



Eettisen ja toipumiskeskeisen toimintamallin kehittäminen Minnesota-mallisessa päihdehoidossa

Miska Mikkonen

2022 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Eettisen ja toipumiskeskeisen toimintamallin kehittäminen Minnesota-mallisessa päihdehoidossa

Miska Mikkonen
sosionomikoulutus
Opinnäytetyö
Toukokuu 2022

Miska Mikkonen

Eettisen ja toipumiskeskeisen toimintamallin kehittäminen Minnesota-mallisessa päihdehoidossa

Vuosi

2022

Sivumäärä

99

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää sosiaalialan eettisiä arvoja kunnioittavaa sekä toipumiskeskeisyyttä painottavaa työtettä Minnesota-mallisessa päihdetyössä. Lisäksi tavoitteena oli tarkastella rakentavan kriittisesti syitä, jonka vuoksi Minnesota-mallisen päihdehoidon toimintakulttuuriin Suomessa on periytynyt toimintatapoja, joissa on heijasteita menetelmistä, jotka ovat ristiriidassa nykyisten sosiaali- ja terveysalan eettisten arvojen ja ohjeistusten kanssa.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Minnesota-mallista päihdehoitoa toteuttavan Fria-klinikka Oy:n kanssa. Tarkoituksena oli luoda toimintamalli, joka toimii viitekehyksenä Fria-klinikan päihdehoidon työtteelle. Opinnäytetyö on kehittämistyö, jonka menetelmänä on käytetty konstruktivistista tutkimusta. Kehittämistyön konkreettisenä tarkoituksena oli luoda toimeksiantajalle toimintamalli, joka vastaa kysymykseen: Miten Minnesota-mallista päihdehoitoa voidaan toteuttaa sosiaalialan eettisten arvojen mukaisesti luopumatta erityispiirteistä, jotka tekevät siitä toimivan?

Kehittämistyötä varten Fria-klinikalla perustettiin työryhmä, jonka tehtävänä oli kartoittaa hoitomallin sisällä olevia ongelmia sosiaalialan etiikan näkökulmasta ja löytää niihin ratkaisuja. Kehittämistyön myötä muodostui merkitykselliseksi dokumentoida työryhmällä ollutta hiljaista tietoa hoitomallin eettisistä ongelmista ja tarkastella hoitomallin historiaa, jotta kehityskohteena olleita ongelmia voidaan ymmärtää myös historian näkökulmasta.

Teoreettisina lähtökohtina opinnäytetyössä perehdyttiin sosiaalialan eettisiin arvoihin, Minnesota-mallisen päihdehoidon periaatteisiin ja historiaan, päihderiippuvuudesta toipumisen näkökulmiin ja menetelmiin, joita hoitomallissa käytetään. Lisäksi näkökulmia tuli sosiaalialan asiakastyön menetelmistä. Kehittämistyön avulla luodussa uudessa toimintamallissa sovellettiin eri alojen tieteellistä tutkimusta.

Kehittämistyönä luotiin toimeksiantajalle toimintamalli, johon Fria-klinikalla tehtävä Minnesota-mallinen päihdehoito perustuu. Uuden toimintamallin keskiössä on toipuminen. Lisäksi määriteltiin tekijät, jotka vaikuttavat toipumiseen. Yksi näistä tekijöistä on päihdehoito, jonka sisälle luotiin elementit, joiden avulla Minnesota-mallista päihdehoitoa voidaan toteuttaa sosiaalialan eettisiä arvoja kunnioittaen luopumatta hoitomallin ominaispiirteistä.

Opinnäytetyön arvioinnissa keskityttiin kehittämistyön prosessin sekä kehittämistyönä luodun uuden toimintamallin arviointiin. Uutta toimintamallia tehtiin läpinäkyväksi myös hoidossa oleville asiakkaille ja he kokivat kehitystyön sisällön olevan perusteltua. Arviointia teki kuitenkin pääasiassa työryhmä, joka tulee myös käyttämään uutta toimintamallia työssään. Kehittämistyön lopputulosta hyödynnetään jatkossa osana Fria-klinikan päihdehoidon toimintaa.

Asiasanat: päihdehoito, minnesota-malli, sosiaalialan eettiset arvot, toipumiskeskeisyys

Miska Mikkonen

Developing Ethical and Recovery Oriented Operating Model in Minnesota Model Addiction Treatment

Year	2022	Pages	99
------	------	-------	----

The purpose of this thesis is to develop working methods which comply with ethics of social work and emphasize recovery orientation in Minnesota-model based addiction treatment. Additionally, the purpose was to consider critically reasons why Finnish addiction treatment field using Minnesota-model has adopted methods which conflict with existing ethical values and guidelines of social and health services.

The thesis was implemented in co-operation with Fria-klinikka Oy which is using Minnesota-model. The objective was to create an operating model which comprises the framework of working methods used in addiction treatment in Fria-klinikka. The thesis is development work which applies the methods of constructive research. The concrete objective of development work is to create an operating model which is giving an answer to question: How Minnesota-model addiction treatment can be carried out complying with the ethics of social work without relinquishing special features which make Minnesota-model effective?

As a part of development work a working group was established in Fria-klinikka with intention to survey the problems in Minnesota-model addiction treatment and to find solutions to them. As the development work progressed it turned out to be meaningful to make documentation of the tacit knowledge possessed by the members of the working group and to consider the history of Minnesota-model in order to understand the historical perspective of the problems which created the need to development work.

The ethics of social work, the principles and history of Minnesota-model, the viewpoints to recovery from addiction and the methods used in Minnesota-model created the theoretical basis in this thesis. Additionally, the methods of social work gave insight to the theoretical basis. Scientific research of different branches was used in the creation of new operating model.

The new operating model was created as a development work. The addiction treatment in Fria-klinikka will be based on new operating model. The center of new operating model is recovery. Additionally, the elements contributing to recovery were specified. One of these factors is the addiction treatment. As a part of development work factors of addiction treatment were created with which it is possible to carry out Minnesota model addiction treatment complying with the ethics of social work without relinquishing special features of Minnesota model.

The evaluation of the thesis concentrated in the process of the development work and in the evaluation of the new operating model. The new operating model was introduced to the clients, and they considered the developing work to be justifiable. The evaluation was made mainly by the working group whose members will use the new operating model in their work. The new operating model will be used to define the addiction treatment of Fria-klinikka.

Key words: addiction treatment, minnesota-model, ethics of social work, recovery orientation

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Opinnäytetyön toimeksiantaja	8
3	Opinnäytetyön tausta, tavoitteet ja tarkoitus	8
4	Päihderiippuvuus ja päihdehoito	11
5	Minnesota-mallinen päihdehoito	12
5.1	Minnesota-mallisen päihdehoidon historia Suomessa	14
5.2	Minnesota-mallisen päihdehoidon erityispiirteet	15
6	Sosiaalialan eettiset arvot	18
6.1	Moraali, etiikka ja ammattietiikka	18
6.2	Sosiaalityön ammattieettinen ohjeisto	19
6.3	Itsemääräämisoikeus ja asiakaslähtöisyys osana sosiaalialan ammattietiikkaa ...	19
7	Konstruktiiivinen tutkimus kehittämistyön välineenä	21
8	Kehittämistyö päihdehoidon toimintamallin luomiseksi Fria-klinikalle	22
8.1	Ongelman jäsentäminen ja tiedon hankkiminen kehittämisen kohteesta	25
8.2	Ratkaisujen laatiminen	26
9	Eettiset ristiriidat Minnesota-mallisessa päihdehoidossa	29
9.1	Vallankäytöllinen työote ja asiakkaan itsemääräämisoikeus	30
9.2	Keskiössä hoito vai asiakkaan toipuminen	34
9.3	Eettiset ja kulttimuotoiseen terapiayhteisöön liittyvät riskit	37
10	Kehittämistyönä luotu Fria-klinikan päihdehoidon toimintamalli	42
10.1	Toipumiskeskeisyys	43
10.2	Asiakas, päihdehoito ja ympäristö - toipumiseen vaikuttavat tekijät	48
11	Minnesota-mallisen päihdehoidon osatekijät uudessa toimintamallissa	50
11.1	Psykososiaalinen hoito ja interventiot	50
11.2	Kieltomekanismin purkaminen	52
11.3	Dialogisuus	55
11.4	Narratiivisuus	59
11.5	Psykoedukaatio	62
11.6	Ratkaisukeskeisyys	65
11.7	Vertaistuen merkitys	68
11.7.1	Hyväksytyksi tuleminen omana itsenään	69
11.7.2	Kuulluksi tuleminen ja mahdollisuus kuulla	70
11.7.3	Yhteenkuuluvuus	71
11.7.4	Uusien näkökulmien avautuminen	72
11.7.5	Vastuun ja luottamuksen saaminen sekä toisille hyödyksi oleminen ..	72

11.8	Päihdehoidon eettisyys	73
11.8.1	Luottamuksellisuus	74
11.8.2	Kaksoissuhteet.....	75
11.8.3	Tietoinen suostumus ja tekijöiden pätevyys.....	76
11.8.4	Riippuvuus ja autonomia.....	78
11.8.5	Taloudelliset käytännöt.....	79
11.8.6	Ammatillinen kehittyminen	79
11.8.7	Terapian päättäminen.....	80
12	Opinnäytetyön kehittämistyön ja kehitetyn toimintamallin arviointi	81
13	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	88
14	Pohdinta	89
	Lähteet	93
	Kuviot.....	97
	Liitteet	98

1 Johdanto

Alkoholiriippuvuus sairautena koskettaa satoja tuhansia suomalaisia ja epäsuorasti se vaikuttaa myös sairastuneiden henkilöiden omaisten ja läheisten, varsinkin perheiden lasten, hyvinvointiin ja terveyteen. Se aiheuttaa myös muita haittoja toisille mm. väkivallan ja liikenneonnettomuuksien seurauksina. Alkoholiriippuvuus on erittäin vakava sairaus, joka lyhentää merkittävästi sairastuneen henkilön elinajanodotetta, lisää kuolleisuutta ja heikentää monin tavoin elämänlaatua. Lisäksi se lisää syrjäytymistä, siihen liittyy lisääntyntä väkivaltaista käyttäytymistä, se vähentää tuottavuutta työelämässä ja nostaa tapaturma-alttiutta. (Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto 2020.)

Hoitamattomasta alkoholi- ja päihderiippuvuudesta aiheutuu yhteiskunnalle merkittäviä kustannuksia. Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimivan Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto Palkon raportissa todetaan, että alkoholihaittojen suorien kustannusten arviointiin olevan vuonna 2016 lähes miljardi euroa. Se koostuu terveydenhuoltojärjestelmän kustannuksista, eläkkeistä, sairauspäivärahoista, sosiaalipalveluista, sosiaaliturvasta, järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidosta sekä oikeusjärjestelmän ja vankeinhoidon kustannuksista. Hoitamalla alkoholiriippuvuutta vaikuttavilla menetelmillä, on osa sairauden seurauksena syntyvistä kustannuksista vältettävissä. (Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto 2020.)

Alkoholismin ja laajemmin päihderiippuvuuden hoitaminen on yksi tärkeimmistä kansanterveydellisistä kysymyksistä. Yksi tutkitusti tehokkaimmaksi todetuista menetelmistä on 12-askeleen hoito, joka tunnetaan myös nimellä Minnesota-mallinen päihdehoito. Hoitomuodon vaikuttavuudesta kertoo esimerkiksi vuonna 2020 julkaistu Cochrane-katsaus, jossa todetaan, että 12-askeleen pohjalta toteutetut alkoholismin hoito-ohjelmat ovat tehokkaampia raittiuden saavuttamiseksi kuin muut vakiintuneet hoito-ohjelmat (Kelly, J., Humbreys, K., Ferri, M. 2020, 3).

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää sosiaalialan eettisiä arvoja kunnioittavaa sekä toipumiskeskeisyyttä painottavaa työtettä Minnesota-mallisessa päihdetyössä. Lisäksi tavoitteena oli tarkastella rakentavan kriittisesti syitä, jonka vuoksi Minnesota-mallisen päihdehoidon toimintakulttuuriin Suomessa on periytynyt toimintatapoja, joissa on heijasteita menetelmistä, jotka ovat ristiriidassa nykyisten sosiaali- ja terveysalan eettisten arvojen ja ohjeistusten kanssa.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Minnesota-mallista päihdehoitoa tuottavan Fria-klinikka Oy:n kanssa. Tarkoituksena oli luoda tavoitteiden mukainen toimintamalli Fria-klinikan Minnesota-malliselle päihdehoidolle.

Toimintamallin rakentaminen oli kehittämistyö, jonka menetelmänä sovellettiin konstruktivistista tutkimusta. Uuden toimintamallin tavoitteena oli vastata kysymykseen: Miten Minnesota-mallista päihdehoitoa voidaan toteuttaa sosiaalialan eettisten arvojen mukaisesti luopumatta erityispiirteistä, jotka tekevät siitä toimivan?

Kehittämistyötä varten Fria-klinikalla perustettiin työryhmä, jonka kartoitti hoitomallin sisällä olevia ongelmia sosiaalialan etiikan näkökulmasta ja loi niihin ratkaisuja. Kehittämistyön myötä muodostui merkitykselliseksi dokumentoida työryhmällä ollutta hiljaista tietoa hoitomallin eettisistä ongelmista ja tarkastella hoitomallin historiaa, jotta kehityskohteena olleita ongelmia voidaan ymmärtää myös historian näkökulmasta.

2 Opinnäytetyön toimeksiantaja

Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Fria-klinikka Oy. Fria-klinikka toteuttaa Minnesota-mallista päihdehoitoa toimipaikoissaan Kirkkonummella ja Turussa. Kirkkonummella sijaitsee hoitokeskus, jossa toteutetaan ympärivuorokautista päihdehoitoa ja Turussa yksikkö, jossa toteutetaan avomallista päihdehoitoa. Myös päihderiippuvaisten läheisille on oma hoito-ohjelmansa. Fria-klinikka on yksityinen sosiaalipalveluiden tuottaja ja se on aloittanut toimintansa vuonna 2020. Hoitokeskuksessa toteutettava ympärivuorokautinen päihdehoito aloitettiin maaliskuussa 2021. (Fria-klinikka 2021.)

Asiakaspaikkoja Fria-klinikan hoitokeskuksessa on kahdeksan. Päihdehoito on suunnattu päihderiippuvaisille, joiden toimintakyky mahdollistaa intensiivisen terapiapainotteisen hoidon läpikäymisen. Merkittävä osa päihdehoitoon osallistuvista henkilöistä on työelämässä ja useimilla päihderiippuvuus on merkittävin toimintakykyä rajoittava tekijä. Suurimmalla osalla päihderiippuvuuden seuraukset näkyvät asiakkaan itsensä henkisessä pahoinvoinnissa. Myös sosiaaliset seuraukset ovat usein merkittäviä läheisten kokeman huolen ja toivottomuuden muodossa. Toisaalta asiakkaiden kognitiiviset kyvyt ovat siinä määrin hyviä, että he pystyvät intensiivisen terapiajakson aikana käsittelemään päihderiippuvuuden seurauksia. (Fria-klinikka 2021.)

3 Opinnäytetyön tausta, tavoitteet ja tarkoitus

Olen työskennellyt vuodesta 2010 alkaen Minnesota-mallisen päihdetyön parissa kolmessa eri hoitomallia toteuttavassa yksikössä. Viimeisen vuosikymmenen aikana ala on kokenut Suomessa isoja muutoksia. Uusia hoitoideologiaa noudattavia hoitopaikkoja on tullut useita. Toisaalta hoitomallin on koettu sen tekijöiden parissa olleen marginaalisessa asemassa, jota yhteiskunnan järjestelmät eivät hyödynnä tarpeeksi. Hoitomallin parissa olevien henkilöiden ja

muiden toimijoiden taholla on vuosikausia pohdittu syitä, miksi yhteiskunnan päihdehuoltojärjestelmä ei hyödynnä voimakkaammin toimivaksi todettua hoitomallia. Syitä on pääsääntöisesti etsitty Minnesota-mallisen hoitomallin ulkopuolelta päihdehuoltojärjestelmästä, A-klinikkasäätiön omistaman A-klinikka Oy:n keskeisestä ja ristiriitaiseksi koetusta roolista ja tietämättömyydestä.

Syyt Minnesota-mallisen hoidon marginaalisuudelle järjestelmässä ovat todennäköisesti moni-
muotoisia. Fria-klinikalle kehittämistyötä varten perustetun työryhmän pohdintojen mukaan osa syistä liittyy siihen, että hoitomallin sisällä on ollut toimintamalleja ja käytäntöjä, jotka ovat ristiriitaisia sosiaalialan eettisten arvojen näkökulmasta. Minnesota-mallisen päihdehoidon kriittiseen itsetarkasteluun liittyvää työtä ei ole suomalaisen Minnesota-mallisen päihdehoitokulttuurin parissa ainakaan julkisesti tehty. Osaltaan tämä on johtunut Fria-klinikan työryhmän pohdintojen mukaan siitä, että kehittämistyön on pelätty johtavan hoitomallille specifien tekijöiden katoamiseen. Näiden tekijöiden on puolestaan koettu olevan keskeisiä hoitomallin vaikuttavuuden näkökulmasta.

Olen itse kohdannut vuosien aikana Minnesota-mallisen hoidon parissa ilmiöitä, jotka ovat herättäneet syväluotaavia eettisiä pohdintoja. Sama kokemus on myös Fria-klinikan työryhmän jäsenillä. Osa eettisistä pohdinnoista on liittynyt alan työntekijän vallankäyttölisiin rajanylityksiin tai ilmiöihin, jotka näyttäytyvät kulttimaisina. Yksinkertaiset selitykset ovat saattaneet liittyä yksittäisiin henkilöihin tai työntekijöihin. Toisaalta tietyt negatiiviset lieveilmiöt ovat näyttäytyneet toistuvina. Tämän vuoksi vuosien aikana heräsi epäily siitä, että Minnesota-mallisen hoidon toteutustavat tuottavat näitä ilmiöitä, jotka toistuvat uusien alalle tulevien työntekijöiden ja hoitoon tulevien henkilöiden kohdalla.

Eräs taustatekijä kehitystyölle oli sosiaali- ja terveysalan valvojan viranomaisen vuonna 2020 antamat uudet päihdehoitoa koskevat ohjeistukset, jotka muuttivat Minnesota-mallisen päihdehoidon toimintaympäristöä. Ohjeistukset koskivat muun muassa sitä, milloin päihdehoito tulkitaan ilmoituksenvaraiseksi ja milloin luvanvaraiseksi. Lisäksi esimerkiksi mitoitukseen ja asiakasturvallisuuteen liittyen tuli ohjeistuksia, joita ei aiemmin oltu joko vaadittu tai noudatettu Minnesota-mallisessa päihdetyössä. Ohjeistukset yhdenmukaistivat vaatimuksia ympärivuorokautiselle päihdekuntoutukselle riippumatta käytetystä teoreettisesta viitekehyksestä. Näihin ohjeistuksiin on mahdollista vastata teknisesti pitämällä huolen henkilökunnan koulutuksesta, mitoituksesta ja tietyistä muista vaatimuksista. (Valvira 2020.)

Viranomaisten uudet vaatimukset muuttivat Minnesota-mallisen päihdehoidon alaa siinä määrin, että osa toimijoista jäi pois virallisten yksityisten sosiaali- ja terveystalveluja tuottavien yksiköiden joukosta. Osa vastasi viranomaisten ohjeistuksiin reagoimalla uusiin vaatimuksiin esimerkiksi koulutetun henkilöstön määrään liittyen. Näitä uudistuksia oli mahdollista

kuitenkin toteuttaa pureutumatta ongelmien eettiseen ytimeen ja ne eivät automaattisesti ratkaisseet haasteita, joita vuosien varrella oli kohdattu.

Mielenkiintoinen taustatekijä on myös se, että Minnesota-malliselle päihdehoidolle on ollut tyypillistä, että uusien hoitopaikkojen työntekijät ovat itse olleet asiakkaana hoitomallin mukaisessa päihdehoidossa. Nämä omakohtaiset kokemukset ovat muovanneet alalle hakeutuneiden henkilöiden käsitystä hoidosta ja uusien hoitopaikkojen perustamisen myötä toimintamallit sekä hyvässä että pahassa ovat siirtyneet kokemuseräisenä hiljaisena tietona uusiin paikkoihin. Jotta Minnesota-mallisen päihdehoidon parissa olevia eettisiä ristiriitoja ja niiden juurisyytä voi ymmärtää, avaan opinnäytetyössäni myös Minnesota-mallisen päihdetyön historiaa maailmalla ja Suomessa.

Vuosien ajan olin pohtinut joidenkin pitkäaikaisten kollegoideni kanssa, onko hoitomallia mahdollista ylipäätään päivittää tämän päivän sosiaalialan eettisiä arvoja vastaavaksi. Onko mahdollista, että jäsentämällä päihdehoitoa uudella tavalla välttyttäisiin siltä, ettei toistuviin negatiivisiin lieveilmiöihin törmättäisi uusien alalle tulevien työntekijöiden ja hoitoa läpikäyvien asiakkaiden kanssa?

Opinnäytetyön tavoitteena oli jäsentää hoitomallin eettisiä ongelmia ja tarkastella rakentavan kriittisesti syitä, jonka vuoksi Minnesota-mallisen päihdehoidon toimintakulttuuriin Suomessa on periytynyt toimintatapoja, joissa on ristiriitoja nykyisten sosiaali- ja terveysalan eettisten arvojen ja ohjeistusten kanssa. Pää tavoitteena oli kuitenkin kehittää sosiaalialan eettisiä arvoja kunnioittavaa ja toipumiskeskeisyyttä painottavaa työtettä Minnesota-mallissa päihdetyössä.

Tavoitteen saavuttamiseksi opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Minnesota-mallista päihdetyötä toteuttavalle Fria-klinikka Oy:lle toimintamalli, jossa pidetään kiinni Minnesota-mallisen päihdehoidon toimiviksi havaituista tekijöistä, mutta jossa samalla otetaan huomioon sosiaalialan eettiset ohjeistukset mukaan lukien asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Toimeksiantaja Fria-klinikka Oy tulee käyttämään kehittämistyön tuloksena syntyneitä malleja toteuttamassaan päihdehoidossa asiakkaiden kanssa. Kehittämistyön yhteydessä dokumentoitua tietoa tullaan käyttämään myös koulutusmateriaalina.

Uuden toimintamallin toivottiin uudistavan tapaa jäsentää Fria-klinikalla toteutettavaa Minnesota-mallista päihdehoitoa. Lopputuloksen toivotaan mahdollistavan toiminnan muovautumisen uomaan, jossa olemassa olevia eettisiä ristiriitoja ei tarvitse paikata tai pahimmillaan piilottaa teknisesti ulkoisesta paineesta kuten viranomaisten vaatimuksista käsin, vaan ratkaisut syntyvät luonnollisesti hoitoa ohjaavasta uudesta toimintamallista.

4 Päihderiippuvuus ja päihdehoito

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen THL:n mukaan päihderiippuvuus on käsitteenä katto-termi riippuvuuksille, joita voi kehittyä eri aineisiin. Näitä ovat esimerkiksi alkoholi, nikotiini, bentsodiatsepiinit, kannabis, opiaatit ja amfetamiini. Eri aineisiin liittyvät riippuvuudet muistuttavat paljon toisiaan. Alkoholiriippuvuus tai alkoholismi on eräs päihderiippuvuuden muoto. THL:n mukaan riippuvuuden ydinoireita ovat aineen käytön pakonomaisuus ja käyttöhimo. Riippuvuus ilmenee usein vaikeutena hallita aineen käytön aloitusta, määriä tai lopettamista. Tämä voi johtaa käytön jatkumiseen haitoista huolimatta ja päihteiden käyttö syrjäyttää ainakin osin itsestään huolehtimisen, harrastukset, ihmissuhteet ja koulutuksen tai työn. Lisäksi riippuvuuteen todetaan liittyvän usein sietokyvyn kasvua käytettyyn aineeseen ja vieroitusoireita käytön loppuessa. Kykenemättömyys tunnistaa tai myöntää riippuvuuden aiheuttamia oireita ja haittoja on yleinen ilmiö päihderiippuvuudessa. (THL 2019.)

Päihderiippuvuuden kehittyminen edellyttää THL:n mukaan toistuvaa kyseisen aineen käyttöä, joka johtaa riippuvuuteen liittyviin aivo- ja psykososiaalisiin muutoksiin. Riippuvuussairauden puhkeamiseksi tarvitaan siis aina päihteen käyttöä. Altistuksen lisäksi yksilön taustalla olevat perintötekijät vaikuttavat merkittävästi yksilön riskiin sairastua päihderiippuvuuteen ja esimerkiksi alkoholiriippuvuudelle altistavien perintötekijöiden on arvioitu THL:n mukaan lisäävän riippuvuuden kehittymisen riskiä noin 50 prosenttia. Joihinkin mielenterveyshäiriöihin ja sosiaalisiin tekijöihin liittyy suurentunut riski riippuvuuksiin. Päihderiippuvuus voi kehittyä missä iässä tahansa. (THL 2019.)

THL:n mukaan päihdehoidolla on tärkeä rooli yhteiskunnassa, vaikka riippuvuuksista saattaa tapahtua niin sanottua spontaania toipumista, jossa riippuvuutta sairastava toipuu ilman hoidollista apua. Päihdehoito on terminä iso kokonaisuus, johon kuuluu tasoja, joista osa menee terveydenhoidon piiriin ja osa sosiaalihuollon piiriin. Esimerkiksi vieroitushoidoilla vähennetään THL:n mukaan vieroitusoireita ja niihin liittyviä haittoja, mikä tapahtuu usein lääkityksen avulla. Vieroitushoidot ovat kuitenkin vain pieni osa päihdehoidon kokonaisuutta ja pääasiallinen osa päihdehoidosta tulisi THL:n mukaan olla psyykkisen riippuvuuden hoitoa, jossa pyritään vähentämään pakonomaisuutta ja käyttöhimoa. Psyykkisen riippuvuuden hoidossa käytetään sekä psykososiaalisia (esimerkiksi keskusteluhoito) että lääkehoitoja. (THL 2019.)

Osa päihdehoidosta voi olla haittoja vähentävää. Tämä pätee erityisesti korvaushoitoon, jota käytetään erityisesti vaikean opiaattiriippuvuuden hoidossa. Korvaushoidossa on perusajatusena hoitaa riippuvuutta antamalla opioidiriippuvaiselle päihdettä korvaavaa lääkevalmisteta. Korvaushoidon tavoitteena voi olla vähittäinen vierottautuminen myös korvaushoitolääkkeestä tai vaikeimmissa tapauksissa sillä ajatellaan olevan sekä yksilöllisiä että yhteiskunnallisia haittoja kuten rikollisuutta vähentävä vaikutus. (A-klinikka 2021.)

Minnesota-mallinen päihdehoito on ensisijaisesti psykososiaalista ja kuntouttavaa päihdehoitoa, jonka tavoitteena on auttaa päihderiippuvuutta sairastavaa henkilöä pääsemään kokonaan päihhteestä eroon, minkä ajatellaan mahdollistavan toipumisen kokonaisvaltaisesti riippuvuuden seurauksista. Minnesota-mallista päihdehoitoa on esitelty tarkemmin luvussa 5.

5 Minnesota-mallinen päihdehoito

Puhuttaessa Minnesota-mallisesta päihdehoidosta on sivuttava AA-liikkeen historiaa. AA tunnetaan nimellä Nimettömät alkoholistit tai Anonyymit alkoholistit. AA-liike oli aloittanut toimintansa Yhdysvalloissa Akronissa 1930-luvulla, kun newyorkilainen liikemies ja paikkakunnan lääkäri alkoivat tukea toisiaan raittiina pysymiseksi. Kaksikko huomasi, että heidän kykynsä pysyä raittiina näytti riippuvan avusta ja rohkaisusta, mitä he pystyivät antamaan toisille alkoholisteille. Viiden ensimmäisen vuoden aikana uusi liike kasvoi hitaasti nimettömänä, järjestäytymättömänä ja vailla sitä koskevaa kirjallisuutta. Vuonna 1939 yhteisö julkaisi kirjan *Alcoholics Anonymous*, josta yhteisö sai nimensä ja joka sisälsi sen varhaisten jäsenten muotoileman 12-askeleen toipumisohjelman. (Anonyymit alkoholistit 2021.)

Minnesota-mallinen päihdehoito alkoi muotoutua 1940-luvun lopulla Yhdysvalloissa. Toisen maailmansodan jälkeen elettiin voimakasta nousukautta ja yhteiskuntaa kehitettiin aktiivisesti, mikä ulottui myös päihdehuoltoon. Minnesotan osavaltiossa käynnistettiin kolmessa eri hoitolaitoksessa vuosina 1948-1950 toisistaan riippumattomat päihdepotilaiden hoitokokeilut. (Anderson 1981, 6.)

Paikat olivat nimeltään Pioneer House, Hazelden ja 2218. Tyypillistä niissä oli alkoholismien hoitaminen AA:n kehittämän 12-askeleen toipumisohjelman pohjalta ja toiminnan vetäjinä olivat toipumisohjelmaan perehtyneet raitistuneet alkoholistit. Yksi keskeisistä oli Hazeldenin toimintaa alussa ohjannut Lynn Carroll, joka oli AA:n avulla raitistunut lakimies. Hän oli raitistumisensa jälkeen ottanut sydämen asiakseen auttaa juovia alkoholisteja raitistumaan. Hänestä muodostui 12-askeleen itseoppinut opettaja ja karismaattinen persoona, joka kuvaili itseään myös jäärapääksi. Hazeldenin ensimmäisinä vuosina hän asui hoitokeskuksessa ja vapaahetket mahdollisti AA-laisten tekemät vierailut. (McElrath 1987, 23-37.)

Näille hoitokokeiluille oli yhteistä, että käynnistäjinä oli raitistuneita AA:n jäseniä. AA:ssa raitistuneet alkoholistit olivat tulleet vapaaehtoisesti yhteisön toimintaperiaatteiden mukaisesti muun muassa Willmarin valtiosairaalaan auttamaan suljetuilla osastoilla hoidossa olevia päihdepotilaita. Willmarin valtiosairaalassa oli herännyt pyrkimys saada päihdepotilaat pois psykiatristen potilaiden joukosta. Itse raitistuneet vapaaehtoistyöntekijät työskentelivät aluksi hoitohenkilökunnan rinnalla, mutta pian heitä alettiin palkata alkoholineuvojiksi ja eräänlaisiksi kokemusasiantuntijoiksi. Willmarin valtiosairaalassa alettiin kehittämään näiden

kokemusten myötä myös alkoholismien hoito-ohjelmaa, joissa hyödynnettiin itse raitistuneita alkoholisteja. (Anderson 1981, 16-18.)

Samoina aikoina 1940-luvun lopulla ja 1950-luvulla alkoi siis rakentua puhtaasti AA:n 12-askeleen pohjalta toimivia hoito-ohjelmia ja ammatillisessa psykiatrisessa hoidossa Wilmarin valtiosairaalassa alettiin kokeilemaan samoja elementtejä ja käyttämään työntekijöinä raitistuneita alkoholisteja ammattilaisten rinnalla. Nämä polut kulkivat aluksi omina projekteinaan, kunnes niiden välille alkoi muodostua yhteistyösiteitä. Näin tapahtui varsinkin Hazeldenin ja Wilmarin valtiosairaalan välillä. (McElrath 1987, 69-87.)

Alkoholismien ja laajemmin päihderiippuvuuden sairauskäsitettä alettiin myös jäsentämään samaan aikaan näiden hoidollisten kehityskulkujen kanssa. Amerikan psykiatrisen yhdistys (American Psychiatric Association, APA) julkaisi vuonna 1952 DSM-tautiluokitusjärjestelmän, jossa alkoholismi oli luokiteltu ensimmäistä kertaa sairaudeksi. Tuossa vaiheessa alkoholismi oli luokituksessa sosiopaattisen persoonallisuushäiriön alaluokkana, mutta 1980 julkaistussa DSM-tautiluokituksen kolmannessa versiossa päihderiippuvuus oli määritelty primääriseksi sairaudeksi, jolla on omat diagnostiset kriteerinsä. Kuitenkin jo vuonna 1952 tehty sairauden luokitus muutti suhtautumista alkoholismiin. Aikaisemmin päihdeongelmiin oli suhtauduttu moraaliseen näkökulmasta ja yhteiskunnan rooli oli nähty eräänlaisena kurinpitäjänä. Monissa maissa oli esimerkiksi kieltolakeja ja alkoholismien hoitoa edustivat rangaistuslaitokset tai ryhtiä elämään tuovat työleirit. (Robinson 2016.)

Samoja asenteita oli ollut myös suomalaisessa historiassa. Vaasan läänin maaherra Carl de Carnall lausui vuonna 1816: "En voi olla syvimmällä surulla mainitsematta, että tapojen turmelus läänissä viime aikoina on suuresti edistynyt ja uhkaa lukemattomilla vahingoilla. Rikokset ovat huomattavassa määrin lisääntyneet, ja ovat etupäässä semmoisia, joita laki pitää raskaslaatuina. Tutkittaessa syytä niihin en ole huomannut niiden olevan löydettävissä kristinopin ja lukutaidon opettamisessa, joka epäilemättä on paremmalla kannalla kuin ennen, vaan paljoo pikemmin ylenmääräisessä väkevien juomien nauttimisessa, johon rahvas on erittäin taipuvainen." (Peltonen 1990.) Maaherra toisin sanoen kuvasi, että virkamiehet tekevät parhaansa opettaessaan kristinuskoa ja säädyllistä elämää, mutta uppiskainen kansa on vain taipuvaista juopotteluun. Fria-klinikan työryhmän pohdinnan mukaan historiassa olleet moralisoivat asenteet voivat vaikuttaa siihen, että joillakin yksilöillä voi olla nykyäänkin näkemys alkoholismista moraalisenä ongelmana ja sen saatetaan ajatella olevan kiinni vain tahdonvoimasta.

Ensimmäisiä alkoholismien sairauskäsitteen tutkijoita oli Edward Morton Jellinek, joka nimitettiin johtamaan Yalen yliopiston alkoholismien tutkimusyksikköä. Jellinek jakoi alkoholismien kehityksen neljään vaiheeseen, jossa kaksi viimeistä ovat pakonomaisen riippuvuuden ohjaamaa. Hän perusti tutkimuksensa AA:n jäsenten kuvauksiin juomaongelmansa etenemisestä.

Hänen työtään pidetään edelleenkin pioneerityönä ja käytännössä lähes kaikki myöhemmin laaditut alkoholismien tieteelliset määrittelyt viittaavat siihen tavalla tai toisella. (Tarnaala 2006, 228-229.)

Alkoholismien ja päihderiippuvuuden luokitteluun sairaudeksi sekä 12-askeleen toipumishojelman ja ammatillisen työtoiminnan yhdistäminen moniammatilliseksi sekä kokonaisvaltaiseksi hoitomuodoksi muovasivat merkittävästi yleistä suhtautumista alkoholismiin ja tarjosivat uudenlaista mahdollisuutta päästä toipumaan siitä. Oinas-Kukkonen viittaa väitöskirjatutkimuksessaan arvioon, jonka mukaan Minnesota-mallisen hoidon syntysijoilla Yhdysvalloissa päihdehoito pohjautuu 90-prosenttisesti tähän ajattelutapaan (Oinas-Kukkonen 2013, 70). Ei ole perusteetonta sanoa, että Minnesota-mallisen hoidon kehitys on ollut aikanaan merkittävä sosiaalinen reformi.

Minnesota-mallinen hoito on luonteeltaan kokonaisvaltaista kuntouttavaa päihdehoitoa, jonka keskiössä on päihderiippuvuuden sairauskäsitys. Kokonaisvaltaisen toipumisen edellytyksenä pidetään raitistumista eli päihteestä eroon pääsemistä. Minnesota-malli itsessään on hyvin laaja termi ja jokainen hoitomalli toteuttava yksikkö luo itse omat käytäntönsä. Minnesota-malli ei ole siis yksi yhtenäinen tiivis hoito-ohjelma vaan enemmänkin kattoterminä hoitomallissa käytettävälle filosofialle. Heikki Oinas-Kukkonen toteaa väitöskirjassaan, että mallia soveltava hoitopaikka laatii omat sisältönsä painottaen ja käyttäen mallin periaatteita vaihtelevin vahvuusastein (Oinas-Kukkonen 2013, 71.)

5.1 Minnesota-mallisen päihdehoidon historia Suomessa

Suomeen 12-askeleen toipumishojelmaan perustuvan hoitoajatuksen toi alkoholipoliittisen tutkimuslaitoksen tutkija Toivo Pöysä ja ensimmäinen Minnesota-mallista vaikutteita saanut päihdehoitoyksikkö, Kalliolan kuntoutuskeskus, avattiin 1982 Espoon Pellakseen. Tämä Myllyhoitona tunnettu päihdehoito sai nopeasti mainetta. (Kettunen & Leppänen 1994, 14, 49-54, 61, 77.)

Minnesota-mallisen päihdehoidon voidaan katsoa saapuneen Suomeen myös toista reittiä pitkin. Oinas-Kukkonen kertoo, että Minnesota-hoito Oy aloitettiin Lapualla vuonna 1992 ja ensimmäiset potilaat aloittivat hoidon vuonna 1993 (Oinas-Kukkonen 2013, 71). Minnesota-hoito Oy:n perusti Simo Seppelin, joka itse oli käynyt hoitomallin mukaisen hoidon Ruotsissa 1980-luvulla (Minnesota-hoito 2021).

Nämä hoitomallin kaksi saapumisreittiä muodostivat hoitomallin kehittymiselle Suomessa myös kaksi eri viitekehystä. Myllyhoito on toiminut omassa viitekehyksessään ja Minnesotahoitoa tai Minnesota-mallista hoitoa toiminnastaan nimenä käyttävien hoitopaikkojen juuret juontavat Lapualla toimivaan Minnesota-hoitoon. Myllyhoidon ja Minnesota-mallisten toimijoiden välillä ei ole rakenteellista yhteistyötä, joskin Myllyhoitoyhdistyksessä on vaikuttajina

henkilöitä, joilla on kosketuspintaa kumpaankin viitekehykseen. Samoin termin ”Minnesota-malli” käyttö on laajentunut ja esimerkiksi Myllyhoitoa toiminnastaan perinteisesti käyttävät toimijat ovat alkaneet käyttää sitä.

Viimeisen reilun vuosikymmenen aikana toiminnan on aloittanut monta yksikköä, jotka kuvaavat toimintansa perustuvan Minnesota-malliin ja joiden tekijöiden juuret nojaavat hoitokulttuurillisesti Lapuan Minnesota-hoitoon. Osaltaan näistä syistä monien Minnesota-mallisten hoitopaikkojen hoitojen sisältö näyttäytyy hyvin identtisenä. Samalla tapaa hoitomallin sisälle on periytynyt käytäntöjä ja ajattelumalleja, jotka ovat kulkeutuneet alan sisällä uusiin hoitopaikkoihin. On tyypillistä, että alaa tuntemattomat ihmiset saattavat ajatella ”Minnesota-hoidon” tai ”Minnesota-mallin” tarkoittavan hoitopaikasta riippumatta yhtäläistä hoitoa, jossa vain toteuttajat eli yksiköissä työskentelevät henkilöt vaihtelevat.

Tämä opinnäytetyö keskittyy Minnesota-mallisen hoidon haaraan, joka on saanut suomalaiset juurensa Lapualta ja josta käytetään yleisesti nimitystä Minnesotahoito tai Minnesota-mallinen päihdehoito. Alalle tyypillistä on ollut, että uusien hoitopaikkojen työntekijät ovat itse olleet ensin hoidossa tai töissä toisessa hoitopaikassa. Uusien hoitopaikkojen perustamisen myötä myös toimintamallit ovat siirtyneet hiljaisena tietona uusiin paikkoihin. Huomiona todettakoon, että tämä ilmiö näyttäytyy samankaltaisena Suomessa kuin aiemmin kuvattu hoitomallin historia sen syntymaassa Yhdysvalloissa. Itse avun saaneet perustavat uusia hoitopaikkoja ja siirtävät mennessään tapoja, joita ovat kokeneet käytettävän yksikössä, jossa ovat itse käyneet hoidon.

5.2 Minnesota-mallisen päihdehoidon erityispiirteet

Vaikka jokainen Minnesota-mallista päihdehoitoa toteuttavat toimijat luovat omat hoito-ohjelmansa, on hoitofilosofiassa erityispiirteitä, jotka ovat tyypillisiä kaikille alan toimijoille. Heikki Oinas-Kukkosen (Oinas-Kukkonen 2013, 69-70) mukaan tyypillisiä tunnuspiirteitä Minnesota-malliselle hoitofilosofialle ovat seuraavat perusoletukset:

- Alkoholismi on olemassa. Tila on tunnistettavissa kliinisesti. Mitä aikaisemmin riippuvuus havaitaan, sitä aikaisemmin käynnistyvät myös hoito ja toipuminen. Pitkään jatkuva juominen johtaa elämän hallinnan täydelliseen menettämiseen.
- Alkoholismi on sairaus. Erilaisista persoonallisuustekijöistä, sosiaalisista taustoista ja juomistavoista riippumatta alkoholisteille on yhteistä se, että he jatkavat juomista huolimatta siitä, miten vakavia vaikeuksia käytöstä heille aiheutuu. Patologinen alkoholi riippuvuus ei ole henkilön hallittavissa.
- Alkoholismi ei ole kenenkään syytä. Yksilön ja lähiyhteisön syyttely ei johda toipumiseen. Kun alkoholismia ei pidetä moraalisenä ongelmana, vaan sairautena, henkilön on mahdollista kohdata, myöntää ja hyväksyä tilanteensa.

