

**PELIONGELMAISTEN HOITO SUOMESSA –
työntekijöiden haastattelu**

Minna Pitkänen

Pro gradu –tutkielma

Itä-Suomen yliopisto

Terveystieteiden tiedekunta

Hoitotieteen laitos

Hoitotiede

Syyskuu 2010

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO, terveystieteiden tiedekunta
Hoitotieteen laitos, hoitotiede, terveystieteiden opettajan koulutus

PITKÄNEN, MINNA: Peliongelmaisten hoito Suomessa - työntekijöiden haastattelu

Opinnäytetutkielma, 72 sivua, 1 liite (3 sivua)

Ohjaajat: Professori Anna-Maija Pietilä ja tutkija Maritta Itäpuisto

Syyskuu 2010

Avainsanat: Peliongelma, hoito, työntekijät

Suomessa peliongelmaan liittyvää hoidollista tutkimusta on vähän. Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että peliongelmaisia voidaan hoitaa päihdepalveluiden piirissä. Mielensterveyslaissa ja Sosiaaliportin hyvissä käytännöissä annetaan suuntaa ongelmapelaajien hoitoon. Tosin mielensterveystyön palveluissa heitä on hoidettu vähän. Peliongelmaisten hoidon menetelmät ja hoitokeinot vaihtelevat, eikä yhtenäistä hoito-ohjelmaa ole olemassa. Suomessa pelaamisen aiheuttamien ongelmien hoitoon ei yleensä ole panostettu ja paikkakuntakohtaisia eroja on niin hoidon saatavuuden kuin hoitopaikkojen suhteen.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa menetelmistä, joita käytetään peliongelmaisten hoidossa ja siitä, miten näitä menetelmiä käytetään. Tavoitteena on myös saada tietoa peliongelmaisten hoitoon liittyvistä näkemyksistä. Tutkimukseen osallistuvat viisi haastateltavaa valittiin Itä- ja Keski-Suomen alueella toimivista päihdealan palveluverkostoon kuuluvista organisaatioista, jotka kuuluvat Pelissä -hankkeen toiminta-alueeseen. Haastateltavien toimenkuvaan kuului peliongelmaisten asiakkaiden hoito. Aineisto analysoitiin teemoitetulla sisällönanalyysillä.

Tutkimukseen osallistuvilla organisaatioilla yhdelläkään ei ollut peliongelmaisille suunnattua hoito-ohjelmaa ja peliongelmaisten hoidossa käytettiin samoja menetelmiä kuin päihdeongelmaisten hoidossa. Asiakkaan tunne kohdatuksi ja kuulluksi tulemisesta oli eräs tärkeimmistä asioista yksilötyössä. Ryhmähoitoa järjestettiin vain murto-osassa tutkimukseen osallistuvista organisaatioista. Ryhmähoitoa järjestävissä organisaatioissa oli monipuolisia ryhmäpalveluita, muun muassa avo-, läheisten- ja korva-akupunktioryhmät.

Peruspalvelutasolla tulisi olla perusvalmiudet kohdata peliongelmainen asiakas ja hallita perusmenetelmät asiakkaan hoitamisessa. Lisäksi peliongelmaa ja peliongelmaisten hoitoa pitäisi tuoda julkisuudessa enemmän esille ja tehdä näkyväksi yleisellä tasolla. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää niiden työntekijöiden koulutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa, jotka työskentelevät peliongelmaisten asiakkaiden kanssa. Tutkimuksen tuloksia voidaan lisäksi hyödyntää materiaalin tuotannossa, jota tehdään peliongelmaisten asiakkaiden kanssa työskenteleville.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND, Faculty of Health Sciences
Department of Nursing Science, Nursing Science

PITKÄNEN, MINNA: Treating Problem Gamblers in Finland – Workers' Interview

Master's thesis, 72 pages, 1 appendix (3 pages)

Advisors: Professor Anna-Maija Pietilä and Reseacher Maritta Itäpuisto
September 2010

Keywords: Gambling problem, treatment, workers

In Finland, research on problem gamblers' treatment is scarce. Earlier studies have shown that problem gamblers can be treated in substance abuse services. The Mental Health Act and Sosiaaliportti's good practices provide directions on how problem gamblers should be treated. Nonetheless, they are rarely treated in mental health services. Problem gamblers' treatment methods fluctuate and there is no common management program. In Finland, there hasn't been much effort to take care of problems that gambling has caused. Problem gamblers' treatment services vary greatly between Finnish cities.

The aim of this study is to produce information about the methods that are used in problem gamblers' treatment and how these methods are used by workers. Another aim is to collect information about the views on how to treat problem gamblers. Interviewees were selected from organizations that are involved in the Pelissä project. Five interviewees were selected for the study, all working with problem gamblers. The research material was analyzed using thematic content analysis.

