä sanana tai ilmiönä he harvemmin nimesivät. Eräs haastateltu mies kuvasi tekevänsä ”*hirveen pitkää päivää ja sit antavansa luvan ittelleen korkata*”. Sitten hän kuvasi koskettavasti menneisyytensä tilannetta, jossa tulee yksin kämpille (vuokra-asunto, kun tilapäistöissä etelä- Suomessa), korkkaa pullon, viettää viikonlopun yksin tissutellen ja menee maanantaina takaisin töihin. Toinen haastateltava mies kuvailee arkeaan seuraavasti:

”Ei mua kiinnosta missään uimahallilla käynti, sielläkii kun vaan näkkee ihmisiä. Kun herreen aamulla, on virkeempi olo (kun ei juo). Suap mielenkiintoo vähän elämään. Töissä käy, monta kertoo oon (työpaikalta) tullu, syöny ja menny pitkälleen. Ja sitten telekkaria kahtoo niin kauan että ruppee tympimään se. Sitten vaan yötä oottaa että piäsöö makkoomaan. Oon minä yrittäny joka päivä käyä ulkona, lenkillä. Ettei vaan viinoo tee mieli.” (keski-ikäinen mies)

Muutosvalmiuden lähtökohtana on alkoholiongelman tunnistaminen ja sen kokeminen itselleen ongelmana. Monilla asiakkailla tähän pääseminen tapahtui pitkän tien kautta. Haastateltavien esiharkintavaihe oli pääsääntöisesti pitkä, se kesti jopa vuosia, ja asiakkaat tunnistivat siltä ajalta jälkikäteen, ”taaksepäin” katsottuna useita ”herättelyjä”, joita heihin oli ulkoapäin kohdistunut.

Useilla huoli ilmeni jonkin ulkopuolisen, yleensä avio- tai avopuolison, kumppanin, äidin tai sisaruksen sanomana. Joillakin oli lisäksi ollut käynti työterveyslääkärin luona, jolloin lääkäri oli huomauttanut runsaasta alkoholinkäytöstä. Ensimmäisistä ulkoisista palautteista asiakkaan alkoholinkäytöstä on monesti vielä ollut pitkä matka oman huolen heräämiseen ja asian tunnustamiseen.

Alkoholiongelman myöntämiseen itselleen liittyy suurella osalla haastateltavista voimakkaasti häpeän tunne, ja kokemus siitä, että on heikko, jos myöntää ja tunnustaa tarvitsevansa apua. Alkoholistin leima oli asia, jota haastateltavat välttelivät viimeiseen saakka. ” ..keksin, että oon juonu koska on ahdistanu ja masentanu..halusin niin voimakkaasti uskoa että mulla on mikä tahansa muu sairaus kuin alkoholismi. Että mielummin hullun paperit kuin alkoholismidiagnoosi ” (työikäinen mies). Lähes kaikissa haastatteluissa asiakkaat puhuivat ”kynnyksestä” hakeutua hoitoon ensimmäisiä kertoja. Osan ihmisistä kohdalla asiat pääsevät kärjistymään liian pitkälle, ja alkoholiongelma aiheutui heille erilaisia haittavaikutuksia (sosiaalisia tai terveydellisiä) ennen kuin he hakeutuivat hoitoon.

”Kait se oli helpotus, että on astunu sen rajan yli. Kun sehän on helvetin..se on hirmu korkee. Se kynnyks. Ajatuksia ennen ensimmäistä (hoitokokemusta).. niin mielti vaan ei tarvii, ei tarvii..En tiijä onko se olevinaan joku heikkouden merkki, et sitä ei halua. Ajattelee ettei voi olla niin heikko ettei ite selvi tästä. Tai että se on joku leima, että on käyny tämmösessä hoidossa. En oo varma. Se on varmaan se eka kerralla paras se helpotus, että nyt oon täällä, oon hypänny ison esteen yli.” (keski-ikäinen mies)

”Ajattelee, että voi kun joku auttas mua. Voi että kun saisin apua. Mulla ei nyt itellä oo voimia nousta tästä. Voi kun mä saisin ammattiapua, ihan oikeeta apua. Tulee ihan niinku sellanen hätä. Kyllä se alkoholismi todella on hyvin vakava sairaus, kun siinä menee tähän pisteeseen, kun on hyvin ohuella langalla että annatko periksi voimattomuudelle että antaa mennä, tai sitten rimpuilet että pääsisit hoitoon.” (keski-ikäinen nainen)

Muutosvalmiuden syntymiseen on usein vaikuttanut voimakkaasti yksittäinen tilanne tai tapahtuma. Nämä asiakashaastatteluissa nousseet seikat sopivat hyvin yhteen aikaisemmista muutosvalmiustutkimuksista saatuihin tuloksiin. Oman terveydentilan horjuminen ja toimintakyvyn pettäminen herättelee ihmistä voimakkaasti, esimerkiksi jalkojen toimintakyvyn menettäminen tai alkoholimyrkytys. Samoin muut voimakkaat, kriisinomaiset tilanteet ovat vahvoja muutosvalmiutta herättäviä seikkoja, eräällä asiakkaalla tällainen oli ollut alkoholistiystävän itsemurha, toisella taas putkaan joutuminen. Erityisesti ns. vahvoilla ihmisillä todellinen ja kouriintuntuva riski menettää perheensä tai puolionsa on ollut vahva muutosvalmiutta sytyttävä tekijä. Kolme haastateltavaa,

yksi mies ja kaksi naista, olivat päätyneet tilanteeseen, jossa heidän elämänkumppaninsa oli kirjaimellisesti pakottanut heidät hoitoon. Kaikki kolme kokivat tämän pakon jälkikäteen voimakkaasti positiivisena seikkana. Tämän lisäksi kaksi muuta haastateltavaa toivat ilmi ajatuksen siitä, että heidän kohdallaan olisi heidän omasta mielestään tarvittu pakkoa mennä hoitoon.

Millaiset seikat asiakkaiden kokemina, heidän elämänpiirissään sitten ovat vieneet eteenpäin tai ehkäisseet heidän muutosvalmiuttaan. Muutosvalmiutta ehkäiseviä tekijöitä ovat ainakin alkoholiongelman kieltäminen, sen tunnustamattomuus, juomisesta valehtelevinen, usko, että pystyy itse hallitsemaan juomisen tai pystyy kohtuukäyttöön. Useat haastateltavat kuvasivat valehtelemistaan suhteissa päihdehuollon yksiköihin, juomismäärien salailua, ongelmien pientelyä, krapulassa tai rohkaisuryppyjä nauttineena hoitoon hakeutumista. Tärkeänä askeleena he olivat kokeneet sen, kun lopettivat valehtelemisen ja oman tilanteensa kaunistelun. Tilanne voi olla sekin, ettei ihmisellä ole oikein ketään, joka olisi huolissaan hänen alkoholinkäytöstään, koska ystäväpiiri koostuu pelkästään alkoholiongelmaisista. Erilaiset elämän kriisit kuten avioero tai parisuhteen päättyminen saattavat johtaa juomisen lisääntymiseen ja ehkäistä muutokseen sitoutumista. Pitkälle ei johda sellainenkaan ajatus, jonka ainakin kolme haastateltavaa mainitsi, että pysyttelee raittiina jonkin muun henkilön (esim. aviopuolison) pyynnöstä, tai hänen vuokseen. Tällöin oma mieli ei ole mukana muutoksessa. Juomisesta ja siihen liittyvästä sosiaalisesta elämästä tai ”bilettämisestä” voi olla positiivisia muistoja, joita henkilö pitää yllä mielessään.