- Alkoholismi on monivaiheinen sairaus. Pakonomaiseen juomiseen liittyvät fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, henkiset ja moraaliset vaikeudet yhdessä juomisen hallitsemattomuuden kanssa muodostavat aikaa myöten monivaiheisen ja moniulotteisen kokonaisuuden. Alkoholismin kompleksisuus edellyttää ihmisen kaikkien olemuspuolien yhtäaikaista huomioon ottamista.
- Alkoholismi on krooninen ja primaarinen sairaus. Huolimatta sairauden moniulotteisuudesta on alkoholiriippuvuuden oltava hoidon ensisijainen kohde. Kyseessä ei ole oire jostakin muusta, vaan itsenäinen sairaus.
- Potilaan motivoituneisuus hoitoon tulemisen hetkellä ei ennusta hoidon tulosta. Kysymys on siitä, miten on mahdollista auttaa ihmistä, joka ei halua apua. Ongelman olemassaolon kieltäminen on alkoholismille tyypillinen oire. Hoitoon ohjatut toipuvat tai ovat toipumatta yhtä lailla kuin vapaaehtoisesti hoitoon hakeutuneet. Moni näennäisesti vapaaehtoisesti hakeutunut on itse asiassa hoidossa kuitenkin olosuhteiden pakottamana. Hoidon keskeinen tehtävä on motivoida raittiuteen ja kroonisen sairauden itsenäiseen hoitamiseen.
- Alkoholismiin liittyvä tiedottaminen, koulutus ja havahduttaminen tulee käynnistää yhteisöissä ja koko yhteiskunnassa. Usein läheiset ja jopa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisetkaan eivät tunnista alkoholistin oireita ja käyttäytymistä sen varhaisvaiheessa. Kun alkoholisti lisäksi kieltää tilanteensa, ajaudutaan väistämättä sairauden myöhäisiin vaiheisiin, jolloin haitat ovat yksilölle, läheisille, yhteisölle ja koko yhteiskunnalle huomattavat. Ongelman kieltäminen koskettaa yhtä lailla kyseistä ihmistä itseään kuin hänen kanssaan tekemisissä olevia perheestä työterveyshuoltoon. Läheisyhteisön havahduttamiseksi tarvitaan koulutusohjelmia. Läheisten tietoisuus alkoholismin luonteesta sekä ymmärrys ja rohkaisu voivat motivoida päihderiippuvaisenkin hakemaan itselleen apua. Käsite ”läheisriippuvuus” on tehtävä tunnetuksi. Työpaikoilla tulisi tunnistaa alkoholismin varhaisvaiheen merkit ja ohjata potilas ajoissa hoitoon.
- Kemiallinen riippuvuus. ”Kemiallinen riippuvuus” tarkoittaa sitä, että potilaan sairaudenkuva ja hoidon tarve on samanlainen riippumatta siitä, onko hän pelkkä alkoholisti, sekakäyttäjä (lääkkeet) ja/tai, nykykielellä, narkomaani. Heidän ei tule turvautua mihinkään näistä päihdyttävistä aineryhmistä eikä turvautua itselääkitykseen. Adiktoituneella ihmisellä on taipumus siirtyä yhdestä riippuvuudesta toiseen.

Erityisen yhtäläinen piirre Minnesota-mallisissa päihdehoidoissa on täysraittius hoidon tavoitteena. Minnesota-malli on todettu tehokkaaksi hoitokeinoksi tämän tavoitteen saavuttamiseksi. Hoitomuodon vaikuttavuudesta kertoo esimerkiksi vuonna 2020 julkaistu Cochrane-katsaus, jossa todetaan, että 12-astelehen pohjalta toteutetut alkoholismin hoito-ohjelmat ovat tehokkaampia raittiuden saavuttamiseksi kuin muut vakiintuneet hoito-ohjelmat (Kelly, J., Humbreys, K., Ferri, M. 2020, 3).

Yhtäläisenä piirteenä Suomessa toimiville Minnesota-mallisille toimijoille näyttäytyy, että hoitokokonaisuus alkaa intensiivisellä hoitotaksolla, joka toteutetaan joko hoitokeskuksessa ympärivuorokautisena tai avomallisena. Useimmilla Minnesota-mallisilla toimijoilla on osana intensiivijaksoa läheisviikonlopuksi tai läheispäiväksi kutsuttu tapahtuma, joihin kutsutaan hoidossa olevan päihderiippuvaisen lähipiiriä. Nämä tapahtumat sisältävät osioita, joissa läheiset kuuntelevat luentoja alkoholismien sairauden luonteesta ja riippuvuuden vaikutuksista alkoholistin lähipiiriin. Useasti läheistapahtumiin kuuluvat niin sanotut läheiskohtaamiset, joissa läheiset kertovat hoidossa olevalle henkilölle negatiivisia kokemuksiaan päihteiden käytöstä sekä tulevaisuuteen liittyvistä odotuksistaan.

Useimmilla toimijoilla hoitoon sisältyy 11 kuukauden mittainen jatkohoito, jonka tarkoituksena tukea uutta raitista elämäntapaa. Hoidon parissa olevan käsityksen mukaan henkilöillä, jotka jatkavat päihteiden käyttöä, se tapahtuu useimmiten ensimmäisen vuoden aikana hoidon aloittamisesta. Osa heistä jatkaa päihteiden käyttöä samassa mittakaavassa kuin ennen hoitoakin, osa saavuttaa päihdeettömyyden myöhemmin. Kun elämänmuutos on vakiintunut, ns. retkahtaminen tai päihteiden käytön jatkuminen tapahtuu hoitomallissa vallalla olevan käsityksen mukaan harvemmin. Tätä tukee Hannele Tainion ja Tuula Jauhiaisen näkemys artikkelissa ”Päihteet sosiaalisen kuntoutuksen haasteena”, jossa käsitellään muutosvalmiutta ja sen eri vaiheita (Tainio & Jauhainen 2016, 152).

Tutkimustuloksissa hoidon vaikuttavuuden suhteen on paljon eroja. A-klinikka Oy:n toimitusjohtaja ja lääketieteellinen johtaja Kaarlo Simojoki toteaa Duodecimin Käypähoito-nettisivujen artikkelissa kahdentoista askeleen ohjelman tuottavan ilmeisesti enemmän täysraittiutta, mutta muilta osin tulokset eivät Simojoen mukaan ilmeisesti eroa oleellisesti tavanomaisten psykososiaalisten hoitojen tuloksista (Simojoki 2019).

Jotkin Minnesota-mallista päihdehoitoa toteuttavat yksiköt saattavat itse mainostaa markkinointimateriaalissaan jopa yli 90 prosentin hoitotuloksista, kun mittarina pidetään hoidon käyneiden henkilöiden saavuttamaa raittiutta. Tämänkaltaisille väitteille ei löydy perusteita tieteellisestä tutkimuksesta. Niiden voidaan todeta viittaavan enemmän kulttimuotoisen terapian parissa oleviin ongelmiin, joissa terapian vaikuttavuudesta maalataan tyypillisesti epärealistista kuvaa. Näitä kulttimuotoiseen terapiaan liittyviä ongelmia kuvataan tarkemmin luvussa 9.3.

Heikki Oinas-Kukkonen päätelee väitöskirjatutkimuksessaan Lapuan Minnesota-hoidon vuosien 2006-2010 asiakkaiden kohdalla hoitotuloksen raittiudella mitattuna olevan 65 prosenttia (Oinas-Kukkonen 2013, 279). Heikki Oinas-Kukkonen tutkimus on ilmeisesti ainoa Suomessa toteutettu tutkimus, jossa tätä hoitotuloksiin liittyvää informaatiota on sivuttu.

Koska Minnesota-mallista päihdehoitoa toteuttavilla yksiköillä on eroja hoidon toteuttamisessa ja sitä toteuttavien työntekijöiden ammattitaidossa, on mahdollista olettaa, että

hoitomallia käyttävien yksikköjen hoitotuloksissa on vaihtelua. Vertailevaa tutkimusta eri Minnesota-mallista hoitoa toteuttavien yksikköjen hoidon vaikuttavuudesta ei ole olemassa ainakaan suomalaisessa tutkimuskentässä. Tämä luonnollisesti vaikeuttaa sekä yksityisesti hoitoa etsivien henkilöiden että ostopalveluista päätöksiä tekevien tahojen aitoa vertailua eri hoitoyksiköiden todellisista tuloksista. Ainoa saatavilla oleva tieto on hoitopaikoilta itseltään tulevaa ja luonnollisesti yksityisinä yrityksinä toimivat palveluntuottajat haluavat antaa mahdollisimman hyvää kuvaa tuloksistaan tapahtuipa se tilastoja suoranaisesti vääristelemällä tai suotuisasti tulkitsemalla.

Haasteen vertailevalle tutkimukselle tuovat tekijät, jotka koskettavat laajemminkin sosiaalia tai terapiamuotoista työtettä. Hoito-ohjelmien kohderyhmät vaihtelevat ja samoin yhtäläisten mittareiden rakentaminen on haastavaa.

6 Sosiaalialan eettiset arvot

6.1 Moraali, etiikka ja ammattietiikka

Etiikan ja moraalin määritelmät ovat laajoja ja vaihtelevat riippuen lähteestä. Sosiaalityön etiikkaan erikoistuneen tutkijan Sarah Banksin mukaan moraali tarkoittaa hyvään, pahaan, oikeaan ja väärään kantaa ottavien käytössääntöjen ja käytäntöjen järjestelmää. Moraalifilosofia tutkii hänen mukaansa moraaliala ja moraaliala ongelmia ja Banksin mukaan etiikan käsitettä puolestaan käytetään yleisesti moraalin monikkona ja moraalifilosofian synonyymina, mutta sen tarkka merkitys riippuu moraalifilosofian lajista. Hänen mukaansa joidenkin käsitysten mukaan moraali käsitetään yhteisössä vallitsevien oikeaan ja väärään kantaa ottavien sääntöjen kokonaisuudeksi tai käsityksiksi hyvästä, pahasta, oikeuksista, velvollisuuksista, oikeasta ja väärästä. (Banks 2021, 5-7.) Etiikan voidaan ajatella olevan tieteenala, joka tutkii moraaliala. Toisaalta esimerkiksi sosiaalityön tutkija Erik Blennbergin (2005,20) mukaan moraaliala ja etiikka ei välttämättä eroteta toisistaan ja termiä käytetään sekä moraalin että moraalifilosofian merkityksessä.

Ammattietiikka käsittelee Banksin mukaan kysymyksiä siitä, miten ammattilaiset toimivat tai miten heidän tulisi toimia. Ammattieettisten kysymysten erityispiirre on siinä, että ne koskevat ammatillisten tekojen eettisyyttä ja määrittelevät ammattilaisen ja muiden ihmisten välisen suhteen moraaliala. Banksin mukaan ammattietiikan tehtävänä on arvioida työkäytäntöjä, pureutua työn ongelmiin ja kehittää parempaa arkipäivän toimintaa työhön. Sen tehtävänä ajatellaan olevan ammatillisen toiminnan kehittäminen sekä apuvälineenä toimiminen ammatin tarkoituksen hahmottamisessa. (Banks 2021, 115-122.)

Veera Viitanen mainitsee sosiaalityön etiikkaa käsittelevässä tutkielmassaan sosiaalityön ammattietiikalla olevan poikkeuksellinen asema suhteessa tietoon ja lainsäädäntöön. Tiedon

ajatellaan vastaavan kysymykseen, millainen maailma on ja etiikan kysymykseen, millainen maailman pitäisi olla. Tieto voi esimerkiksi kertoa, millä interventiokeinolla tai menetelmällä sosiaalityön tavoitteet saavutetaan. Etiikka puolestaan kertoo, mitä ovat sosiaalityön tavoitteet. Sosiaalityön eettisiä näkökulmia esittävät Viitasen mukaan monet tahot, joita ovat muun muassa lainsäätäjät, poliitikot, äänestäjät, sosiaalityön asiakkaat sekä sosiaalialan työntekijät, organisaatiot, ammattiyhteisöt. Kaikki tahot vaikuttavat sosiaalityön todellisuuteen osaltaan ja minkään tahon väitteitä ei voida osoittaa muita väitteitä oikeammiksi tai vääremmiksi. Eri näkökulmia voidaan arvioida ja käytäntöjen seurauksia voidaan eritellä, mutta lopullista oikeaa vastausta ei voida esittää. Viitasen mukaan eettiset näkökulmat ohjaavat kaikkien ammattialojen toimintaa ja vaikka jokin ala väittäisi toimivansa vain näyttöön perustuvan tiedon pohjalta, alaa ohjaavat todellisuudessa myös eettiset kannanotot ainakin sen suhteen, mitä tietoon ja tutkimusnäyttöön perustuvien keinojen avulla pitäisi tehdä. Sosiaalityössä etiikka ohjaa Viitasen mukaan työtä poikkeuksellisen paljon suhteessa tietoon. (Viitanen 2011, 4.)

Suhteessa lainsäädäntöön Viitanen toteaa etiikalla olevan sosiaalialalla poikkeuksellisen heikko asema. Lainsäädäntö ottaa kantaa siihen, miten ihmisten pitää toimia eikä miten ihmiset toimivat. Esimerkiksi lääkäreiden ammattietiikassa lääkäriskunnalla ajatellaan olevan oikeus määrittää itse tehtävänsä ja noudattaa etiikkaansa, jolloin lainsäädännön nähdään Viitasen mukaan seuraavan lääkäreiden ammattikunnan määrittämää etiikkaa viiveellä. Sosiaalityössä asian nähdään kuitenkin olevan toisin; alan ammattietiikkaa ei hahmoteta laista erillisenä ilmiönä, vaikka laki luonnollisesti heijasteleekin arvoja. (Viitanen 2011, 5-6.) Toisaalta sosiaalityön eettisessä oppaassa todetaan, että lainsäädäntö ei välttämättä tarjoa suoraa vastausta ihmissuhdetyön pulmiin (Heikkinen 2017, 7).

Johtuen sosiaalialan erityispiirteistä Viitanen toteaa alalla olevan erityinen suhde ammattietiikkaan. Virtanen viittaa useisiin lähteisiin, jotka korostavat etiikan, sen tiedostamisen, eettisen vastuunoton olevan sosiaalityön ytimessä olevia asioita. Hän viittaa lausuntoihin, joiden mukaan eettinen asiantuntijuus on olennainen osa sosiaalityön asiantuntijuutta ja että sosiaalityön ydin on eettinen. (Viitanen 2011, 5.)

Minnesota-mallinen päihdehoito nähdään psykososiaalisena hoitomuotona kuuluvan Suomessa pääasiallisesti sosiaalityön alle, mikä korostaa opinnäytetyön tarpeellisuutta ja merkitystä. Osana sosiaalityötä hoitomallin eettisyyttä on tärkeää tarkastella ja kehittää.

6.2 Sosiaalialan ammattieettinen ohjeisto

Sosiaalialalla on julkaistu keskeisiä eettisiä periaatteita esimerkiksi sosiaalityöntekijöiden kansainvälisen järjestön IFSW:n (International Federation of Social Workers) ja valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan ETENE:n julkaisuissa. Suomessa sosiaalialan työntekijät ovat sitoutuneet sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestön

Talentian laatimaan sosiaalialan eettiseen ohjeistoon. Tämä ohjeisto löytyy Alpo Heikkisen toimittamassa oppaassa ”Arki, arvot ja etiikka - Sosiaalialan ammattihenkilön eettiset ohjeet”. Kansainväliset julkaisut ovat olleet tukena myös Talentian laatiman sosiaalialan ammattihenkilön eettisen oppaan kirjoittamisessa. (Heikkinen 2017, 7.)

Sosiaalialan eettinen ohjeisto koostuu kahdeksasta sosiaalityön eettisestä periaatteesta, joista neljä kuvaa asiakkaiden oikeuksia yksilöinä ja neljä liittyy sosiaalityön yhteiskunnalliseen tehtävään. Yksilön oikeuksia määrittävät sosiaalityön periaatteet ovat itsemääräämisoikeus, osallistumisoikeus omaa elämää koskeviin päätöksiin ja toimiin, oikeus tulla kohdatuksi kokonaisvaltaisesti ja oikeus yksityisyyteen. Yhteiskunnalliset periaatteet liittyvät syrjinnän estämiseen, erilaisuuden tunnustamiseen, voimavarojen jakamiseen tasapuolisesti sekä epäoikeudenmukaisuuden vastustamiseen. Sosiaalialan eettisessä ohjeistossa tarkastellaan lisäksi työntekijän ja työyhteisön välistä suhdetta ja vastuunjakoa eettisessä toiminnassa, työntekijän omia oikeuksia sekä hänen rooliaan ammattikunnan jäsenenä. (Heikkinen 2017.)

6.3 Itsemääräämisoikeus ja asiakaslähtöisyys osana sosiaalialan ammattietiikkaa

Talentian sosiaalialan eettisyyttä käsittelevässä oppaassa pohditaan asiakkaan itsemääräämisoikeuden ja asiakaslähtöisyyden merkitystä sosiaalialan toiminnassa. Oppaassa todetaan, että sosiaalialan työntekijän tulee kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Itsemääräämisoikeuden kerrotaan olevan perusoikeus, joka tarkoittaa sitä, että työntekijän on kerrottava asiakkaalle eri mahdollisuuksista sekä niiden eri vaikutuksista ja näin tarjota asiakkaalle mahdollisuus tehdä valintoja. Itsemääräämisoikeuden rinnalla asiakaslähtöisyyden käsite on merkityksellinen. Asiakaslähtöisyyden todetaan tarkoittavan muun muassa asiakkaan äänen kuulemista ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. Sosiaalihuoltolain soveltamisoppaan mukaan asiakaslähtöisyys ei voi toteutua, jos asiakas ei saa tietoa omista oikeuksistaan, eikä hänen yksilöllistä tilannettaan huomioida. Asiakaslähtöisesti työskenneltäessä asiakassuhde etenee asiakkaan määrittelemien ja esiin nostamien tarpeiden kautta. Sosiaalialan työssä asiakaslähtöisyys toteutuu, kun asiakas kokee aidosti osallisuutta. Asiakaslähtöisyyden toteutumislle voi myös tulla monia esteitä, kuten se miten asiakas kykenee ilmaisemaan tahtoaan tai toiveitaan tai onko hänellä kykyä toimia palveluorganisaatioissa. (Heikkinen 2017, 12-15.)

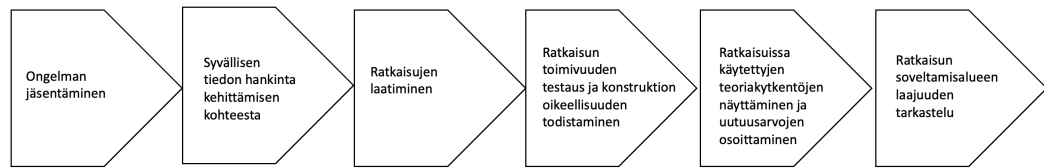
Sosiaalialan ammattihenkilö on tekemisissä asiakkaansa kanssa tehtävänsä tuomien valtuuksien kautta. Työhön sisältyvä valta ja vallankäytön yhteiskunnallinen oikeutus on tehtävä näkyväksi. Sosiaalialan työssä ollaan usein tekemisissä ristiriitojen kanssa ja, ne on hyvä ottaa rohkeasti työskentelyn kohteeksi. Vallankäyttö voi olla työntekijälle rutinoitunutta arkea, mutta asiakkaan kannalta se voi olla merkityksellistä. Työntekijällä voi olla valta määritellä, mihin tarpeisiin ja seikkoihin hän tarttuu ja miten hän niitä nimeää. Sosiaalialan ammattihenkilön työllä, tekemisillä tai tekemättä jättämisellä voi olla vaikutuksia asiakkaan elämään. (Heikkinen 2017, 32.)

7 Konstruktiivinen tutkimus kehittämistyön välineenä

Katri Ojasalo, Teemu Moilanen ja Jarmo Ritakoski (2015, 19-20) toteavat, että tutkimuksellinen kehittämistyö saa alkunsa erilaisista lähtökohdista, kuten organisaation kehittämistarpeista tai halusta saada aikaan muutoksia ja siihen kuuluu käytännön ongelmien ratkaisua ja uusien ideoiden, käytäntöjen tai palveluiden tuottamista ja toteuttamista. Sen tarkoituksena on Ojasalon ym. mukaan tyypillisesti luonnostella, kehitellä ja ottaa käyttöön ratkaisuja. Tieteellisen tutkimuksen ja tutkimuksellisen kehitystyön ero heidän mukaansa on pääasiassa toiminnan päämäärien painopisteissä: tieteellisessä tutkimuksessa halutaan tuottaa ilmiöistä uutta teoriaa ja tutkimuksellisessa kehitystyössä tavoitteena on saada aikaan käytännön parannuksia tai uusia ratkaisuja. Nämä eivät ole Ojasalon ym. mukaan toisiaan poissulkevia ja myös tutkimuksellisessa kehittämistyössä uuden tiedon tuottaminen on keskeistä. Vaikka pääpaino tavoitteenasettelussa on käytännön kehittämistehtävän saavuttamisessa, tavoitteena olisi hyvä olla myös uuden tiedon tuottaminen käytännöstä. Ojasalo ym. kertovat, että kun tutkimuksellisessa kehittämistyössä korostetaan tehdyn työn dokumentointia ja julkisuutta, on mahdollista luoda uudenlaista ammatillista tietoa. Dokumentoimalla varsinaisen kehitystyön prosessin lisäksi työelämässä olevaa hiljaista tietoa, voidaan uudistaa työn osaamis- ja tietoperustaa.

Tämä opinnäytetyö on tutkimuksellinen kehittämistyö ja se on tehty soveltaen konstruktiivista tutkimusmenetelmää. Katri Ojasalo, Teemu Moilanen ja Jarmo Ritakoski (2015, 65-67) kertovat konstruktiivisen tutkimuksen olevan käyttökelpoinen, kun luodaan konkreettinen tuotos, suunnitelma, mittari tai malli, jonka päämääränä on ongelman ratkaisu. Heidän mukaansa konstruktiivinen tutkimus muistuttaa innovaatioiden tuottamista, vaikka kehittämistyön tuloksena syntyneet uudet tuotokset eivät olisikaan suoranaisia innovaatioita vaan kehitystyön avulla muodostettuja rakenteita, joita arvioidaan niiden käytännön hyödyn perusteella. Konstruktiivisessa tutkimuksessa on tarkoituksena rakentaa uudenlaista ja käytännönläheistä todellisuutta hyödyntäen tutkimustietoa. Uusien rakenteiden eli konstruktioiden luomisessa hyödynnetään olemassa olevaa teoreettista tietoa ja uutta käytännöstä kerättävää tietoa. (Ojasalo ym. 2015, 65-67.)

Ojasalo ym. kertovat, että konstruktiivisessa tutkimuksessa on oleellista sitoa käytännön ongelma ja sen ratkaisu teoreettiseen tietoon. Lisäksi ratkaisun tulee osoittautua toimivaksi myös kohdeorganisaation ulkopuolella. Konstruktiivinen tutkimus voidaan Ojasalon ym. mukaan jakaa kuuteen vaiheeseen, joita havainnollistetaan kuviossa 1, joka on mukailtu Ojasalon ym. vastaavasta kuvioista. (Ojasalo ym. 2015, 65-67.)



Kuvio 1: Konstruktiivisen tutkimuksen prosessi

Ojasalo ym. kertovat, että konstruktiivisen tutkimuksen avulla on tarkoitus saada tuotokseksi merkityksellinen ja käytännössä hyödynnettävissä oleva rakenne, joka on uusi ja aiempaa parempi ratkaisu todelliseen ongelmaan. Ratkaisun avaimena ovat Ojasalon ym. mukaan kehittämisen yhteys aikaisempaan teoriaan ja ongelman ja ratkaisun käytännön merkitys. Konstruktiivisessa tutkimuksessa voidaan heidän mukaansa käyttää kirjavia menetelmiä, sillä lähestymistapa ei rajaa pois mitään menetelmää. Käyttökelpoisiksi tavoiksi Ojasalo ym. mainitsevat muun muassa havainnoinnin, haastattelut ja ryhmäkeskustelut. Koska tarkoituksena on kehittää jotain uutta, aineistoa kannattaa Ojasalon ym. mukaan kerätä monin tavoin. (Ojasalo ym. 2015, 66.)

8 Kehittämistyö päihdehoidon toimintamallin luomiseksi Fria-klinikalle

Tässä luvussa kuvataan, miten konstruktiivista tutkimusta sovellettiin opinnäytetyönä tehdyssä kehitystyössä, jonka tarkoituksena oli kehittää toimeksiantajalle Fria-klinikka Oy:lle toimintamalli, jossa pidetään kiinni Minnesota-mallisen päihdehoidon toimiviksi havaituista tekijöistä, mutta jossa samalla otetaan huomioon sosiaalialan eettiset ohjeistukset mukaan lukien asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen.

Opinnäytetyön tavoitteena oli taustoittaa Minnesota-mallisen päihdehoidon eettisiä ongelmia ja tarkastella rakentavan kriittisesti syitä, jonka vuoksi hoitomallin toimintakulttuurin sisälle on Suomessa periytynyt toimintatapoja, joissa on ristiriitoja nykyisten sosiaali- ja terveysalan eettisten arvojen ja ohjeistusten kanssa. Pää tavoitteena oli kehittää sosiaalialan eettisiä arvoja kunnioittavaa ja toipumiskeskeisyyttä painottavaa työotetta Minnesota-mallisessa päihdetyössä.

Tässä opinnäytetyössä oleva kehittäminen tuli ajankohtaiseksi Fria-klinikan hoito-ohjelman rakentamisen myötä. Fria-klinikka aloitti ympärivuorokautisen päihdekuntoutuksen toteuttamisen maaliskuussa 2021. Fria-klinikan tekijöillä oli entuudestaan useiden vuosien kokemus Minnesota-mallisesta työotteesta ja sitä kautta myös ongelmista, joihin kehittäminen pyrkii löytämään ratkaisun. Fria-klinikan toiminnan aloittaminen avasi luonnollisen mahdollisuuden jäsentää toimintamalleja uudelleen. Tarvetta alleviivasi myös uudet Valviran ohjeistukset

koskien päihdehoitoa, joista on kerrottu tarkemmin tämän opinnäytetyön luvussa 2 (Valvira 2020). Vaikka nämä ohjeistukset lisäsivät teknisesti ratkaistavissa olevia vaatimuksia koskien ympärivuorokautisesti toteutettavaa päihdehoitoa, avasivat ne samalla tarkastella Minnesota-malliseen päihdehoitoon liittyviä kysymyksiä laajemminkin.

Tämän opinnäytetyön kehittämistyö tehtiin konstruktiiivisen tutkimuksen avulla, koska se soveltuu tilanteisiin, joissa kehittämistehtävänä on luoda konkreettinen suunnitelma tai malli. Ojasalon ym. mukaan konstruktiiivisessa tutkimuksessa on tarkoituksena rakentaa uudenlaista ja käytännönläheistä todellisuutta tutkimustiedon pohjalta. Uusien rakenteiden tai mallien luomisessa hyödynnetään olemassa olevaa teoreettista tietoa ja uutta empiiristä eli käytännöstä kerättävää tietoa. Konstruktiiivinen tutkimus soveltuu Ojasalon ym. mukaan lähestymistavaksi, kun tehtävänä on luoda konkreettinen tuotos tai toimintamalli. Konstruktiiivisen tutkimuksen avulla voidaan Ojasalon ym. mukaan vastata organisaatioissa kysymyksiin, joissa pohditaan, voidaanko organisaation toimintoja tehdä esimerkiksi tehokkaammin tai tarpeita paremmin vastaavasti (Ojasalo ym. 2015, 65-66.) Ojasalon ym. esimerkkejä mukailen tässä kehittämistyössä vastataan kysymykseen: Voidaanko Fria-klinikan päihdehoitoa toteuttaa sosiaali- ja terveysalan eettisiä arvoja kunnioittaen ilman, että luovutaan Minnesota-mallin erityispiirteistä ja vaikuttavuustekijöistä?

Ojasalo ym. toteavat, että tutkimuksellisen kehittämistyön avulla on mahdollista luoda uudenlaista ammatillista tietoa sekä uudistaa työn osaamis- ja tietoperustaa dokumentoimalla työelämässä olevaa hiljaista tietoa (Ojasalo ym. 2015, 19-20). Tämä opinnäytetyö vastaa myös tähän näkökulmaan, sillä osana kehittämistyötä dokumentoitiin hiljaista tietoa, jota toimeksiantajan Fria-klinikan työryhmän jäsenille oli kertynyt. Nämä dokumentaatiot kulkevat mukana tässä opinnäytetyön raportissa.

Ojasalon ym. mukaan kehittämistyö konstruktiiivisen tutkimuksen avulla ei ole vain yhden avainhenkilön ajatus vaan organisaatiossa on laajemminkin sitouduttava kehittämiseen. Lisäksi Ojasalon ym. mukaan konstruktiiivisessa tutkimuksessa voidaan käyttää kirjavia menetelmiä ja koska tarkoituksena on kehittää jotain uutta, aineistoa kannustetaan keräämään monin tavoin. (Ojasalo ym. 2015, 66.)

Näiden konstruktiiivisen tutkimuksen piirteiden toteuttamiseksi opinnäytetyön toimeksiantajalla Fria-klinikalla perustettiin työryhmä, jonka jäsenillä oli entuudestaan pitkä kokemus Minnesota-mallisen hoidon toteuttamisesta. Tässä yhteydessä on myös syytä mainita, että tämän opinnäytetyön tekijä ei ollut työyhteisön ulkopuolinen fasilitaattori vaan osa työyhteisöä ja työryhmää. Kun tässä opinnäytetyössä puhutaan työryhmästä ja sen toimista, sillä viitataan koko työryhmän muodostamaan käsitykseen asioista ja kysymyksistä, joita osana kehittämistyötä käsiteltiin.

Työryhmä kokoontui säännöllisesti kehittämistyön aikana. Aineistoa kerättiin työryhmältä yksilö- ja ryhmäkeskustelujen avulla. Kehittämistyö sai alkunsa Fria-klinikan ympärivuorokautisen päihdehoidon aloittamisen yhteydessä maaliskuussa 2021 ja jatkui kevääseen 2022 asti. Työryhmän työskentelylle oli tyypillistä, että kehittämistyön eri vaiheissa opinnäytetyön tekijä etsi keskustelluista asioista lisää informaatiota, jota hän toi työryhmälle keskustelun pohjaksi.

Kehittämistyön alkuvaiheessa nousi isoksi kysymykseksi kysymys, voidaanko työryhmän jäsenille tuttua hoitomallia ylipäättään kehittää ja muuttaa. Työryhmä reflektoi myös omaa rooliaan ja osaamistaan sen suhteen, voidaanko kehittämistyöhön sitoutua ja riittääkö työryhmän jäsenien asiantuntemus tämän tekemiseen.

Näkökulmia tähän kysymykseen löytyi psykologian tohtorin ja kouluttajapsykoterapeutti Juhani Tiuraniemen artikkelista ”Reflektiivisyys asiantuntijan työssä”, jossa hän käsittelee reflektiota ammatillisen kehittymisen välineenä. Tiuraniemi toteaa, että asiantuntijan taidot voidaan nähdä hierarkkisine: perustaso on tekniikoiden hallinta, ylempi taso on toimintojen taso, jolloin voidaan puhua toimintatapojen hallinnasta ja ylinnä on strateginen taso, joka tarkoittaa ylintä asiantuntijuuden tasoa. Perustasolla reflektiota harjoitetaan tilanteiden reflektoinnin kautta esimerkiksi asiakastilanteissa, toimintojen tasolla reflektoidaan toimintatapoja niiden kehittämistä varten ja ylimmällä eli strategioiden tasolla asiantuntija tarkastelee tavoitteita ja strategioita niiden saavuttamiseksi. Varsinkin ylimmällä asiantuntijuuden tasolla tapahtuva reflektio vaatii kriittistä reflektiota, jonka kautta asiantuntijalla on mahdollisuus oman työn uudelleenmäärittelyyn ja toisaalta oman teoreettisen viitekehyksen ja maailmankuvan kehittämiseen. Tämä mahdollistaa uusiutumisen, kun asiantuntemus perustuu oman persoonan käyttöön työvälineenä, mikä pitää vahvasti paikkansa Minnesota-mallisessa työtöteessä. (Tiuraniemi 2002, 18.)

Minnesota-mallisen päihdetyöntekijän työ on Fria-klinikan työryhmän tulkinnan mukaan kapealle alalle erikoistuneen asiantuntijan työtä. Työryhmän kokemuksen mukaan varsinkin Tiuraniemen mainitsema strategisen tason asiantuntemus ja siihen liittyvä kriittisyys on ollut työryhmän mukaan vähäistä Minnesota-mallisessa työtöteessä Suomessa. Minnesota-mallisessa päihdehoidossa on tyypillistä, että työntekijöillä on oman elämän kosketuspintaa päihderiippuvuudesta toipumisesta joko päihdeongelmaisena tai läheisenä. Tämä pitää paikkansa myös Fria-klinikan työryhmän jäsenistä. Tekijöiden kokemusmaailmassa merkityksellisen hoitomallin kriittinen tarkastelu vaatii pitkän kokemuksen ja uskallusta tarkastella asiaa objektiivisesti. Kun on itse hyötynyt tietyllä ajatusmallilla toimivasta hoidosta ja on työnsä kautta kokenut nähneensä hyviä tuloksia, nousee kehitystyön yhteydessä pelko siitä, ettei riko mitään toimivaa. Toisaalta työryhmän pohdinnoissa todettiin, että taustalla oleva oma kokemus hoitomallin mukaisesta päihdehoidosta muodostaa riskin dogmatisoitumiselle ja sille, että hoitomallia pidetään jopa epäterveellä tavalla koskemattomana. Samoista syistä työryhmä totesi,

että hoitomallin kriittinen tarkastelu on myös hyvin sensitiivinen asia sekä alalla toimiville ihmisille, että aiemmin hoitomallin mukaisen hoidon käyneille henkilöille.

Työryhmä koki, että pitkän kokemuksen vuoksi sen keskuudesta löytyy Tiuraniemen mainitsemaa strategisen tason asiantuntemusta jäsentää toteuttamansa päihdehoidon toimintaa ohjaavia arvoja uudella tavalla. Samaan aikaan pidettiin ensiarvoisen tärkeänä, ettei Minnesotamallin toimivaksi todettuja elementtejä lähdetä muuttamaan. Näistä taustatekijöistä johtuen kehitysprojekti osoittautui tekijöilleen varsin moniulotteiseksi tehtäväksi niin opinnäytetyöntekijälle kuin koko työryhmälle.

8.1 Ongelman jäsentäminen ja tiedon hankkiminen kehittämisen kohteesta

Ojasalon ym. mukaan ensimmäiset vaiheet kehittämistyössä konstruktiivisen tutkimuksen avulla ovat ongelman jäsentäminen sekä syvällisen teoreettisen ja käytännöllisen tiedon hankinta kehittämisen kohteesta (Ojasalo ym. 2015, 66).

Näiden kehittämistyön vaiheiden toteuttaminen vaatii asian lähestymistä useista eri tulokulmista. Käytännön tietoa kehittämisen kohteesta saatiin työryhmän jäsenten kokemuksista. Pidimme osana kehitystyötä työryhmässä yksilö- ja ryhmäkeskusteluja, joissa keskusteltiin ilmiöistä ja esimerkeistä, joita on havaittu vuosien aikana alan parissa ja jotka liittyvät kehittämiskohteeseen.

Teoreettisen tiedon hankkimiseksi havaittujen ongelmien juurisyyistä perehdyin Minnesotamallisen päihdehoidon historiaan ja kehitystyöhön, jota sen parissa on tehty sen synnyinsijoilla Yhdysvalloissa. Tämä antoi historiallista näkökulmaa kehittämistyön kohteena olleen ongelman kehittymiseen ja tätä tietoa tuotiin Fria-klinikan työryhmän tietoon. Merkittävä osa tiedosta, joka on hoitomallin leviämisestä ja kehittymisestä Suomessa perustui työryhmän jäsenten pitkäaikaiseen kokemukseen alalla. Hoitomallin varhaisemmasta historiasta löydetty tieto täydensi työryhmän ymmärrystä kehittämistyön ongelman taustasyistä.

Teoreettista tietoa sosiaali- ja terveysalan työmenetelmistä, arvoista ja asiakaslähtöisyydestä on paljon, mutta se on hajautettuna useaan eri lähteeseen. Näiden osalta aloitin lähestymisen tutustumalla tutkimus- ja kirjallisuuslähteisiin menetelmistä, joita sosiaali- ja terveysalalla käytetään asiakastyössä. Lisäksi perehdyin suomalaisiin ja kansainvälisiin tutkimuksiin sekä muihin asiantuntijalähteisiin, jotka käsittelevät spesifisti päihdeasiakkaan kuntoutumista ja hoitoa. Tätä informaatiota jaettiin aktiivisesti työryhmän kesken.

Konstruktiivisen tutkimuksen prosessin ongelmana, johon tässä kehittämistyössä haetaan ratkaisua, ovat suomalaisessa Minnesotamallisessa päihdehoidon kulttuurissa esiintyvät ajattelumallit, joiden koettiin olevan ristiriidassa sosiaali- ja terveysalan arvojen ja ohjeiden kanssa.

Osan näistä työryhmä koki liittyvän vallankäytölliseen työotteeseen sekä asiakaskeskeisen ajattelun ja homogenisoivan hoidollisen ajatusmaailman yhteensovittamiseen.

Tutkimusongelman haastavuutta kuvaa se, että pelkästään sanan ”asiakas” käyttäminen aiheuttaa työryhmän mukaan käsitteenä ristiriitaisia tunteita alan sisällä. Alan parissa kiertäviä lentäviä lauseita ovat: ”Asiakas on aina oikeassa. Potilas on aina väärässä” ja ”Alkossa olin asiakas, hoidossa potilas”. Näillä lauseilla on tarkoitus korostaa hoitofilosofian keskiössä olevaa alkoholismien sairauksikäsitystä, mutta samalla ne antavat kuvan asetelmasta, jossa hoidossa oleva henkilö on nähty toimijana, jolla alkoholismien kieltomekanismi estää näkemästä oman juomisen todellisuutta ja jonka purkamiseksi on nähty tarpeelliseksi käydä läpi hyvin tarkasti strukturoitu raitistumiseen tähtäävä hoito-ohjelma. Toki sanat ”asiakas” ja ”potilas” kulkevat vaihtelevasti myös alaa käsittelevässä kirjallisuudessa, mutta tutkimusongelman ytimessä olevassa merkityksessä keskeistä on sanoihin ladattu valta-asetelma. Hoito ja hoidon työntekijät on nähty toimijoina, jotka tietävät, mitä päihderiippuvaiselle täytyy tapahtua, jotta hän voi päästä raittiuteen, jota pidetään hoidon tavoitteena. Samoin hoidon on ajateltu olevan koskematon ja sisäisen kritiikin yläpuolella oleva prosessi, joka annetaan potilaalle ”sellaisena kuin hän tarvitsee, ei sellaisena kuin hän sen haluaa.”

Työryhmän mukaan eräs haaste tämän ongelman ratkaisemisessa on se, kuinka on mahdollista yhdistää asiakaskeskeisyys hoitomalliin siten, ettei jouduta luopumaan hoidossa toimiviksi koetuista elementeistä. Prosessin aikana työryhmässä heräsi jopa kysymys, onko Minnesota-mallista päihdehoitoa mahdollista tehdä muuten kuin hyvin strukturoidulla ja kapea-alaisella työotteella, jossa asiakkaat nähdään homogeenisenä alkoholistien ryhmänä. Työryhmälle haasteen asetti se, että samalla joutui kriittisesti tarkastelemaan työtettä, jota jokainen oli hoitomallin parissa tehnyt eri yksiköissä useiden vuosien ajan.

Ongelman jäsentäminen ja syvällisen tiedon hankkimista kehittämisen kohteesta olivat kehittämistyön ensimmäisiä vaiheita, joiden lopputulosta tarkastellaan luvussa 9.

8.2 Ratkaisujen laatiminen

Ongelman jäsentämisen ja tiedon hankkimisen jälkeen kehittämistyössä oli konstruktivisen tutkimuksen mallia soveltaen vuorossa ratkaisujen laatiminen. Fria-klinikan työryhmässä todettiin, että ongelman ratkaisemiseksi täytyy muuttaa ajattelutapaa, miten Minnesota-mallin sisällä on opittu näkemään asiakkaan käymä toipumisprosessi ja millainen merkitys hoidolla siinä on. Työryhmä totesi tämän tarkoittavan myös perusteellista oman työtteen tarkastelua aikaisempina vuosina. Fria-klinikan työryhmän kehittämistyön tarkoituksena oli luoda toimintamalli, johon toimeksiantajan Fria-klinikan tekemä päihdehoito perustuu.

Ratkaisujen laatimiseksi työryhmässä pidettiin yksilö- ja ryhmäkeskusteluja syksyn 2021 ja kevään 2022 aikana, Työryhmän pohdinnoissa pidettiin kaiken aikaa esillä kehittämistyön

tarkoitusta, joka oli luoda Fria-klinikan päihdehoidolle toimintamalli. Toimintamallin tavoitteena oli vastata kysymykseen: Miten Minnesota-mallista päihdehoitoa voidaan toteuttaa toipumiskeskeisesti ja sosiaalialan eettisten arvojen mukaisesti luopumatta sen toimivista erityispiirteistä?

Aiemmin Minnesota-mallinen hoito oli jäsennetty strukturoiduksi poluksi, jossa asiakas käy tietyt elementit läpi eri vaiheissa hoitoa. Näitä ovat olleet muun muassa sairauskäsitteestä kertovan luennon (infon) kuunteleminen, lähisuhdeverkoston läpikäyminen läheisviikonlopun kutsuja varten, oman juovan ajan elämän tarkastelu, elämäkerran kertominen, läheisviikonloppu ja lopuksi päihderiippuvuuden seurausten läpikäyminen. Nämä elementit ovat hyvin yleisiä Minnesota-mallisissa hoitopaikoissa. Työryhmässä todettiin, että ongelmana eivät ole suoranaisesti olleet nämä elementit ja ne ovat käyttökelpoisia edelleenkin. Haasteet ovat enemmän liittyneet hoidon merkityksen jäsentäminen suhteessa asiakkaan prosessiin, joka on aiemmin johtanut hoitokeskeiseen ajatusmaailmaan. Nämä näkemykset nousivat esiin vaiheessa, jossa jäsennettiin ongelmaa.

Kehittämistyön yhteydessä pohdittiin keinoja jäsentää aiempaa laaja-alaisemmin, mikä on Fria-klinikan Minnesotamallisessa päihdehoidossa tehtävän työn perimmäinen tarkoitus ja mitkä tekijät siihen vaikuttavat. Tämän koettiin tärkeäksi, jotta saataisiin ratkaisu hoitokeskeiseen ajattelutapaan, jonka ongelmallisia piirteitä on kuvattu luvussa 9.2. Ratkaisun tähän ongelmaan koettiin työryhmässä tukevan myös kehittämistyön tavoitetta, joka oli kehittää Minnesota-mallista päihdehoitoa sosiaalialan arvojen mukaiseksi.