Organizations participating in this study had no management program for problem gamblers, and the methods they used were the same as when treating substance users. The client's feeling of being heard was one of the most significant things in the therapeutic work. Group treatment was used in very few organizations. Those that used it had diverse forms of group therapy: open, family and ear-acupuncture groups.

Basic social and health services should have the readiness to treat problem gamblers and master the appropriate treatment methods. Furthermore, there should be more publicity regarding gambling problems and problem gamblers' treatment. The issue of gambling problems should be discussed more generally. The results of this study can be used for planning the education of workers who treat problem gamblers and for producing problem gamblers' treatment material.

Sisältö

1 JOHDANTO.....	6
2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT	8
2.1 Peliongelman määritelmä ja pelaamisen tasot	8
2.2 Peliongelmaiset Suomen terveydenhuollon palvelujärjestelmässä.....	9
2.3 Peliongelmaisten tukeminen avo- ja laitoshoidossa	12
2.3.1 Avohoidon toimijoita ja menetelmiä.....	12
2.3.2 Laitoshoidossa toteutuvan kuntoutuksen piirteitä	14
2.3.3 Vertaistuen ja ryhmätoiminnan muotoja peliongelman hoidossa.....	16
2.4 Työntekijänä peliongelmaisten hoidossa	17
2.5 Ammattilaisten näkemyksiä läheisten osuudesta ongelmapelaajien hoidossa	19
2.6 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista	23
3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT JA TUTKIMUKSEN TAVOITE.....	27
4 TUTKIMUKSEN METODISET VALINNAT	28
4.1 Tutkimusaineiston keruu ja tutkimukseen osallistujat.....	28
4.2 Aineiston analyysi.....	30
5 TULOKSET	32
5.1 Peliongelmaisten hoidossa käytettäviä menetelmiä ja hoitomuotoja	32
5.2 Peliongelmaisen asiakkaan yksilöhoidon sisältö	36
5.3 Yksilötyön hoitavat tekijät peliongelmaisten hoidossa	39
5.4 Yksilötyön hyvät ja kehittämistä edellyttävät asiat	41
5.5 Ryhmähoito peliongelmaisten hoidossa	42
5.5.1 Ryhmähoidon järjestäminen	42
5.5.2 Ryhmähoidon hyvät ja kehittämistä edellyttävät asiat	42
5.6 Peliongelmaan ja peliongelmaisten hoitoon huomiota	43
5.7 Yhteenveto tutkimustuloksista.....	45
6 POHDINTA.....	49
6.1 Tulosten tarkastelu	52
6.1.1 Peliongelmaisten hoito.....	52
6.1.2 Yksilö- ja ryhmähoidon hoitavia tekijöitä peliongelmaisten hoidossa.....	54
6.1.3 Kehittämisenäkökulmia	55
6.2 Tutkimuksen luotettavuus	55

6.3 Eettiset näkökohdat.....	58
6.4 Tulosten merkitys ja johtopäätökset	60
6.5 Jatkotutkimushaasteet	62
LÄHTEET.....	63

LIITTEET

LIITE 1. Haastattelukysymykset

1 JOHDANTO

Suomalaisista 15 vuotta täyttäneistä asukkaista valtaosa on pelannut joskus rahapelejä. Näistä pelaajista pieni osa kokee pelaamisensa ongelmalliseksi. Peliongelmaiset saattavat pelata jopa viittä rahapeliä yhtä aikaa, mikä kertoo peliongelman vakavasta luonteesta (Aho & Turja 2007.) Rahapeliön tarjonta on Suomessa muuttunut vuosien saatossa ja rahasta pelaaminen on nykyään arkipäiväistä sekä hyväksyttyä (Peluuri 2010.) Rahapelaaminen on merkittävää taloudellista toimintaa, koska rahapeleistä saadut tulot mahdollistavat rahapeliyhdistysten tukien lisääntyneen määrän. Yhteiskunnallisesti haastava tehtävä on keinojen löytämisessä kustannusten ja hyötyjen välille. Lisäksi rahapeliongelmiin liittyy henkilön liiallisesta pelaamisesta aiheutuneet ulkoisvaikutukset ja näistä vaikutuksista yhteiskunta joutuu huolehtimaan. (Kärki 2010).

Rahapeliön saatavuus on helppoa ja pelaaminen onnistuu esimerkiksi ravintoloissa, kaupoissa ja Internetissä (Peluuri 2010). Peliongelma kehittyy hitaasti ja saattaa johtaa peliriippuvuuteen. Peliongelman tunnistaminen ei ole helppoa, koska se ei näy ulospäin ja pelaaminen salataan. (Pajula 2009).