”Mulla on itellä ollu semmonen että kerranhan täällä vaan eletään, et antaa mennä täysillä, mitä väliä sillä on vaikka jois joka päivä. Ei tää elämä niin kauheen pitkä oo, ja etenki lyhenee jos juo (nauraa).” (n.30-40- vuotias nainen)

”Se oli just se lämmin kesä kun istuttiin tuolla rannalla ja meni jo ihan päivät kii sekasi. Kun sitä kaljoo tuli lipitettyä. Sillon minä soittelin musiikkia, siskon pojat tuli käymään niillä oli viinapullot aina käsissä kun ne tuli siihen kerrostalloon. Kato kun minä en oo aikasemmin asunu kerrostalossa, minun oli vaikee sopeutua koko kerrostaloyhteisöön. Ja kun jokkainen vahti että mitä minä teen. Totta kai kun minä istuin parvekkeella niin minä soitin..tai panin sen musiikin kuulumaan että se kuulu sinne parvekkeelle asti. Poliisit kävi siitä sanomassa pariin otteeseen, että pitäs hiljemmin. Minä että eihän nyt päivällä tarvii hiljaa olla missään asunnossa, että saap kai täällä nyt herra jumala musiikki soija. Sano että liian kovasti. Sitten ne toi vaan häätölapun.” (keski-ikäinen mies)

Voimakkaimmin haastatteluista noussut muutosvalmiuden syntymiseen ja muutosvalmiuden edistämiseen vaikuttava tekijä oli harkintavaiheessa joku merkittävä ihminen, ja ylläpitovaiheessa asiakkaan oman muutoshalun herääminen, oma sitoutuminen muutosprosessiin. Yleensä harkintavaiheen merkittävä ihminen oli aktiivinen läheinen tai omainen, joka kolmen henkilön kohdalla jopa ”pakotti” asiakkaan hoidon piiriin. Myös läheiseksi koetun ihmisen hätä ja huoli

(esimerkiksi äidin tai sisaren), vaikuttivat asiakkaisiin. Muutosvalmiutta edisti pettymys omaan itseen, jos oli pettänyt lupauksia tai sopimuksia, joita oli tehnyt (erityisesti omille lapsille tehtyjä lupauksia). Kaksi haastateltavaa mainitsee hengellisyyden tai uskon olevan muutosvalmiutta ylläpitävä tekijä. Eräs voimakkaasti muutosta tukeva ja auttava apukeino oli useiden haastateltavien kokemuksen mukaan antabus-lääkitys.

Muita tutkimuksessa esille tulleita asiakkaan sisäisiä asioita ovat alkoholiongelma suhteessa naiseuteen ja erityisesti äitiyteen, sekä aiemmin kuvaamani ihmisen vahvuus ja toisaalta irrallisuus alkoholiongelman muodostumiseen vaikuttavina tekijöinä. Haastateltavat naiset ovat yhtä lukuun ottamatta lähellä keski-ikää tai keski-ikäisiä, ja ovat kokeneet suhtautumisen naisalkoholisteihin, joilla on lapsia, erityisen ”tabuna”. Sitä kommentoitiin mm. ”vaikeana ja hävettävänä asiana”, ”hoitohenkilökunta pelkää” ja ”kiellettyä”. Häpeän tunne alkoholistinaisilla, joilla oli lapsia, oli voimakas.

3.3 Asiakkaiden kohtaamiset päihdehuollon kanssa

Peltomaa (2005) tuo vahvasti esille toimintaympäristön luomat mahdollisuudet ja esteet kuntoutumisvalmiuden rakentumisessa. Toimintaympäristö rakentuu asiakkaan lähiympäristöstä: asuinympäristöstä, läheissuhteista ja toimintamahdollisuuksista (työ, opiskelu, harrastukset). Toimintaympäristöön kuuluu myös palvelujärjestelmä: miten palvelut järjestetään, miten niitä on saatavissa ja mitkä ovat todelliset vaihtoehdot hoidon ja kuntoutuksen valitsemisessa. Viime kädessä yhteiskunnallinen konteksti (asenteet ja arvot, politiikan sisältö, lait ja resurssit) määrittävät reunaehdot muutoksen eteenpäin viemiselle.

Keskustelua käydään liiankin paljon siitä, mitä kuntoutuvan ihmisen, asiakkaan, pitäisi kyetä tekemään. Vuorovaikutuksen toinen osapuoli jätetään usein vuorovaikutuksen ulkopuolelle. Päihdehuollossa tätä on jonkin verran tutkittu. Vaikeinta kohtaaminen muutosprosessin alussa olevan kanssa voi olla perussosiaali- ja terveydenhuollossa, jossa kohtaamiset ovat lyhyitä ja voivat tapahtua jonkin muun asian kuin päihdeongelman vuoksi. Näissä tilanteissa olennaista olisi varhainen puheeksi ottaminen ja tiedon antaminen. Myös päihdepalveluiden piirissä ensimmäiset kohtaamiset voivat olla pikaisia hoidon tarpeen arviointeja. Myöhemmässä vaiheessa itse ongelman työstämiselle on enemmän aikaa. Ensimmäisissä tilanteissa asiakkaan kanssa työntekijän päämääränä tulisi olla asiakkaan saaminen palveluiden piiriin. Työtä tehdään omalla persoonalla ja ammatilliseen osaamiseen perustuen. Mitkä asiat tässä työssä vaikuttavat siihen, että asiakkaan

halu, kyky ja valmius muutokseen voimistuvat ja päätös muutoksesta syntyy? Mihin pitäisi kiinnittää huomiota asiakkaan näkökulmasta? (vrt. Peltomaa 2005, 22.)

Haastateltavien ensikohtaaminen, ensimmäinen puheeksiotto päihdeongelmaan, tapahtui työterveyslääkäarin luona (4), päihdeyksikössä (A-klinikka, päivystys tms.) (3, joista yksi tuli putkan kautta), sosiaalihuollossa (1), poliisin putkan kautta katkaisuhoidon (2) ja psykiatrisen poliklinikan kautta (1). Kahden henkilön kohdalla ensikontakti jäi epäselväksi. Ensikontakti ei ole asiakkaalle helppo siihen liittyvien voimakkaiden tunteiden, erityisesti häpeän tunteen ja epäonnistumisen, sekä päihdeongelman ”julkiseksi tuleminen” vuoksi. Toisaalta useat haastateltavista kuvasivat voimakasta helpotuksen tunnetta sen jälkeen, kun he olivat hakeutuneet hoitoon, tällöin he saivat lopettaa toisille ja itselleen valehtelemisen. Yhdelle haastatelluista omaehtoinen hoitoon hakeutuminen ei ollutkaan aivan niin yksinkertaista:

”Terveyskeskuksessa, pyysin lähetettä jonnekin hoitoon. Puhallutti, näytti 4.2. Lääkäri sanoi et sinä minun mielestä oo humalaisen näkönen, ei kuitenkaan päässyt hoitoon. Ihan turha reissu, niin se on kun pyytää apua ei kuitenkaan saa mitään. Se jäi siihen.” (keski-ikäinen mies)

”Kait se oli helpotus, että on astunu sen rajan yli. Kun sehän on helvetin..se on hirmu korkee. Se kynnys. Ajatuksia ennen ensimmäistä (hoitokokemusta).. niin mielti vaan ei tarvii, ei tarvii (apua)..En tiijä onko se olevinaan joku heikkouden merkki, et sitä ei halua. Ajattelee ettei voi olla niin heikko ettei ite selvi tästä. Tai että se on joku leima, että on käyny tämmösessä hoidossa. En oo varma. Se on varmaan se eka kerralla paras se helpotus, että nyt oon täällä, oon hypänny ison esteen yli.” (keski-ikäinen mies)

Ensikohtaamisten kohdalla käsittelen asiakkaiden katkaisuhoitokokemuksia, vaikka niitä haastateltaville olikin kertynyt ”pitkin matkaa” myöhemminkin. Itselleni oli yllättävää, kuinka negatiivisina asiakkaat olivat kokeneet katkaisuhoidon. Parhaimmillaan se sai arvioita, kuten että hoito siellä oli ihan asiallista, että katkaisuhoidossa oli kunnioittava ja ystävällinen henkilökunta mutta asiakas olisi kaivannut enemmän myötäelävää keskustelua, että katkaisuhoidossa saatettiin työkuuntoon, että pääsi krapulasta ja vapinasta eroon, ja että siellä annettiin lääkkeitä mutta ei ohjattu jatkohoitoon (neljä haastateltavaa). Vaikka useat miehetkin mainitsivat tästä asiasta, niin erityisesti naiset kokivat negatiivisina ”lääkkeiden pumppaamisen niin että olin ihan tokkurassa” sekä keskustelun ja myötätuntoisen suhtautumisen vähäisyyden hoitohenkilökunnan osalta.

