

MUUTOSTYÖ ASIAKKAAN KOTONA TEHTÄVÄSSÄ
KATKAISUHOIDOSSA

PETRI MÄKELÄ

Tampereen yliopisto

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

Sosiaalityön pro gradu –tutkielma

Huhtikuu 2012

Tiivistelmä

Tutkimukseni käsittelee asiakkaan kotona tehtävää alkoholikatkaisuhoidoa, sekä sitä, miten työntekijä pystyy edistämään asiakkaan muutosta tämän tavoitteen mukaisesti. Tutkimuksessa kuvataan asiakkaan kotona tehtävä katkaisuhoido ja sen erityispiirteet ja merkitys päihdehuoltojärjestelmässä. Koska hoitomuotoa ei vielä Suomessa ole vakiintuneesti toteutettu, on kotona tehtävä katkaisuhoido kuvailtu nykyisten avo- ja laitосkatkaisumallien pohjalle, yhdysvaltalaisista ja brittiläistä tutkimusta käyttäen.

Muutoksen teoriana tutkimuksessa käytetään muutoksen kulkua kuvailevan transteoreettisen muutosvaihemallin ja motivoivan haastattelun hoitomenetelmää yhdistelevää muutosvaihemallia. Näiden tarkastelussa on käytetty psykologian sekä päihdetyön jounaaleja ja käytännön sovellutuksia 1980-luvulta lähtien, pääasiassa englanninkielisistä teksteistä. Muutosteorian yhtenäisenä pohjana toimii näkemys muutoksen jakautumisesta erilaisiin vaiheisiin, joiden perusteella voidaan ohjata asiakasta muutoksen prosesseissa, sekä suunnitella hoidollisia strategioita ja välitavoitteita.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten muutosteoria on sovellettavissa asiakkaan kotiin vietävään katkaisuhoidoon ja sen erityispiirteisiin. Näkökulma on asiakkaan aktiivisessa muutostyöskentelyssä ja tämän ympäristötekijöiden huomioimisessa kotona tehtävässä hoidossa. Muutoksen keskiössä on paitsi asiakas, myös asiakassuhde, joiden tarkasteluun muutosteoria tarjoaa välineitä.

Avainsanat: päihdehoito, kotona tehtävä katkaisuhoido, muutostyö, muutosvaihemalli, motivoiva haastattelu

Abstract

This research explores home alcohol detoxification and how the change in client's drinking habits can be encouraged in this treatment model. The research describes the treatment model and its special characteristics, as a part of the substance abuse treatment field. Since the treatment model has only been used in Finland to very small extent, the model has been described by how it and its methods have been researched in American and British journals.

The theory of change used in this research is constructed from transtheoretical model and motivational interviewing. Most of the sources for the theory of change has been drawn from English journals of psychology and substance abuse research, stressing the original ideas of Prochaska and DiClemente (on transtheoretical model) as well as Miller and Rollnick (on motivational interviewing). Stages of change model and motivational interviewing share the paradigm about the nature of addiction, and therefore build an united theory of change, that can be used when guiding the client towards the change goal, as well as to use as a professional strategical guideline.

This research will examine how the theory of change can be applied to home alcohol detoxification and to take its special characteristics into account. Stressing the client's active role in treatment, along with the therapeutic relationship, is essential, and finding the factors that promote change in home alcohol detoxification is the purpose of this research.

Key words: substance abuse treatment, home alcohol detoxification, change process, transtheoretical model, motivational interviewing

Sisällysluettelo

1 Johdanto	1
2 Katkaisuhuolto asiakkaan kotona.....	4
2.1 Kenelle hoito on sopiva?.....	5
2.2 Hoidon sisältö	7
2.2.1 Hoitoon hakeutuminen.....	7
2.2.2 Alkuarviointi	7
2.2.3 Hoidon kulku	8
2.2.4 Hoidon jatkumisen ehdot	9
2.2.5 Hoidon jälkeen	10
2.3 Kotona tehtävän katkaisuhoidon erityispiirteet.....	10
2.3.1 Matala kynnyks	11
2.3.2 Nopeus	11
2.3.3 Kustannukset.....	11
2.3.4 Turvallisuus.....	12
2.3.5 Tehokkuus.....	13
2.3.6 Perheen ja läheisten huomioiminen	13
2.3.7 Hoidon yksilöllisyys	14
2.3.8 Erityisten asiakasryhmien huomioiminen.....	14
2.4 Katkaisuhuolto elämänmuutoksen osana	15
3 Transteoreettinen muutosvaihemalli muutosta kuvaavana teoriana	17
3.1 Historiaa	17
3.2 Muutosvaihemallin ulottuvuudet	18
3.2.1 Muutoksen vaiheet	18
3.2.2 Muutoksen prosessit.....	23
3.2.3 Prosessit muutoksen eri vaiheissa	26

3.2.4 Päätöstopaino	28
3.2.5 Pystyvyytulottuvuus	29
3.3 Muutosvaihemallin merkitys päihdeongelman hoidossa	32
4 Motivoiva haastattelu hoidollisena menetelmänä	34
4.1 Periaatteet	35
4.2 Strategiat ja taidot	36
4.2.1 Motivaation synnyttäminen	36
4.2.2 Ansat motivaation synnyttämisessä	38
4.2.3 Motivaation vahvistaminen	40
4.2.4 Vaarat motivaation vahvistamisessa	42
4.3 Muutospuhe ja muutosvastarinta	42
4.3.1 Muutospuhe	43
4.3.2 Muutosvastaisuus	43
5 Muutosvaihemalli ja motivoiva haastattelu yhteisenä muutosteorianana	46
5.1 Muutosvaihemallin muutoksen prosessit	46
5.1.1 Esiharkintavaihe	46
5.1.2 Harkintavaihe	48
5.1.3 Valmisteluvaihe	49
5.1.4 Toimintavaihe	50
5.1.5 Ylläpitovaihe	51
5.2 Motivoivan haastattelun hoidolliset välitavoitteet	52
5.2.1 Esiharkintavaihe	52
5.2.2 Harkintavaihe	53
5.2.3 Valmisteluvaihe	54
5.2.4 Toimintavaihe	55
5.2.5 Ylläpitovaihe	56

5.3	Prosessit ja välitavoitteet muutosteoriana	57
6	Muutos kotona tehtävässä katkaisuhoidossa	59
6.1	Muutosteoria katkaisuhoidossa	59
6.1.1	Hoidon tavoite kotona tehtävässä katkaisuhoidossa	60
6.1.2	Asiakasryhmä	60
6.1.3	Arviointi	62
6.1.4	Kodin merkitys	64
6.1.5	Perheen ja läheisten huomioiminen	65
6.1.6	Jatkosuunnitelma	66
6.2	Muutosteorian puutteet kotona tehtävässä katkaisuhoidossa	67
6.2.1	Muutosvaihemallin kritiikki päihdehoidossa	67
6.2.2	Muutosteorian puutteet kotona tehtävässä katkaisuhoidossa	68
7	Yhteenveto ja pohdinta	70
	Lähteet	73
	Liite 1: Muutosvalmiuslomake (asiakkaan kappale)	80
	Liite 2: Muutosvalmiuslomake (työntekijän kappale)	81

Kuvat

Kuva 1: Muutosvaihemalli spiraalina	24
Kuva 2: Muutosvaihemallin ulottuvuudet.....	34
Kuva 3: Muutoksen prosessien ja välitavoitteiden suhde muutoksen vaiheisiin	67

1 Johdanto

Suomessa arvioidaan olevan tällä hetkellä noin 300000 – 600000 alkoholin suurkuluttajaa. Valtakunnallisesti a-klinikoilla ja nuorisoasemilla asioi vuoden 2009 aikana yhteensä 52167 asiakasta, kun taas kuntien kustantamasta katkaisuhoidosta apua haki yhteensä 11084 asiakasta. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2010, 21). Vaikka palvelujen käyttäjien määrä näyttäytyy yhteenlaskettuna suurelta, on se kuitenkin vain pieni osa siitä ryhmästä, joka apua ongelmaansa mahdollisesti tarvitsisi. Vaikka ”suurkuluttaja” ei automaattisesti tarkoita ”päihdeongelmaista”, on heidän lukunsa silti hälyttävän suuri, kun taas hoidon piirissä olevien suurkuluttajien osuus on tähän verrattuna melko pieni. Tämä selittyy suurelta osin sillä, että hoitoon hakeutumisen kynnyks on aina suuri. Leimautuminen alkoholistiksi, häpeä, pelko sekä epätietoisuus ovat tekijöitä, jotka lykkäävät hoitoon hakeutumista, joissain tapauksissa estäen sen kokonaan. Ongelman pahentumisen riski tällöin on korkea, ja usein hoitoon hakeudutaankin vasta silloin, kun muita vaihtoehtoja ei enää ole.

Olen työskennellyt katkaisuhuolaitoksessa ohjaajan ja sosiaalityöntekijän sijaisena vuodesta 2008. Keväällä 2010 esimieheni antoi minulle tehtäväksi hahmotella ja suunnitella sellaista katkaisuhuolto-ohjelmaa, joka perinteisten avo- tai laitospaihtoehtojen sijaan tapahtuisi asiakkaan kotona. Syksyllä 2010 (Mäkelä 2011) sain valmiiksi raportin, jonka pohjana käytin eurooppalaisten ja pohjoisamerikkalaisten hoito-ohjelmien tutkimusten ja tulosten katsausta. Katsaus pitää sisällään tieteellisiä artikkeleita päihde- ja hoitotieteen aloilta viimeisen 20 vuoden ajalta. Raportissa esiteltiin rakenteet sairaanhoitajavetoiselle kotona tehtävälle lääkeavusteiselle katkaisuhuolto-ohjelmalle, sekä käsiteltiin sen tuomia uusia mahdollisuuksia nykyisiin hoitomuotoihin nähden. Kuitenkaan itse hoidon sisällöllisiä tekijöitä ei raporttia varten tutkimastani kirjallisuudesta löytynyt.

Tutkimukseni tarkoituksena on selvittää, mistä lähtökohdista päihdetyötä tekevä työntekijä työtänsä tekee, ja mikä on ylipäätään realistista kotona tehtävän katkaisuhoidon puitteissa. Tutkimukseni tarkoitus on perustella psykososiaalisen osaamisen tärkeyttä jo päihdehoidon alkuvaiheessa ja toimivan samalla eräänlaisena vastineena käytännössäkin näkyvälle päihdehoidon medikalisoitumiselle. Tutkin psykososiaalista muutostyötä transteoreettisen muutosvaihemallin eri ulottuvuuksien kautta ja sitä, millaisia prosesseja missäkin hoidon ja muutoksen vaiheessa voidaan tukea muutoksen etenemiseksi. Menetelmäksi olen valinnut motivoivan haastattelun menetelmän kahdesta syystä; se sopii hyvin sosiaalityön eettisille periaatteille erityisesti asiakaslähtöisyytensä vuoksi, sekä jakaa samanlaisen käsityksen riippuvuusongelmasta kuin transteoreettinen

muutosvaihemalli. Yhdistän nämä yhdessä toimivaksi muutosteorian viitekehykseksi luvussa 5, jonka jälkeen analysoin kotona tehtävän katkaisuhoidon ja muutosteorian suhdetta.

Käyttämästäni kirjallisuudesta valtaosa on lähtöisin englanninkielisistä jounaaleista. Kotona tehtävän katkaisuhoidon tutkimus on pääasiassa hoitotieteen alalta, sillä angloamerikkalaisissa maissa hoito-ohjelma on pitkälti sairaanhoitajan toteuttama. Suomalaista tutkimusta aiheesta ei käsittäkseni olekaan, johtuen siitä, että hoito-ohjelma ei ole suomalaisen järjestelmään vielä yhtä pilottihanketta (Vantaan KotiKatko) lukuun ottamatta sisältynyt. Teoriaosuudessa käyttämäni kirjallisuus on yhtä lailla englanninkielistä, niin sosiaalitieteiden kuin psykologian jounaaleissa ilmestyneitä tutkimuksia ja artikkeleja. Toistaiseksi en ole löytänyt muutosvaihemallia koskevaa kirjallisuutta suomeksi, vaikka mallia esimerkiksi päihdehuollossa sovelletaan myös käytännössä. Olen kääntänyt käyttämäni käsitteet pitkälti itse, ja eri ulottuvuuksien päällekkäisyyksistä johtuen olen valinnut esimerkiksi prosessi- ja vaihe-sanoille vaihtoehtoiset käsitteet niiden eri merkityksessä.

Kotona tehtävää katkaisuhoidtoa on toteutettu Vantaalla vuodesta 2010 (Pajuvirta 2001, A11). Mallin käyttöönottoa valmistellaan myös Helsingissä kolmen eri päihdealan toimijan toimesta (Helsingin sanomat 24.11.2011: Kähkönen 2012, 11). Lisäksi tiedän, että A-klinikkasäätiössä on alettu kiinnittää huomiota kotiin annettaviin päihdepalveluihin eri puolilla Suomea erilaisilla, vielä suunnitteilla olevilla hankkeilla, joten tutkimukseni aihe on erittäin ajankohtainen. Se on myös tärkeä sisällöllisesti siksi, että kotiin vietävä katkaisuhoidto on monessakin mielessä erityistä avo- tai laitospalveluihin verrattuna, ja pidän tärkeänä sen johdonmukaista suunnittelua tutkimuksellisen tiedon perusteella. Tutkimani kirjallisuus osoittaa, että vaikka Yhdysvalloissa ja Iso-Britanniassa kotiin vietävää katkaisuhoidtoa on tutkittu, ei sen erityisyys muutoksen valmisteluun ja vahvistamiseen nähden nouse tutkimuksesta lainkaan.

Koska Suomessa hoitomuotoa on toteutettu vasta 2010 alkaen pilottina, en pysty tällaista tutkimusta tekemään empiirisesti. Olenkin valinnut lähestymistavakseni synteettisen tutkimuksen, jonka tarkoituksena on koota kattava näkemys jostain tietystä teoriasta, lähtökohdasta tai näkökulmasta (Kallio 2006, 20). Laadullisessa synteettisessä tutkimuksessa tutkija rakentaa logiikkansa aiemmin tehtyjen tutkimusten analyysien synteetille (Kallio 2006, 21). Tutkimuksessani käsittelen transteoreettista muutosvaihemallia ja motivoivan haastattelun menetelmää kotona tehtävän katkaisuhoidon mahdollisena viitekehyksenä muutosta valmisteltaessa ja vahvistettaessa. Sekä muutoksen teoriassa, motivoivan haastattelun menetelmässä, että kotona tehtävässä

katkaisuhoidossa on kyse hoidon ensimmäisistä askeleista. Muutosvaihemalli luo teoreettisen pohjan käsitellä muutoksen etenemistä vaiheittain ja kuvaa muutoksen etenemistä aiheuttavia prosesseja. Motivoiva haastattelu tarjoaa työntekijälle välineitä kohdata asiakas tasavertaisesti ja kunnioittavasti niin, että pääpaino on kuitenkin muutoksen etenemisessä. Kotona tehtävä katkaisuhoidon luo tutkimuksessani kontekstin, johon kaksi edellistä sijoitetaan hoidon sisällön, tavoitteiden ja sen erityispiirteiden suhteen niin, että asiakkaan tavoitetta tukeva jatkosuunnitelma on mahdollista luoda.

2 Katkaisuhoido asiakkaan kotona

Tutkimukseni paikantuu päihdehuollon järjestelmässä katkaisuhoidon ja sen psykososiaaliseen ulottuvuuteen (Laitinen & Mäkelä 1998, 179). THL (2012) määrittelee yleisesti katkaisuhoidon tehtäväksi päihteiden käyttökierteen pysäyttämisen ja edellytyksien luomisen fyysiselle, psyykkiselle ja sosiaaliselle kuntoutukselle. Psykososiaalinen katkaisuhoido perustuu päihdeongelman vaikeusasteen, asiakkaan tilanteen ja tämän tavoitteen selvittämiseen. Näiden perusteella asiakkaan kanssa tehdään hoitosuunnitelma, jossa määritellään näitä kolmea tekijää vastaava jatkohoido ja etenemissuunnitelma. Varsinainen hoitosuunnitelma, jossa näitä asioita käsitellään, on usein sosiaalityöntekijän tai sosiaaliterapeutin tehtävä, joskin on tärkeä huomata katkaisu- ja vieroitusvaiheessa muutostyötä tekevät kaikki ammattiryhmät, myös sairaanhoitajat, ohjaajat ja lääkärit (Laitinen & Mäkelä 1998, 179).

Katkaisuhoido ei ole kuntouttavaa hoitoa, vaan pikemminkin vieroitusoireiden lieventämistä, somaattisen ja psyykkisen voimien turvaamista, sekä pidempään psykososiaaliseen hoitoon kannustavaa ja ohjaavaa hoitoa. Hoidon kesto on lyhyt (muutamasta vuorokaudesta muutama viikkoon), ja asiakkaat ovat hoidon aikana usein heikossa kunnossa niin psyykkisesti kuin fyysisestikin. Sosiaalityön näkökulmasta katkaisuhoidon aikana asiakkaan valmiudet ja motivaatio muutokseen pystytään arvioimaan, sitä pystytään valmistelemaan ja vahvistamaan. Tutkimuksessani olen kiinnostunut juuri muutostyöstä ja siitä, mitä se katkaisuhoidon puitteissa tarkoittaa. Sosiaalityöntekijällä on toki muitakin tehtäviä katkaisuhoidossa, niin avo- kuin laitosisolosuhteissakin, kuten asiakkaan ohjaaminen etuuksissa, talouden selvittämisessä ja muissa käytännön asioissa, usein toimien linkkinä asiakkaan ja eri palvelujen välillä. Jätän nämä osiot kuitenkin tutkielmassani käsittelemättä, keskittyen sosiaalityön ja sosiaalityöntekijän tehtävään muutoksen tukijana, motivoijana ja käynnistäjänä.

Katkaisuhoidoa suoritetaan Suomessa perinteisesti avo- tai laitoshoidona. Avokatkaisu tarkoittaa terveydenhuollon tai päihdehuollon toimipisteessä järjestettävää palvelua, jossa asiakas hakee mahdolliset katkaisuhoidolääkkeet päivittäin, ja hänen tilaansa ja mahdollista päihteiden käytön jatkumista seurataan käyntien yhteydessä. Lääkityksen tavoite on helpottaa vieroitusoireita, jotta päihteiden käytön lopettaminen onnistuu. Avokatkaisuun kuuluu työntekijän kanssa käytäviä keskusteluja päihdekäytön lopettamisen tueksi sekä tavoitteiden asettamiseksi. Asiakas voidaan ohjata jatkohoidon, kuten esimerkiksi kuntouttavaan hoitoon onnistuneen katkaisuhoidon jälkeen.

Laitoskatkaisun tavoitteet ja perustehtävä ovat samat kuin avokatkaisussa, mutta se on tarkoitettu ensisijaisesti niille asiakkaille, joiden tila vaatii ympärivuorokautista seurantaa, tai jotka eivät pysty yksin omaa päihdekäyttöään lopettamaan. Laitoskatkaisuosastot ovat pääosin 10-20 paikkaisia, joko itsenäisinä päihdehuollon palveluina tai terveydenhuollon palveluna toteutettuja.

Katkaisuhoito voidaan suorittaa näiden vaihtoehtojen lisäksi myös asiakkaan kotona. Yhdysvalloissa ja Iso-Britanniasta 1980-luvulta saakka käytössä ollut hoitomuoto ei ole vielä Suomessa toteutettu ennen vuotta 2010, jolloin Vantaalla alettiin tarjota asiakkaille katkaisuhoidon mahdollisuutta kotona toteutettavana palveluna (Råman 2011). Tällaisen palvelumuodon käynnistämiseen löytyi Vantaalla projektin raportin mukaan kolme syytä: laitospaikkojen ruuhkautuminen, nykyisiin palveluihin sopimattomien asiakkaiden suuri määrä, sekä kotiin vietävän katkaisuhoidon pienemmät kustannukset laitoskatkaisuun nähden. Palvelusta saatiin hyviä kokemuksia, ja vastaavanlaista palvelua on Vantaan lisäksi alettu jo suunnitella myös Helsingissä (HS 24.11.2011, A11). Palvelu on rajattu alkoholia päihteenä käyttäviin täysi-ikäisiin, joille nykyiset avo- tai laitospalvelut eivät sovi, ja joiden kohdalla kotona tapahtuva hoito on turvallista aloittaa.

Vuonna 2011 toteutin kirjallisuuskatsauksen, miten kotona tapahtuvaa katkaisuhoidoa on juuri Yhdysvalloissa ja Iso-Britanniassa toteutettu (Mäkelä 2011). Tein katsauksen A-klinikkasäätiölle, tarkoitukseni selvittää tieteelliset perustat tällaisen hoidon sisällölle, sen laadulliset ja tulokselliset tekijät, sekä toisaalta hoitomuodon rajoitukset. Kuvaan kotiin vietävän katkaisuhoidon rakennetta ja sisältöä pitkälti tämän kirjallisuuskatsauksen tulosten avulla.

Ensimmäiseksi käsitelen sitä asiakasryhmää, jolle hoito on osoittautunut sopivaksi. Toisekseen, esittelen hoito-ohjelman kuvauksen kotona tehtävässä katkaisuhoidossa, hoitoon hakeutumisesta hoidon päättymiseen. Tämän jälkeen esittelen tutkimuksessa esiin nousseet hoitomuodon erityispiirteet muihin vaihtoehtoihin nähden, ja viimeisenä hoitomuodon paikantumisen osana kokonaisvaltaista elämänmuutosta.

2.1 Kenelle hoito on sopiva?

Kotona tehtävä katkaisuhoido on tarkoitettu sellaisille täysi-ikäisille henkilöille, jotka tarvitsevat tukea alkoholin käytön lopettamiseen, mutta joille olemassa olevat avo- tai laitoskatkaisuhoidovaihtoehdot eivät ole tarkoituksenmukaisia tai riittäviä. Hoito on vapaaehtoista ja

asiakkaan oma motivaatio juomisen katkaisemiseen tulee olla korkea hoidon onnistumiseksi. Pitkän tähtäimen tavoitetta, kuten täysraittiuutta, ei asiakkaalta vielä hoitoon hakeutuessaan odoteta. Hoidon tavoitteena on ensisijaisesti päihdekierteen katkaisu.

Hoidon onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat asiakkaan oman motivaation lisäksi juomiskierteen kesto ja vakavuus, vieroitusoireiden voimakkuus, sosiaalinen tuki ja kodin raittiutta tukeva ilmapiiri. Tutkimusten mukaan (Fleeman 1997, 653; Allan & Smith & Mellin 2000, 66) kuitenkin vaikea alkoholiriippuvuus, voimakkaat fyysiset ja henkiset vieroitusoireet, heikko tai olematon sosiaalinen tuki, sekä alkoholiin liittyvien ongelmien suuri määrä eivät välttämättä estä kotona tehtävää katkaisuhoidon onnistumista. Näiden tulosten perusteella voidaan sanoa, että valtaosa alkoholia ongelmallisesti käyttävistä ihmisistä kuuluu siihen joukkoon, joiden kohdalla kotona tehtävä katkaisuhoidon toteuttaminen onnistuneesti (Watts 2001, 33; Stockwell ym 1991, 649).

On kuitenkin huomioitava, että katkaisuhoidon vieminen kotiin vaihtoehtona laitoshoidolle ei poista laitoshoidon tarvetta. Odotettavissa olevat vakavat vieroitusoireet, kuten alkoholin käytön lopettamisen aiheuttama akuutti sekavuustila delirium, krampinomaiset vieroitusoireista johtuvat kohtaukset ja heikko fyysinen tai henkinen terveydentila ovat tekijöitä, jotka vaativat kontrolloidun laitosympäristön juomista lopetettaessa (Balester- Mouret & Abesdris & Dalassale & Vabret & Batel 2007, 238A; Ashworh & Gerada 1997, 360). Myöskään klinikamuotoista avohoidon kotona tehtävä katkaisuhoidon ei ole korvaamassa. Katkaisuhoidon ei voida aloittaa asiakkaan kotona silloin, jos joku muu tai muut samassa taloudessa asuvat käyttävät päihteitä ongelmallisesti (Fleeman 1997, 652; Houlihan 1997, 24) tai jos asiakkaan kohdalla aiemmat avohoidon keinot ovat osoittautuneet riittämättömiksi (Mezciems 1996, 1746). Katkaisuhoidon ei voida suorittaa asiakkaan kotona myöskään silloin, jos alkoholin käytön lisäksi asiakas käyttää muita päihteitä, kuten huumeita tai lääkkeitä. Tällöin katkaisuhoidon pitää suorittaa laitosoiloissa (Fleeman 1997, 650; Mezciems 1996, 1746).

Suuri asiakasryhmä kotiin vietävälle katkaisuhoidolle on ikääntyvät päihteitä käyttävät asiakkaat. Tämä on todettu niin Vantaan KotiKatkossa kuin tarpeena palvelujärjestelmässä (Råman 2011). Alkoholia käytetään huolestuttavan runsaasti myös kotihoidon ja palveluasumisen piirissä etenkin miesten kohdalla. Vuonna 2008 kotihoidossa olevista miehistä 15% käytti alkoholia ”huolestuttavan runsaasti”, kun vastaava luku naisilla oli 3%. Palveluasuntoloissa asuvat asiakkaat käyttivät hieman vähemmän (Vilkko ym. 2010, 150).

2.2 Hoidon sisältö

Seuraavaksi esittelen kotona tehtävän katkaisuhoidon rakenteen hoitoon hakeutumisesta hoitosuhteen päättämiseen. Hoidon eri vaiheet olen määritellyt sen mukaan, millaisena hoito käyttämässäni kirjallisuudessa määritellään, mutta käsittelen niitä sellaisena, kuin ne kokemukseni mukaan olisivat suomalaisessa päihdehuollon järjestelmässä.

2.2.1 Hoitoon hakeutuminen

Hoitoon voi hakeutua itse, läheisten, lääkärin tai muun ammattilaisen avustuksella. Hoitoon ei tarvitse lääkärin lähetettä, kuten ei katkaisuhoidon yleensäkään. Asiakkaan olisi tärkeä olla aina mukana hoitoon hakeutumisessa, eikä hoitoa voida aloittaa ilman täysi-ikäisen asiakkaan suostumusta. Hoitoon hakeutuminen tapahtuu usein puhelimitse, milloin kartoitetaan asiakkaan tilannetta juomisen osalta, sekä pyritään saamaan kuva siitä, onko hoito asiakkaalle sopiva. Mikäli asiakas ja työntekijä yhdessä tulevat siihen tulokseen, että hoito voidaan aloittaa, sovitaan ensimmäisen kotikäynnin ajankohta.

Jo tässä vaiheessa suoritetaan arviointia siltä osin, kun se puhelinkeskustelussa on mahdollista. Asiakkaalla saattaa olla vajavainen kuva hoidon sisällöstä, ja jossain tapauksissa on tarkoituksenmukaisempaa ohjata asiakas muihin hoitopalveluihin, esimerkiksi jos jo puhelun aikana selviää, etteivät edellisessä kappaleessa käsitellyt hoidon alkamisen kriteerit täyty.

On hyvä kuitenkin ottaa huomioon, että puhelinarviointi ei ole kuin suuntaa antava, sillä usein katkaisuhoidon hakeutuva asiakas on päihtynyt, eikä välttämättä osaa tai pysty tilannettaan kuvailemaan sillä tavoin kun se todellisuudessa on. Tämän vuoksi seuraavaksi käsiteltävä alkuarviointi on syytä tehdä perusteellisesti alusta lähtien.

2.2.2 Alkuarviointi

Vaikka kotona tehtävä katkaisuhoido on rakenteeltaan joustava ja asiakkaan elämäntilanteen huomioiva, on sen todettu olevan hyödyllinen ainoastaan silloin, jos hoidon onnistumisen edellytykset on arvioitu realistisesti ja huolellisesti asiakkaan tilanteeseen nähden. Huolellisesti tehty arviointi on hoidon onnistumisen edellytys (Callow & Donaldson & Ruiter 2008, 692; Fleeman 1997, 650; Watts 2001, 33; Cooper 1995, 1318; Bryant & Rogers 2001, 181). Arviolla tarkoitetaan asiakkaan päihdekäytön määrän, vieroitusoireiden vakavuuden, sosiaalisten puitteiden sekä asiakkaan psyykkisen ja fyysisen tilan selvittämistä, jotta voitaisiin jo ennakkoon arvioida,

onko hoidolla edellytyksiä onnistua (Watts 2001, 35).

Arvioinnissa kartoitetaan myös sosiaalisia tekijöitä, kuten mahdollisia juomisen uudelleen laukaisevia tekijöitä kodissa, ja jos näitä on liian paljon tai niitä ei voida estää, asiakas voidaan ohjata tällöin tarkoisenumukaisempaan laitostarkkaisuun. Myös perheen tai parisuhteen sisäistä dynamiikkaa on syytä tarkastella hoidon edellytyksiä arvioitaessa; jos esimerkiksi muu perhe suhtautuu negatiivisesti tai ei pysty tarkkaisuhoidon tarpeessa olevaa asiakasta tukemaan, saattaa tämä aiheuttaa ylimääräisiä paineita hoidossa olevalle, joka puolestaan on riski juomisen uudelleen alkamiseen. (Cooper 1995, 1316). Myös sosiaalisen tuen puute saattaa olla tapauskohtaisesti hoidon estävä tekijä (Callow & Donaldson & Ruitter 2008, 694). Tärkeintä on kuitenkin asiakkaan ja tämän tilanteen kokonaisvaltainen arviointi fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta näkökulmasta.

Yhdysvaltalaisia hoito-ohjelmia tarkastellessa (Zinn 1997, 24), arviointi on kaksivaiheinen. Ensimmäinen vaihe tapahtuu puhelinkontaktissa, jossa osastosihteeri ottaa vastaan asiakkaan tiedot joko häneltä itseltään tai läheiseltään. Jo tässä saatavien tietojen perusteella on mahdollista arvioida, voidaanko kotona tehtävää hoitoa aloittaa, vai onko laitoshoido parempi vaihtoehto. Asiakas voidaan tarvittaessa ohjata laitostarkkaisuun jo saman puhelun aikana.

Seuraava arvioinnin vaihe tapahtuu ensimmäisellä kotikäynnillä. Tällöin lääkäri ja sairaanhoitaja yhdessä asiakkaalta ja mahdollisesti tämän perheenjäseneltä saamiensa tietojen perusteella voivat tarkemmin arvioida, onko asiakkaan ympäristö sellainen, joissa hoidon olisi mahdollista onnistua. Tähän vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi juomatottumukset kotona ja asiakkaan sosiaalinen verkosto. Toisaalta, yksin asuvien, heikon sosiaalisen verkoston omaavien asiakkaiden kohdalla on huomattu, retkahdusriski ei itse asiassa ole sen suurempi kuin perheellisten tai paljon tukea saavien asiakkaiden kohdalla (Stockwell ym. 1991, 650).