Suomessa vallitsee alueellinen epätasa-arvo peliongelman hoitoon pääsystä. Peliongelman hoitoon erikoistuneita hoitoyksiköitä ja työntekijöitä on vain harvoilla paikkakunnilla (Itäpuisto 2010.) Murron (2005) pro gradu -tutkielman, Nikkisen (2008) selvityksen, Huttusen (2009) pro gradu -tutkielman ja Jaakkolan (2006) artikkelin mukaan Suomessa ongelmapelaajien hoito terveydenhuollon palvelujärjestelmässä on hajanainen ja sekava. Viime vuosien aikana peliongelmaisten systemaattisempaa hoitoa on alettu kuitenkin kehittää Suomessa tietyillä isommilla paikkakunnilla. Tutkimuksen teko hetkellä peliongelmaisten hoidon kehittäminen ja hoito perustuvat peliongelmaan liittyviin hankkeisiin sekä niiden aktiivisuuteen. (Itäpuisto 2010.)

Tutkimuksen aihe on valittu peliongelmaisten yhteiskunnallisen tilan perusteella. Tämä tutkimus antaa suuntaa peliongelman hoidossa käytettävistä menetelmistä Suomessa ja niistä tekijöistä, jotka koetaan hoitavan henkilökunnan taholta hyvinä sekä asiakasta

motivoivina. Tutkimuksen tarkoitus on tuottaa tietoa myös työntekijöiden yksilötyön sisällöstä peliongelmaisten hoidossa. Tutkimuksessa tarkastellaan myös ryhmähoidon sisältöä ja menetelmiä, jonka tarkoituksena on tuottaa tietoa ryhmähoidon järjestämisen periaatteista. Lopuksi tutkimuksessa selvitetään työntekijöiden näkemyksiä oman työnsä kehittamisestä peliongelmaisten hoidossa ja yleisiä kehittämisenäkökulmia peliongelmaan liittyen.

Suomessa on terveystieteissä, joihin hoitotiede lukeutuu, tutkittu vähän peliongelmaisten hoitoa. Näin voidaan olettaa, että tässä tutkimuksessa saadaan tuotettua uutta tietoa tästä aihealueesta peliongelmaisten asiakkaiden laadukkaaseen hoidon kehittämiseksi. Tutkija työskenteli peliongelmaisten kuntouttavassa hoidossa Tyynelän Kuntoutuskeskuksessa sairaanhoitajana viiden vuoden ajan vuosien 2001 ja 2008 välisenä aikana. Tänä aikana hän on luonut perustan peliongelmaisten hoidosta niin avo- kuin laitoshoidossa.

Tämän tutkimuksen lähtökohtana on ihminen, hänen elämänsä peliongelman kanssa ja peliongelmansa hoitoon liittyvät hoidolliset tekijät sekä menetelmät. Laadullisen terveystutkimuksen tarkoituksena on pyrkiä selvittämään totuutta tutkimuskohteina olevista ilmiöistä. Lisäksi tarkoituksena on jäsentää todellisuutta paremmin hallittavaan muotoon (Kylmä & Juvakka 2007). Tämä tutkimus sijoittuu terveystutkimuksessa ihmisen sairauden hoitamiseen ja näin ollen sairauden parantamiseen. Terveystieteiden tutkimuksen kohteena on ihmisen terveys ja siihen yhteydessä olevat tekijät (Kylmä ym. 2007).

2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Peliongelman määritelmä ja pelaamisen tasot

Jaakkola (2006) on määritellyt peliongelman seuraavasti: *”Peliongelma voidaan puhua silloin, kun rahapelien pelaaminen aiheuttaa pelaajalle taloudellisia, sosiaalisia tai psyykkisiä ongelmia.”* Peliongelmaan liittyy monenlaisia ongelmia ja peliongelmaiset ovat heterogeeninen ryhmä. Peliongelmaiset voidaan jakaa neljään eri ryhmään. 0-tason henkilö ei ole koskaan pelannut rahapelejä, 1-tasoon kuuluvat sosiaaliset tai viihdepelaajat. 2-tasoon kuuluvat liikapelaajat, joista riskiryhmään kuuluvat ongelmapelaajat tai holtittomat pelaajat. 3-tasoon eli vakavimpaan ryhmään kuuluu pakonomainen tai patologinen pelaaminen ja henkilön voidaan todeta olevan peliriippuvainen.

Enemmistö ongelmapelaajista kuuluu sosiaalisiin tai viihdepelaajiin. Tasolla yksi ei ole ongelmia. Pelaaminen on ajanvietettä, harrastus, sosiaalista toimintaa ja/tai miellyttävä ympäristö. Tasoilla kaksi ja kolme on ongelmia. Tasolla kaksi pelaajalla on kohtalaisia ongelmia. Näitä ovat tappioiden tasoitusyritykset, syyllisyyden tunteet, riidat, pelaamisen salaaminen, ajoittainen masennus ja korkea kulutus. (Pajula 2009 & Bulwer 2003.)