Idea uuden toimintamallin jäsentämiseksi löytyi, kun Fria-klinikan työryhmän jäsen perehtyi toimintaterapiassa laajalti tunnettuun Doris Piercen terapeuttisen voiman malliin. Pierce itse kuvaa mallia lähestymistavaksi ja toiminnan suunnitteluprosessiksi. Piercen terapeuttisen voiman malli on ikään kuin palapeli, jossa kukin pala vaikuttaa yhteiseen lopputulokseen. Kolme keskeistä palaa toimintaterapian viitekehyksessä ovat asiakas eli yksilö (omakohtaiset ulottuvuudet), ympäristö (kontekstuaaliset ulottuvuudet) sekä toimintaterapeutti (toiminnan suunnittelun elementit) ja ne muodostavat yhteisen terapeuttiseksi toiminnaksi kutsutun kokonaisuuden. (Pierce 2003, 8-9.)

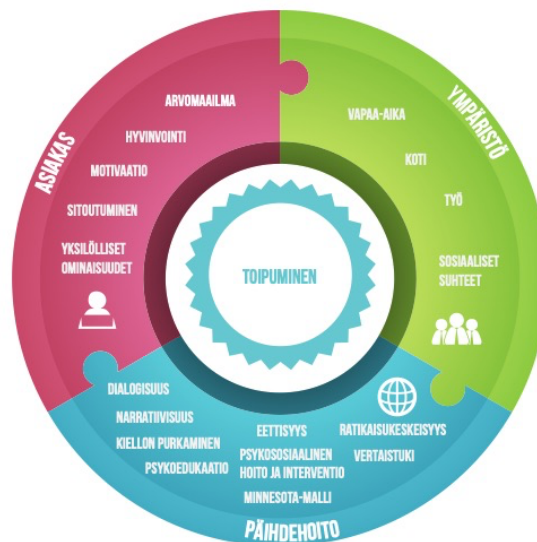
Työryhmässä päätettiin kokeilla, voitaisiinko Piercen terapeuttisen voiman mallia soveltaa Fria-klinikan päihdehoidon toimintamallin luomiseksi. Lähdimme kokeilemaan asiaa ja ensimmäisenä oli valittava, mikä on keskiössä oleva asia, mitkä osa-alueet siihen vaikuttavat ja mitä nämä osa-alueet pitävät sisällään.

Uuden mallin keskiöön valittiin työryhmän pohdinnoissa toipuminen. Tämä mahdollistaa sen, että voidaan aidosti puhua toipumiskeskeisestä ajattelusta. Siinä missä toipuminen on nähty Minnesota-mallisen hoidon tavoitteena aiemminkin, on merkittävää, onko toipuminen tavoitteena vai keskiössä. Toipumista tavoittelevassa hoitokeskeisessä ajattelutavassa on olemassa

riski, että hoito voidaan nähdä yksilotteisena keinoa saavuttaa toipuminen, kun taas toipumisen ollessa keskiössä, on pyrittävä huomioimaan kaikki tekijät, joilla se saavutetaan. Koska toipuminen on käsitteenä laaja, haluttiin sen merkitystä tarkastella ja määritellä tarkemmin. Näitä käsitellään tarkemmin luvussa 8.1.

Piercen terapeutin voiman mallia mukaillen keskiössä olevan toipumisen kannalta merkittäväksi tekijöiksi valittiin asiakas eli hoidossa oleva henkilö, hänen ympäristönsä sekä päihdehoito. Päihdehoitoa ei nähdä uuden toimintamallin mukaan ainoana ratkaisuna päihdeongelmaan, vaan yhtenä tekijänä, jolla on oma merkittävä roolinsa toipumisen saavuttamisessa. Jokaisella tekijällä (päihdehoito, asiakas, ympäristö) on oma merkityksensä toipumisen kannalta. Kokonaisvaltaisella ajattelulla, jossa asiakasta ei nähdä hoidon kohteena vaan aktiivisena toimijana toipumisen saavuttamiseksi voidaan purkaa ajattelutavan tasolla vallankäytöllistä työtettä, jonka taustatietojen jäsentämisen myötä havaittiin yhdeksi ongelmaksi Minnesota-mallisessa päihdehoidossa.

Työryhmän pohdinnoista rakennettiin kuvion 2 mukainen malli, joka jäsentää kokonaisuuden pienempiin osatekijöihin.



Kuvio 2: Kehittämistyönä luotu Fria-klinikan toimintamalli

Tässä luvussa on kuvattu prosessin näkökulmasta, miten konstruktiivisen tutkimuksen menetelmää soveltaen Fria-klinikan työryhmässä laadittiin ratkaisu ongelmaan. Ojasalo ym. kertovat konstruktiivisen tutkimuksen olevan käyttökelpoinen, kun luodaan konkreettinen malli, jonka päämääränä on ongelman ratkaisu. Konstruktiivisessa tutkimuksessa on tarkoituksena

rakentaa uudenlaista ja käytännönläheistä todellisuutta hyödyntäen tutkimustietoa. Uusien rakenteiden eli konstruktioiden luomisessa hyödynnetään olemassa olevaa teoreettista tietoa ja uutta käytännöstä kerättävää tietoa. (Ojasalo ym. 2015, 65-67.)

Osana ratkaisun laatimista haettiin paljon sekä teoreettista että käytännöstä saatavaa taustatietoa ja syntyneen uuden mallin tekijöitä pohdittiin perusteellisesti. Luvussa 10 tarkastellaan seikkaperäisemmin kehittämistyönä syntyneen uuden toimintamallin rakennetta.

Tämän opinnäytetyön rajauksen puitteissa keskitytään uuden toimintamallin kokonaisuuden jäsentämisen lisäksi tarkastelemaan, mitkä osatekijät päihdehoidon sisällä myötävaikuttavat keskiössä olevaan toipumiseen. Kun näitä osatekijöitä valittiin, pidettiin mielessä kehittämistyön tavoite, miten Minnesota-mallista päihdehoitoa voidaan toteuttaa sosiaalialan eettisten arvojen mukaisesti luopumatta sen toimivista erityispiirteistä.

Päihdehoidon lisäksi muiden uudessa toimintamallissa olevien toipumiseen vaikuttavien tekijöiden eli asiakkaan ja hänen ympäristönsä yksityiskohtaisempi kuvaus jäävät myöhempään ajankohtaan ja voivat olla tutkimusongelmia jatkotutkimuksille. Syynä on tämän opinnäytetyön laajuuden rajaaminen. Sama koskee konstruktiivisen tutkimuksen vaiheita uuden mallin laajemmasta testaamisesta ja hyötyjen tutkimisesta. Tämän opinnäytetyön arvioinnissa käsitellään havaintoja konstruktion testauksesta ja toimivuudesta, mutta aiheen laajempi tarkastelu antaa mahdollisuuden lisätutkimuksille.

9 Eettiset ristiriidat Minnesota-mallisessa päihdehoidossa

Minnesota-mallisen päihdehoidon sisälle on sen toimiviksi havaittujen erityispiirteiden lisäksi pesiytynyt piirteitä, jotka ovat ristiriidassa sosiaali- ja terveydenhuollon valvovan viranomaisien ohjeistusten ja sosiaalialan eettisten arvojen kanssa.

Vuonna 2020 Valvira antoi ohjeen, joka otsikkona oli ”Yksityisten päihdehoitoyksiköiden toimintaedellytykset asiakasturvallisuuden varmistamiseksi”. Ohjeessa otettiin kantaa moniin käytännön asioihin, kuten sen määrittelyyn, milloin toiminta tulkitaan ilmoituksenvaraiseksi ja milloin luvanvaraiseksi. Käytännössä useat Minnesota-malliset toimijat olivat toimineet ilmoituksenvaraisina ja uusi ohjeistus täsmensi, että kaikki päihdehoidot, joissa asiakas on paikalla ympärivuorokautisesti, ovat luonteeltaan luvanvaraisia. Luvanvaraisia palveluita varten viranomaisena on määrittänyt vaatimuksia liittyen toimitiloihin, koulutettujen henkilöiden määrään, mitoitukseen ja moniin muihin asiakasturvallisuuteen liittyviin asioihin liittyen. (Valvira 2020.)

Viranomaisten ohjeistusten keskiössä on asiakasturvallisuus ja ohjeistuksessa todetaan, että koko prosessin taustalla oli Valviraan saapunut epäkohtailmoitus, joka koski

kouluttamattoman henkilöstön toteuttamaa päihdekuntoutusta. Sitä seuranneen selvityksen perusteella Valvira ja aluehallintovirastot tarkensivat 17.6.2020 yksityisten päihdehoitoa sosiaalihuollon palveluna antavien yksiköiden toimintaedellytyksiä asiakasturvallisuuden varmistamiseksi. (Valvira 2020.)

Viranomaisten ohjeistukset asettavat luonnollisesti luvanvaraiselle toiminnalle tekniset raamit, joiden tulee toteutua. Näitä asioita ovat muun muassa toimitiloihin, henkilökunnan koulutuksiin ja mitoitukseen liittyvät asiat. Näihin vaatimustasoihin vastaaminen on tekninen asia, joihin liittyy toimitilojen asianmukaisuus, henkilöstön koulutuksesta huolehtiminen ja riittävän henkilöstömäärän varmistaminen. Nämä ohjeistukset muodostivat uudet raamit valvovan viranomaisen näkökulmasta, mutta ne eivät kuitenkaan ratkaisseet automaattisesti hoitomallin sisällä olevia eettisiä ristiriitoja. Osaltaan tämä selittynee sosiaalialan etiikkaan liittyvillä tekijöillä, joita on käsitelty luvussa 6.1.

Tässä luvussa käsitellään eettisiä ristiriitoja, jotka liittyvät Minnesota-mallisessa hoidossa vallankäytölliseen työotteeseen, hoitokeskeisyyteen ja kulttimuotoisten terapiayhteisöjen ongelmiin. Nämä eettiset ongelmat muodostavat tärkeää taustatietoa opinnäytetyön kehittämistyöhön, jonka tarkoituksena on luoda toimintamalli, jossa Minnesota-mallista päihdehoitoa toteutetaan sosiaalialan eettisiä arvoja noudattaen pitäen kuitenkin kiinni hoidon toimiviksi todetuista erityispiirteistä.

9.1 Vallankäytöllinen työote ja asiakkaan itsemääräämisoikeus

”Sosiaalialan työntekijän tulee kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta.”

- Sosiaalialan eettinen ohjeistus

”Hoito annetaan sellaisena kuin potilas sen tarvitsee, ei sellaisena kuin hän sitä haluaa.”

- Minnesota-mallin parissa tunnettu lausahdus

”Asiakas on aina oikeassa. Potilas aina väärässä. Alkossa olit asiakas, hoidossa potilas.”

Minnesota-mallin parissa tunnettu lausahdus

Sosiaalialan ammattieettisessä ohjeistuksessa todetaan, että sosiaalialan työntekijän tulee kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Itsemääräämisoikeuden kerrotaan olevan perusoikeus, joka tarkoittaa sitä, että työntekijän on kerrottava asiakkaalle eri mahdollisuuksista sekä niiden eri vaikutuksista ja näin tarjota asiakkaalle mahdollisuus tehdä valintoja. (Heikkinen 2017, 12-15.)

Fria-klinikan työryhmän pohdinnoissa todettiin, että Minnesota-mallisen hoidon parissa on esiintynyt tilanteita, jossa työntekijän työote on ollut vallankäytöllinen. Jotkin näistä ovat olleet äärimmäisiä sanallisia konfrontaatioita asiakasta kohtaan tai kyseessä on ollut työntekijän koko toimintatapaa ohjaava periaate. Työryhmän näkemyksen mukaan tätä perustellaan

alkoholismiin kuuluvan kieltomekanismin murtamisella, mikä itsessään on tarkoituksenmukaista hoitofilosofian kanssa, koska Minnesota-mallinen päihdehoito on työryhmän mukaan kokonaisuudessa interventio, jossa asiakkaana oleva päihderiippuvainen saa uusia näkökulmia päihderiippuvuutensa seurauksiin. Työryhmän havaintojen mukaan erilaisia vallankäytöllisiä piirteitä on esiintynyt työntekijöiden käyttäytymisessä, sanavalinnoissa, puhetavassa ja tavassa olla ryhmämuotoisen terapian ohjaaja.

Vallankäytölliseen työotteeseen liittyviä haasteita on todettu Minnesota-mallin parissa vuosikymmenien varrella muuallakin. Englantilainen lääkäri Mat Glatt toteaa vuonna 1991 julkaisussa artikkelissaan, että Minnesota-mallia on kritisoitu työotteen painotuksesta, jossa terapiaa suorittavat itse toipuneet alkoholistit. Asian eduksi Glatt mainitsee, että hoidossa olevat alkoholistit pystyvät samaistumaan raitistuneisiin ohjaajiin. Negatiivisiksi asioiksi hän luettelee, että kaikilla tekijöillä ei ole koulutusta ymmärtää ja nähdä potilaiden muita mahdollisia tunneperäisiä tai sosiaalisia ongelmia. Lisäksi hän viittaa havaituiksi riskeiksi ristiriidat muiden ammattilaisten näkökulmien kanssa, koulutuksen puutteen ylikompensoimisen muilla keinoin työotteessa sekä hoidossa olevien henkilöiden epäterveen samaistumisen ohjaajien kanssa. Työntekijöiden oma toipumiskokemus Minnesota-mallisessa hoidossa voi Glattin mukaan olla heidän ajatusmaailmansa täyttävää, mikä muodostaa riskin työotteen dogmaattisuudelle, joustamattomuudelle ja suvaitsemattomuudelle, mitkä puolestaan voivat johtaa raskaisiin ja aggressiivisiin konfrontaatioihin hoidossa olevien henkilöiden kanssa. Riskinä on Glattin näkemysten mukaan potilaan mielipide-erojen tulkitseminen automaattisesti päihderiippuvuuteen kuuluvaksi kieltomekanismiksi ja työntekijöiden osaamattomuuden vuoksi tilaa ei välttämättä anneta avoimelle ja kriittiselle keskustelulle. Glatt toteaa hoitomuodossa olevan paljon positiivisia puolia ja sen olevan toimiva monien potilaiden kohdalla, mutta hän piti tärkeänä, että hoitomallia toteuttavissa yksiköissä tehdään kehitystyötä näiden negatiivisten ilmiöiden ja riskien kohdalla pitäen kiinni hoitomallin toimivista piirteistä. (Glatt 1991)

William L. White on amerikkalainen pitkäaikainen vaikuttaja päihderiippuvuuden hoitokentällä. White ja William Miller (2007) avaavat artikkelissaan konfrontoivan hoitotteen historiaa, kehittymistä ja muutostarpeita Minnesota-mallisen päihdehoidon syntyessä Yhdysvalloissa. Terapeuttisella konfrontaatiolla tarkoitetaan heidän mukaansa terapeutin tai työntekijän suoraa ja todellisuuteen pohjautuvaa palautetta asiakkaalle liittyen hänen omiin ajatuksiinsa, tunteisiinsa tai käytökseensä. Tällainen viestintä voi kummuta myötätunnosta ja huolesta, mutta toisaalta myös ärtymyksestä tai halveksunnasta ja niiden intensiivisyys, sisältö, ajoitus ja sosiaalinen konteksti voivat vaihdella. White ja Miller toteavat, että 1900-luvun puolivälissä päihdetyöntekijät kehittivät ja omaksuivat nimenomaisen suoran verbaalisen konfrontoivan vuorovaikutustyylin päihdeongelmaisten kanssa toimimiseen. Nämä vuorovaikutuskeinot vaihtelivat suorasta palautteesta pahimmillaan alatyyliseen nimittelyyn, pilkkaamiseen ja tarkoitukselliseen nöyryyttämiseen.

White ja Miller viittaavat joihinkin esimerkkeihin konfrontoivasta vuorovaikutuksesta, joita löytyy 1960-70 luvun amerikkalaisesta päihdehoidon kirjallisuudesta. Eräässä esimerkeissä ammattihenkilö toteaa päihdeongelmansa kieltävälle henkilölle: “Ole hiljaa ja kuuntele. Alkoholitit ovat valehtelijoita, joten emme halua kuunnella, mitä sinulla on sanottavana.” Toinen esimerkki kuvaa meksikolaisamerikkalaisen päihdekuntoutujan työntekijältä saamaa käskytystä: “Minä kerron sinulle Buster, mitä tehdä. Joko teet sen tai painut helvettiin hoitokeskuksen tiloista. Ajat viiksesi, osallistut ryhmiin ja käyttäydyt kuin herrasmies niin kauan kuin olet täällä. Etkö pidä täällä olost? Toivon sinulle samaa kuin toisille kaltaisillesi, kun he lähtivät ja joutuivat vankilaan. Jos et pidä täällä olost, voit lähteä. Ehkä tapaamme uudestaan, kun pääset pois vankilasta tai saat yliannostuksen. Ajatteletko, että kukaan ei kerro minulle, mitä tehdä? Kukaan muu ei ajattele niin paitsi idiootit kuten narkkarit, alkoholitit ja karva-naamaiset latinot.” (White, Miller 2007.)

White ja Miller toteavat, että pohjan konfrontoivien menetelmien käyttämiselle loivat 1900-luvun puolivälin teorit, jossa päihderiippuvuuden ytimen nähtiin olevan päihderiippuvaisen henkilön persoonallisuuden vääristymässä. Muuan muassa Harry Tiebout väitti 1940 ja 1950-luvuilla tekemiensä psykoanalyttisten havaintojensa pohjalta, että alkoholismien juurisyyntä on persoonallisuuden vääristymä, johon kuuluu narsismi, suuruuskuvitelmat, epärehellisyys, sisäiset ristiriidat, vihamielisyys ja vainoharhaisuus. Whiten ja Millerin mukaan Tiebout ajatteli alkoholistin olevan kyvytön itsehavainnointiin johtuen monimutkaisesta kieltomekanismista, joka samalla oikeutti juomisen jatkumisen. Tieboutin mukaan tämä kieltomekanismi vahvistuu ajan oloon, kunnes alkoholisti joutuu pohjalle ja kokee täydellisen antautumisen. White ja Miller viittaavat Tieboutin määritelleen ammattilaisauttajan tehtäväksi ohjata päihderiippuvaista antautumisen, persoonan uudelleenrakentamisen ja kurinalaisen elämän suuntaan. Whiten ja Millerin mukaan Tiebout ajatteli, että työntekijä voi nopeuttaa alkoholistin toipumista rikkomalla narsistista kuplaa, konfrontoimalla virheellisiä järkeilyjä, voimistamalla antautumisen tunnetta ja ohjaamalla persoonan uudelleen rakentamisen suuntaan. Aforismien ”Riko heidät, rakenna heidät” ajateltiin olevan johtolanka työntekijän toimintatavalle. Tieboutin ja eräiden muiden samanaikaiset teoreettiset viitekehykset loivat Whiten ja Millerin mukaan pohjan sille, että jopa epäeettiset vuorovaikutuskeinot alettiin nähdä ”ainoaksi kieleksi, jotka alkoholitit ymmärtävät”. (White, Miller 2007.)

White ja Miller (2007) toteavat, että konfrontoiva vuorovaikutus rakentui neljän oletuksen pohjalle. Nämä ovat:

- 1) Päihderiippuvuuden perimmäisenä syynä on epäkypä ja viallinen persona, jota suojelee kieltomekanismi. White ja Miller toteavat, että tätä näkemystä voimisti alkoholismien määrittäminen persoonallisuushäiriön alalajiksi silloisessa tautiluokitusjärjestelmässä.

2) Psykoterapioiden passiivisilta tuntuvat menetelmät ovat toivottoman tehottomia kielto-
mekanismin purkamisessa ja persoonan häiriön korjaamisessa.

3) Kosketuksen alkoholistiin voi saada vain dynaamisella vuorovaikutuksella, joka rikkoo kiel-
tomekanismin.

4) Verbaalinen konfrontaatio on kaikista tehokkain keino muuttaa riippuvaista käytöstä.

Konfrontoiva hoito-ote saavutti suosiota ja meni äärimmäisyyksiin Whiten ja Millerin mukaan
1958 alkunsa saaneessa Synamon-nimiseksi nimetyssä yhteisössä, joka oli alun perin irtaantu-
nut AA:sta ja jolle oli ollut tyypillistä hurmoshenkiset kokoukset, joiden tarkoituksena oli rik-
koa alkoholistien vääristyneet egot. Synamon-yhteisössä käytettiin radikaaleja menetelmiä,
joihin kuului muun muassa sisääntuloseremonia, jossa henkilö painostetusti joutui tunnusta-
maan olevansa vauva, tyhmä ja tarvitsevansa apua. Konfrontointi saattoi liittyä myös henkilön
ominaispiirteisiin kuten ulkonäköön tai kävelytyyliin. Jos alistuminen ei edennyt yhteisön mie-
lestä toivotusti, henkilöä saatettiin nöyryyttää pakottamalla hänet pukeutumaan vaippoihin,
wc-pytyn istuimeen tai järjestettiin kokous, jossa muut yhteisön jäsenet nöyryyttivät henkilöä
sanallisesti. Tällaiset äärimmäiset keinot saavuttivat melko suurta suosiota myös muissa hoi-
toyhteisöissä ja Whiten ja Millerin mukaan tuhannet ammattilaiset kävivät hakemassa koulu-
tusta Synamon yhteisön työtavoista. (White, Miller 2007.)

White ja Miller kuvailevat, että 1960-70 luvuilla Yhdysvalloissa levinneet äärimmäiset kon-
frontoivat keinot ja päihderiippuvaisen persoonan vääristyneisyyttä korostaneet teoreettiset
viitekehykset vaikuttivat voimakkaasti työotteeseen Minnesota-mallisessa hoitoyhteisöissä.
Käyttöön tulivat muun muassa ”kuumaksi tuoliksi” nimetyt terapiaistunnot, joissa muut yhtei-
sön jäsenet arvioivat hoidossa olevan henkilön käytöstä käyttäen apunaan sitä varten luotua
persoonan vajavuuksien listaa. Minnesota-mallisissa hoitopaikoissa tätä toimintamallia kuiten-
kin muutettiin 1980-luvun edetessä. White ja Miller kuvailevat vuonna 1985 Minnesota-mallin
syntypaikan Hazeldenin kertoneen omassa kirjallisuudessaan halventavan konfrontoivan työt-
teen olevan menneisyyteen kuuluva asia toteamalla: ”Oli aika, jolloin vallitseva malli kemial-
lisen riippuvuuden hoidossa oli rakentunut ”Riko heidät, rakenna heidät”-filosofialle. Terapias-
tunnot kuulostivat epäkunnioittavilta ja ihmisen arvoa alentavilta. Potilaita ei tarvitse alistaa,
jotta he voivat kohdata päihderiippuvuuden seuraukset. Heidä täytyy kohdella yksilöinä sa-
moilla oikeuksilla ja kunnioituksella, jota odotamme itsellemme. Olemme huolissamme, koska
monet hoito-ohjelmat käyttävät edelleen näitä menetelmiä. Jotkut niistä kutsuvat itseään
Minnesota-malliksi. On totta, että käytimme joskus konfrontoivia menetelmiä, mutta löy-
simme paremman tavan.” (White, Miller 2007.)

Minnesota-mallin mukainen päihdehoitoideologia levisi aikana, jolloin sen synnyinmaassa oli
vallalla yllä kuvatut konfrontoivat menetelmät. Ruotsiin Minnesota-mallinen hoito saapui
1980-luvun alussa ja hoitomallille tyypillisesti hoitoideologiaa toivat mukanaan henkilöt, jotka

olivat käyneet tutustumassa hoitomalliin Yhdysvalloissa tai jotka olivat itse käyneet hoidon (Bodin 2006, 14). Kuten luvussa 5.1 kerrottiin, hoitoidologia saapui Suomeen kahta reittiä ja useimpien Suomessa toimivien Minnesota-mallisten hoitopaikkojen juuret johtavat Lapuan Minnesota-hoitoon, jonka perustaja oli itse käynyt hoidon Ruotsissa 1980-luvulla.

Kun hoitomalli alkoi leviämään Yhdysvalloista 1970-80-luvuilla, mukana kulkeutuivat silloin vallalla olleet konfrontoivat hoitomenetelmät, jotka siirtyivät hoitomalliin kuuluvina piirteinä uusiin maihin ja hoitopaikkoihin. Fria-klinikan työryhmän kokemuseräisen tiedon mukaan myös Suomen sisällä hoitomalli on levinnyt aiemmin hoidon käyneiden henkilöiden toimesta ja samat toimintamallit ovat siirtyneet uusiin paikkoihin.

Fria-klinikan työryhmän kokemuksen mukaan alan parissa työntekijöillä ja heidän myötäan myös asiakkailta on usein käsitys, että monet hoidolliset erityispiirteet ovat Minnesota-malliin kuuluvia muuttumattomia periaatteita ja joissakin tapauksissa ne saattavat saada myös dogmaattisia tasoja. Tämän harhan myötä myös vallankäyttöllinen työote on saattanut työryhmän pohdintojen mukaan saada jalansijaa, jota ei ole osattu kyseenalaistaa.

Fria-klinikan työryhmän pohdintojen mukaan, yllä mainittu katsaus hoitomallin historiaan antaa uskottavan näkökulman, miksi tietyt vallankäyttölliset piirteet, jotka ovat ristiriidassa sosiaalialan eettisten arvojen kanssa ovat periytyneet myös suomalaiseseen Minnesota-malliseen hoitokulttuuriin. Merkille pantava asia työryhmän mukaan on se, että hoitomallin synnyinmaassa vallankäyttöllisestä työotteesta alettiin luopumaan 1980-luvun aikana ja tilalle alettiin ottaa asiakkaan voimavaroja korostavaa ja kunnioittavaa työotetta. Tämä käy ilmi mm. Whiten kirjoituksista. Toisaalta hoitomalli oli ehtinyt lähteä leviämään maailmalle ja myös Suomeen juuri ennen näitä kehityskulkuja.

Tämän opinnäytetyön kehittämistyönä on luoda Minnesota-mallista päihdehoitoa tekeväälle Fria-klinikalle toipumiskeskeinen sekä sosiaali- ja terveysalan eettisiä arvoja kunnioittava asiakaslähtöinen toimintamalli, jossa otetaan vallankäyttöllisen työotteen sijaan käytetään asiakkaan itsemääräämisoikeutta kunnioittavaa työotetta. Samalla tarkoituksena on pitää kiinni hoitomallin erityispiirteistä, jotka tekevät hoitomallista toimivan omassa kohde-ryhmässään ja jotka ovat hoitofilosofian keskiössä. Kehittämistyön tuloksena syntynyttä mallia käsitellään tarkemmin luvussa 10.

9.2 Keskiössä hoito vai toipuminen

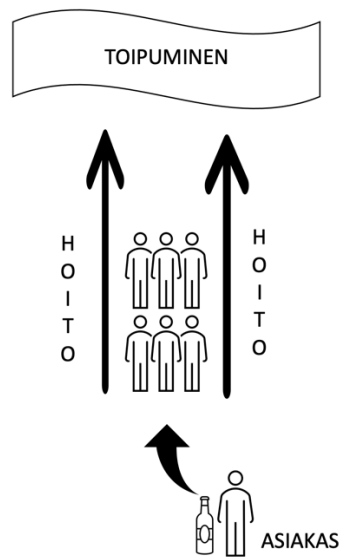
Minnesota-mallisen päihdetyön parissa on käytetty Suomessa termiä toipumiskeskeisyys. Suomen päihderiippuvaiset ry (2019, 17) määrittelee toipumiskeskeisyyden yläkäsitteeksi sellaisille päihdehoidon käytännöille, joissa päihderiippuvaisen raittius kaikista päihteistä, myös päihteinä toimivien lääkkeiden päihdekäytöstä, on selkeä päämäärä. Erona ongelmia tai haittoja vähentävään työotteeseen toipumiskeskeisyyden nähdään viittaavan kokonaisvaltaiseen

toipumiseen. Suomen päihderiippuvaiset Ry:n määritelmässä nähdään myös ihmisen omien luonnollisten voimavarojen ja toipumiseen kannustavan yhteisön eli vertaistuen merkitys. Asiakaslähtöisyyteen viittaa maininta siitä, että potilas tai toipuja on objektin sijaan tasa-arvoinen yhteisön jäsen. Toipumiskeskeisistä hoidoista yleisimmiksi kerrotaan olevan Suomessa erilaiset 12 askeleen ohjelmaa ammatillisesti soveltavat hoidot.

Minnesota-mallisessa työssä keskeisenä ja yhteisenä piirteenä on päihderiippuvuuden sairauskäsitys sekä raitistuminen hoidon yksiselitteisenä tavoitteena. Nämä erityispiirteet käyvät ilmi myös Heikki Oinas-Kukkosen väitöskirjatutkimuksessa, jossa Minnesota-mallisen päihdehoidon periaatteita on kuvattu. Tässä opinnäytetyössä näitä erityispiirteitä on käsitelty luvussa 5.2.

Fria-klinikan työryhmän pohdinnoissa todettiin, että vaikka Minnesota-mallisen päihdehoidon erityispiirteisiin kuuluu vahvasti käsitys päihderiippuvaisen kokonaisvaltaisesta toipumisesta raitistumisen avulla, on hoitokulttuurin ympärille rakentunut käsitys, jossa hoidon merkitystä pidetään erittäin suurena. Työryhmän näkemyksen mukaan kyseessä on ilmiö, jossa toipumiskeskeisyyden sijaan vallalla on ollut hoitokeskeisyys. Tämä pieneltä näyttävä ero on työryhmän pohdintojen mukaan hyvin merkityksellinen sen suhteen, miten hoidon merkitys jäsenentään.

Hoitokeskeisessä ajattelutavassa strukturoidun hoito-ohjelman on ajateltu olevan väylä raitistumiseen. Minnesota-mallin sisällä asiakkaan tai potilaan on työryhmän havaintojen mukaan nähty olevan toimija, joka käy läpi strukturoidun hoito-ohjelman putken, jonka päässä hämmöttää raittius ja sitä kautta toipuminen. Hoidon ryhmäterapeuttinen luonne on muovannut työotteen ryhmäkeskeiseksi ja työntekijöiden tehtävänä on ollut ohjata ryhmää strukturoidun hoito-ohjelman läpi. Työryhmän pohdintojen mukaan tässä ajattelutavassa haasteena ja riskinä on tasapäistäminen, jossa ei ole joko ammattitaitoa tai tilaa työotteen sisällä ottaa huomioon hoidossa olevan yksilön ainutlaatuisia ominaisuuksia tai tarpeita. Hoitokeskeistä ajatusmaailmaa on havainnollistettu kuviolla 3.



Kuvio 3: Hoitokeskeinen työote Minnesota-mallin sisällä

Hoitokeskeisyyttä pohdittiin Fria-klinikan työryhmän keskusteluissa, joissa todettiin, että Suomessa Minnesota-mallin sisällä on ollut tyypillistä eräänlainen kritiikki vallalla olevaa suomalaista päihdehoidon kulttuuria ja rakennetta kohtaan. Työryhmän pohdinnoissa arvioitiin tämän vahvistaneen hoitokeskeisyyden kehittymistä hoitomallin sisällä. Hoito-ohjelmiin kuuluu useassa Minnesota-mallisessa paikassa läheisille suunnattu tapahtuma, joiden yhteydessä on luentotilaisuus, jota kutsutaan useissa Minnesota-mallista päihdehoitoa tarjoavissa paikoissa ”infoksi.” Luentotilaisuudessa käsitellään alkoholismin sairauskäsittelyä, riippuvuuden ilmenemistä siihen sairastuneessa henkilössä sekä riippuvuuden seurauksia perhepiirissä. Lisäksi niissä käsitellään asioita, joita hoito-ohjelmassa tehdään toipumisen eteen. Samoissa yhteyksissä on joissakin hoitopaikoissa usein esitetty kritiikkiä esimerkiksi korvaushoitoa, vähentämiseen tähtäävää tai lääkekeskeistä päihderiippuvuuden hoitokulttuuria kohtaan. Samoin kritiikin kohteena on ollut päihderiippuvuuden mieltäminen ensisijaisesti sosiaalisesti ongelmaksi.

Työryhmä näkee, että tällä kritiikillä on omat perusteensa ja kritiikki järjestelmää kohtaan itsessään on tervettä. Osa työryhmän jäsenistä esitti, että päihdehoidollinen syy tälle kritiikille on se, että jopa sarkasmin kautta esitetty kritiikki vallalla olevaa päihdehoitokulttuuria kohtaan luo parhaimmillaan hoidossa olevalle päihderiippuvaiselle ja hänen läheisilleen toivoa siitä, että toipuminen voi tapahtua, vaikka tämä olisi aikaisemminkin ollut esim. katkaisuhoidossa tai erilaisen hoitoidologian mukaisissa kuntoutuksissa.

Työryhmä totesi, että tämän järjestelmään kohdistuneen kritiikin varjossa hoitomallin sisällä on ollut melko vähäistä tärkeä asia: itsereflektointi ja kriittisyys omaa toimintaa kohtaan. Osaltaan tämän seurauksena Minnesota-mallisen hoitofilosofian sisälle on työryhmän näkemyksen mukaan rakentunut hoitokeskeinen kulttuuri, joka on sanoitettu hoitopaikoissa

kuultuina tokaisuina kuten: ”Hoito ei epäonnistu. Alkoholisti voi epäonnistua raitistumisessaan.” tai ”Hoito annetaan sellaisena kuin alkoholisti sen tarvitsee, ei sellaisena kuin hän osaa sitä haluta.” Oikein ymmärrettyinä kumpikin lausahduksista alleviivaa päihderiippuvaisen omaa vastuunottoa toipumisessaan, mutta väärinymmärrettynä ne maalaavat kuvan erehtymättömästä ja koskemattomasta hoitofilosofiasta.

Hoitokeskeistä ajattelutapaa voimistaa työryhmän pohdintojen mukaan se, että alan tekijöillä on usein oma toipumiskokemus Minnesota-mallisessa hoidossa ja luonnollisesti työntekijän oma raitistuminen on ollut tekijälle itselleen merkittävä elämänmuutos. Sama koskee myös työryhmän jäseniä joko itse päihderiippuvaisena tai läheisenä. Oman toipumiskokemuksen todettiin työryhmän pohdinnoissa aiheuttavan haasteen, että hoitomalli näyttäytyy helposti koskemattomana totuutena ja sen kriittinen arviointi muodostaa helposti uhkan työntekijän omaan kokemusmaailmaan peilaten.

Tämän kehittämistyön tarkoituksena on luoda Fria-klinikalla tehtävälle Minnesota-malliselle päihdetyölle toimintamalli, joka on ytimeltään toipumiskeskeneinen ja jossa hoidon merkitys nähdään oikeissa mittasuhteissa yhtenä toipumiseen vaikuttavista osatekijöistä, mutta ei ainoana ratkaisuun johtavana tekijänä. Uuden toimintamallin on tarkoitus myös tästä näkökulmasta olla linjassa sosiaalialan eettisten arvojen kanssa. Kehittämistyönä luotua uutta toimintamallia kuvataan luvussa 10.

9.3 Eettiset ja kulttimuotoiseen terapiayhteisöön liittyvät riskit

Psykiatri ja psykoterapeutti Raija Hukkanen (1999, 4-8) käsittelee artikkelissaan terapiayhteisöjä, joissa on kulttimuotoisia piirteitä ja jotka ovat potilaalle tai asiakkaalle hyvin haitallisia. Hukkasen mukaan erityisesti altistavia tällaisessa kulttimuotoisessa terapiassa ovat tilanteet, joissa terapia sisältää voimakkaita tunnelataumia, puolustusmekanismien heikentämistä, ylenmääräisiä fyysisiä läheisyyden osoituksia tai kriittistä ajattelua vähentäviä tekniikoita. Lisäksi Hukkanen mainitsee terapiajaksojen toteuttamisen kaukana osallistujan normaalista ympäristöstä, kuten esimerkiksi internaateissa, lisäävän riskiä kulttimaisesta kehityksestä yhteisössä.

Työryhmän mukaan Minnesota-mallinen päihdehoito sisältää useita näistä riskeistä. Hoidon aikana terapiassa on päihderiippuvuuden seurauksien käsittelyn myötä läsnä voimakkaita tunteita. Yksi keskeinen osa Minnesota-mallista päihdeterapiaa liittyy riippuvuutta suojelevan puolustusmekanismin purkamiseen. Minnesota-mallisissa hoitopaikoissa on asiakkaiden keskuudessa hyvin tiivis yhteisöllisyys ja hoito toteutetaan usein erillisissä hoitokeskuksissa. Minnesota-mallisen hoidon pariin on periytynyt tapa tervehtiä toisiaan halaamalla ja hoitomallin parissa on ollut jopa periaatetason kysymyksenä majoittuminen kahden hengen huoneessa. Kuten konfrontoivan työotteen historiaa kuvaavassa osiossa todettiin, hoitomallin parissa on esiintynyt myös kriittistä ajattelua vähentävää vallankäyttöä työtettä. Työryhmän

pohdintojen mukaan näiden ilmiöiden olemassaolo ei automaattisesti tee Minnesota-mallista hoidosta kulttimaista terapiayhteisöä, mutta koska hoitomalli muodostaa riskejä asialle, täytyy niiden olemassaolosta olla erityisen tietoinen. Tämä opinnäytetyönä oleva kehitysprojekti hakee osaltaan ratkaisuja näihin kysymyksiin Fria-klinikan toiminnan osalta.

Kulttimaiseen terapiaan liittymiseen vaikuttaa Hukkasen mukaan omalta osaltaan inhimillinen tarve tuntea yhteenkuuluvuutta jonkin ihmisryhmän kanssa. Fria-klinikan työryhmän mukaan tämä on tyypillistä Minnesota-mallisessa hoidossa, jossa vertaistuella on iso merkitys ryhmämuotoisen terapian ja tekijöiden oman toipumiskokemuksen myötä. Vertaistuella itsessään on parhaimmillaan hyvin keskeinen positiivinen vaikutus asiakkaan toipumiseen, mutta Hukkasen mukaan kulttimaisessa terapiassa hoidon dynamiikka on kuitenkin vääristynyt ja siinä potilaan yhteenkuuluvuuden ja liittymisen tarve tulee epäeettisesti käytetyksi terapian välineenä. (Hukkanen 1999, 4-8.)

Hukkanen toteaa, että vahingollisilla terapiakultteilla on havaittu seuraavia yhteisiä piirteitä: (Hukkanen 1999, 4-8.)

1. Psykoterapiakieltä ja käsitteitä käytetään toimintaa esiteltäessä ja apua tarjottaessa.
2. Toiminta on pääsääntöisesti ryhmämuotoista.
3. Johtaja esittäytyy ammatillisesti pätevänä.
4. Ryhmän jäsenet kohottavat johtajan karismaattiseen asemaan ja idealisoivat häntä. He pitävät itseään etuoikeutettuina ryhmään kuuluessaan. Idealisoivaa transferenssia ei käsitellä terapiassa.
5. Vahva ryhmäidentiteetti kehittyy.
6. Kehittyy vahva paine ryhmän normeihin ja käytäntöihin myöntymiseen ja sopeutumiseen.
7. Ryhmä on epäluuloinen, mitätöivä tai vihamielinen muita hoitotyön ammattilaisia kohtaan. Riippuvuus ryhmän sisällä lisääntyy ja kriittinen ajattelu vähenee.
8. Terapiaan liittyvillä henkilöillä on ollut kehityksellinen tai muunlainen muutosvaihe elämässään, jolloin identiteetin ja turvallisuuden tarve on ollut suuri.

Psykiatri ja psykoterapeutti Hannu Lauerma (2020, 453-462) käsittelee Matti O. Huttusen ja Hely Kalskan toimittamassa oppikirjassa ”Psykoterapiat” psykoterapioiden haittoja ja eettisiä ongelmia, jotka ovat Fria-klinikan työryhmän tulkinnan mukaan sovellettavissa myös terapeutin menetelmin tehtävään päihdetyöhön. Terapian epäonnistumiselle altistavia tekijöitä Lauerman mukaan ovat terapeutin kokemattomuus ja niukka taustakoulutus, jotka johtavat perspektiivin kaventumiseen. Lisäksi kyvyttömyys nähdä terapian rajoituksia ja muun avun tarvetta voivat johtaa terapian epäonnistumiseen. Fria-klinikan työryhmän mukaan tätä riskiä lisää myös työntekijän mahdollisen oman toipumiskokemuksen merkityksellisyys. Lauerman mukaan myös terapeutin omat ongelmat, mukaan lukien hallitsematon ihailun tarve,

voimistavat riskiä terapiasuhteen vääristymiselle ja epäonnistumiselle. Lisäksi Lauerma mainitsee terapian epäonnistumiselle altistaviksi tekijöiksi korostuneen koulukuntaisuuden, johon liittyy joustamattomuutta muiden menetelmien suhteen sekä ideologian sekoittumisen terapiaan. Fria-klinikan työryhmän mukaan Lauerman mainitsemat riskit ovat voimakkaasti läsnä Minnesota-mallisessa työtöteessä.

Fria-klinikan työryhmän mukaan näiden epäterveiden ja jopa kulttimaisten piirteiden kehittymiselle on olemassa merkittävät riskit Minnesota-mallisessa työtöteessä, jos niitä ei tiedosteta ja tehdä tarvittavia toimenpiteitä.

Työryhmän kokemuksen mukaan Minnesota-mallisessa hoidossa käytetään kielellisiä ilmaisuja, joissa sanoille annetaan merkitys, jonka vivahteet ymmärtävät vain hoidon käyneet. Esimerkiksi käsitteet ”entinen/parantunut alkoholisti” herättää Minnesota-mallisen hoidon käyneelle usein tarpeen korjata termi muotoon ”raitistunut/toipunut alkoholisti”, koska jälkimmäiset termit kuvaavat tarkemmin tavoitetta pysyä raittiina ja sitä, ettei paluu kohtuukäyttöön ole mahdollista. Minnesota-mallisessa hoidossa käytettävä termistö on työryhmän mukaan usein yhdistelmä tieteellistä kieltä alkoholiriippuvuuden sairauskäsitteestä sekä 12-askleen toipumisohjelman käsitteitä.