2.2.3 Hoidon kulku

Tutkimani hoito-ohjelma on useinmiten toteutettu psykiatrisen sairaanhoitajan ja lääkärin toimesta. Tällaista sairaanhoitajavetoista mallia on onnistuneesti toteutettu sekä Iso-Britanniassa (Fleeman 1997, 650; Bennie 1998, 158; Ryan & Rothwell 1997, 280), Uudessa-Seelannissa (Leonard & O'Brien 2007, 40), Australiassa (Roche & Watt & Fischer 2001, 395) että Yhdysvalloissa (Zinn 1997, 24). Psykososiaalisen osaamisen ja interventioiden merkitysten painottamiseksi on hankkeessa, jossa olen mukana, otettu mukaan myös sosiaalialan ammattilainen.

Päihdeongelmaan erikoistunut lääkäri on vastuussa kotona tehtävän katkaisuhoidon lääkityksen määräämisestä. Lääkityksenä käytetään bentsodiatsepiinipohjaisia lääkkeitä vieroitusoireiden lievittämiseksi tarpeen vaatiessa. Lääkitys ei siis automaattinen, vaan senkin tarve arvioidaan asiakaskohtaisesti. Katkaisuhoidon lääkityksen tarkoituksena on totuttaa elimistö alkoholittomaan tilaan, ja näin ollen estää vakavien vieroitusoireiden, kuten kouristusten, rytmihäiriöiden tai sekavuuden (delirium) kehittymistä (Holopainen 2012). Lääkitys suoritetaan pienenevin annoksin hoidon aikana niin, että lääkitys ei itsessään muodostu asiakkaalle riippuvuudeksi.

Koska kotona tehtävän katkaisuhoidon puitteissa oletettavaa on, että asiakkaan vieroitusoireet eivät vaadi jatkuvaa ja pitkää seurantaa, on hoidon pituus pyrittävä räätälöimään niin, että sen päätyttyä asiakkaan juominen on onnistuneesti katkaistu ja hänen kanssaan on tehty jatkohoitosuunnitelma. Kansainvälisissä esimerkeissä hoidon pituus on keskimäärin 5-9 päivää (Allan & Smith & Mellin 2000, 67; Fleeman 1997, 659; Bryant & Rogers 2001, 182), joskin lyhyempiäkin jaksoja voi olla (Zinn 1997, 24). Sairaanhoitaja ja ohjaaja yhdessä asiakkaan kanssa arvioivat hoidon alkaessa hoidon sopivan keston, tarkastelevat sitä hoidon kuluessa, ja toteavat, milloin hoito voidaan päättää.

Hoidon aikana hoidosta vastaava sairaanhoitaja tekee myös arviointia hoidon etenemisestä jokaisella käyntikerralla, ja tarvittaessa tekee muutoksia hoidon suunniteltuun pituuteen, konsultoi lääkäriä tarvittaessa lääkityksen muuttamisesta tai ohjaa asiakkaan sopivampaan palveluun, mikäli katkaisuhuolto kotona ei onnistu. Psykososiaalinen hoito on sekä sairaanhoitajan että ohjaajan vastuulla, josta lisää luvussa 3.

2.2.4 Hoidon jatkumisen ehdot

Mikäli lääkäri ja sairaanhoitaja arvioivat, että hoito voidaan aloittaa, asiakkaan kanssa tehdään hoitosopimus, jossa käydään läpi hoidon jatkumisen edellytykset. Kotikäyntejä tekevä sairaanhoitaja kontrolloi asiakkaan tilaa tämän vieroitusoireita tarkkailemalla ja puhalluskokeilla. Mikäli puhalluskokeen tuloksen tai muun syyn vuoksi tulee ilmi asiakkaan käyttäneen päihteitä hoidon aikana, hoito keskeytyy (Fleeman 1997, 651).

Hoidon jatkumisen edellytyksenä on myös hoitosuunnitelman noudattaminen. Hoitosuunnitelma voi pitää sisällään jo hoitajakson aikana asiakkaalta edellytettäviä kuntoutumista edistäviä toimia. Mikäli asiakas laiminlyö hoitosuunnitelman, hoito päättyy.

Sairaanhoitaja tarkkailee hoidon aikana asiakkaan fyysistä ja psyykkistä vointia, ja mikäli niissä ilmenee jotain, jonka vuoksi katkaisuhoidon ei voida jatkaa asiakkaan kotona, asiakas ohjataan laitoshoidon.

2.2.5 Hoidon jälkeen

Yksi tärkeimmistä hoidon tuloksellisuuteen vaikuttavista tekijöistä on asiakkaan kanssa yhdessä suunniteltu jatkohoito tai -suunnitelma (Ashworth & Grenada 1997, 360; Fleeman 1997, 649; Cooper 1995, 1315). Voidaankin ajatella, että katkaisuhoidon on vain ensimmäinen askel päihdeongelman hoitamisessa ja elämänmuutoksessa.

Aivan kuten laitoskatkaisuhoidossakin, jokaisen asiakkaan kanssa tehdään henkilökohtainen hoitosuunnitelma, jossa pyritään löytämään ratkaisuja asiakkaan kokonaisvaltaisen tilanteen kohentamiseksi sen mukaan, mihin tämä itse on valmis. Jatkohoidon suunniteltaessa, etenkin kotona tehtävässä katkaisuhoidossa, on asiakkaan verkoston kartoitus ja hyödyntäminen erittäin tärkeää. Asiakas voidaan tarvittaessa ohjata esimerkiksi työvoiman palveluihin, omalle lääkärille, vertaistoimintaan, oma-apuryhmiin, kuntouttaviin avo- tai laitoshoidoihin. Etenkin ikääntyvien tai vammaisten asiakkaiden kohdalla yhteistyö kotihoidon tai henkilökohtaisten avustajien kanssa on tärkeässä asemassa.

Jatko- ja hoitosuunnitelmaa tehtäessä lähtökohtana on asiakkaan oma tavoite juomisensa suhteen, sekä tämän voimavarat ja kyvyt tavoitteen saavuttamiseksi. Jatkosuunnitelma ja mahdollinen jatkohoito perustuu sille, kuinka kaukana asiakas kokee olevansa tavoitteensa suhteen, ja mitä tämä yhdessä työntekijän kanssa arvioi seuraavaksi toimenpiteeksi tavoitetta kohti edettäessä.

2.3 Kotona tehtävän katkaisuhoidon erityispiirteet

Tässä luvussa käsitellään kotona tehtävän katkaisuhoidon vahvuuksia ja etuja nykyisiin vaihtoehtoihin nähden. Hoitoon hakeutumisen matala kynnys, nopea saatavuus, kustannukset, turvallisuus, tehokkuus, perheen ja läheisten huomioiminen sekä erityisten asiakasryhmien huomioiminen ovat kotona tehtävän katkaisuhoidon vahvuuksia.

2.3.1 Matala kynnyks

Päihdehoitoon hakeutumisen esteenä on usein sen leimaavuuden ja eräänlainen ”kasvojen menettämisen” pelko, niin itse asiakkaan kuin tämän perheenkin osalta (Madden & Plant & Bennie & Plant 2000, 110; Cooper 1995, 1316; Fleeman 1997, 654). A-klinikan tai katkaisuhoidolaitoksen ovesta sisään astuminen saattaa olla monelle asiakkaalle se tekijä, joka estää elämäntilanteen muuttamisen. Kotona tehtävä katkaisuhoido tarjoaa tähän ongelmaan hienovaraisen ja luottamuksellisuutta korostavan vaihtoehdon.

Kynnyksä madaltaa myös se, että asiakkaan ei tarvitse lähteä outoon ympäristöön omista rutiineistaan (Fleeman 1997, 654). Asiakas voi pitää yllä sellaisia päivittäisiä rutiineja, jotka laitosyhteisöön eivät sovi, jopa halutessaan käydä töissä, edellyttäen fyysisen kunnan sen sallivan. Kynnyksen madaltaminen tarkoittaa mahdollisuutta hakeutua hoitoon entistä varhaisemmassa vaiheessa. Vaikka katkaisuhoido ei itsessään ennakoivaa työtä olekaan, pystytään kynnyksen madaltamisella ennalta ehkäisemään mahdollisen päihdekierteen pahentuminen ja sen mukanaan tuomat ongelmat (Fleeman 1997, 654).

2.3.2 Nopeus

Yksi kotona tehtävän katkaisuhoidon suurista eduista on sen nopean puuttumisen mahdollisuus. Laitoskatkaisuun saattaa olla useammankin viikon jono, jonka aikana asiakkaan tilanne saattaa mennä entistä huonompaan suuntaan. Motivaatio katkaista juomiskierre on myös korkeimmillaan silloin kuin asiakas lähtee hakemaan apua, eikä viikkojen odottaminen suinkaan kasvata hoitomotivaatiota, päin vastoin (Cooper 1995, 1316; Fleeman 1997, 654). Kun kotona tehtävään katkaisuhoido voidaan ohjata ohjelmaan sopivat asiakkaat, vaikuttaa se myös laitoskatkaisuhoitoon hakeutuvien määrään ja helpottaa ajoittain syntyviä ruuhkia.

2.3.3 Kustannukset

Vaikka kotona tehtävä katkaisuhoido on todettu olevan yhtä tehokas kuin laitoskatkaisukin (Stockwell ym 1991, 645), on se kuitenkin moninkertaisesti halvempaa (Fleeman 1997, 653; Bartu & Saunders 1994, 17). Paitsi että yksittäinen kotona tehtävä hoitojakso on laitoskatkaisua halvempi, on hyvä ottaa huomioon myös matalan kynnyksen, nopean hoitoon pääsyn, laitoskatkaisun jonojen helpottamisen synnyttämät pitkäaikaiset vaikutukset.

Kustannuksiin vaikuttaa ensisijaisesti kotikäyntien määrä, johon puolestaan vaikuttaa asiakkaan vieroitusoireiden voimakkuus ja tuen tarve. Hoitoa edeltävässä arvioinnissa on tämäkin otettu

huomioon – on syytä ohjata asiakas laitostarkkaisuhoitoon, mikäli lääkinällisen ja sosiaalisen tuen tarve on suurempi, mitä kotona tehtävä tarkkaisuhoito-ohjelma tarjoaa.

Jokaisen asiakkaan kanssa tehtävä huolellinen jatkohoitosuunnitelma vaikuttaa myös pitkäaikaisiin kustannuksiin (Fleeman 1997, 653). Asiakkaan tarpeisiin vastaava, toteutettavissa oleva suunnitelma parantaa asiakkaan fyysistä ja henkistä vointia, joka yhdistettynä varhaisempaan puuttumiseen on paitsi asiakkaan kannalta mielekkäin vaihtoehto, myös kustannusmielessä kannattavaa.

2.3.4 Turvallisuus

Kotona tehtävä tarkkaisuhoito on turvallinen vaihtoehto silloin, kun arviointi on tehty oikein ja hoito on todettu asiakkaalle sopivaksi (Fleeman 1997, 655). Fyysiset ja psyykkinen tila on selvitettävä alkuarviota tehtäessä huolellisesti, ja jos vieroitusoireiden ja mahdollisten sairauksien yhteisvaikutus on vaarallinen, ei hoitoa aloiteta, vaan ohjataan asiakas laitostarkkaisuun (Bryant & Rogers 2001, 184).

Turvallisuusnäkökulma pitää ottaa huomioon myös lääkitystä suunniteltaessa ja lääkehoitoa toteutettaessa. Koska tarkkaisuhoitossa vieroitusoireiden lieventämiseen tarkoitetut bentsodiatsepiinit ovat alkoholin kanssa yhdessä käytettynä jopa hengenvaarallisia, ei lääkkeitä anneta asiakkaalle itselleen, vaan hoidosta vastuussa oleva sairaanhoitaja jakaa lääkkeet asiakkaalle kullakin käyntikerralla. Näin on mahdollista välttää mahdollisen retkahduksen aiheuttama sekakäyttö ja siitä aiheutuvat riskit (Stockwell ym 1991, 648). Lääkehoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota iäkkäämpien asiakkaiden kohdalla. Erityisesti vanhuksat, joilla on yksi tai useampia pitkäaikaissairauksia, tarvitsevat säännöllistä seurantaa (Kotiin annettavat palvelut 2012, 31). Mikäli työntekijä havaitsee sivuvaikutuksia tai mahdollisia ongelmia lääkityksessä, on hoidosta vastaavan lääkärin arvioitava asiakkaan tilanne uudelleen. Kotona tehtävässä tarkkaisuhoitossa tämä saattaa tarkoittaa hoitavan lääkärin konsultoimista asiakkaan turvallisuuden takaamiseksi.

Turvallisuuteen liittyy asiakkaan mahdollisuus saada tukea myös puhelimitse virka-ajan ulkopuolella Kuntoutumiskeskuksesta, jossa on työntekijöitä ympäri vuorokauden. Tarkkaisuhoitoon tyypillisesti kuuluvat mielialan vaihtelut ovat suuri retkahdusriski, jota pystytään lievittämään antamalla asiakkaalle mahdollisuus keskustella juomisen lopettamiseen liittyvistä tunteista.

Myös asiakkaan yksityisyys on turvattava kotona tehtävässä hoidossa. Työntekijöiden kulkiessa useassa eri paikassa yhdenkin päivän aikana, on syytä pitää erityistä huolta siitä, että asiakkaiden potilas- ja henkilötiedot ovat suojattuna niin paperilla kuin sähköisestikin (Kotiin annettavat palvelut ja hoito 2012, 33).

2.3.5 Tehokkuus

Kotona tehtävä katkaisuhuolto on osoittautunut yhtä tehokkaaksi vaihtoehdoksi kuin perinteiset laitos- tai avokatkaisumallit (Bennie 1998, 162; Stockwell ym. 1991, 645). Tehokkuus perustuu nopeaan hoidon saatavuuteen, asiakkaan tilanteen arviointiin ja asiakkaan kanssa yhdessä tehdyn hoitosuunnitelman noudattamiseen.

Asiakkaan huomioiminen yksilönä omine tarpeineen kotona tehtävässä katkaisuhoidossa on myös hoidon tehokkuutta parantava tekijä. Kaikki asiakkaat eivät koe oloaan turvalliseksi laitossoloissa, ja esimerkiksi alkoholi- ja huumeongelmaisten asiakkaiden hoito samassa laitoksessa saattaa olla niin ahdistavaa, että se estää hoidon onnistumisen (Bryant & Rogers 2001, 183).

Kun asiakas kohdataan omassa kodissaan, pystytään hänen tilanteensa ottamaan kokonaisvaltaisesti huomioon, ja hoitosuunnitelmaa tehtäessä tarttumaan asiakkaan luonnollisessa ympäristössä oleviin mahdollisuuksiin ja toisaalta puuttumaan siinä oleviin riskeihin. Päihdehoidon laitoksessa asiakas tulee helposti määritellyä ainoastaan ongelmansa kautta (Juhila 2008, 98), mutta kun hoito tapahtuu asiakkaan kotona, tulee hän kohdatuksi yksilönä, eikä ainoastaan päihdeongelmaisenä, ja tällöin hoitosuunnitelma pystyy vastaamaan tehokkaammin asiakkaan tarpeeseen.

2.3.6 Perheen ja läheisten huomioiminen

Hoidon vieminen asiakkaan kotiin sisältää asiakkaan tilanteen tarkastelemisen lisäksi myös perheen ja läheisten huomioon ottamista. Perhe ja läheiset ovat myös asiakkaan voimavarana hoidon varrella, ja tällaisten ”tukihenkilöiden” olemassaolo parantaa hoidon onnistumismahdollisuuksia olennaisesti (Callow & Donaldson & Ruitter 2008, 694; Bryant & Rogers 2001, 183;).

Perheen jäseniä voidaan tukea katkaisuhoidon edetessä (Cooper 1995, 1316; Fleeman 1997, 654). Hoidosta vastuussa oleva työntekijä on myös perheen käytettävissä ja pystyy ohjaamaan heitä esimerkiksi päihdeongelmaisten läheisten vertaisryhmiin. Tärkeintä on monasti kuitenkin selkeästi kertoa asiakkaan läheisille hoidon sisällöstä ja ongelman luonteesta. Monet päihdeongelmaisten läheiset haluavat olla mukana hoidossa, ja kotona tehtävässä katkaisuhoidossa se on mahdollista.

Asiakkaan läheisten huomioimista on myös asiakkaan ohjaaminen hoitoon kodin ulkopuolelle tarvittaessa. Joskus saattaa olla myös hyväksi, että katkaisuhoidon suoritetaan laitoksessa, jotta tilanne kotona pääsee rauhoittumaan. Näin on esimerkiksi sellaisissa tapauksissa, jossa asiakkaan juominen on vaikuttanut perheeseen ja varsinkin tämän lapsiin.

2.3.7 Hoidon yksilöllisyys

Yksi syy laitoksessa tehtävän katkaisuhoidon jälkeiselle retkahtamiselle on ihmisen palaaminen samaan ympäristöön, mistä on hoitoon lähtenyt. Laitoksessa ollessa selvänä oleminen on helpompaa kuin kotona, jossa olosuhteet, jotka ovat ylläpitäneet ja aiheuttaneet juomista, ovat edelleen olemassa hoidon jälkeenkin ja ovat suuri retkahdusriski, osalle jo hyvinkin nopeasti hoidon päätyttyä (Bartu & Saunders 1994, 13; Zinn 1997, 24).

On myös huomioitava, että nykyisessä järjestelmässä laitostarkkaisu on ajoittain asiakkaita, joilla laitoshoidon tarvetta ei välttämättä ole, mutta avokatkaisu on silti osoittautunut riittämättömäksi. Osalle asiakkaista yhteisöön sitoutuminen saattaa olla itsessään tekijä, joka estää hoidon jatkumisen. Tällöin asiakkaan saattaa olla vaikeaa sitoutua hoito-ohjelmaan ja yhteisöön. Tarjoamalla katkaisuhoidon mahdollisuutta kotona tällaiset ongelmat voidaan välttää.

2.3.8 Erityisten asiakasryhmien huomioiminen

Kotona tehtävä katkaisuhoidon on hyvä vaihtoehto laitos- tai avokatkaisulle suurimmalle osalle päihdeongelmaisia. Kun hoito tapahtuu asiakkaan kotona, pystytään asiakkaiden tilanteet ottamaan paremmin huomioon ja saattamaan hoidon piiriin myös ne asiakkaat, jotka elämäntilanteensa vuoksi eivät pystyisi muuten hoitoon lähtemään.

Yksi suuri asiakasryhmä, jolle kotona tehtävä katkaisuhoidon helpottaa hoidon saamista, ovat ikääntyneet asiakkaat. Kotipalveluissa tavataan alkoholia käyttäviä asiakkaita entistä useammin, joka kertoo omalta osaltaan vanhusten päihdeongelmien lisääntymisestä (Päihdetilastollinen vuosikirja 2010, 21). Vanhuksilla saattaa olla vaikeuksia kotoa poistumisessa, ja täten myös juomisen lopettamiseen on vaikeaa saada apua. Tästä on hyviä kokemuksia Suomestakin, esimerkiksi vuonna 2009 Vantaalla startannut KotiKatko -projekti painottuu juuri tällaisten asiakkaiden hoitoon, jotka eivät kotoa pysty poistumaan. Katkaisuhoidon henkilökunta tekee tarvittaessa yhteistyötä kotipalvelun kanssa niin hoidon alkamisen kuin jatkohoidon suunnittelunkin parissa. Samalla tavoin kotiin vietävä katkaisuhoidon helpottaa vammaisten asiakkaiden hoitoon pääsyä.

Alkoholi saattaa kuulua myös parisuhteeseen niin, että molemmat suhteen osapuolet käyttävät sitä ongelmallisesti ja haluavat saada juomisen katkaistua. Pariskuntien hoito katkaisuhoidolaitoksessa on osoittautunut ongelmalliseksi, sillä yhteisön säännöt ovat ristiriidassa sen kanssa, miten pariskunta on normaalisti tottunut yhdessä olemaan. On myös huomattu, että päihdekierre saattaa liittyä niin tiiviisti parisuhteeseen, että osapuolten erottaminen esimerkiksi eri hoitolaitoksiin on tarpeellista. Kuitenkin on myös niitä asiakkaita, jotka ehdottomasti haluavat saada apua juomiseensa yhdessä, ja näkevät pikemminkin suhteensa voimavarana kuin retkahtamisriskinä. Tällaisten asiakkaiden kohdalla kotona tehtävä katkaisuhoido on hyvä vaihtoehto.

Hoito-ohjelma pystyy myös ottamaan työssäkäyvät asiakkaat paremmin huomioon. Katkaisuhoido laitoksessa on mahdoton sovittaa työn kanssa, eikä päivätöitä tekevällä ole mahdollista käydä hakemassa päivittäin avokatkaisulääkkeitä ilman poissaoloja töistä. Katkaisuhoidon tapahtuessa tällaisen asiakkaan kotona, pystytään käynnit sopimaan asiakkaan työaikojen kanssa niin, että työssäkäynti ei häiriinny. Tämä on usein asiakkaalle mielekkäämpi vaihtoehto, sillä monelle työssäkäynti on syynä hoidon hakeutumisen estymiselle tai hoidon keskeytymiselle (Watts 2001, 36).

2.4 Katkaisuhoido elämänmuutoksen osana

On tässä vaiheessa hyvä huomioida, että edellä olen pitkälti esitellyt kotona tehtävän katkaisuhoidon hoito-ohjelmaa siinä määrin kuin se ulkomaisissa tutkimuksissa ilmenee. Suuri ero suomalaiseen hoitojärjestelmään näyttäisi olevan se, ettei mallissa ole mukana lainkaan sosiaalialan ammattilaista, vaan hoito suoritetaan sairaanhoitajan ja lääkärin toimesta. Näin on myös ollut Vantaan KotiKatkon mallissa (Råman 2011). Näissä sekä arviointi, hoidon kulku ja jatkosuunnitelma ovat kaikki sairaanhoitajan ja lähihoitajan tehtäviä.

Tutkimastani kirjallisuudesta nousee selkeästi kaksi seikkaa, jotka ovat hyvin merkittäviä hoidon onnistumisen ja tarkoituksenmukaisuuden kannalta; kokonaisvaltainen arviointi ja tavoitetta tukevan jatkosuunnitelman tekeminen. Nämä ovat juuri sosiaalityön painopisteitä, joita haluan tutkimuksessani tuoda esiin. Tutkimuksellani haluan perustella psykososiaalisen näkökulman vahvistamista kotona tehtävän katkaisuhoidon mallissa entistä vahvemmin. Työssäni katkaisuhoidoasemalla olen työskennellyt moniammatillisessa tiimissä, jossa olen huomannut ajoittain hyvinkin suuria näkemuseroja sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten välillä. En usko, että

sairaanhoidajan ammattiin kuuluu sellainen kokonaisvaltaisen tilanteen arvioinnin osaaminen kuin esimerkiksi sosiaalityöntekijällä tai sosionomilla, samoin kuten sosiaalialan ammattilaiset eivät pysty korvaamaan sairaanhoitajaa. Palveluja tuottaessa niitä ostava taho, varsinkin kilpailuttamista suosivassa yhteiskunnassa, usein karsii kustannukset minimiin, enkä näekään mitään muuta syytä sosiaalialan osaajan puuttumiselle tällaisesta hoito-ohjelmasta. Tutkimukseni tavoite on tuoda muutostyön merkitys näkyvämmäksi kotona tehtävän katkaisuhoidon sisällössä, jolloin se myös on pitkällä aikavälillä moninkertaisesti tehokkaampi väliintulon muoto.

Pelkillä terveydenhuollon keinoilla on mahdollista suorittaa katkaisuhoido onnistuneesti päätökseen, mutta ne eivät tarjoa vastauksia päihdeongelmasta toipumiseen. Toki päihdeongelmaakin voi tarkastella monelta kannalta, mutta tutkimuksessani keskiössä on toiminnan ja ajattelun muutokseen perustuva käsitys päihdeongelman hoidosta, ei niinkään sen seurausten lääkitseminen. Muutokseen keskittyvässä työssä on tärkeää tuntea muutosprosessin sisältö ja sen kulku. Seuraavassa luvussa käsittelem muutosta kuvailevaa transteoreettista muutosvaihemallia tällaisena hoidollisena viitekehyksenä.

3 Transteoreettinen muutosvaihemalli muutosta kuvaavana teoriana

Olen valinnut tutkimukseeni muutoksen eri vaiheita ja etenemistä kuvailevan transteoreettisen muutosvaihemallin (jatkossa muutosvaihemalli) muutosta selittäväksi viitekehyykseksi. Muutosvaihemalli jakaa muutosprosessin pienempiin osatekijöihin neljän eri ulottuvuuden, vaiheiden, prosessien, päätöstopainon ja pystyvyyden, avulla ensisijaisesti kahdesta syystä. Ensinnäkin, mallin avoimuus ja kokonaisvaltaisuus antavat sosiaali- tai päihdeyöntekijälle tilaa arvioida ja puuttua tilanteeseen kokonaisvaltaisesti asiakkaan tilanteesta, eikä tietystä rajatusta terapiasuuntauksesta käsin (Norcross ym 2010, 151: Barber 1995, 26). Toisekseen, mallia on tutkittu, kehitetty ja sovellettu päihdeongelman hoitoon laajalti (Connors ym. 2001, 5) ja vaikka mallin perusta on luotu 1980-luvulla, on malli edelleen ajankohtainen niin tutkimuskentällä kuin käytännössäkin. Tutkimuksessani olen tutkinut muutosvaihemallin kehitystä Prochaskan ja DiClementen 1980-luvun ensimmäisistä versioista tähän päivään saakka sekä päihdealan ja psykologian joulaleista, että sen sovelluksista päihdeongelman hoitoon. Koska kaikki käyttämäni kirjallisuus on englanniksi, olen itse suomentanut käsitteet niin, että ne sopivat tutkimukseni kieleen.

Ensimmäiseksi käsittelen mallin historiaa lyhyesti käsitellen sitä, mihin tarpeeseen se on kehitetty, miten sitä on vuosien aikana muokattu ja paranneltu, sekä sitä, miten se nykyään ymmärretään. Tämän jälkeen esittelen mallin varsinaisen sisällön. Käyn läpi muutosvaihemallin eri ulottuvuudet, niiden väliset suhteet ja niiden paikantumisen muutoksen edetessä. Kolmantena esittelen muutosvaihemallia kohtaan esitettyä kritiikkiä ja sen rajoituksia, ja viimeisenä sitä, miten muutosvaihemallia on sovellettu päihdeongelman hoitoon.

3.1 Historiaa

1970-luvun lopun Yhdysvalloissa psykiatria ja erityisesti psykoterapia oli ollut ns. luovassa kriisissä, joka oli johtanut siihen, että erilaisia rekisteröityjä terapiasuuntauksia ja -malleja oli yli 200. Psykoterapian sisäinen eriytyvyys ja suuntausten pirstaloituneisuus nousi suureksi huolenaiheeksi, jolloin tutkijat sekä teoreetikot alkoivat etsiä tapoja ammattiryhmän yhdistymiseksi ja erilaisten suuntausten yhtenäistämiseksi. (Prochaska & DiClemente 1982, 276-277: Joseph ym. 1999, 164).

Prochaska ja DiClemente (1982, 277) määrittivät kokoavassa tutkimuksessaan tällöin olemassa olleista terapiasuuntauksista 18 yleisintä ja käytetyintä, ja alkoivat näitä vertailemalla etsiä suuntauksille yhtenäistä pohjaa siitä, miten määrätietoinen ja tarkoitushakuinen muutos etenee ja sitä, millaisia vaiheita ja prosesseja muutos pitää sisällään riippumatta siitä, minkälainen terapia on kyseessä tai onko sitä lainkaan (Prochaska ym. 1992, 1102). Muutosvaihemallia on sen kehittämistä lähtien sovellettu terveyskäyttäytymiseen monella taholla, ja sitä on tutkittu esimerkiksi tupakan, alkoholin tai huumeiden käytön lopettamisessa, seksuaalikäyttäytymisessä, ruokavalion muutoksessa ja liikuntatottumuksissa (Prochaska ym. 1994, 39). On tärkeää jo tässä vaiheessa painottaa, että muutosvaihemalli ennen kaikkea kuvailee sitä, miten muutos tapahtuu, mutta ei sisällä selitystä siitä, miksi muutos ei tapahdu (Joseph ym. 1999, 169). Käyttämäni kirjallisuus on pääasiassa yhdysvaltalaisissa ja brittiläisissä päihdealan jurnaaleissa ilmestyneitä artikkeleita.

Koska tutkijat ovat 80-luvulta lähtien jatkaneet muutosvaihemallin kehittämistä ja sen soveltamista (katso Connors ym. 2001, 5), käsittelen mallia ja erityisesti muutoksen ulottuvuuksia tässä tutkielmassa sellaisena kuin ne nykyään ymmärretään. Seuraavaksi esittelen muutosvaihemallin neljä ulottuvuutta; vaihe-, prosessi-, päätöstopaino- ja pystyvyysulottuvuudet.

3.2 Muutosvaihemallin ulottuvuudet

Muutosvaihemalli koostuu neljästä ulottuvuudesta. Kaksi tärkeintä, sekä eniten tutkittua ulottuvuutta ovat muutoksen vaiheet ja muutoksen prosessit, jotka kuvaavat sitä, kuinka pitkälle ihminen on muutoksessa edennyt, ja minkälaisia kokemuksellisia tai toiminnallisia prosesseja näihin vaiheisiin liittyy. Muutosvaihemallin uudemmat ja suhteessa vähemmän tutkitut (Migneault ym. 2005, 438; Armitage 2009, 203) päätöstopaino ja pystyvyys käsitellään tämän jälkeen. Viimeiseksi havainnollistan kuvallisesti (kuva 2) ulottuvuuksien väliset suhteet ja sen, miten eri ulottuvuuksien arvioinnista on hyötyä käytännön työssä hoitoa suunniteltaessa ja toteutettaessa.

3.2.1 Muutoksen vaiheet

Muutosvaihemallin tärkein ja eniten tutkittu ulottuvuus on eri vaiheiden määrittely riippuvuusongelmasta toivuttaessa ja muutoksen edetessä (Migneault ym. 2005, 438; Norcross ym. 2010, 143; Armitage 2009, 197). Tutkiessaan erilaisia terapiasuuntauksia ja toipumisreittejä, muutosvaihemallin kehittäneet Prochaska ja DiClemente löysivät muutokselle ominaiset neljä

vaihetta (Prochaska & DiClemente 1982, 283-284), jotka toistuivat yhtä lailla eri terapiasuuntauksissa, kuin myös ilman ammatillista terapiaa tapahtuneessa muutoksessa. Muutosvaihemallin sittemmin kehittyessä nelivaiheisesta viisivaiheiseksi, nämä muutoksen viisi vaihetta on nimetty esiharkinnaksi, harkinnaksi, valmisteluksi, toiminnaksi ja ylläpidoksi (Prochaska ym. 1992, 1103; Prochaska ym. 1992, 826; Connors ym. 21).