Vähemmistö pelaajista kuuluu liikapelaajiin. Tasolla kolme voidaan puhua vakavasta ongelmasta. Tähän ryhmään kuuluu pieni ryhmä ongelmapelaajista. Tasolla kolme pelaajalle ilmaantuu masennus- ja itsemurha-ajatuksia, eroja, velkaa ja köyhyyttä sekä rikollisuutta (Pajula 2009 & Bulwer 2003). Lisäksi Bulwer (2003) on määritellyt tutkimuksessaan ammattipelaajan tason. Tällä tasolla pelaajat ansaitsevat elantonsa pelaamalla. Heille on kehittynyt taitoja, joita voi hyödyntää pelejä pelatessa (muun muassa pelaamisen käytetyn ajan ja rahamäärän kontrolloiminen).

Peliriippuvuudelle on olemassa määritelmä, mutta ongelmapelaamisen määrittelyyn ei ole löytynyt yleisesti ja yhteisesti hyväksyttyä määritelmää. Peliongelman ajatellaan olevan peliriippuvuutta edeltävä vaihe (Jaakkola 2006). Pelissä hankkeen tutkija Itäpuiston henkilökohtaisen tiedonannon mukaan (9 / 2010) peliriippuvuus määritelmää ei käytetä Pelissä –hankkeen termistössä ja on suositeltavaa käyttää peliongelma määritelmää. Jaakkola

(2006) määrittelee ongelmapelaamisen seuraavasti: *”Ongelmapelaaminen on liiallista rahapelien pelaamista, joka vaikuttaa kielteisesti henkilön muihin elämän alueisiin, kuten hänen psyykkiseen tai fyysiseen terveyteensä, suoriutumiseen koulussa tai työelämässä, talouteen ja/tai ihmissuhteisiin.”*

2.2 Peliongelmaiset Suomen terveydenhuollon palvelujärjestelmässä

Nikkisen (2008) tekemän selvityksen mukaan palveluiden rahoitus on kunnissa vajavaista ja peliongelmaisten hoito jää valinnaiseksi. Nikkinen (2008) toteaa edelleen, että Suomessa päihdepalvelut ovat viime vuosikymmenien aikana kaventuneet ja peliongelmiin hoitoa päihdepalvelujärjestelmässä voidaan pitää haasteellisena. Huolenaiheita työntekijöiden keskuudessa Keski-Suomen alueella herätti se, ettei kuntien päihdestrategioissa kuitenkaan puhuta / mainita millään tavalla peliongelmaisten hoitopaikkaa / hoitopolkua. (Huttunen 2009.)

Suomessa palvelujärjestelmä on hyvin hajanainen ja palvelujärjestelmän pirstaleisuuteen vaikuttavat monimutkaisen lainsäädännön lisäksi myös eri toimijoiden näkemykselliset, koulutukselliset ja asenteelliset tekijät. Suomessa ei ole selkeää linjaa peliongelmaisten hoidossa. (Murto 2005.) Lisäksi hoidon järjestymiseen voivat olla vaikuttamassa puutteellinen tietoisuus rahapeliongelmistä ja koulutuksen puute. Työntekijöillä on erilaisia näkemyksiä siitä, mistä peliongelmassa on kyse ja miten peliongelmaa ylipäänsä hoidetaan. (Nikkinen 2008.)

Jaakkola (2008) toteaa katsauksessaan, ettei Suomessa ole yhtään erityisesti peliongelmaisille suunnattua hoitopalvelua. Laajoilla alueilla Suomessa ei ole tarjota peliongelmaisille minkäänlaisia palveluita, koska A-klinikkaverkosto ei kata koko Suomea. Suomessa peliongelmaisten hoidon puutteita ovat muun muassa avohoidon ja vertaistuen resurssien niukkuudessa. Hoidon järjestäminen on pääsääntöisesti kuntien vastuulla, silti kuntien palvelujärjestelmässä ei peliongelmaa ole huomioitu juuri ollenkaan.

Ahosen (2010) tekemässä peliongelmaisten haastattelututkimuksessa kartoitettiin myös

peliongelmaisten kokemuksia ongelmapelaajien hoitojärjestelmästä. Valtaosa tutkimukseen osallistuneista ongelmapelaajista oli hakenut hoitoa peliongelmaansa useasta eri paikasta. Kontaktit A-klinikkaan olivat yleisimpiä hoitoon hakeutumispaiikkoja. A-klinikoiden toimintaa pidettiin pääosin myönteisenä kokemuksena ja 63 prosentilla tutkimukseen osallistuneilla ongelmapelaajilla kontakti A-klinikkaan johti yli puoli vuotta kestävään hoitosuhteeseen.

Ahonen (2010) toteaa tutkimuksessaan, että psykiatriseen hoitokontaktiin hakeutui 44 haastateltavasta 11 ongelmapelaajaa. Heistä suurin osa koki hoitokontaktin kielteiseksi. Gamblers Anonymous (GA) -ryhmistä ongelmapelaajat antoivat myös negatiivista palautetta. A-klinikoiden ja psykiatrisen hoidon lisäksi apua haettiin seurakunnalta, työpsykologilta, yksityislääkäriltä ja yksityisistä mielenterveyspalveluista.