Työntekijöiden ammatillinen pätevyys on aihe, johon myös Valvira on kiinnittänyt huomiota. Minnesota-mallisessa hoitokulttuurissa on työryhmän havaintojen mukaan käytäntönä ollut, että hoitopaikat kouluttavat työtöteen uusille työntekijöille, jotka useimmiten ovat entisiä asiakkaita ja hoitomallin mukaisen hoidon käyneitä. Ammatillisen koulutuksen on saatettu nähdä olevan toissijaista. Koulutus on saatettu nähdä välttämättömänä vaatimuksena, jotta hoitopaikka voi täyttää yksityisen sosiaali- ja terveysalan toimijan kriteerit, mikä mahdollistaa myös taustalla olevan yksityisen liiketoiminnan arvonlisäverottomuuden. Myös koulutusta kritisoivia äänenpainoja on vuosien varrella esiintynyt. Hannu Lauerman mukaan kulttimuotoisissa terapiayhteisöissä suhde viralliseen koulutukseen ja tieteeseen on ristiriitainen ja vaikka toisaalta niissä pyritään antamaan kuva tiiviistä yhteyksistä hyväksytyihin terapiasuuntauksiin, suhtautuminen niihin on vihamielistä tai mitätöivää (Lauerma 2020, 460).

Työryhmän kokemuksen perusteella terapiatyötä tekevien henkilöiden ammattinimikkeiden käyttö on jakautunut alalla yleisesti ”päihdeterapeutteihin” ja ”läheisterapeutteihin”, jotka kumpikaan eivät ole Valviran nimikesuojattuja ammattinimikkeitä vaan hoitomallin sisälle muodostuneita termejä. Vaikka nämä jostain näkökulmasta kuvaavat työtä, jota päihdehoidossa tehdään, niistä on muodostunut myös eräänlaisia hierarkisia titteleitä, joiden ajatellaan kuuluvan hoitomalliin. Alan sisällä hoitopaikalla saattaa olla erikseen nimetty ”johtava päihdeterapeutti”. Tekijöiden vähäinen tai olematon koulutus ja kokemus muodostaa työryhmän mukaan riskin kapeakatseisuudelle ja vääriinkäytöksille, varsinkaan kun työtöteena ei ole puhtaasti vertaistuellinen kokemusasiantuntijatoiminta vaan ”terapeutti” tittelillä työtä tekevä

henkilö on selkeästi ryhmänvetäjän ja ammattilaisen roolissa. Merkittävän riskin saattaa Fria-klinikan työryhmän mukaan muodostaa myös työntekijän omaan itseensä liittyvät mahdolliset identiteetin häiriöt ja tasapainottomuus, joille pelkkä alkoholismista toipuminen ei tee immuuniksi. Lauerma viittaa terapian riskitekijöiksi muun muassa työntekijän hallitsemattoman ihailun tarpeen (Lauerma 2020, 462). Koulutettujen psykoterapeuttien kohdalla työntekijään itseensä liittyviä haasteita pyritään Lauerman mukaan vähentämään koulutukseen kuuluvalla omakohtaisella psykoterapialla (Lauerma 2020, 461). Vaikka päihderiippuvuuden osalta Minnesota-mallisen päihdetyön tekijät olisivatkin hankkineet omakohtaista kokemusta hoidosta, jää silti paljon tilaa haasteille, joita henkilöllä saattaa olla muun tunne-elämän tasapainon, identiteetin eheyden ja mielenterveyden osalta. Näiden suhteen vastuu päihdetyöntekijän tasapainoisuudesta tulisi Fria-klinikan työryhmän mukaan olla työntekijällä itsellään, hoitotyötä toteuttavalla yksiköllä ja työyhteisöllä.

Työryhmän mukaan merkittävän haasteen kulttimaisille piirteille on muodostanut myös idealisointi, jota päihdeterapeutti saattaa saada hoitoyhteisön jäseniltä. Oma toipumiskokemus luonnostaan nostaa työntekijän yhteisöllistä statusta, koska hän on todistetusti kyennyt ratkaisemaan ongelman, jonka vuoksi asiakkaat ovat hoidossa. Englantilainen lääkäri Mat Glatt mainitsee artikkelissaan Minnesota-mallisesta päihdehoidosta työntekijöiden oman toipumiskokemuksen haasteeksi hoidossa olevien henkilöiden epäterveen samaistumisen ohjaajien kanssa (Glatt 1991). Hukkanen toteaa kulttiyhteisöissä olevan tyypillistä, että hoidon käynyt henkilö valmistuessaan kiinnitetään terapeutin asemaan. Vaikka tämä ei ole työryhmän havaintojen mukaan täysin suoraviivaista Minnesota-mallisessa hoitotyössä, on ilmiönä havaittavissa, että Minnesota-malliseksi terapeutiksi ryhtyminen saattaa näyttäytyä hierarkisena tapahtumana, joka saattaa merkitä henkilölle itselleen arvonnousua toipuneiden yhteisössä. Henkilö saattaa kytkeä alalle siirtymisen myös omaan toipumiskokemukseensa ja se saattaa ikään kuin näyttäytyä oman toipumisen päätepisteenä. Idealisoivaa transferenssia ei ole välttämättä käsitellä työtöteessä, koska sitä ei välttämättä tunnusteta tai sitä pidetään jopa toivetilana. Alan tyypillinen työntekijä ei myöskään todennäköisesti tunne transferenssin käsitettä.

Työyhteisön mukaan myös vahvan ryhmäidentiteetin muodostuminen on tyypillistä Minnesota-mallisessa päihdehoidossa. Parhaimmillaan tämä voi olla vertaistuellista asioiden jakamista, mutta samaan aikaan rajanveto epäterveen ryhmäidentiteetin välillä on häilyvä. Jälkimmäiseen on ohjannut myös hoitokeskuksen säännöt, jotka esitellään hoitoyhteisön itsensä luomina. Nämä saattavat pitää sisällään rajoitetut ajat puhelimen käytölle ja monia muita tapoja. Ryhmissä ja hoitoyhteisöissä on luonnollista muodostaa toimivia käytäntöjä, mutta Fria-klinikan työryhmän pohdintojen mukaan oleellista on, esitelläänkö ne sääntöinä ja ohjeistuksina, joihin täytyy alistua tullakseen hyväksytyksi ryhmässä vai onko niitä mahdollista kyseenalaistaa, muuttaa tai soveltaa yksilöllisesti. Joidenkin tapojen kriittinen tarkastelu ohitetaan toteamalla toimintamallin kuuluvan Minnesota-hoitoon.

Fria-klinikan työryhmän havaintojen mukaan eräs epäterve ilmiö Minnesota-mallisen hoitotyön kulttuurissa on ollut epäluulo ja kriittisyys, joka on voinut rakentua muita hoitoalan ammattilaisia, hoitomuotoja ja järjestelmää kohtaan. Hoitomallin sisällä on usein tapana esittää esimerkkejä ”virallisesta hoito-otteesta” ja luoda vastakkainasettelu Minnesota-mallisen hoidon kanssa. Terveessä merkityksessä kritiikin koetaan vahvistavan asiakkaan toivoa siihen, että hoidossa saavutetaan halutut tavoitteet, mutta sen käyttäminen alleviivaamaan oman menetelmän erinomaisuutta on Fria-klinikan työryhmän mielestä enemmän kulttimaisen terapiayhteisön toimintaa.

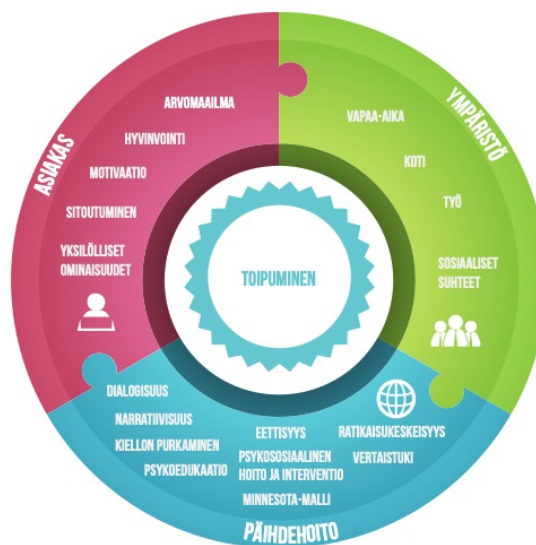
Samoin Minnesota-mallisissa hoitopaikoissa Suomessa on usein esitetty Lääkelaitoksen eli Fimean listaa PKV-lääkkeistä yhdistettynä informaatioon siitä, että tietyissä lääkkeissä on päihderiippuvaisilla väärinkäyttöpotentiaalia. Vaikka jälkimmäinen voikin olla oikein esitettynä tärkeää psykoedukaatiota, asia saatetaan ilmaista muodossa, jossa PKV-lääkkeiden ohjeiden mukainen lääkärin määräämä käyttö rinnastetaan retkahtamiseen. Minnesota-mallisen hoidon käyneiden keskuudessa puhutaan kyseisestä listauksesta usein ”alkoholisteille kiellettyjen lääkkeiden listana”, mikä terminä kuvaa kulttimuotoiselle terapialle tyypillistä mustavalkoisuutta tulkinnan suhteen. Joissain tapauksissa myös alan työntekijät saattavat jäsentää asian yksilotteisesti. Suoranaisten vakavien terveydellisten riskien lisäksi tässä toimintamallissa on nähtävissä kulttimuotoiselle terapialle tyypillinen ilmiö, jossa ryhmän normien noudattaminen (raittius) nostetaan jopa yksilön henkilökohtaisen terveyden ja sairauden hoidon yläpuolelle. Työryhmän jäsenet ovat vuosien varrella myös kuulleet joidenkin hoidon käyneiden kertoneen hoidon jälkeisestä epäluuloisuudesta lääkärikuntaa tai lääkityksiä kohtaan, mikä myös heijastelee kulttuurinomaisia piirteitä.

Työryhmän kokemusten mukaan joillekin hoidon käyneille toipuvasta yhteisöstä muodostuu ensisijainen ihmissuhdeverkosto. Tällaisen yhteisön keskellä on mahdollista muodostua yhteisöllisiä ja kulttimaisia käsityksiä esimerkiksi raittiin ihmisen moraalista, etiikasta ja käytösnormeista. Näissä yhteisöissä saatetaan vaatia yksilön rajoja kunnioittamatta avoimuutta yksityisistä asioista, mitä perustellaan muun muassa rehellisyyden vaatimuksella raittiina pysymiseksi.

Koska Fria-klinikan työryhmän mukaan Minnesota-mallisessa hoidossa on esiintynyt kulttimaisen terapiayhteisön piirteitä sekä hoitomallin historiassa maailmalla että Suomessa, on kehitysprojektissa tärkeä kiinnittää huomiota perusteisiin, joilla asiakastyötä tehdään ja miten asiakkaan kanssa tehtävä työ jäsenetään. Ratkaisuja näihin haasteisiin on esitelty luvuissa 10 ja 11, joissa esitellään kehittämistyön lopputuotosta.

10 Kehittämistyönä luotu Fria-klinikan päihdehoidon toimintamalli

Kehittämistyön tuloksena luotiin toimintamalli Fria-klinikalla tehtävälle päihdetyölle. Kehittämistyössä käytettäviä menetelmiä on kuvattu luvussa 8 ja tässä luvussa käsitellään tarkemmin kehittämistyönä luodun uuden toimintamallin kokonaisuutta. Luvussa 11 keskitytään puolestaan yksityiskohtiin, joita päihdehoito pitää sisällään uuden toimintamallin mukaisesti. Kehittämistyön tuloksena luodun uuden toimintamallin graafinen ulkoasu on kuvion 2 mukainen.



Kuvio 2: Kehittämistyönä luotu Fria-klinikan toimintamalli

Uuden toimintamallin keskiöön valittiin työryhmän pohdinnoissa toipuminen. Tämä mahdollistaa sen, että voidaan aidosti puhua toipumiskeskeisestä ajattelusta. Siinä missä toipuminen on nähty Minnesota-mallisen hoidon tavoitteena aiemminkin, on merkittävää, onko toipuminen tavoitteena vai keskiössä. Toipumista tavoittelevassa hoitokeskeisessä ajattelutavassa on olemassa riski, että hoito voidaan nähdä yksilotteisena keinona saavuttaa toipuminen, kun taas toipumisen ollessa keskiössä, on pyrittävä huomioimaan kaikki tekijät, joilla se saavutetaan. Koska toipuminen on käsitteenä laaja, haluttiin sen merkitystä osana kehitystyötä tarkastella ja määritellä tarkemmin. Näitä pohdintoja käsitellään tarkemmin luvussa 10.1.

Kun keskiöksi ja asiakkaan kanssa tehtävän prosessin tavoitteeksi oli määritelty toipuminen, oli jäsennettävä, mitkä tekijät vaikuttavat toipumiseen. Fria-klinikan uudessa toimintamallissa näiksi tekijöiksi valittiin asiakas, hänen ympäristönsä ja päihdehoito. Jokainen näistä tekijöistä jakaantuu osatekijöihin eli jokaisen toipumiseen vaikuttavan tekijän alta löytyy yksityiskohtia, jotka vaikuttavat yhteiseen tavoitteeseen eli toipumiseen pääsemiseen. Näiden tekijöiden valintaa on käsitelty luvussa 10.2.

Uudessa toimintamallissa päihdehoitoa ei nähdä ainoana tai yksiulotteisena ratkaisuna päihdeongelmaan, vaan yhtenä tekijänä, jolla on oma merkittävä roolinsa toipumisen saavuttamisessa. Jokaisella tekijällä (päihdehoito, asiakas, ympäristö) on oma merkityksensä toipumisen kannalta. Kokonaisvaltaisella ajattelulla, jossa asiakasta ei nähdä hoidon kohteena vaan aktiivisena toimijana toipumisen saavuttamiseksi voidaan purkaa ajattelutavan tasolla vallankäytöllistä työtettä, joka kehittämistyön aikana havaittiin yhdeksi ongelmaksi Minnesota-mallissa päihdehoidossa.

Tämän opinnäytetyön rajauksen puitteissa luotiin tarkemmat osatekijät ja sisällöt päihdehoito-tekijän sisälle. Asiakkaaseen ja ympäristöön liittyvät osatekijät hahmoteltiin osaksi kokonaisuutta, mutta niihin liittyvä taustatutkimus rajattiin tämän opinnäytetyön ulkopuolelle. Päihdehoitoon liittyvien osatekijöiden jäsentäminen puolestaan oli keskeinen osa kehittämistyön tavoitetta, jonka voi tiivistää kysymykseen: Miten Minnesota-mallista päihdehoitoa voidaan toteuttaa sosiaalialan eettisten arvojen mukaisesti luopumatta erityispiirteistä, jotka tekevät siitä toimivan? Näitä päihdehoitoon kuuluvia kehitystyön aikana jäsenneettyjä osatekijöitä ja niiden perusteluja on kuvattu tarkemmin luvussa 11.

10.1 Toipumiskeskeisyys

Järjestimme osana kehitystyötä aivoriihen, jossa jäsennettiin, mihin Fria-klinikan Minnesota-mallisessa päihdetyössä tehtävä työ tähtää ja mitkä osa-tekijät siihen vaikuttavat. Päihdehoidon tavoitteeksi ja keskiöksi valittiin termi toipuminen. Keskustelua käytiin muuan muassa sanan raitistuminen ja raittius käytöstä, mutta lopulliseksi valinnaksi tuli sana toipuminen, koska se on merkitykseltään laajempi, joskin tulkinnanvaraisempi. Työryhmän pohdintojen mukaan oli tärkeä selvittää, mitä toipumisella tarkoitetaan ja miten se määritellään osana prosessia.

Katja Kuusisto (2010, 43) viittaa väitöskirjassaan ”Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen” yhdysvaltalaisen riippuvuuden asiantuntijan William Whiten toteavan, että tulkintojen moninaisuuden myötä on mahdoton löytää kaikille yhteistä toipumisen käsitettä. White itse on Kuusiston mukaan tiivistänyt toipumisen käsitteen seuraavasti: ”Toipuminen on kokemus (prosessi ja saavutettu tila), jonka kautta yksilöt, perheet ja yhteisöt, joihin on vaikuttanut vakava alkoholi- tai muu päihdeongelma, hyödyntävät sisäisiä ja ulkoisia resursseja ratkaistakseen näitä ongelmia vapaaehtoisesti, parantaakseen päihdeongelmien aiheuttamia haavoja, hoitaakseen aktiivisesti haavoittuvuutaan näille ongelmille ja kehittääkseen terveellistä, tuottavaa ja merkityksellistä elämää.” (Kuusisto 2010, 43.)

Raittius on terminä paljon käytetty Minnesota-mallisen päihdehoidon tavoitteena ja se nähdään hoitomallin sisällä välttämättömänä edellytyksenä riippuvuudesta toipumiselle. Tässä

suhteessa Minnesota-mallisen päihdehoidon tavoite eroaa esimerkiksi haittoja vähentävästä päihdetyöstä. Esimerkiksi korvaushoidon näkökulmasta laittoman päihteen vaihtaminen päihdyttävään lääkkeeseen ja sen kontrolloituun käyttöön nähdään elämänlaatua edistävänä asiana ja sitä kautta toipumisena. Minnesota-mallisen hoidon parissa vakiintunut toipumiskäsite tiivistyy määritelmään, jonka Oinas-Kukkonen sanoo olevan peräisin Betty Ford-instituutin asiantuntijoilta: Toipuminen päihderiippuvuudesta on vapaaehtoisesti ylläpidetty elämäntapa, johon kuuluu raittius, henkilökohtainen terveys ja vastuullinen osallisuus yhteiskunnassa (Oinas-Kukkonen 2013, 42).

Raittiuden käsitetään yleisesti Minnesota-mallisessa päihdehoidossa tarkoittavan pysyvää päihteetöntä elämää, jonka laatu eroaa juovan ajan juomattomista jaksoista siten, että se on luonnollista ja vapaaehtoista. Tämä näkemyksen todettiin olevan tärkeä myös Fria-klinikalla toteuttamassa päihdekuntoutuksessa ja totesimme raittiuden olevan ratkaiseva tekijä toipumisessa.

Myös raittiuden ja päihteen määritelmiä koettiin tärkeäksi tarkentaa. Heikki Oinas-Kukkonen (2013, 74) viittaa väitöskirjassaan Lapuan Minnesota-hoidon määritelmään asiasta. Fria-klinikan työryhmän näkemyksen mukaan sama ajatusmalli on levinnyt muihinkin Minnesota-mallista hoitoa tarjoaviin paikkoihin, joiden hoitokulttuurilliset juuret ovat Lapuan Minnesota-hoidossa. Oinas-Kukkonen kertoo Lapuan Minnesotahoidon luentomateriaalissa kerrottavan, että alkoholi on mieleen ja tunteisiin vaikuttava kemiallinen aine, mutta että termi alkoholismi ei riitä kertomaan koko totuutta. Alkoholista riippuvaisten ihmisten kerrotaan ulottavan päihderiippuvuuttaan yhä enemmän myös sellaisiin lääkkeisiin, joilla on samankaltainen mieleen ja tunteisiin vaikuttava vaikutus, mikä johtaa helposti sekakäyttöön, jonka nähdään luentomateriaalien mukaan yleistyvän koko ajan. Tämän takia ei puhuta vain alkoholismista vaan päihderiippuvuudesta. Luentomateriaalissa kerrotaan toipumisen ainoa vaihtoehto olevan täysin päihteetön elämäntapa, päihdettä ei voi vaihtaa toiseen. Oinas-Kukkonen väitöskirjassa lainataan Minnesota-hoidon luentomateriaaleista kohtaa, jossa sanotaan, että päihderiippuvaiselle (esimerkiksi alkoholisti) yksikin milligramma keskushermostoon vaikuttavaa lääkettä (esim. Diapam) on päihdettä ja johtaa peruspäihteeseen (esim. alkoholiin). Tällaisten päihdyttävien lääkkeiden nähdään johtavan aina riippuvuuteen, eikä niitä tule Lapuan Minnesotahoidon luentomateriaalin mukaan määrätä alkoholiongelmalliselle ihmiselle. Erityisesti nämä näkemykset koskevat Lääkelaitoksen PKV-luokittelun mukaisia lääkevalmisteita (Fimea 2009).

Fria-klinikan työryhmä määrittelee niin ikään raittiuden käsitteen koskevan kaikkia päihteitä, joiksi luokitellaan alkoholi, huumeet ja päihdyttävät lääkkeet. Lääkkeiden kohdalla on olemassa tilanteita, joissa välttämättömistä lääketieteellisistä syistä joudutaan käyttämään päihdyttäviä ja riippuvuuspotentiaalin omaavia valmisteita. Työryhmän näkemyksen mukaan lähtökohdaltaan ajatus, jossa raittius tarkoittaa pidättäytymistä kaikista päihteistä on tärkeä

toipumisen kannalta, mutta toisaalta asian esittäminen yksilotteisesti on johtanut Minnesota-mallisen päihdehoidon käyneiden yhteisössä myös negatiivisiin lieveilmiöihin, kuten epäluottamukseen lääkäreiden ammattitaitoa kohtaan, tarvittavista lääkkeistä kieltäytymiseen sekä käsitykseen siitä, että Minnesota-malliseen hoitomalliin kuuluu kiellettyjen lääkkeiden lista (kts. PKV-lääkeluettelo). Erityisen iso vastuu asiassa on työtä tekevilla päihdetyöntekijöillä. Fria-klinikan työryhmällä on kokemusta tilanteista, joissa Minnesota-mallisen päihdehoidon edustajia on esimerkiksi kyseenalaistaneet henkilön raittiuden, koska tämä on joutunut käyttämään päihdyttäviä lääkkeitä kroonisen kivun hoidossa ja sulkeneet henkilöitä toipuvista yhteisöistä. Tällaiset käytännöt aiheuttavat joko vakavia riskejä henkilön terveyden suhteen tai voivat pahimmillaan olla yhteisöllistä väkivaltaa. Fria-klinikan työryhmä määrittelee raittiuden tarkoittavan päihteetöntä elämää. Päihteellä tarkoitetaan alkoholia, huumeita ja päihdyttävien lääkkeiden päihteellistä käyttöä; ei lääkärin määräämää välttämätöntä lääkettä.

Fria-klinikan työryhmän työssään saama kokemus on, että raittius yhteisöllisen hoidon yhteisenä tavoitteena luo toiminnalle saman päämäärän, jolloin myös ryhmädynamiikka saadaan toipumista edistäviksi. Samoin työryhmä totesi päihderiippuvaisten kokemuksista käyneen ilmi, että ilman yhteistä tavoitetta raitistumisesta päihderiippuvaisten löytävät yhteisöllisyyden esimerkiksi katkaisuhoidossa, mutta ilman yhteisesti strukturoitua selkeää päämäärää yhteisöllisyys voi herkemmin muodostaa myös toipumista estäviä tekijöitä. Tällaisia ovat esimerkiksi oman päihderiippuvuuden seurausten vertaaminen niihin, joille menee vielä huonommin, mikä voimistaa sairauteen kuuluvaa kieltomekanismia tai joissain tapauksissa päihteiden käyttöön liittyvien vinkkien jakaminen sekä mahdollisten uusien päihteenkäyttöovereiden hankkiminen. Tätä puoltaa myös Ruisniemen (2006, 23) toteamus, että liian strukturoitumaton päihdehoidon malli aiheuttaa ahdistusta siihen osallistuvissa. Fria-klinikan työryhmä totesi, että päihdehoidon yhteisöllinen tavoite raitistumisen suhteen ei ole ristiriidassa sosiaalialalla vaadittavan asiakaslähtöisyyden kanssa vapaaehtoisessa hoidossa.

Toisaalta Fria-klinikan kehitysryhmän kokemusmaailmassa Minnesota-mallin sisällä on tullut haasteita erityisesti toipumisen tasoissa, jotka liittyvät ihmisen henkilökohtaisiin arvoihin, valintoihin ja kokemuksiin. Riskinä on ollut, että hoitopaikka, hoitoyhteisö tai jopa yksittäinen päihdetyöntekijä raamittaa toipumisen hyvin homogeenisesti raittiuden eli päihteettömyyden lisäksi myös muissa elämään kuuluvissa asioissa, joissa on todellisuudessa yksilöllisiä eroja. Nämä homogeeniset toipumisen raamitukset ovat saattaneet liittyä esimerkiksi arvoihin, eettisiin kysymyksiin, ihmissuhteisiin, seksuaalisuuteen, rahaan tai työhön.

Ruisniemi (2006, 23) toteaa, että arvoproblematiikka kytkeytyy olennaisesti toipumisen määritelmään. Hän viittaa Koski-Jänneksen teokseen, jossa mainitaan riippuvuudesta irtautumisesta olevan kyse siitä, että ihminen kykenee muuttamaan omia tulkintojaan tilanteista sekä kokee voivansa vaikuttaa omaan toimintaansa. Hän oppii uusia tapoja toimia tutuissa

tilanteissa ja näkee uusia mahdollisuuksia. Näihin kognitiivisiin prosesseihin todetaan liittyvän myös arvot ja se, miten ihminen näkee itsensä ja toimintansa omassa elämässään. Muutosvaiheeseen eli toipumiseen kuuluu usein identiteettikriisi, jossa ihminen joutuu ottamaan kantaa siihen, missä määrin hän toimii omien arvojensa vastaisesti.

Fria-klinikan työryhmän kokemus asiasta on sama ja sen pohdinnan mukaan tämä tarjoaa myös selityksen, miksi hyvin yksilöllisiin asioihin helposti haetaan yhteisöllisiä ratkaisuja varsinkin toipumisen alkuvaiheissa. Työtä alalla tekevien henkilöiden pitäisi olla erityisen tietoisia tästä ilmiöstä ja tehtävänä on auttaa toipuvia ihmisiä löytämään omia vastauksia kysymyksiin, joita voi herätä. Päihderiippuvuuden väistyessä elämään tulee tilaa muille asioille, joista ihminen haluaa päättää itse. Vähitellen ihminen saa takaisin resursseja elää omaa elämäänsä ilman päihteitä (Ruisniemi 2006, 24).

Raitistuminen on valtavan iso identiteetin myllerrys ja toipuminen kytkeytyy päihteettömyyden lisäksi myös muihin asioihin ihmisen elämässä. Tämän vuoksi tulimme tulokseen, ettemme voi rajata jäseneltävän mallimme keskiöksi vain raittiutta viitaten tekniseen päihteettömänä elämiseen. Siksi Fria-klinikan työryhmä valitsi keskiöksi toipumisen kokonaisvaltaisena ilmiönä.

Myös Kuusisto (2010, 43) puhuu toipumisen kokonaisvaltaisuudesta. Hän mainitsee, että aiemmin lainattu Whiten toipumisen määritelmä sisältää viittauksen paremman elämän saavuttamisesta, millä White haluaa Kuusiston mukaan korostaa sitä, että toipuminen on enemmän kuin päihdekäytön loppumista. Muutos tuo mukanaan kokonaisvaltaisia muutoksia yksilössä itsessään ja hänen ympäristössään, minkä vuoksi päihdekäytöstä luopumisessa on kauaskantoisia seurauksia yksilön persoonaan. Käytöstä luopuminen ei ole paluuta normaaliin, vaan se on jotain sitäkin enemmän.

Jos Fria-klinikan yhteisöllisen päihdehoidon yhteisöllisenä tavoitteena osana toipumista on raitistuminen, työryhmässämme heräsi kysymys, miten välttää tasapäistämisen sudenkuopat toipumisen muilla tasoilla? Jos tavoitteena pidetään vain päihteettömyyttä, toipumisen kokonaisvaltainen luonne jää huomioimatta. Toisaalta liian tiukka kulttuurinen malli päihdekuntoutuksessa pakottaa kaikki ihmiset samanlaiseen muottiin, rooliin ja samanlaisen identiteetin omaksumiseen, mikä voi johtaa siihen, että yksilön omat näkemykset ja kokemukset kyseenalaistetaan (Ruisniemi 2006, 23).

Kuusisto (2010, 43) viittaa väitöskirjassaan aiemmin mainitun Whiten pyrkimykseen nostaa esiin toipumisen kokemuksellisuuden ja samalla yksilöllisyyden. Whiten mukaan muutoksen keskiössä on toipuja ja hänen lähiympäristönsä ja että yksilö itse omaa ne keinot, joilla raittius on juuri hänen kohdallaan toteutettavissa.

Turun yliopiston psykiatrian professori Jyrki Korkeila (2017, 2865) kirjoittaa toipumisen käsitteestä psykiatriassa. Toipumisella viitataan useimmiten sairaudentilan tilan merkittävään lievittymiseen. Korkeila sanoo kliinisen toipumisen arvioinnin olevan asiantuntijalähtöistä toimintaa, joka keskittyy johonkin mitattavissa olevaan ja kaikkien kohdalla samalla tavalla arviotavaan ulottuvuuteen. Tällaisia muuttujia ovat esimerkiksi diagnoosin kriteerien täyttyminen, toimintakykytöystyksen muutos tai remissio. Korkeila kirjoittaa toipumisen merkityksen laajentuneen viime aikoina, kun sillä on alettu viitata henkilökohtaiseen toipumiseen. Henkilökohtainen toipuminen tarkoittaa Korkeilan mukaan mahdollisuutta viettää merkityksellistä elämää mielekkäässä sosiaalisessa roolissa. Henkilökohtainen toipuminen on epälineaarista ”matkaa parempaan elämään”, vetäytymisestä kohti suurempaa sosiaalisuutta ja kasvua sairaudesta huolimatta. Elämälle kehittyy uusi mielekkyyden kokemus sairauden vakavista seurauksista huolimatta. Henkilökohtaisen toipumisen aikana toimijuuden kokemus vahvistuu, omat vahvuudet ja heikkoudet hahmotetaan paremmin, omia taitoja ja piirteitä hyödynnetään paremmin ja kokemus toipumisen lähteenä olemisesta vahvistuu. Itseyden jälleenrakentamisessa voidaan siirtyä sairaan identiteetistä kohti positiivista itsekokemusta. Jotta tämä olisi mahdollista, Korkeilan mukaan potilaan tulee voida vaikuttaa hoitopäätöksiin ja tehdä valintoja itse. Tätä kaikkea edistävät avoimuuden ja rehellisyyden periaatteet, toivon ilmapiirin luominen ja ylläpitäminen mielenterveyspalveluissa. (Korkeila 2017, 2865.)

Ruisniemi käsitteli tutkimuksessaan päihderiippuvaisten minäkuvan muuttumista toipumisprosessissa. Hän toteaa, että tutkimuksissa on todettu tiettyjä yhteisiä elementtejä riippuvuudesta irtautumisessa, mikä näkyy myös hänen tutkimuksessaan. Tällaisia elementtejä ovat esimerkiksi riittävä sosiaalinen tuki uudessa elämäntavassa, uudenlaiset ajattelu- ja toimintamallit, ammattiauttajien supportiivinen työskentelytyyli ja uudenlaisen identiteetin omaksuminen entisen päihteenkäyttäjän identiteetin tilalle. Toisaalta Ruisniemi toteaa tutkimuksessaan käyneen ilmi, että jokaisella on oma polkunsä elämämuutoksessa. Elämämuutos ja sen kokeminen ovat yksilöllisiä asioita ja yksilölliset tekijät ovat merkittäviä, koska jokainen luo oman merkitysjärjestelmänsä elämässään itse. (Ruisniemi 2006, 241.)

Ruisniemen tutkimuksessa kävi ilmi, että 12-askeleen mukaisessa päihdehoidossa käyneen henkilön identiteettiä ohjaa alkuvaiheessa voimakkaasti käsitys itsestään alkoholistina, päihderiippuvaisena tai addiktina. Fria-klinikan työryhmän kokemusten mukaan tämä on jopa ratkaisevan tärkeää, jotta raitistuminen ja elämän muutos tapahtuu, koska päihderiippuvuus on seurauksiltaan ollut kokonaisvaltainen ja myös identiteettiä ohjaava sairaus. Fria-klinikan työryhmän mukaan on tärkeää, että päihderiippuvaisen identiteettiin liittyy hyvin nopeasti käsitys itsestään raittiina päihderiippuvaisena, koska se luo toivoa ja ohjaa ajattelua tulevaisuuden kasvuun eikä menneisiin pettymyksiin. (Ruisniemi 2006, 246.)

Toisaalta Ruisniemi toteaa, että joidenkin tutkijoiden mukaan takertuminen addiktin identiteettiin rajoittaa elämää ja korostuneen päihderiippuvaisen identiteetin pitäisikin olla

välivaiheen identiteetti ihmisen elämässä. Ruisniemi toteaa, että päihderiippuvuus on vaikuttanut elämiseen totaalisesti, ja siitä irtautuminen on suuri elämänmuutos. Vähitellen elämään tulee kuitenkin uusia asioita ja kokemuksia ja addiktin elämän pohtiminen ja siihen takertuminen voi toimia itseä vastaan. Ruisniemi toteaa, että ajan oloon rakentuvat moninaiset roolit ja elämisen alueet suojaavat paremmin liukumiselta takaisin päihteidenkäyttöön kuin liian tiukka ja yksipuolinen addiktin identiteetti, koska eri identiteetit tarjoavat erilaisia ratkaisumalleja elämässä tuleviin ongelmatilanteisiin. Toisaalta jotkut voivat Ruisniemen mukaan tarvita selkeän ja tiukan addiktin identiteetin kyetäkseen elämään päihteettä ja selviytyäkseen elämässä. (Ruisniemi 2006, 246.)

Fria-klinikan työryhmässä päätettiin sanoittaa toipumiskeskeisyys hoitomallissa seuraavasti: Fria-klinikan päihdehoitomallin keskiössä on toipuminen, mikä pitää sisällään raitistumisen vapaaehtoisena ja merkityksellisenä kokemuksena sekä kokonaisvaltaisen yksilön ja hänen lähipiirinsä elämän laadun parantumisen hänen itsensä määrittelemiensä muutostoiveiden osalta. Mallissa huomioidaan hoidossa olevien henkilöiden yksilölliset tilanteet ja omat muutostoiveet toipumisen prosessissa. Raittius eli päihteettömyys ei ole lopullinen päämäärä vaan keino saavuttaa itsensä näköinen elämä, jota eivät ohjaa päihteet. Tarkoituksena on prosessi, jonka lopputuloksena on itsensä raittiiksi kokevia yksilöitä, jotka ovat saaneet työkaluja päästä rakentamaan itsensä näköistä elämää ilman päihteitä ja jotka osaavat hyödyntää sisäisiä ja ulkoisia voimavaroja (kuten vertaistukea ja ammatillista ohjausta) oman näköisensä elämän rakentamisessa.

10.2 Asiakas, päihdehoito ja ympäristö - toipumiseen vaikuttavat tekijät

Fria-klinikan työryhmä valitsi toipumiseen vaikuttaviksi tekijöiksi asiakkaan, hänen ympäristönsä ja päihdehoidon. Ajatus mukalee aiemmin mainittua Piercen toiminnan voiman mallia. Vahvistusta näiden tekijöiden valitsemiseksi löytyi myös Heikki Oinas-Kukkosen tutkimuksesta.

Heikki Oinas-Kukkonen tutki Minnesotamallista päihdehoitoa tutkivassa väitöskirjassaan yhtenä tutkimusongelmana, mitä tekijöitä potilaat pitivät oman toipumisensa merkityksellisinä mahdollistajina ja ylläpitäjinä ja miten he tiivistivät omat toipumisavaimensa. Oinas-Kukkonen luokittelee saamansa vastaukset seitsemään avainluokkatekijään, jotka ovat: Hoitopaikka-, tieto-, muutos-, läheis-, vertais-, jatkohoito ja hengellinen tekijä. Merkittävin avaintekijä on luokittelun mukaan muutostekijä, joka liittyy vastaajien kuvauksiin ajattelun ja toiminnan muutoksista, joita kokivat itsessään tapahtuvan. Tietotekijä, joka liittyy alkoholismin sairauden luonteesta tulleeseen informaatioon ja voidaan siten tulkita liittyvän myös hoitosäällön psykoedukatiiviseen osioon, oli toiseksi merkittävin tekijä. Hoitopaikkaan liittyvät tekijät koettiin kolmanneksi tärkeimmäksi. Näihin liittyvät Oinas-Kukkosen mukaan potilaiden kokemukset hoitopaikan vahvuuksista: puitteet, ilmapiiri, henkilöstöresurssi, joihin kuuluvat erityisesti terapeuttinimikkeellä työtä tekevät henkilöt. Neljänneksi tärkeimpänä koettiin

läheisten mukaan ottaminen prosessiin ja vertaistuesta saatu tuki. Jatkohoidon merkitys nähtiin muutosta ylläpitävänä voimana ja se voidaan myös liittää päihdehoidon sisältöön. Oinas-Kukkosen tutkimuksessa ainoastaan hengellisen tekijän merkitys näyttäytyy tutkimuksen tulosten valossa vähäisenä, mutta on mainittu, koska se oli noussut esiin joillakin vastaajilla. (Oinas-Kukkonen 2013, 224-247.)

Hengellisen tekijän tutkimuksellisesti vähäinen merkitys on työryhmän huomiona kiinnostava, koska yksi kritiikeistä, joita Minnesota-mallia kohtaan on esitetty, liittyy AA:lta lainattuun 12-askeleen toipumisohjelman terminologiaan, jossa esiintyy ajoittain termit ”Korkeampi Voima” tai ”Jumala, sellaisena kuin hänet käsitämme.” Tutkimuksen mukaan suurempi painoarvo hoidon käyneiden kokemuksissa liittyy muutoksiin, oivalluksiin ja näkökulman muutoksiin, joita tapahtuu omassa mielessä. Nämä kokemukset näyttäytyvät isoina ja vapauttavina kokemuksina.

Fria-klinikan työryhmän mukaan Heikki Oinas-Kukkosen tutkimuksessa jäsentämiä toipumisavaimia voidaan käyttää teoreettisena taustatietona ja tukevat uuden toimintamallin tapaa jäsentää toipumiseen vaikuttaviksi tekijöiksi asiakkaan itsensä, hänen ympäristönsä sekä päihdehoidon.

Työryhmän pohdintojen mukaan jokaiselta sektorilta voi löytyä myös haasteita, joita on tärkeä huomioida. Ne voivat löytyä asiakkaasta itsestään, ympäristöstä ja myös päihdehoidosta. Päihdehoitoa ei nähdä uudessa toimintamallissa erehtymättömänä totuutena muutoksena ajatteluun, jota hoitomallin parissa on ilmennyt. Mistä tahansa tekijästä löytyvät haasteet on syytä tiedostaa ja löytää niihin ratkaisuja. Asiakkaalla saattaa olla haasteena esimerkiksi muita mielenterveyteen tai mielialaan vaikuttavia haasteita, jotka voidaan huomioida kokonaisuutta suunnitellessa. Jollakulla voi olla ympäristössä haasteena toipumisen kannalta ristiriitaisia ihmissuhteita esimerkiksi siten, että lähipiiri koostuu toisista päihderiippuvaisista. Päihdehoidossa voi olla haasteita esimerkiksi tekijöiden tekemien inhimillisten virheiden, vuorovaikutuksen toimimattomuuden tai muiden yllättävien tekijöiden vuoksi.

Oleellista on kuitenkin se, että jokaisesta toipumiseen vaikuttavasta tekijästä löytyy useita arvokkaita voimavaroja toipumista silmällä pitäen. Asiakkaalta löytyy yksilöllisiä ominaisuuksia, jotka tukevat toipumista. Jollakin ne voivat liittyä rehellisyyteen, tietoisuustaitoihin, vuorovaikutustaitoihin, toiminnallisuuteen tai johonkin muuhun vahvuuteen, jotka ovat tunnistettavissa. Hänen arvoistaan voi löytyä merkittäviä toipumista tukevia tekijöitä suhteessa ristiriitoihin, joita päihderiippuvuus on niihin tuonut. Ympäristöstä löytyy pääsääntöisesti myös ihmissuhteita, jotka myötävaikuttavat toipumiseen. Ja hoidossa on tarkoituksena tehdä ja käsitellä asioita, jotka myös myötävaikuttavat yhteiseen päämäärään.

Tämän opinnäytetyön rajauksen puitteissa keskitytään jäsentämään päihdehoidon merkitystä osana tätä prosessia, koska samalla ne vastaavat tutkimusongelmaan ja haasteisiin, joita tämän opinnäytetyön myötä on tarkoitus kehittää.

11 Minnesota-mallisen päihdehoidon osatekijät uudessa toimintamallissa

Tässä luvussa kuvataan, mitkä osatekijät valittiin keskeisiksi päihdehoito-tekijän sisällä, jotta toipuminen olisi mahdollista. Luvussa 5.2 on käsitelty Heikki Oinas-Kukkosen jäsentämiä Minnesota-mallisen hoidon perusoletuksia. Oinas-Kukkonen viittaa tutkimuksessaan myös Hannu Ekholmin Duodecimin Päihdelääketiede-teoksessa määrittelemiin Minnesota-mallin kantaviin ajatuksiin, jotka ovat päihderiippuvuuden sairauden tiedostaminen ja että siihen sairastuneita on hoidettava kaikin käytettävissä olevin voimavaroin. Ekholmin mukaan keskeistä Minnesota-mallille on hoidon kokonaisvaltaisuus sekä päihdeettömyys yhdistettynä luovaan elämäntapaan. (Oinas-Kukkonen 2013, 68-69.)

Oinas-Kukkosen esittelemät Minnesota-mallisen päihdehoidon perusoletukset muodostavat myös Fria-klinikan hoidon perustan ja siksi työryhmä totesi, että termiä Minnesota-malli käytetään päihdehoidon yhteydessä. Toisaalta työryhmässä todettiin, että on tärkeää jäsentää tarkemmin, mitkä tekijät vaikuttavat päihdehoidossa asiakkaan toipumiseen ja miten niitä toteutetaan tekijöiden toimesta. Nämä tekijät antavat osaltaan vastauksia kehittämistyön alkuperäiseen tavoitteeseen ja ovat siksi merkittävä osa konstruktiota ja ratkaisua.

11.1 Psykososiaalinen hoito ja interventiot

Jouko Lönnqvist (2021) toteaa Duodecimin Oppiportin teoksessa Psykiatria, että psykososiaalisilla hoidoilla tarkoitetaan hyvin erilaisia ja monimuotoisia toimia, myös teknisiä keinoja tai strategioita, joilla edistetään potilaan toimintakykyä ja hyvinvointia. Tavoitteena on auttaa ihmistä saavuttamaan omat hoitotavoitteensa ja tukea häntä elämänhallinnassa. Psykososiaalinen hoito voi olla keskeinen osa potilaan kokonaishoitoa tai vain täydentää sitä.