Esiharkintavaiheessa varsinainen muutos ei ole vielä alkanut. Tässä vaiheessa yksilö on usein muutosvastainen ja saattaa kieltää ongelman olemassaolon (Barber 1995, 27; Connors ym. 2001, 13), tai ei ole siitä edes tietoinen, vaikka ympärillä olevat ihmiset sen jo huomaavat. Ongelmaa piilotellaan ja sitä vähätellään, ongelmallista toimintaa ei haluta muuttaa tai siihen välttämättä koeta pystyvän vaikuttaa. Myös aiemmat epäonnistuneet toipumisyriytykset vaikeuttavat muutoksen uudelleenkäynnistämistä (Connors & Donovan & DiClemente 2001, 5). Hoitoon hakeutuminen tässä vaiheessa tapahtuu usein ympäristön, kuten perheen tai työnantajan, luomasta paineesta, ei niinkään yksilön omasta halusta muuttaa juomistaan (Prochaska ym. 1992, 1103; Connors ym. 2001, 15). Mikäli toipuminen ei etene tästä vaiheesta, juominen saattaa olla hallinnassa niin kauan kuin paine on olemassa, ja vastaavasti sen poistuessa retkahtaminen on hyvin todennäköistä. Esiharkintavaiheessa yksilö saattaa olla myös ambivalentti muutoksen suhteen (Connors ym. 2001, 15). Yksilön katsotaan olevan esiharkintavaiheessa, kun tämä ei ole valmis muuttamaan toimintaansa seuraavaan kuuteen kuukauteen (Connors ym. 2001, 14).

Harkintavaiheessa yksilö tiedostaa ongelman, pohtii omaa toimintaa ja käyttäytymistään, sekä niiden vaikutuksia ja seurauksia. Arvojen ja toiminnan ristiriita tulee tässä vaiheessa näkyväksi, kuten myös haittojen ja hyötyjen punnitseminen. Harkintavaiheessa olevalle yksilölle ominaista on toiminnan ja arvojen välisestä ristiriidasta johtuva ahdistus (Connors ym. 2001, 18). Harkintavaiheessa yksilö ei ole kuitenkaan vielä sitoutunut muuttamaan toimintaansa. Tämä vaihe saattaa kestää kauan, jopa useita vuosia ilman, että muutos näkyy mitenkään yksilön toiminnassa. Harkintavaihetta hyvin kuvaavaa on, että yksilö toteaa muutoksen tarpeellisuuden ja hyödyllisyyden, muttei välttämättä ole vielä valmis tekemään töitä sen eteen. (Prochaska ym. 1992, 1103.) Tässä vaiheessa yksilö saattaa jo hakeutua hoitoon, vaikkei vielä olisikaan valmis muuttamaan toimintaansa. Tällainen ambivalenssi on harkintavaiheessa olevalle hyvin ominaista (Tomlin & Richardson 2004, 14). Yksilön katsotaan olevan harkintavaiheessa silloin, kun tämä kokee olevansa valmis muuttamaan toimintaansa seuraavan kuuden kuukauden sisällä. Kuitenkin harkintavaihe ja juuri päätöksen teko toiminnan muuttamisesta saattaa kestää jopa useita vuosia

(Connors ym. 2001, 19-20).

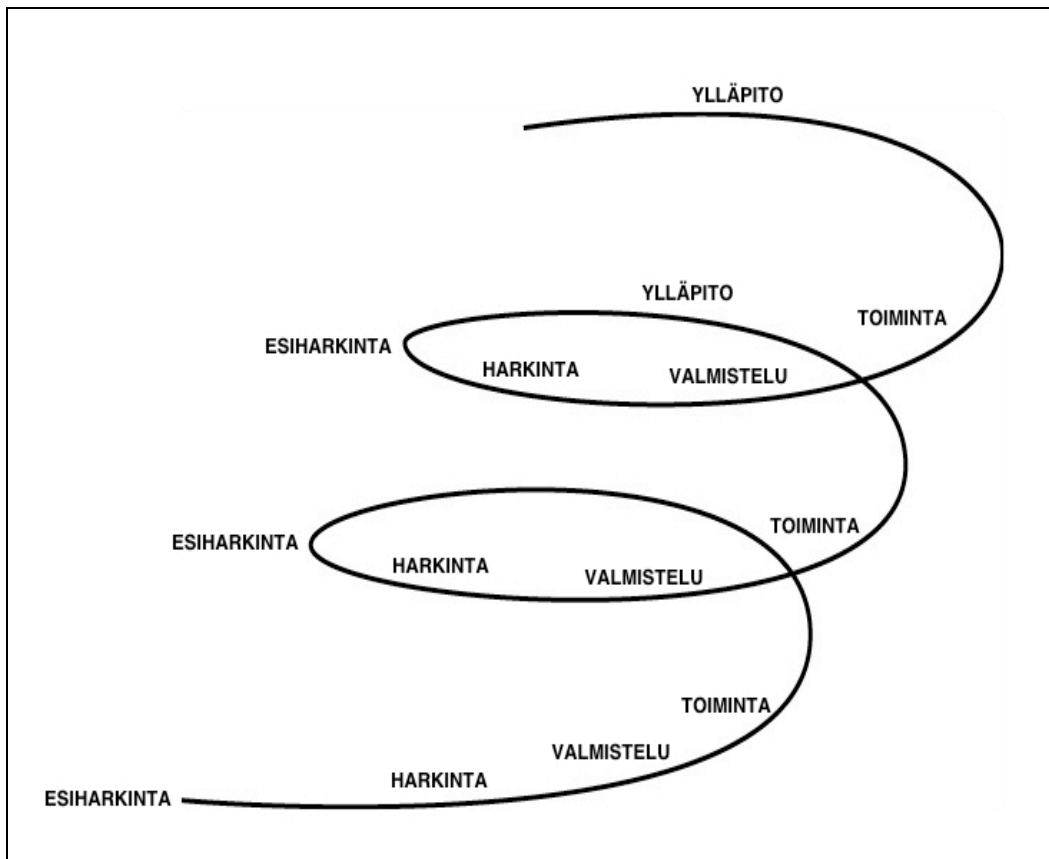
Harkinta johtaa muutoksen *valmisteluun*, jossa toimintaa ja asenteita aletaan muuttaa joko ensimmäistä kertaa (Barber 1995, 27) tai mahdollisen aiemman retkahduksen jälkeen (Connors ym. 2001, 21). Muutokset ovat pieniä, esimerkiksi juotavien alkoholiannosten satunnaista vähentämistä ja esimerkiksi juomapäiväkirjan pitämistä, mutta varsinaista pitkän tähtäimen tavoitetta ei ole vielä määritetty. Valmisteluvaiheessa yksilö kuitenkin suunnittelee varsinaisen muutoksen eteen tehtävän toiminnan aloittamista lähiaikoina, tavallisimmin noin kuukauden sisään, myös päätös muutoksen tekemisestä tehdään valmisteluvaiheessa (Prochaska ym 1992, 1104; Connors ym. 2001, 22). Valmisteluvaiheessa yksilö käy läpi sekä kokemuksiin että käyttäytymiseen vaikuttavia prosesseja. Valmisteluvaiheen katsotaan olevan taitekohta prosessien jakaantumisessa muutoksen eri vaiheissa (Connors ym. 23).

Toiminnassa yksilö muuttaa käyttäytymistään jo konkreettisesti, sekä kiinnittää huomiota ympäristöönsä (Barber 1995, 28; Prochaska ym. 1992, 1104). Toimintavaiheessa yksilöllä on olemassa oleva tavoite, jota kohti, esimerkiksi juomista vähentämällä tai se kokonaan lopettamalla, pyritään. Toimintavaiheeseen eteneminen edellyttää valmisteluvaiheessa tehtyä päätöksen tekemistä ja motivaatiota muutoksen aikaansaamiseksi. Muutokseen sitoudutaan välttelemällä juomista mahdollistavia tilanteita ja ihmissuhteita ja etsimällä haitallisen käyttäytymisen tilalle uusia, tavoitetta tukevia toimintatapoja. Koska toimintavaiheessa muutos tulee eniten näkyväksi, usein virheellisesti ajatellaan muutoksen tapahtuvan vasta toimintavaiheessa (Prochaska ym 1992, 1104). On kuitenkin tärkeää nähdä, että toimintavaihe vaatii onnistuakseen pitkän työn esiharkinta-, harkinta- ja valmisteluvaiheissa. Yksilön ajatellaan olevan toimintavaiheessa, kun riippuvuusikäyttäytymistä on onnistuttu muuttamaan tavoitteen mukaisesti, kuten alkoholin käytön lopettaminen kokonaan. Toimintavaiheen katsotaan kestävän kolmesta kuuteen kuukauteen saakka aina siitä päivästä kun muutos on aloitettu. (Prochaska ym 1992, 1104; Connors ym. 2001 27.)

Ylläpitovaiheessa muutos on jo ainakin jossain määrin vakiintunut elämäntavaksi, mutta silti vanhaan käyttäytymiseen palaaminen saattaa houkuttaa. Mielitekojen ja –halujen kanssa kamppailu jatkuu vielä muutoksen vakiinnuttuakin. Ylläpitovaiheessa käytöksen muutos on jo pidemmällä, ja yksilö pitää yllä toimintavaiheessa vakiinnuttamia uusia toiminta- ja ajatustapoja, mutta kuitenkin etsii ja harjoittelee edelleen myös uusia tapoja ja keinoja retkahtamisen estämiseksi. On tärkeää huomioida, että muutos ei ole pysähtynyt ylläpitovaiheeseen siirryttäessä, vaan siinä tarkkaillaan

jatkuvasti keinojen toimivuutta ja kestävyyttä (Connors ym. 2001, 29). Ylläpitovaiheen kesto on määrittämätön, se saattaa kestää jopa loppuelämän, kuten esimerkiksi monet AA-ryhmäläiset kuvaavat omaa raittiuttaan kymmenienkin vuosien raittiuden jälkeen. Vaikka teoreettisesti ajatellen koko muutosprosessille voisi määritellä loppupisteen, on kuitenkin tarkoituksenmukaisempaa ajatella, että ylläpitovaihe todella jatkuu loppuelämän (Connors ym. 2001, 31), vaikkei muuttunutta toimintaa tarvitsisi kovinkaan aktiivisesti pitää yllä enää vuosien raittiuden jälkeen. Kliinisesti yksilön ajatellaan olevan ylläpitovaiheessa, kun tavoitteeseen pääsystä (kuten raittiuden alusta) on kulunut yli kuusi kuukautta (Connors ym. 2001, 30). Mikäli yksilö ei tee töitä muutoksensa ylläpitämiseksi, johtaa tämä usein *retkahdukseen*. (Prochaska hm 1992, 1104.)

Juuri retkahdus, eli vanhaan toimintaan ja ongelmakäyttäytymiseen palaaminen, tekee muutosvaihemallista kehämäisen tai spiraalimaisen. Retkahdus on muutosvaihemallin varhaisissa vaiheissa käsitetty erillisenä vaiheena, mutta nykyisen määritelmän mukaan se on pikemminkin vaiheissa taantumista aiheuttava ilmiö. Se, että retkahtaessa muutos alkaisi aina esiharkintavaiheesta ja johtaisi lineaarisesti ylläpitovaiheeseen tai muutoksen päättämiseen, ei pidä muutosvaihemallin mukaan paikkaansa. Suurin osa kaikista riippuvuudesta eroon pyrkivistä retkahtaa jossain vaiheessa. Muutosvaihemallissa retkahdus johtaa regressioon ja edelliselle tasolle palaamiseen, kuten toimintavaiheesta harkintaan tai harkintavaiheesta esiharkintaan, riippuen retkahduksen kestosta ja sen merkityksestä ihmiselle itselleen. Retkahdus saattaa olla yksilölle myös niin suuri epäonnistuminen ja vaikea paikka, että usko muutoksen mahdollisuuteen loppuu täysin. Tällöin he palaavat esiharkintavaiheeseen määrittelemättömäksi ajaksi. (Prochaska ym 1992, 1104: Connors ym 2001, 8.) Retkahduksen ja muutoksen luonnetta voidaan havainnollistaa spiraalimaisesti, kuten kuvassa 1. Retkahdus aiheuttaa näin ajatellen taantumisen esiharkintavaiheeseen, muttei suinkaan johda yksilöä takaisin samaan alkupisteeseen, mistä tämä on lähtenyt.



Kuva 1: Muutosvaihemalli spiraalina (alkuperäinen kts. Prochaska & DiClemente & Norcross 1992, 1104)

Koska retkahdus kuuluu osana riippuvuusongelmasta toipumiseen, on tärkeää, että retkahdusta ei rinnasteta epäonnistumiseen tai muutoksen mahdottomuuteen. Muutosvaihemallissa retkahdus ei johda ympyrämäiseen muutosprosessin uusintamiseen, vaan retkahdus on enemmänkin oppimiskokemus (Prochaska ym. 1992, 1105; Connors ym. 2001, 9). Tällöin muutosprosessin edetessä yksilö voi joko terapeutin kanssa tai itsenäisesti harkinta- ja valmisteluvaiheessa löytää sellaisia retkahdukseen johtaneita tekijöitä, joita on jatkossa mahdollista välttää. Vastaavasti retkahduksesta voi löytää sitä jälkeenpäin tarkasteltaessa sellaisia toipumiseen tarvittavia seikkoja, joita ei ole vielä käsitelty.

Muutosvaihemallia sovellettaessa erilaisiin elämäntilanteisiin ja niiden ongelmiin, saattaa malli joskus loppua ylläpitovaiheen jälkeen muutoksen *lopettamisvaiheeseen*, missä vanhasta ja haitallisesta toiminnasta on päästy täysin eroon, eikä uudesta elämäntavasta ole paluuta takaisin. Kuitenkaan muutosvaihemallin nykyisessä muodossa lopettamisvaihetta ei enää ole, vaan ylläpitovaiheen katsotaan kestävän loppuelämän, varsinkin päihdeongelmaan sovellettaessa.

Muutosvaihemallia ei ole syytä tulkita lineaarisesti niin, että yksilöiden toipuminen kulkisi aina samanlaisen reitin samassa ajassa ja järjestyksessä, vaan siten, että kestävä muutos ja riippuvuudesta toipuminen edellyttää kaikkien vaiheiden läpikäymistä (Prochaska, DiClemente, Velicer & Rossi 1992, 825; Connors ym. 2001, 6). Yksilö saattaa esimerkiksi haluta siirtyä toimintavaiheeseen hyvinkin nopeasti esiharkintavaiheen jälkeen, mutta mahdollisuus retkahtaa on hyvin todennäköistä, sillä esiharkinta- ja harkintavaiheen luomaa pohjaa muutokselle ei ole luotu.

3.2.2 Muutoksen prosessit

Edellä esitetyt muutoksen vaiheet kuvaavat muutoksen syklistä rakennetta ja eri vaiheille ominaisia piirteitä yksilön ajattelussa ja toiminnassa. Tarkemmin muutosta ja sen etenemistä selittävä ulottuvuus löytyy tarkastelemalla sitä, millaisia erilaisia prosesseja muutoksen eri vaiheisiin kulloinkin kuuluu.

Muutosvaihemallissa muutos jakaantuu kymmeneen, erilaisille terapiamuodoille yhteiseen, prosessiin (Prochaska ja DiClemente 1982), jotka kukin voivat pitää sisällään lukuisia erilaisia tekniikoita ja menetelmiä. Prochaska ja DiClemente (1982, 281) tulivat jo muutosvaihemallia hahmottelevassa tutkimuksessaan siihen tulokseen, että voidakseen yhdistää erilaisia terapia- ja muutosteorioita, heidän täytyy ottaa huomioon sekä yksilön sisällä tapahtuvat, että yksilön ja tämän ympäristön välillä tapahtuvat prosessit. Prosessit voidaan jakaa karkeasti **kokemusperäisiin** (1-5) ja **toiminnallisiin** (6-10) prosesseihin (Connors ym. 2001, 23; Rosen 2000, 594; DiClemente 1993, 104). Seuraavaksi avaan muutosvaihemallin prosesseja Barberin (1995, 29-31) ja DiClementen (1993, 102) mukaan.

1. Tietoisuuden lisääminen, jossa yksilön tietoisuutta käyttäytymisestään ja ongelmastaan lisätään. Yksilön toiminnasta voidaan tehdä havaintoja esimerkiksi erilaisin mittarein ja kyselyin, ja tätä kautta tuoda ongelmaa näkyväksi sekä yksilön käyttäytymistä ja toimintaa heijastamalla, että faktatietoa käyttäytymisen ongelmallisuudesta lisäämällä. Tietoisuuden lisääminen pystyy myös kyseenalaistamaan yksilön kieltämisen, jota esiintyy muutoksen alkuvaiheessa esimerkiksi ongelman vähättelynä tai tekosyiden käyttämisenä. Mitä enemmän ongelman kieltämisen ”perusteluja” saadaan tuotua esiin, sitä suurempi mahdollisuus muutoksen etenemiseen on. Lisäksi ongelmasta toipumisen mahdollisuus on tärkeä ottaa huomioon tietoisuuden lisäämisessä; muutoksen esteenä saattaa olla myös yksilön käsitys ongelman pysyvyydestä, jolloin tietoa eri toipumisreiteistä ja selviytymistarinoista on syytä tuoda esiin.

2. *Ympäristön uudelleenarviointi*, jossa arvioidaan, miten ongelma vaikuttaa yksilöön ja läheisiin ihmisiin ja ihmissuhteisiin. Tätä prosessia voidaan käsitellä samalla tavoin kuin edellistä, mutta painottamalla yksilön sisäisen ambivalenssin sijaan sitä, miten ongelmakäyttäytyminen vaikuttaa muihin ihmisiin. Tämä prosessi liittyy myös laajempaan sosiaaliseen ympäristöön, kuten esimerkiksi asumiseen, työhön, opiskeluun, harrastuksiin, tai muihin yksilön elämään liittyviin tärkeisiin asioihin, ja ristiriidan esiin nostaminen näiden tekijöiden suhteen.

3. *Dramaattinen kokemus* tarkoittaa vahvojen tunnekokemusten vaikutusta muutoksen etenemiseen. Tällaisia voivat olla esimerkiksi toiminnan aiheuttamisen negatiivisten tunteiden, kuten ahdistuksen, pettymyksen, epäonnistumisen, vihan ja surun kokeminen ja kohtaaminen. Muutoksen alkuvaiheessa etsitään tapoja ilmaista sitä, miltä ongelma ja myös muutos tuntuu ja miten se koetaan. Yksilön rohkaiseminen ns. epä mukavuusalueelle saattaa laukaista tällaisen tunnereaktion, joka rohkaisee muutokseen. Myös läheisten ihmisten tunnereaktioita voidaan käyttää tässä prosessissa hyödyksi.

4. *Itsensä uudelleenarviointi* on prosessi, missä yksilö arvioi ja pohtii tunteitaan ja ajatuksiaan suhteessa ongelmaansa. Arvojen ja toiminnan välisen ristiriidan katsotaan olevan tärkeä muutoksen käynnistäjä. Uskomusten ja toiminnan vaikutuksen uudelleenarviointi on myös osa tätä prosessia. Yksilön arvioidessa toimintaansa tämä tarkastelee toimintansa positiivisia ja negatiivisia puolia suhteessa muutoksen positiivisiin ja negatiivisiin tekijöihin. Tätä kutsutaan päätöstasapainoksi, jota pidetään niin olennaisena osana muutoksen vaiheita, että se on myös muutosvaihemallin yksi neljästä ulottuvuudesta (lisää luvussa 3.2.4). Ristiriidan ja ambivalenssin esiintuominen on siis tärkein tekijä tässä prosessissa.

5. *Sosiaalisen vapautumisen* prosessissa etsitään uusia toimintoja, jotka eivät aiheuta tai laukaise ongelmaa. Yksilö saattaa perustella ongelmakäyttäytymisensä sillä, että ympäristön paineet ovat liian suuret muutoksen tekemiseksi, ja näiden tilalle pyritään löytämään konkreettisia vaihtoehtoja. Esimerkiksi päihdeongelmainen ihminen voi kokea muutoksen mahdottomaksi nykyisessä elämäntilanteessa, jossa ihmissuhteet ovat rakentuneet päihteen käytön ympärille, eikä käytön lopettaminen tunnu mielekkäältä eristäytymisen pelon vuoksi.

6. *Muutokseen sitoutuessaan* yksilö on tehnyt ratkaisun alkaa toimia muutoksen eteen ja sitoutua siihen. Tässä vaiheessa yksilö myös uskoo pystyvänsä muutokseen, ja tiedostaa riskit ja houkutukset retkahtamiseen tai vanhaan palaamiseen. Muutokseen sitoutuminen on prosessi, jossa huomio käännetään ambivalenssin käsittelystä toimintaan. Muutosvaihemallin neljäs ulottuvuus,

pystyvyys (lisää luvussa 3.2.5 perustuu tälle prosessille, painottuen sitä enemmän, mitä pidemmällä muutos on. Prosessin englanninkielinen nimi ”self-liberation” myös tuo hyvin esiin näkökulman yksilön itsensä asettamisesta muutoksen keskeisimmäksi toimijaksi, korostaen tämän omia voimavaroja ja pystyvyyttä.

7. *Vaihtoehtoinen toiminta* on prosessi, missä haetaan uudenlaisia toimintatapoja ongelmakäyttäytymisen sijaan, kuten uusia tapoja rentoutua, käsitellä pahaa oloa, saada positiivisia tunteita. Vaihtoehtoista toimintaa täytyy usein harjoitella, sekä korostaa muutokseen sitoutumista ja pitkäjänteisyyttä, mikäli näitä ei ensimmäisillä yrityksillä löytyisikään. Tätä prosessia voidaan myös käsitellä syy-seuraus –näkökulmasta luomalla selviytymisstrategioita erilaisten tuntemuksien tai mielitekojen varalle. Prosessille on tärkeää, että vaihtoehtoinen toiminta on konkreettista ja yksilön tarpeille perustuvaa. Vaihtoehtoisen toiminnan ja sen ylläpitämisen arviointi muutoksen edetessä on työntekijän kannalta tärkeä tässä prosessissa.

8. *Ärsykekontrolli*, jossa vältetään ongelmakäyttäytymistä aiheuttavia olosuhteita ja ärsykeitä ja luodaan strategioita niiden välttämiseksi samaan tapaan kuin edellisessä prosessissa, mutta painotetaan toiminnan muutosta niin, että ärsykeitä retkahtamiseen vähennetään ja ennaltaehkäistään. Samoin kuten edellisessä prosessissa, mahdollisimman konkreettiset ratkaisut ovat tässäkin prosessissa tehokkaimpia, kuten esimerkiksi oluthyllyn ohi kävelyn välttäminen supermarketissa. Myös yksilön ihmissuhteita on tärkeää tarkastella tässä prosessissa; miten esimerkiksi puolison päihteiden käyttö vaikuttaa muutosta tavoittelevaan yksilöön tai miten juhlatilaisuuksissa on mahdollista välttää alkoholin käyttöä ilman, että joutuu kiusalliseen tai vaikeaan tilanteeseen.

9. *Vahvistamisen ja palkitsemisen* aikana etsitään uusia tapoja itsensä palkitsemiseksi. Tässä prosessissa huomio on toiminnan seurauksessa, ei sitä laukaisevissa tekijöissä (kuten prosesseissa 7 ja 8). Mikäli toiminnan muutos on ollut pysyvää, yksilö voi palkita itseään tavoitteessa pysymisestään, kuin myös rankaista itseään vanhaan palatessaan. Näin ollen muutoksen jatkuvuutta voidaan tukea ja mahdolliseen retkahdukseen voidaan puuttua heti, ilman että se johtaa takaisin muutoksen alkuvaiheille. Vahvistamiseen liittyy myös edellisten prosessien arviointia; mikä on osoittautunut toimivaksi ja mikä taas ei.

10. *Tukeviin ihmissuhteisiin* kuuluu paitsi uusien ja muutosta tukevien ihmissuhteiden luominen, myös avoimuuden ja luottamuksen harjoittelu. Työntekijän ja yksilön välinen, luottamukseen perustuva terapeutin allianssi on tällainen yksilön avoimuutta harjoittava ihmissuhde, kuten

myös erityisesti päihdeongelman itsehoidossa laajalti käytössä olevat erilaiset vertaistukiryhmät, joissa yksilö pystyy tuomaan ajatuksensa ja tunteensa esiin niin, että hän tulee ymmärretyksi sellaisten ihmisten toimesta, jotka itse käyvät läpi samanlaisia tuntemuksia. Auttavien ihmissuhteiden prosessiin kuuluu myös muutokselle haitallisten ihmissuhteiden pois jättäminen.

Muutosprosessien ja –vaiheiden yhteenkuuluvuuden on todettu olevan muutosvaihemallin tärkein käytännön sovellutus (Prochaska & DiClemente 1998; ref. Rosen 2000, 593; Armitage 2009, 195) riippuvuusongelmaisten parissa työskenteleville. Seuraavassa luvussa tarkastelen tarkemmin, miten eri prosessien on tutkittu liittyvän ja kiinnittyvän muutoksen vaiheiden mukaan.

3.2.3 Prosessit muutoksen eri vaiheissa

Prochaska (ym. 1992, 1109) alkoi tutkia muutosvaihemallia kehittäessään, miten prosessit integroituvat muutosvaiheisiin ja myöhemmin tuli siihen tulokseen, että prosessit ovat tehokkaampia, mikäli ne ajoitetaan oikein sen mukaan, missä vaiheessa yksilö on (Prochaska & Velicer 1997, 43). Tämän näkökulman ymmärtäminen on työntekijälle tärkeää, sillä näin ollen on mahdollista suunnitella, millaisia tekniikoita missäkin vaiheessa on tarkoituksenmukaista käyttää, ja mitä taas välttää haluttuun suuntaan edettäessä (Norcross ym. 2010, 144). Vaikka myöhemmässä tutkimuksessa (katso Migneault ym. 2005, 443) on osoitettu, etteivät muutoksen vaiheet ja prosessit kiinnity toisiinsa yksiselitteisesti, eivätkä prosessit välttämättä toistu samalla tavoin erilaisia riippuvuuksia tarkasteltaessa (Rosen 2000, 600), on niistä löydetty selviä yhteisiä painotuksia muutoksen eri vaiheissa (Prochaska ym. 1992, 1109; Norcross ym. 2010, 144). Esiharkinta- ja harkintavaiheissa korostuvat kokemukseräiset prosessit ovat yksilön tietoa ja tietoisuutta lisääviä, kun taas toimintaa muuttavat prosessit painottuvat toiminta- ja ylläpitovaiheisiin (Prochaska ym. 1992, 1112).

Esiharkintavaiheessa yksilöiden on todettu kiinnittyvän vahviten tietoisuuden lisäämisen, ympäristön uudelleenarvioinnin ja dramaattisen kokemuksen (1-3) prosesseihin (Connors ym. 2001, 106). Tulokset ovat johdonmukaisia siitä näkökulmasta tarkastellen, että esiharkintavaiheessa olevat usein kieltävät koko ongelman olemassaolon. Tällöin esimerkiksi itseen kohdistuvat tai toimintaa muokkaavat prosessit eivät ole yhdenmukaisia muutosvaiheen ja –motivaation kanssa. Esiharkintavaiheessa olevat yksilöt ovat usein myös terapiassa vähiten yhteistyöhaluisia (Prochaska ym. 1992, 1109).

Harkintavaiheessa olevat käyvät läpi ja työskentelevät samanlaisten prosessien parissa kuin esiharkintavaiheessa olevat, mutta ovat näissä prosesseissa monesti pidemmällä. Kun tietoisuus ongelmasta ja sen vaikutuksista on lisääntynyt, yksilö alkaa itseään uudelleenarvioimalla (4) käydä läpi omia arvojaan ja tunteitaan suhteessa ongelmaansa ja toimintaansa. (Prochaska ym 1992, 1109.) Harkintavaiheessa olennainen arvojen ja toiminnan ristiriidan havaitseminen, ja täten prosesseista ympäristön ja itsen uudelleenarviointi, ovat vahvasti toisiinsa liittyneitä (Rosen 2000, 598).

Valmisteluvaiheeseen päästäkseen yksilön on täytynyt alkaa käydä läpi ajattelua ja toimintaa, sekä arvoja että ympäristöä arvioivia prosesseja. Valmisteluvaiheen tärkeimpiä prosesseja ovat muutoksen sosiaalisiin esteisiin vaikuttava sosiaalinen vapautuminen (5), sekä muutokseen sitoutuminen (6), jossa tapahtuu kääntyminen kokemuksellisista prosesseista toiminnallisiin.

Valmisteluvaiheesta toimintavaiheeseen etenemisessä muutokseen sitoutuminen vahvistuu, sekä vaihtoehtoiseen toimintaan keskittyminen (7) ja ärsykekontrolli (8) vahvistuvat (Prochaska ym. 1992, 1109). Rosenin (2000, 598) poikkileikkaustutkimuksessa vahviten toimintavaiheeseen (kuten myös edelleen ylläpitovaiheeseen) liittyivät juuri muutokseen sitoutuminen ja korvaavan toiminnan aloittaminen. Toimintavaiheessa olennaista on yksilön muutosta tukevan toiminnan etsiminen, harjoittelu ja siihen kiinnittyminen, toisaalta myös ongelmakäyttäytymiseen palauttavan toiminnan välttäminen (9). Tukevien ihmissuhteiden luominen ja vahvistaminen (10), korostavat avoimuutta, ja näin ollen myös jatkavat aiemmin aloitettuja prosesseja, etenkin itsen uudelleenarviointia.

Ylläpitovaiheessa aiemmin aloitetut prosessit jatkuvat, yhä painottuen enemmän toiminnallisiin prosesseihin. Esimerkiksi ärsykekontrollin ylläpito ja tarkastelu jatkuu, mutta suuntautuu enemmän retkahdusta ja vanhaan ongelmakäyttäytymiseen palaamista estäviin prosesseihin. Tällaisia ovat etenkin vaihtoehtoisen käyttäytymisen prosessi, sekä muutosta vahvistavat palkitsemisen ja tukevien ihmissuhteiden prosessit (Prochaska ym. 1992, 1109.) Esiharkintavaiheessa korostettu arvojen ja toiminnan välisen ristiriidan tulisi olla ylläpitovaiheessa hälventynyt tai jopa kadonnut; nyt yksilö voi kokea olevansa ja toimivansa kuin sellainen ihminen, jollainen hän haluaisi olla.

Muutoksen vaiheiden ja prosessien on todistettu liittyvän toisiinsa usein kvantitatiivisin tutkimuksin, ja niistä tehdyin meta-analyysin niin psykoterapiaa (Norcross ym. 2010, 145) kuin yleisesti elintapakäyttäytymisen muutosta tutkittaessakin (Rosen 2000, 594). Vaikka poikittaistutkimuksilla ei ole pyritty todistamaan prosessien ja vaiheiden välistä riippuvuutta (Rosen 2000, 600), nämä tulokset antavat terapeutille tai sosiaalityöntekijälle mahdollisuuden sovittaa

käytettävät metodit ja interventiot asiakkaan tilanteeseen sen mukaan, missä muutosvaiheessa tämän arvioidaan olevan.