Ahosen (2010) tutkimuksen mukaan haastateltavat ongelmapelaajat kokevat suurimmaksi osaksi A-klinikat hyväksi ja oikeaksi peliongelmaisten hoitopaikaksi. Eriäviä mielipiteitä ja ehdotuksia peliongelmaisten hoitopaikaksi esiintyi. Hoito voitaisiin järjestää muun muassa peruspalvelutasolla.

Pitkäsen ja Huotarín (2009) tekemässä raportissa on luetteloitu peliongelmaisten palvelupolut, toimijat ja tehtävät. Neuvontaa ja ohjausta annetaan terveyskeskuksissa, sosiaalipalveluissa, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa, A-klinikoilla, mielenterveyspalveluissa, nuorisoasemilla, talous- ja velkaneuvonnassa sekä Peluurissa. Avohoidon toimijoita ovat A-klinikat, mielenterveyspalvelut, erilaiset hankkeet ja ohjelmat (esimerkiksi Sosiaalipedagogiikan säätiön maahanmuuttajien pelaaminen hallintaan -hanke ja Peli Poikki -ohjelma), Kuopion Kriisikeskus, Turun nuorisoasema, Jyväskylän Seudun päihdepalvelusäätiö ja Hietalinna-yhteisö. Vertaisryhmistä GA -ryhmiä on yhdeksällä paikkakunnalla. Internet tarjoaa monia verkkoyhteisöjä, joista yksi on esimerkiksi Päihdelinkin Valtti -foorumi.

Turjan (2006) tekemän kuntaselvityksen mukaan, rahapeliongelmiä tavataan eniten sosiaalihuollossa. Vajaalla kolmasosalla kunnista on oma palvelupisteensä, johon peliongelmainen tai hänen läheisensä ohjataan. Rahapeliongelmiä huomioiminen voisi olla paremmalla tasolla palvelujärjestelmässä. 60 % kuntatason työntekijöistä vastasi, että

peliriippuvaiset huomioidaan joko melko tai erittäin huonosti. Kuntien peruspalveluissa peliongelma ja peliongelmaiset tulevat esille harvoin.

Suomessa ongelmapelaajien hoito tapahtuu pääasiassa päihdehuollon piirissä. Huttusen (2009) tutkimuksen mukaan peliongelmaisia voidaan hoitaa jatkossakin päihdepalvelujen piirissä. Nikkisen (2008) selvityksen mukaan peliongelmaisten on helpompaa asioida päihdepalveluiden piirissä sen riippuvuusorientoituneisuuden vuoksi. DSM -luokitus saattaa kuitenkin vaikuttaa siihen, että joissain tapauksissa peliongelmaiset tarvitsevat enemmän psykiatrisia palveluita. Peliongelman ajatellaan lisäävän mielenterveydenongelmia ja Suomessa tulee arvioida peliongelmaisten mahdollinen hoito myös psykiatristen palveluiden piirissä.

Huotarin (2009) raportissa asiantuntijoiden (päihde- ja pelitason, talous- ja velkaneuvonnan, mielenterveyspalveluiden, Kriminaalihuollon, Kansanterveyslaitoksen, maahanmuuttajien ja Kriisikeskuksen edustajat) mukaan keskeisin valtakunnallinen palvelu ongelmapelaajille on Peluurin auttava puhelin ja Peluurin Internet palvelut. Valtakunnan tasolla palveluiden organisoinnissa on puutteita, eikä palvelujen ohjauksen uskota ulottuvan paikallistasolle. Kunnat päättävät itse mitä palveluita tarjotaan. Asiantuntijat pitävät palvelujärjestelmämme heikkoutena myös palveluiden eriytyneisyyttä, muun muassa velat hoidetaan eri paikassa kuin psykososiaaliset ongelmat.

Asiantuntijoiden mielestä suuri ongelma on siinä, minne ja miten erikoistuneet avopalvelut tulisi järjestää. Kunnallisen puolen tarjoamat palvelut ovat hyvin heikkoja. Peruspalveluissa ei tunnisteta peliongelmaa, eikä sitä osata ottaa siellä puheeksi. Myös hoitoon ohjaaminen on heikkoa, eikä peruspalveluissa osata peliongelmaista ohjata oikeaan hoitoyksikköön. Yhtenä ongelmana peruspalveluissa on peliongelman vähättely ja riittämätön tieto peliongelmosta. (Huotari 2009.)