”No kyllä se katko ainakii oli..en muista mitä kautta menin sinne mut sen muistan ett siellä oli sängyt vieri vierekkäin, miestä siinä. Vähä niinku vankila, ei päässy ulos. Saunaan pääs, lääkkeitä annettiin ihan sekapäinen olo oli. Ja sitä ei valvottu ottiko ne lääkkeit, toisille sitten säästi niitä. Sieltä menin sitten kuntoutukseen.” (keski-ikäinen mies, katkaisuhoidosta 1980-luvulla)

Kuten edellisestä sitaatista voi päätellä, osittain katkaisuhoidokokemusten negatiivisuus selittyi sillä, että haastateltavat ovat olleet katkaisuhoidossa pitkällä aikavälillä, useiden vuosikymmenten aikana, ja katkaisuhuolto on luonnollisesti kehittynyt ”matkan varrella”. Katkaisuhoidossa on tapahtunut paljon kehittämistä vasta 2000-luvulla, jolloin useat haastateltavista ovat olleet jo ylläpitovaiheessa. Selkeä ero asiakkaiden katkaisuhoidokokemuksissa syntyy myös riippuen siitä, onko katkaisuhoitopaikkana erityisesti päihdehuollon organisaatio, vai esimerkiksi terveyskeskus tai jokin muu sairaala-osasto. Kaksi haastateltavaa, jotka olivat olleet katkaisuhoidossa jonkin muun osaston yhteydessä olevassa katkaisuhoidossa sairaalassa, puhui hoitohenkilökunnan kiireestä siellä, he olivat kokeneet ettei päihdeasiakkaille ole aikaa. Monella päihdeasiakkaalla on myös kokemuksia epäasiallisesta suhtautumisesta hoitohenkilökunnan taholta, sekä hoidon priorisoinnista niin, että päihdeasiakas on aina toissijainen hoidon saaja verrattuna ihmiseen, jolla on ”oikea” sairaus, eikä ”itseaiheutettu” sairaus.

”No tuota, jos puhutaan niin katkolla puhutaan sairaalahenkilökunnasta. Siellä saa semmosta kun se on itse aiheutettua ja kun..

Ai he ajattelevat että se on itseaiheutettua,...

Niin, mutta kuitenkin, itsehän sinne on ajanu. Ehkä suhtautuminen henkilökunnalla on vähän nuivempaa, ei kaikilla mutta on semmosia ihmisiä. Sitä aina ajattelee kun siellä on. Tietysti se on niin, se katko aika, on niin huonossa kunnossa ja sekavassa tilassa. Sillon vaan yrittää leppäillä ja saaha unta, saaha ittesä fyysiseen kuntoon ja muuta. Mut joskus oon vähä..Kun menet sinne niin totta kai siellä huilii, lääkkeiden tuoma lepo siihen akuuttiin pahaan oloon, se uni ja lepo. Ja tietysti onhan siinä se kun selviät siitä, niin se jatkohoitoon ohjaus. Se on sitten hyvää palvelua, lääkärit ja hoitohenkilökuntakin tarjoavat sitä jatkaa, on saanu paljo tietoo.”(keski-ikäinen mies)

Jatkohoitoon ohjaaminen katkaisuhoidossa jakaantui haastateltavien kohdalla niin, että tätä tematiikkaa purkaneista haastatelluista vähän yli puolet koki, että he eivät saaneet riittävästi tai ollenkaan ohjausta jatkohoitoon, loput olivat kokeneet saaneensa paljonkin tukea ja keskusteluapua jatkohoitoon ohjauksessa. Katkaisuhoidon pitkälti negatiivisia kokemuksia lukiessani pohdin, että osasyitä asiakkaiden kokemuksiin on varmaankin se, että heidän katkaisuhoidokokemuksensa jakautuvat eri vuosikymmenille. Osan kokemuksista selittää varmasti ihmisen henkinen ja fyysinen olotila hänen päätyessään katkaisuhoidoon. Osa asiakkaiden katkaisuhoidokokemuksista on kuitenkin 2000-luvulta. Kaiken kaikkiaan itselleni jäi vahva kokemus siitä, että huolimatta heikosta tilanteestaan hoidettava ihminen aistii henkilökunnan asenteet ja arvot hoidon taustalla, ja kaipaa läsnäoloa, keskustelua ja myötätuntoista suhtautumista.

”Kyllä. Ja siellä, katkolla ollessa, mä kyllä mietin että mä olin tosi, sairas silloin kolme ensimmäistä päivää. Mä niinku ajattelin että voi, miksei ne jotenkin lohduta minua. Jälkikäteen ajattelin että se oli ihan oikein että mä jouduin niinku pinnistelemaan itte. Et sillenkun mä olin kippee, ja kauheen semmonen huonokuntonen, niin..mä tarvihin senkin ajan. Että olla sellanen. Et se tuntu, jotenkin.. säälikää nyt...

Ei kukaan silittänytkään päätä, että voi, voi, että mites sä nyt tällä lailla. Et jotenkin senkin myöntäminen, että tää on niinku, selvä tunne-elämän sairaus. Ja mä tarviin hoitoo.

On, ne onneks on nyt (katkot) niinkun pidempiä, sit siellä on ohjelmaa, keskusteluryhmiä. Ennen siellä oli vaan yksi kokous. Et nyt kun mä kuntoutuksella ollessa seurasin katkolaisten elämää niin oli se niinku erilaista että...ne niinku pohti sitä omaa tilannettaan siellä. Ennen se oli sen fyysisen puolen korjaamista. Syöttämistä, lääkitsemistä ja ulos kadulle ja töihin, sen tien. Mutta on se muuttunu, hoidollisemmaks.”(keski-ikäinen nainen)

Huonoimmat kokemukset katkaisuhoidosta olivat asiakkailta, joiden katkaisuhuoltoyksikkö oli ollut esimerkiksi terveyskeskus tai sairaalan joku muu osasto, jonne katkaisuhuolto oli sijoitettu. Tästä asiasta keskusteltiin myös Kuopion ohjausryhmän tapaamisessa, jossa olin kertomassa tutkimukseni alustavista tuloksista. Keskustelimme siitä, että näissä paikoissa henkilökunta on usein orientoitunut hoitamaan esimerkiksi vanhuksia tai sisätautipotilaita, ja katkaisuhoidon asiakkaat ovat hoidettavien ”alinta kastia”. Myös tutkimukset katkaisuhoidosta ovat osoittaneet, että katkaisuhuoltoasemat koetaan asiakkaiden näkökulmasta parempina kuin sairaalan vuodeosastohoito. Vaikka kliininen vieroitushoito sairaalan osastoilla olisi vastaavan kaltaista, on varsinaisissa päihdehuollon paikoissa lisäksi myös muita tekijöitä, jotka tekevät hoidosta kulttuurisesti parempilaatuista päihdeasiakkaille, kuten toipumista tukevia vertaisryhmiä ja työntekijöitä, jotka ovat erikoistuneet päihdeongelmiin liittyviin sosiaalisiin vaikeuksiin. (Kaukonen & Halmeaho 1996, 61–66.)