3.2.4 Päätöstopaino

Kolmas muutosvaihemallin ulottuvuus on päätöstopaino, jolla tarkoitetaan yksilön käyttäytymisen hyvien ja huonojen puolien punnitsemista ja niiden välistä vertailua. Tämän ulottuvuuden mukaan muutoksen edellytyksenä on, että yksilö arvioi käyttäytymisensä aiheuttavan suurempia ja vakavampia negatiivisia seurauksia positiivisiin seurauksiin nähden, sekä vastaavasti arvioi muutoksen hyödyn ja sen mukanaan tuomat hyvät puolet tärkeämmiksi kuin muutoksen myötä menettävät asiat. Tällaisia ovat esimerkiksi omaan fyysiseen ja henkiseen vointiin, terveyteen tai muihin ihmisiin vaikuttavat seuraukset. (Fiorentine & Hillhouse 2000, 498).

Päätöstopainon ulottuvuus perustuu Janisin ja Mannin (1977, ref. Prochaska ym. 1994, 40) päätöksenteon malliin, jossa kestävän päätöksen ja siihen sitoutumisen nähdään rakentuvan siitä seuraavien hyötyjen ja haittojen huolelliselle arvioinnille sekä siitä seuraavalle ristiriidalle. Janisin ja Mannin mallissa päätöksentekoon vaikuttaa yhteensä neljä eri tekijää; käyttäytymisen hyödyt ja haitat itseensä (1) ja muihin nähden (2), sekä hyväksyminen itseltään (3) ja muilta (4). Muutosvaihemalliin integroituaan päätöksenteko yksinkertaistettiin ainoastaan käyttäytymisen hyötyjen ja haittojen punnintaan (Prochaska ym. 1994, 40).

Tutkiessaan päätöksentekoa, Migneault (ym. 1999, 1325) huomasi tasapainon löytyvän kahden tai kolmen tekijän väliltä. Yksinkertaisemmassa vaihtoehdossa yksilö punnitsee käyttäytymisensä positiivisia ja negatiivisia puolia, kun taas kolmea tekijää tarkasteltaessa yksilö ottaa huomioon käyttäytymisensä positiiviset puolet samaan tapaan kuin edellisessäkin vaihtoehdossa, mutta erottaa negatiiviset vaikutukset ja puolet jo ilmenneisiin, käytännössä näkyviin haittoihin ja potentiaaliin haittoihin tulevaisuudessa.

Vaikka päätöstopainon ulottuvuus on löydettävissä myös edellä esitellyistä muutoksen prosesseista (erityisesti sekä itsensä että ympäristönsä uudelleenarvioinnista), on sen huomattu olevan suhteessa (Prochaska ym 1994, 44: Fiorentine & Hillhouse 2000, 499) muutoksen kaikkiin vaiheisiin. Mitä enemmän yksilö kokee hyötyvänsä muutoksesta, sitä varmemmin tämän on mahdollista siirtyä muutoksessa seuraavaan vaiheeseen. Asiaa voidaan tarkastella myös käänteisesti: toiminta- ja ylläpitovaiheessa olevat yksilöt arvioivat käyttäytymisensä haitat huomattavasti tärkeämmiksi kuin sen positiiviset puolet, kun taas esiharkintavaiheessa

käyttäytymisen aiheuttamat hyödyt ovat huomattavasti suurempia kuin haitat (Noar ym. 2003: Share ym. 2004, 532).

Juuri muutoksen punnitsemisen ja eri vaiheiden liittyminen yhteen antaa työntekijälle erinomaisen työkalun etenkin asiakkaan tilanteen arviointiin ja muutokseen motivoimiseen ja ajatusten ja toiminnan välisen ristiriidan esiin tuomiseen (Morgen & Gunneson 2008, 22: Carey ym. 2001, 80: LaBrie ym. 2006, 261: Collins ym. 2010, 86). Muutoksen punnitseminen ja ristiriitojen esiintuominen on ominaista myös päihdetyössä paljon käytetylle motivoivan haastattelun menetelmälle, johon palaan myöhemmin.

3.2.5 Pystyvyysulottuvuus

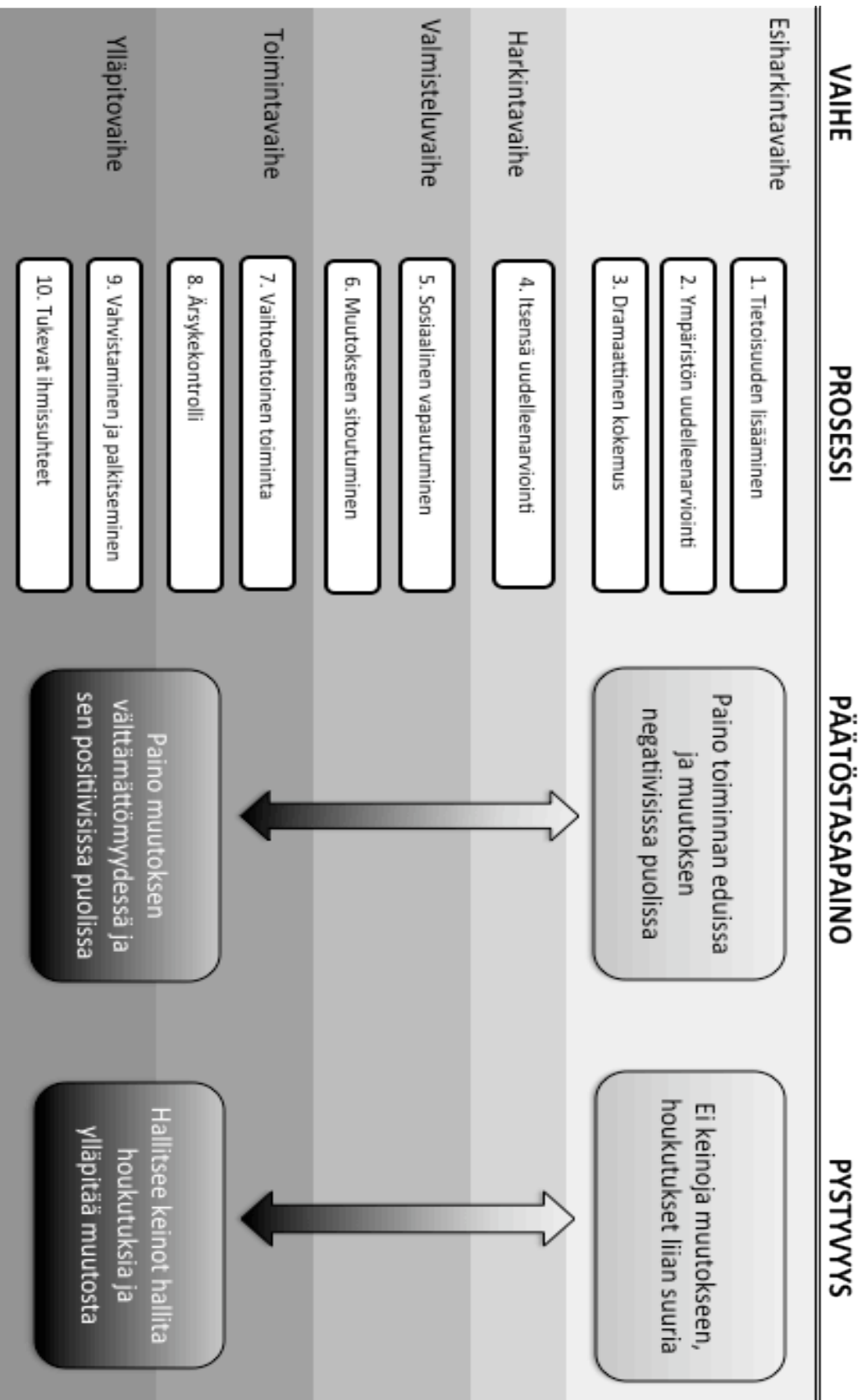
Neljäs muutosvaihemallin ulottuvuus on pystyvyys. Muutosvaihemallissa tämä perustuu Albert Banduran (1977) teoriaan siitä, että yksilön luottamus muutoksen mahdollisuuteen ja omiin voimavaroihinsa on edellytys sille, että yksilö ylipäättään yrittää muuttaa käyttäytymistään. Myös se, kuinka paljon yksilö panostaa muutokseen tai kuinka vakavissaan koko prosessin näkee, heijastaa sitä, kuinka paljon voimavaroja tämä kokee omaavansa. Kolmas näkökulma pystyvyysulottuvuuteen on haitalliseen vanhaan käyttäytymiseen johtavien kiusausten ja esteiden vastustaminen ja sietäminen. Mitä varmempi yksilö on muutoksen mahdollisuudesta, sitä paremmin tämä pystyy muutokselle haitallisia tekijöitä ja epävarmuutta sietämään. (Bandura 1977, 212.)

Kuten edellisessä luvussa käsitellyn päätöstopainon, myös pystyvyyden on tutkittu olevan yhteydessä muutoksen vaiheisiin (Migneault ym. 2005, 444). Mitä pidemmällä muutoksen vaiheissa yksilö on, sitä suurempi on myös tämän luottamus omiin voimavaroihinsa ja muutoksen toteutumiseen, ja vastaavasti kyky vastustaa kiusauksia on suurempi kuin esimerkiksi esiharkinta- tai harkintavaiheessa olevilla.

Sosiaalityö voimaannuttavana ja ihmisen omia voimavaroja vahvistavana työnä perustuu ajatukseen pystyvyydestä. Asiakkaan oman luottamuksen vahvistaminen onkin yksi tärkeimmistä asioista, mitä sosiaalityöntekijä voi päihdehoidossa tehdä. Koska kukin yksilö tai asiakas on tekemässä muutostyötä juuri omista, yksilöllisistä lähtökohdistaan, ei myöskään tämän voimavarojen ja itseluottamuksen vahvistaminen ole mekaaninen prosessi, joka olisi yleistettävissä kaikille. Jälleen – tämä korostaa sosiaalityön näkemystä päihdeongelman asiakaslähtöisestä ja yksilöllisestä hoidosta.

Pystyvyysulottuvuus tukee myös muutosvaihemallin näkemystä retkahduksesta ja sen merkityksestä riippuvuudesta toipumisessa. Banduran (1977, 211) mukaan yksilön voimavarakäsitys on todennäköisempi muutoksen ennustaja kuin esimerkiksi aiempien retkahdusten määrä tai niitä edeltäneet menneet tapahtumat. Tämä on linjassa sen käsityksen kanssa, että retkahdus on luonnollinen vaihe muutoksen edetessä, jolloin sitä ei ole hoidossakaan syytä pitää tulevaisuutta ennustavana epäonnistumisena.

Muutoksen eri ulottuvuudet ovat suhteutettavissa toisiinsa, ja järjestettävissä vaiheiden mukaan. Kuvassa 2 olen havainnollistanut aiemmissa luvuissa kuvaamani eri ulottuvuuksien riippuvuudet.



Kuva 2: Muutosvaihemallin ulottuvuudet

3.3 Muutosvaihemallin merkitys päihdeongelman hoidossa

Prochaska ja DiClemente (1982, 282) tiesivät jo muutosvaihemallia hahmotellessaan, että malli on ennen kaikkea muutosprosessia kuvaileva, eikä se sisällä varsinaista omaa teoriaa riippuvuuden synnystä tai muutokseen johtavista terapeuttisista keinoista. Koska kuten myöhemmissä tutkimuksissakin on todettu, varsinaisen terapian sisältö ja menetelmät ovat toissijaisia yksilön toipumisessa (Cooney ym. 2003, 224), muutosvaihemalli luo erinomaisen viitekehyksen erilaisten vaiheiden ja prosessien ymmärtämiselle ja tarkoituksenmukaisen työtavan valinnalle (Prochaska ym 1992, 827 : Barber 1995, 27.) Muutosvaihemalli liittyy yhteen sellaisiakin terapeuttisia malleja, jotka on ajateltu keskenään ristiriitaiseksi, näin ollen mahdollistaen riippuvuusongelman tarkastelun useammasta näkökulmasta (Prochaska 2006, 769).

Muutosvaihemallin suosion syyt linkittyvät sen viiteen tärkeimpään ominaisuuteen (Joseph & Breslin & Skinner 1999, 160). Ensinnäkin, sen myötä on alettu kiinnittää entistä enemmän huomiota sellaisiin yksilöihin, jotka eivät ole vielä muutokseen sitoutuneita, ja ovat joko esiharkinta- tai harkintavaiheessa, ja kehitetty sellaisia työtapoja, jotka liittyvät enemmänkin kokemuksellisiin ja tiedostaviin prosesseihin kuin käyttäytymisen muutokseen. Päihdeongelman hoidossa ja sen tutkimisessa törmätään usein vastustukseen ja ongelman kieltämiseen, sillä hoitoon hakeudutaan hyvinkin erilaisin tavoittein ja tilantein. Muutosvaihemallin painotus myös näihin ilmiöihin antaa työntekijälle työkaluja kohdata tällaisia asiakkaita ja sovittaa niitä prosesseihin, joita asiakkaan katsotaan muutosvaihemallin mukaan käyvän läpi muutosta vastustaessaan tai ongelmaa kieltäessään. Muutosvaihemalli ei ole siis käytännöllinen ainoastaan sellaisten yksilöiden kohdalla, jotka ovat vakaasti päättäneet sitoutua muutokseen, vaan myös niiden, jotka sitä vasta harkitsevat ja pohtivat (Prochaska 2006, 771). Koska päihdehoitoon hakeutuvista asiakkaista valtaosa tasapainoilee päätöksenteon ja toiminnan muuttamisen kanssa, antaa muutosvaihemalli mahdollisuuden tehdä työtä asiakkaan omasta tilanteesta lähtien, rakentaen hoidon sisällön ikään kuin yksilön prosessien jatkoksi (DiClemente 2007, 155).

Toiseksi, malli on tuonut ymmärrystä riippuvuuden sykliseen luonteeseen ja etenkin retkahtamiseen. Sen sijaan, että retkahtaminen käsitettäisiin joko yksilön tai terapeutin epäonnistumisena, sen ajatellaan olevan riippuvuudelle ominainen, äärimmäisten käsitysten mukaan jopa pakollinen vaihe (Prochaska ym. 1992, 1105: Connors ym 2001, 9).

Kolmas muutosvaihemallin vahva puoli on käytettävien hoitomenetelmien ja interventioiden sovittaminen asiakkaan muutosvalmiuteen, muutosvaiheeseen ja niihin prosesseihin, joita yksilö

kulloinkin käy läpi. Etenkin sosiaalityön näkökulmasta sen asiakkaan muutoshalukkuuteen ja yksilöllisiin tarpeisiin kiinnitetty lähtökohta (Migneault ym. 2005, 446) luo mahdollisuuksia aidolle asiakaslähtöiselle työlle. Samaan teemaan liittyy mallin neljäs etu, jossa yksilön muutoksen etenemistä voidaan tarkastella muutoinkin kuin käyttäytymisen muutoksena (esimerkiksi juomisen vähentämisenä). Erityisesti päätöstopaino- ja itseluottamusulottuvuudet mittaavat muutoksen etenemistä, vaikkei sitä konkreettisesti vielä olisi nähtävissäkään.

Viides ja viimeinen syy mallin suosiolle on johdettavissa sen kokonaisvaltaisuuteen ja suhteelliseen yksinkertaisuuteen muihin malleihin nähden. Osittain sille rakentuva motivoivan haastattelun menetelmä on oiva esimerkki tästä. Koska muutosvaihemallia pidetään toipumisen ja muutoksen rakennetta kuvaavana ammatillisessa hoidossa tai ilman sitä, on sen vahvuus myös avoimuus erilaisia terapiasuuntauksia kohtaan (Prochaska ym 1992, 1103; Barber 1995, 26).

Muutosvaihemallin tärkein vahvuus tutkimukselleni on kuitenkin se, miten muutoksen vaiheita, päätöstopainoa ja itseluottamusta arvioitaessa on mahdollisuus määrittää sellaiset muutosta eteenpäin vievät prosessit, jotka ovat asiakkaan tilanteelle kulloinkin sopivimpia. Tämä auttaa myös välttämään sellaisiin prosesseihin keskittymistä, mihin asiakas ei ole välttämättä vielä valmis.

4 Motivoiva haastattelu hoidollisena menetelmänä

Prosessien valinnalla voidaan vastata kysymykseen ”mitä tehdään”, mutta itsessään ne eivät sisällä vastausta siihen, ”miten tehdään”. Kuitenkin asiakkaan kanssa tehtävä työ ja sen tuloksellisuus ovat riippuvaisia asiakkaan ja työntekijän väliselle suhteesta ja työntekijän käyttämistä strategioista. Kuvaan tässä luvussa sitä, millaiset interventio- ja toimintastrategiat ja tavat tehdä työtä sopivat yhteen kulloisenkin muutoksen prosessin kanssa. Muutosvaihemallin kanssa yhteensopivista menetelmistä olen valinnut motivoivan haastattelun menetelmän, joka perustuu asiakkaan ja työntekijän yhteistyölle, asiakkaan voimavaroille ja tämän omien tavoitteiden ja valintojen korostamiselle (Miller & Rollnick 2002, 35). Motivoivan haastattelun menetelmällä on merkitys hoidon alkuvaiheessa etenkin sellaisissa palvelumuodoissa, jossa hoidon kesken jättäminen on suuri (Miller & Rollnick 2002, 27).

Motivoivan haastattelun keinot asiakkaan kanssa työskentelyyn ovat kiinnittyneitä asiakkaan ambivalenssin ja tavoitteiden ristiriitaisuuden käsittelyyn (Miller & Rollnick 2002, 25). Sen sijaan, että asiakas pyrittäisiin ohjaamaan ”oikeita” valintoja tai toimintaa kohti, ambivalenssi ja päättämättömyys hyväksytään ja sitä keskitytään tarkastelemaan. Kuten muutosvaihemallissa, myös motivoivassa haastattelussa pidetään tärkeänä sitä, että muutoksen pohja on luotava rauhassa ennen kuin odotetaan muutoksen näkyvän toiminnassa. Muutoksen katalyyttina on muutospuhe, jossa korostetaan nykytilanteen epäedullisuutta, muutoksen edullisuutta, uskoa muutokseen sekä muutokseen sitoutumista (Miller & Rollnick 2002, 24). Ambivalenssin hyväksyminen tarkoittaa myös ongelman kieltämisen ja muutosvastaisuuden hyväksymistä. Motivoivan haastattelun menetelmä tarjoaa työntekijälle työkaluja kieltämisen ja muutosvastaisuuden kohtaamiseen.

Aloitetaan käsittelemällä motivoivan haastattelun neljä periaatetta, joille motivoivan haastattelun menetelmä ja tekniikat rakentuvat. Tämän jälkeen kuvaan erilaisia strategioita ja taitoja, jotka ohjaavat muutosta haluttuun suuntaan, sekä myös sellaisia hoidon suunnittelun ja toteutuksen ansoja ja vaaroja, jotka ovat ristiriidassa motivoivan haastattelun periaatteiden kanssa. Viimeiseksi tarkennan muutospuheen ja muutosvastaisuuden käsitteitä, sekä näiden suhdetta muutoksen tavoitteisiin nähden.

4.1 Periaatteet

Ennen motivoivan haastattelun soveltamista käytännön työhön, työntekijän täytyy tuntea ja sisäistää menetelmän keskeiset neljä periaatetta (Miller & Rollnick 2002, 33). Näitä ovat empaattisuus, ristiriidan esiintuominen, vastahakoisuuden hyväksyminen ja asiakkaan oman pystyvyyden tukeminen ja vahvistaminen.

Työntekijän *empaattisuus* tulee esiin aktiivisena kuunteluna, jossa keskustelu on avointa ja peilaavaa ilman tuomitsevaa ilmapiiriä. Asiakas pystyy tällaisessa tilassa rehellisesti kertomaan tilanteestaan, ajatuksistaan ja tunteistaan, sekä samalla jäsentämään näitä uudella tavalla. Etenkin katkaisuhoidon aikana asiakkaat kokevat ahdistavaksi juuri ajatusten jäsentämättömyyden ja kaoottisuuden. Tällä tavoin on mahdollista saada asiakas tuomaan ristiriitaisista ajatuksista ja tunteista johtuva ambivalenssi käsiteltäväksi ilman häpeän tai tuomitsemisen pelkoa.

Motivoivan haastattelun periaatteisiin kuuluu asiakkaan arvomaailman ja toiminnan välisen *ristiriidan esiintuominen*. Tätä periaatetta sovellettaessa on tärkeää pitää mielessä, että asiakas tuottaa itse ristiriidan osia, joita työntekijä pystyy poimimaan asiakkaan puheesta, kooten näitä yhteen. Työntekijän tehtävänä ei ole houkuttaa asiakasta puhumaan itseään ansaan tai konfrontoimaan asiakasta, vaan pikemminkin saada tämä konfrontoimaan itse itseään. Asiakas on tällaisessa tilanteessa ns. epämukavuusalueella, jonka muutosvaihemallin näkökulmasta katsotaan olevan tärkeä muutoksen edistäjä, etenkin muutoksen harkintavaiheessa.

Vastahakoisuuden hyväksyminen tarkoittaa luvussa 4.1.2 esiteltyjen kieltämisen muotojen (vastahakoisuus, kapinointi, luovuttaminen ja järkeily) tunnistamista ja niiden työstämistä eteenpäin. Tämä periaate liittyy käytännössä etenkin esiharkintavaiheessa olevien asiakkaiden kanssa työskentelyyn. Muutosvastaisuuden kohtaaminen työntekijän vastustuksella katsotaan muutoksen ja terapeutin suhteen pysäyttäjäksi, jolloin työntekijän on tärkeää tunnistaa kieltämisen tai vastustuksen muoto, ja valita metodinsa sen mukaan. Tavoitteena ei ole niinkään asiakkaan vastustuksen tekeminen merkityksettömäksi, vaan estää sen kasvaminen, jotta muutoksen muut prosessit pysyvät aktiivisina.

Asiakkaan omien voimavarojen tukeminen on pitkälti samojen ajatusten mukainen kuin muutosvaihemallin pystyvyysulottuvuus; mitä pidemmällä muutos on, sitä suuremmaksi asiakas omat voimavaransa kokee, kun taas muutoksen alkuvaiheissa usko omiin kykyihin tai muutoksen mahdollisuuteen ovat usein hyvin pienet ja heikot. Näiden vahvistaminen mahdollistaa muutoksen

etenemisen ja myös auttaa asiakasta vastustamaan kiusausta palata vanhaan elämäntyyliin ja päihteiden käyttöön.

Nämä neljä periaatetta toimivat perustana työntekijän käyttämille erilaisille strategioille ja näihin vaadittaville taidoille. Motivoivaa haastattelua voidaan soveltaa kahden eri tavoitteen, motivaation synnyttämisen tai motivaation vahvistamisen, mukaan. Näistä ensimmäinen, motivaation valmistelu kiinnittyy muutosvaihemallin ensimmäisiin kokemuksellisiin vaiheisiin, esiharkinta- ja harkintavaiheisiin, kun taas motivaation vahvistaminen liittyy muutoksen toiminnallisiin vaiheisiin, toiminta- ja ylläpitovaiheisiin. (Tomlin & Richardson 2004, 22). Seuraavassa luvussa esittelen työntekijältä vaadittavat taidot ja strategiat motivaation valmistelussa ja sen vahvistamisessa.

4.2 Strategiat ja taidot

Motivoivan haastattelun menetelmä pitää sisällään erilaisia strategioita ja taitoja, joiden avulla työntekijän on mahdollista vahvistaa asiakkaan etenemistä muutoksen prosesseissa. Nämä perustuvat edellisessä luvussa käsiteltyihin motivoivan haastattelun periaatteisiin, mutta näyttäytyvät hieman erilaisina riippuen siitä, onko tavoitteena motivaation synnyttäminen vai sen vahvistaminen.

Seuraavaksi käsittelen muutoksen eri vaiheisiin integroituvat muutosta edistävät työntekijän strategiat ja taidot, kuten myös sellaiset ansat ja vaarat, joita työntekijän on syytä välttää onnistuneen asiakassuhteen luomiseksi ja ylläpitämiseksi.

4.2.1 Motivaation synnyttäminen

Muutoksen alussa asiakkaalla ei välttämättä ole motivaatiota varsinaiseen muutokseen, vaikka tämä olisikin hakeutunut hoitoon. Kuten jo aiemmin on käsitelty, katkaisuhoidon hakeutumisen syynä on usein asiakkaan ulkopuolisia tekijöitä, kuten painetta perheen tai työnantajan osalta. Katkaisuhoidossa ei asiakkaalta vielä motivaatiota vaadita, mutta hoidon yksi päätarkoituksista on muutosmotivaation synnyttäminen. Motivaation synnyttämiseen ja luottamuksellisen ja asiakaslähtöisen ympäristön luomiseen tarvittavia taitoja ovat avointen kysymysten käyttö, vahvistaminen, asiakkaan puheen reflektointi ja jäsennelly tiivistäminen (Tomlin & Richardson 2004, 22). Työntekijän on tärkeää myös vahvistaa asiakkaan muutospuhetta, jonka käsittelen viidentenä.

Avointen kysymysten käyttäminen tarkoittaa sellaisten kysymysten käyttöä, missä asiakas itse tuottaa sisällön vastatessaan. Kysymyksenasettelussa on tärkeää välttää sellaisten kysymysten käyttöä, joihin asiakas voi vastata vain myöntävästi tai kieltävästi, sillä tällöin toimitaan työntekijän tekemien oletusten mukaan, eikä välttämättä päästä asiakkaan omiin tavoitteisiin tai tarpeisiin käsiksi lainkaan. Myös asiakkaan kokonaisvaltaisen tilanteen hahmottaminen edellyttää avointen kysymysten käyttöä, sillä yksilölliset tilanteet eivät muuten pääse esille. Empatian periaate tulee tässä näkyväksi; asiakasta pyydetään kuvailemaan tilanteensa ja tavoitteensa ilman, että joutuu verratuksi normeja vasten. Näin ollen asiakassuhde syntyy ilman häpeän ja alempiarvoisuuden tunnetta.

Vahvistaminen tarkoittaa sellaisten tekijöiden ja seikkojen vahvistamista, jotka tukevat muutoksen tärkeyttä ja hyviä puolia, kuten myös nykyisen toiminnan haittavaikutuksia. Kuten edellisessä luvussa todettiin, ristiriidan esiintuominen on asiakkaan tehtävä, mutta työntekijä pystyy juuri valitsemaan ja vahvistamaan juuri muutoksen kannalta edullisia seikkoja, muutokseen tarvittavia voimavaroja sekä tukemaan muutostavoitetta. Etenkin muutoksen alkuvaiheissa ambivalenssin käsittely on tärkeää juuri asiakkaan omien vahvuuksien ja itseluottamuksen vahvistamisena. Positiivisen palautteen antaminen pieniinkin tavoitteisiin päästyä on tärkeä itseluottamuksen ja muutoksen mahdollisuuden vahvistaja.

Varsinkin esiharkintavaiheessa tärkeä strategia on jo aiemmin esiin tuotu *aktiivinen kuuntelu*, joka perustuu ajatukselle asiakkaan näkökulman ja tavoitteen tuomisesta hoidon keskiöön. Tämän ympärille kiertyvät myös muut tässä vaiheessa hyödylliset strategiat, kuten asiakkaan hoitoon ja sen jatkumiseen liittyvien päätösten kunnioittaminen, sekä varovaisuuden noudattamisen asiakkaalle vaikeiden asioiden käsittelyssä (Tomlin & Richardson 2004, 29). Aktiivinen kuuntelu kiinnittyy vastustuksen hyväksymisen periaatteeseen siten, että työntekijän tehtävänä ei ole muutosvastaisuuden vastustaminen, vaan sen ymmärtäminen. Käytännössä työntekijä voi toistaa tai uudelleenmuotoilla asiakkaan puheesta erilaisia väittämiä, jonka paikkansapitävyyden tarkistaa asiakkaalta.

Jäsennely tiivistäminen tarkoittaa asiakas- tai terapiasuhteen eri vaiheissa tehtäviä tiivistelmiä hoidon kulusta, saavutetuista ja seuraavana edessä olevista tavoitteista, ongelmakohtista ja päätöstasapainosta. Asiakas pystyy hahmottamaan etenemisensä muutosta kohti, kun se on edellä mainittujen tekijöiden avulla ”mitattu”. Tavoitteisiin keskittyvä tiivistäminen perustuu asiakkaan omien voimavarojen periaatteelle niitä vahvistamalla ja tukemalla, toisaalta on myös tärkeää tehdä

huomioita siitä, mihin asioihin tämä mahdollisesti tarvitsee apua.

4.2.2 Ansat motivaation synnyttämisessä

Näiden strategioiden lisäksi työntekijän on tärkeä tiedostaa motivaation synnyttämiseen liittyvät ansat. Millner ja Rollnick (2002, 55) kuvaavat tällaisiksi ansoiksi suljettujen kysymysten käytön aiheuttaman kyllä/ei –keskustelun, puolten valitsemisen, asiantuntijuuden, leimaamisen, syyttämisen ja liian nopeasti etenemisen. Näitä kutsutaan ansoiksi, sillä varsinkin vastustusta kohdatessaan työntekijällä on houkutus alkaa toimia ammattinsa ja asiantuntemuksensa vuoksi parhaalla katsomallaan tavalla, joka on ristiriidassa motivoivan haastattelun periaatteiden kanssa. Vaikka kaikki nämä liittyvät tähän ristiriitaan ja toisiinsa, käsittelen ne lyhyesti vielä erikseen.

Suljettujen kysymysten käyttö on perusteltua yksinkertaisessa tiedonkeruussa, mutta muutosmotivaation valmisteluun se ei sovi. Ensinnäkin, mikäli työntekijä asettaa haastattelukysymyksensä niin, että asiakas voi vastata ainoastaan myöntävästi tai kieltävästi, tulee koko tilanne hahmotettua työntekijän olettamuksista käsin. Toisekseen, tällöin työntekijän ja asiakkaan välinen suhde on epätasapainoinen ja asettaa asiakkaan passiiviseksi kohteeksi, kun tarkoituksena on saada tämä aktiiviseksi osapuoleksi muutoksen alusta saakka. (Miller & Rollnick 2002, 56). Tämän pystyy välttämään myös keskittymällä aiemmin esiteltyyn avointen kysymysten käyttöön.

Puolten valitsemisessa on kyse siitä, että työntekijä asettaa hoidolle vastakkaisen tavoitteen kuin asiakas. Tämä on riski erityisesti katkaisuhuitoa miettiessä, jossa asiakkaat eivät välttämättä ole valmiita muuttamaan juomistaan millään tavalla, tai eivät edes koe sitä ongelmalliseksi. Mikäli tämä eskaloituu väittelyksi asti, asiakas siirtyy todennäköisimmin puolustamaan omaa kantaansa ja näin ollen vastustus kasvaa entisestään (Miller & Rollnick 2002, 57).