2.3 Peliongelmaisten tukeminen avo- ja laitoshoidossa

2.3.1 Avohoidon toimijoita ja menetelmiä

Huotari (2009) on selvittänyt raportissaan peliongelmaisten avohoidon eri toimijoiden hoidon sisältöä Suomessa. **Peluuri** on valtakunnallinen auttava puhelin peliongelmaisille ja heidän läheisilleen. Peluurista saa tietoa ja tukea ongelmapelaamisesta sekä sen hoitamisesta. Peluuri on soittajalle maksuton ja sinne voi soittaa nimettömänä. Peluurin palvelut sisältävät myös eNeuvonnan sekä vertaistukea antavan keskustelufoorumin Valtin

Peluuri tarjoaa Internetin välityksellä ohjelmaa peliongelman hoitoon. **Peli poikki –ohjelmaa** toteutetaan tutkimushankkeena, jonka kesto on kaksi vuotta. Peli poikki –ohjelman ideologia perustuu kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan ja motivoivaan haastatteluun. Ohjelma pitää sisällään itseopiskelua, työmateriaaleja, foorumin, kotitehtäviä ja puhelinkeskusteluja. Ohjelma kestää yhteensä kahdeksan viikkoa, jotka koostuvat viikon mittaisista osioista (Huotari 2009.) Peluurin Peli Poikki-ohjelman Internet sivustojen mukaan vuonna 2009 peliongelmaista käyttäytymistä oli noin 130 000 ihmisellä. Ongelmia on ollut oman pelaamisensa hallinnassa. Apua haetaan hyvin harvoin ja Peli Poikki ohjelman suosio Internet palveluna on kasvanut.

Huotarin (2009) raportissa kerrotaan **Kuopion kriisikeskuksen** tarjoavan ainoana organisaationa Kuopiossa palveluita peliongelmaisille asiakkaille. Kriisikeskus tarjoaa palveluitaan ongelmapelaajalle, joka on kriisissä. Työskentely kestää yhdestä viiteen kertaa ja palvelu on terapiakeskustelua. Mikäli asiakas saa maksusitoumuksen jatkoterapiakäynteihin, kriisikeskuksessa voidaan hoitaa myös pidempiaikaisesti peliongelmaista asiakasta.

Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiössä hoidetaan peliongelmaisia Pelissä –hankkeessa toimivan työntekijän vastaanotolla, jossa tehdään aluksi hoidon tarpeen arviointi. Arviointi sisältää kahdesta viiteen käynti kertaa, jonka aikana arvioidaan asiakkaan hoidon tarpeen laatu. Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiössä on mahdollisuus yksilökäynteihin ja ryhmähoitoon. Laitoshoitoon peliongelmainen asiakas ohjataan, mikäli asiakas sitä tarvitsee.

Toneatton (2004) tutkimukseen osallistuneilla puolella oli kontakteja psykiatriseen hoitojärjestelmään peliriippuvuuden perusteella. A-klinikkaa on pidetty osana peliongelman palvelujärjestelmää jo vuodesta 1993 lähtien (Murto & Niemelä 1993). Peliongelmaiset ovat kokeneet mielenterveystoimiston ongelmalliseksi paikaksi, koska ongelmaan ei ole osattu suhtautua vakavasti (Mielonen & Tiittanen 1999).

Murron (2005) tutkimuksen mukaan vastaajien mielipiteet A-klinikasta hoitavana tahona jakaantui. Hyvää A-klinikoiden hoitavana tahona olemisena oli, että palveluverkosto on valtakunnallisesti levittäytynyt laajalle alalle. Myös nuorten osalta palveluihin hakeudutaan muun muassa A-klinikoille, kriisikeskuksiin, työterveyslääkäreille ja vertaistukiryhmiin (esimerkiksi GA:n) (Taskinen 2007).

Huttusen (2009) pro gradu -tutkielman tuoman tutkimustiedon mukaan päihdehuoltoa pidetään hyvänä peliongelmaisten avohuoltoapaikkana myös siksi, että päihdehuollossa on vahvuutta hoitaa erilaisista riippuvuuksista kärsiviä asiakkaita. Huonona pidettiin päihdehoito-orientoituneisuutta. Myös resurssikysymykset tulevat vastaan, koska voimavarat ovat jo venytetty äärimilleen. Kuitenkaan peliongelmaisille suunnattua omaa palvelujärjestelmää ei kannatettu, vaikka Suomen suurimmilla kaupungeilla tähän olisi kysyntää. (Murto 2005.)

Peliongelmaisten avohoidossa hoitomenetelmät ovat usein kognitiivista ja ratkaisukeskeistä terapiaa. Motivoiva haastattelu, supportiivinen terapia, hoidolliset keskustelut, verkostokokoontumiset, esitteiden jako ongelmapelaajille, tuki, ohjaus ja läheisten kanssa keskustelu ovat tällä hetkellä käytössä olevia menetelmiä ongelmapelaajien hoidossa. Niiden vaikuttavuudesta Keski-Suomen alueella työskentelevät päihdetyöntekijät eivät osanneet sanoa mitään. (Huttunen 2009.)