Jos katkaisuhoidon kokemukset haastateltavilla olivat painottuneet negatiivisesti, saivat muut kohtaamiset päihdehuollon kanssa puolestaan heiltä hyvin positiivisia kannanottoja. Tässä kohtaa ajattelisin, että haastateltavien valikoituneisuus näkyy erityisesti. Haastateltavathan ovat pitkälti selviytyneet omasta alkoholiongelmastaan, mutta samalla he ovat myös selviytyneet päihdehuollosta: heillä on ollut riittävästi verbaalisia ja sosiaalisia kykyjä sekä pitkäjänteisyyttä hoidon läpikäymiseen. Niiden ihmisten tarinat, jotka ovat hoidon piiristä pudonneet, jäävät tässä aineistossa kuulematta.

Muilla kohtaamisilla päihdehuollosta tarkoitan haastateltavien asiakas- tai hoitosuhteita varsinaisiin päihdeongelmiin erikoistuneisiin yksiköihin, kuten A-klinikoihin, Päihdepalvelusäätiöön tai erilaisiin kuntoutusyksiköihin. Asiakkaiden positiivisempiin kokemuksiin hoidosta katkaisuhoidon jälkeen saattavat toki vaikuttaa muutkin tekijät kuin hoitosuhde, kuten ylipäänsä parempi fyysinen ja psyykinen kunto, tai helpotus siitä, että asiat ja ongelmat on tuotu julki, ja niitä on alettu selvittää. Kun olen lukenut asiakkaiden muista kohtaamisista päihdehuollon kanssa, olen pohtinut erityisesti asiakkaan kokemusta siitä, mikä hoidossa/avussa on vahvistanut heidän muutosvalmiuttaan, mikä puolestaan ehkäissyt sen voimistumista.

Haastateltavien lähes poikkeuksetta esilletuoma seikka, joka vaikuttaa kommenttien positiivisuuteen, on ammattitaito, asiantuntijuus joka saattaa liittyä siihen, että viimeistään katkaisuhoidon jälkeen asiakas ohjautuu selkeästi päihdehuolto-yksikköön, jossa henkilökunta on ammatillisesti pätevää suhteessa päihderiippuvuuden hoitoon.

Useimmissa haastatteluissa muutosvalmiutta edisti *yksi, pysyvä hoitosuhde ammattiauttajan kanssa*. Tämä tuli hyvin voimakkaasti esiin haastatteluissa. Kokemuksen voimakkuutta paransi se, jos haastateltavan hoitosuhde oli pidempiaikainen, tai hänellä oli muutama pitkä hoitokontakti eri ammattiauttajiin. Olen halunnut koota sanoja ja ilmaisuja, joilla haastateltavat kuvasivat hoitosuhteen merkitystä heille, koska on vaikeaa välittää kirjallisesti sitä lämpöä ja merkityksellisyyttä, joka siitä merkittävästä hoitosuhteesta nauhoilta välittyi. Itse nostaisin merkittävän hoitosuhteen merkityksen haastateltaville keskiöön haastattelujen ”tuloksia” pohdittaessa. Asiakkaat kuvaavat merkittävää hoitosuhdettaan/hoitosuhteitaan muun muassa seuraavasti:

- kun työntekijän kans jutellessa kaivettiin itsestä hyviä puolia ja lahjoja, alko luottaa itseensä
- henkilökemiat pelaa
- keskusteluyhteys ja tietynlainen kontrolli
- tarvitsin ammattilaisen apua
- antoi itsevarmuutta ja uskoa tulevaisuuteen
- olen oppinut avautumaan, olemaan avoin ja puhumaan tunteistani
- henkilökohtainen keskustelu, pään sisuksen purkaminen
- on tultu hyviks kavereiks
- on voinu puhua rehellisesti asioistaan
- saanu tietoo, semmosta faktatietoo
- luotti minuun ja suhtautu myötämielisesti
- opin tunnistamaan retkahduksen oireita
- antoi henkisesti voimavaroja
- helppo kertoo asioista
- henkinen tuki, pystyy juttelemaan mistä tahansa
- saa jutella, kaikki murheet, huolet ja lähtee sitä kautta selvittämään

Keskeisiksi asioiksi nousevat keskustelu (ja nimenomaan keskustelu suoraan, kaunistelematta ja ”oikeista asioista”), myötätunto, lämminhenkisyys, ymmärtäväisyys, asiallinen suhtautuminen ja usko asiakkaaseen ja hänen mahdollisuuteensa selvitä, ja tuon uskon ylläpitäminen, vaikka se haastateltavalta itseltään olisi joissakin päihdepolun varrella hiipumassa. Olennaisen tärkeä seikka pysyvän hoitosuhteen muutosta edistävässä voimassa on luottamuksen syntyminen ”omaa” hoitajaa, terapeuttia, tms. kohtaan sekä turvallisuuden tunne, joka pysyvästä, luottamuksellisesta hoitosuhteesta syntyy. Sen voima saattaa kantaa tapaamisten välilläkin, jos kiusaus tarttua pulloon iskee, kuten eräs haastateltava kuvasi.

Kaikessa hoidossa vaikuttaa aina ammatillisen osaamisen lisäksi inhimillinen puoli. Asiakkaan kuntoutumisen kannalta on hyvin merkittävää se, miten hän kokee hoitajansa. Tärkeitä asioita hoitosuhteessa ovat juuri keskinäinen ymmärrys, empatia, lämpö ja välittäminen. Mikäli todellista kohtaamista ei tapahdu, ei ”teknisesti” hyvää hoitoa koeta auttavana. Aidon kohtaamisen merkitystä ei voi liikaa korostaa. (Lund 2006, 74.)

Myös mielenterveyskuntoutujilla kuntoutumisvalmiuden rakentumisessa tärkeinä tekijöinä Peltomaa (2005) tuo esille asiakkaan oman asiantuntijuuden kunnioittamisen ja muutokseen rohkaisemisen auttajien taholta. Hoidon ja kuntoutuksen tilannekohtainen joustavuus sekä voimavarakeskeisyys auttavat kuntoutumisvalmiuden rakentumisessa. Saarnio (2001, 224–231) on kirjoittanut hoitoyksikköön ja terapeuttiin liittyvistä tekijöistä, joista keskeisen tärkeä on työskentelysuhteen (working alliance) laatu. Esimerkiksi se, suhtautuuko työntekijä asiakkaaseen konfrontoivasti (määrävästi, ohjaavasti) tai supportiivisesti (kannustavasti), vaikuttaa hoidon jatkuvuuteen ja asiakkaan haluun sitoutua hoitosuhteeseen.