Asiantuntijuuden ansa on pikemminkin yksipuolisen asiantuntijuuden ansa, missä työntekijä alkaa muutospuheen sijasta keskittyä liikaa neuvomiseen ja luoden virheellisesti kuvan siitä, että omaisi suorat vastaukset asiakkaan ongelmiin. Tällöin työntekijä muuttaa asiakassuhteen dynamiikkaa tehden itsestään aktiivisen ja asiakkaasta passiivisen osapuolen. Tämä on motivaation synnyttämisen kanssa ristiriidassa, sillä tällöin työntekijä ei anna tilaa asiakkaalle löytää muutoksen merkitystä omista tavoitteistaan ja ristiriidoistaan käsin. Motivoivan haastattelun menetelmään ei kuulu työntekijän edustama käsitys oikeasta tavasta toimia tai ajatella vielä valmisteluvaiheessa, vaan sen aika on vasta motivaatiota vahvistettaessa (Miller & Rollnick 2002, 59).

Vaikka sekä ajatus kotiin vietävästä katkaisuhoidosta, että koko motivoivan haastattelun menetelmä perustuvat sille, että asiakasta ei *leimata* ongelmansa vuoksi, on tämä kuitenkin todellinen riski työtä tehtäessä. Asiakas saattaa tulla kohdatuksi ongelmansa ja päihdekäyttönsä vakavuuden kautta erilaisissa hoitopalveluissa. Tämä on luonnollinen ansa siksi, että päivittäin erityisen väestöryhmän, kuten päihdeongelmaisten, kanssa työskentelevät ihmiset tekevät työtään osittain vertaamalla asiakkaita paitsi ns. normaaliin, myös keskenään. Tämä on sikäli ongelmallista, että jos asiakas kohdataan ongelmansa kautta, sisältää se olettamuksia ja jopa stereotyyppioita siitä, millainen ihminen on kyseessä. Leimaamisen ansa on usein sidottu asiantuntijuuden ansaan, jolloin työntekijä asettaa itsensä asiakkaan yläpuolelle luoden keskustelusta epätasa-arvoisen. Toisaalta, jos asiakas kokee itse tärkeäksi tai merkitykselliseksi kutsua itseään esimerkiksi alkoholistiksi tai narkomaaniksi (kuten AA- ja NA -ryhmäkulttuurissa on tapana), ei työntekijän kuulu tällöin vastustaa tällaista asiakkaan itse itsensä leimaamista.

Työntekijä ja asiakas voiva olla myös hyvin eri linjoilla siitä, mitä osa-alueita tai ongelmia on syytä käsitellä ja mihin oikeastaan muutosta ollaan hakemassa. Työntekijällä voi olla myös erilainen käsitys asioiden vakavuudesta tai tärkeysjärjestyksestä kuin asiakkaalla. Tällöin on vaarana, että työntekijä ohjaa keskustelua liikaa siihen, minkä itse kokee tärkeimmäksi. Tällainen *ennenaikainen tarkennus* motivaation synnyttämisessä luo jälleen eroa työntekijän ja asiakkaan näkemysten ja tavoitteiden välillä, sekä saattaa aiheuttaa asiakkaassa tunteen, ettei hänen tarpeitaan huomioida. Miller ja Rollnick (2002, 62) huomauttavat, että tällöin kyseessä on usein työntekijän halu poimia asiakkaan puheesta ja näkemyksestä hoidolle olennaisimmat tekijät, mutta joiden merkityksen ja tärkeyden asiakas näkee erilaisena. Hoidon ja muutosmotivaation edetessä fokusta on syytä tarkentaa, mutta vielä valmisteluvaiheessa sen ei katsota olevan muutosta edistävää.

Viimeisenä motivaation synnyttämiseen liittyvänä ansana on *syyttämisen* ansa. Motivoivan haastattelun menetelmässä ei ole tarkoitusta löytää ongelmien aiheuttajaa tai syyllistä, ja tämä on tärkeää kitkeä paitsi työntekijän omasta puheesta, myös asiakkaan muutospuheesta. Motivaatiota valmisteltaessa tärkeää on saada aikaan halu ja sitoutuminen muutokseen, jonka jälkeen voidaan käsitellä myös ongelman syitä tai sitä ylläpitäviä tekijöitä motivaatiota vahvistettaessa.

Motivaation synnyttämisen tavoitteena on pitkälti saada ambivalenssin kautta asiakas itse ymmärtämään, että muutos on tarpeellinen. Varsinaisia muutoksen toteutukseen vaadittavia taitoja tai strategioita kehitellään vasta motivoivan haastattelun jälkimmäisessä vaiheessa, motivaation vahvistamisessa (Miller & Rollnick 2002, 52). Edellä esiteltyt ansat liittyvät pitkälti siihen, että

työntekijä käyttää muutoksen vahvistamiseen tarvittavia taitoja ja strategioita liian varhaisessa vaiheessa, kun muutosmotivaatiota ei vielä ole syntynyt tai muutoksen tarvetta kokonaan hahmotettu. Seuraavaksi esittelen motivaation vahvistamiseen tarvittavia keinoja, sekä niihin liittyviä vaaroja.

4.2.3 Motivaation vahvistaminen

Toinen motivoivan haastattelun sovellus on jo olemassa olevan muutosmotivaation vahvistaminen muutoksen toiminnallisemmissa vaiheissa. Koska näissä vaiheissa muutos on jo pidemmällä, myös työntekijän käyttämät strategiat on syytä suunnitella tämän mukaan. Motivoivan haastattelun periaatteita sovelletaan motivaatiota vahvistaessa muutosvalmiuden arvioinnissa, etenemisraporttien tekemisessä, avainkysymysten käyttämisessä, uuden tiedon tarjoamisessa ja neuvonnassa, sekä muutossuunnitelmien tekemisessä yhdessä asiakkaan kanssa. Vahvistamisessa pohjana toimivat myös motivaation synnyttämisen yhteydessä läpikäytyt taidot ja strategiat, mutta painottavat asiakkaan sitoutumista muutokseen (Tomlin & Richardson 2004, 22).

Muutosvalmiuden arviointi on tärkeää muutoksen etenemisen kannalta. Työntekijä pystyy arvioimaan soveltamansa muutoksen prosessit sen mukaan, arvioiko asiakkaan olevan niihin valmis, vai onko syytä jatkaa työstämistä (Miller & Rollnick 2002, 129). Muutoksen eteneminen on päätaavoite, mutta sinne pääsyä ei voi nopeuttaa. Arviointi on hyvä suorittaa niin hoidon alussa kuin sen edetessäkin. Kun asiakassuhde alkaa painottua motivaation vahvistamiselle, on tärkeää arvioida, onko asiakas siihen valmis. Näin voidaan tehdä juuri käymällä läpi motivaation synnyttämisen ja harkinta- sekä esiharkintavaiheiden prosessit, ennen varsinaista etenemistä. Muutosvaiheen arviointi, jonka olen käsitellyt luvussa 4.1.1 on myös muutosvalmiuden arviointia. Kuten avointen kysymysten esittämisen strategia, tämäkin kiinnittyy asiakkaan oman näkemyksen kunnioittamiselle ja empatian periaatteelle; asiakkaan on annettava edetä prosesseissa omaan tahtiinsa, vaikka työntekijä näkisikin, että eteneminen on mahdollista. Jollei asiakas itse ole siihen kuitenkaan valmis, ei eteneminen ole pidemmällä tähtäimellä mielekäs (Miller & Rollnick, 2002, 46). Asiakkaan muutosvalmiutta voi arvioida viiden tekijän avulla. Näitä ovat asiakkaan muutospuheen reflektointi, asiakkaan päätöstopainon painopiste ja sen positiiviset sekä negatiiviset puolet, muutoksen tärkeyden objektiiviset ja tietoperäiset syyt, asiakkaan muutoshalukkuuden reflektointi, sekä työntekijän oma arvio asiakkaan tilanteesta (Miller & Rollnick 2002, 130).

Etenemisraportit ja avainkysymykset painottuvat asiakkaan siirtyessä harkintavaiheesta valmisteluvaiheeseen (Tomlin & Richardson 2004, 22). Etenemisraportit pitävät sisällään asiakkaan

oman näkemyksen tilanteestaan, kuten myös työntekijän arvioinnin. Tämän lisäksi mitattava tieto, kuten raittiiden päivien määrä, ovat mukana etenemisraportissa. Avainkysymyksillä tarkoitetaan sellaisten kysymysten esittämistä, joilla asiakas tekee seuraavan askeleensa ja tavoitteensa näkyväksi etenemisraportin yhteydessä (Miller & Rollnick 2002, 130). Ristiriidan merkitystä korostavan periaatteen mukaan asiakasta on tärkeä motivoida jatkotavoitteisiin, ettei muutos pysähdy tai asiakas jätä sitä ”tauolle”, esimerkiksi itsehoitoa suunniteltaessa. Avainkysymykset ovat myös avoimia kysymyksiä.

Vaikka motivoivan haastattelun menetelmä ei perustukaan asiakkaan tilanteen arvioimiseen työntekijästä ja tämän tietämyksestä käsin, on *tiedon ja neuvonnan tarjoaminen* joskus paikallaan. Tällaisia ovat tilanteet, jolloin työntekijä huomaa asiakkaan etenemisen pysähtyneen siksi, ettei tiedä, mitä tehdä, tai tämä aktiivisesti kysymällä pyytää työntekijältä tämän osaamista esimerkiksi talousasioidensa järjestelyssä. Koska asiakkaat eivät välttämättä useinkaan apua suoraan pyydä jouduttuaan umpikujaan, työntekijän kuuluu olla tällaisille herkkä, jotta osaa oikealla tavalla auttaa asiakasta, mikäli tämä ei ainoastaan omin avuin pääse eteenpäin. Vastustuksen hyväksymisen periaatteen mukaan kuitenkin on tärkeä myös antaa neuvontaa kunnioittaen asiakkaan omaa tavoitetta, olkoon se työntekijän mielestä minkälainen tahansa. Miller ja Rollnick (2002, 131) toteavat neuvonnan olevan perusteltua silloin kun asiakas joko pyytää sitä tai antaa siihen luvan.

Muutossuunnitelman tekeminen vahvistaa asiakkaan omaa pystyvyyttä motivoivan haastattelun neljännen periaatteen ja muutosvaihemallin neljännen ulottuvuuden mukaan. Suunnitelmaa tehtäessä on tärkeää, että se on realistisesti toteutettavissa ja tarpeeksi käytäntöön sidottu, jotta sen toteutumista voidaan seurata. Suunnitelma koostuu neljästä tekijästä: tavoitteiden asettamisesta, eri mahdollisuuksien punnitsemisesta, suunnitelman toteuttamisesta sekä asiakkaan sitouttamisesta suunnitelmaan (Miller & Rollnick 2002, 133). Tässä vaiheessa suunnitelma ja muutos konkretisoituvat, ja asiakas alkaa tehdä muutoksia omaan toimintaansa suunnitelman mukaan. Juuri asiakkaan sitoutuminen muutokseen on motivoivan haastattelun lopullinen tavoite, johon motivaation vahvistaminen tähtää. Muutoksen vaiheisiin suhteutettuna tämä on mahdollista silloin, kun asiakas on päässyt esiharkinta- ja harkintavaiheista muutoksen valmisteluvaiheeseen. Valmisteluvaiheessa asiakas valmistautuu muuttamaan toimimaan muutosta ja tavoitettaan kohti ja sitoutumaan siihen.

4.2.4 Vaarat motivaation vahvistamisessa

Vaikka muutoksen valmistelu ja muutosvalmiuden arviointi osoittaisivat, että asiakas on valmis etenemään muutoksen toiminnallisiin vaiheisiin ja prosesseihin, *asiakkaan ambivalenssin huomioimatta jättäminen* on etenemisen kannalta vaarallista (Miller & Rollnick 2002, 128). Asiakas saattaa puheessaan tuoda esiin ”löytäneensä” tai ”ymmärtäneensä” muutoksen tärkeyden ja ylittäneensä omat ristiriitansa, ja ilmaista olevansa valmis siirtymään muutoksen konkreettisiin tavoitteisiin. Koska toimintaan eteneminen ei vaadikaan tällaista ambivalenssin ”voittamista”, ei sitä saa unohtaa. Kuten päätöstasapainoulottuvuuden käsittelyssä todettiin, ambivalenssi ei välttämättä poistu edes ylläpitovaiheessa, vaikkakin vanhan ja uuden toiminnan välinen ristiriita olisikin kallistunut muutoksen kannalle. Työntekijän on tärkeä pitää tätä keskustelussa esillä, sillä asiakkaalle sen esiintuominen saattaa olla merkki epäonnistumisesta tai taantumasta, eikä tästä syystä välttämättä tuo sitä esiin itse. On myös tärkeä muistaa, että muutoksen edetessä ja konkretisoituessa eteen usein tulee uusia tekijöitä, joihin asiakas suhtautuu ristiriitaisesti, kuten itsensä palkitseminen, epäonnistumisten tai vastoinkäymisten kohtaaminen tai vaikkapa ongelman julkiseksi tuominen.

Toinen riskitekijä muutoksen vahvistamisessa on *asiakkaalle sopimattoman suunnitelman tekeminen*. Muutossuunnitelmaa tehtäessä työntekijä saattaa lähteä asiakasta aktiivisemmin määrittelemään suunnitelman yksityiskohtia ja näin asettuu neuvojan ja asiantuntijan rooliin (samoin kuten asiantuntijuuden ansassa muutoksen valmisteluvaiheessa).

Kolmas vaara motivaation vahvistamisessa on *riittämätön ohjaus*. Jos asiakas muutoksen alkuvaiheissa pohtii ääneen, mitä tehdä, ei työntekijän tehtävä ole vastata kysymyksiin neuvoen, vaan kuunnella asiakas reflektoivasti ja yrittää saada tämä itse pohtimaan asiaa. Motivaation vahvistamiseen kuitenkin kuuluu asiakkaan neuvonta tämän niin tahtoessa, ja tämä on tärkeää osata erottaa ambivalenttisesta pohtimisesta (Miller & Rollnick 2002, 129). Mikäli asiakas on juuttunut johonkin kohtaan osaamisen tai tiedon puutteesta johtuen, työntekijän tehtävä on tarjota riittävää ohjausta eteenpäin pääsemiseksi.

4.3 Muutospuhe ja muutosvastarinta

Motivoiva haastattelu on menetelmä, joka tähtää tietoiseen muutokseen. Asiakkaan kanssa määriteltävä tavoite määrää suunnan, johon työntekijä yhdessä asiakkaan kanssa muutosta ohjaa.

Miller ja Rollnick (2002) kuvaavat muutospuheen ja muutosvastarinnan suhdetta kolikon kahtena puolena, jolloin kyse on lopulta samasta asiasta, muutosprosessista. Muutospuhe on tavoitteeseen tähtäävää ja sen mukaista kommunikaatiota, kun taas muutosvastarinta sisältää muutoksen tarpeettomuutta tai haitallisuutta, sekä nykytilanteen hyviä puolia korostavia asioita. Motivoivan haastattelun menetelmään kuuluu näiden kummankin käsitteleminen ja niihin vastaaminen eri tavalla.

4.3.1 Muutospuhe

Muutospuhe tarkoittaa muutostavoitteen pitämistä jatkuvasti esillä muutoksen tärkeyttä. Muutospuheessa korostetaan asiakkaan toiveita, kykyjä, arvoja sekä voimavaroja, sekä arvioidaan asiakkaan etenemistä muutoksen vaiheissa. Muutospuhe ei ole ainoastaan työntekijän tapa puhua, vaan molemminpuolinen keskustelutapa. Mitä enemmän asiakas itse puhuu muutoksen tarpeellisuudesta, sen suunnittelusta ja toteuttamisesta, sitä todennäköisempää myös todellinen eteneminen on. Muutospuhe on ennen kaikkea kommunikaatiotapa, jota on syytä tukea asiakassuhteen alkuvaiheesta lähtien (Tomlin & Richardson 2004, 24).

Tapoja muutospuheen korostamiseksi voidaan johtaa edellisessä luvussa esitellyistä strategioista. Reflektoivasti kuuntelemalla työntekijä pystyy nostamaan esiin asiakkaan puheesta muutosta tukevia ajatuksia ja tekijöitä (Miller & Rollnick 2002, 87), Muutospuhetta voidaan myös vahvistaa (Miller & Rollnick 2002, 91), sekä työntekijä voi tehdä asiakkaan puheesta yhteenvetoja, jotka korostavat muutospuhetta (Miller & Rollnick 2002, 89).

Muutospuhetta voidaan käyttää myös sellaisissa tilanteissa, joissa muutoksen suunta ja tavoitteet eivät vielä ole asiakkaalle itselleen selviä. Etenkin muutokseen esiharkinta- ja harkintavaiheissa valmistauduttaessa ei riitä, että työntekijä suodattaa asiakkaan puheesta muutospuheen. Tällöin on hyötyä asiakkaan omien arvojen ja ambivalenssin selkeyttämisestä (Miller & Rollnick 2002, 91).

4.3.2 Muutosvastaisuus

Kun muutospuhe korostaa muutoksen tarpeellisuutta ja asiakkaan sitoutumista suunnitelmaan, muutosvastarinta tuo esiin ristiriidan, johon voidaan edellisessä luvussa esitettävillä taidoilla tarttua. Motivoivan haastattelun mukaan muutosvastaisuus ei ole yksin asiakkaan ominaisuus, vaan liittyy suurelta osin asiakkaan ja työntekijän väliseen suhteeseen (Miller & Rollnick 2002, 98). Tämä on tärkeä lähtökohta sisäistettäväksi, sillä keinot käsitellä muutosvastaisuutta eivät tällöin rajoitu ainoastaan asiakkaan omien näkemysten kyseenalaistamiseen, vaan ulottuvat myös asiakassuhteen

avoimuuden, luottamuksellisuuden ja asiakaslähtöisyyden korostamiseen. Sillä, miten työntekijä muutosvastaisuuteen reagoi, on hyvin suuri merkitys siinä, miten hoito etenee vastustuksesta huolimatta (Miller & Rollnick 2002, 99).

Erityisesti esiharkinta- ja harkintavaiheissa olevia asiakkaita tutkineet DiClemente ja Velasquez (2002, 205) kuvaavat tätä neljän eri tekijän, *vastahakoisuuden, kapinoinnin, luovuttamisen ja järkeilyn* yhdistelmäksi, sekä ohjaavat työntekijää kohtaamaan näitä muutosvastaisuuden eri muotoja tavalla, joka kiinnittyy vastustuksen ymmärtämiseen asiakkaan konfrontoinnin sijaan. Tekijöille ja niitä ymmärtävälle työtavalle on ominaista väittelyn ja riitelyn välttäminen, sekä asiakkaan ja tämän kannan kuunteleminen.

Vastahakoisuuteen kuuluvat tiedon puute ja eräänlainen saamattomuus muutoksen eteenpäin saattamiseksi tai sen käynnistämiseksi. Vastustus on useimmiten passiivista, ja muutosta ei haluta edes miettiä muutospelon vuoksi. Tällaisessa tilanteessa pelkäävät se, että asiakas pääsee puhumaan (tai muuten tekemään näkyväksi) vastahakoisuudestaan ja sen syistä ilman pelkoa tuomitsemisesta, on osoittautunut muutoksen kannalta hyödylliseksi. Näin asiakas pystyy työntekijän kanssa yhdessä analyttisesti käsittelemään sitä, mitä kaikkea vastahakoisuuteen kuuluu, ja kääntämään muutoksen mahdollisuudeksi.

Kapinallinen vastustus sisältää usein paljonkin tietoa ongelmakäyttäytymisestä, ja osittain tämän vuoksi ohjaava tai paternalistinen keskustelu herättää asiakkaassa vastustuksen. Muutosvastaisuus on hyvin aktiivista ja sen osoittaminen hyvin selkeää. Tällaista muutosvastaisuutta voi kohdata esimerkiksi vaihtoehtoja tarjoamalla, jossa asiakas ei koe tulevansa käskytetyksi tai alistetuksi. Asiakkaan tietämystä ongelman suhteen voidaan peilata eri näkökulmista ja ohjata sitä muutoksen mukaisesti.

Luovuttaminen liittyy vastarintaan sellaisissa tilanteissa, missä aiempien muutoksemusten ja retkahdusten aiheuttamat pettymykset ovat aiheuttaneet asiakkaassa voimattomuuden ja muutoksen mahdottomuuden tunteita. Tällöin käsitys omasta pystyvyydestä ongelmaan vaikuttamisen suhteen on alhainen. Näitä pystytään käsittelemään muutoksen rajoituksia käsittelemällä ja toiveikkuuden lisäämisellä. Retkahduksiin voidaan palata, mutta niin, että asiakas ei ajattelisi niitä omina epäonnistumisinaan. Asiakkaan itseluottamuksen ja pystyvyyden tukeminen ovat tärkeitä tällaisissa tilanteissa, kuten myös muutoksen jakaminen pienempiin osatekijöihin ja välitavoitteisiin.

Neljäs muutosvastaisuuden muoto, järkeily, pyrkii selittämään ja oikeuttamaan ongelmakäyttäytymistä, ja usein vastuu omasta toiminnasta on jollain muulla kuin asiakkaalla itsellään. Esimerkiksi vertaaminen läheisten juomiseen omaa juomista selittääkseen on ominainen tälle muutosvastaisuuden muodolle. Varsinkin päätöstopainoutuvuuden hyödyntäminen on tarkoituksenmukaista, jolloin asiakas joutuu kohtaamaan toimintansa hyvät ja huonot seuraukset. Väittely ei tässäkään tilanteessa ole hedelmällistä, vaan asiakkaan omista huomioista keskustelu avaa mahdollisuuden muutokselle.

Tarkoitukseni ei ole yksityiskohtaisesti kuvailla erilaisia motivoivan haastattelun strategioita ja taitoja muutospuheen tai muutosvastaisuuden käsittelemiseen. Esittelemässäni laajuudessa motivoivan haastattelun periaatteet, strategiat ja taidot tarjoavat muutoksen vaiheisiin kiinnittyvälle työlle perustan käsitellä erilaisia prosesseja muutoksen eri vaiheissa. Seuraavassa luvussa yhdistän muutosvaihemallin eri ulottuvuudet motivoivan haastattelun menetelmän kanssa tutkimukseni varsinaiseksi viitekehikseksi.

5 Muutosvaihemalli ja motivoiva haastattelu yhteisenä muutosteoriana

Tässä luvussa kuvaan tapaa, jolla olen yhdistänyt muutosvaihemallin sekä motivoivan haastattelun yhtenäiseksi kokonaisuudeksi, joka ohjaa työntekijää hoidon sisältöä suunnitellessaan niin asiakkaan etenemisprosessien kuin hoidon välitavoitteidenkin kautta. Molemmissa pohjana on asiakkaan muutosvaiheen arviointi. Vaikka ambivalenssin kanssa työskentely saattaa viedä jopa useita vuosia ja etenemättömyys turhauttaa asiakasta itseään, ei muutoksen etenemistä voida nopeuttaa pysyvää muutosta tavoiteltaessa. Sekä muutosvaihemalli että motivoivan haastattelun menetelmä painottavat kärsivällistä työtä ja ”oikeiden asioiden tekemistä oikeaan aikaan”, ja siksi sopivat hyvin yhteen viitekehykseen.

Aloitin esittelemällä muutosvaihemallin prosessit sen mukaan, miten niiden on tutkittu liittyvän muutoksen vaiheisiin. Lisäksi kuvaan ne motivoivan haastattelun hoidolliset välitavoitteet, jotka kussakin muutosvaiheessa ovat hoitoa ja prosesseja edistäviä. Muutoksen prosessit ovat asiakasta ohjaavia, kun taas hoidolliset välitavoitteet ovat ensisijaisesti työntekijän apuna hoidon aikana.

Kiinnitän tässä luvussa teorioiden kuvaamisen nimenomaan päihdeongelman hoitoon käyttämällä prosessien ja välitavoitteiden havainnollistamiseksi esimerkkejä siitä, miten ne katkaisuhoidon kontekstissa näyttäytyvät.

5.1 Muutosvaihemallin muutoksen prosessit

Muutosvaiheen mittaaminen ei itsessään anna työntekijälle työkaluja hoidon sisältöön tai sen suunnitteluun, mutta se osoittaa ne muutoksen prosessit, jotka ovat osoittautuneet muutoksen etenemisen kannalta hyödyllisimmiksi ja tarpeellisimmiksi kussakin vaiheessa. Tässä luvussa käsittelen niitä muutoksen prosesseja, joiden on parhaiten todettu sopivan eri vaiheissa oleville asiakkaille, sellaisena kuin ne alkoholiongelman hoidossa näyttäytyvät.

5.1.1 Esiharkintavaihe

Esiharkintavaiheen on todettu kiinnittyvän vahviten tietoisuuden lisäämisen prosessiin, itsensä ja ympäristönsä uudelleenarvioinnin prosesseihin, sekä dramaattisen kokemuksen prosessiin (Connors ym. 2001, 106). Prosessien tarkoituksena on saada asiakas tiedostamaan ongelmansa, lisäämään tietoa sen negatiivisista vaikutuksista sekä saada asiakas arvioimaan, miten tämä pystyy omaa

toimintaansa kontrolloimaan (Connors ym. 2001, 7). Esiharkintavaiheeseen kuuluu usein itse ongelman kieltäminen ja motivaatiota muutokseen ei välttämättä ole. Sen sijaan, että työntekijä ottaa neuvonantajan tai moraalisesti ylemmän roolin, muutoksen etenemisen kannalta parempia tuloksia on odotettavissa motivoivilla menetelmillä.

Asiakasta motivoimalla tämän on mahdollista tulla tietoiseksi omasta ongelmastaan ja tilanteestaan. Yksi tällainen menetelmä on aktiivinen kuuntelu, jossa työntekijä heijastaa asiakkaan puheen takaisin tälle antaen siihen jonkun uuden näkökulman. Aktiivinen kuuntelu on kuitenkin taito, joka pitää sisällään varovaisuuden siitä, ettei asiakas koe olevansa syytettynä tai ettei työntekijä heijasta asiakkaan puhetta väärin. Toinen tärkeä menetelmä on asiakkaan tavoitteiden ja toiminnan välisen ristiriidan esiintuominen hienovaraisella tavalla. Tietoisuuden lisääminen faktatietoa (etenkin alkoholinkäytön negatiivisista vaikutuksista) lisäämällä saattaa olla esiharkintavaiheessa olevalle asiakkaalle myös tärkeä, mutta valistava työote saattaa aiheuttaa myös asiakkaassa puolustus- tai vastareaktion (DiClemente & Velasquez 2002, 204).

Ajatus katkaisuhoidon asiakkaasta ilman motivaatiota tai ongelmansa tiedostamista saattaa tuntua ristiriitaiselta, mutta on tärkeää muistaa, että motivaatio muutokseen on eri asia kuin motivaatio hoidossa olemiseen. Hoidossa olon motivaationa usein muutoksen alkuvaiheissa onkin joku ulkoinen taho, kuten perhe, puoliso tai työnantaja (Connors ym. 2001, 104). Tällöin, sen sijaan, että asiakkaalta odotettaisiin raittiuspäätöstä tai näkyviä muutoksia alkoholinkäytössä, on olennaisempaa keskittyä siihen, että tämä sisäistäisi oman ongelmansa ja löytäisi itse tarpeen muutokselle. Jos päätöstä muutokseen ei ole tehty, toiminnan muuttamiseen keskittyvä hoito voi olla jopa haitallista muutosprosessin alkamisen kannalta (Connors ym. 2001, 106). Sen sijaan, että motivaation puute ajatellaan asiakkaan puutteena, nähdään se muutosvaihemallissa muutoksen alkuvaiheena, ja sitä käsitellään sen mukaisesti, keskittyen sen vahvistamiseen tai synnyttämiseen (DiClemente & Velasquez 2002, 203). Katkaisuhoidossa on hyvin yleistä, että asiakas ei vielä ole muutospäätöstä tehnyt, eikä katkaisu hoitomuotona sitä vaadikaan. Vaikka katkaisuhoidon tavoitteena itsessään on päihdekierteen katkaisu, on sillä myös muutokseen motivoiva merkitys. Kotona tehtävässä katkaisuhoidossa asiakas voi tuntea itsensä turvalliseksi ja olevansa omassa kodissaan enemmän hallinnassa keskustelun ja hoidon kulusta kuin laitos- tai klinikkahoidossa.

Joskus muutoksen kipinä saattaa lähteä dramaattisista kokemuksista. Tällaisia ovat joko itselle tai läheiselle tapahtuvat alkoholinkäytön (tai tämän lopettamisen) seurausten aiheuttamat tunteet. Esimerkiksi AA-terminologiassa käytetty ”pohjakokemus” liittyy juuri tähän; ihmisen katsotaan

tarvitsevan juuri vahvan tunneperäisen kokemuksen sietämättömiksi kasvaneista juomisen haittavaikutuksista, ennen kuin juomista on mahdollista lähteä muuttamaan. Tällaisia kokemuksia ei katkaisuhoidossa voida luoda, mutta esimerkiksi menneisiin emotionaalisesti vaikuttaneisiin tilanteisiin voidaan palata. Asiakkaan kotona tehtävässä katkaisuhoidossa voidaan käyttää myös psykodraamaan perustuvaa menetelmää, jossa eläytymisen avulla pyritään vahvistamaan toiminnan seurauksia (Connors ym. 109). Tällöin on mahdollista saada perheenjäsenet tai puoliso mukaan hoitoon näiden niin halutessaan.

Kolmas esiharkintavaiheeseen liittyvistä prosesseista on ympäristön uudelleenarviointi. Tässä prosessissa asiakas kohtaa alkoholinkäyttönsä vaikutukset läheisissään ja omassa sosiaalisessa elämässään. Vaikka tämä prosessi painottuu enemmän harkintavaiheeseen, voidaan vaikutusten arvioinnilla vaikuttaa tietoisuuden lisäämisen prosessiin ja näin ollen muutosmotivaation syntymiseen.

Yksi katkaisuhoidon kannalta olennainen näkökulma esiharkintavaiheessa oleviin asiakkaisiin liittyy myös lääkityksen rooliin. Koska työntekijän terapeuttiset työkalut ovat pitkälti ongelman merkitystä ja sen seurauksia korostavia, vieroitusoireita alentava lääkitys saattaa olla ristiriidassa tämän kanssa (Connors ym. 2001, 107). Tämä näkyy myös käytännön työssä katkaisuhoidon osastolla; mitä vahvempi rauhoittava lääkitys asiakkailta on käytössä, sitä pienemmiksi he ongelmansa ja sen vakavuuden kokevat. Tutkimuksessani en kommentoi lääkityksen suunnittelua tai toteutusta, mutta moniammatillista työtä tehtäessä sen pitää olla samassa linjassa terapeuttisten menetelmien kanssa.