Psykososiaaliset hoidot erotetaan Lönnqvistin mukaan usein vaikutusmekanismiensa vuoksi biologisista hoidoista. Psykososiaaliset interventiot vaikuttavat ihmisen mieleen pääosin oppimisen ja adaptaatiomekanismien kautta. Osa vaikutuksista on samankaltaisia biologisten hoitojen kanssa, vaikka niiden välittävät mekanismit ovatkin osittain erilaisia. Ihminen on systeminen kokonaisuus, jossa eri kanavien kautta välittyvät vaikutukset ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Kliinisessä työssä ystävällinen katse, myönteinen sana tai pehmeä kosketus ovat sosiaalisia, psykologisia ja myös biologisia interventioita, jotka vaikuttavat kyllä osin erilaisten välittävien mekanismien kautta, mutta samansuuntaisesti. Tämä mahdollistaa myös teknisesti erilaisten hoitomuotojen rinnakkaisen käytön. (Lönnqvist 2021.)

Kaikki psykososiaaliset hoidot ovat mallinnettavissa niin, että ne muodostuvat kolmesta keskeisestä osatekijästä. Aktiivinen toiminta, hoitointerventio, heijastuu erilaisten välittävien mekanismien kautta haluttuina vaikutuksina. Hoitointerventiot koostuvat todellisuudessa suuresta joukosta erilaisia aktiviteetteja. Psykososiaalisille menetelmille on ominaista, että niihin sisältyy joukko erilaisia kaikissa hoitosuhteissa välittyviä ja vaikuttavia "epäspesifisiä" tekijöitä. Tämän lisäksi tietyille interventiolle on ominaista jotkut erityiset toiminnot, joita kutsutaan "spesifisiksi" tekijöiksi. Interventio on käytännössä kooste erilaista aktiivisista toimista, joiden yhteisenä tavoitteena on vaikuttaa suoraan yksilön mielenterveyttä määrittäviin tekijöihin niin, että vaikutukset ovat havaittavissa käyttäytymisen, tiedon käsittelyn tai tunteiden hallinnan tasolla. Käytännössä haluttu muutos saadaan usein aikaan epäsuorasti eli vaikuttamalla henkilön vuorovaikutussuhteisiin tai hänen toimintaympäristöönsä eikä välttämättä suoraan häneen itseensä. Erilaisten psykososiaalisten keinojen yhteisenä tavoitteena on saada välittävien muutostekijöiden avulla aikaan vaikutusketjuja, joiden lopputulos havaitaan myönteisinä muutoksina ihmisten oireissa, toimintakyvyssä ja hyvinvoinnissa. (Lönqvist 2021.)

Fria-klinikan Minnesota-mallinen päihdehoito voidaan määritellä olevan psykososiaalista kuntoutusta, jossa luodaan päihderiippuvuuden ajattelu- ja käyttäytymismalleihin interventioita, joissa käytetään epäspesifejä eli geneerisiä tekijöitä, jotka ovat hyvin tyypillisiä kaikissa psykososiaalisissa hoidoissa. Lönqvistin mukaan epäspesifejä eli geneerisiä keinoja ovat muun muassa tiedon jakaminen mielenterveydestä ja mielenterveyshäiriön luonteesta, ammatillisesti ja eettisesti asianmukainen tapa toimia, käytetyn hoitomenetelmän ammatillinen hallinta, kyky kiinnittää potilas hoitoon, rentoutumiseen ja keskittymiseen opastaminen, itsehavainnoinnin vahvistaminen, kiinnostus potilaan tapaan ajatella ja tuntea sekä käyttäytyä, potilaalle merkityksellisten asioiden ymmärtäminen, hyvä yhteistyösuhde, kyky ottaa vastaan potilaan tuottamaa aineistoa ja tunnesisältöjä, taito arvioida potilaan tilaa ja sen muutoksia, sekä taito viedä hoito asianmukaiseen päätökseen. (Lönqvist 2021.)

Minnesota-mallisen hoidon erityispiirteet muodostavat Fria-klinikalla tehtäviin psykososiaaliin interventioihin tiettyjä spesifisiä tekijöitä, jotka ovat tyypillisiä tämän ideologian mukaiselle päihdehoidolle. Lönqvistin mukaan useilla hoitomuodoilla on jokin niille tunnusomainen ja korostunut erityispiirre, jonka oletetaan tuovan hoitoon lisävaikuttavuutta. Hoitomenetelmään kouluttautuminen ja sen soveltaminen perustuu korostetusti näiden spesifisten toimintatapojen omaksumiseen niitä edistetään erillisten toimintaohjeiden, manuaalien, koulutuksen ja työohjauksen avulla. (Lönqvist 2021.)

Tällaisia Minnesota-mallisen hoidon sisällä olevia spesifejä keinoja ovat muun muassa läheistapahtumat, joita kutsutaan alan sisällä usein läheisviikonlopuiksi ja joissa paikalla ovat päihdehoidossa olevan henkilön läheiset. Nämä läheisviikonloput pitävät sisällään osioita, joissa läheiset kertovat kokemistaan päihderiippuvaisen päihteiden käytön aiheuttamista negatiivisista tunteista. Näitä voidaan kutsua konfrontoiviksi osioiksi, joissa hoidossa oleva

päihderiippuvainen keskittyy vain kuuntelmaan läheisten kertomia asioita. Samoin läheisviikonloppuun kuuluu myös osio, jossa läheiset pääsevät kertomaan tulevaisuuden toiveistaan ja vahvuuksista, joita kokevat henkilöllä olevan. Samoin päihdehoidossa oleva henkilö pääsee kertomaan omista kokemuksistaan päihteitä käyttävältä ajalta.

Minnesota-mallin sisällä olevat läheisviikonlopun ovat saaneet paljon huomiota vuosien varrella ja asian ympärille on muodostunut myös ristiriitaisia näkemyksiä, varsinkin konfrontoivan osion ympärille. Läheisviikonlopun konfrontoivalla osiolla tarkoitetaan läheiskohtaamiseksi yleisesti kutsuttua osiota, jossa läheiset kertovat päihderiippuvaisille, miltä heistä on tämän päihteiden käyttö tuntunut. Myös valvova viranomainen on kiinnittänyt asiaan huomiota alikäisten lasten osallistumisen osalta (Valvira 2020).

Läheiskohtaamiset ovat rantautuneet suomalaiseen Minnesota-mallisen hoidon kulttuuriin alun perin Lapuan Minnesota-hoidosta, jonne ne puolestaan ovat periytyneet 1980-luvun ruotsalaisesta Minnesota-mallisesta hoito-otteesta. Ruotsalainen Minnesota-mallin asiantuntija Lars Söderling on todennut 1990-luvulle tultaessa, että läheiskohtaamisen konfrontoiva osio on siinä määrin poikkeuksellinen palautteen anto, että monet hoitopaikat ovat luopuneet menetelmästä ilman, että sen pois jättäminen olisi näyttänyt huonontavan tuloksia. (Söderling 1993, 152.)

Toisaalta Heikki Oinas-Kukkosen tutkimuksessa käy ilmi, että yli 90 prosenttia hoidon käyneistä potilaista piti läheiskohtaamisia hyvin tai melko tärkeinä toipumisen kannalta. Samassa tutkimuksessa käy ilmi, että läheisten kokemukset asiasta ovat hyvin identtiset. (Oinas-Kukkonen 2013, 184-190.)

Fria-klinikan työryhmän kokemus on, että läheiskohtaamiset muodostavat tärkeän spesifisen tekijän psykososiaaliseen hoitoon, mutta koska kyseessä on hyvin poikkeuksellinen vaikuttamisen keino, sen käyttämisessä tulee käyttää erityistä ammattitaitoa. Erityisen tärkeää on välttää vallankäytöllistä työtettä ja painottaa negatiivisten asioiden liittyvän sairauden seurauksien eikä ihmisen kuvailuun. Lisäksi on tärkeää painottaa läheistapahtuman kokonaisuutta, jossa suurin painoarvo annetaan tulevaisuuden odotuksille ja palautteelle, jossa läheiset kertovat hoidossa olevan henkilön vahvuuksista ja hyvistä ominaisuuksista. Fria-klinikan työryhmä on tietoinen, että väärinkäytettynä työkalu voi aiheuttaa myös merkittäviä vahinkoja varsinkin, jos läheiskohtaamisen antia käytetään päihdetyöntekijän toimesta vallankäytöllisesti. Tämän asian suhteen perehdytys, koulutus ja työnohjaus ovat tärkeitä asioita.

11.2 Kielto mekanismin purkaminen

Anja Koski-Jännes (2004, 49-67) on kuvaillut biopsykososiaalisen riippuvuuden mallin, jossa addiktiivista käyttäytymistä kuvataan mukautettuna toimintamallina. Mallin taustalla ovat empiiriset tutkimukset ja käytännön kokemus päihderiippuvuudesta ja se on hahmoteltu

päihdepalvelujen tarjoajien ja asiakkaiden yhteiseksi viitekehukseksi. Koski-Jänneksen kuvaamassa mallissa on pyritty ottamaan monitasoisesti huomioon riippuvuuteen vaikuttavia tekijöitä.

Koski-Jänneksen kuvaamalle toimintamallille ovat ominaisia ristiriitaiset ajattelun ja toiminnan tavat sekä muutokset aivojen neurofysiologisissa prosesseissa. Päihderiippuvuuden voi Koski-Jänneksen mukaan nähdä eräänlaisena ansana, johon ihminen joutuu. Addiktiivisen käyttäytymisen oppiminen ja vahvistuminen johtuu päihteen käytön välittömistä positiivisista seurauksista. Vähitellen riippuvuuden edetessä jo pienetkin ulkoiset ja sisäiset vihjeet johtavat ajattelua, tunteita ja toimintaa kohti päihteiden käyttöä. Ulkoiset ja sisäiset vihjeet päih-teestä saavat aikaan havaintojen valikointia ja huomion kiinnittymistä tiettyihin päihteen käyttöä vahvistaviin ärsykkeisiin. Odotukset päihteen vaikutuksista vahvistuvat, ja tämä prosessi ei tarvitse tietoista käyttäytymisen suunnittelua vaan tapahtuu usein spontaanisti. Toiminnan säätely on mahdollista, mutta se vaatii tietoista keskittymistä, ja usein addiktiivinen käyttäytyminen on Koski-Jänneksen mukaan niin hyvin opittu toimintamalli, että se tapahtuu automaattisesti. Addiktiivista käyttäytymistä ylläpitävät välittömän tietoisuuden ulkopuolella olevat prosessit ja aivokemialliset reaktiot. Päihteen käytöllä on välittömiä positiivisia seurauksia ja vasta viiveellä tulevia negatiivisia seurauksia elämän eri osa-alueilla. Negatiiviset seuraukset saavat aikaan jopa voimakasta puolustautumista ja seurausten kieltämistä. Tästä toimintamallista Koski-Jänneksen mukaan tulee noidankehä, jolloin käyttäytymisen tietoinen säätely ei toimi. (Koski-Jännes 2004, 49-67.)

Vaikka Minnesota-mallisen päihdehoidon sisällä usein esitetty päihderiippuvuuden sairauskäsite painottaa Koski-Jänneksen esittämää mallia voimakkaammin päihderiippuvuussairauden aivojen biokemiallista juurisyytä, sairauden seurausten kuvaukset ovat hyvin samankaltaiset. Alkoholismiin sairastuneella tulee pakonomainen tarve käyttää päihdettä ja se hallitsee elämää. Mahdollistaakseen päihteidenkäytön alkoholisti kieltää oman tilansa ja ei näe oman päihderiippuvuutensa seurauksia. Heikki Oinas-Kukkonen kuvaa Minnesota-mallisen hoitoideologian perusajatuksiin kuuluvan sen, että ongelman olemassaolon kieltäminen on alkoholismille tyypillinen oire ja että yksi päihdehoidon keskeisistä tehtävistä on motivoida raittiuteen ja kroonisen sairauden itsenäiseen hoitamiseen. (Oinas-Kukkonen 2013, 70.)

Alkoholismin kieltomekanismia voi lähestyä Leon Festingerin vuonna 1957 esittämän kognitiivisen dissonanssin teorian kautta. Teorian ytimessä on havainto siitä, että ihmiset joutuvat ajattelunsa vuoksi usein sisäisiin ristiriitoihin. Festingerin mukaan näiden ristiriitojen ratkaiseminen on ihmiselle yhtä välttämätöntä kuin esimerkiksi syöminen nälän tunteen poistamiseksi. Festingerin esittämää kognitiivisen dissonanssin teoriaa on käsitelty paljon tieteellisessä tutkimuksessa ja siihen on tullut erilaisia näkökulmia, mutta perusperiaatteeltaan teoria on pohjimmiltaan hyvin yksinkertainen. Sen mukaan ihminen pyrkii ajattelussaan, havainnoissaan ja toiminnassaan omaan sisäiseen johdonmukaisuuteen eli konsistenssiin. Jos ihmisellä

on kaksi keskenään yhteen sopimatonta kognitiota tai niiden joukkoa, on niiden välillä dissonanssi, joka aiheuttaa psykologista epä mukavuutta ja ahdistusta. Tätä dissonanssia ihminen pyrkii erilaisin keinoin vähentämään tai poistamaan kokonaan. (Festinger 1957, 3.)

Yksi merkittävä näkökulma kognitiivisen dissonanssin teoriaan tuli 1960-luvulla Festingerin omalta oppilaalta Elliot Aronsonilta, joka painotti teorian tärkeyttä sosiaalipsykologiassa. Hänen mukaansa dissonanssi on voimakkain ja selkein silloin, kun siihen ei liity kaksi mitään tahansa kognitiota, vaan nimenomaan sellainen kognitio itsestään ja käyttäytymisestäään, joka sotii ihmisen ehjää omakuvaa vastaan. Aronsonin mukaan ihminen pyrkii vähentämään dissonanssia säilyttääkseen johdonmukaisen, kykenevän ja moraalisesti hyvän käsityksen itsestään. Hänen mukaansa dissonanssi on kaikista voimakkainta silloin, kun ihminen löytää itsensä tilanteesta, joka hämmentää tätä, saa tämän tuntemaan olonsa tyhmäksi tai saa tämän tuntemaan olonsa syylliseksi tai pahaksi. Jos ihminen esimerkiksi valehtelee, sotii se omakuvaa vastaan siksi, että hän tahtoisi olla rehellinen ja toisia kunnioittava ihminen. Palauttaakseen uskonsa omaan rehellisyyteensä, ihminen pyrkii perustelemaan valheensa tai tekemään siitä totta. (Aronson 1992, 305.)

Vaikka kognitiivisen dissonanssin teoria on muotoilunsa jälkeen muuttunut suureksi joukoksi pienempiä teorioita, on sen peruseriaate sovellettavissa selkeästi alkoholismiin ja päihderiippuvuuteen. Alkoholismia sairastavan henkilön tapauksessa kognitiivista dissonanssia eli sisäistä ristiriitaa aiheuttavat sairautteen kuuluva pakonomainen tarve saada päihdettä ja toisaalta negatiiviset seuraukset, joita juomisesta koituu. Vähentääkseen juomisen seurauksista aiheutunutta sisäistä ristiriitaa alkoholisti joutuu selittämään itselleen ja joskus ympäristölleen asiat sellaiseen muotoon, että kykenee jatkamaan juomista. ”Riitaan tarvitaan aina kaksi.” ”Tällä kertaa juon vain etiketin ylärajaan asti.” ”Olin stressaantunut töistä ja join vähän liikaa.”

Alkoholismin seuraukset ovat hyvin kokonaisvaltaisia ja rikkovat myös ihmisen käsitystä itsestään. Aronsonin kognitiiviseen dissonanssiin liittyvän näkemyksen pohjalta tämä voi olla yksi tekijä, miksi päihderiippuvaisen kokema ahdistus on erityisen voimakasta. Heikki Oinas-Kukkosen tutkimuksen mukaan alkoholistien tyypillisimpiä vaikeita oireita olivat tuska ja häpeä sekä vaikea ahdistus ja unettomuus (Oinas-Kukkonen 2013, 143).

Kognitiivisen dissonanssin teoria antaa näkökulman myös siihen, miksi alkoholistille on tyypillistä löytää oikeutusta juomiselleen. Oinas-Kukkosen tutkimuksen mukaan alkoholistit pyrkivät oikeuttamaan juomistaan syyttämällä pahasta olostaan itseään, läheistään, työtään, perhettään, lapsuuttaan. Eräs Oinas-Kukkosen tutkimukseen vastanneista alkoholisteista oli todennut: ”Löysin syyn juomiseen milloin mistäkin.” (Oinas-Kukkonen 2013, 148-149.) Myös Fria-klinikan asiakaskunnan kokemusmaailmassa on ollut yleistä, että juomisen syytä on ollut tarve etsiä erilaisista asioista.

Päihderiippuvuuden hallitessa siihen sairastuneen ajattelua ja toimintaa, tarve juoda vie yhä uudestaan voiton ja vähentääkseen kognitiivista dissonanssia alkoholisti joutuu kieltämään juomisen seuraukset. Kognitiivisen dissonanssin vähentäminen aiheuttaa kieltomekanismin. Alkoholismin krooninen eli pitkäaikainen luonne tekee myös kieltomekanismin kehittymisestä pitkäkestoisen prosessin. Tämä puolestaan sopii läheisten usein kokemaan tunteeseen, että alkoholistilla on ikään kuin oma todellisuudentajunsa.

Yksi keskeisimmistä Fria-klinikan Minnesota-mallisen päihdehoidon tehtävistä on kieltomekanismin purkaminen. Motivoituminen pähteiden käytön jättämiseen ja raitistumiseen on parhaimmillaan hyvin helppoa, kun kieltomekanismin aiheuttama vyyhti saadaan purettua. Tähän auttavat muut kuvatut menetelmät kuten psykoedukaation kautta saatava ymmärrys sairaudesta, psykososiaalinen hoito terapiasisältöineen ja vertaistuki.

11.3 Dialogisuus

Yksi merkittävimmistä tämän kehitysprojektin kohteita oli dialogisen vuorovaikutuksen juurruttaminen Fria-klinikan päihdehoidon työotteeseen. Kuten aikaisemmassa Minnesota-mallisen päihdehoidon historiaa käsittelevässä osiossa kävi ilmi, hoitomallin sisällä on kulkeutunut jonkin verran vallankäytöllisiä ja konfrontoivia työskentelymenetelmiä, jotka ovat aiheuttaneet Fria-klinikan mukaan tilanteita, jotka ovat olleet ristiriitaisia nykyisten sosiaali- ja terveysalan eettisten periaatteiden valossa.

Kaarina Mönkkönen käsittelee kirjassaan Vuorovaikutus asiakastyössä - Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla (2018, luku 5) dialogisuutta vuorovaikutuksen keinona asiantuntijakeskeisen ja asiakaskeskeisen vuorovaikutuksen rinnalle. Hänen mukaansa dialogisuudessa keskeinen elementti on vastavuoroisuus, jossa jokainen osapuolista pääsee luomaan tilannetta ja vaikuttamaan vuorovaikutuksen kulkuun, mikä näkyy molemminpuolisen ymmärryksen rakentamisena, jossa ei edetä yksin työntekijän eikä asiakkaan ehdoilla. Mönkkösen mukaan dialogisuudella tarkoitetaan pyrkimystä yhteisen ymmärryksen rakentamiseen ja taitoa edesauttaa vuorovaikutuksen kulkua siihen suuntaan.

Dialogisuus antaa Mönkkösen mukaan uusia näkökulmia työntekijän ja asiakkaan väliselle vuorovaikutussuhteelle, jonka ääripäissä voidaan nähdä olevan asiantuntijakeskeisyys ja asiakaskeskeisyys. Mönkkönen toteaa, että terapiatyötä on alettu näkemään kohtaamisena, jossa sekä asiakkaan että terapeutin asiantuntemus rakentuu vastavuoroisesti ja heidän välilleen syntyy vahva side. Vastavuoroisuus tarkoittaa, että suhteessa molemmat ovat tasavertaisia toimijoita. (Mönkkönen 2018, luku 3.)

Asiantuntijakeskeisyys on Minnesota-mallisessa hoidossa ollut ilmiö, joka voi jäädä havaitsematta sen vuoksi, että monilla alalla työskentelevillä on oma toipumiskokemus. Työntekijöiden oma toipumiskokemus voi näennäisesti muodostaa tasa-arvoistavan asetelman hoidossa

olevien ja työntekijöiden välille. Toisaalta hoitoyhteisön sisällä voi syntyä omanlaisensa alakulttuuri, jossa asiantuntijuus rakentuu korostuneesti nimenomaan työntekijän oman toipumiskokemuksen ympärille. Asiakkaiden kokema työntekijän asiantuntevuus ja valta-asetelma on saattanut rakentua korostuneesti vertaiskokemuksen ympärille. Vaikka parhaimmillaan oma toipumiskokemus on positiivinen ja käyttökelpoinen työkalu, siihen liittyy myös omia sudenkuoppia, jotka liittyvät ennen kaikkea työntekijän kykyyn määrittää roolinsa asiakkaan prosessissa sekä nähdä myös oman toipumiskokemukseen liittyvät rajoitukset. Jälkimmäisistä keskeinen liittyy siihen, että kykenee näkemään, että toinen henkilö on voinut kokea samankaltaisetkin asiat eri tavalla ja että oman kokemusmaailman ympärille ei kannatta rakentaa dogmaattista viitekehystä. Vaikka työntekijän kokemusmaailmassa alkoholismi olisi esimerkiksi aiheuttanut mustasukkaista käytöstä parisuhteessa, näin ei ole jokaisen alkoholistin kokemusmaailmassa. Näiden asioiden suhteen koulutus voi avata työntekijälle uusia näkökulmia, mutta sen lisäksi tarvitaan spesifiä asian juurruttamista työotteeseen hoitomallia toteuttavassa yksikössä. Tähän tarpeeseen dialogisuus antaa hyödyllisiä näkökulmia.

Asiantuntijakeskeisyys syntyy Mönkkösen mukaan siksi, että ihmissuhdealojen työtehtävien rakentuu usein ihmisten erilaisten ongelmien ympärille, mikä soveltuu varsin läheisesti myös päihdetyöhön. Tällöin ongelmien ratkominen edellyttää niiden ymmärtämistä ja Mönkkösen mukaan ammattilainen pyrkii usein osoittamaan pätevyyttään selittämällä asioita, ja asiakas yleensä odottaa sitä häneltä. Asiakas myös yleensä luottaa siihen, että ammattilainen kykenee ratkaisemaan hänen ongelmansa, mikä taas saa työntekijän korostamaan omaa asiantuntemustaan. Tässä piilee asiantuntijakeskeisen vuorovaikutuksen vaara. Tällöin asiakkaan oma vastuu tilanteessa voi jäädä vähälle, tai hänelle ei tätä vastuuta anneta. Asiantuntijakeskeisellä orientaatiolla Mönkkönen tarkoittaa vuorovaikutusta, jossa asiantuntijoiden määrittämät tavoitteet ja tulkinnat ovat hallitsevassa asemassa ja niillä on vahva vaikutus myös toteutettaviin toimenpiteisiin. (Mönkkönen 2018, luku 3.)

Mönkkösen mukaan asiantuntijavetoinen vuorovaikutussuhde on aina epäsymmetrinen sekä tiedollisella tasolla että vaikuttamisen mahdollisuuksissa, vaikka kaikin puolin pyrittäisiinkin tasavertaiseen kohtaamiseen. Valtaa vahvistaa se, että toimitaan ammattilaisten hallinnoimassa toimintaympäristössä kuten hoitokeskuksessa ja asiantuntijuus tuo aina suhteeseen tietyn auktoriteettiaseman, jolloin asiantuntijan käsitykset asioista muokkaavat ihmisten ajattelutapoja ja toimivat myös vallankäytön välineinä. Asiakastyössä tämä tarkoittaa, että asiantuntija ikään kuin näkee ilmiöiden todellisen luonteen ja hänen tehtävänsä on saada asiakas tietoiseksi ilmiöiden välisistä suhteista, syistä ja seurauksista. Haasteena on Mönkkösen mukaan, että asiantuntemus saattaa syrjäyttää herkkyuden toisenlaisille ajattelutavoille ja ennen kaikkea asiakkaan omille kokemuksille. Yksi asiantuntijavallan ilmenemismuoto on, että työntekijä näkee liian yksioikoisesti asiakkaan elämäntapahtumia koskevat syy-seuraussuhteet. (Mönkkönen 2018, luku 3.)

Mönkkösen mukaan asiantuntijakeskeiselle toimintatavalle on oma paikkansa, sillä ihmisen elämässä on useita tilanteita, joissa hän todella tarvitsee ulkopuolisen apua tai asiantunte-
musta kyetäkseen esimerkiksi jäsentämään omaa elämäntilannettaan uudella tavalla. Toisi-
naan tällainen asiantuntijakeskeinen positio on jopa itsestäänselvyys tai välttämättömyys, jol-
loin saattaa olla jopa eettisesti arveluttavaa jättää asiantuntijatieto käyttämättä. (Mönkkö-
nen 2018, luku 3.)

Mönkkönen toteaa kirjassaan, että asiantuntijakeskeisen ajattelu- ja toimintatavan rinnalle
alkoi 1980-luvun jälkipuoliskolla tulla asiakkaan kokemusmaailmaa korostava näkökulma. Tätä
vuorovaikutuksen näkökulmaa kutsutaan Mönkkösen mukaan asiakaskeskeiseksi orientaatioksi,
jolla on sekä humanistiset että liiketaloudelliset juuret. Asiakkaan lähtökohtia korostava nä-
kökulma syntyi alun perin Yhdysvalloissa jo 1930-luvulla. Sen toi ensimmäistä kertaa ihmishu-
detyöhön humanistisen psykologian edustaja Carl Rogers. Lähtökohdaksi tuli asiakkaan kunni-
oittaminen ja hänen tarpeidensa entistä parempi huomioiminen. Rogers halusi kehittää asia-
kastyöhön hienotunteisempaa työskentelyotetta, jossa korostetaan, että asiakkaalla itsellään
on paljon tietämystä, jota on tärkeä hyödyntää. Hän kritisoi monia auttamisen tapoja liian
teknisiksi ja metodikeskeisiksi. Rogersin mukaan metodit eivät ratkaise mitään, vaan asenne,
jolla asiakas kohdataan. Asiakaslähtöinen ajattelu tuli Suomessa ihmishuideojen näkökul-
maksi vahvasti vasta 1990-luvun alussa, vaikka viitteitä siitä oli ollut jo paljon aikaisemmin-
kin. Esimerkiksi päihdetyössä siitä puhuttiin jo 1960-luvulla muun muassa A-klinikoiden yleis-
tyessä. Iskulause asiakkaasta oman elämänsä parhaana asiantuntijana yhdistyi 1990-luvulla
markkinoiden ja kaupankäynnin näkemykseen, joka korosti sitä, miten asiakas on aina oike-
assa. (Mönkkönen 2018, luku 4.)

Mönkkösen mukaan myös asiakaskeskeisyyden periaatteeseen liittyy haasteita, vaikka se peri-
aatteena kuulostaa tavoiteltavalta. Mönkkönen kuvailee omaa ammatillista kasvuaan ja to-
teaa oman ammatillisen kehittymisensä alkuvaiheissa nähneensä kaiken vaikuttamiseen liitty-
vän ihmisen itsemääräämisoikeutta rajoittavana. Hän kertoo kokeneensa kiehtovana ajatuk-
sen, että asiakassuhteessa mentäisiin puhtaasti asiakkaan ehdoilla. Mönkkönen toteaa puh-
taan asiakaskeskeisyyden idean alkaneen tuntua kyseenalaiselta ja jopa mahdottomalta, jos
vuorovaikutusta tarkastelee dialogisesta näkökulmasta. Mönkkönen toteaa olevan selvää ja
järkevää, etteivät asiakkaan tarpeet yksin ratkaise sitä, miten palvelu toteutetaan. Puhutta-
essa vuorovaikutuksesta ei voida edetä kokonaan toisen osapuolen ehdoilla eikä siihen Mönk-
kösen mukaan edes ole syytä, koska silloin vuorovaikutus tai kohtaaminen ei tuo uutta ymmär-
rystä kummallekaan osapuolelle. (Mönkkönen 2018, luku 4)

On mielenkiintoista, että nimenomaan Carl Rogersin ajatukset asiakaslähtöisestä vuorovaiku-
tuksesta olivat myös suunnannäyttäjinä muutoksessa, jota amerikkalaisessa Minnesota-malli-
ssä päihdehoidossa tehtiin 1980-luvulla vastapainona edeltäneinä vuosikymmeninä vallalla
olleille konfrontoiville menetelmille. William White ja William Miller kuvailevat Rogersin

ajattelutavan vaikuttaneen muutokseen. He viittavat Rogersin näkemyksiin, joiden mukaan terapeutin tai ohjaajan rooli on kuunnella ja ymmärtää asiakkaan ongelma ja herätellä henkilön omaa motivaatiota muutokseen. Rogersin ajatusmaailman mukaan häpeän ja syyllisyyden kokemukset vain syventävät riippuvuudesta kärsivän ihmisen kierrettä ja niiden sijaan henkilö tarvitsee hyväksytyksi tulemisen kokemusta, joka mahdollistaa itsensä näkemisen arvokkaana ja vapautumisen riippuvuudesta. White ja Miller kuvaavat Rogersin ajatusten perusteella, että kolme tärkeintä työkalua päihdetyöntekijälle ovat empatia, rehellisyys ja hyväksynnän osoittaminen. Empatian suhteen White ja Miller tarkentavat, että ammatillisena työkaluna se tarkoittaa enemmän kykyä kuunnella asiakasta ja heijastaa hänen ajatuksensa takaisin kuin käsitteen yleistä merkitystä asettumisesta toisen asemaan. (White, Miller 2007.)

White ja Miller viittaavat kahteen tutkimukseen, jossa päihdeongelmaisten asiakkaiden kanssa työskenteli ohjaajia, jotka käyttivät samaa hoito-ohjelmaa, mutta joiden kyvyt asiakaslähtöisyyden suhteen vaihtelivat. Toisen tutkimuksen perusteella todettiin, että vaikka asiakkaat kävivät läpi saman hoito-ohjelman, suurin yksittäinen tekijä raittiina pysymiseen oli terapeutti, jolle asiakas oli tutkimuksessa määrätty. Mitä paremmat ohjaajan kyvyt olivat empatian käyttämisen suhteen, sitä vähemmän hänen asiakkaansa olivat palanneet päihdeitä käyttäviksi 6, 12 ja 24 kuukauden seurantajaksoilla. Toisessa vastaavassa tutkimusasetelmassa todettiin sama johtopäätös. Retkahduksen riskin todettiin olevan 6 kuukauden kohdalla hoidosta 4 kertaa suurempi ja vielä 24 kuukauden kohdalla kaksi kertaa suurempi asiakkailla, joiden hoidon aikaisella ohjaajalla oli puutteita empatian osoittamisessa. (White, Miller 2007.)

Myös White ja Miller tunnistavat puhtaan asiakaslähtöisyyden sudenkuopat ja sen vuoksi he puhuvat puhtaan asiakaslähtöisyyden sijaan konfrontaation käsitteen uudelleen määrittämisestä. Käytännössä he puhuvat dialogisuudesta. Whiten ja Millerin mukaan sanan ”konfrontaatio” merkitys tarkoittaa kirjaimellisesti ”kasvokkain tulemista.” Konfrontaation tulisi heidän mukaansa olla terapeutin tavoite, mutta ei vuorovaikutustyyli. Minnesota-mallisen päihde-terapian tavoitteena tulisi heidän mukaansa olla auttaa asiakasta kohtaamaan kasvoista kasvoihin heidän nykyinen tilanteensa, pohdiskelemaan sitä ja päättämään, mitä asialle tulisi tehdä. Jos konfrontaatio nähdään tavoitteena, White ja Miller näkevät asiakaslähtöisyyden keinona saavuttaa se. Heidän mukaansa ihmiset ovat kykeneväisempiä arvioimaan tilanteensa todellisuutta turvallisessa, empaattisessa, kannustavassa ja tuomitsemattomassa vuorovaikutuksellisessa ilmapiirissä, jossa defensiivisyydelle ei ole tarvetta.

Fria-klinikan työotteessa pidetään ensiarvoisen tärkeänä aiemmin kuvatun kieltomekanismin purkautumista, koska motivaatio muutokseen alkaa oman tilanteensa ja päihdeongelman realistisesta näkemisestä. Samaan aikaan vuorovaikutus asiakkaan ja työntekijän välillä on tärkeää olla dialogista. Dialoginen työote mahdollistaa Minnesota-mallisessa työotteessa olevien toimivien elementtien käyttämisen ilman, että niitä tarvitsee vesittää, mutta samalla se poistaa vallankäytölliset ongelmat, joita konfrontoiva vuorovaikutustyyli aiheuttaa.

11.4 Narratiivisuus

Päihderiippuvuudesta toipuminen on iso muutos ihmisen identiteetille ja minäkuvalle. Päihderiippuvuuden sairauden luonne on hyvin kokonaisvaltainen ja siksi myös toipumisessa on kyse kokonaisvaltaisemmasta muutoksesta kuin päihteen pois jäämisestä. Tämä on myös syy siihen, miksi päihderiippuvuudesta toipuminen ei ole vain niin helppoa, että laittaa korkin kiinni.

Arja Ruisniemi kuvaa (2006, 109) mainitsee päihderiippuvuudesta toipuvan muutoksen taustalla olevan usein identiteettiristiriita, jonka päihderiippuvainen jossain vaiheessa kokee. Kokemus omasta itsestä muuttuu päihteitä käyttäessä ja pitkäaikainen riippuvuus vaikuttaa väistämättä yksilön koko elämään.

Ruisniemi käsittelee väitöskirjassaan ihmisen minäkuvan muuttumista riippuvuudesta toipumisen prosessissa yhteisöllisessä kuntoutuksessa. Ruisniemi toteaa, että vaikka yhteisö tai tämän opinnäytetyön yhteydessä Minnesota-mallisen hoitopaikan viitekehys luo oman näkemyksensä kuntoutumisesta ja siitä, millainen ihminen on mahdollinen lopputulos, yhteisö kuitenkin koostuu erilaisista ihmisistä ja jokainen yksilö tulee yhteisöön oman elämäkokemuksensa ja tietyt näkemykset omaavana ja hahmottaa asioita omalla yksilöllisellä tavallaan. (Ruisniemi 2006, 109.)

Juhani Louhela käsittelee Pirjo Näkin ja Terttu Sayedin toimittamassa kirjassa Asiakastyön menetelmiä sosiaalialalla (2020, 62-80) narratiivisen ryhmän käyttämisen tarjoavan sosiaalialan työaloilla monenlaisia mahdollisuuksia. Louhela toteaa narratiivisen ryhmän rakentuvan elämänmuutoksen, sosiaalisen muutoksen, ryhmän ja tarinoiden muodostamasta kokonaisuudesta ja Fria-klinikan toteuttama Minnesota-mallisen päihdehoidon työmenetelmiä voidaan tarkastella myös narratiivisen ryhmän näkökulmasta.

Louhela määrittelee narratiivin olevan tarina, jolla on sosiaalisia tehtäviä ja jossa on kolme keskeistä elementtiä: tarinan on tarkoitus synnyttää uskottavuutta tai hyväksyntää erityisessä sosiaalisessa tilanteessa, järjestää tapahtumia ja johtaa johtopäätöksiin sekä luoda kertojalle yhtenäisyyttä tapahtumista ja näkemystä itsestään. (Louhela 2020, 63).

Tarinan kerronnalla Louhela mainitsee olevan useita tarkoituksia. Se herättää resursseja, muistoja aiemmista ratkaisuksista ja auttaa siirtämään ratkaisuja yhdestä tilanteesta toiseen. Tarinan kerronta yhdistävät ihmisiä toisiinsa, normalisoi keskustelua ja vaikuttaa tavoitteisiin. Louhela mainitsee myös että tarinoissa paljastuu usein piilossa olevia tai aiemmin kertomatomia näkökulmia, jotka saattavat olla tapahtumia, joilla on ollut negatiivisia vaikutuksia ihmisen käsitykselle itsestään. Kun nämä tarinat jaetaan toisille, syntyy autetuksi tulemisen kokemuksia ja toisten kanssa keskusteleminen auttaa normalisoimaan tilannetta. Lisäksi ryhmässä jaetut tarinat antavat mahdollisuuden samaistua toisten kokemuksiin ja synnyttävät samalla uusia itseä koskevia merkityksiä ja tulevaisuuden odotuksia. (Louhela 2020, 64.)

Louhela toteaa narratiivisuuden liittyvän läheisesti ihmisen identiteettiin ja ryhmätasolla puhuttaessa identiteettipolitiikkaan. Ryhmätasolla kokemusten jakaminen antaa kokemuksen yksilön äänen tulemisesta kuuluviin ja ryhmälle muodostuu oma tapa ilmaista kokemuksia tarinan muodossa. Elämässä itsessään on Louhelan mukaan narratiivista rakennetta ja kun yksilö reflektoi menneisyyttä ja mahdollista tulevaisuutta, oman elämän narratiivinen rakenne täsmentyy, jolloin kertoessaan tarinoita henkilö luo itselleen identiteettiä. Tärkeässä roolissa on myös yksilön voimaannuttaminen ja voimavaraistaminen. (Louhela 2020, 64-67.)

Myös Vilma Hänninen (2002) käsittelee väitöskirjassaan ”Sisäinen tarina, elämä ja muutos” narratiivisuutta osana kuntoutumista. Hännisen väitöskirja tarkastelee narratiivisuutta erityisesti sisäisen tarinan ja yksilön kokemuksen näkökulmasta. Hänninen mainitsee, että kuntoutusta koskevissa tutkimuksissa on toistuvasti tullut esiin, että on tärkeää kuulla toisten tarinoita omista kokemuksistaan, mikä puhuu ryhmämuotoisen kuntoutuksen puolesta. Kuulemalla toisten tarinoita kuntoutuja voi kokea, ettei hän ole ongelmiensa kanssa yksin, että muiden kokemukset ovat suurelta osin samanlaisia kuin omat. Hänninen toteaa, että tässä mielessä toisten tarinoiden kuuleminen voi antaa tukea ja turvallisuutta ja lujittaa omaa identiteettiä. (Hänninen 2002, 151.)

Hänninen mainitsee, että kuntoutettavien ryhmissä saattaa muodostua normatiivinen mallitarina, jonka avulla lujitetaan keskinäistä yhteenkuuluvuuden tunnetta. Tällainen on erityisen selvää Hännisen mukaan esimerkiksi AA-toiminnassa, minkä tueksi hän viittaa tutkimuksiin, joista ensimmäisiä on esimerkiksi Carl E. Thunen vuonna 1977 tekemä tutkimus, jossa hän analysoi AA:ssa olevien tarinoita narratiivisesta näkökulmasta. Hännisen mukaan Thune päätteli, että kertoessaan omia elämäntarinoitaan AA:n jäsenet käyttivät toisten jäsenten tarinoita mallina, joiden avulla he saattoivat jäsentää ja analysoida omaa menneisyyttään, mikä puolestaan auttoi heitä saavuttamaan raittiuden. Fria-klinikan työryhmän näkemyksen mukaan sama ilmiö on havaittavissa selkeästi myös Minnesota-mallisessa päihdehoidossa. (Hänninen 2002, 151.)

Vaikka samaistuminen ja vertaistuki on voimaannuttavaa ja tärkeää toipumisen kannalta, Hänninen huomauttaa, että ihminen, jonka kokemukset eivät mahdu mallitarinan raameihin, saattaa tuntea itsensä yhteisöstä ulos suljetuksi ja siksi on tärkeää, että ryhmissä on tilaa kertoa myös tavanomaisesta poikkeavia tarinoita. Lisäksi sen kuuleminen, mikä toisten tarinoissa on erilaista, voi Hännisen mukaan olla yhtä lailla hyödyllistä kuultavaa kuin jaetutkin kokemukset, koska erilaisuus virittää uudenlaisia näkökulmia. Lisäksi toisten ihmisten erilaisten kokemusten kuuleminen tekee mahdolliseksi tavoittaa myös itsestä uudenlaisen kokemuksen mahdollisuuksia. (Hänninen 2002, 151)

Fria-klinikan työryhmä pitää erityisen tärkeänä työtöteessä, että työntekijät ymmärtävät narratiivisuuden merkityksen ja osaavat käsitellä myös tarinoita, jotka ovat joiltain osin erilaisia

verrattuna yleisimpiin tarinoihin. Tässä suhteessa Minnesota-mallisessa hoidossa tyypillinen piirre, työntekijöiden oma toipumiskokemus, on kaksiteräinen miekka. Vaikka se antaa hyvän työkalun tarjota samaistumispintoja, pahimmillaan se ohjaa toimintaan, jossa omasta kokemuksesta muodostuu mallitarina ja työntekijä odottaa päihdehoidossa olevien jäsentävän omat kokemuksensa itse määrittämiensä mallien sisään. Poikkeavuudet saatetaan nähdä yksipuolisesti alkoholismien kieltomekanismeina, johon reagoidaan vallankäytöllisellä työotteella. Hänninen toteaa, että erilaisuuden esiintulon rohkaiseminen tulisi olla kuntoutusryhmän vetäjän tehtävä ja olennaista on myös, ettei vetäjä ei tuputa omassa mielessään olevaa mallitarinaa toisille, vaan korkeintaan tuo omaa käsitystään yhtenä vaihtoehtona (Hänninen 2002, 151).

Hännisen väitöskirjassa tutkittiin riippuvuuksista toipuneiden ihmisten sisäisten tarinoiden rakennetta. Hän jakaa tarinat viiteen kategoriaan: AA-tarina, henkilökohtaisen kasvun tarina, läheisriippuvuuden tarina, rakkaustarina ja hallinnan tarina. Näistä kaksi viimeistä näyttäytyvät Hännisen mukaan enemmän syömishäiriöistä ja nikotiiniriippuvuudesta toipumisessa, mutta ensimmäiset kolme ovat vahvasti edustettuina päihderiippuvuudesta toipumisen tarinoissa. (Hänninen 2002, 160-171.) Minnesota-mallisen päihdehoidossa ns. AA-tarina on selkeästi tyypillisin ja koska Minnesota-mallisen päihdehoidon viitekehystenä on sama 12-askeleen toipumishjelma kuin AA:ssa, ovat Hännisen tutkimuksen huomiot melko suoraan sovellettavissa myös Minnesota-malliseen päihdehoitoon.