Brewsterin ja Boughtonin (2002) tutkimuksessa tutkittiin työntekijöiden menetelmiä hoitaa peliongelmaisia asiakkaita Ontariossa, Kanadassa. Peliongelmaan koulutetut henkilöt käyttivät peliklinikalla eniten kognitiivisia, behavioristisia sekä sosiaalisen oppimisen keinoja (55%). Muiden palveluiden piirissä työskentelevät työntekijät käyttivät myös kognitiivisia, behavioristisia sekä sosiaalisen oppimisen keinoja eniten, mutta prosentuaalisesti peliongelmaan koulutettuihin henkilöihin verrattuna lähes viisi kertaa harvemmin (11%).

Seuraavaksi eniten käytettyjä menetelmiä olivat motivoivahaastattelu, psykososiaaliset ja lyhytkestoiset ratkaisukeskeiset menetelmät. Lisäksi työntekijät ohjasivat peliongelmaisia asiakkaitaan GA (Gamblers Anonymus) ryhmiin. Yli 90 % vastaajista oli käyttänyt viimeisen vuoden aikana SOGS mittaria peliongelman tunnistamisessa.

Walker, Coughlan, Anjoul, Commiso, Braganza ja Enersen (2003) kirjoittivat katsauksessaan kognitiivisen terapian vaikuttavuudesta ongelmapelaajien hoidossa Sydneyssä, Australiassa. Kognitiivisen terapian todettiin olevan näyttöön perustuvaa, jolla voitiin selvittää peliongelmaisen käyttäytymistä, riippuvuuden luonnetta ja syitä pelaamiseen. Katsauksessa kognitiivisen terapian todettiin olevan paras menetelmä ongelmapelaajien hoidossa.

Toneatton ja Gunaratnen (2009) tutkimuksessa tutkittiin neljän eri hoitomenetelmän vaikuttavuutta peliongelmaisten hoidossa. Tutkimusryhmät koostuivat kognitiivisen terapian, käyttäytymisterapian, motivoivan terapian ja mini-intervention ryhmistä. Vuoden seurantatulosten perusteella eri hoitomuotojen välillä ei löydetty olevan suuria eroja. Huomattavaa oli, että kaikilla hoitomuodoilla oli tehokkuutta peliongelman hoidossa kaiken kaikkiaan. West (2004) on todennut samansuuntaisen seikan väitöskirjassaan.

Huotari (2009) raportissa asiantuntijoiden mielestä ongelmapelaajien hoitoon ja tukemiseen tarvitaan ongelmapelaajien hoitoon erikoistuneita avopalveluita, jotka voidaan järjestää päihdepalveluiden yhteydessä. A-klinikoilla tulisi olla vähintään yksi peliongelmaisten hoitoon erikoistunut työntekijä, joka on koulutettu tätä tehtävää varten. Uusien laitoshoidoyksiköiden perustamista ei tarvita, vaan olemassa olevat palvelut riittävät. Laitoshoitoon pääsy tulisi kuitenkin turvata kaikkein vaikeimmille ongelmaisille.

2.3.2 Laitoshoidossa toteutuvan kuntoutuksen piirteitä

Huttusen (2009) tekemässä tutkimuksessa Keski-Suomen alueella työskentelevät päihdetyöntekijät eivät kokeneet laitoshoidon mahdollisuutta ensisijaisena peliongelmaisten hoitovaihtoehtona. Pohdintaa herätti laitoshoidon hyödyllisyys asiakkaan toipumisen kannalta, jos jatkohoitoa ei ole suunniteltu hyvin. Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiön

työntekijöiden Maritta Itäpuiston ja Anne-Maria Perttulan mukaan laitoshoidon järjestetään Suomessa tutkimuksen teko hetkellä kahdessa organisaatiossa, Tuustaipaleen Kuntoutuskeskuksessa ja Hietalinna yhteisössä.

Poterin työryhmän (1995) tekemän opinnäytetyön mukaan Tyynelän Kuntoutuskeskus oli suosittu laitostuntoutuspaikka, josta sai eväitä peliongelmaista selviämiseen. Peliongelmaan suunnatut hoito-ohjelmat olivat olleet onnistuneita ja menetelmät hyviä. Tyynelän Kuntoutuskeskuksessa käytettiin ratkaisukeskeisiä ja kognitiivisia menetelmiä. Tyynelän kuntoutuskeskuksen toiminta lakkautettiin maaliskuussa 2009.

Sekä avo- että laitoshoidossa käytetään hyvin samansuuntaisia hoitomuotoja. Toneatton (2004) tutkimus todistaa, ettei hoitomuotojen välillä ole löydetty sen kannattavuuden kannalta minkäänlaisia eroja. Jokaisella hoitomuodolla on omatarkoituksensa yksilön peliongelman hoitamisen kannalta, ongelmanratkaisutaitojen kartoittamisessa ja kuinka kohdata ongelmia omassa elämässään.