5.1.2 Harkintavaihe

Harkintavaiheessa asiakas tunnistaa ongelman, ja ensimmäistä kertaa alkaa valmistella ajatusta muutoksesta (DiClemente & Velasquez 2002, 208). Harkintavaiheessa olevat käyvät läpi ja työskentelevät samanlaisten prosessien parissa kuin esiharkintavaiheessa olevat, mutta ovat prosesseissa pääsääntöisesti pidemmällä. Kun tietoisuus ongelmasta ja sen vaikutuksista on lisääntynyt, yksilö alkaa käydä läpi omia arvojaan ja tunteitaan suhteessa ongelmaansa ja toimintaansa. (Prochaska ym 1992, 1109.) Harkintavaiheessa olennainen arvojen ja toiminnan ristiriidan havaitseminen, ja täten prosesseista ympäristön ja itsen uudelleenarviointi, ovat vahvasti toisiinsa liittyneitä (Rosen 2000, 598).

Keskeistä harkintavaiheessa olevan asiakkaan kanssa työskenneltäessä on ongelman ja muutoksen hyvien ja huonojen puolien käsittely ja arviointi (Connors ym. 2001, 108). Hoidossa ollessaan asiakas usein tuo esiin päihdekäyttönsä negatiivisia vaikutuksia ja raittiuden etuja, mutta nämä saattavat jäädä pelkästään puheen tasolle, sillä ne ovat asioita, joita hoidossa ollessa ”kuuluu sanoa”. Kuten päätöstopainolottuvuutta tarkastellessani olen tuonut esiin, vasta muutoksen ylläpitovaiheessa ihminen kokee hyödyt ja haitat näin polarisoituneesti. Katkaisuhoidon kontekstissa on tärkeää saada asiakas tuomaan esiin myös päihteiden käytön positiivisia ja muutoksen negatiivisia puolia. Tällöin päästään käsiksi niihin tekijöihin, jotka aiheuttavat asiakkaassa ambivalenssia muutosta kohtaan (Connors ym. 2001, 108; DiClemente & Velasquez 2002, 210).

Hyödyllisiä menetelmiä ovat kaikki, jotka liikuttavat asiakkaan ajattelua ja päätöstopainoa kohti muutoksen positiivisia ja juomisen negatiivisia puolia. Esimerkiksi nelikenttätyyppinen matriisi, missä erotetaan päihteiden käytön hyödyt, sen haitat, sekä raittiuden hyödyt ja haitat, on tehokas työkalu näiden eri puolien esiin tuomiseen. Toiminnan ja arvojen välisen ristiriidan esiin tuominen on myös päätöksentekoa auttava menetelmä. Asiakas saattaa olla hämmentynyt omasta ambivalenssistaan, ja sen aiheuttavien tekijöiden ymmärtäminen on paitsi muutosta vauhdittava, myös ambivalenssista johtuvaa ahdistusta helpottava (DiClemente & Velasquez 2002, 208).

Harkintavaiheesta eteenpäin pääseminen edellyttää muutokseen sitoutumista, ja se saattaa kestää useita vuosia (DiClemente & Velasquez 2002, 208). Tämä saattaa aiheuttaa ns. kroonistunutta harkintaa, jolloin asiakas on juuttunut kiinni muutoksen ja ongelman mahdottomuuksien väliin. Tästä syystä on tärkeää arvioida, kuinka pitkään asiakas on tässä muutoksen vaiheessa ollut (esimerkiksi aiempien hoitojen perusteella), ja millaisia keinoja tämä on jo käyttänyt. Työntekijän näkökulmasta tämä tarkoittaa maltillisuutta etenkin toiminnallisten prosessien käynnistämisessä, vaikka näyttäisikin siltä, että asiakas työstää ongelmaansa tehokkaasti.

5.1.3 Valmisteluvaihe

Valmisteluvaiheessa asiakas on tietynlaisessa välivaiheessa muutoksen kokemuksellisten ja toiminnallisten prosessien välillä. Vaikka kokemuksellisten prosessien työstäminen jatkuu vielä, valmisteluvaiheessa olevien on todettu aloittavan jo käyttäytymiseen vaikuttavia prosesseja (Prochaska ym. 1992, 1109). Vaikka päätös muutoksesta ja siihen sitoutumisesta olisi tehty, ei ole syytä olettaa, että asiakas olisi vielä valmis panemaan muutosta käytäntöön. Muutokseen sitoutuminen on valmisteluvaiheen tärkein tehtävä, ja sitä voidaan vahvistaa muutossuunnitelman

tekemisellä, joka pitää sisällään sellaiset asiakkaan tilanteeseen ja arkeen sopivat yksilölliset muutoksen tavoitteet ja keinot. (Connors ym. 2001, 110).

Muutossuunnitelma on konkreettinen, pieniinkin asioihin keskittyvä suunnitelma, jonka mukaan toimiessaan asiakkaan on mahdollista toimia määrittelemänsä tavoitteen mukaisesti. Muutossuunnitelmassa on hyvä myös tunnistaa sellaiset tekijät, jotka ovat tavoitteen kanssa ristiriitaisia, kuten esimerkiksi vanhoihin sosiaalisiin ympyröihin palaaminen. Muutossuunnitelmassa tunnistetaan eri elämänalueilla sellaiset asiat, joihin asiakas etsii muutosta päästäkseen tavoitteeseensa, ja myös sellaiset tekijät, jotka tavoitetta eivät tue.

Työntekijä voi myös auttaa asiakasta sitoutumaan muutokseen tarjoamalla tälle erilaisia vaihtoehtoja, joista tämä pystyy itse valitsemaan itselleen sopivimmat (Connors ym. 2001, 114). Tämä liittyy muutosvaihemallin pystyvyysulottuvuuteen; mitä enemmän asiakas saa kokemusta omien valintojensa onnistumisesta ja niiden vaikutuksesta, sitä suuremmaksi itseluottamus omiin kykyihin toimia tavoitteidensa mukaan kasvaa.

Sosiaalisen vapautumisen prosessi liittyy valmisteluvaiheessa pitkälti juuri asiakkaan oman pystyvyyden ja houkutusten vastustamiskyvyn korostamiseen. Asiakasta on tärkeää tukea myös tämän kohdistuessa muutosta ympäristöönsä (Barber 1995, 30). Esimerkiksi harrastusten tai uuden työn hankinta tai raittiiden ystävien seuraan hakeutuminen ovat tällaisia sosiaalisen vapautumisen mahdollisia kohteita. Sosiaalisen vapautumisen prosessissa asiakkaan on mahdollista nousta olosuhteiden uhriudesta omasta toiminnastaan vastaavaksi.

5.1.4 Toimintavaihe

Toimintavaiheessa asiakas on jo sitoutunut muutokseen ja on valmis alkamaan toimia päätöksensä mukaisesti. Toimintavaiheessa asiakas on jo luonut toimintasuunnitelman, jossa tämä on selkeyttänyt ne asiat, joihin haluaa muutosta, muutoksen syyt, tavoitteet ja välitavoitteet, muiden tahojen ja ihmisten avun, sekä mahdolliset riski- ja retkahdustilanteet (Connors ym. 2001, 112). Käytännössä toimintaan kuitenkin siirrytään usein ennen tällaisen perusteellisen muutossuunnitelman tekemistä.

Muutosvaihemallin mukaan tietoinen muutos vaatii onnistuakseen tarkkaan punnitun päätöksen edellä esitetyistä muutossuunnitelman osista, jotta asiakas pystyy sitoutumaan muutokseen. Esimerkiksi vieroitusoireiden vahvuus tai pitkän päihdekäytön jälkeisen raittiuden uudet haasteet nousevat usein ylitsepääsemättömiksi, mikäli asiakas ei ole muutokseen sitoutunut. Varsinkin

toimintavaiheen katsotaan olevan rankka ja vaikea vaihe (Connors ym. 2001, 115), jolloin asiakas joutuu käytännössä kohtaamaan raittiuden ongelmat ilman päihteiden tuomaa helpotusta tai positiivisia puolia, oli tämä päätöksestään kuinka varma tahansa.

Muutosvaihemallin prosesseista toimintavaiheessa alkavat erottua toiminnalliset prosessit, kokemuksellisten prosessien jäädessä vähemmälle (Connors ym. 2001, 116). Etenkin ärsykekontrolli ja korvaavan toiminnan aloittaminen (Prochaska ym. 1992, 1109), sekä vahvistaminen (Connors ym. 2001, 116) ovat toimintavaiheessa korostuvia prosesseja. Koska nämä prosessit ylläpitävät raittiutta ja auttavat estämään retkahduksia, työntekijä pystyy käyttämään näitä prosesseja asiakkaan toipumista seuratessaan.

5.1.5 Ylläpitovaihe

Ylläpitovaiheessa asiakas on jo vakiinnuttanut toimintavaiheessa aloittamansa muutoksen, sekä jatkanut muutossuunnitelman hiomista. Toinen ylläpitovaiheelle ominainen tavoite toiminnan muutoksen ylläpitämisen lisäksi on retkahduksen ehkäiseminen. (Connors ym. 2001, 29; Tomlin & Richardson 2004, 33).

Ylläpitovaiheessa jatketaan toimintavaiheessa toimivaksi todettua toimintaa, joten ylläpitovaiheen prosessit ovat pitkälle samankaltaiset kuin toimintavaiheen prosessit. Tätä kuvaa myös muutosvaihemallin ajatus siitä, että saavutettu muutos ei ole pysyvää, vaan sen ylläpitäminen vaatii myös työtä. Ylläpitovaiheessa retkahdusta ja vanhaan palaamisen ehkäisemistä tukevat prosessit korostuvat niin asiakkaan itseensä kuin ympäristöön liittyvissä tekijöissä. Tällaisia ovat vahvistamisen ja palkitsemisen prosessi, sekä tukevien ihmissuhteiden prosessi (Connors ym. 2001, 30).

Vahvistaminen ja palkitseminen prosessina keskittyy kahteen asiaan. Palkitseminen liittyy alkoholin korvaamiseen sellaisissa tilanteissa, jossa asiakas on tottunut palkitsemaan itsensä onnistumisesta tai saavutuksesta alkoholilla. Prosessissa asiakas tunnistaa tämän puolen riippuvuudesta, ja pyrkii etsimään itselleen merkityksellisiä vaihtoehtoja itsensä palkitsemiseksi erilaisissa tilanteissa. Vahvistaminen puolestaan liittyy muutokseen sitoutumiseen ja asiakkaan omien voimavarojen ja kykyjen korostamiseen sekä muutoksen ylläpidossa että houkutusten vastustamisessa. Kuten muutosvaihemallin pystyvyysulottuvuutta ja prosesseja tarkastellessa (kuva 2) huomaa, vahvistamisen prosessi sijoittuu samaan muutoksen tilaan kuin pystyvyyden voimakkuus.

Tukevien ihmissuhteiden vahvistaminen prosessina vaikuttaa asiakkaan muutoksen ylläpitoon tämän sosiaalisten tekijöiden, kuten ystävien, perheenjäsenten ja muiden läheisten kautta. Muutosta ja raittiutta tukevat ihmissuhteet luovat osaltaan merkityksellisyyttä uuteen elämäntapaan, ja toisaalta myös esimerkiksi ns. ryyppykavereiden välttäminen vähentää riskiä retkahtaa itse juomaan.

5.2 Motivoivan haastattelun hoidolliset välitavoitteet

Muutosvaihemallin mukaisessa työskentelyssä tavoitteena on saada asiakas etenemään vaiheissa ja prosesseissa eteenpäin. Kuten prosessinäkökulmasta katsottuna asiakkaan eteneminen voidaan määrittellä erillisten prosessien kautta, voidaan myös itse hoito ja sen kulku käsittää konkreettisten tavoitteiden mukaan. Tomlin ja Richardson (2004, 29-33) ovat luokitelleet motivoivan haastattelun mukaiset työntekijän tehtävät muutosvaihemallin vaiheiden mukaan. Nämä ovat ennen kaikkea työntekijän työkaluja, eikä niitä tule sekoittaa asiakkaan kanssa yhdessä sovittaviin hoidollisiin prosesseihin. Tässä luvussa käyn läpi eri vaiheisiin sopivat tehtävät Tomlinin ja Richardsonin mukaan, ja käsittelen samalla sitä, mitä ne asiakkaan kotiin vietävässä päihdekatkaisussa tarkoittavat.

5.2.1 Esiharkintavaihe

Aivan ensimmäinen tehtävä on *luottamuksellisen hoitosuhteen rakentaminen*. Tämä on erityisen tärkeä hoidon tapahtuessa asiakkaan kotona, jossa työntekijä on paikalle kutsuttuna vieraana, eikä klinikan tai laitoksen autoritäärisenä työntekijänä. Luottamuksellisen suhteen pohja rakentuu ensimmäisissä kontakteissa, jolloin kotiin menemisessä on syytä olla erityisen herkkä sen suhteen, miten asiakkaan kotona toimii. Käytännössä tämä tarkoittaa kodin kunnioittamista, oli se juomiskierteen myötä millaisessa kunnossa tahansa. Kotona tehtävän katkaisuhoidon työntekijän tehtävä ei ole siisteyden tai muunkaan kotiin liittyvän asian kommentointi, vaan asiakkaalle turvallisen olotilan luominen. Työntekijä ei voi myöskään mennä asiakkaan kotiin ilman tämän lupaa, vaikka esimerkiksi tämän läheiset olisivat apua pyytäneetkin.

Luottamuksellisen suhteen luomisen jälkeen seuraava tehtävä on asiakkaan *alkoholin käytön arviointi* niin ajallisesti kuin määrällisestikin. Tätä voidaan tehdä monella eri tavalla, joko tiukasti johonkin mittariin tukeutuen ja valmiisiin kysymyksiin vastaamalla tai keskustelemalla. Kun työntekijä vertaa asiakkaan juomista esimerkiksi asetettuihin riski- tai ongelmarajoihin, ei tämä tee

asenteellista luokittelua, vaan tarjoaa objektiivisen vertailukohdan, jota asiakas tulkitsee itse.

Etenkin hoitosuhteen alussa yhtenä hoidon tavoitteena on saada asiakas tiedostamaan ja *käsittämään hoitoon hakeutumisen syitä*. Näitä tarkastelemalla ja arvioimalla voidaan saada *käsitys asiakkaan tavoitteista* hoidon suhteen. Näiden tavoitteiden mukaan työntekijä pystyy suunnittelemaan hoitoa tarkoituksenmukaiseksi, oli kyseessä läheisten painostus juomiskiirteen katkaisuun tai asiakkaan oma tavoite kokonaisvaltaiseen elämänmuutokseen. Asiakkaan tavoitteiden mukaan työntekijän yhtenä tehtävänä, etenkin lyhytaikaisessa katkaisuhoidossa, on jatkohoidon tarpeellisuuden ja eri mahdollisuuksien esiintuominen.

Neljäntenä tehtävänä on koko esiharkintavaiheen etenemisen kannalta tärkein tehtävä, *muutosmotivaation herättäminen*. Kuitenkin katkaisuhoidon kontekstissa on otettava huomioon, ettei asiakas välttämättä ole valmis tai halukas muuttamaan juomistaan, jolloin muutosmotivaation herättäminen ei välttämättä ole saavutettavissa oleva tavoite.

5.2.2 Harkintavaihe

Harkintavaiheen tehtävät ovat pitkälti ristiriidan esiintuomiseen liittyviä. Työntekijä voi pyrkiä saamaan asiakasta tuomaan esiin tämän *näkemyksen juomisen lopettamisesta tai sen jatkamisesta*. Tässä tehtävää voidaan käsitellä sen mukaan, mitä juominen asiakkaan elämässä tarkoittaa, mihin kaikkeen se liittyy, mikä sen aiheuttaa ja mihin elämänalueisiin se liittyy. Asiakasta voidaan rohkaista ilmaisemaan juuri positiivisten asioiden kautta, miksi jatkaa juomista entiseen malliin ja toisaalta mitä positiivista tämän nykyisessä elämässä on, johon juominen ei liity.

Toinen tehtävä on juomisen *jatkamisen ja lopettamisen vertailu positiivisten ja negatiivisten seuraamusten kautta*. Jos edellinen tehtävä oli juomisen syitä tai merkityksiä kuvaava, tämä tehtävä keskittyy toiminnan seurauksiin. Vaikka asiakas kokisikin juomisen itsessään olevan positiivinen asia, kuten vaikkapa jännityksen poistaja sosiaalisissa tilanteissa tai rentouttaja työpäivän jälkeen, saattaa tämä kuitenkin nähdä seuraukset täysin päinvastaisina.

Kolmas harkintavaiheelle tärkeä tehtävä on *asiakkaan omien tavoitteiden peilaaminen* edellä mainittuihin juomisen lopettamisen ja jatkamisen seurauksiin ja syihin. Tavoitetta voidaan myös tarvittaessa korjata tai muuttaa. Asiakas saattaa esimerkiksi hoidon alkuhetkillä ilmoittaa, ettei tavoittele juomisen lopettamista tai edes vähentämistä, mutta päättää silti aloittaa hoidon. Edellä mainittuja tehtäviä käydessään tämä kuitenkin voi joutua muuttamaan näkökantaansa huomattavasti selkeän ristiriidan vaikkapa toimintansa ja sen vaikutuksen välillä. Kun työntekijä vertaa asiakkaan

omaa puhetta juomisen merkityksestä ja seuraamuksesta tämän omiin tavoitteisiin, ei eriarvoista asiantuntija-asemaa pääse syntymään.

Näiden jälkeen voidaan syventyä *asiakkaan nykyhetken tarkasteluun* tämän halujen, tarpeiden, kykyjen ja motiivien kautta. Voidaan pohtia, miten juominen ja sen seuraamukset ovat näihin vaikuttaneet, kun myös sitä, tulevatko ne täytetyiksi nykyisellä elämäntyyllillä. Tässä tehtävässä on pitkälti kyse myös asiakkaan arvoista ja siitä, onko tämän oma toiminta linjassa vai ristiriidassa omien arvojensa kanssa.

Viides harkintavaiheen tehtävä on saada asiakas *tunnistamaan omat voimavaransa muutoksen aloittamiseksi*. Motivoivan haastattelun omien voimavarojen tukemisen periaatteen mukaan työntekijä voi auttaa asiakasta löytämään omat vahvuutensa, joita tämä voi hyödyntää muutostyössään. Toisaalta asiakkaalle on myös tärkeää tunnistaa omat heikkoutensa siinä määrin, että pystyy realistisesti muutostyötä aloittamaan. Muutosvaihemallin pystyvyysulottuvuus (3.2.5) tarjoaa tähän tehtävään hyviä työkaluja.

5.2.3 Valmisteluvaihe

Valmisteluvaiheessa asiakas *selventää muutoksen kohteet ja tavoitteet itselleen konkreettisesti*. Esiharkinta- ja harkintavaiheissa motivaatio muutokseen syntyy usein nykyiseen elämään ja katkaisuhoidon kontekstissa juomiseen turhautumisesta, sekä toiminnan haitallisuudesta omalle itselleen ja ympäristölleen. Muutos voi alkuvaiheessa tarkoittaa ”mitä tahansa muuta” tai ”uutta elämää”, mutta sen konkreettisemmalle tasolle ei kokemuksellisissa prosesseissa välttämättä päästä. Valmisteluvaiheessa muutokseen keskittyminen lähtee eri elämänalueiden tarkastelusta; mihin kaikkiin asioihin muutosta ollaan todella hakemassa, ja mitä asiakkaan nykyisessä elämässä on sellaista, joka on tavoitteiden kannalta edullista.

Yksi tapa valmistella toimintaa on *muutossuunnitelman kirjoittaminen*. Näin muutoksen kohteet, sekä niiden liittyminen toisiinsa saadaan näkyväksi, sekä niitä voidaan käsitellä pienempien välitavoitteiden kautta. Jos yhtenä asiakkaan tavoitteista on esimerkiksi työelämään palaaminen pitkän työttömyyden jälkeen, tulee muutos paremmin näkyväksi, kun se havainnollistetaan pienempien välitavoitteiden kautta. Kirjallinen muutossuunnitelma on myös tärkeä osa systemaattista muutostyötä, jolloin eri vaiheet pystytään erittelemään sekä aikatauluttamaan, ja niiden etenemistä tai niissä taantumista voidaan seurata.

Muutossuunnitelmassa on tärkeää myös *tunnistaa muutoksen esteet ja ongelmat* niin asiakkaan henkilökohtaisessa kuin sosiaalisessa elämässä. Takaiskujen ja epäonnistumisten varalle on hyvä luoda suunnitelma, joka estää juomiseen palaamisen. Tällaisia takaiskuja voi olla esimerkiksi ihmissuhteissa, työelämässä tai tunne-elämässä. Toisaalta myös vanhaan toimintaan palaaminen on tärkeää huomioida; mitä tehdä, jos retkahtaa juomaan? On pitkälti asiakkaasta omasta käsityksestä juomisestaan kiinni, johtaako retkahdus automaattisesti juomiskiarteeseen ja alkuun palaamiseen, vai onko sellaisia keinoja, joilla asiakas itse voi retkahduksen lopettaa lyhyeen. Kun asiakas alkaa valmistella muutosta toimintaan, on tämän omaa aktiivista roolia syytä korostaa myös ongelmien kohtaamisessa.

Valmisteluvaiheen neljäs tehtävä on *avun ja tuen pyytäminen*. Mitä pidemmälle muutoksessa edetään kokemuksellisista prosesseista toimintaa kohti, sitä enemmän asiakkaan oma vastuu ja rooli korostuvat. Kun työntekijän rooli on saattanut olla muutosta valmisteltaessa hyvinkin vahva ja hoitosuhde intensiivinen, alkaa se jäädä hiljalleen taka-alalle toimintavaiheessa. Tämän vuoksi on tärkeää valmistella myös avun ja tuen pyytämistä ja vastaanottamista myös muualta. Tämä pitää sisällään niin tukevia ihmissuhteita kuin vertaistukea, sekä tarkoituksenmukaista ammatillista tukea. Kun hoito tapahtuu asiakkaan kotona, on työntekijällä ensiarvoinen tilaisuus sisällyttää asiakkaan perhe ja läheiset mukaan tuen suunnitteluun asianosaisten näin halutessa.

5.2.4 Toimintavaihe

Toimintavaiheessa asiakkaan oma rooli korostuu, mutta ei tee hoidosta tai olemassa olevasta hoitosuhteesta tarpeetonta. Hoidon tehtävät toimintavaiheessa keskittyvät *tarkastelemaan ja korjaamaan muutossuunnitelmaa*. Kun asiakas on alkanut toteuttaa valmisteluvaiheessa luomaansa suunnitelmaa, on sen toteutumista ja toimimista syytä tarkkailla. Jos ajatellaan esimerkiksi pitkää kuntouttavaa laitoshoidoa, jonka aikana tällainen muutossuunnitelma on tehty, voi sen toteuttaminen olla huomattavasti haastavampaa kuin asiakas on laitoshoidossa ollessaan arvioinut. Myös asiakkaan ympäristö vaikuttaa tähän. Arki ja todellisuus saattavat raittiina olla liikaa vastuineen ja vapauksineen, etenkin jos takana on pitkä kontrolloitu hoito.

Toisaalta myös suunnitelman toteutuessa ja edetessä *onnistumisen seuraaminen* on tärkeä tehtävä. Asiakkaan saama palaute antaa voimia ja uskoa muutoksen mahdollisuuksiin. Onnistumisten ja etenemisen seuraamisen tulisikin olla yhtä suuressa merkityksessä kuin epäonnistumisten tai suunnitelman puutteiden korjaamisen. Asiakas tekee muutoksen jokaisessa vaiheessa pohdintaa muutoksen mielekkyydestä, ja retkahduksen vaara on suuri silloin, jos esillä ovat ainoastaan

epäonnistumisen hetket.

Onnistumisista ja etenemisestä on mielekästä paitsi saada palautetta, myös jonkinlainen palkinto. *Itsensä palkitsemisen suunnittelu* saattaa kuulostaa tarpeettomalta tehtävältä, mutta oikeastaan juuri itsensä palkitseminen on epäonnistumisten ja takaiskujen jälkeen suurin retkahtamiseen johtanut syy, mitä olen omassa työssäni katkaisuhoidolaitoksessa asiakkailta kuullut. Kun asiakas on suunnitellut valmiiksi itselleen tärkeät ja mielekkäät tavat palkita itsensä onnistumisesta, tämä ei niin helposti tartu vanhan toimintamallin mukaiseen palkintoon, vaan pystyy toimimaan suunnitelmansa mukaisesti.

*Mielihalu*jen ja *retkahdusvaarojen* tunnistaminen on jo saatettu aloittaa valmisteluvaiheessa, mutta niiden käsittely ja kohtaaminen kuuluvat toimintavaiheeseen. Tässä tehtävässä asiakkaan ympäristöllä ja läheisillä ihmisillä on erityisen suuri rooli niin hyvässä kuin pahassakin. Työntekijä pystyy tukemaan asiakasta pitäytymään poissa juovista ihmisistä ja *keskittymään tukeviin ihmissuhteisiin*. Kun asiakas tunnistaa omat riskitekijänsä, pystytään niitä myös käsittelemään ja etsimään erilaisia keinoja välttämään riskialttiisiin tilanteisiin joutumista. Myös valmisteluvaiheessa aloitettu tuen ja avun pyytäminen siirretään viimeistään nyt käytäntöön, esimerkiksi vertaistukiryhmissä, kuten AA:ssa käymisen tai muun ammatillisen tuen avulla.

5.2.5 Ylläpitovaihe

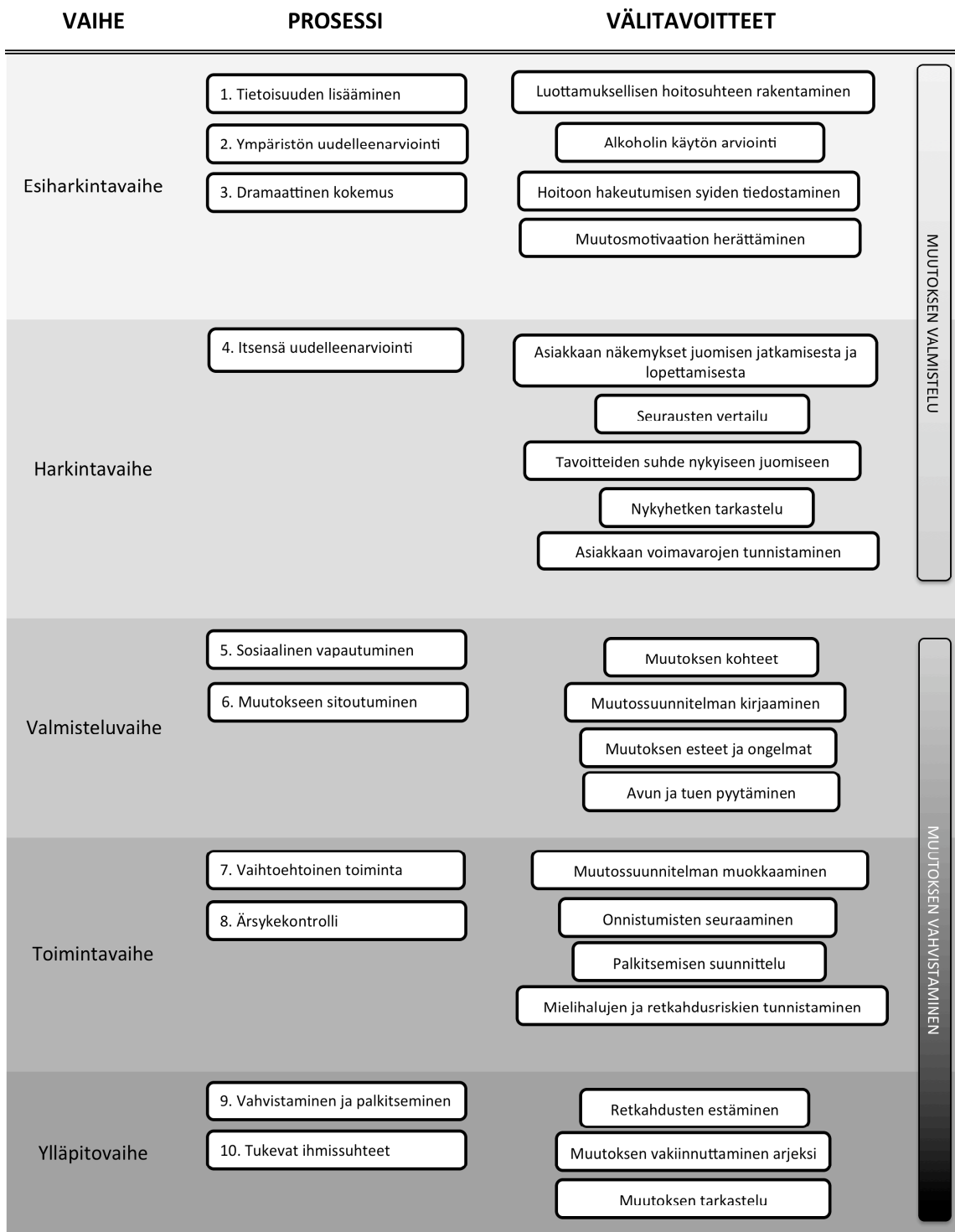
Ylläpitovaiheeseen päästyään asiakas saattaa tarvita vielä ammatillista apua, vaikka elämäntilanne ja muutos näyttäisivätkin vakiintuneen. Keskittyminen *retkahduksen ehkäisemiseen* on ylläpitovaiheessa tärkein tehtävä. Asiakkaan jatkaessa muutossuunnitelman toteuttamista ja korjaamista, saattaa tämä kohdata useita erilaisia retkahdusmahdollisuuksia ja –houkutusia. Koska valtaosa päihdeongelmista toipuvista asiakkaista retkahtaa jossain vaiheessa, ja tämä kuuluu muutosvaihemallin mukaiseen muutoksen etenemiseen, ei retkahdus aiheuta välttämättä taantumista muutoksen vaiheissa takaisin esiharkintavaiheeseen. Jos retkahdus jää lyhyeksi, eikä ehdi aiheuttaa mittavaa vahinkoa asiakkaan elämänmuutokselle, pystytään retkahdusta käsittelemään katsomalla taaksepäin sen aiheuttajaan. Tällä tavalla retkahduksesta puhutaan oppimiskokemuksena, jollaista ei muutossuunnitelmaa tehtäessä ole voitu ottaa huomioon.

Toinen painopiste on muutoksesta eteenpäin siirtyminen. Kun palataan taaksepäin aina muutosmotivaation synnyttävään ajatukseen hyvästä elämästä, ollaan ylläpitovaiheessa siinä vaiheessa, jossa muutosprosessiin keskittyminen vaihtuu *muutoksen vakiinnuttamiseksi*. Kun

muutoksen valmisteluvaiheessa määriteltiin erilaiset välitavoitteet muutoksen etenemiseksi, ylläpitovaiheessa voidaan samalla tavoin *tarkastella toteutunutta muutosta* eri elämänalueiden kautta.