Hännisen väitöskirjassa tyypillisen AA-toipumistarinan rakenteessa toistuu kokemukset alkoholin käytön aloittamisesta ja siitä, kuinka lisääntynyt juominen tuotti tarinan päähenkilölle erilaisia elämän ongelmia kuten työpaikan menetys, parisuhdeongelmia ja sisäisiä ristiriitoja arvojen ja tapahtuneiden asioiden välillä, mutta nämä eivät yksin riittäneet päihteiden käytön lopettamiseen, mikä puolestaan johti henkilön kasvavaan eristäytyneisyyteen ja yksinäisyyteen. Näille AA-toipumistarinoille on tyypillistä ns. ”pohjakosketus”, jossa juomisen jatkuminen jatkaminen nähtiin yhtä mahdollisena kuin siitä luopuminen, jolloin henkilö koki olevansa umpikujassa. Tässä kohti henkilö kokee elämänmuutoksen olevan tarpeellista, muttei kykene siihen omin voimin, minkä seurauksena hän hakeutuu AA:n piiriin ja voimaantuu elämään raitista elämää, minkä seurauksena tarinoissa välittyy kiitollisuus. (Hänninen 2002, 160-162.)

Ratkaisevana asiana AA-toipumistarinoissa näyttäytyy ymmärrys alkoholismista sairautena, koska se vapauttaa henkilön syyllisyydestä. Samalla tietoisuus sairaudesta vastuuttaa henkilöä itseään omasta raittiudestaan, jossa AA:n jäsenyyden (tai Minnesota-mallisen päihdehoidon) nähdään olevan apuna. (Hänninen 2002, 162.) Myös Heikki Oinas-Kukkosen tutkimuksessa käy ilmi, että Minnesota-mallisen päihdehoidon käyneet kokivat ns. tietotekijän alkoholismien sairauden luonteesta olevan tärkein avaintekijä toipumisprosessin käynnistymisessä (Oinas-Kukkonen 2013, 233).

Henkilökohtaisen kasvun tarinasta Hänninen toteaa, että sen teemana on henkilön muutos uhrista tai sätkynukesta tietoisesti toimivaksi itsenäiseksi toimijaksi. Hän kuvaa selviytymistarinoissa kertojan kokemuksen riippuvuudesta toipumisesta tuovan mieleen perhosen, joka kuo-riutuu kotelostaan, levittää siipensä, ihailee niiden väriloistoa ja lähtee lentoon. Kasvutari-
noiden narratiivissa Hännisen mukaan korostuu riippuvuuden ohjatessa elämää yhteyden me-
nettäminen omiin tunteisiinsa ja hyväksynnän hakemisen tarve toisilta ja että toipumisen eh-
tona on omien tavoitteiden löytäminen ja tarpeiden täyttäminen sekä itsensä rakastaminen
hyväksynnän hakemisen sijaan. Lisäksi tämä narratiivi painottaa vastuun ottamista omasta
elämästä, yksilöllisyyttä sekä vapautta. Vaikka Minnesota-mallisessa hoidossa olevien henkilöi-
den narratiivissa pohjalla onkin alkoholismien sairauden luonteen ymmärtäminen AA-tarinan
viitekehyksen mukaisesti, tarjoaa henkilökohtaisen kasvun narratiivi hyödyllisiä näkökulmia
Fria-klinikan työotteen määrittelyyn. (Hänninen 2002, 165.)

Läheisriippuvuuden kautta rakentuva narratiivi kumpuaa Hännisen mukaan Tommy Hellstenin
Suomessa tunnetuksi tekemään ajatusmalliin, jonka juuret ovat AA:n ympärille rakentuneen
läheisten vertaistuellisessa liikkeessä Al-Anonissa. Tässä narratiivissa henkilö kokee eläneensä
sokeana ja sisäisen ahdistuksen ajamana. Ongelmien todellisen luonteen avautuminen näyt-
täytyy valonlähteenä, jonka ansiosta paljastuu henkilön riippuvainen luonne. Hännisen mu-
kaan läheisriippuvuusteoriassa taipuvuus pakkomielleiseen käyttäytymiseen juontaa juurensa
lapsuudenkodin tunteiden kätkemiseen ja salaisuuksien, kuten alkoholismien, kätkemiseen.
Teorian mukaan näissä olosuhteissa kasvava lapsi ei opi tunnistamaan ja käsittelemään ikäviä
tunteita ja pakenee ahdistusta mielihyvää tuottaviin asioihin, jotka voivat muuttua pakko-
mielteiksi. Tässä tarinassa näyttäytyy ylisukupolvisten käytösmallien uhriksi joutuminen,
jonka kertojat kokevat vapauttavan syyllisyydestä ja myös tämä narratiivi painottaa henkilö-
kohtaisen vastuun merkitystä ymmärryksen lisääntymisen myötä. Perusongelmana nähdään
salailu ja tunteiden patoaminen ja avoimuuden sekä salattujen asioiden tuominen päivänva-
loon nähdään olevan ratkaisuna elämänlaadun paranemiseen. Hänninen viittaa esimerkiksi ka-
tolilaisessa kulttuurissa olevan rippikäytännön heijastelevan samoja piirteitä ja samoin hän
toteaa ajatuksen kätkeymistä elämää ohjaavista voimista löytyvän myös psykoanalyttisessä
ajattelussa. Nämä narratiivit näyttäytyvät Fria-klinikan hoitotyössä enemmän läheisten kanssa
tehtävässä työssä, mutta ovat jossain määrin läsnä myös päihdehoidossa. Esimerkiksi avoi-
muuden merkitys nähdään tärkeänä ja voimaannuttavana. (Hänninen 2002, 167.)

11.5 Psykoedukaatio

Alunperin psykoosiin tai skitsofreniaan sairastuneen potilaan ja hänen perheensä kanssa teh-
täväksi tarkoitettu psykoedukaatio on koulutuksellinen työmenetelmä mielenterveystyössä.
Suoraan englannin kielestä käännetylle termille ”psykoedukaatio” ei löydy suomeksi yksiselit-
teistä vastinetta. Psykoedukaatio nähdään yläkäsitteenä termeille koulutuksellinen työsken-
tely, koulutuksellinen perhetyö, potilas- ja omaisopetus, sairauden uusiutumisen ehkäisy ja

sen oireiden hallinta. Psykoedukaatio on opetuksellinen ja terapeuttinen hoitomenetelmä, jossa potilaille ja heidän omaisilleen tarjotaan tietoa sairaudesta ja sen hoidosta ja jossa edistetään sairauden kanssa selviytymistä (Hämäläinen ym. 2017, 187; Kieseppä, Oksanen 2003.)

Tuula Kieseppä ja Jorma Oksanen toteavat psykoedukaatiota käsittelevässä Duodecimin artikkelissaan, että sen avulla pyritään parantamaan potilaan ymmärrystä sairauden tilastaan sekä parantamaan hoitomyöntyvyyttä, mutta sen tarkoituksena on myös antaa emotionaalista huojennusta potilaille ja heidän perheilleen. He toteavat, että vaikka psykoedukaatio on laajalti käytössä oleva menetelmä, ei sen sisällölle ole olemassa yhtä yhteistä rakennetta eikä yhdenmukaista koulutusohjelmaa. Psykoedukaation sisältöihin ja menetelmiin kuuluu heidän mukaansa moninaisia työtapoja, joita yhdistää sairauteen liittyvän tiedon jakaminen, ymmärryksen ja hallinnan lisääntyminen sekä muutoksen mahdollistaminen. (Kieseppä, Oksanen 2003.)

Psykoedukaatio korostaa sairaudesta annettavan tiedon ja koulutuksen merkitystä, mutta työotteessa on kyseessä perinteistä opettaja-oppilasroolitusta laajempi kokonaisuus ja käsitys siitä, että työntekijä toimisi asiakkaan ja perheen opettajana ei ole psykoedukaation tarkoitus. Kaisu Hämäläinen, Anne Kanerva ym. (2018, 187) sanovat kirjassaan Mielenterveyshoito-työ, että psykoedukaation kohdalla kuvaavampaa on puhua jaetusta asiantuntijuudesta hoitavan tahon ja potilaan sekä hänen perheensä välillä, jonka tarkoituksena on yrittää yhdessä etsiä ratkaisua potilaan ja perheen tilanteeseen tai ongelmiin. Potilaan sekä perheenjäsenten yksilölliset kokemukset ovat psykoedukaation lähtökohta, ja hoitajan tulisi kunnioittaa näitä kokemuksia sekä osata liittää hoitotyön ja lääketieteen ajankohtainen tieto näihin kokemuksiin.

Käytännössä psykoedukaatiivisen työskentelyn aikana potilaalle ja hänen perheelleen tai läheisilleen annetaan Hämäläisen mukaan tietoa sairaudesta, oireista, selviytymiskeinoista, toipumisesta ja toipumisen tavoista. He mainitsevat, että psykoedukaatiivisen työskentelyn tavoitteena on lisätä potilaan ja perheen terveyttä, hyvinvointia, elämänlaatua ja elämänhallinnan tunnetta sekä antaa konkreettisia selviytymiskeinoja ja välineitä heidän elämäänsä. Lopullisena päämääränä psykoedukaatiivisessa lähestymistavassa on lisätä potilaan kykyä hallita omaa sairauttaan, parantaa potilaan elämänlaatua sekä ehkäistä sairauden uusiutuminen. (Hämäläinen ym. 2017, 188-189.)

Fria-klinikan Minnesota-mallisessa työotteessa psykoedukaatiolla on merkittävä rooli. Tätä tukee myös aiemmin viitattu Heikki Oinas-Kukkosen tutkimus, jossa Minnesota-mallisen hoidon käyneet kuvaavat Oinas-Kukkosen tietotekijäksi nimeämän toipumisavaimen merkityksen olevan ratkaisevan tärkeä toipumisessa. (Oinas-Kukkonen 2013, 224-247.)

Fria-klinikan päihdehoidon ohjelmaan kuuluu ns. päihdeinfo, jossa hoidossa oleva henkilö saa ymmärryksen alkoholismin sairauden luonteesta, syntymekanismeista, kehityskulusta ja

toipumisesta. Psykoedukatiivinen ote kulkee läpi hoitajakson, jossa asiantuntijätietoa sairaudesta käsitellään hoidossa olevan henkilön kanssa. Tässä suhteessa dialogisuudella on merkittävä rooli. Hoidossa oleva henkilö saa soveltaa asiantuntijätietoa oman päihderiippuvuutensa käsittelyyn. Hämäläinen ym. kuvailevatkin, että psykoedukatiivinen työskentely ei ole sairaudesta luennoimista vaan vuorovaikutuksellista keskustelua, jonka avulla tarkastellaan potilaan tilannetta, vaihdetaan kokemuksia ja havaintoja sekä etsitään mielekästä selitystä ja ymmärrystä tilanteeseen. Hämäläinen ym. painottavat, että potilaan ja perheen oman toimijuuden tulee säilyä ja vahvistua työskentelyn aikana. Hoitajan tulee muistaa vuorovaikutuksen tasa-vertaisuus, eikä hän saisi alkaa opettaa autoritaarisesti eli asiantuntijakeskeisesti. Myös toivon ylläpitäminen tulisi muistaa työskentelyssä koko ajan, sillä se vaalii potilaan positiivisia odotuksia tulevaisuuden suhteen. (Hämäläinen ym. 2017, 188.)

Hämäläisen mukaan tiedon, ohjauksen ja tuen antaminen lisää sairastuneen ja hänen läheistensä ymmärrystä sairaudesta ja lieventää traumaattista kokemusta. Tieto sairaudesta ja sen hoidosta vähentää myös sairauden kokemista kielteisenä, häpeällisenä ja salattavana asiana. Hämäläinen toteaa, että potilaat pitävät tärkeänä saada tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, eri tukimuodoista, potilaan oikeuksista, sairauden kulkuun vaikuttavista tekijöistä, ennusteesta sekä sairauden vaikutuksesta arkipäivään ja siinä selviytymiseen. Hämäläinen painottaa, että tiedon antamisen tulisi lähteä potilaan omista kokemuksista, jolloin saatu tieto on helpompi sisäistää osaksi omia kokemuksia, ja se tukee potilaan elämää tulevaisuudessa. (Hämäläinen ym. 2017, 189.)

Heikki Oinas-Kukkosen mukaan toipuminen on päihderiippuvaiselle tieto-, ymmärrys- ja kokemusprosessi, jossa riippuvainen entisten kokemustensa uuden tulkinnan avulla vapautuu häntä aiemmin vanginneista päihteistä kohti täysin päihteetöntä, merkityksellistä ja normaalin laadukasta elämää (Oinas-Kukkonen 2013, 274).

Psykoedukatiiviseen työtteeseen kuuluu keskeisesti myös läheisten ottaminen mukaan prosessiin. Kieseppä ja Oksanen toteavat psykoedukatiivisen työskentelyn taustalla olevan ajatus, että sairauden kulkuun voidaan vaikuttaa, kun potilaan ja perheenjäsenten kanssa työskennellään yhdessä. Heidän mukaansa psykoedukaatioissa ajatuksena on, että perhe ei vaikuta potilaan sairauden syntyyn mutta voi vaikuttaa sen kulkuun. (Kieseppä 2003.)

Fria-klinikan päihdehoidossa läheisten ottamista mukaan prosessiin pidetään erittäin merkityksellisenä. Heikki Oinas-Kukkosen mukaan Minnesota-mallisessa päihdehoidossa tyyppillisen läheistapahtuman tavoitteena on käynnistää myös läheisissä sama muutosprosessi, joka hoidossa olevalla päihderiippuvaisella on jo käynnissä. Hänen mukaansa tarkoituksena on saada läheisen ja potilaan välille syntymään yhteinen kieli, jolla he voivat yhdessä käsitellä yhteistä ongelmaansa. Oinas-Kukkosen mukaan tavoitteena on, että läheinen hyväksyy kolme keskeistä asiaa: Ettei hän ole syyllinen alkoholismiin; ettei hän voi kontrolloida sitä sekä ymmärrys

siitä, että hän ei läheisenä kykene parantamaan alkoholista. (Oinas-Kukkonen 2013, 182-183.)

Psykoedukatiivinen työskentely voi olla hoitajan ja potilaan välisessä yhteistyösuhteessa tapahtuvaa, perhetyöskentelyä, ryhmä- ja kurssimuotoista tai usean perheen välistä ryhmätyöskentelyä. Ryhmätyöskentelyssä korostuu vertaistuki, ja sen avulla voidaan jakaa tietoja ja kokemuksia samasta sairaudesta ja sen kanssa selviytymisestä. Psykoedukatiivisessa perhetyöskentelyssä huomioidaan myös perheen lapset. Lasten kokemukset vanhempansa sairaudesta pitäisi jakaa, ja lasten pitäisi tulla kuulluiksi. Lapset tarvitsevat myös kehitysvaiheelleen sopivaa tietoa ymmärtääkseen vanhempansa mahdollisia käytöksen ja mielialan muutoksia.

11.6 Ratkaisukeskeisyys

Ratkaisukeskeinen työote sai alkunsa perhekeskuksessa Yhdysvalloissa ja sen varhaisina kehittäjinä pidetään Steve de Shazeria ja Insoo Kim Bergia. Anne Bodmer Lutz esittelee kirjassaan "Learning Solution-Focused Therapy" ratkaisukeskeisen terapian olevan voimavaraperusteinen malli, joka minimoi keskittymisen ongelmiin ja vanhoihin epäonnistumisiin ja painottaa sen sijaan keskittymistä potilaan vahvuuksiin ja onnistumisiin. Laajemmin ratkaisukeskeinen malli kuuluu hänen mukaansa positiivisen psykologian viitekehykseen, jossa keskitytään positiivisiin kokemuksiin, persoonallisuuden piirteisiin, voimavaroihin ja vahvuuksiin. Ratkaisukeskeinen terapia puolestaan keskittyy soveltamaan näitä käytäntöön. Ratkaisukeskeinen lähestymistapa tarjoaa hänen mukaansa lisäulottuvuuden ongelmakeskeisiin tekniikoihin, joissa odotuksena on, että muutos voi tapahtua ymmärtämällä ja läpikäymällä ongelmaa. Ratkaisukeskeisessä työotteessa asiakasta ohjataan suuntaamaan katseita tulevaisuuteen ja vahvuuksiin. (Lutz 2013, 1.)

Ratkaisukeskeisessä terapiassa käytettävät tekniikat ohjaavat asiakasta kehittämään tietoisuutta muutostoiweiseisiinsa ja siihen, mitä tehtiin tai tullaan tekemään toisin, kun asiat olivat paremmin tai kun niiden halutaan tulevaisuudessa olevan paremmin. Tämän saavuttamiseksi työntekijän on Lutzin mukaan kehitettävä taitoja, jotka auttavat potilasta tunnistamaan ajat, jolloin spesifi ongelma ei hallinnut elämää. Kun tämä on tunnistettu, on tärkeää hahmottaa tuon ajan toimintamalleja. Kannustaminen näihin auttaa ratkaisukeskeisen ajattelumallin mukaan potilasta saavuttamaan tavoitteensa. Lutzin mukaan ratkaisukeskeisen terapian toimintamalli voitaisiin tiivistää seuraavasti: Jos se toimii, tee sitä enemmän. Jos se ei toimi, tee jotakin muuta. (Lutz 2013, 2.)

Lutzin mukaan ratkaisukeskeisen terapiaottetta voi hyvin toteutettuna soveltaa muihinkin hoitollisiin lähestymistapoihin, joissa tavoitellaan tehokasta hoitoa ja autetaan potilasta saavuttamaan tavoitteensa. Hänen mukaansa ratkaisukeskeisen lähestymistavan konsepti on itsessään yksinkertainen, mutta sen soveltamista voidaan verrata uuden kielen opiskeluun: se tarvitsee harjoittelua, taitoja ja jatkuvaa käyttöä. (Lutz 2013,2.)

Lutz (2013, 4-5) viittaa Cynthia Franklinin teokseen *A Handbook of Evidence-Based Practise*, jossa todetaan ratkaisukeskeisen terapian käyttämisellä olevan vahva empiirinen tuki ja sen todetaan perustuvan tutkimusnäyttöön. Franklinin mukaan ratkaisukeskeisen terapian keskeisiä periaatteita ovat:

1. Se perustuu ratkaisun rakentamiseen ennemmin kuin ongelman ratkaisuun.
2. Terapeuttinen huomio keskittyy enemmän asiakkaan tulevaisuuden odotuksiin kuin menneisiin tai nykyisiin ongelmiin.
3. Asiakasta kannustetaan lisäämään toimivien toimintamallien ja ratkaisujen käyttämistä.
4. Ongelmat eivät esiinny jatkuvasti. On olemassa poikkeuksia eli tilanteita, joissa ongelma olisi voinut nousta pintaan, mutta ei noussut. Näitä tilanteita voidaan hyödyntää, kun asiakas ja terapeutti etsivät ratkaisujamalleja.
5. Terapeutti auttaa asiakasta löytämään vaihtoehtoja ei-toivotuille käyttäytymisen, ajattelun ja vuorovaikutuksen malleille ja niitä voidaan kehittää yhteistyössä asiakkaan ja terapeutin kesken.
6. Ratkaisujen odotetaan löytyvän asiakkaasta itsestään ja niitä on tarkoitus kaivaa pintaan terapeutin ja asiakkaan välisen keskustelun avulla.
7. Pienet muutokset voivat johtaa isoihin muutoksiin.
8. Asiakkaan ratkaisut eivät välttämättä suoraan ole yhteydessä ongelmaan.
9. Terapeutilta vaadittavat vuorovaikutustaidot ovat erilaisia kuin tilanteissa, joissa on tarkoitus diagnosoida ja hoitaa asiakkaan ongelmia.

Kuten todettua ratkaisukeskeistä työtettä voidaan soveltaa muidenkin terapiamuotojen yhteydessä. Tämän kehitysprojektin yhteydessä haettiin raameja ja sovelluskohteita ratkaisukeskeiselle työotteelle Minnesota-mallisen päihdehoidon yhteydessä. Tämä on kokonaisuudessaan merkittävä lisäys perinteiseen Minnesota-malliseen työotteeseen, jossa hoitojakson aikana on käytetty paljon aikaa alkoholismien sairauksien ymmärtämiseen, päihteitä käyttävän elämän läpikäymiseen ja päihteiden käytön seurausten käsittelyyn.

Hoidon alussa sairauksien ymmärtämisen tarkoitus on vapauttaa asiakasta häpeästä, mikä liittyy päihderiippuvuuden seurauksiin. Tähän käytetään psykoedukaatiota. Kielto mekanismi, joka toimii käytännössä kognitiivisen dissonanssin vähentämisen keinoin, mahdollistaa päihderiippuvaiselle päihteiden käytön jatkumisen, vaikka se tuo ikäviä seurauksia elämään. Jotta kielto mekanismi voidaan purkaa, asiakkaan on tarkoitus nähdä hoidossa päihteiden

käytön todellisuus, mikä on päihderiippuvaisen kohdalla varsin negatiivista. Tätä todellisuutta lähestytään sairauden seurauksina ja siinä yhteydessä joudutaan vääjäämättä keskittymään ongelmaan, mitä puhtaassa ratkaisukeskeisessä työtöteessä ei pidetä kovin tarpeellisena.

Aluksi ratkaisukeskeisen mallin kokonaisvaltaisuus asetti haasteen näiden asioiden yhdistämiselle. Kehitystyön yhteydessä todettiin, että tekijöiden kokemuksen ja hoitomallista tehtyjen tutkimusten perusteella, että toipuakseen päihderiippuvuudesta on tärkeää nähdä juovan elämän todellisuus sekä käsitellä se. Lisäksi kieltomekanismin purkaminen todettiin hyödylliseksi päihderiippuvaisen motivoimiseksi päiheteettömään elämään. Näitä ei työryhmän näkemyksen mukaan voida tehdä ilman päihderiippuvuuden negatiivisten seurausten kohtaamista. Pahimmillaan niiden ohittaminen voisi jopa voimistaa kieltomekanismia, joka muutenkin ohjaa päihderiippuvaisen ajattelua, kun hän selittää itselleen ja ympäristölleen, miksi päihheet eivät ole ongelma.

Ratkaisukeskeisellä työtöteellä koettiin kehitysprojektissa olevan kuitenkin merkittävä rooli osana Fria-klinikan päihdehoitoa. Varsinkin intensiivisen hoitojakson loppupuolella on äärimmäisen tärkeää kohdistaa katseita tulevaisuuteen sekä omiin voimavaroihin ja varsinkin hoidon tässä vaiheessa ratkaisukeskeiset menetelmät ovat äärimmäisen käyttökelpoisia. Sama teema on läsnä myös läheisviikonlopuissa, joissa keskitytään lopuksi sekä asiakkaan että hänen läheistensä tulevaisuuden odotuksiin ja niihin vahvuuksiin, joita on oikeassa ihmisessä päihderiippuvuuden takana.

Käytännössä ratkaisukeskeisyys on kuitenkin ajattelutapa, jota voidaan kuljettaa mukana myös koko hoitoprosessin ajan, vaikka joukossa on osioita, joissa puhutaan myös juomisen todellisuudesta ja sitä kautta ongelmasta. Kehitystyön aikana työryhmässä on tehty havaintoja, joiden perusteella hoidossa olevien henkilöiden on tärkeä pystyä tekemään ero sairauden seurausten ja oman autenttisen identiteettinsä välillä. Ratkaisukeskeiset menetelmät ovat helpokäyttöisiä ja tehokkaita jälkimmäisessä. Kosketuspinta siihen kuka oikeasti on sekä arvostavat oivallukset itsestään ihmisenä voivat voimistaa tunnetasolla tapahtuvaa motivoitumista elämänmuutokseen. Nämä huomiot ovat linjassa ilmiöiden kanssa, joita käsiteltiin dialogisuuden yhteydessä sekä havaintoihin, joita yhdysvaltalaisessa Minnesota-mallisessa päihdehoitokulttuurissa tehtiin 1980-luvulla.

Käytännössä tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että kun henkilön kanssa käydään läpi päihderiippuvuuden seurauksia vanhemmuuteen on tärkeää kehittää ja kuljettaa rinnalla sitä, mitkä ovat henkilön vahvuuksia vanhempana ja miten merkityksellisiä lapset ovat hänelle. Lisäksi on mahdollista hahmotella tulevaisuuden toiveita siitä, millaisia positiivisia asioita toipuminen päihderiippuvuudesta tuo vanhemmuuteen.

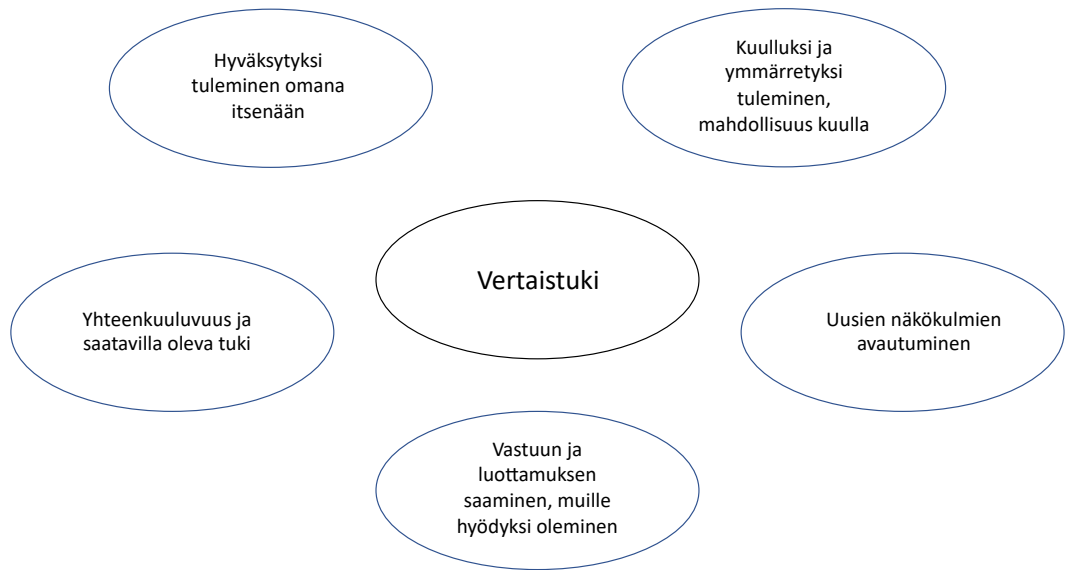
11.7 Vertaistuen merkitys

Kun asiakkaat päättävät hoitajaksonsa, on tavallista, että läksiäispuheenvuorossaan he käyvät läpi tunnelmiaan hoitoon tullessaan ja prosessiaan hoitajakson aikana. Puheenvuoroissa heijastelee yleensä kiitollisuus henkilökunnalle avusta ja työkaluista, joita he ovat saaneet. Merkittävämpänä asiana nousee usein kuitenkin kiitollisuus ryhmälle, jonka kanssa ovat hoidossa olleet. Ei ole epätavallista, että puheenvuoroissa heijastelee jopa hämmästely siitä, että juuri oman hoitajakson aikana sattui paikalla olemaan poikkeuksellisen hyvä ryhmä. Tämä usein toistuva näkemys heijastelee merkitystä, joka vertaistuella on osana päihdehoitoa. Päihdehoidon sisällä on muodostunut tavaksi kiittää ”ryhmän tuesta.”

Heikki Oinas-Kukkosen tutkimuksessa reilu kolmasosa Minnesota-mallisen päihdehoidon käyneistä henkilöistä korosti vertaistuen merkitystä toipumiseensa. Vertaistuki on myös mainittuna yhtenä hoidon käyneiden nimeämistä toipumisen yleisavaimista hänen tutkimuksessaan. (Oinas-Kukkonen 2013, 224-225.)

Ratkaisukeskeisen ryhmäterapiassa asiantuntija John Sharry toteaa, että monet henkilöt, jotka tulevat hakeutuvat (psykososiaalisen) avun piiriin, kokevat raskaana ajatuksen siitä, että ovat yksin ongelmansa kanssa. Monet saattavat myös kokea ajatuksensa tai tunteensa hankalasti hyväksyttävänä tai häpeällisenä. Tämän tyyppiset ajatukset ovat Sharryn mukaan esteitä terapeutin prosessin etenemiselle. Sharryn mukaan ryhmämuotoisessa terapiassa asiakkaat saavat merkittävän hyödyn kokiessaan, etteivät ole olleet ainoita kokemustensa kanssa. (Sharry 2007, 10-11.)

Anne Örnbergin Pro gradu-tutkielmassa ”Alkoholismista toipuminen AA:n toveriseurassa - Kokemuksia vertaistuen merkityksistä” (2019, 46) selvitettiin, millaisia merkityksiä toipuvat päihderiippuvaiset itse antavat vertaisryhmälle sekä saamalleen muutoksen aikaiselle vertaistuella. Tutkielman havainnot ovat sovellettavissa myös Minnesota-mallisen hoidon sisällä koeuille merkityksille, joita vertaistuki antaa. Örnbergin mukaan vertaistuesta saadut kokemukset ja merkitykset jakautuivat viiteen alateemaan:



Kuvio 4: Vertaistuen merkitykset alkoholismista toipumisessa

11.7.1 Hyväksytyksi tuleminen omana itsenään

Heikki Oinas-Kukkosen väitöstutkimuksessa todetaan alkoholismiin liittyvän olennaisesti salailua, peittelyä ja valehtelua, joiden avulla ihminen pyrkii estämään ulkopuolisia näkemästä hänen todellista tilannettaan ja ihminen voi itsekin uskoa pitkään omiin kullisseihinsa. Oinas-Kukkosen tutkimukseen osallistuneista noin 70 %:lla esiintyi erittäin vaikeina oireina syyllisyyttä, tuskaa ja häpeää, sekä vaikeana oireena ahdistusta ja unettomuutta. Alkoholismin oireisiin kuului tutkimuksen mukaan moraalinen pahoinvointi, jonka seurauksena alkoholisti on pakotettu käyttäytymään poikkeavasti ja jopa itsetuhoisesti. Oinas-Kukkosen tutkimuksessa näkyi selkeästi alkoholismiin liittyvä moraalinen krapula, ja alkoholismin loppuaikoina ihmisen elämää värittävä jatkuva paha olo, joka taas aikaansaa juomisen jatkumista, ihmisen pyrkien lievittämään moraalista krapulaansa. (Oinas-Kukkonen 2013, 144-150.)

Örnbergin tekemien havaintojen mukaan toipuvat alkoholistit pitävät hyvin tärkeänä heti toipumisen alkumetreillä vertaisiltaan saamaansa hyväksyntää. Toipujat kuvasivat Örnbergin mukaan kokemustaan muun muassa siten, että he kykenivät olemaan tilanteessa oma itsensä, ja yllättyivät siitä, että heitä ei tuomittu. Kokemus tulla hyväksytyksi omana itsenään ilman roolien esittämistä, oli heille uusi kokemus ja erittäin tärkeää alkoholista irtautumisen hetkellä. Örnberg toteaa monien toipuneiden kuvaavan, miten he aluksi kokivat voimakasta syyllisyyttä ja häpeää, sekä huolta siitä, miten muut ottavat hänet vastaan ja miten häneen suhtaudutaan. Tämä heijastelee, kuinka alkoholismin loppuaikoina ihmisen luottamus toisiin ihmisiin on heikentynyt ja hän saattaa kokea toisten olevan häntä vastaan. (Örnberg 2019, 47-48.)

John Sharry kuvailee vertaistuen kautta saatavan hyväksynnän olevan erityisen merkityksellistä asiakkaalle. Hänen mukaansa vertaisilta saatu hyväksyntä vaikuttaa voimakkaammin asiakkaan itsetuntoa kohottavasti kuin pelkästään ammattilaiselta saatu positiivinen palaute. (Sharry 2007, 11.)

Myös Arja Ruisniemi kuvailee väitöstutkimuksessaan, miten kuntoutujan näkökulma ja suhtautuminen toisiin ihmisiin muuttuu toipumisprosessin aikana. Kuntoutumisen alussa kuntoutuja puhui Ruisniemen havaintojen mukaan paljon siitä, miten muut ihmiset suhteutuvan häneen. Kuntoutumisen edetessä puhe oli kääntynyt siihen, miten hän itse suhtautuu muihin ihmisiin. Ihminen ei toipumisen edetessä enää nähnyt toisia ihmisiä uhkana vaan voimavarana. Myös itseä arvostava ja pohtiva puhe lisääntyi Ruisniemen havaintojen mukaan toipumisen edetessä. (Ruisniemi 2006, 245.)

Örnberg havaitsi vertaistukea hyödyntäneiden alkoholistien tarinoista, että toipuvat alkoholistit kuvaavat kyyneensä luopumaan valehtelusta ja kulissien ylläpitämisestä vertaistuen myötä. Häpeällisten asioiden kertominen on heidän mukaansa vapauttanut häpeästä ja syyllisyydestä, mikä on ollut merkittävä asia matkalla kohti päihteetöntä elämää. (Örnberg 2019, 52.)

11.7.2 Kuulluksi tuleminen ja mahdollisuus kuulla

Susanna Hyväri kirjoittaa, että vertaistuella tyypillisen yhteisöllisyyden ja solidaarisen vastavuoroisuuden syntymiseen ei riitä pelkästään julkinen tunnustaminen ja oman kokemusten kertominen. Hänen mukaansa vertaistukeen perustuvien suhteiden luomiseen vaaditaan kokemusten jakamista, vuorovaikutteista kohtaamista sekä yhteisesti jaettu sosiaalinen tila, jossa sekä kertoja että kuulijat ovat yhdessä aktiivisia osallistujia. Hyvärin mukaan omaa kokemustaan jakamalla ihminen luovuttaa oman henkilökohtaisen kokemuksensa toisen henkilön käyttöön ja vertaistuellinen kokemuksen vastaanottaja eläytyy kuulemaansa ikään kuin ne olisivat voineet olla hänen omia kokemuksiaan. (Hyväri 2005, 225.)

Örnberg toteaa havainneensa, että monet alkoholismista toipuneet kuvaavat, että oman tarinan kertominen auttaa sen kokonaisuuden rakentumisessa ja samalla se antaa mahdollisuuden nähdä omaa tilannetta ikään kuin ulkopuolta. Toipujat kuvaavat myös sitä, miten toisen toipujan elämäntarinaa kuullessa voi saada näkemystä myös omaan elämään. Örnbergin mukaan toipujat kuvailevat, miten oman tarinan avoin kertominen ja muiden ihmisten toipujien rehellisen tarinan kuuleminen olivat vapauttavia kokemuksia ja näiden kautta henkilö kykeni käsittelemään rehellisesti myös omaa elämäänsä. (Örnberg 2019, 55-56.)

Vertaistuessa kerrottujen kokemusten vapauttavaa vaikutusta tukee myös Vilma Hännisen tutkimus. Hänen mukaansa inhimillisten emootioiden tarinallisuus liittyy myös kokemuksen ajallisuuteen. Monet emootiot eivät niinkään heijasta juuri nyt vallitsevaa tilannetta, vaan tunteita

voivat yhtä lailla herättää menneisyyden muistot ja tulevaisuuden näkymät. Kun ihminen tuntee katumusta ja syyllisyyttä jostain menneisyyden tapahtumasta, on Hännisen mukaan kyseessä menneisyyteen liittyvät emootiot. Näistä on kuitenkin mahdollista Hännisen tutkimuksen mukaan vapautua tulkitsemalla niihin liittyviä tapahtumia uudelleen, eli käsittelemällä menneisyyttä koskevaa sisäistä tarinaa. (Hänninen 2000, 24.)

11.7.3 Yhteenkuuluvuus

Heikki Oinas-Kukkonen havaitsi väitöskirjatutkimuksessaan, että alkoholismien syventymisen myötä on tyypillistä, että ihmisen juomaseura muuttuu. Alkuaikoina juominen tapahtuu usein tutussa porukassa hauskanpidon merkeissä ja yksinjuomista esiintyy suhteellisen vähän. Ajan kuluessa ja ongelmakäytön lisääntyessä tapahtuu kuitenkin huomattavaa kasvua yksinjuomisen suhteen ja loppuaikoina juominen tapahtuu monella alkoholistilla pääosin yksin. Alkuaikoina myös tutkittavien läheiset olivat saattaneet olla mukana alkoholinkäytössä, mutta juomisen loppuaikoina myös tämä oli vähentynyt merkittävästi. (Oinas-Kukkonen 2013, 142.) Myös Anja Koski-Jännes toteaa, että alkoholismien syventyessä ihminen voi joutua syöksykierteeseen, jossa tärkeät sosiaaliset suhteet kärsivät tai poistuvat kokonaan. Tilanteessa ihminen voi hakeutua sellaiseen seuraan, jossa muutkin ovat addiktoituneet samalle aineelle tai toiminnalle tai hän voi eristäytyä muista ihmisistä omiin oloihinsa. (Koski-Jännes 1998, 35.)

Oinas-Kukkosen tutkimukseen osallistuneista ainakin kahdeksan kymmenestä kertoi itsetuntonsa olevan täysin maassa. Osallistujista taas kuusi kymmenestä kertoi säpsähtävänsä jopa omaa varjoaan, ja yhtä moni kertoi sulkevansa puhelimensa. Noin puolet tutkimukseen osallistuneista kertoi pitävänsä kotinsa verhot suljettuina ja yleistä oli, että vieraiden kyläilyjä jopa pelättiin. (Oinas-Kukkonen 2013, 144-145.)

Örnbergin tutkimuksessaan tekemät havainnot tukevat myös sitä, että alkoholismien vaikeusaste on yhteydessä eristäytymiseen sekä yksinäisyyteen tai sen kokemiseen. Vastaavasti toipujien sanoittamista kokemuksista huomaa, kuinka tärkeänä he pitävät, että vertaistuen myötä heillä on tiivis ja vahva tuki ympärillään. Yhteenkuuluvuuden tunne ja toisilta vertaisilta saatu tuki nousivat Örnbergin tutkimusaineistossa keskeisiksi tekijöiksi alkoholismista toipumisessa sekä raittiin elämän ylläpitämisessä. Useat vastaajat kuvasivat kokeneensa yksinäisyyttä ja toivottomuutta, mutta kuinka vertaistuen myötä toisilta saatu tuki, hyväksyntä, ymmärrys ja turva loivat tilan, jossa toipujana pystyi kokemaan yhteenkuuluvuuden tunnetta. Örnberg toteaa tutkimuksensa perusteella, että vertaistuen avulla päihdekuntoutujat saavat kokea yhteyttä toisiin ihmisiin ja toinen toistaan tukevaa ilmapiiriä. Jotkin toipuvat kuvaavat vertaisuellista yhteisöä myös kodiksi. (Örnberg 2019, 57-59.)

11.7.4 Uusien näkökulmien avautuminen

Vilma Hänninen toteaa, että kun ihmisen elämän elämässä tulee esiin käännekohtia ja ihminen joutuu arvioimaan sen sisältöä, tapahtuu samalla tietoista identiteetin rakentamista. Identiteettiä on hänen mukaansa mahdollista luoda ja tulkita yhä uudelleen ja elämän eri tilanteiden tulkinta antaa tilaa ihmisen itsekunnioituksen säilymiselle esimerkiksi silloin, kun ihminen on joutunut rikkomaan henkilökohtaisia normejaan. Kun ihminen käsittelee menneitä tapahtumia, hän pyrkii yleensä muodostamaan tarinan, jonka valossa hänen tekonsa näyttävät hyväksyttävänä ottaen huomioon silloiset elämän olosuhteet. (Hänninen 2000, 57, 61-62.)

Örnberg toteaa, että vertaisryhmät tukevat ihmisen asenteen muutosta suhteessa häneen itseensä. Hänen mukaansa esimerkiksi pystymättömyyden ja arvottomuuden tunteet ovat vähentyneet vertaisryhmässä mukana olon seurauksena ja itsetunto on lisääntynyt, minkä seurauksena ihminen alkaa nähdä itsessään aiempaa enemmän hyviä ominaisuuksia. Örnbergin mukaan vertaisryhmässä tapahtuva sosiaalinen vertailu myös poistaa tunnetta siitä, että omat ongelmat ovat ainutlaatuisia, mikä saattaa vähentää omaa taakkaa ongelman kanssa kamppaillessa. Parhaimmillaan vertaisryhmä tarjoaa ihmiselle runsaasti erilaisia vaihtoehtoja ymmärtää omaa ongelmansa ja antaa samalla erilaisia selviytymiskeinoja. (Örnberg 2019, 61-63.)

11.7.5 Vastuun ja luottamuksen saaminen sekä toisille hyödyksi oleminen

Antti Särkelä on kuvannut kirjassaan ”Välittäminen ammattina - Näkökulmia sosiaaliseen auttamistyöhön” ihmisen toiminta-areenoiden olevan elämäntilanteisiin liittyviä ulkoisiin toimintaedellytyksiä. Hänen mukaansa ihmisen eräs perustarve on olla tarvittu ja merkityksellinen ja siksi ihmiselle mieluisin on sellainen toimintaympäristö, jossa hän omaa merkittävän aseman ja jossa hän voi kokea olevansa tärkeä ja kykenevä ohjaamaan omaa toimintaansa. Ihminen pyrkii luonnostaan välttämään sellaisia toiminta-areenoita, joissa hän ei ole arvostettu, tai jossa hän kokee saavansa osakseen vähättelyä ja leimaamista. (Särkelä 2011, 50.) Hoitoyhteisössä saatava vertaistuki voi parhaimmillaan muodostaa ympäristön tai tilan, jossa ihminen pääsee kokemaan olevana merkityksellinen ja tarvittu.

Ryhmämuotoisen psykoterapian kehittäjänä tunnettu Irwin D. Yalom toteaa, että potilailla, jotka aloittavat terapian on usein syvä ja pitkäaikainen käsitys itsestään rasitteena ja siitä, ettei heistä ole hyötyä toisille. Vastaavasti kokemus siitä, että he voivat olla tärkeitä toisille on virkistävä ja lisää heidän itsekunnioitustaan. (Yalom 1995, 12.)

John Sharry toteaa, että vertaisryhmässä jaettava yhteinen apu on iso voimavara ja voi olla yksilölle helpommin hyväksyttävissä kuin esimerkiksi ammattilaiselta tulevat ehdotukset ja kannustukset. Merkittävää on kuitenkin se, että hän viittaa mielenterveyskuntoujien vertaistukiryhmässä tehtyyn tutkimukseen, jonka mukaan ne yksilöt, jotka osoittivat auttavaista

asennetta ja toimintaa toisia vertaisryhmän jäseniä kohtaan, hyötyivät itse eniten vertaistuestä. Sharryn mukaan mahdollisuus auttaa toisia ryhmässä antaa sen jäsenille kokemuksen arvostettuna olemisesta ja tarpeellisuudesta. (Sharry 2007, 13-14.)