”Oon saanu niin arvokasta tukea ja minuun on ihmisenä uskottu, nimenomaan tässä talossa..minähän käyn A-killassa, ja AA on minulle vuosien ajalta tuttu. Ja ne on hyviä asioita. Mutta minä oon tarvinnu ammatillista apua, puhua asioista asioina ilman semmosta tunnelatausta jossakin ryhmässä on. Esimerkiksi kun sain aloittaa tuon (hoitaja) kanssa keskustelut, oon kokenu semmosen luottamuksen minuun ja minun kuntoutumispolkuun, se on mahdollista, minäkin voin niinkun toipua! Että joku ihminen, semmonen puhuu minulle siitä. Et mä tosissaan oon nähny näitä eri tarinoita, että vertaistuki on tarpeen, mutta minä oon tarvinnu sitä ammattitukea, ammattiapua.” (keski-ikäinen nainen)

”Ensimmäinen suhde siihe työntekijään, se oli vähän, minä en oikein tuntenu saavani siitä mittään. Nyt on ihan toinen juttu, mutta hänen edeltäjänsä kanssa se tuntu vähän semmoselta tyhjänpäiväseltä. Minusta ei ollu oikein..minä kaipaan semmoista ammattimaista otetta tähän hoitosuhteeseen. Hän ei ollu oikein semmonen niinku ammattilainen. Se oli enemmän semmoista vähän niinku kaupassakäynti-juttelua. Nykyinen työntekijä ossaa hirmu hyvin kysyä niitä,

muutosjuttuja, että mitä sinussa tapahtuu, ossaa hyvin nykiä kysymyksiä joita ei oo ite osannu ajatellakaan. Mikä on muuttunu edelliskäynnistä, ja muuta semmosta.” (keski-ikäinen mies)

*”Mullahan on tällä hetkellä tavattoman hyvä tk-lääkäri, joka **kokonaisvaltaisesti hoitaa** minua. Se tietää että mä käyn täällä hoidossa. Hän tietää kaikki niinku minun fyysiset vaivat, ja on suurin piirtei selvillä tästä minun pään sisuksestakin. Että mä oon hirveen onnekas, että minulla on tämmönen lääkäri. Eikä mun tartte tällä hetkellä hajottaa näitä mun asioita muualle kun **voim luottaa** siihen, että mun tk-lääkäriin, ja sitt tässä mun päihdeongelmassa tähän (hoitopaikka). Mun ei tarvii mistään muualta lähtee sitä apua tällä hetkellä hakemaan. Että mun tää polku on niinku selvä tällä hetkellä.” (keski-ikäinen nainen)*

Muita asiakkaiden mainitsemia muutosvalmiuteen positiivisesti vaikuttaneita seikkoja päihdepalveluissa ovat kokemus siitä, että asiakkaan tilanne ja ongelma otetaan vakavasti, suora puhe asiakkaalle ja ehdotukset eri toimintavaihtoehtoista (ei pelkkä empaattinen kuuntelu) sekä se, että hoitopaikoissa kerrotaan eri hoitovaihtoehtoista, ja ohjataan asiakas jatkohoitoon. Olennaista olisi myös hoidon oikea-aikaisuus, että asiakkaalle tarjottaisiin esimerkiksi kuntoutusta, silloin kun hän itse kokee että on siihen valmis ja kykenee sitoutumaan. Tämän asian voi kääntää myös toisin päin, jos asiakkaalle annetaan runsaasti hoitoa silloin, kun hän ei (vielä) ole motivoitunut hoitoon, niin hoitohan ei ole oikea-aikaista, asiakas ei ole vielä valmis sitoutumaan muutokseen, muutosvalmius ei ole syttynyt. Tämä aihe keskustelutti päihdeyksiköissä, joissa kävin keskustelemassa tutkimuksen tuloksista. Päihdetyöntekijät olivat voimakkaasti sitä mieltä, että vaikka he kykenevät huomaamaan, että asiakas ei ole motivoitunut hoitoon, ei asiakasta voi jättää tämän vuoksi hoitamatta. Toki voi ajatella, että tarjoaa hoitoa itsekin samalle asiakkaalle eri intensiteetillä myöhemmin, kun huomaa hänessä muutoshalukkuutta. Mutta työntekijät uskoivat, että jokaisesta esimerkiksi katkaisuhoidokerrasta voi jäädä jotain pientä muutoksen ”siementä” asiakkaan mieleen, joka kantaa hedelmää ehkä joskus myöhemmin.

Muutosvalmiutta heikentävinä seikkoina päihdepalveluissa asiakkaat nostivat esiin hoitosuhteiden katkonaisuuden, sen jos asiakasta siirrellään hoitajalta/terapeutilta toiselle (”pompottelu”), hoidon loppumisen kesken, kun ”ei ollu vielä valmis kestämään arkea”, sekä kokemuksen siitä, että asiakkaalle ei ole tarjottu esimerkiksi kuntoutuspaikkoja, kun hän on kokenut itse kuntoutusta tarvitsevansa. Nuori naisasiakas oli kokenut sosiaalihuollon niin, että siellä ei ollut puututtu hänen samanlaisessa elämäntilanteessa olevien, alkoholia runsaasti käyttävien ystäviensä ongelmiin vaan niitä oli katsottu sormien läpi. Keski-ikäiselle miehelle kunnan sosiaalityöntekijä oli ollut merkittävä henkilö, ja mies kertoikin, että hänellä on nyttemmin jo pidempi hoitosuhde ko sosiaalityöntekijään. Jälleen palaamme merkityksellisen ihmisen ja luottamuksen teemoihin.

*”Mulle tarjottiin keskusteluaikaa, jossa kävinkin sen kesän. Terapeutti oli nuori, ja ei..toki me keskusteltiin, mutta mulla oli olo et mun on pakko käydä siellä. Vuorovaikutus ois ollu hirveen tärkeää, tunsin itseni kiusaantuneeksi ja kävin siksi että säilyin asiakkaana. Kannattaa kysyä jotain toista henkilöä jos ei vuorovaikutus toimi. Olin siinä vaiheessa niin kiltti ihminen et ajattelin että oon saanu tämmösen mahdollisuuden, että en voi rueta heti protestoimaan. Ootas nyt. sitten vaihtu toinen terapeutti. jonka kanssa ei enempää..oon tehny tässä asiassa itseruoskintaa Tää nuori poika jäi sairauslomalle, ja tuli toinen terapeutti, mutta **sekään ei** sitten ja ajattelin että onko helevetti minussa joku vika kun EI, kun ei käy niin ei käy. Sitten luojan kiitos mulle sattui (kolmas hoitosuhde, lääkäri). Mä olin ihan poikki. Mulla oli ihan oikee flunssa, ja hän oli ensimmäinen ihminen joka kysyi että miten sun alkoholin käyttö? Ja minä kerroin, ettei se ole mielestäni normaalia.” (keski-ikäinen nainen)*

”Joo, en minä sitä...tai jotenkin se ei minun kohalla silloin vielä toiminu. Oikeestaan terapiasuhteet päättyi aina, ihmiset joiden kanssa aloin tehdä työtä lähtivät aina pois. Kaksi ensimmäistä terapiaa loppu sillä lailla, siirtyi suoraan ensimmäiseltä (terapeutilta) toiselle, ja kun ois pitäny siirtä kolmannelle, ei halunnut enää. Jäi pois hoidon piiristä sitten. Joo, olin pettynyt siitä, että ne suhteet katkes, oli hankalaa alottaa taas alusta, kertoo kaikki...mä en jaksanu enää sitä.”(keski-ikäinen nainen)

Haastateltavista suurimman osan päihteidenkäyttö on ollut pitkäaikaista, jatkunut useita vuosikymmeniä. Päihdehuollossa asiakkaat kokivat, että jos oli ollut riittävän usein katkaisuhoidossa, niin ihmistä ei ohjattukaan enää niin herkästi kuntoutukseen, *”alkoi kai siinä vaiheessa olla jo toivoton tapaus”*. Vaikeimmin päihdeongelmaisten voisi ajatella saavan korkeimman tasoista hoitoa, jos heidän tilannettaan vertaa jonkin muun sairauden hoitoon, mutta päihdehuollossa asia on – ristiriitaista kylläkin – juuri toisin päin, eli mitä vaikeampi asiakkaan sosiaalinen asema on, sitä vähäisemmin resurssein häntä hoidetaan. Päihdehuollon erityispalveluissa sosiaalinen asema on hoidon tason kannalta merkittävämpi seikka kuin päihteiden kulutus tai siihen liittyvät haitat. (Kaukonen 2000, 119.) Haastateltavilla oli tästä paljon kokemuksia, esimerkiksi kuntoutukseen ohjaaminen väheni selvästi sitä mukaa, kun katkaisuhoidojen kertamäärä kasvoi.