5.3 Prosessit ja välitavoitteet muutosteorian

Muutosvaihemalli ja motivoiva haastattelu ovat yhdistettävissä yhtenäiseksi muutosteoriaksi, jonka avulla voidaan kuvata sekä asiakkaan läpikäymiä prosesseja että hoidollisia välitavoitteita, joita työntekijä voi käyttää ohjatessaan asiakasta muutoksessa eteenpäin muutoksen vaiheen mukaan. Muutosteoria mahdollistaa myös käytettävien strategioiden valinnan sillä perusteella, onko kyseessä motivoinnin synnyttämis- vai vahvistamisvaihe. Olen yhdistänyt nämä näkökulmat kuvaan 3, jossa muutoksen prosessit, hoidolliset välitavoitteet ja motivaation vaiheet ovat johdettavissa muutoksen vaiheista.



Kuva 3: Muutoksen prosessien ja välitavoitteiden suhde muutoksen vaiheisiin

6 Muutos kotona tehtävässä katkaisuhoidossa

Tutkimukseni tarkoitus on selvittää, millaista psykososiaalinen muutostyö kotona tehtävässä katkaisuhoidossa on, ja onko sitä mahdollista käyttää hoidollisena viitekehystenä käytännön työssä. Muutoksen ja päihderiippuvuudesta toipumisen viitekehyyksi olen valinnut transteoreettisen muutosvaihemallin ja motivoivan haastattelun yhdistelmän (muutosteoria), joka tarjoaa työntekijälle keinoja tunnistaa asiakkaan muutoksen ja motivaation vaihe, sekä työkaluja vastata niiden mukaisesti.

Kotona tehtävää katkaisuhoidoa esittelevässä luvussa olen nostanut esiin näkökulmia hoitomuodon erityisyydestä sen tehokkuuden, turvallisuuden, matalien kustannusten, erilaisten asiakasryhmien huomioimisen, sekä nopean puuttumisen mahdollisuuden ja matalan kynnyksen kautta. Koska lähtökohtana on, että niin avo- kuin laitосkatkaisuhoidossa sekä muutoksen vaihemalli että motivoiva haastattelu ovat viitekehystenä ja menetelmänä käytettyjä, tutkimukseni kohdentuu juuri kotona tehtävän katkaisuhoidon erityispiirteisiin.

1. Miten muutosteoria vastaa kotona tehtävän katkaisuhoidon erityispiirteisiin ja –tarpeisiin?
2. Mitä puutteita muutosteoriassa on kotona tehtävässä katkaisuhoidossa?

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessäni tarkastelen luvussa 5 tekemääni muutosvaihemallin ja motivoivan haastattelun menetelmän yhdistelmää kotona tehtävän katkaisuhoidon kautta. Mallien heuristisuudesta johtuen oletan, että niiden osat, kuten muutoksen varhaiset vaiheet ja prosessit, tulevat painottumaan hoitoon hakeutuvien asiakkaiden tilanteiden kohdalla. Lähdän tarkastelemaan näitä painotuksia hoidon asiakasryhmän ja hoidon kotiin paikantumisen kautta.

Toinen kysymykseni tarkastelee muutosvaihemallin ja motivoivan haastattelun sopivuutta kotona tehtävään katkaisuhoidon siitä näkökulmasta, mitä sellaista kotona tehtävässä katkaisuhoidossa on, johon ei voida vastata mallien keinoilla. Tähän kysymykseen vastaamalla selvitan sellaiset seikat, joita psykososiaalista työtä tehtäessä täytyy ottaa huomioon.

6.1 Muutosteoria katkaisuhoidossa

Tässä luvussa analysoin muutosteoriaa kotona tehtävän katkaisuhoidon erityispiirteiden kautta selvittäen, onko muutokselle perustuva viitekehys sopiva niiden kanssa. Olen luokitellut hoidon

erityisyyden viiteen tekijään; hoidon tavoitteeseen, asiakasryhmään, asiakkaan tilanteen arviointiin, kodin merkitykseen sekä muutoksen jatkuvuuteen tähtäävään jatkosuunnitelmaan.

6.1.1 Hoidon tavoite kotona tehtävässä katkaisuhoidossa

Kotona tehtävän katkaisuhoidon tavoite muodostuu kahdesta erillisestä tavoitteesta. Kotona tehtävän katkaisuhoidon tavoite on päihdehoitomielessä sama kuin THL:n (2012) määrittelemä katkaisuhoidon tavoite yleisesti, eli päihdekierteen katkaisu ja olosuhteiden mahdollistaminen psyykkiselle, fyysiselle ja sosiaaliselle kuntoutukselle. Kuitenkin kotiin vietävässä katkaisuhoidossa tavoitteeksi on tärkeä myös ottaa kotiin annettavien palvelujen yleinen tavoite, eli asiakkaan toimintakyvyn ylläpitäminen ja vahvistaminen (Kotiin annettavat palvelut 2012, 9). Tämä tavoite korostuu erityisesti ikääntyneiden asiakkaiden kohdalla.

Muutoslähtöinen työ on yhteensopiva molempien tavoitteiden kanssa. Vaikka jokaisen asiakkaan kohdalla yksittäisen katkaisuhoidojakson tavoitteena ei olisikaan täysraittiuden tavoittelu, on jo pelkästään eettisestikin perusteltua, että päihdekierteen katkaisussa pyritään kannustamaan asiakasta muutokseen. Muutos alkoholinkäytössä on samansuuntainen myös kotona selviytymisen tavoitteen kanssa.

6.1.2 Asiakasryhmä

Kotona tehtävän katkaisuhoidon asiakkaiden kohderyhmänä ovat täysi-ikäiset alkoholia käyttävät ihmiset. Erityisiä asiakasryhmiä käsitellessäni (luku 2.3.8) nostin suurimmaksi kotona tehtävää katkaisuhoidoa vaativiksi asiakasryhmiksi ikääntyvät asiakkaat, työssäkäyvät asiakkaat, sekä päihteitä ongelmallisesti käyttävät pariskunnat. Nämä kolme ovat nousseet tekemästani selvityksestä (Mäkelä 2011), sekä myös mahdollisilta tilaajakunnilta omaa hanketta suunnitellessamme.

Ikääntyneet asiakkaat

Ikääntyvien asiakkaiden kohdalla kotona tehtävä katkaisuhoido voi tapahtua joko täysin itsenäisenä palveluna, tai yhteistyössä muiden kotiin vietävien palveluiden, kuten sairaanhoidon kanssa. Väestön ikääntyessä on oletettavaa, että ikääntyneiden asiakkaiden tarve myös päihdehoitoon tulee kasvamaan, mutta sen kohtaamiseen eivät perinteiset avo- tai laitосkatkaisupalvelut välttämättä sovellu sellaisenaan. Kotiin vietävä katkaisuhoido pystyy kohtaamaan asiakkaan tälle turvallisessa ympäristössä kunnioittavasti ja tämän yksilölliset tarpeet huomioon ottaen. Ikääntyvien asiakkaiden kohdalla on myös usein mahdollista, että kotoa poistuminen on niin monimutkaista ja vaikeaa, ettei

avo- tai laitospalveluihin ole mahdollista hakeutua.

Ikääntyneiden asiakkaiden kohdalla tavoitteena on usein siis paitsi päihdekierteen katkaisu, myös kotona selviytymisen tukeminen. Tällöin on tärkeää, jo ensiarviota tehtäessä, huomioida asiakkaan senhetkiset kyvyt niin fyysisesti kuin psyykkisestikin. Arvio on tärkeä paitsi hoidon aloittamisen kannalta, mutta myös asiakkaan tavoitetta ja muutoksen jatkuvuutta suunniteltaessa. Ikääntynyt asiakasryhmä ei ole homogeeninen, vaan sisältää suuren joukon ihmisiä, joiden toiminta- ja itsestäänhuolehtimiskyky ovat hyvinkin erilaisia. Koska muutosteoria kiinnittyy asiakkaan oman tavoitteeseen, asiantuntemukseen ja muutosmotivaation sisäiseen syntyamiseen, ovat hoidon tavoitteet saavutettavissa, mikäli asiakas on näihin kykeneväinen. Koska hoito suoritetaan asiakkaan kotona, eikä esimerkiksi palvelulaitoksissa, on kuitenkin oletettavaa, että valtaosa ikääntyvistäkin asiakkaista on kykenevä aktiiviseen muutokseen.

Työssäkäyvät asiakkaat

Työssäkäyvillä asiakkailla tarkoitan tässä tutkimuksessa sellaisia asiakkaita, jotka eivät työnsä vuoksi joko pysty tai halua hakeutua avo- tai laitoshoitoon. Ei ole lainkaan tavatonta, että asiakas kertoo laitoshoitoon tullessaan juoneensa useita kuukausia päivittäin ja silti hoitaneensa työnsä pitkäänkin. Laitoshoitoon hakeutuminen estää työssä olon konkreettisesti ja aiheuttaa usein asiakkaille epävarmuutta sen suhteen, miten työnantaja poissaoloon suhtautuu. Avopalveluihin hakeutuminen saattaa olla monessa tapauksessa aikataulullisesti vaikeaa, mikäli asiakas ei halua tai voi olla töistä poissa hakeutuakseen esimerkiksi A-klinikalle. Myös ilta- ja viikonloppu-aikaan toimiva kotiin vietävä katkaisuhuolto pystyy vastaamaan tällaisten asiakkaiden tarpeisiin ajoissa, ennen kuin juominen riistyytyy niin, että laitoshoidolle ei enää ole vaihtoehtoja. Kotiin vietävä katkaisuhuolto tällaiselle asiakasryhmälle saattaa olla hyvinkin lyhytkestoista ajaltaan, riippuen siitä, kuinka nopeasti juomiskiirteen alettua asiakas apua hakee.

Työssäkäyvien asiakkaiden kohdalla esiin nousee vahvasti varhaisen puuttumisen mahdollisuus. Päihdehoitoon hakeutumisessa on aina leimautumisriski, joka usein estää hoitoon hakeutumisen silloin, kun asiat vielä ovat verrattain helposti korjattavissa. Varhaisessa puuttumisessa asiakas on todennäköisimmin muutoksen varhaisissa vaiheissa, eikä välttämättä pidä juomistaan vakavana ongelmana.

Työssäkäyvä asiakasryhmä on tutkimukseni perusteella erottautunut juuri hoitomuodon matalakynnyksisyyden ja leimaamattomuuden vuoksi, ja voikin olettaa, että kotiin vietävällä

katkaisuhoidolla on mahdollisuus tarttua ongelmiin niiden varhaisemmassa vaiheessa. Muutosteoriaan sovellettaessa tämä tarkoittaa esiharkinta- ja harkintavaiheiden korostuneisuutta, sekä oletettavasti myös muutosvastaisuuden ja kieltämisen ilmiöitä. Toisaalta, muutosteorian vahvuus on juuri näiden kohtaaminen tavalla, joka mahdollistaa muutosmotivaation syntymisen tai edesauttaa sitä sen sijaan, että asiakas saa mahdollisesti ensimmäisestä hoitokontaktistaan negatiivisen ohitetuksi tulemisen kokemuksen, mikäli ei ole valmis muutokseen sitoutumaan.

Pariskunnat

Alkoholi kuuluu entistä useampaan parisuhteeseen, ja puoliset hakeutuvat hoitoon paitsi erikseen, myös yhdessä. Mikäli parisuhteen molemmat puoliskot juovat ongelmallisesti, on hoitoon yhdessä hakeutuminen positiivinen asia juuri siinä mielessä, että muutokseen sitoutuminen saattaa olla mahdotonta, mikäli kumppani jatkaa vanhaa elämäntyyliä. Toisaalta pariskunnan hoitaminen katkaisuhoidossa on haastavaa, sillä puolisoitten keskittyminen omaan itseensä ja arvoihinsa, tunteisiinsa ja tavoitteisiinsa saattaa jäädä suhteen taka-alalle.

Alkoholia käyttävien pariskuntien hoidossa korostuvat asiakkaan ympäristöä tarkastelevat prosessit ja välitavoitteet sekä silloin, kun molemmat puoliset ovat asiakkaina. Hoidon aikana voidaan tarkastella puolisoitten tavoitteita myös yhteisenä tavoitteena, mikäli nämä ovat sellaisen muodostaneet. Toisen puolison toiminnan merkitystä hoidon aikana ja erityisesti sen jälkeen on myös tärkeä pitää esillä; jos alkoholi ja parisuhde ovat kietoutuneet yhteen, saattaa päihteen suhde tuntua vaikealta ja etenkin tunteiden käsittely ja esiintuominen ovat usein täysin uudenlaisia juomisen lopettamisen jälkeen. Vaikka kotona tehtävä katkaisuhoido ei pariterapiaa olekaan, on sen aikana hyvä kohdata puoliset paitsi yksilöinä, myös yhdessä. Juuri sekä puolisoitten omien, että näiden yhtenäisen tavoitteen, keinojen ja riskien tunnistaminen ovat olennaisia tekijöitä alkoholia käyttävien pariskuntien kohdalla.

6.1.3 Arviointi

Tutkimuksessani käsittelen arviointia ensisijaisesti psykososiaalisen muutostyön kannalta, näin ollen jättäen tässä pois erilaiset lääketieteelliset arvioinnit, joita hoidon aikana lääkäri ja sairaanhoitaja suorittavat. Keskityn hoidon suunnittelun ja sisällön arviointiin nimenomaan muutosvaihemallin kautta. Jotta muutosvaihemallista on käytännön hyötyä päihdeongelman hoidossa, pitää työn perustua hyvin tehdylle arvioinnille (Prochaska ym. 1992, 1110; Norcross 2010, 151; Connors ym 2001, 42). Käytettävät välineet ja menetelmät tulee perustaa sille, missä

muutoksen vaiheessa kukin yksilö on ja toisaalta siihen, kuinka suuri motivaatio yksilöllä on muutoksen eteenpäin viemiseen (Demmel ym. 2004, 134). Asiakasta voidaan arvioida muutoksen vaiheen, päätöstopainon ja pystyvyyden kautta, ja koska nämä ovat (kuvan 2 mukaisesti) toisistaan riippuvaisia, voidaan niistä johtaa ne prosessit, jotka kulloistakin tilannetta ja tavoitetta parhaiten kuvaavat.

Muutoksen vaiheet ovat yhdistelmä yksilön asenteita, tavoitteita, aikomuksia ja toimintoja päihdeongelmansa suhteen. Näin ollen muutoksen vaiheen selvittäminen antaa työntekijälle mahdollisuuden ymmärtää näitä tekijöitä paremmin. Muutoksen vaiheita voidaan selvittää usealla eri mittarilla, joista olen valinnut hyvien psykometristen ominaisuuksiensa (Carey ym. 1999, 253: Connors ym. 2001, 47: Heather & Hönekopp 2008, 421), alkoholi-ongelmaan sovelletun kysymystenasettelun, sekä erityisesti muutoksen alkuvaiheisiin keskittyneen mittaamisen vuoksi RCQ -mittarin hoitokäyttöön suunnitellun, vuonna 2007 päivitetyn RCQ[TV] -version (Heather & Hönekopp 2008, 421), jonka olen suomentanut tutkimukseeni.

RCQ[TV] (Readiness to Change Questionnaire – treatment version) perustuu sekä muutosvaihemallin ensimmäisiin versioihin että laajempaan, etenkin tutkimuksessa käytettyyn URICA (University of Rhode Island Change Assessment Scale) –mittariin (Connors ym. 2001, 48). RCQ[TV] mittaa asiakkaan vastausten perusteella, missä muutoksen vaiheessa tämä kaikkein selkeimmin on. Mittarin vaihtoehdot ovat esiharkintavaihe, harkintavaihe ja toimintavaihe. Muutosvaihemallin kaksi muuta vaihetta, valmistelu- ja ylläpitovaiheet on jätetty mittarissa pois niiden vähäisen kliinisen merkityksen ja mittarin paremman toimivuuden vuoksi. Mittarin toimivuutta tutkittaessa ei ole löydetty merkitsevää eroa sille, katsooko asiakas olevansa harkintavai valmisteluvaiheessa, tai toisaalta toiminta- vai ylläpitovaiheessa (Heather & Hönekopp 2008, 422).

Mittarissa asiakas vastaa 12 kysymykseen koskien alkoholinkäyttöään likert -asteikon mukaisesti sen mukaan, minkä vastausvaihtoehdoista kokee oikeimmaksi (kts. Liite 1). Esitettävät kysymykset on aseteltu niin, että jokaista muutoksen vaihetta mittaa 4 kysymystä, jotka ovat sijoitettu satunnaisesti. Jokainen vastausvaihtoehto vastaa tiettyä määrää (joko negatiivista tai positiivista) pisteitä, jotka lopuksi lasketaan yhteen ohjeen mukaisesti (kts. Liite 2). Pisteet voivat jakautua -8 ja +8 välillä, ja jos esimerkiksi asiakkaiden vastausten perusteella esiharkintavaihetta käsittelevät vastaukset tuottavat +3, harkintavaihetta +5 ja toimintavaihetta -2, yksilön katsotaan olevan tällöin harkintavaiheessa. Jos pistemäärä on kahdella tai useammalla vaiheella sama, katsotaan sen olevan

määräävä, joka on ns. pisimmällä esiharkinta-harkinta-toiminta –ketjussa (esimerkiksi esiharkintavaihe +2, harkintavaihe +2, toiminta -3; tällöin tulokseksi saadaan harkintavaihe). (Heather & Hönekopp 2008, 433).

Olen valinnut RCQ[TV]:n käytettäväksi mittariksi myös sen vuoksi, että se on asiakkaan näkökulmasta tarpeeksi yksinkertainen ja lyhyt vastattavaksi. Pidemmät ja paljon käytetyt mittarit, kuten SOCRATES (Stages of change Readiness and Treatment Eagerness Scale) tai URICA soveltuvat erittäin hyvin käyttäytymisen ja muutosvaihemallin tutkimukseen, mutta ajatellen katkaisuhoidossa olevaa asiakasta, mitä lyhyempi kysely on, sitä paremmin vastaukset heijastavat tämän todellista tilannetta ja muutosvalmiutta. Lisäksi mittariston keskittyminen varhaisten vaiheiden erottamiseen on tärkeää juuri katkaisuhoidon näkökulmasta, sillä poikkeustapauksia (kuten pitkää raittiudesta retkahtaneita) lukuun ottamatta asiakkaat sijoittuvat esiharkinta- ja harkintavaiheisiin. Mittaristo on tutkimusta tehdessäni avoimesti saatavilla (Heather & Hönekopp 2008).

6.1.4 Kodin merkitys

Näkyvin ja selkein erityispiirre kotona tehtävässä katkaisuhoidossa on juuri hoidon paikantuminen kotiin ja täten kodin merkitys ympäristönä on ehdottoman tärkeää ottaa huomioon jo hoidon aloittamista arvioitaessa, hoidon edetessä kuin myös jatkosuunnitelmaa tehtäessä.

Kotona tapahtuvaa hoitoa voidaan katsoa kahdesta vastakkaisesta näkökulmasta; jos juominen on keskittynyt pääosin kotiin, saattaa laitosoissa suoritettu katkaisuhoido onnistua paremmin, kun ympäristö muuttuu ja kotona olevia ärsykeitä ja totuttuja kaavoja ei ole. Laitosoissa pystytään puuttumaan myös asiakkaan elintapoihin, kuten ruokailun säännöllisyyteen ja päivärytmin korjaamiseen.

Toinen näkökulma asiaan on, että laitosoissa selviäminen on valvonnan ja kontrollin vuoksi ”liian helppoa”, ja kotiin palatessaan asiakas palaa täysin samaan ympäristöön, mistä on hoitoon lähtenyt. Tällöin riski myös palata vanhaan toimintaan on suuri, vaikka jatkohoito olisikin tarkkaan suunniteltu. Kotona tehtävässä katkaisuhoidossa pystytään tarttumaan juuri kotona oleviin ärsykkeisiin ja kaavoihin, sekä niiden merkityksiin sellaisella konkreettisella tasolla, joka ei avo- tai laitосkatkaisussa ole mahdollista.

Kodin merkitys on tärkeä huomioida myös asiakkaan kohtaamisen kannalta. Työntekijän mennessä asiakkaan kotiin, on työntekijän ja asiakkaan suhteen dynamiikka erilaisella pohjalla kuin asiakkaan

hakeutuessa päihdehoitoyksikköön, oli kyseessä avo- tai laitospuolinen hoito. Työntekijä on tavallaan vieras asiakkaan kotona, ja vaikka luvussa 2 kuvatut hoidon jatkumisen ehdot ja hoidon kulku ovat työntekijän ohjattavissa, on asiakkaan tahto ja päätös hoidon aloittamisesta ja jatkamisesta hyvin tärkeä lähtökohta. Varsinkin luottamuksellisen suhteen merkitys motivaation valmistelussa ja muutoshalun synnyttämisessä on olennaista huomioida erityisesti asiakkaan kotona oltaessa.

6.1.5 Perheen ja läheisten huomiointi

Sosiaalityön näkökulma päihdeongelmaan ei rajoitu yksittäiseen ihmiseen (tässä tapauksessa hoitoon hakeutuvaan asiakkaaseen), vaan laajentaa huomion myös ihmistä ympäröiviin ihmissuhteisiin, olosuhteisiin ja yhteiskuntaan. Tämä on syytä ottaa huomioon myös katkaisuhoidon aikana, hoidon onnistumisen ja ennen kaikkea jatkuvuuden kannalta.

Asiakkaan kotona ollessaan työntekijän on arvioitava, voidaanko katkaisuhoidon suorittaa asiakkaan kotona. Mikäli, kuten pariskuntia asiakasryhmänä käsittelevässä luvussa sivuttiin, asiakkaan puoliso tai muu perheenjäsen tai –jäsenet käyttävät alkoholia runsaasti, hoitoa ei välttämättä voida aloittaa asiakkaan kotona. Tämä liittyy hoidon aloituksen sosiaaliseen arviointiin. Sosiaaliseen arviointiin liittyy myös arvio hoidon aloittamisen mielekkyydestä perheenjäsenten kannalta. Tämä tulee esiin etenkin lapsiperheiden kohdalla, jossa työntekijän on yhdessä asiakkaan ja perheen kanssa arvioitava, olisiko katkaisu parempi suorittaa katkaisuhoidolaitoksessa. Asiakkaan kotona olevia jännitteitä on syytä arvioida niin hoitoa mahdollistavina kuin sitä rajoittavina tekijöinä.

Asiakkaan perhettä voidaan myös tukea ja neuvoa hoidon aikana. Kuten päihdeongelmakin itsessäänkin, myös sen leima ulottuu päihdeongelmaisien läheisiin, ja usein hoidossa olevan asiakkaan läheiset tuovat laitoksessa vieraillessaan esiin neuvottomuutta ja riittämättömyyttä, kuten myös pettymystä ja vihaa. Päihdeongelman hoitoon erikoistuneet lääkärit, sairaanhoitajat ja ohjaajat pystyvät auttamaan perheenjäseniä kotona ollessaan monin tavoin, yksinkertaisesti kuuntelemalla, tiedottamalla ongelman luonteesta ja hoitomahdollisuuksista, ja ohjaamaan läheisiä esimerkiksi omais- tai läheisryhmiin.

Kuvan 3 mukaisesta muutosteoriasta korostuvat perheen ja läheisten kannalta asiakkaan ympäristöön vaikuttavat prosessit, etenkin ympäristön uudelleenarviointi (esiharkinta- ja harkintavaiheissa), sosiaalinen vapautuminen (valmisteluvaihe) ja tukevat ihmissuhteet (toiminta ja ylläpito). Myös esiharkintavaiheen tietoisuuden lisäämisprosessia sekä dramaattista kokemusta

voidaan lähestyä asiakkaan läheiset huomioiden, luomalla edellytykset avoimelle ja rauhalliselle keskustelulle, jossa esimerkiksi asiakkaan puoliso tai lapsi pääsee kertomaan oman näkemyksensä ilman syyttämistä tai tuomitsemista.

6.1.6 Jatkosuunnitelma

Kuten luvussa 2 todettiin, jatkosuunnitelma on huolellisen arvioinnin ohella hoidon onnistumiseen ja tuloksellisuuteen vaikuttavista tekijöistä merkittävin. Katkaisuhoidon lyhytkestoisuuden vuoksi (muutamasta päivästä noin viikkoon) jatkosuunnitelmaa on hyvä alkaa hahmotella jo hoidon alkuvaiheilla asiakkaan muutosvaiheen (kts. kuva 3) ja tavoitteen selvittämällä. Asiakas saattaa olla jo täysin tietoinen omasta tavoitteestaan katkaisuhoidon hakeutuessaan, mutta usein tavoitteen suhteen katkaisuhoidon hakeutuva asiakas on ambivalentti. Muutosteorian vahvuus juuri ambivalenssin kohtaamiseen tarjoaa keinoja tavoitteen selkiyttämiseksi esimerkiksi toiminnan hyvien ja huonojen puolien arvioimista (pääöstasapaino), ja arvojen ja toiminnan välistä suhdetta tarkastelemalla.

Jatkosuunnitelman on tarkoitus edistää muutosta asiakkaan määrittelemää tavoitetta kohti. Katkaisuhoidolaitoksessa asiakkaiden päihdeongelma on usein niin vakava, että valtaosalle suositellaan erilaisissa avo- tai laitospalveluissa, a-klinikoilla tai vertaisryhmissä jatkamista raittiuden tueksi. Kotona tehtävässä katkaisuhoidossa on kuitenkin olennaista muistaa jatkosuunnitelmaakin tehtäessä, että lyhytaikainen katkaisuhoido ei ole muuttanut miksiäkään niitä tekijöitä, joiden vuoksi asiakas ei ole avo- tai laitospalveluihin hakeutunut, ja varsinkin jatkohoitopaikan valinta saattaa olla mahdotonta, riippuen kunkin alueen ja kunnan tarjoamista palveluista.

Jatkosuunnitelma on kuitenkin paljon muutakin kuin pelkkä jatkohoitopaikka. Kotona tehtävän katkaisuhoidon jatkosuunnitelma voi pitää sisällään hyvinkin pieniä ja konkreettisia kotiin ja ympäristöön sijoitettavia muutoksia, joihin ei päästä avo- tai laitoshoidoissa samalla tavalla käsiksi. Asiakkaiden verkoston merkitys kotona tehtävässä katkaisuhoidossa on suuri, niin viranomaisten ja hoitavien tahojen osalta, kuin myös asiakkaan lähipiirin osaltakin.

Muutosvaihemallin ja motivoivan haastattelun yhteinen muutosteoria on hoidon tavoite, asiakasryhmän erityistarpeita, arviointia, kotiin paikantumista ja jatkosuunnitelman tekemistä tukeva teoreettinen pohja psykososiaaliselle työlle.

6.2 Muutosteorian puutteet kotona tehtävässä katkaisuhoidossa

Edellisessä luvussa käsittelin muutosteorian sopivuutta kotona tehtävän katkaisuhoidon erityisiin piirteisiin, ja totean muutosteorian olevan niitä tukeva. Tämä ei kuitenkaan vielä tarkoita, että muutosteorian ja kotona tehtävän katkaisuhoidon suhde olisi täysin selkeä. Esittelen tässä luvussa muutosvaihemallia ja sen puutteita kohtaan esitettyä kritiikkiä, sekä katkaisuhoidon käytännöstä nousevia huolia, joita muutosteoria ei kata.

6.2.1 Muutosvaihemallin kritiikki päihdehoidossa

Muutosvaihemallia tutkittaessa sen teoriaa sekä soveltamista käyttäytymisen muutokseen on arvosteltu laajalti sen kehittämisen lähtien. Tutkijat ovat olleet eri mieltä siitä, millaisia tuloksia vaiheissa eteneminen on antanut. Mittaustavasta riippuen toimintavaiheessa olevat yksilöt eivät ole osoittaneet merkittävää alkoholinkulutuksen vähenemistä esiharkinta- tai harkintavaiheessa oleviin nähden (Callaghan & Taylor & Cunningham 2007, 1593), kun taas toisessa tutkimuksessa sama tutkimusasetelma on tuottanut lopputuloksen, jossa pidemmällä muutosvaiheessa olevat yksilöt ovat myös merkittävästi vähentäneet kulutustaan (Heather & Hönekopp & Smailes 2009, 955). Toisaalta tutkijat ovat kiistelleet myös siitä, onko muutosta (etenkin vaiheesta toiseen) mahdollista ennakoita vaiheiden ja prosessien kautta (Armitage 2009, 199). Muutosvaihemallin ulottuvuuksia on usein tutkittu erillisinä teorioina. Kuten esimerkiksi voimavaraulottuvuutta tutkittaessa on löydetty kyllä riippuvuutta yksilön voimavarojen ja muutoksen etenemisen välillä, muttei niin vahvasti, että se olisi muutosta selittävä tekijä (Hyde ym. 2008, 613). Tällaiset tutkimukset kuitenkin osaltaan vahvistavat juuri muutosvaihemallin integratiivista luonnetta: sen ulottuvuudet eivät ole eristettävissä erillisiksi teorioiksi, vaan mallia on syytä tutkia ja myös soveltaa kokonaisvaltaisesti kaikkien neljän ulottuvuuden kautta.

Muutosvaihemallia on myös kritisoitu siitä, että se ei sisällä sellaista kausaalisuutta, jonka avulla muutoksen eteneminen tai taantuminen vaiheesta toiseen olisi selitettävissä (Sutton 2001, 181; Migneault ym. 2005, 445; Rosen 2000, 600). Toisaalta kuitenkin esimerkiksi päätösten tasapainoa tutkittaessa sillä on osoitettu olevan selkeää vaikutusta käyttäytymiseen (Noar ym. 2003, 64).

Sosiaalityön näkökulmasta muutosvaihemallin kritiikki kohdistuu etenkin siihen, että se ei sisällä tarpeeksi yksilön sosiaalisen ympäristön huomioonottavia ulottuvuuksia. Vaikka muutosvaihemallin prosessit vaikuttavat sekä yksilön sisäiseen todellisuuteen että ulkoiseen ympäristöön, ei se yksin ole riittävä selittämään päihderiippuvuuden sosiaalista kontekstia (Barber

1995, 44).

6.2.2 Muutosteorian puutteet kotona tehtävässä katkaisuhoidossa

Muutosteoria sopii tarkoituksellisen ja määrätietoisen muutoksen edistäjäksi ja kuvailijaksi, millaiseksi katkaisuhoidon tavoitteen ja tehtävän suunnitelmaan voidaan nähdä lukeutuvan. Kuitenkin se on vain yksi viitekehys monien, kuten ratkaisukeskeisyyden, kognitiivisuuden tai psykodynaamisuuden, joukossa, eikä hoitoa voida yksinkertaistaa muutosvaihemallin ja motivoivan haastattelun käytännön sovellukseksi.