Myös Örnbergin tutkimuksessa käy ilmi, miten tärkeää toipujille on saada kokea luottamusta. Tutkimukseen vastanneet toipujat kuvaavat, miten raittiina pysymisen seurauksena heille on vertaistukiryhmässä annettu vastuuta ja toimintaa ryhmän hyväksi, mikä tuo sisältöä toipujan päiviin, mutta ennen kaikkea vahvistusta omalle itseluottamukselle ja itsetunnolle. Örnbergin mukaan monelle toipuvalle päihderiippuvaiselle oli merkittävää, kun sai huomata olevansa omassa toipumisprosessissaan jo niin pitkällä, että kykeni olemaan hyödyksi toisille. (Örnberg 2019, 63-65.)

11.8 Päihdehoidon eettisyys

Päivi Kangas on tutkinut väitöskirjassaan etiikkaa psykoterapeuttien työssä ja millaisia eettisiä ongelmia siinä kohdataan. Kangas kiteyttää tutkimuksensa tuloksen neljään pääteemaan, jotka ovat psykoterapian ulkopuolisen sääntelyn, psykoterapeutin ammatillisen vastuun, psykoterapeutin vaikutusvallan ja psykoterapiassa vaikuttavien arvojen teemat. Kankaan tutkimuksen havaintojen perusteella teemat olivat eettiselle keskustelulle tyypillisesti dilemma-luonteisia ja joihin ei katsottu olevan yhtä selkeää kategorista vastausta. (Kangas 2020, 218.)

Koska Minnesota-mallisen päihdetyössä on kyse psykososiaalisesta hoidosta ja sitä kautta terapiasuhteesta, soveltuvat psykoterapeuttien työhön liittyvät eettiset arvot Fria-klinikan työryhmän mukaan hyvin viitekehukseksi pohtia myös toteuttamansa päihdetyön etiikkaa. Kuten eettisille pohdinnoille on Kankaan mukaan tyypillistä, niihin voi olla hankala löytää yhtä kategorista vastausta, mutta niiden jäsentäminen on itsessään merkityksellistä.

Koska Minnesota-mallisen päihdehoidon historiasta maailmalla ja Suomessa on löydettävissä piirteitä, jotka muistuttavat epäterveitä tai jopa kulttimaisia toipumisyhteisöjä, päätti Fria-klinikan työryhmä jäsentää osana kehitysprojektia arvoja näkökulmasta, joiden avulla voidaan arvioida terapiaryhmien eettisyyttä suhteessa epäeettisiin kulttimaisiin piirteisiin. Raija Hukkanen viittaa kirjoituksessaan Rolandin ja Linbloomin artikkeliin, jossa he tarkastelevat tarkastelevat terapiakulttien ominaisuuksia hoitotyön kahdeksan eettisen periaatteen valossa. Näitä periaatteita voidaan käyttää terapian ja hoitopaikan toimintaa arvioitaessa. Hukkanen mukaan arvioinnin jatkumona voidaan käyttää kolmiasteista portaikkoa: eettisesti toteutuva terapia, epäeettisiä piirteitä omaava terapia ja haitallinen terapiakultti. Nämä periaatteet sisältävät myös ratkaisut, joita Fria-klinikan työryhmä päätti hyödyntää kehitysprojektin myötä pitämällä huolen, että kaikissa kohdissa noudatetaan terapiatyön eettisiä arvoja. Hukkanen mainitsevat eettiset periaatteet ovat (1) luottamuksellisuus, (2) kaksoissuhteiden välttäminen, (3) tietoinen suostumus, (4) tekijöiden pätevyys, (5) asiakkaan autonomia, (6)

taloudellisten käytänteiden läpinäkyvyys, (7) ammatillinen kehittyminen, (8) terapiasuhteen päättäminen. (Hukkanen 1999, 4-8.)

11.8.1 Luottamuksellisuus

Luottamuksellisuus on Hukkasen mukaan psykoterapian tärkeä eettinen vaatimus. Kahdenkeskisessä terapiassa paljastettujen henkilökohtaisten asioiden pitää jäädä vain terapeutin tietoon ja ryhmäterapiassa luottamuksellisuus edellyttää, että ryhmän ulkopuolella terapeutti tai ryhmäläiset eivät keskustele muiden ryhmäläisten asioista. Terapiakulkeissa tapahtuu Hukkasen mukaan luottamuksellisuuden rikkomista rutiininomaisesti, kun ryhmänvetäjä tai muut ryhmäläiset keskustelevat luottamuksellisista asioista ryhmän ulkopuolella toistensa tai ulkopuolisten kanssa. Samoin ryhmänvetäjä saattaa jakaa oman elämänsä yksityisasiota sekä ryhmässä että sen ulkopuolella. (Hukkanen 1999, 4-8.)

Hukkanen kirjoittaa, että ryhmänvetäjän tehtävänä on suojella ryhmäläistä ryhmän liiallisilta paineilta ja ylläpitää tasapainoa rohkaisemalla henkilökohtaisista asioista kertomiseen ja toisaalta suojelemalla ryhmäläisiä avoimuuden liiallisilta vaatimuksilta. Kulttiryhmissä ryhmänvetäjät ja muut ryhmäläiset odottavat Hukkasen mukaan täydellistä avoimuutta ja pääsyä kaikille ryhmäläisen elämän alueille, mikä luo mahdollisuuden kontrolloida laaja-alaisesti toisen asenteita ja käyttäytymistä. Täydellistä avoimuutta vastustavan käytöksen katsotaan ilmentävän vastarintaa terapialle ja se otetaan ”terapian” kohteeksi päämääränään vastarinnan rikkominen ja yksilön sopeutuminen ryhmän normeihin. (Hukkanen 1999, 4-8.)

Fria-klinikan työryhmä sitoutuu noudattamaan luottamuksellisuutta asiakassuhteissa ja käymään läpi ryhmädynamiikan luottamuksellisuutta säännöllisesti asiakkaiden kanssa. Myös avoimuuden periaatteita käydään läpi kertomalla, kuinka se tuo toipumisen kannalta positiivisia vertaistuellisia kokemuksia, mutta samalla asiakkaita kannustetaan omien rajojen ja yksityisyyden kunnioittamiseen.

Nämä periaatteet heijastelevat myös majoitusjärjestelyitä ja muita käytäntöjä hoitokeskuksessa tapahtuvan hoitojakson osalta. Asiakkaille annetaan mahdollisuus yhden hengen huoneisiin, jolloin tiiviin hoitojakson aikana on paremmin mahdollisuus yksityisyyteen. Hoitoyksikön pieni koko mahdollistaa sen, että tämä ei muodosta riskiä eristäytymiseen, minkä työryhmä koki myös olevan haitallista hoidon tavoitteiden kannalta.

Merkittävänä muutoksena vallinneeseen Minnesota-malliseen kulttuuriin, Fria-klinikan työryhmä teki muutoksen käytäntöihin, jolla voidaan rajoittaa asiakkaan pääsyä yhteisön ulkopuoliseen informaatioon.

11.8.2 Kaksoissuhteet

Hukkanen mainitsee, että psykoterapian eettiset vaatimukset edellyttävät, että psykoterapeutit välttävät sosiaalisia, ammatillisia, seksuaalisia ja liikesuhteita asiakkaidensa kanssa. Pyrkimyksenä on suojella asiakkaita siltä, että terapeutin tai terapiaryhmän saama henkilökohtainen tieto vaikuttaisi heidän muilla elämänalueillaan. Kulttimaisissa terapiayhteisöissä terapeuteilla saattaa olla lukuisia rooleja asiakkaidensa elämässä: työnantajan, liikekumppanin, taloudellisen neuvonantajan, hengellisen johtajan ja rakastajan roolit. Syvät henkilökohtaiset suhteet terapeutin ja asiakkaan välillä voivat luoda Hukkasen mukaan inestinin tyyppisen dynamiikan, missä asiakas tuntee tarvetta suojella terapeuttia joutumasta arvosteltavaksi ja tuomittavaksi (Hukkanen 1999, 4-8.)

Fria-klinikan työryhmän mukaan Minnesota-mallisen työn sisällä on esiintynyt ainakin yksittäisten henkilöiden osalta tilanteita, joissa työntekijä on solminut kesken hoitosuhteen henkilökohtaisen tason suhteita asiakkaan kanssa. Rärkeimmät näistä ovat olleet päihdehoidon viitekehysten ulkopuolisia erityissuhteita, jotka ovat olleet asiakkaalle hyvin vahingollisia. Työryhmän kokemuksen mukaan nämä ovat sisältäneet liikesuhteita, henkilökohtaisen tason suhteita, seksuaalisia tai seksuaalissävytteisiä suhteita ja neuvonantajan rooleja.

Vaikka kaksoissuhteiden välttämiseksi on ennen kaikkea kysymys ammattihenkilön henkilökohtaisesta vastuusta, on ilmiön välttämiseksi työnantajalla hoitoa toteuttavana tahona velvollisuus luoda selkeät ja läpinäkyvät käytännöt asiaan. Fria-klinikan toiminnassa noudatetaan alan eettisiä arvoja työntekijöiden ja asiakkaiden kaksoissuhteiden välttämiseksi. Työryhmä pitää tässäkin asiassa tärkeänä, että käytäntö tehdään läpinäkyväksi myös asiakkaille hoidon aikana, mikä itsessään ohjaa oikeaan suuntaan.

Fria-klinikan työryhmän mukaan eettinen pohdinta ja jatkuva asian tiedostaminen on tärkeää. Päivi Kangaksen mukaan terapeutin ja asiakkaan välille syntyvä terapiasuhte on muutosprosessin keskeinen edellytys, mikä edellyttää terapeutilta ammatillisuutta, vastuuta omasta työkyvystä, ammatillisen toiminnan rajoista sekä vastuu kollegoiden ammatillisuudesta. Rajoja vetäessä on tärkeää muistaa, että terapeutit ovat myös tuntevia ja inhimillisiä ihmisiä, minkä näkyminen työtöteessä ei saa myöskään hävitä. (Kangas 2020, 463.)

Hukkanen viittaa havaintoihin, joiden mukaan kulttiryhmissä ryhmän sisäisiä monitahoisia suhteita pidetään tavoiteltavina. Ryhmä saatetaan nähdä ikään kuin uudeksi perheeksi, joka täyttää kaikki sosiaaliset ja henkilökohtaiset tarpeet. Tätä intensiivistä kanssakäymistä lisää Hukkasen mukaan usein se, että asiakkaiden lopettaessa terapiansa tai ”valmistuessa” heidät kiinnitetään henkilökunnaksi tai terapeutin asemaan. Fria-klinikan työryhmän mukaan tämä on ollut käytäntönä Minnesota-mallisessa päihdetyössä ilman, että asiaan liittyviä riskejä on osattu spesifisti kartoittaa. ”Päihdeterapeutin” tittelin on saanut yksinkertaisesti aloittamalla

työntekeminen hoitomallia tarjoavassa yksikössä eikä pohjalla ole ollut muuta koulutuksellista vaatimusta kuin oma toipumiskokemus. (Hukkanen 1999, 4-8.)

Fria-klinikalla tulevien työntekijöiden ensisijaiseksi rekrytointiperusteeksi on valittu henkilön soveltuvuus alalle sekä tarvittava virallinen sosiaali- ja terveystieteiden koulutus. Työryhmä päätti jatkotoimenpiteinä luoda mallin, jota noudetaan rekrytointiin liittyvissä kysymyksissä. Lisäkoulutukseen päihde- ja mielenterveystyössä suhtaudutaan positiivisesti tarvittaessa työnantajan tukemana. Oma toipumiskokemus näyttäytyy hoitomallissa Fria-klinikan työryhmän mukaan positiivisena asiana ja käyttökelpoisena työkaluna myös tehtävässä terapiassa, mutta ammatilliselle osaamiselle annetaan enemmän painoarvoa kuin mitä hoitomallin kulttuurissa on Suomessa aikaisemmin tehty. Samoin omaan toipumiskokemukseen liittyviin riskitekijöihin kiinnitetään erityistä huomiota.

11.8.3 Tietoinen suostumus ja tekijöiden pätevyys

Hukkasen mukaan eräs terapian eettisyyden piirre on, että terapeuttien edellytetään antavan asiakkailleen tarkan tiedon terapian päämäärästä, sisällöstä, menetelmistä ja riskeistä niin, että asiakkaat pystyvät vapaasti päättämään, aloittavatko he terapian. Hänen mukaansa terapiakulttiryhmissä näitä ohjeita rikotaan selvästi: asiakkaita houkutellessa virheellisellä informaatiolla joko hoidon hinnasta tai sen vaikuttavuudesta. Epäterveessä terapiayhteisöissä asiakkaita valjastetaan Hukkasen mukaan hoitoyhteisön sanansaattajiksi, jotta he hankkisivat omista sosiaalisista kontakteistaan uusia jäseniä. Hukkasen mukaan kulttimaisissa terapiaryhmissä päämäärät ovat piilotettuina ja tavoitteena voi olla henkilöiden saaminen vastoin heidän ymmärrystään intensiiviseen terapiaan tai pitkäaikaiseen kanssakäymiseen. Olennaista on, että riskeistä tai vastuukysymyksistä ei keskustella lainkaan. (Hukkanen 1999, 4-8.)

Fria-klinikan työryhmän pohdinnoissa haasteet tässä suhteessa Minnesota-mallisen hoitofilosofian parissa ovat liittyneet ongelmaan, jossa tekijöillä ei välttämättä ole tarkkaa kuvaa siitä, kenelle hoito-ohjelma on profiloitu. Tällöin muodostuu helposti ideologinen käsitys siitä, että Minnesota-mallinen hoito sopii automaattisesti kaikille päihderiippuvaisille. Osaltaan tämä ajatusmalli on liittynyt hoitokeskeisyyteen, jota on kuvattu luvussa 9.2. Joskus tätä harhaa korostaa kapeakatseinen näkemys siitä, että työntekijän oma kokemus hoidosta näyttäytyy ns. oikeaoppisena hoitona. Minnesota-malli on todellisuudessa kuitenkin enemmän hoitofilosofia kuin tarkkaan rajattu menetelmä ja esimerkiksi sen synnyinmaassa toteutetaan hoito-ohjelmia, joissa esimerkiksi opiaattiriippuvaisille on pitkiä hoito-ohjelmia, joiden alussa käytetään korvaushoitolääkitystä. Päihderiippuvuutta sairastavien yksilöiden tilanteissa ja tarpeissa on merkittäviä eroja jopa niiden kohdalla, joille yksittäisen hoitopaikan hoitopaikan ohjelma on soveltuva.

Fria-klinikan työryhmä on luonut osana kehitysprojektia käytännön, jossa hoidon soveltuvuutta asiakkaalle harkitaan jokaisen asiakkaan henkilökohtaisen tilanteen kohdalla. Vaikka

on luonnollista, että päihdehoitoon ohjautuu automaattisesti henkilöitä, joilla on päihdeongelma, on jokaisen yksilön tilanteessa piirteitä, joita täytyy ottaa huomioon, kun hoitoa aloitetaan. Samoin jokaisen hoitoon tulevan yksilön kohdalla arvioidaan, soveltuuko Fria-klinikan hoito henkilölle, ei niinkään soveltuuko henkilö hoitoon. Tämän toteuttamiseksi hoidon kohderyhmän rajaus ja rajoitukset on tehty selkeäksi. Lisäksi asiakkaan tilanteen selvittäminen ennen hoidon alkua ja sen alkuvaiheessa on tärkeää. Jos päihdehoitoon tullaan nopealla aikataululla, hoidon soveltuvuutta arvioidaan alkuhaastattelussa henkilön itsensä ja mahdollisesti läheisen antamien alkutietojen perusteella. Hoidon sisältö käydään tässä kohti myös läpi. Hoidon rakennetta, sisältöä ja myös riskitekijöitä käydään läpinäkyvästi läpi asiakasryhmässä.

Lisäksi työryhmän mukaan haasteena alalla on ollut epärealistinen viestintä hoidon vaikuttavuudesta. Alalla on esiintynyt markkinointimateriaalissa esimerkiksi yli 90 prosentin hoitotuloksista, joille ei löydy tutkimusnäyttöä. Työryhmän pohdintoissa korostui, että osana hoitotoiminnan eettisyyttä hoidosta pyritään antamaan viestinnässä realistinen kuva.

Tietoisien suostumuksen kannalta toisaalla käsitelty dialoginen työote antaa asiakkaille terveysmielisen ja läpinäkyvän kuvan hoidon sisällöstä, menetelmistä ja rajoituksista. Esimerkkinä rajoituksista mainittakoon esimerkiksi suhtautuminen muihin mielenterveyden ongelmiin. Työryhmän havaintojen mukaan on yleistä, että päihderiippuvaisella raitistumisen myötä helpottaa tyypilliset päihteiden käytön aiheuttamat tunne-elämän seuraukset kuten ahdistuneisuus, häpeä ja syyllisyys. Vaikka päihdehoidossa on luonnollista luoda positiivisia odotusarvoja näiden suhteen, on tärkeää välttää antamasta kuvaa, että raitistuminen ratkaisisi automaattisesti kaikilla esimerkiksi muiden mielialalahäiriöiden haasteet. Näiden tunnistaminen ja asianmukainen ohjaaminen ovat äärimmäisen tärkeitä verrattuna äärimmäisiin tapauksiin, joissa Minnesota-mallisen päihdehoidon sisällä päihdeterapeutit ovat saattaneet esimerkiksi ohjata asiakkaita lopettamaan mielialalääkityksiä ilman asianmukaista lääkärin ohjeistusta.

Nämä työryhmän pohdinnat ovat linjassa Hukkasen näkemyksen kanssa, jonka mukaan hoitotyötä tekevän edellytetään olevan tietoinen oman pätevyytensä ja käyttämiensä hoitotekniikoiden rajoituksista. Turvatoimet, joiden tarkoitus on välttää asiakkaiden vahingoittumista, käsittävät Hukkasen mukaan jokaisen asiakkaan henkilökohtaisen haastattelun ja ryhmään sopevuuden arvion ennen ryhmän toiminnan alkua, tietoisien selvitysten ryhmän tarkoituksista ja menetelmistä, asiakkaan suojelemisen liialliselta ryhmän paineelta ja asiakkaalle taatun vapauden lopettaa toiminta ryhmässä. (Hukkanen 1999, 4-8.)

Näillä toimenpiteillä tehdään eroja epäeettisiin ja kulttuuriseen tapaan toteuttaa ryhmämuotoista päihdehoitoa. Hukkasen pohdintojen mukaan kulttuurisissa terapiaryhmissä ryhmiin otetaan yleensä kaikki halukkaat ja joissa ryhmän menetelmiä pidetään niin hyvinä, että ei nähdä mitään rajoituksia asiakkaiden ongelmiin. Samoja terapiamenetelmiä sovelletaan

kaikkiin, ja asiakkaiden edellytetään sopeutuvan niihin. Kulttimaisissa ryhmissä annetaan ymmärtää, että asiakkaiden on syytettävä itseään, jollei edistymistä tapahdu. (Hukkanen 1999, 4-8.)

11.8.4 Riippuvuus ja autonomia

Hukkasen artikkelissa kerrotaan, että eettisesti toimivien ryhmänvetäjien odotetaan suojelevan yksilöitä liiallisilta ryhmän paineilta ja edistävän osallistujien itsenäisyyttä auttamalla heitä määrittelemään ja pysymään omilla tavoitteissaan. Epäeettisesti toimivat ryhmänvetäjät puolestaan rohkaisevat riippuvuutta terapiasta ja ryhmästä. Terapiakulttiryhmissä itsenäisyys ei ole tavoite. Sen sijaan onnistumisen mittana on usein se, oliko asiakas kehittänyt uuden identiteetin. Tähän liittyy asiakkaan ”tosiuskovaisuus” terapiaan ja terapeuttiin. Näissä ryhmissä ryhmän normeihin sopeutumista luonnehtii ”henkilökohtaisen vapautumisen ja henkisen kasvun huipentuma”. Onnistuneiden jäsenten nimittäminen terapeuteiksi lisää osaltaan riippuvaisuutta. (Hukkanen 1999, 4-8.)

Fria-klinikan työryhmän mukaan tämä on erityisen herkkä ja tärkeä eettinen kysymys ryhmämuotoisessa päihdehoidossa. Osaltaan tämän erityiskysymyksen taustoja ja ratkaisuja Fria-klinikan työotteessa on käsitelty luvussa, jossa puhutaan narratiivisuudesta. Päihderiippuvuus on hyvin kokonaisvaltaisesti yksilön identiteettiä ohjaava sairaus ja siksi myös toipuminen on monissa tapauksissa prosessi, jossa henkilö käsitys itsestään käy läpi perustavaa laatua olevaa muutosta.

Vilma Hänninen mainitsee toipuneiden alkoholistien tarinoita käsitelleessä väitöskirjatutkimuksessaan, että kuntoutettavien ryhmissä saattaa muodostua normatiivinen mallitarina, jonka avulla lujitetaan keskinäistä yhteenkuuluvuuden tunnetta ja viittaa tutkimuksiin, joissa esimerkiksi 12-askeleen viitekehyksen hoitoryhmissä jäsenet käyttivät toisten jäsenten tarinoita mallina, joiden avulla he saattoivat jäsentää ja analysoida omaa menneisyyttään, mikä puolestaan auttoi heitä saavuttamaan raittiuden. Fria-klinikan työryhmän mukaan vertaistuki ja samaistuminen voivat olla voimavara, mutta työntekijöiden vastuulla on ohjata ryhmädynamiikkaa siten, että se suvaitsee asioiden yksilöllisen kokemisen. Keskiössä tässä on työryhmän mukaan myös se, että työntekijät osaavat itse tehdä tämän. Jos terapiaryhmä on joustamaton tämän suhteen, Hänninen huomauttaa, että ihminen, jonka kokemukset eivät mahdu mallitarinan raameihin, saattaa tuntea itsensä yhteisöstä ulos suljetuksi ja siksi hänen mukaansa on tärkeää, että ryhmissä on tilaa kertoa myös tavanomaisesta poikkeavia tarinoita. Lisäksi sen kuuleminen, mikä toisten tarinoissa on erilaista, voi Hännisen mukaan olla yhtä lailla hyödyllistä kuultavaa kuin jaetutkin kokemukset, koska erilaisuus virittää uudenlaisia näkökulmia. Lisäksi toisten ihmisten erilaisten kokemusten kuuleminen tekee mahdolliseksi tavoittaa myös itsestä uudenlaisen kokemisen mahdollisuuksia. (Hänninen 2002, 151)

11.8.5 Taloudelliset käytännöt

Hukkasen mukaan terapiakulttiryhmissä jäsenet tuntevat olevansa taloudellisesti vastuussa ryhmäorganisaation hyvinvoinnista, mikä saattaa näkyä lahjoituksina tai maksuina päästäkseen kyseisen ryhmän jäseneksi. Heiltä saatetaan vaatia ennakkomaksua tulevasta terapiasta. He voivat myös työskennellä vapaaehtoisina tai tehdä vastikkeetonta työtä yhteisöä sponsoroivan maksajan eduksi. Terapeutti saattaa kaavailla asiakkaan kanssa tulevaa liikekumppanuutta tai asiakkaista tulee osakkeenomistajia yhteiseen kiinteistöön. Kaiken kaikkiaan taloudelliset sidokset ovat sekavat, ja asiakas joutuu hyväksikäytetyksi myös taloudellisesti. (Hukkanen 1999, 4-8.)

Fria-klinikan työryhmän kokemuksen mukaan Minnesota-mallista hoitoa tarjoavat yksiköt ovat usein osakeyhtiöitä ja yksityisiä yrityksiä. Tämä itsessään ei ole epäeettistä. Samoin eettistä on myös taloudellisten käytäntöjen suhteen se, että annetusta palvelusta maksetaan asianmukainen maksu. On tärkeää, että asiakkaan täytyy hoitoon tullessaan tietää hoidon sisältö ja hinta. Lisäksi hoidon maksaja tulee olla selvillä. Käytännön tasolla hoidon maksajina ovat yleensä asiakkaan kotikunta maksusitoumuksella, henkilö itse tai hänen lähipiirinsä. Joissakin tapauksissa henkilön työnantaja sitoutuu hoidon kustannusten maksuun. Mahdolliset maksusitoumukset kotikaupungilta tai -kunnalta tulee olla selvitettyinä ennen hoitoon tuloa.

Fria-klinikan työryhmän havaintojen mukaan tiettyjä lieveilmoita taloudellisten käytäntöjen suhteen on ollut havaittavissa Minnesota-mallisessa toiminnassa. Kevyimmillään tämä näkyy siinä, että asiakkaat saattavat pohtia, onko omassa hoitoyksikössä riittänyt asiakkaita. Vaikka tämä voi olla vain yhteisöllistä kiinnostusta, työryhmän mukaan taustalla voi olla ääneen sanomaton vääristynyt vastuu hoitoa toteuttavan tahon taloudellisesta hyvinvoinnista. Työntekijöiden tehtävänä on vetää terveitä rajoja tämän tyyppisten kysymysten suhteen. Samoin mahdollisten yrityksen taloudellisten haasteiden tai murheiden jakaminen asiakkaiden kanssa on epäeettistä.

Työryhmällä on kokemusta myös alalla olleista yksittäistapauksista, joissa taloudellisten asioiden suhteen on ollut eettisesti epäselviä tilanteita tai väärinkäytöksiä. Asiakas tai hänen läheisensä on saattanut huolehtia päihdehoidossa olleen henkiön hoitomaksusta työpanoksellaan. Varakkaita asiakkaita on houkuteltu mukaan sijoittamaan uuden hoitopaikan toimintaan tai terapeutin muihin liiketoimintoihin. Vaikka näissä tilanteissa ei olisikaan kyse juridisista väärinkäytöksistä, herättävät ne vähintäänkin pintaan tärkeitä eettisiä kysymyksiä.

11.8.6 Ammatillinen kehittyminen

Hukkasen mukaan ammatillisessa työssä edellytetään jatkuvaa uuden tiedon hankintaa ja ajatustenvaihtoa muiden ammattilaisten kesken, mutta terapiakulteissa ajatustenvaihto muiden hoitotyötä tekevien ammattilaisten kanssa on hyvin vähäistä. Taustalla Hukkasen mukaan on

se, että ryhmänvetäjät väittävät yleensä jo löytäneensä tien psyykkiseen hyvinvointiin ja paranemiseen, minkä vuoksi he suhtautuvat muihin hoitosuuntauksiin vähätellen. Kriittistä, analysoivaa ajattelua ryhmän sisällä ei nähdä hyväksi, vaan kaiken oppimisen korostetaan tapahtuvan parhaiten tunteiden ja kokemusprosessien kautta. (Hukkanen 1999, 4-8.)

Fria-klinikan työryhmän pohdinnoissa todettiin, että työntekijöiden ammatillinen kehittyminen ja koulutus on tärkeä osa toimintaa. Osaltaan tämä opinnäytetyö ja kehitysprojekti vastaa myös tähän haasteeseen.

Erityisen tärkeänä työryhmä pitää oman työtteen ja toiminnan tarkastelua eettisestä näkökulmasta. Kuten monissa muissakin eettisissä kysymyksissä olennaisinta on, että toimintatapoja uskalletaan tarkastella eri näkökulmista. Vaikka Minnesota-malliseen hoitotyöhön liittyviä erityispiirteitä, on työryhmän mukaan tärkeä nähdä, ettei se ole yleisten sosiaali- ja terveydenhoitotyön yläpuolella olevaa, jota samat kysymykset eivät koske. Näkökulmia myös alan erityishaasteisiin voi saada työryhmän mukaan tarkastelemalla pohdintoja, joita toisissa hoitosuuntauksissa on tehty ja koulutus antaa tähän mahdollisuuden.

Fria-klinikan työryhmä pitää tärkeänä, että koulutukseen suhtaudutaan yksittäisten työntekijöiden ammatillisen pätevyyden varmistamiseksi myös tästä näkökulmasta eikä siihen suhtauduta vähättelevästi pakollisena viranomais määräyksenä, joka pitää täyttää nimellisesti.

11.8.7 Terapian päättäminen

Hukkasen mukaan psykoterapian ammattistandardit lähtevät siitä, että lähes kaikki asiakkaat tulevat itsenäisiksi terapiasta ja terapeutista ja pätevään hoitokäytäntöön kuuluu asiakkaan valmistaminen lopettamiseen. Psykoterapeutin tulee Hukkasen mukaan tukea sellaisten oivalusten, taitojen ja ulkoisten tukimuotojen kehittymistä ja löytämistä, jotka lisäävät itsenäisyyttä ja itseluottamusta. Epäeettisesti toimivat terapeutit eivät edesauta terapiasta itsenäistymistä. He voivat tulkita lopettamispyrkimykset vastarinnaksi ja he saattavat lisätä asiakkaan pelkoja terapian lopettamista kohtaan. Terapian lopettamisen ja terveeseen psyykkiseen toimintaan kykenemisen terapian jälkeen on terapiakulteissa korvannut ajatus pysyvästä terapeuttisesta yhteisöstä. Terapiaa pidetään elämäntapana. Lähtijöitä ei pidetä onnistuneina vaan epäonnistuneina. Pahimmissa tapauksissa lähtijöihin on Hukkasen mukaan kohdistunut uhkauksia ja kiristämistä ryhmän tiedossa olevilla asiakkaan henkilökohtaisilla asioilla. (Hukkanen 1999, 4-8.)

Hukkasen mukaan kulttuurisessa yhteisöissä lähtijöillä on huomattavia sopeutumisvaikeuksia ryhmän jälkeiseen elämään. Ryhmän jäsenenä oma henkilökohtainen identiteetti, sosiaalinen tuki ja tiedonsaanti ovat olleet ryhmästä riippuvaisia ja ulkopuoliset ihmissuhteet ja kiinnostuksen kohteet ovat vähentyneet. Asiakkaat ovat kokeneet tällaisesta ryhmästä lähtemisen

suureksi psyykkiseksi ja myös käytännön elämään liittyväksi menetykseksi. (Hukkanen 1999, 4-8.)

Fria-klinikan työryhmän havainnoissa alalla on ollut havaittavissa jäsentymättömyyttä hoitosuhteen kestossa. Tyypillisesti Minnesota-malliseen päihdehoitoon on kuulunut intensiivinen noin kuukauden mittainen jakso hoitokeskuksessa ja 11 kuukautta kestävä jatkohoito. Tämän lisäksi alalla käytetään käsitettä ”lisäviikko”, joka on muotoutunut eräänlaiseksi optioksi tulla milloin vain internaattiin tai hoitokeskukseen, kunhan on elänyt ryhmän normin mukaista eliraitista elämää. Retkahtamalla jälkimmäisen option on menettänyt. Työryhmän mukaan jälkimmäinen on voinut olla raskas asia retkahtaneelle asiakkaalle.

Jos hoitosuhteen rajausta ja valmistelua sen loppumiseen ei ole tehty, lisäviikko on saattanut näyttäytyä suunnitellun intervallijakson sijasta elinikäisenä pääsylippuna hoitoyhteisöön. Vaikka tarkoitusperä olisi hyvä, hoitosuhteen jäsentymättömyys on saattanut muodostaa tämän käytännön syntyä. Työryhmän mukaan tärkeintä asiassa on tässäkin asiassa läpinäkyvyys. Asiakkaille kerrotaan osana hoitoa, että tavoitteena on kasvaa elämään ilman päihdeterapiaa ja että toipunut elämä kantaa itsenäisesti oivallusten avulla, joita matkan varrella tekee.

12 Opinnäytetyön kehittämistyön ja kehitetyn toimintamallin arviointi

Arviointi on tärkeä osa kehittämistyötä. Arviointia tehtiin saman työryhmän kanssa, joka oli mukana itse kehittämistyössä. Arvioinnissa keskityttiin arvioimaan kehittämistyön lopputuotetta eli uutta toimintamallia sekä kehittämistyötä itsessään. Työryhmän jäsenet alkoivat jo kehittämistyön aikana soveltaa uutta toimintamallia asiakastyössä ja saivat sitä kautta havaintoja sen toimivuudesta, mitä haluttiin myös hyödyntää arvioinnissa.

Työryhmässä arvioitiin keskustellen myös kehittämistyötä kokonaisuutena. Vilkan & Airaksisen (2004, 154) mukaisesti opinnäytetyön idean arvioinnissa tarkastelun kohteena olivat aihepiiri, idean kuvaus, toiminnalle asetetut tavoitteet sekä teoreettinen viitekehys. Valittu aihe on ajankohtainen ja tärkeä. Minnesota-mallinen hoitomalli on viimeisen vuosikymmenen aikana yleistynyt ja toisaalta valvovan viranomaisen vaatimukset ovat tarkentuneet. Päihdehoitoala on kokonaisuudessaan muutoksessa sosiaali- ja terveydenhoitoalan uudistusten myötä ja saadakseen jalansijaa muutenkin kuin marginaalisena vaihtoehtona hoitomallin on kyettävä täyttämään vaatimukset, joita viranomainen asettaa toiminnalle. Tämä opinnäytetyö vastaa osaltaan tähän haasteeseen. Opinnäytetyön ideaa rajattiin ohjaajan avustuksella kehitysprojektiksi konstrukttiivisen tutkimuksen avulla. Suhteessa alkuperäiseen ideaan toteutusta jouduttiin rajaamaan kehitysprojektin edetessä ja toisaalta idea myös tarkentui ja konkretisoitui. Toisaalta nämä rajaukset jättivät tilaa tarkemmalle jatkokehitykselle ja tutkimukselle.

Vilkan & Airaksisen (2004, 157-158) suositusten mukaan arvioinnissa tarkasteltiin työn toteutustapaa. Tähän sisältyivät keinot, joilla tavoitteisiin pyrittiin pääsemään ja miten aineiston keruu toteutettiin. Menetelmä, jolla tavoitteisiin pyrittiin pääsemään, oli konstruktivinen tutkimus. Konstruktivinen tutkimus oli käyttökelpoinen, koska tarkoituksena oli luoda konkreettinen malli, jonka päämääränä oli ongelman ratkaisu. Kehitystyön tuloksena syntyi ratkaisu, jota arvioitiin ja voidaan tulevaisuudessa laajemmin arvioida sen käytännön hyödyn perusteella. Konstruktivisessa tutkimuksessa oli tarkoituksena rakentaa uudenlaista ja käytännönläheistä todellisuutta tutkimustiedon pohjalta. Uusien rakenteiden tai mallien luomisessa hyödynnettiin olemassa olevaa teoreettista tietoa ja uutta käytännöstä kerättyä tietoa.

Osana konstruktivisen tutkimuksen projektia kerättiin tietoa Minnesota-mallisen hoidon historiasta. Tärkeää informaatiota taustaongelmasta saatiin kehitysprojektia varten kootusta työryhmästä. Työryhmän jäsenillä oli monipuolista ja pitkäaikaista kokemusta alalta ja sen työskentely koettiin intensiiviseksi. Samalla kehitystyö vaati työryhmältä paneutumista asiaan sekä myös oman työotteen kriittistä tarkastelua historian varrella. Osana tutkimusta ja työryhmätyöskentelyä dokumentoitiin hiljaista tietoa, jota työryhmän jäsenille oli kertynyt Minnesota-mallisen päihdehoidon erityispiirteistä ja haasteista. Tätä tietoa ei dokumentoituna ole löytynyt aikaisemmin Suomesta. Samalla huomattiin, että hoitomallin syntysijoilla samankaltaisia haasteita on ratkottu jo 1980-luvulla. Hiljaisen tiedon dokumentointi on hyvin tyypillistä osana konstruktivisen tutkimuksen ongelman taustatietojen hankkimista ja konstruktion rakentamista. Tämä hiljaisen tiedon dokumentointiin liittyvä ulottuvuus osoittautui alkupeleistä arviota merkittävämmäksi osaksi opinnäytetyön kokonaisuutta.

Vilkan & Airaksisen (2004, 159) mukaan opinnäytetyön arvioinnissa tulee pohtia prosessin raportointia sekä sen kieliasua. Arvioinnissa tarkasteltiin, miten johdonmukaisesti opinnäytetyötä kirjoitettiin. Lisäksi arvioitiin opinnäytetyön riittävää kriittisyyttä ja pohtivaa otetta. Lähteiden valintaan suhtauduttiin kriittisesti ja kirjoittajia lainattiin asianmukaisesti noudattaen hyvää kirjoitusetiikkaa. Sama koskee työryhmän toimintaa. Koska työryhmän työskentely oli ajoittain tiivistä ja piti sisällään keskusteluja havainnoista, joita tehtiin, pidettiin keskustelujen nauhoittamista ja litterointia liian työläänä tavoitteisiin nähden. Työryhmän pohdintoja raportoitiin asianmukaisesti ja ne edustavat konsensusta, joita pohdintoissa saatiin aikaiseksi. Raportoinnin totuudenmukaisuus tarkistettiin työryhmän jäseniltä.

Koska opinnäytetyön raportointi oli osa konstruktivista tutkimusta, joka sisälsi myös kokemusperäisen tiedon dokumentointia ja uusien konstruktioiden ja toimintamallien luomista, panostettiin raportoinnissa pohdiskelemaan otteeseen. Raportointi heijasteli myös tervettä kriittisyyttä, jota työryhmä työskentelyssään noudatti suhteessa ongelmien havainnointiin ja omaan ammatilliseen kehittymiseen. Monien kehityskohteenä olleiden asioiden oli koettu olevan osa myös tekijöiden itsensä työotetta, mikä vaati työryhmältä poikkeuksellista itsekriittisyyttä. Näiltä osin raportointi heijasteli työryhmän pohdintoja kehitysprojektin aikana.

Raportoinnin johdonmukaisuus koettiin arvioinnissa haastavaksi tehtäväksi, koska kehitystyön konstruktio yksinkertaisuudessaan ratkaisee moniulotteisia haasteita, joita Minnesota-mallisen hoidon parissa on ollut. Tässä tavoitteessa onnistuttiin kuitenkin siten, että lopputulos on selkeä ja prosessi on läpinäkyvä.

Lähteiden valinnassa tavoitteena oli käyttää mahdollisimman uusia, tasokkaita ja alkuperäisiä lähteitä. Joitakin vanhempia lähteitä käytettiin kuvaamaan aiempina vuosikymmeninä hoitomallin sisällä tehtyjä oivalluksia sen synnyinmaassa. Opinnäytetyön kirjoitustyössä käytettiin paljon aikaa pohdintaan ja arviointiin. Näitä pohdintoja tehtiin yhdessä työryhmän kanssa, jolla pyrittiin takaamaan monipuolinen ja laaja näkemys aiheeseen. Samalla varmistauduttiin työryhmän pohdintojen totuudenmukaisuudesta, mikä lisäsi opinnäytetyön luotettavuutta ja eettisyyttä. Yhteistyössä työryhmän kanssa tehdyn arvioinnin perusteella raportointi oli vakuuttavaa.

Vilkan & Airaksisen (2004, 157-158) mukaisesti arvioitiin yhteistyön onnistumista ja keskinäistä kommunikointia toimeksiantajan ja opinnäytetyöntekijän välillä sekä näiden vaikutusta opinnäytetyön kokonaisuuteen. Yhteistyökumppanin kanssa yhteistyö oli sujuvaa ja tiivistä läpi opinnäytetyöprosessin. Haasteita asetti ainoastaan kiireinen aikataulu, jolloin opinnäytetyön tekemiseen varattuja aikoja jouduttiin siirtämään ja priorisoimaan kiireellisempiä työtehtäviä. Koska opinnäytetyön sisältönä oli kehitystyö, tarvittiin yhteisiä hetkiä, jolloin tärkeistä kehityskohteista ja ideoista voitiin keskustella. Kehitystyö vaati työryhmältä myös erittäin syvällistä ammatillista itsereflektiota. Osaltaan näistä syistä kehitysprojektin tekeminen osoittautui erittäin voimakkaaksi kokemukseksi koko työryhmälle. Tämä vaati erityisen hyvää yhteistyötä ja avoimuutta, koska jotkin kehityskohteina olleet asiat muuttivat perusteellisesti ammatillista suhtautumista omaan työhön. Yhteistyön sujuvuudesta kertoi myös, että kehitystyön lopputulos on ennen kaikkea yhteisen projektin lopputulos eikä opinnäytetyöntekijän aikaansaannos.

Vilkan & Airaksisen (2004, 155) mukaan toiminnallisen opinnäytetyön tärkein arvioinnin kohde on tavoitteiden saavuttamisen pohtiminen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei aina välttämättä saavuteta ennalta asetettuja tavoitteita tai niitä joudutaan muokkaamaan. On tärkeää pohtia ja reflektoida, mitkä tavoitteista jäivät saavuttamatta, mitä tavoitteita jouduttiin muokkaamaan ja miksi näin kävi.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää konstruktivisen tutkimuksen keinoin toimeksiantajalla Fria-klinikalle toimintamalli, jolla päihdehoitoa toteutetaan. Uuden toimintamallin tavoitteena oli vastata kysymykseen: Miten Minnesota-mallista päihdehoitoa voidaan toteuttaa sosiaalialan eettisten arvojen mukaisesti luopumatta erityispiirteistä, jotka tekevät siitä toimivan?

Tämä tavoite oli hyvin kokonaisvaltainen ja tarkoitti koko hoitomallin kokonaisuuden hahmottamista, paloittelua ja uudelleen jäsentämistä. Aikaisemmassa tavassa jäsentää Minnesota-mallinen päihdehoito oli ollut perustavaa laatua olevia tekijöitä, jotka aiheuttivat ristiriitaa nykyisten sosiaali- ja terveysalan arvojen sekä viranomaisten ohjeistusten kanssa. Kun toimintaa ohjaava ajattelun malli on linjassa toiminnassa vaadittavien arvojen kanssa, ei ratkaisuja jouduta rakentamaan teknisesti vaan ne asettuvat luonnollisesti paikoilleen.