”Mulla muutos on vaatinu oman sisäisen ymmärryksen ja oman pohjan saavuttamisen. Minä ymmärsin pohjalla käymisen papin luennolla kun hän sanoi että seuraava vaihe on pudota pohjan läpi, jolloin yhteiskunnallinen apu ei enää tavoita. Mulle tuli semmonen tunne, kun menin keskussairaalaan taksilla ja siellä sanottiin että mitä järkee sinun on mennä katkolle kun ei se kuitenkaan auta, että hei, nyt mulla on hätä, mua ei meinatakaan ottaa enää hoitoon.” (keski-ikäinen nainen)

”...alko tulla jo niitä vivahteita. Että asiakkaalle voisi esittää, että pohjankin jälkeen voi olla vielä semmoinen tila, et missä apu ei enää saavuta. Niin kauan on hyvä kun sitä on vielä saatavissa. Omahaoitajani sanoi että se kohtelu oli väärä, et pitäis aina ottaa huomioon että kun ihminen hakeutuu hoitoon niin hoidon tarve on. Että siinä mielessä syytän (hoitopaikkaa). Eräs mun tuttava joka on siellä töissä sano että tilanne on niin, et jos on vierekkäin sokkiin menevä diabeetikko ja

potilas joka on kouristusten partaalla alkoholin takia, niin ensin hoidetaan se diabeetikko”. (keski-ikäinen nainen)

Jo kauemmin ylläpitovaiheessa, ja raittiina, olleet haastateltavat korostivat jonkinlaisen hoitosuhteen tärkeyttä vielä ylläpitovaiheessakin. Silloin tällöin toistuva intervallijakso, jonkinlaisen vertaistuen tai keskusteluryhmän olemassaolo, tai keskustelu/terapiasuhteen olemassaolo koettiin hyvin tärkeänä, sillä vaikka asiakas oli ollut raittiina jo pidempään, motivaatio ”uuteen elämään” vaihteli, ja välillä houkutukset tai epäusko omaan itseensä uhkasivat ottaa vallan.

Suhtautuminen AA:han

Mielenkiintoinen tutkimustulos on haastateltavien suhtautuminen AA-ryhmässä käymiseen. Tässä tutkimuksessa AA toimi esimerkkinä vertaistuesta, tai ”muusta hoidosta” virallisen päihdehoidon rinnalla. Toki täytyy pitää mielessä, että AA on vain yksi esimerkki vertaistuesta, mutta toisaalta monilla pienillä paikkakunnilla se saattaa olla ainoa ”muu hoito” virallisen päihdehuollon lisäksi. Suuremmissa kaupungeissa päihdeasiakkaille on sen sijaan tarjolla monenlaista vertaistukea ja toimintaa. Useat ”vahvan tyyppin” edustajat olivat kokeneet AA:n (tai jonkin muun yhteisöllisen hoitomuodon esim. A-killan, vertaistukiryhmän tai Minnesota-hoidon) hyvin tärkeäksi itselleen, ja se oli heille tärkeä juuri ylläpitovaiheessa, jolloin suuri osa muusta aktiivisesta hoidosta oli jo päättynyt.

Suurimmalle osalle haastateltavista AA ei ollut tuntunut ”oikealta” paikalta. Erityisesti vastenmielisyys AA:ta kohtaan nousi ”irralisiksi” nimeämieni ihmisten haastatteluissa, mutta myös useat nuoremmista haastateltavista olivat kokeneet olonsa tukalaksi AA:ssa. Keskustelimme tästä eräässä tutkimuksesta kertomis-tilanteessa, ja on varmaan hyvä pohtia sitä, kuinka paljolti esimerkiksi kuntoutuksessa nojataan yhteisöllisyyteen ja yhteisöllisiin hoitotapoihin. Entä ne ihmiset, jotka haluavat hoitaa asiansa yksin, eivätkä halua jakaa niitä toisten kanssa. Eräs haastateltavista miehistä kertoi kerran ”*kävälleensä ulos*” kuntoutuspaikasta, jossa oli pakollista osallistua yhteisöllisiin tapaamisiin, juuri siksi että koki vaikeaksi jakaa asioitaan kenenkään, edes yhden työntekijän kanssa.

4 Lopuksi

Tutustuminen päihdeasiakkaiden kokemuksiin ja haastateltavien kokemuksiin päihdematkastaan on ollut minulle, joka olen noviisi päihdetyössä sekä päihdetutkimuksessa, kokemus, joka on saanut minut ajattelemaan monista asioista eri tavalla ja murtanut omia ennakkoluulojani ja stereotyyppioitani päihteidenkäyttäjiä ja heidän ajattelumaailmaansa kohtaan. On niin petollisen helppoa sysätä päihderiippuvuudesta aiheutuvat tunteet: kärsimättömyys, turhautuminen, raivo, suru...asiakkaan niskoille ja asiakkaan syyksi: eikö se tajua, mitä se tekee itselleen? Miksei se tee asialle jotain? Miksi se ottaa pullon käteensä ja juo? Nämä ajatukset ovat erityisen helppoja silloin, kun ei tunne ja tiedä päihderiippuvuudesta ja päihdeongelmista paljoakaan; siitä millä tavalla päihteet vaikuttavat tai millaista on kemiallinen riippuvuus alkoholista. Kuinka monet kunnalliset päättäjät ja määrärahoista päättävät ihmiset ovat syvällisesti perehtyneet päihdeongelman luonteeseen?

Haastateltavat ovat tehneet pitkän matkan ja paljon työtä päästäkseen irti päihdekulttuurista halutessaan etsiä itselleen parempaa elämää. Tällöin heidän on pitänyt pohtia erilaisia mahdollisuuksia ja saavuttaa tietoisuus siitä, millaisia edellytyksiä hyvän elämän valinta vaatii, ja millaisia seuraamuksia tuolla valinnalla on. Tässä haastateltavien tekemässä pohdinnassa näen, että usean haastateltavan tukena on ollut turvallisenä ja auttavana koettu hoitosuhde ammatti-auttajaan (vrt. Hyväri 2001, 264- 278). Haastatteluissa tuli hyvin esille haastateltavien elämänhistoria ja kokemukset, jotka tekivät päihteidenkäytön tavallaan ”ymmärrettäväksi”. Vaatii vahvuutta ja mielenlujuutta olla turruttamatta itseään millään riippuvuudella, kun oma elämä on kaaoksessa kaikilla osa-alueilla. Onneksi nämä haastateltavat ovat saaneet tukea ja apua asioiden käsittelemiseen jollakin rakentavammalla tavalla kuin jatkamalla päihteiden käyttöä.

Haastattelujen kuunteleminen ja analysoiminen vahvistivat ajatusta siitä, että hoitosuhteessa on tärkeää kuulla muitakin asioita asiakkaasta, kuin asiakkaan päihteiden käytöstä. On tärkeää kuulla, mitä kaikkea muuta tuo ihminen on kuin alkoholisti, koska hänen kokonaistarinaan voi löytyä tärkeitä syitä ja seurauksia päihteiden käytölle, ja ehkä myös vihjeitä siitä, millä keinoilla juuri tämä ihminen saattaa voittaa päihdeongelmansa. Tällöin on helpompi työstää juuri kyseisen asiakkaan identiteettiä yhdessä hänen kanssaan, ja pohtia uudenlaisia elämäntavallisia keinoja, jotka sopivat asiakkaalle.