Päihdeongelma on myös tunne-elämän ongelma. Pitkään jatkunut päihteiden käyttö on vaikuttanut paitsi fyysisesti, myös psyykkisesti asiakkaan elämään, ja juomisen lopettamiseen liittyy usein paljon häpeän, katumuksen ja surun tunteita, jopa vihaa. Päihteettömyyden opettelu onkin monen asiakkaan kohdalla ennen kaikkea tunteiden tunnistamisen ja niiden käsittelyn opettelua niin negatiivisten kuin positiivisten tunteidenkin kohdalla. Muutosvaihemallin ja motivoivan haastattelun teoria muutoksesta ja sen etenemisestä ei pidä sisällään sellaista tunne-elämään suoranaisesti vaikuttavaa sisältöä, jota työntekijä voisi hyödyntää hoidon aikana.

Muutosteoriassa ei myöskään oteta huomioon katkaisuhoidossa esiintyvien vieroitusoireiden merkitystä tavoitteen tai hoidon jatkumisen kannalta. Alkoholin tavanomaiset vieroitusoireet, kuten ahdistus ja unettomuus ovat yleinen hoidon keskeyttämisen syy laitospäästä, joten näiden merkitys on hyvä ottaa huomioon hoitoa suunniteltaessa. Vieroitusoireita toki helpotetaan lääkityksellä, mutta myös psykososiaalisesta näkökulmasta voidaan asiakasta tukea vieroitusvaiheessa erilaisin toiminnallisilla keinoilla, jolloin keskittyminen omaan ahdistukseen vähenee. Muutosteorian painotus kokemuksellisiin prosesseihin muutoksen alkuvaiheissa ei ole yksinään riittävä hoidon sisältö, vaan työntekijän on tärkeää tukea myös alkanutta päihteettömyyttä konkreettisilla ja toiminnallisilla keinoilla. Tosin on hyvä huomioida, että muutosteoria ei mitenkään sulje pois toiminnallisia keinoja hoidon alkuvaiheista, vaan se painottaa itsetutkiskelun prosessien ylläpitoa. Työntekijän näkökulmasta ammattitaitoa vaati juuri psykososiaalisen muutoksen edistäminen ja päihteettömän toiminnan vahvistaminen samanaikaisesti niin, että asiakas etenee tavoitteeseensa.

Laitoshoidon verrattuna kotona tehtävän katkaisuhoidon vahvuuksia on muiden muassa sen yksilöllisyys ja laitoksen ongelmien välttäminen. Samaan aikaan kuitenkin on huomattava, että etenkin yksinelävät ja yksinäiset asiakkaat saavat laitoshoidosta juuri vertaistukea, jota kotona

tehtävässä katkaisuhoidossa ei pystytä tarjoamaan. Sama vertaistuen puute on myös perinteisessä avokatkaisussa, jolloin asiakas ohjataan itse hakeutumaan vertaistukiryhmään, kuten AA-ryhmään. Kotona tehtävässä katkaisuhoidossa, kuten jo aiemmin huomattiin, ei aina ole mahdollista ohjata asiakasta kodin ulkopuoliseen ryhmiin, jolloin esimerkiksi puhelin- tai verkkosovelluksilla on suuri merkitys. Esimerkiksi vertaistukea on mahdollista saada puhelimitse jo tälläkin hetkellä, ja jatkuvasti kehitellään erilaisia ”etäryhmiä”, jossa vertaisryhmät kokoontuvat virtuaalisesti.

Suuri haaste liittyy juuri Barberinkin (1995) esiin tuomaan päihdeongelman sosiaaliseen ulottuvuuteen ja sen mukaan ottamiseen kotona tehtävässä katkaisuhoidossa. Muutosteoria pitää kuitenkin sisällään sekä yksilön sisäisiä että tämän ympäristöön vaikuttavia prosesseja, mitkä ovat katkaisuhoidon puitteissa realistisia muutostavoitteiden kohteita. Ulommat sosiaaliset tasot, kuten yhteiskunnalliset ja kulttuuriset tasot (Barber 1995, 43) ovat toki psykososiaalisen työn, ja etenkin sosiaalityön kannalta tärkeitä huomioida, mutta sillä katkaisuhoidon puitteissa niihin ei voida vaikuttaa, muutosteorian puutteellinen sisältö ei näiden suhteen ole ongelmallista.

Viimeisenä kysymyksenä muutosteorian ja kotona tehtävän katkaisuhoidon yhdistämisessä on sellaisen asiakasryhmän huomioiminen, joka ei ole valmis muuttamaan päihteiden käyttöään millään tavalla, mutta hakeutuu silti hoitoon. Tällaiset asiakkaat, jotka eivät motivaatiota osoita millään tavalla, saattavat olla esimerkiksi laitosoissa yhteisöä rikkovia, mutta kotonaan heidät pystytään kohtaamaan ilman tällaista roolia. Muutosteoria on tällaistenkin asiakkaiden kohdalla pätevä lähtökohta juuri ongelman kieltämisen ja muutosvastaisuuden ymmärtämisen vuoksi. Kotona tehtävä katkaisuhuolto ei vaadi asiakkaalta muuta kuin hoidon aikaisen päihteettömyyden, ei pidempää raittiutta. Vaikka asiakas ei olisikaan valmis muuttamaan juomistaan, on työntekijän tehtävänä silti yrittää saada asiakas pohtimaan, miten voisi parantaa omaa tilannettaan, mikäli tämä itse siinä parannettavaa näkee. Vaikka sosiaalityön asiakaslähtöisyyden ja itsemääräämisen periaatteet tuleekin ottaa huomioon perustyössä, ei työntekijän tehtävä ole kuitenkaan tukea asiakassa sellaisissa tavoitteissa, jotka ovat tälle selvästi haitallisia.

7 Yhteenveto ja pohdinta

Lähdin alun perin tutkimaan kotona tehtävää katkaisuhoidoa selvittääkseni, miten se eroaa avokatkaisu- tai laitосkatkaisuhoidoista. Vaikka kotona tehtävää katkaisuhoidoa on tarjottu ja tutkittu 1980-luvulta lähtien Yhdysvalloissa ja Iso-Britanniassa, ei sen hoidollisesta sisällöstä ollut paljoakaan saatavilla. Kotona tehtävän katkaisuhoidon erityispiirteet tulivat toki esiin puitteiden kautta, mutta juuri sosiaalityöntekijän näkökulmasta itse muutostyöhön löytyi hyvin niukasti materiaalia. Toisaalta tämä oli jälkikäteen ajateltuna paitsi tutkimukseni, myös hoito-ohjelman suunnittelun kannalta positiivinen puute. Hoito-ohjelman puitteiden erityispiirteet ovat siirrettävissä Suomeen helposti lähes sellaisenaan, mutta hoitokulttuurin siirtäminen olisikin ollut vaikeampaa.

Koska kotona tehtävän katkaisuhoidon psykososiaalisen hoidon sisältö jäi tekemässäni selvityksessä avoimeksi, oli minulla tutkimukseni alussa melko vapaat kädet alkaa suunnittelemaan sisältöä. Valitsin transteoreettisen muutosvaihemallin ja motivoivan haastattelun teoria- menetelmäpariksi, koska omassa työssäni katkaisuhoidolaitoksen ohjaajana ja sosiaaliterapeuttina olen pohtinut paljon juuri niiden asiakkaiden kanssa tehtävää työtä, jotka eivät ole valmiita muutoksen aloittamiseen, saati siihen sitoutumiseen.

Tutkiessani muutosvaihemallia tarkemmin, alkoi minulle näyttäytyä selvästi sen vahvuudet juuri tällaisten asiakkaiden kanssa työskenneltäessä. Sosiaaliterapeutin tehtävä katkaisuhoidossa on juuri hoitojatkumon tai –ketjun luominen, ja monesti hyväkään suunnitelma ei ole palvellut asiakasta millään lailla (esimerkiksi hoitojen keskeytysten tai retkahdusten vuoksi), mikäli suunnitelma on rakennettu työntekijän auttamishalusta, eikä asiakkaan muutoshalusta käsin. Muutosvaihemallin näkemys muutoksen ”kytemisestä” tuntuu mielekkäältä katkaisuhoidossa, niin asiakkaan kuin työntekijänkin näkökulmasta, jossa muutoksen eteneminen ei vaadi aina näkyviä suoritteita, eivätkä retkahdukset ole merkki epäonnistuneesta suunnitelmasta tai sen toteutumatta jättämisestä.

Muutosvaihemallin ja motivoivan haastattelun muodostamasta yhteisestä muutosteoriasta on mielestäni tärkeimpänä tuloksena nostettavissa juuri muutoksen prosessien ja hoidollisten välitavoitteiden verrannollisuus. Muutoksen prosessit itsessään kuvaavat yleisluontoisesti sellaisia kognitiivisia ja toiminnallisia prosesseja, joita asiakas käy läpi muutoksen etenemiseksi, sekä tarjoaa näihin sopivia tehtäviä ja erilaisia näkökulmia. Kuitenkaan prosessit eivät sisällä sellaista tietoa, mitä työntekijä voisi katkaisuhoidossa käyttää asiakassuhdetta ja ennen kaikkea sen luottamuksellisuutta ja avoimuutta kehittääkseen. On absurdia ajatella, että jos asiakkaan ja työntekijän suhde on tulehtunut, olisi huolellisestikaan suunnitellulla hoidolla sellaista vaikutusta,

mikä olisi asiakkaan ja tämän tavoitteen kannalta toivottavaa. Muutosvaihemallin ja motivoivan haastattelun yhdistelmä vastaa sekä ”mitä”-, että ”miten”-kysymyksiin.

Vaikka tutkimukseni tarkoitus ei olekaan toimia minään manuaalina kotona tehtävän katkaisuhoidon työntekijöille, sisältää se kuitenkin käytännön keinoja arvioida asiakkaan muutosvaihe, ja edetä tämän tavoitteen mukaisesti, oikeat prosessit ja välitavoitteet valiten. Olen valinnut käyttämäni ”työntekijä” –sanon tutkimukseeni siitä syystä, että päihdetyön ammattikenttä on jo tällä hetkellä melko laajaa; päihdetyöntekijä, lähihoitaja, sairaanhoitaja, ohjaaja ja sosiaalityöntekijä käsitetään usein asiakkaiden (ja myös alan ammattilaisten) toimesta yhtenä ja samana asiana. Vaikka näin ei olekaan, olen halunnut luoda tutkimuksessani kuvan sellaisesta työstä, jota on mahdollista toteuttaa, oli työntekijän ammattinimike näistä mikä tahansa.

Olen vertaillut kotona tehtävän katkaisuhoidon hoitomallia sekä muutosteoriaa toisiinsa kahdesta suunnasta. Ensimmäiseksi pohdin, mitä muutosteorian sisällössä on sellaista, jota voi ottaa huomioon katkaisuhoidossa, ja kuten jo muutoksen vaiheita selvittäessäni otaksuin, juuri varhaisen vaiheen prosessit ja vaiheet tulivat näkyvimmäksi. Toisaalta toiminta- ja ylläpitovaiheita ei voida jättää automaattisesti pois juuri sellaisen asiakasryhmän vuoksi, joka haluaa katkaista nopeasti retkahduksen pitkän raittiuden jälkeen. Tämän jälkeen käänsin itse hoidon sisällön tarkasteltavaksi sen erityisten piirteiden kautta. Huomasin, että vaikka hoidon paikantuminen kotiin ja asiakasryhmien erityisyys juuri jatkosuunnitelman kannalta vaativat erilaista puuttumista ja suunnittelua kuin laitos- tai avohoidossa, on kuitenkin asiakkaan muutokseen valmistelu ja vahvistaminen itse työn pohjana samanlaista.

Tutkimukseni osoittaa juuri sen, mikä itselleni sosiaalityössä on niin mielenkiintoista; ilmiöiden ja käytäntöjen taakse katsoessa, on mahdollista löytää sellaisia rakenteita, kognitioita ja prosesseja, joihin käsiksi pääseminen on olennaista ennen konkreettisten interventioiden tai toimenpiteiden tekemistä. Asiakkaan kotona tehtävässä katkaisuhoidossa hoidon konkreettiset keinot ovat erityisiä, mutta niiden takana oleva ajatus on johdettavissa samaan ajatukseen kuin olemassa olevissa hoitomalleissa.

Tutkimukseni muutosteoriaa voidaan pitää pätevänä viitekehyksenä tällaisessa hoitomuodossa. Kuitenkin, kuten jo omaan työkokemukseeni peilattessani huomasin, ei hoidon kokonaisuutta voi yksinkertaistaa pelkkiin prosesseihin ja välitavoitteisiin. Mikään teoria tai viitekehys ei voi tavoittaa samalla tavalla kaikkia asiakkaita, heidän tilanteitaan, tavoitteitaan tai keinojaan. Kuten mitään muutakaan menetelmää, muutosteoriaakaan ei voida soveltaa mekaanisesti, ja vaikka olenkin

esittänyt prosessien selvittämisen muutoksen vaiheista RCQ[TV]:n avulla, on se ainoastaan yksi tapa kymmenistä eri arviointitavoista.

Tutkimukseni korostaa sosiaalityön ajatusta ihmisen aktiivisesta roolista päihdehoidon suhteen. Vapaaehtoisuuteen ja asiakkaan valmiuteen perustuva hoitomuoto, joka antaa mahdollisuuden asiakkaan ympäristön ja ympäröivien ihmissuhteiden tarkastelulle, on muutostyölle erittäin hyvä lähtökohta. Muutosteorian kokonaisvaltaisuus kulkee myös sosiaalityön heuristisuuden kanssa, ja varhaisen puuttumisen mahdollisuudella voi jopa auttaa ongelmien ennaltaehkäisyssä.

Tutkimukseni vahvistaa psykososiaalisen osaamisen merkitystä kotona tehtävää katkaisuhoidon suunniteltaessa, ja tuo samalla selkeitä kehityskohteita esiin hoito- ja tukijärjestelmässä. Erityisesti onnistuneen katkaisuhoidon jälkeisen jatkohoidon suunnittelu tulee olemaan haastavaa sellaisissa tapauksissa, missä asiakas ei edelleenkään kykene tai halua poistua kotoaan. Vantaan KotiKatko -mallissa tämä on myös huomattu, ja hoito onkin monesti sisältänyt myös kotiin vietävää jälkikuntoutusta. Katkaisuhoidon suunnittelu juuri siltä kannalta, että se valmistaa psykososiaaliseen kuntoutukseen, on ehdottoman tärkeää, ja vaikka pelkkää katkaisuhoidon pidetäänkin riittämättömänä keinona päihdeongelmasta toipumiseen, mahdollistaa se huolellisesti ja asiakkaan kanssa yhdessä toteutettuna pidemmälle hoito- ja muutospolulle siirtymisen turvallisesti.

Lähteet

- Allan, Carole & Smith, Iain & Mellin, Michael (2000) Detoxification from alcohol: a comparison of home detoxification and hospital-based day patient care. *Alcohol & Alcoholism* 35(1). 66-69.
- Armitage, Christopher J. (2009) Is there utility in the transtheoretical model? *British Journal of Health Psychology* 14. 195-210.
- Ashworth, Mark & Gerada, Claire (1997) Addiction and dependence- II: Alcohol. *British Medical Journal* 315(7104). 358-360.
- Bandura, Albert (1977) Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review* 84(2), 191-215.
- Balester- Mouret, S. & Abesdris, J. & Dalassale, B. & Vabret, F. & Batel, P (2007) Safety and efficiency of a home detoxification program vs an inpatient program among 250 alcoholics. Results of the in/out study. *Alcoholism: clinical and experimental research* 31(6). 238A-238A.
- Barber, James G. (1995) *Social Work with Addictions*. London: The Macmillan Press LTD.
- Bartu, Anne & Saunders, William (1994) Domiciliary detoxification: a cost effective alternative to inpatient treatment. *The Australian journal of advanced nursing* 11(3). 12-18.
- Bennie, Colin (1998) A Comparison of home detoxification and minimal intervention strategies for problem drinkers. *Alcohol & Alcoholism* 33(2). 157-163.
- Bronfenbrenner, Ury (1979) *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge. Harvard University Press.
- Bryant, Graham & Rogers, Julie (2001) An evaluation of home and residential alcohol detoxification (including the client experience). *The journal of clinical governance*. 9. 181-185.
- Callaghan, Russell C. & Taylor, Lawren & Cunningham, John A. (2007) Does progressive stage transition mean getting better? A test of the Transtheoretical Model in alcoholism recovery. *Addiction* 102, 1588-1596.
- Callow, Trasi & Donaldson, Stephen & Ruiters, Marian de (2008) Effectiveness of home

detoxification: a clinical audit. *British Journal of Nursing* 17(11). 692-695.

Carey, Kate B. & Purnine, Daniel M. & Maisto, Stephen A. & Carey, Michael P. (1999) Assessing readiness to change substance abuse: A critical review of instruments. *Clinical Psychology: Science and Practice* 6(3), 245-266.

Carey, Kate B. & Maisto, Stephen A. & Carey, Michael P. & Purnine, Daniel M. (2001) Measuring Readiness-to-Change Substance Misuse among Psychiatric Outpatients: I. Reliability and Validity of Self-Report Measures. *Journal of Studies on Alcohol* 62. 79-88.

Collins, Susan E. & Eck, Sandra & Torchalla, Iris & Schröter, Martina & Batra, Anita (2010) Decisional balance proportion: Quantifying qualitative data to represent motivation to change among treatment-seeking smokers. *Drug and Alcohol Dependence* 111, 82-88.

Connors, Gerard J. & Donovan, Dennis, M. & DiClemente, Carlo C. (2001) *Substance Abuse Treatment and the States of Change: Selecting and Planning Interventions*. New York. The Guilford Press.

Cooney, Ned L. & Babor, Thomas F. & DiClemente, Carlo C. & Del Boca, Frances K. (2003) Clinical and scientific implications of Project MATCH. Teoksessa Thomas F. Babor & Frances K. Del Boca (toim.) *Treatment Matching in Alcoholism*. Cambridge. Cambridge University Press, 222-237.

Cooper, David B. (1995) Alcohol home detoxification: a way forward. *British journal of Nursing* 4(22). 1315-1318

Demmel, Ralf & Beck, Beate & Richter, Dirk & Reker, Thomas (2004) Readiness to Change in a Clinical Sample of Problem Drinkers: Relation to Alcohol Use, Self-Efficacy, and Treatment Outcome. *European Addiction Research* 10, 133-138.

DiClemente, Carlo C. (1993) Changing Addictive Behaviors: A process perspective. *Current Directions in Psychological Science* 2(4), 101-106.

DiClemente, Carlo C. (2007) Mechanisms, Determinants and Processes of Change in the Modification of Drinking Behaviour. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 31(S3), 13S-20S.

DiClemente, Carlo C. & Prochaska, James O. (1998) Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. Teoksessa William R. Miller & Nick Heather (toim.) *Treating Addictive Behaviors* (2nd edition). New York: Plenum, 3-24.

DiClemente, Carlo C. & Velasquez, Mary M. (2002) *Motivational Interviewing and the Stages of Change*. Teoksessa William R. Miller & Stephen Rollnick (toim.) *Motivational Interviewing* (2nd edition). New York: The Guilford Press, 201-216.

Fiorentine, Robert & Hillhouse, Maureen P. (2000) Self-efficacy, Expectancies and Abstinence Acceptance: Further Evidence for the Addicted-Self Model of Cessation of Alcohol- and Drug-dependent Behavior. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 26(4), 497-521.

Fleeman, Nigel D. (1997) Alcohol home detoxification: a literature review. *Alcohol & Alcoholism* 32(6). 649-656.

Heather, Nick & Hönekopp, Johannes (2008) A revised edition of the Readiness to Change Questionnaire (Treatment Version). *Addiction Research and Theory* 16(5). 421-433.

Heather, Nick & Hönekopp, Johannes & Smailes, David (2009) Progressive stage transition does mean getting better: a further test of the Transtheoretical Model in recovery from alcohol problems. *Addiction* 104, 949-958.

Helsingin sanomat 24.11.2011. Päihdehoitoa enemmän helsinkiläisten arkeen Kotimaa A11.

Holopainen, Antti (2012) *Alkoholin vieroitusoireiden hoito. Lääkärin käsikirja*. Duodecim. http://www.terveysportti.fi/dkt/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt0197&p_haku=katkaisuhoito . Viitattu 24.1.2012.

Hyde, J. & Hankins, M. & Deale, A. & Marteau T.M. (2008) Interventions to Increase Self-efficacy in the Context of Addiction Behaviours: A Systematic Literature Review. *Journal of Health Psychology* 13, 607-623.

Janis, Irving L. & Mann, Leon (1977) *Decision making: a psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. London: Cassel & Collier Macmillan.

Joseph, Jay & Breslin, Curtis & Skinner, Harvey (1999) *Critical Perspectives on the Transtheoretical Model and Stages of Change*. Teoksessa Jalie A. Tucker & Dennis M. Donovan &

G. Alan Marlatt (toim.) Changing Addictive Behavior. New York: The Guilford Press 160-190.

Juhila, Kirsi (2008) Aikuisuus sosiaalityössä. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila (toim) Sosiaalityö aikuisten parissa. Tampere: Vastapaino, 82-109.

Kallio, Tomi J. (2006) Laadullinen review-tutkimus metodina ja yhteiskuntatieteellisenä lähestymistapana. Hallinnon tutkimus 2, 18-28.

Katkaisuhoito (2012) THL. http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/katkaisuhoito . Viitattu 25.1.2012

Kotiin annettavat palvelut ja hoito. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012-2014. Valvira. Valvontaohjelmia 7:2012

Kähkönen Heidi (2012) Kotikatkaishoito yleistyy. Mediuutiset 10, 10-11.

LaBrie, Joseph W. & Pedersen, Eric R. & Earleywine, Mitch & Olsen, Hutson (2006) Reducing heavy drinking in college males with the decisional balance: Analyzing an element of Motivational Interviewing. Addictive Behaviors 31, 254-263.

Laitinen, Kalevi & Mäkelä, Rauno (1998) Katkaishoito. Teoksessa Mikko Salaspuro & Kalervo Kiiänmaa & Kaija Seppä (toim) Päihdelääketiede. Helsinki: Duodecim, 179-186.

Leonard, Louise & O'Brien, Anthony (2007) Building the alcohol and other drug workforce in New Zealand. Australian nursing journal 15(5). 40.

Madden, Sarah & Plant, Martin & Bennie, Colin & Plant, Moira (2000). Home detoxification for problem drinkers: a female-friendly approach? Journal of substance use. 3. 106-111.

Mezciems, Peter Edgar (1996) Withdrawal strategies for outpatients. Canadian Family Physician 42. 1745-1752.

Migneault, Jeffery P & Velicer, Wayne F. & Prochaska, James O. & Stevenson, John F. (1999) Decisional balance for immoderate drinking in college students. Substance use & misuse 34(10). 1325-1346.

Migneault, Jeffery P. & Adams, Troy B. & Read, Jennifer P. (2005) Application of the Transtheoretical Model to substance abuse: historical development and future directions. Drug and

Alcohol Review 24, 437-448.

Miller, William R. & Rollnick, Stephen (2002) *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. Second Edition. New York: The Guilford Press.

Morgen, Keith & Gunneson, Lauren (2008) Decisional balance and Collegiate Drinking. *Journal of Alcohol & Drug Education* 52(3). 18-36.

Mäkelä, Petri (2011) *Katkaisuhoito kotona. A-klinikkasäätiö*.
http://dl.dropbox.com/u/4322202/katkaisuhoito_kotona_10012011.pdf . Viitattu 25.1.2012.

Noar, Seth M. & Laforge, Robert G. & Maddock, Jason E. & Wood, Mark D. (2003) Rethinking Positive and Negative Aspects of Alcohol Use: Suggestions from a Comparison of Alcohol Expectancies and Decisional Balance. *Journal of Studies on Alcohol* 64, 60-69.

Norcross, John C. & Krebs, Paul M. & Prochaska, James O. (2010/2011) Stages of Change. *Journal of Clinical Psychology: In Session* 67(2), 143-154

Prochaska, James O. (2006) Further commentaries on West (2005). *Addiction* 101. 768-778.

Prochaska, James O. & DiClemente, Carlo C. (1982) Transtheoretical therapy: Toward a More Integrative Model of Change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 19(3), 276-288.

Prochaska, James O. & DiClemente, Carlo C. & Velicer, Wayne F. & Rossi, Joseph S. (1992) Comments on Davidson's "Prochaska and DiClemente's model of change: a case study?" *British Journal of Addiction* 87, 825-835.

Prochaska, James O. & DiClemente, Carlo C. & Norcross, John C. (1992) In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist* 47(9), 1102-1114.

Prochaska, James O. & Velicer, Wayne F. & Rossi, Joseph S. & Goldstein, Michael G. & Marcus, Bess H. & Rakowski, William & Fiore, Christine & Harlow, Lisa L. & Redding, Colleen A. & Rosenbloom, Dena & Rossi, Susan R. (1994) Stages of Change and Decisional Balance for 12 Problem Behaviors. *Health Psychology* 13(1). 39-46.

Prochaska, James O. & Velicer, Wayne F. (1997) The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion* 2(1), 38-48.

Päihdetilastollinen vuosikirja 2010 - Alkoholi ja huumeet (2010). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/85338d3b-c126-4914-9384-d5847d59d598>. Viitattu 3.11.2011.

Roche, Ann M. & Watt, Kerriane & Fischer, Jane (2001) General practitioners' view of home detoxification. *Drug and alcohol review* 20. 395-406.

Rosen, Graig S. (2000) Is the Sequencing of Change Processes by Stage Consistent Across Health Problems? A Meta-Analysis. *Health Psychology* 19(6). 593-604.

Ryan, Tony & Rothwell, Vicky (1997) Residential alcohol detoxification: new role for mental health nurses. *British journal of nursing*. 6(5). 280-284.

Råman, Päivi (2011) Päihdepalvelut kotiin: Kokemuksia kotona tapahtuvasta alkoholikatkaisuhoidosta ja jälkikuntoutuksesta. Esitys valtakunnallisilla päihde- ja mielenterveyspäivillä 11.-12.10.2011.
http://www.tekry.fi/web/pdf/pmp_2011/26_Raman_esitys.pdf. Viitattu 25.1.2012.

Share, Deborah & McCrady, Barbara & Epstein, Elisabeth (2004) Stage of change and decisional balance for women seeking alcohol treatment. *Addictive Behaviors* 29, 525-535.

Stockwell, Tim & Bolt, Liz & Milner, Ingrid & Russell, Graham & Bolderston, Helen & Pugh, Peter (1991) Home detoxification from alcohol: Its safety and efficacy in comparison with inpatient care. *Alcohol & Alcoholism* 26(5). 645-650.

Sutton, Stephen (2001) Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. *Addiction* 96. 175-186.

Tomlin, Kathyleen M. & Richardson, Helen (2004) *Motivational Interviewing and Stages of Change*. Minnesota: Hazelden.

Vilkko, Anni & Sulander, Tommi & Laitalainen, Elina & Finne-Soveri, Harriet (2010) Miten iäkkäät suomalaiset juovat? Teoksessa Pia Mäkelä, Heli Mustonen & Christoffer Tigerstedt (toim.) *Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968-2008*. THL, 114-153.

Watts, M (2001) The significance of drinking context for home detoxification. *Nursing standard*. 15(28). 33-37.

Zinn, Linda (1997) The home detox alternative. Behavioral health management. 17(6). 24.

Liite 1: Muutosvalmiuslomake (asiakkaan kappale)

Muutosvalmiuslomake RCQ[TV]

asiakkaan versio

Rastita alla olevista vaihtoehdoista sopivin.

Vastauksesi ovat luottamuksellisia eivätkä sisällä henkilötietoja.

	Täysin eri mieltä	Jonkin verran eri mieltä	En osaa sanoa	Jonkin verran samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
1. Alkoholinikäyttöni ajattelu on hyödytöntä, sillä minulla ei ole ongelmaa					
2. Nautin alkoholikäytöstä, mutta joskus käytän sitä liikaa					
3. Alkoholikäytössäni ei ole mitään ongelmaa					
4. Joskus mietin, pitäisikö minun vähentää alkoholikäyttöäni tai lopettaa se kokonaan					
5. Kuka tahansa voi puhua alkoholinkäytön vähentämisestä, mutta minä myös teen asian eteen jotain					
6. Olen melko normaali alkoholinkäyttöni suhteen					
7. Alkoholinkäyttöni on joskus ongelma					
8. Olen tällä hetkellä jo muuttamassa alkoholinkäyttöäni (joko vähentää tai lopettaa)					
9. Olen alkanut toteuttaa suunnitelmaa alkoholinkäytön vähentämisestä tai lopettamisesta					
10. Minun ei tarvitse muuttaa alkoholinkäyttöäni					
11. Joskus mietin, onko alkoholinkäyttöni hallinnassani					
12. Alkoholit on minulle ongelma, jota hoidan aktiivisesti					

Liite 2: Muutosvalmiuslomake (työntekijän kappale)

Muutosvalmiuslomake RCQ[TV]

työntekijän versio

EH=esiharkinta H=harkinta T=toiminta

	vaihe	Täysin eri mieltä	Jonkin verran eri mieltä	En osaa sanoa	Jonkin verran samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
1. Alkoholin käyttöni ajattelu on hyödytöntä, sillä minulla ei ole ongelmaa	EH	-2	-1	0	1	2
2. Nautin alkoholinkäytöstä, mutta joskus käytän sitä liikaa	H	-2	-1	0	1	2
3. Alkoholinkäytössäni ei ole mitään ongelmaa	EH	-2	-1	0	1	2
4. Joskus mietin, pitäisikö minun vähentää alkoholinkäyttöäni tai lopettaa se kokonaan	H	-2	-1	0	1	2
5. Kuka tahansa voi puhua alkoholinkäytön vähentämisestä, mutta minä myös teen asian eteen jotain	T	-2	-1	0	1	2
6. Olen melko normaali alkoholinkäyttöni suhteen	EH	-2	-1	0	1	2
7. Alkoholinkäyttöni on joskus ongelma	H	-2	-1	0	1	2
8. Olen tällä hetkellä jo muuttamassa alkoholinkäyttöäni (joko vähentää tai lopettaa)	T	-2	-1	0	1	2
9. Olen alkanut toteuttaa suunnitelmaa alkoholinkäytön vähentämisestä tai lopettamisesta	T	-2	-1	0	1	2
10. Minun ei tarvitse muuttaa alkoholinkäyttöäni	EH	-2	-1	0	1	2
11. Joskus mietin, onko alkoholinkäyttöni hallinnassani	H	-2	-1	0	1	2
12. Alkoholit on minulle ongelma, jota hoidan aktiivisesti	T	-2	-1	0	1	2

EH-pisteet (1,3,6,10) yhteensä = _____

H-pisteet (2,4,7,11) yhteensä = _____

T-pisteet (5,8,9,12) yhteensä = _____