Arvioinnissa kiinnitettiin erityistä huomioita siihen, miten kehittämistyönä luotu uusi toimintamalli vastasi tavoitetta. Arviointia tehtiin itse kehittämistyössä tutuksi käydylle menetelmällä. Pidimme työryhmän kanssa palaverin, jossa keskustelimme uuden toimintamallin piirteistä ja havainnoista sen arvioinnin näkökulmasta. Keskustelun lisäksi arviointia varten tehtiin palautelomake, jossa kysyttiin Likert-asteikolla kysymyksiä kehittämistyön tavoitteiden selkeydestä ja niiden toteutumisesta ja uuden toimintamallin selkeydestä Fria-klinikalla tehtävän päihdetyön yhteydessä (Liite 1). Lisäksi palautelomakkeessa oli mahdollista kirjoittaa avoimeen kysymykseen tuntemuksia ja havaintoja uudesta toimintamallista. Palautelomakkeen palauttivat kaikki työryhmän jäsenet.

Arvioinnin perusteella tavoite oli melko selkeästi esillä koko kehittämistyön ajan. Arviointikeskusteluissa kävi kuitenkin ilmi, että haasteena koettiin uuden toimintamallin monet yksityiskohdat, joista useat uudistivat tapaa hahmottaa työryhmän jäsenten työtä. Tämän koettiin vievän paljon huomiota, minkä vuoksi kehittämistyön tavoite välillä ikään kuin unohtui yksityiskohtien alle. Tavoitteeseen kuitenkin aina palattiin ja sen koettiin pysyneen melko selkeästi esillä.

Palautelomakkeilla saatujen vastausten perusteella uusi toimintamalli täyttää erittäin hyvin tavoitteen sosiaalialan eettisten arvojen toteutumisesta. Avoimissa vastauksissa kerrottiin, että aiemmin kokemuksena on ollut, että Minnesota-mallista hoitoa on pyritty venyttämään täyttämään sosiaalialan eettisiä arvoja, jotka on koettu ulkoapäin tulevina vaatimuksina. Vastauksen mukaan uusi toimintamalli rakentuu aidosti sosiaalialan eettisten arvojen pohjalle. Tämän muutoksen koettiin uudistaneen tapaa ajatella Fria-klinikalla tehtävää päihdehoitoa.

Työryhmän arvioinnissa pohdittiin myös sitä, miten hyvin uusi toimintamalli pitää kiinni Minnesota-mallisen hoidon toimivista erityispiirteistä. Palautelomakkeen perusteella uusi toimintamalli täyttää tämän tavoitteen erittäin hyvin. Työryhmän arviointikeskusteluissa todettiin tämän kysymyksen olleen erittäin tärkeä ja myös ammatillisesti sensitiivinen. Uuden toimintamallin koettiin muuttaneen joitakin päihdehoidossa noudatettuja tapoja ja erityisesti niiden kohdalla työryhmän jäsenten keskuudessa koettiin ammatillista pelkoa siitä, vievätkö ne pois hoidon toimivuutta.

Yhtenä esimerkkinä arviointikeskusteluissa nostettiin uuden toimintamallin ohjaamat käytännöt matkapuhelimien käyttämisestä päihdehoidon intensiivijakson aikana. Monissa Minnesota-

mallisissa hoitopaikoissa on ollut tapana pitää puhelimet lukkojen takana ja niiden käyttämiselle on vain rajatut ajat. Perusteena tälle on käytetty keskittymistä hoitoon. Uusi toimintamalli painottaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Vaikkei vapaaehtoiseen hoitoon osallistumisen rajattuja puhelinaikoja välttämättä voida pitää radikaalina itsemääräämisoikeuden rajoittamisena, todettiin työryhmässä, että käytäntöä lähdetään muovaamaan yhteistyössä asiakkaiden kanssa. Uutta toimintamallia mukailien työntekijät kertovat asiakkaalle sekä tulohaastattelussa että ryhmätoiminnan aikana näkökulmista, joita asiaan liittyy. Toipumisen kannalta on hyödyllistä pitää etäisyyttä arjen murheista. Eristäytyminen älylaitteen äärelle muodostaisi myös riskin vertaistuesta saatavan hyödyn kannalta. Lisäksi työntekijä voi avata näkökulmia ihmissuhdedynamiikkaan, joissa läheisten kanssa vuorovaikutuksessa saattaa nousta pintaan jännitteitä johtuen luottamuspulasta, joka on hyvin tyypillinen sosiaalinen seuraus päihderiippuvuudesta. Nämä saattavat heijastella yhteydenpidossa hoidon aikana ja voivat viedä pois keskittymistä terapiaan. Työntekijän tehtävänä uuden toimintamallin perusteella on siis avata asiaa hoidollisesta näkökulmasta, mutta asian toteuttaminen jää asiakkaan vastuulle. Uuden toimintamallin on havaittu olevan laajassa mittakaavassa hyödyllinen. Pelättyjä haasteita eristäytymisen suhteen ei ole havaittu ja valtaosin uusi käytäntö on jopa tukenut toipumista. Joitain ongelmatilanteita on tullut verrattuna vanhaan käytäntöön, mutta nämä ovat ratkenneet keskustelemalla asioista asiakkaan kanssa. Näistä keskusteluista on saatu arvioiden mukaan hyviä hoidollisia keskustelun avauksia. Merkittävä arvioinnissa noussut näkökulma on myös se, että takaamalla päihdehoidossa olevan asiakkaan vapaa pääsy informaatioon pois suljetaan eettisiä riskejä, joita liittyy kulttimuotoiseen toimintaan.

Osana kehittämistyötä uutta toimintamallia testattiin sen luomisen aikana asiakastyössä ja mallin takana olevaa ajatusmaailmaa tehtiin läpinäkyväksi myös asiakkaille. Eräänä käytännön huomiona todettiin, että mallin toteuttaminen vaatii ryhmämuotoisessa terapiassa terapiaryhmän pitämisen maltillisen kokoisena. Fria-klinikan toiminta mahdollistaa tämän. Isommissa ryhmissä jouduttaisiin luopumaan monista ratkaisukeinoista, joita malli tarjoaa haasteisiin, joita hoitomallin parissa on ollut.

Työryhmän havainnot mallin toimivuudesta olivat positiivisia. Sen jäsentäminen ratkaisi monia haasteita, joista on vuosien aikana pohdittu. Malli on työryhmän havaintojen mukaan tarjonnut joustavuutta asiakkaiden kohtaamiseen yksilöllisesti. Esimerkkinä voidaan käyttää asiakasta, jonka päihderiippuvuuden sosiaaliset seuraukset olivat käytännössä olleet vähäisiä. Val-lankäytöllisessä työotteessa tämä olisi muodostanut automaattisesti vastakkainasettelun, koska yksilön tilanne ei olisi sopinut hoitomallin ajattelun viitekehykseen ja tämä poikkeuksellinen todellisuus olisi näyttäytynyt kieltomekanismina. Uuden mallin mukaisesti asiakas sai kuitenkin tavoittelemansa hyödyn hoidosta.

Kaikista oleellisimmissa Minnesota-mallisen hoidon erityispiirteissä uuden toimintamallin havaittiin arvioinnissa tukevan niiden perimmäistä tarkoitusta. Esimerkiksi läheisviikonloppujen

sisällössä painoarvo jakaantuu uuden toimintamallin periaatteiden mukaan tasaisemmin päihderiippuvuuden seurausten kohtaamisen ja asiakkaan vahvuuksien esille nostamisen välillä. Aiemmassa toimintamallissa on korostunut vahvemmin konfrontoiva puoli, jossa keskitytään asiakkaan läheisten kokemiin negatiivisiin tuntemuksiin. Pahimmissa tapauksissa arvioinnissa todettiin vanhan toimintamallin tarjonneen mahdollisuuksia vallankäytölliselle työotteelle. Kun keskiössä on asiakkaan toipuminen uuden toimintamallin mukaisesti, arvioinnissa koettiin sen pysyvän mielessä myös läheisviikonloppujen toteuttamisessa.

Palautelomakkeesta saatujen vastausten perusteella uusi toimintamalli on työryhmän havaintojen mukaan selkeä asiakkaille. Avoimissa vastauksissa todettiin, että asiakkaat arvostavat, että uutta toimintamallia käydään läpi ja avataan asiakkaille. Heiltä sanallisesti saadun palautteen mukaan, se lisää luottamusta hoidon eettisyyttä kohtaan ja luottavaisen mielen kautta myös asiakas kokee saavansa suurempaa hyötyä hoidosta.

Avoimissa palautelomakkeen vastauksissa ja myös arviointikeskusteluissa nostettiin esille, että uusi toimintamalli on avannut mahdollisuuden tehdä työtä dialogisesti. Dialogisen työotteen avulla asiakkaat kertovat avoimemmin myös mahdollisista epäilyksistä ja keskeneräisistä prosesseistaan ilman, että he pelkäävät konfrontaatiota. Arviointikeskusteluissa todettiin, että vaikka Minnesota-mallinen päihdehoito itsessään on psykososiaalisten hoitojen lailla interventiomainen luonteeltaan, pitämällä työotteen dialogisena voidaan hoidon luomalle positiiviselle interventiolle antaa jopa enemmän vaikuttavuutta

Arviointikeskusteluissa todettiin erittäin merkityksellisenä asiana, että uusi toimintamalli tiivistää ja vastaa haasteisiin, joita hoitomallin sisällä on ollut kulttimaisten piirteiden vuoksi. Uuden toimintamallin ansiosta näitä negatiivisia piirteitä voidaan välttää ja toteuttaa arvokkaana koettua hoitomallia eettisesti kestäväällä tavalla.

Haasteena arviointikeskusteluissa nousi esiin kehittämistyön laaja-alaisuus. Työryhmän jäsenillä on pitkä kokemus alasta ja uusi toimintamalli nostaa esiin jatkuvasti uusia yksityiskohtia, joita koettaisiin tärkeänä jäsentää. Se ei kuitenkaan ollut mahdollista tämän opinnäytetyön rajauksen puitteissa.

Eräs merkittävä jatkokehittämisaihe on uuden mallin soveltuvuusalueen laajuuden tutkiminen ja sen hyödyllisyyden osoittaminen. Konstruktivisessa tutkimuksessa on Ojasalon ym. mukaan konstruktion rakentamisen jälkeen tärkeää tarkastella sen soveltamisalueen laajuutta (Ojasalo ym. 2015, 65-67). Käytännössä tämä vaatisi tutkimusta, jossa perehdyttäisiin eri tekijöiden ja hoitokeskusten käyttämiin työotteisiin ja samalla vertailtaisiin asiakkaiden kokemusta ja heidän saavuttamaansa hyötyä hoidosta. Tämän opinnäytetyön yhteydessä havainnot lopputuotoksesta perustuvat ainoastaan työryhmän havaintoihin ja asiakkailta saatuun sanalliseen palautteeseen. Asiakkailta saatu palaute on luonnollisesti subjektiivista, koska useimmille

heistä Minnesota-mallinen päihdehoito on ainutkertainen kokemus eikä heillä ole välttämättä vertailupohjaa.

Jatkokehittämisaiheena toimeksiantajan toiveena on toteuttaa laadullinen tutkimus asiakkaiden kokemuksista, jotka käyvät läpi uuden toimintamallin mukaisen hoito-ohjelman. Tämän tutkivan jatkokehittämisaiheen myötä, voisi käytännössä todentaa, toteutuvatko opinnäytetyön tavoitteet käytännössä asiakkaiden kokemusmaailmassa.

Työryhmän sisällä todettiin, ettei kehittämistyönä luotu uusi malli ole täydellinen ja lopullinen. Jatkokehittämistä voidaan tehdä muun muassa sen suhteen, että tarkennetaan ja haetaan päihdehoidon tapaan tarkemmat perusteet asiakkaan ja hänen ympäristöstään löytyville osatekijöille, jotka vaikuttavat toipumiseen.

Myös päihdehoidon osatekijöitä voidaan tarkentaa tai löytää lisää. Työryhmän keskusteluissa heräsi ajatus, että eräs merkittävä jatkokehittämiskohde olisi toimintaterapeuttisten interventioiden mahdollisuuksien tarkastelu sekä toimintakyvyn arvioinnin tuominen osaksi toimintamallia. Osaltaan tämä jatkokehittämisaihe juontaa juurensa siitä, että uuden toimintamallin pohjana sovellettiin Piercen luomaa ja toimintaterapiassa laajalti tunnettua terapeuttisen voiman mallia. Suomalaisessa Minnesota-mallisen päihdehoidon kentässä tätä ei ole tehty.

Kehittämistyön yhteydessä nousi esiin myös tarve asianmukaisen koulutuksen järjestämisestä Minnesota-mallisen päihdetyön toteuttajille. Aiemmin koulutus on perustunut pitkälti hoitopaikkojen omaan perehdyttämiseen ja kuten alan eettisiä ongelmia käsittelevässä osiossa todettiin, sosiaali- ja terveysalan koulutukseen on alalla esiintynyt myös vähätteleviä tai kriittisiä ajattelutapoja. Uusien viranomaisten määräyksien myötä kouluttautuminen on työryhmän havaintojen mukaan lisääntynyt alalla varsinkin sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon suhteen. Vaikka tämä tutkinto antaa ammatillisen perustan päihdetyölle, on totta, että suomalaisessa koulutustarjonnassa ei ole koulutusta, joka valmistaa spesifisti Minnesota-mallisen päihdetyön erityispiirteisiin. Lähihoitajan koulutus ei itsessään vastaa haasteisiin, joita hoitomallin sisällä nousee. Tässä suhteessa myös työhöjauksella on iso merkitys. Lisäksi hoitomallia toteuttavilla tahoilla on iso merkitys koulutusmyönteisen ilmapiirin luomisesta.

Opinnäytetyö vahvisti opinnäytetyöntekijän ammatillista kasvua. Opinnäytetyön prosessi ja sisältö edusti merkittävää ammatillista itsereflektiota ja kasvua sen tekijälle. Sen aikana löytyi ratkaisuja haasteisiin, jota sekä opinnäytetyön tekijä että muu työryhmä on vuosien aikana kohdannut hoitomallin parissa. Samalla löytyi vastauksia, miksi ja miten tietyt ongelmalisina koetut toimintamallit ovat rakentuneet hoitomallin historiassa. Tämä lisäsi opinnäytetyöntekijän ymmärrystä ja asiantuntijuutta alasta.

13 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Eettisyys tarkoittaa oikean ja väärän erottamista. Tämä tarkoittaa ammatillisella tasolla oikeuksien ja vastuun määrittämistä sekä kohtuullisuuden punnitsemista. Eettisyys haastaa myös ammattilaista pohtimaan ja kyseenalaistamaan omaa toimintaansa ja päätöksentekoaan sekä niiden oikeudenmukaisuutta ja perusteita. Työntekijän ammattietiikka ohjaa kokonaisvaltaisesti hänen toimintaansa. Työntekijällä tulee olla taitoja ja halukkuutta kuulla asiakasta ja nähdä eri vaihtoehtoja toiminnassa ja sen kehittämisessä. Työntekijän tulee mahdollistaa asiakkaan mielipiteiden ja ajatusten kuuleminen. (Heikkinen 2017, 6.)

Eettiset kysymykset olivat tämän opinnäytetyön ytimessä, sillä monet kehitysprojektiin liittyvät haasteet liittyivät nimenomaan eettisiin kysymyksiin, joita Minnesota-mallisen päihdehoidon alalla on noussut esiin. Nämä eettiset kysymykset olivat merkittäviä niin opinnäytetyöntekijälle kuin työryhmälle, jonka kanssa opinnäytetyötä tehtiin.

Sosiaalialan työssä ihmisoikeudet ja yhteiskunnallinen oikeudenmukaisuus sitovia periaatteita. Sosiaalialan eettisiä periaatteita ovat ihmisoikeuksien ja ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus, oikeus tulla kohdatuksi kokonaisvaltaisesti ja oikeus yksityisyyteen. (Heikkinen 2017, 7-8.) Samoin sosiaalialan opinnäytetyössä lähtökohtana tulee olla ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Sosiaalialan eettiset periaatteet ohjasivat tämän opinnäytetyön perustaa alusta loppuun saakka. Kehitystyön aikana rakennettua mallia esiteltiin asiakkaille ja tehtiin läpinäkyväksi kehitystyötä, jota tehtiin. Aiheesta myös keskusteltiin heidän kanssaan ja heillä oli mahdollisuus tuoda esiin omia näkemyksiä aiheesta. Kun tässä opinnäytetyön raportissa viitattiin asiakkaisiin, heidän henkilöllisyytensä ja yksityisyytensä turvaamisesta on huolehdittu hävittämällä yksityiskohdat, joiden avulla heitä voitaisiin yhdistää esimerkkeihin.

Sosiaalialalla lähtökohtana tulee olla ihmisten hyvinvoinnin lisääminen. Ihmisten hyvinvoinnin lisäämiseen pyritään tukemalla ihmisen oman elämän hallintaa sekä olemalla tukena muutoksissa ja ongelmien selvittelyissä. Hyvinvointia voidaan pyrkiä lisäämään myös ihmisen ja ympäristön välisiä vuorovaikutussuhteita tukemalla. (Heikkinen 2017, 7-8.) Tässä opinnäytetyössä keskityttiin kehittämään päihdehoitoa, jonka perimmäisenä tarkoituksena on palvelua käyttävien ihmisten hyvinvoinnin lisääminen. Kehitystyön lopputulos ratkaisee spesifiä hoitomallissa esiintyneitä eettisiä ristiriitoja ja vahvistaa hoitopalveluja käyttävien yksilöiden elämän hallintaa, osallisuutta sekä tukee heidän ympäristönsä vuorovaikutussuhteita.

Sosiaalialan eettisten ohjeiden mukaan on tärkeää, että asiakkaalle kerrotaan, mitä ollaan tekemässä sekä, mihin saatua tietoa käytetään (Heikkinen 2017, 20). Tämän opinnäytetyön kehitystyötä tehdessä asiakkaille kerrottiin kehittämistyöstä ja avattiin, mitä ollaan tekemässä ja miksi. Koska päihdehoito on useimmiten hyvin ainutkertainen kokemus, tämä tarkoitti joisain kohti myös hoitomallin historian avaamista. Nämä avoimet keskustelut lisäsivät

luottamusta kehittämistyön tekijöiden ja asiakkaiden välillä. Tämän koettiin lisäävän myös opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta.

Luotettavuuden arvioinnissa tärkeimpänä asiana pidettiin työryhmän pohdinnan ja kehittämistyön kuvauksen läpinäkyvyyttä. Keskeisessä osassa opinnäytetyötä oli työryhmän tekijöiden kokemuksen kautta kerääntynyttä hiljaista tietoa, jonka dokumentointi suoritettiin vääristelemättä ja totuudenmukaisesti. Osana taustatiedon selvitystä sekä kehitystyötä käytettiin hyväksi tutkimusmateriaalia, asiantuntijakirjoituksia ja alan oppikirjoja. Raportoinnissa kiinnitettiin myös erityistä huomiota siihen, mikä on työryhmän kokemuseräistä pohdintaa ja sitä kautta luonnollisesti tulkintaa ja mikä puolestaan on tutkittua tieteellistä tietoa. Tämän katsottiin lisäävän luotettavuutta.

Läpinäkyvyyden vuoksi on myös tärkeä avata opinnäytetyöntekijän taustoja. Opinnäytetyöntekijällä itsellään on yli vuosikymmenen kokemus Minnesota-mallisesta päihdetyöstä ja hoitomallille tyypillisesti myös oma toipumiskokemus päihderiippuvuudesta. Opinnäytetyöntekijä työskentelee toimitusjohtajana ja päihdetyöntekijänä opinnäytetyön toimeksiantajalla Fria-klinikalla. Ottaen huomioon opinnäytetyön aiheen sekä oman työotteen kriittisen tarkastelun tämän koettiin olevan kuitenkin tekijä, joka mahdollistaa kehitystyön vaatiman strategisen asiantuntijuuden. Roolistaan johtuen oli opinnäytetyöntekijän tärkeä tiedostaa, että työryhmässä työskentely oli tasa-arvoista ja kaikilla sen jäsenillä oli mahdollisuus osallistua ja saada oma näkökulmansa kuuluviin.

14 Pohdintaa

Yksi elämäni suuntaa muuttaneista hetkistä oli 21.10.2007, kun minut vietiin päihdehoitoon Lapuan Minnesota-hoitoon. Taustalla oli noin viikon mittainen päihdeputki, joka oli alkanut välittömästi päästyäni katkaisuhoidosta. Päihderiippuvuuden seurauksena elämästä oli hävinnyt hyvin totaalaisesti kaikki arvokas. Fyysinen kunto oli heikko, viimeisen vuoden aikana merkittävä osa ajasta oli kulunut psykiatrisessa sairaalassa, läheiset ihmissuhteet olivat menneet rikki. Myös omanarvontunto ja itsekunnioitus olivat kadoksissa.

Kuukauden mittaisen jakson aikana tapahtui asia, jota en osannut itse kuvitella tai kukaan läheisistä toivoa. Raitistuin. Hoidon aikana sain ymmärrystä, miten päihderiippuvuus oli ohjannut elämäni ja ymmärsin, etten ollut syyllinen sairauteeni. Vastuussa olin silti kuitenkin itse sairauteni huomioimisesta sekä raittiina elämisestä. Kun sairastaa päihderiippuvuutta, toimivin tapa elää sen kanssa on näkemykseni mukaan olla ilman päihteitä. Hoidon aikana sain kuulla myös läheisiltäni, miltä heistä oli tuntunut vuosina, jolloin tilallani oli ollut joku, jota he eivät tunteneet. Onneksi tuo oikea ihminen ei koskaan täysin kadonnut. Siellä se oli piilossa sairauden alla.

Raitistumisestani olen ikuisesti kiitollinen perheelleni ja muille läheisilleni, joilla oli vielä voimariipeitä viedä minut hoitoon. Olen kiitollinen myös työnsä puolesta minua silloin auttaneille. Nimeltä mainittakoon Simo Seppelin, jonka määrätietoisuuden ja sitkeyden ansiosta hoitomalli sai jalansijan Suomessa. Koen, että hänen elämäntyönsä ansiosta sain mahdollisuuden raittiseen elämään. Joidenkin itseäni auttaneiden henkilöiden kanssa olen saanut myös jakaa päihdetyötä ammatillisesti vuosien aikana. Kaikista suurin kiitos raitistumisestani kuitenkin menee itselleni.

Raitis elämä oli aluksi uuden opettelua. Pienin askelin elämä löysi uomansa ja juomisen seuraukset alkoivat muuttua raittiuden seurauksiksi. Luottamus ihmissuhteissa palasi, oma itsekunnioitus kasvoi, palasin työelämään. Raittius on mahdollistanut kohdallani myös täysipainoisen vanhemmuuden.

Muistan miettineeni jo joskus juovuksissa, että olisi hienoa, jos kokemuksistani olisi jollekulle joskus hyötyä. Osallisuus ja hyödyksi oleminen muille tuntui kuitenkin siinä hetkessä kaukaiselta juodessani lämmintä viinaa kerrostalon varastokopissa. Tuo tunne vahvistui jossain kohti raitistumiseni jälkeen. Pari vuotta raitistumiseni jälkeen itselleni tarjoutui mahdollisuus lähteä opettelemaan Minnesota-mallista päihdetyötä paikkaan, jossa olin itse käynyt hoidon.

Minnesota-mallisen päihdehoidon työntekijällä liittyy työhönsä painava vastuu. Päihderiippuvuus on hyvin vakava elämän ja kuoleman kysymys ja kevyimmilläänkin merkittävästi sekä henkilön omaan että tämän lähipiirin elämänlaatuun negatiivisesti vaikuttava ilmiö. Minnesota-mallisen päihdehoidon viitekehyksen sisällä työntekijällä on myös asiantuntijuuteensa liittyvä valta-asetelma asiakkaaseen nähden, mitä yleensä voimistaa asiakkaan samaistuminen työntekijään tämän toipumiskokemuksen kautta. Sitä kautta hoidossa tai kuntoutuksessa tehtävät asiat ovat merkityksellisiä ja työntekijöiden sekä hoitoa toteuttavan yksikön on tärkeää puntaroida työhönsä liittyviä eettisiä arvoja ja työtöteen arvoja.

Vuosien aikana alalla olen saanut nähdä monenlaista käännettä. Ympärillä oleva yhteiskunta on muuttunut, mutta päihderiippuvuus on edelleenkin yksi isoimmista haasteista. Vuosien aikana olen arvioni mukaan saanut tehdä töitä yli 2000 päihderiippuvaisen ja heidän läheistensä kanssa. Ilolla saan todeta, että olen nähnyt työni puolesta paljon toipumista ja suurimmalla osalla näistä ihmisistä elämä on muuttunut paremmaksi. Koen, että tekemällämme työllä on ollut siinä oma merkityksensä.

Koska oma raitistuminen on ollut niin merkittävä tapahtuma, se on muodostanut osaltaan kutsumuksen tehdä työtäni. Toki koen, että muutenkin olen kokenut olleeni aina kiinnostunut ihmisyydestä. Oma toipumiskokemus muodosti kuitenkin myös haasteen. Onko mahdollista kyseenalaistaa, kehittää ja tutkailla kriittisesti omaa työtöetta ja itselle läheistä hoitomallia oman toipumiskokemuksen läpi? Tähän kysymykseen kiteytyy mielestäni yksi Minnesota-mallisen alan suurimmista haasteista.

Koen, että tämä opinnäytetyö on osoitus siitä, että se on mahdollista. Oman työotteen tarkastelua voi tehdä terveen kriittisesti, vaikka itselläänkin olisi kokemus hoidosta. En tiedä, olisiko tämä onnistunut ilman ihmistä, jota haluan myös kiittää nimeltä. Vuonna 2011 kolleganani aloitti Laura Eklund, joka uskalsi alusta asti kysyä perusteita ja haastaa vakiintuneita toimintatapoja. Tämän ansiosta myös päihderiippuvaisten läheisille luotiin heidän omaa toimimistaan tukeva hoitomalli. Hänen kanssaan olemme vuosien aikana pohtineet hoitomallin äärellä kohdattuja ilmiöitä, tehneet virheitäkin ja pohtineet, miksi asioita tehdään niin kuin niitä tehdään. Vuosien aikana olemme koettaneet löytää ratkaisuja kokonaisuudessaan toimivan hoitomallin negatiivisiin lieveilmiöihin. Monia yksityiskohtia on kehitetty vuosien varrella, mutta kokonaisvaltaisemman ratkaisun mahdollisuus koettiin vuonna 2021 uuden hoitopaikan eli Fria-klinikan toiminnan myötä. Seinien ja rakenteiden muuttuessa oli mahdollisuus lähteä jäsentämään uudestaan myös tapaa ajatella asioita.

Prosessin aikana pidettiin huolta siitä, ettei mitään muuteta vain muuttamisen ilosta, mutta samalla haluttiin löytää ratkaisua negatiivisiin ilmiöihin, joihin olimme vuosien varrella törmänneet. Pohdintojen edetessä tämä tarkoitti hyvin kokonaisvaltaista ajattelun uudelleen jäsentelyä. Tämä tarkoitti uuden toimintamallin jäsentämistä, jossa ratkaisevan idean sai Laura Eklund. Tätä ideaa lähdettiin työryhmässä työstämään. Opinnäytetyöntekijänä kannoin isoimman vastuun tiedon keräämisestä ja erilaisten yksityiskohtien esittelystä työryhmälle. Erityinen kiitos myös Katri Lähteelle, joka toi työryhmään vahvan ammatillisen kokemuksen sairaanhoitajana ilman vuosien painolastia hoitomallin toteuttajana. Hänen näkökulmansa toivat moniin kysymyksiin raikkaan tarkastelupinnan muualta hoitoalalta. Myös Rami Junnilalla erityinen kiitos työryhmän jäsenyydestä ennen kaikkea sen suojelemisessa, että mitään toimivaksi todettua ei lähdetty muuttamaan. Jokainen kehittämistyö tarvitsee myös dinosauruksen.

Kehittämistyö oli sivutuotteena merkittävin ammatillinen itsereflektio, jonka olen vuosien aikana päihdehoidossa tehnyt. Tiettyjen ongelmakohtien juurisyyn oivaltaminen aiheutti jopa tunteita, joissa kyseenalaisti koko ammatillisen toimintansa eettisyyden. Nämä kipukohdat kuitenkin näyttäytyvät ennen kaikkea projektin valmistuttua tärkeimpinä kehityskohteina ja asettuivat myös oikeisiin mittasuhteisiin. Toteuttamassamme hoitomallissa on paljon hyvää, mistä on myös vahva tutkimusnäyttö. Toisaalta on vapauttavaa todeta, ettei mikään asia ole niin koskematonta, ettei sitä voisi kriittisesti tarkastella. Jokainen hyvä asia ansaitsee myös kriittisen tarkastelun ja kestää löydettyjen ongelmakohtien korjaamisen.

Kehittämistyö on muuttanut kohdallani ja työyhteisöni kohdalla pysyvästi tapaa toteuttaa Minnesota-mallista päihdehoitoa. Monia yksittäisiä oivalluksia olemme tehneet jo aiemmin, mutta tämä kehittämistyö asetti viitekehyksen ja tavan ajatella uuteen muotoon. Ensimmäiset havainnot muutoksista ovat positiivisia kuten myös asiakkailta saatu palaute. Yksi helpottavimmista oivalluksista on asioiden tekeminen läpinäkyvämmäksi asiakkaiden kanssa. Tämä tervehdyttää myös työntekijöiden roolia ja vähentää idealisoivaa transferenssiä, joka on ollut

yksi alan haasteista. Asiakkailta on tullessa positiivisessa palautteessa on syytä huomioida, että useimpien palautteiden kohdalla varsinainen vertailutyö on täytynyt tehdä työntekijöiden tulkinnoissa, koska asiakkaiden oma kokemus hoidosta on yleensä ainutkertainen. Toki joukossa on ollut joitakin asiakkaita, jotka ovat käyneet hoitoideologian mukaisen hoidon aiemmin. Heidän palautteensa on ollut erityisen mielenkiintoista, koska heillä on vertailupohjaa aiempiin hoitokokemuksiin. Merkittävämpänä muutoksena on havaittu vallankäytöllisten piirteiden poistuminen työotteesta, mikä on tarkoittanut entistä suurempaa avoimuutta ja luottamuksen ilmapiiriä hoidon sisällä. Myös asiakkaiden voimavaroja korostavien työotteiden lisääntyminen on merkittävä piirre.

Kehittämistyö jatkuu ja kuten arvioinneissa todettiin, uusia jatkokehittämisen kohteita syntyi useita. Vaikka tämän opinnäytetyön tarkoitus oli luoda uusi toimintamalli toimeksiantajalle Fria-klinikalle, monien opinnäytetyössä olevien havaintojen ja pohdintojen voidaan olettaa koskettavan isoa osaa Minnesota-mallista toimialaa Suomessa. Samoin on oletettavaa, että vaikka kehittämistyössä toteutettiin hoitomallin jäsenyys erityisesti Fria-klinikalle, tässä opinnäytetyössä tehtävät oivallukset tulevat muuttamaan ja hyödyttämään koko alaa. Opinnäytetyöntekijänä toivon, että myös alaa valvovat viranomaiset hyötyvät opinnäytetyössäni dokumentoidusta alan sisältä päin tulleesta hiljaisesta tiedosta ja itsereflektiosta.

Lähteet

Painetut

Anderson, D. 1981. Perspectives on Treatment. The Minnesota Experience. Minnesota: Hazelden Foundation.

Aronson, E. 1992. The Return of the Repressed: Dissonance Theory Makes a Comeback. Psychological Inquiry 3/4, 303–311.

Banks, S. 2021. Ethics and Values in Social Work. Fifth Edition. New York: Red Globe Press.

Blennberg, E. 2005. Etik i socialpolitik och social arbete. Lund: Studentlitteratur.

Bodin, M. 2006. The Minnesota Model Treatment For Substance Dependence: Program Evaluation in a Swedish Setting. Stockholm: Karolinska Institutet.

Festinger, L. 1957. A Theory of Cognitive Dissonance. Evanston IL: Row, Peterson.

Fria-klinikka. 2021. Sosiaalipalveluiden omavalvontasuunnitelma. Ympäri vuorokautinen päihdekuntoutus. Fria-klinikka.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hukkanen, R. 1999. Terapiaa ja koulutusta new age-liikkeen hengessä. Skepsis. Helsinki: Nykypaino.

Hyväri, S. 2005. Vertaistuen ja ammattiauttamisen muuttuvat suhteet. Teoksessa: Nylund Marianne & Yeung Anne Birgitta (toim.) Vapaaehtoistoiminta, anti, arvot ja osallisuus. Vastapaino, Tampere.

Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. 2017. Mielenterveyshoito. 5. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Hänninen, V. 2002. Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Tampere: Juvenes Print.

Kettunen, R., Leppänen, A. 1994. Myllyhoito. Alkoholismista päihteettömään elämäntapaan. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Kangas, P. 2020. Psykoterapeuttien keskusteluissa esiin tuomia ajatuksia psykoterapian etiikasta. Teoksessa Psykoterapiat. Huttunen, M., Kalska, H. (toim.) Helsinki: Duodecim.

Koski-Jännes, A. 1998. Miten riippuvuus voitetaan? Helsinki: Otava.

Koski-Jännes, A. 2004. Läheiseni on päihdeongelmainen. Helsinki: Kirjapaja.

Kuusisto, K. 2010. Kolme reittiä alkoholismista toipumista. Tampereen yliopisto. Tampere: Juvenes Print.

- Lauerma, H. 2020. Psykoterapioiden haitoista ja eettisistä ongelmista. Teoksessa Psykoterapiat. Huttunen, M., Kalska, H. (toim.) Helsinki. Duodecim.
- Lutz, A. B. 2013. Learning solution-focused therapy: An illustrated guide. American Psychiatric Publishing.
- McElrath, D. 1987. Hazelden. A Spiritual Odyssey. USA: Hazelden Foundation.
- Mönkkönen, K. 2018. Vuorovaikutus asiakastyössä. Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus.
- Oinas-Kukkonen, H. 2013. Alkoholistin ja hänen läheisensä samanaikainen toipuminen vapauttavana oppimisprosessina Minnesota-hoidossa. Tampere: Juvenes Print.
- Ojasalo, K., Moilanen, T., Ritalahti, J. 2015. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Pierce, D. 2003. Occupation by design: Building Therapeutic Power. Philadelphia, USA: F.A. Davis Co
- Ruisniemi, A. 2006. Minäkuvan muutos päihderiippuvuudesta toipumisessa. Tampere: Juvenes Print.
- Sharry, J. 2007. Solution-Focused Groupwork. Lontoo: Sage Publications.
- Söderling, L. 1993. Alkoholismin aakkoset. Ruotsinkielinen alkuteos Alkoholismens Alfabet. Suomentanut Kati Niemi. Raabe: Raahen kirjatyö.
- Särkelä, A. 2001. Välittäminen ammattina. Näkökulmia sosiaaliseen auttamistyöhön. Tampere, Vastapaino.
- Tainio, H. Jauhiainen, T. 2016. Päihteet sosiaaliset kuntoutuksen haasteena. Teoksessa Helminen, J. (toim.) Sosiaaliohjaus - lähtökohtia ja käytäntöjä. Helsinki: Edita.
- Tarnaala, E. 2006. Kuinka alkoholismista tuli sairaus. Teoksessa Peltonen, M. (toim). Alkoholien vuosisata. Helsinki: Hakapaino.
- Valvira. 2020. Yksityisten päihdehoitoyksiköiden toimintaedellytykset asiakasturvallisuuden varmistamiseksi. Dnro V/31813/2020. Valvira.
- Viitanen, V. 2011. Eettisesti kestävä sosiaalityö sosiaalityöntekijöiden kokemana. Fenomenologinen tutkimus. Tampereen yliopisto.
- Vilkkä, H., Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1.-2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Yalom, I. 1995. The Theory and Practise of Group Psychotherapy. New York: Basic Books.
- Örnberg, A. 2019. Alkoholismista toipuminen AA:n toveriseurassa - Kokemuksia vertaistuen merkityksestä. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Sähköiset

A-klinikka. 2021. Korvaushoito ei ole mielipidekysymys. Viitattu 27.5.2022. <https://www.a-klinikka.fi/ajankohtaista/artikkeli/korvaushoito-ei-ole-mielipidekysymys>

Anonyymit alkoholistit. 2021. AA:n historiaa. Viitattu 18.9.2021. <https://www.aa.fi/index.php?type=0&id=42&pageid=42>

Arene. 2015. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Viitattu 27.5.2021. <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINNÄYTETÖIDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>

Aura, M. 2015. Laadullisen tutkimuksen arviointi. Duodecim 121(10), 1073-77. Viitattu 27.5.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo94977>

Glatt, M. 1991. Warlingham and Minnesota compared. Viitattu 26.9.2021. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1360-0443.1991.tb02621.x>

Fimea. 2009. Lääkelaitoksen luettelo PKV-lääkevalmisteista sekä huumausaineita ja psykotrooppisia aineita sisältävistä lääkevalmisteista. Viitattu 1.10.2021. https://www.fimea.fi/documents/160140/762468/16975_PKV_ja_huumausaineet_FLINAL_050609.pdf/b9651219-cd45-431d-bafe-bf38d8b47934

Heikkinen, A. 2017. Arki, arvot ja etiikka - Sosiaalialan ammattihenkilön eettiset ohjeet. Talentia. Viitattu 24.5.2021. https://talentia.e-julkaisu.com/2017/eettiset-ohjeet/docs/Talentia_Etiikkaopas_2017.pdf

Kangas, P. 2020. Etiikka on työmme ydin - Psykoterapian etiikkaa koskevat sosiaaliset representaatiot psykoterapeuttien fokusryhmäkeskusteluissa. Viitattu 5.5.2022. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-8191-4>

Kelly, J., Humbreys, K., Ferri, M. 2020. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder (Review). Viitattu 16.9.2021. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012880.pub2/epdf/full>

Kiesepää, T., Oksanen, J. 2003. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Duodecim. Viitattu 3.3.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo11273>

Korkeila, J. 2017. Toipumisorientaation paluu. Lääkärilehti 49/2017. Viitattu 1.10.2021. <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/site/assets/files/0/28/28/899/sll492017-2865.pdf>

Louhela, J. 2020. Narratiivinen ryhmä elämänmuutoksen tukena. Teoksessa Asiakastyön menetelmiä sosiaalialalla. Näkki, P. Sayed, T. (toim.) Helsinki: Edita.

Lönnqvist, J. 2021. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 17.10.2021. www.oppiportti.fi/op/pkr00439

Minnesota-hoito. 2021. Minnesota-hoito. Päihderiippuvuuden asiantuntijat hoitotyössä. Viitattu 25.4.2021. <https://www.minnesota-hoito.fi/minnesota-hoito/>

Peltonen, M. 1990. Alkoholitutkimus ja historia. Viitattu 17.9.2021. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/127450/ap-1990-2-peltonen.pdf?sequence=1>

Robinson, S., Adinoff, B. 2016. The Classification of Substance Use Disorder: Historical, Contextual, and Conceptual Considerations. Viitattu 18.9.2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5039518/>

Simojoki, K. 2015. Duodecim. Käypä hoito. Viitattu 24.5.2021. <https://www.kaypa-hoito.fi/nak04632>

Suomen päihderiippuvaiset ry. 2019. Opas päihderiippuvuuden ja läheisten hoitoon. Viitattu 25.9.2021. https://www.paihderiippuvaiset.fi/Opas_paihderiippuvuuden_ja_laheisten_hoitoon.pdf

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2020. Palveluvalikoimaneuvoston suositus. Viitattu 16.9.2021. https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/26040988/Alkoholiriippuvuus_suositus_valmis.pdf/0884f1e0-6334-91a5-3035-a193f00b3d30/Alkoholiriippuvuus_suositus_valmis.pdf?t=1593581522914

THL. 2019. Päihderiippuvuus. Viitattu 27.5.2022. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/paihderiippuvuus>

Tiuraniemi, J. 2002. Reflektiivisyys asiantuntijan työssä. Viitattu 25.9.2021. <http://tiuraniemi.fi/Ammaref.pdf>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 1.4.2021. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

White, W., Miller, W. 2007. The use of confrontation in addiction treatment: History, science and time for change. Viitattu 15.9.2021. https://www.researchgate.net/publication/265148872_The_Use_of_Confrontation_in_Addiction_Treatment_History_Science_and_Time_for_Change_A_History_of_Confrontational_Therapies

Kuviot

Kuvio 1: Konstrukttiivisen tutkimuksen prosessi	22
Kuvio 2: Kehittämistyönä luotu Fria-klinikan toimintamalli.....	28
Kuvio 3: Hoitokeskeinen työote Minnesota-mallin sisällä.....	36
Kuvio 4: Vertaistuen merkitys alkoholismista toipumisessa	69

Liitteet

Liite 1: Palautelomake kehittämistyöstä Fria-klinikan henkilökunnalle.....	100
--	-----

Liite 1: Palautelomake kehittämistyöstä Fria-klinikan henkilökunnalle

Vastaa alla oleviin väittämiin valitsemalla mieleisesi vastaus. Kohdassa 5 voit kirjoittaa avoimesti ajatuksiasi kehittämistyön tuloksena luodusta Fria-klinikan päihdehoidon toimintamallista.

1. Kehittämistyön tavoite ja tarkoitus olivat selkeästi esillä kehittämistyön eri vaiheissa.
 - (1) Täysin eri mieltä
 - (2) Jokseenkin eri mieltä
 - (3) Ei samaa eikä eri mieltä
 - (4) Jokseenkin samaa mieltä
 - (5) Täysin samaa mieltä

2. Kehittämistyönä luodussa uudessa toimintamallissa noudatetaan sosiaalialan eettisiä arvoja.
 - (1) Täysin eri mieltä
 - (2) Jokseenkin eri mieltä
 - (3) Ei samaa eikä eri mieltä
 - (4) Jokseenkin samaa mieltä
 - (5) Täysin samaa mieltä

3. Kehittämistyönä luotu toimintamalli noudattaa Minnesota-mallin erityispiirteitä, jotka ovat tärkeitä.
 - (1) Täysin eri mieltä
 - (2) Jokseenkin eri mieltä
 - (3) Ei samaa eikä eri mieltä
 - (4) Jokseenkin samaa mieltä
 - (5) Täysin samaa mieltä

4. Uusi toimintamalli on havaintojeni mukaan selkeä asiakkaille.
 - (1) Täysin eri mieltä
 - (2) Jokseenkin eri mieltä
 - (3) Ei samaa eikä eri mieltä
 - (4) Jokseenkin samaa mieltä
 - (5) Täysin samaa mieltä

5. Kuvaile vapaasti tuntemuksiasi ja kokemuksiasi kehittämistyönä käyttöön otetusta toimintamallista.