Haastateltavia henkilöinä ei voi niputtaa mihinkään ”tyyppeihin”, koska heillä on keskenään hyvin erilaiset, persoonalliset tarinat. Yhteistä haastateltaville oli se, että kaikilla (lukuun ottamatta 22-vuotiasta henkilöä) oli melko pitkä päihdepolku takana, joten suurin osa haastateltavista on keski-ikäisiä. Pitkä päihdepolku ja se, että suuri osa haastateltavista on ”toipumassa”, mahdollistaa asioiden tarkastelun pitkälle taaksepäin. Toisaalta tällöin jäävät puuttumaan nuoremmen sukupolven kokemukset alkoholista, jotka voivat olla hyvinkin eri tavalla värittyneitä kuin keski-ikäisten. Tätä mietin erityisesti naisalkoholistien kohdalla, sillä monet heistä korostivat sitä, kuinka naisen ja erityisesti äidin juominen on heille ja heidän kokemanaan ollut tabu, myös hoitojärjestelmässä ja laajemmin jopa yhteiskunnassa. Olisi ollut hyvin mielenkiintoista peilata nuorempien päihteitä käyttävien naisten ja äitien kokemuksia haastateltuihin, sillä naisten alkoholinkäyttö on muuttunut hyvinkin paljon viimeisten vuosien/vuosikymmenien aikana. Vieläkö nuoret naiset kokevat, että heidän juomiseensa suhtaudutaan voimakkaammin, kontrolloivammin ja negatiivisemmin kuin miespuolisten päihteiden käyttöön?

Aineistosta erottui edustajia kahdesta ihmistyyppistä, jotka nimesin ”vahvoiksi” ja ”irralisiksi”. Luokittelu ei perustu alkoholin käyttöön tai siihen liittyviin asioihin vaan enemmän sosioekonomisiin ja verbaalisiin tekijöihin. Vahvoille oli tyypillistä kyky taitavasti verbaalisesti kuvata omaa päihdepolkuaan, muutosprosessiaan ja suhdettaan erilaisiin asioihin ylipäänsä. He ovat pohtineet ja prosessoineet omaa päihderiippuvuuttaan paljon, ja heille on tyypillistä erilaisissa ryhmissä ja AA:ssa käyminen, täysraittius ja oman muutoshalun ja oman merkityksen toipumisessa korostaminen. Kyseiset ihmiset olivat ennen sairastumistaan olleet ainakin ulkoisilla kriteereillä mitattuna ”vahvoja” ihmisiä ja kuvaavat silloista elämäänsä muun muassa seuraavasti: ”superihminen”, ”yli-ihannoitu kuva itsestä” sekä verbeillä selviän, pärjään, onnistun, jaksan, sujuu, osaan, ”hoidin työni tosi hyvin”, ”tein kahta työtä päällekkäin”, ”hoidin työn lapset kodin ja parisuhteen”. Ongelmana heille monille on ollut oman itsensä kuunteleminen, oman ajan ottaminen. sekä omien tunteiden käsittely, sekä oman jaksamisen rajojen tunnistaminen.

”Irrallisiksi” nimeämäni ihmiset olivat juurettomia, yksinäisen oloisia ja heidän tarinansa ovat surullisia. Heillä ei ole paljoa tukiverkostoja, ja haastatteluissa syntyi vaikutelma harvoista merkittävistä ihmissuhteista. Heidän elämäänsä on kuulunut muuttoa ja pätkä- ja tilapäistöitä. Heillä oli heikommat valmiudet ilmaista asioita, löytää omia vahvuuksia ja heikkouksia, eikä heillä tuntunut olevan halukkuutta jakaa itseään, tunteitaan ja asioitaan esimerkiksi ryhmissä. Haastatteluissa korostuu voimakkaasti ”minä itse”: tämä asia ei kuulu muille, hoidan tämän ihan itse, minua ei kiinnosta puhua tästä muille. Kuinka hoitojärjestelmämme vastaa tällaisten

asiakkaiden tarpeisiin? Voisiko toiminnallisempi kuntoutus tai terapia toimia heillä paremmin kuin puhumiseen perustuva?

On mielenkiintoista pohtia sitä, millaisia ovat yhteiskuntamme arvot, jotka vaikuttavat myös päihdeongelmaisten elämään. Meille on tärkeää se, että asiat toimivat sovituissa aikatauluissa, lapset sopeutuvat päiväkoteihin ja kouluihin, niiden liian suuriin ryhmäkokoihin ja siihen, että heitä ei siellä kohdata yksilöinä, suorittavat opintonsa ”putkeen”, osaavat valita ammattinsa ja työuransa nopeasti ja nuorina, sopeutuvat epävarmuuteen ja pätkätyöläisyyteen, toimivat kaikesta huolimatta rationaalisesti ja ajallaan. Soveliaana ei yleensä pidetä esimerkiksi tunteiden näyttämistä työpaikalla. Kun nykyisen laman vaikutuksista ja joukkolomautuksista ja irtisanomisista kirjoitetaan lehdissä, hätkähdyttävän vähän näkyy kirjoituksia siitä, kuinka lomautus tai työttömyys vaikuttaa ihmisen psyykkiseen hyvinvointiin. Paljon kirjoitetaan rahasta ja taloudellisista näkökulmista. Korostuvatko materiaaliset arvot yhteiskunnassamme liikaa tunteiden kustannuksella?

Haastatteluja kuunnellessa pohdin myös sitä, millaisen tilan tällainen yhteiskunta antaa ihmisille, jotka ovat lapsina tulleet haavoitetuiksi, särkyneet, ja tarvitsisivat aikaa, tilaa ja toisten ihmisten tukea saadakseen omat palasensa kootuksi ja tullakseen toimintakykyisiksi ihmisiksi?

”Mulla ei oo ollu uskallusta pysähtyä kuuntelemaan itseäni. Se (alkoholi) on hirveen helppo keino paeta kaikkia ajatuksia. Mä oon vaan työntäny...oon saanu omasta perheestä lapsuudessa mallit että ikävistä asioista ei puhuta, ne on vaan painettu aina tänne, ja on ollut hirveen helppo ottaa siideripullo, ja niinku unohtaa ne, ne on niinku pyyhitty...”

Näin toteaa haastateltava, itsekin alkoholiperheessä kasvanut nainen, jonka alkoholismi puhkesi ajankohtana, jolloin hänen elämässään yhdistyivät pienet lapset, parisuhde, kodin hoitaminen ja täydellisyyden tavoittelun työelämässä. Naisten alkoholinkäyttö lisääntynyt viimeisten vuosikymmenien aikana: alkoholinkäyttö naisten joukossa on yleistynyt ja naiset käyttävät enemmän alkoholia kuin aikaisemmin. Tämä heijastuu lasten ja perheiden hyvinvointiin. (Alkoholipoliittinen ohjelma 2004, 56). Olisi äärimmäisen tärkeää tukea lapsiperheitä elämän ”ruuhkavuosina” konkreettisesti, pelkkien huolestuneiden juhlapuheiden lisäksi.

Alkoholin käyttö pakokeinona voi liittyä myös aikuisuuden haavoittaviin kokemuksiin. Naisten kokemuksista aineistossa ja aikalaiskeskusteluissa nousevat esille perheväkivallan lisääntyminen ja jatkuva pahoinpidellyksi tuleminen jatkuvasti. Entä miehet, kuinka paljon esimerkiksi suomalaiset

(keski-ikäiset?) miehet joutuvat tukahduttamaan tunteitaan, kun eivät niitä ole oppineet toisille ihmisille ilmaisemaan?

”Se ei lähteny luonnistumaan sen paremmaks (yhdessäolo vaimon kanssa). Minä pakkasin kahteen kassiin vehkeeni ja sanoin että nyt minä lähen jonnekkii muualle. Oishan mulla ollu se talo. Mutta niin paljo tuli koko ajan muistoja mukana siihen elämään, että minä en voinu siellä olla yksinkertaisesti. Kun aina istuit yksinään siinä keittiön pöyässä tai menit yläkertaan..etin niinku tavallaan mielessäni tyttöjä sieltä ja arvelin et parempi kun lähen. Ja sitten minä rimpuilin, pari vuotta kuleksin ilman asuntoo. ” (keski-ikäinen mies)

2000-luvulle on sattunut monia merkittäviä muutoksia suhteessa alkoholin saantiin, verotukseen ja käyttöön. Suomalaisten alkoholinkulutustilastot ovat nousseet uusiin ennätyslukemiin. Alkoholin riskikuluttajat ovat tällä hetkellä yhteiskunnassamme määrällisesti suuri joukko – arviointitavasta riippuen täysi-ikäisistä miehistä joka kolmas tai joka viides, naisista ainakin joka kymmenes. Tähän joukkoon kasaantuu sekä akuutteja että pitkäaikaisia alkoholihaittoja. Eniten runsaasti alkoholia käyttäviä ja riskikäyttäjiä on nuorten aikuisten, sekä naisten että miesten, joukossa ja keski-ikäisten miesten joukossa. Oman, vielä kirjoittamattoman lukunsa alkoholikulttuurimme lisää päätään nostava lama-aika. Yhteiskunnallisten resurssien ja hoitoon vaadittavan rahan tuskin lisääntyessä, meidän on suunnattava alkoholinkäytön omatoimista hallintaa edistävää viestintää alkoholin suurkuluttajille. Sekä päihdeongelmaiset että muutkin väestöryhmät tarvitsevat edelleen asiallista **tietoa** alkoholiin liittyvissä kysymyksissä. Sekä alkoholin kohtuu- että riskikäyttäjille tulee suunnata tietoa alkoholinkäytöstä ja siihen liittyvien riskien hallinnasta. Meillä on olemassa tietoa ennaltaehkäisyssä säästävistä vaikutuksista pitkällä tähtäimellä. Kunpa poliittisilla päättäjillä olisi myös tarpeeksi kykyä tarkastella asioita pidemmällä aikajänteellä. (vrt. esim. Alkoholipoliittinen ohjelma 2004, 13;85.)

Päihdetyötä tekevissä työyhteisöissä voisi keskustella enemmänkin empatiasta ja asiakaslähtöisyydestä yhteisinä arvoina, ja pohtia mitä ne oikeasti tarkoittavat asiakkaan kanssa tehtävänä yhteistyönä. Mitä konkreettisesti tarkoittaa se, että kuuntelee asiakasta ja pyrkii ymmärtämään hänen näkökulmaansa nimenomaan yhteisymmärryksen syntymisen näkökulmasta? Avoin keskustelu työyhteisöissä voisi vapauttaa työntekijät pohtimaan ja kehittämään omaa työtään rohkeammin. Valma-hankkeen kaltaiset kokeilut ovat laman aikana tärkeitä, koska ne antavat päihdetyötä tekeville asiantuntijoille mahdollisuuden kehittää omaa työtään, vaikka työyksikön resurssit pienentyisivät ja kiristyisivät.

Lähteet

- Aholainen, Anne 2008. Asiakkaan muutosvalmiusvalmiuden tekijöitä tutkimustiedon näkökulmasta. Teoksessa: Muutosvalmius päihdetyössä (VALMA) – toimintaympäristön kartoitus. s.79-97
- Alkoholiohjelma 2004–2007 – Yhteistyön lähtökohdat 2004. Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2004:7. Helsinki, Edita Prima Oy
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä, Gummerus Oy. 2. painos
- Hyväri, Susanna 2001. Vallattomuudesta vastuuseen – kokemuksen politiikan sankaritarinoita. Vankeinhoidon koulutuskeskuksen julkaisu 3/2001. Vammala, Vammalan Kirjapaino Oy
- Kaukonen, Olavi & Halmeaho, Matti 1996. Asiakkaasta potilaaksi? Tapaustutkimus katkaisuhuoltoaseman lakkauttamisen vaikutuksista läntisellä Uudellamaalla 1995. Stakes, raportteja 203.
- Kaukonen, Olavi 2000. Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. Stakesin tutkimuksia 107/2000. Saarijärvi, Gummerus Kirjapaino Oy
- Knuuttila, Vesa 2003. Muutos on välttämätön. Filosofinen ja empiirinen lähestymistapa päihdeongelmaisen ihmisen muutosvalmiuteen. Pro Gradu-tutkielma. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos, Tampereen yliopisto.
- Koski-Jännes, Anja&Riittinen, Liisa & Saarnio, Pekka (toim.) 2008. Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki, Gummerus Kirjapaino Oy
- Koski-Jännes, Anja 2008. Johdanto. Teoksessa Koski-Jännes, Anja&Riittinen, Liisa & Saarnio, Pekka (toim.) 2008: Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki, Gummerus Kirjapaino Oy. S.7-15
- Lund, Pekka 2006. Torjuttu toivottomuus. Juva, PS-kustannus
- Makkonen, Teija 2006. Päihdepalvelut ja asiakkaan osallisuus. A-klinikkasäätiö, Tiimi1/2006.
- Miller, William & Rollnick, Stephen 1991. Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour. New York, The Guilford Press.
- Miller, S.D. & Duncan B.L. & Hubble M.A. 2004. Beyond Integration: the triumph of outcome over process in clinical practice. Psychotherapy in Australia, Vol.10, no.2, February. P.2-20.
- Miller, William 2008. Motivaation ja muutoksen käsitteellistäminen. Teoksessa Koski-Jännes, Anja&Riittinen, Liisa & Saarnio, Pekka (toim.) 2008: Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki, Gummerus Kirjapaino Oy. S. 16–40
- Peltomaa, Marjo 2005. Kuntoutumisvalmius tarpeenmukaisen mielenterveyskuntoutuksen suunnittelun perustana. Lisensiaatintutkimus, ammatillinen lisensiaatinkoulutus.

Saarnio, Pekka 2001. Mitkä tekijät vaikuttavat terapisuhteen keskeyttämiseen avopäihdehuollossa. Yhteiskuntapolitiikka 66:3.

Saarnio, Pekka 2005. Viisi välähdystä päihdetutkimukseen. Sosiaalian menetelmien arviointi 2/2005. FinSoc, Stakes.

Saarnio, Pekka & Knuutila, Vesa 2006. Tutkimus päihdeongelmaisten muutosvalmiusprofiileista. Yhteiskuntapolitiikka 71:1. S.

Suikkanen, Asko & Lindh, Jari 2001. Kuntoutus kehossa – keho kuntoutuksessa. Teoksessa Kallanranta, Tapani et al. Kuntoutus. Gummerus. S.51–53

Julkaisemattomat / Osallistumiset aiheeseen liittyvään koulutukseen

Lahti, Jari 2008. Motivaatiota edistävä terapia ja motivoiva haastattelu. Valma-projektin koulutus 29.10.2008, Varkaus.

Paasikannas, Leena 2008: Motivoiva Haastattelu – koulutus. 7.11., 18.11. ja 17.12.2008, Varkaus.