Halmeen työryhmän (2008) katsauksessa vedotaan Toneatton ja Ladoucerin tekemään tutkimukseen vuodelta 2003. Laitoshoidon kannatetaan sellaisille peliongelmaisille, joilla on samanaikaisia elämäntilanteellisia kriisejä. Näitä kriisejä voivat olla muun muassa erilaiset riippuvuusongelmat. Lisäksi laitoshoidon on perusteltua, kun peliongelmaisella asiakkaalla on myös muita mielenterveydellisiä ongelmia.

Hyödyllistä hoitoa on todettu saatavan kuntouttavasta laitoshoidosta. Laitoshoidoilla on todettu olevan hyvät hoito-ohjelmat ja sisällöt. Näillä onnistutaan luomaan uskoa peliongelmaisen selviytymismahdollisuuksiin. Laitoshoidosta koetaan saatavan apua myös elämän hallintaan laitostuntoutuksen jälkeen. Kuntoutukseen haetaan siksi, että pelaaminen on aiheuttanut riippuvuutta ja sen myötä on muodostunut mm. taloudellisia ja muita psykososiaalisia ongelmia. (Mielonen ym. 1999.)

Huotarin (2007) raportin mukaan kuntoutukseen osallistuneiden ongelmat vähenivät kuntoutuksen myötä ja esimerkiksi masennus oli laskenut lähes 30 prosentilla. Myös kaikki tutkimukseen osallistuneiden mainitsevat kriisitekijät (muun muassa ihmissuhdeongelmat)

olivat vähentyneet kuntoutuksen aikana. Hoitajaksojen kestot koettiin liian lyhyinä ja näin ollen jakso saattoi jäädä pinnalliseksi. Kuntoutuslaitoksissa hoitotyöntekijöillä oli vaikeutta samaistua pelaajan asemaan ja yleensäkin ymmärtää pelaajaan maailmaa. (Mielonen ym. 1999.)

Kuntoutus tavoitteiden saavuttamiseen vaikuttaa ryhmän tuki ja puhuminen asiasta. Tavoitteiden saavuttamista vaikeuttaa pelipaikkojen olemassaolo ja pitkään jatkunut pelaaminen. Kuntoutuksen merkittäväksi tekijäksi koettiin ryhmän tuki ja kielteisenä koettiin kuntoutuksen lyhyt kesto. (Huotari 2007.)

2.3.3 Vertaistuen ja ryhmätoiminnan muotoja peliongelman hoidossa

Peliongelmaiset asiakkaat ovat itse kuvanneet, että vertaistuen ja ryhmätoiminnan auttavan siihen, että pelaaminen pysyy hallinnassa tai loppuu kokonaan (Huotari 2007). Jo vuonna 1993 itseapuryhmien merkitys on ollut kohtalaisen suuri peliongelmaisten hoidossa. Ongelmapelaajilla on tarve puhua ongelmistaan ja saada niitä myös yleisempään tietoon. (Murto ym. 1993.) Vertaistuki on koettu merkittäväksi myös Mielosen (1999) tekemässä opinnäytetyössä.

Myös kansainvälisesti useissa eri tutkimuksissa vertaistuen on todettu olevan merkittävä tekijä peliongelmaisten hoidossa. Muun muassa Gomesin (2008), Piquette-Tomei, Norman, Dwyer ja McCaslin (2008) työryhmien sekä Ferentzyn, Skinnerin ja Antzen (2006) tekemien tutkimusten mukaan GA:n kuuluminen on yksi merkittävä tekijä peliongelmaisten hoidossa ja vertaistuellinen yhteys toisten ongelmapelaajien koettiin toipumista edistävänä tekijänä.

Poterin ja Tourusen (1995) tekemän opinnäytetyön mukaan GA -ryhmät ovat sopivimpia niille ongelmapelaajille, joilla tavoitteet pelaamisen lopettamiseksi ja elämäntapojen muutosten tekemiseksi ovat selkiytyneet. GA -ryhmään lähtemistä pidetään kuitenkin osittain vaikeana sen aatteellisuuden vuoksi. Murto (2005) kertoo tutkimuksessaan erityisen esimerkin Vantaan tilanteesta, jossa peliongelmaisia ei hoideta A-klinikalla vaan heille on järjestetty oma vertaistuki ryhmä, joka kokoontuu kerran viikossa.

Erkkilä ja Eerola (2001) tutkivat tutkimuksessaan eri menetelmien käyttöä peliongelmaisten kuntouttavina muotoina. Yksi menetelmä koostui keskustelupohjaisista ryhmäprosesseista. Tässä menetelmässä peliongelmaisten kuntoutuksessa käytettiin runsaasti ryhmäkeskusteluja. Ryhmässä annettiin tilaa ajatusten jakamiseen ja vuorovaikutuksen luomiseen. Ryhmien tarkoituksena oli lisäksi tarkoitus tukea peliongelmaisen asiakkaan voimavarojen löytymistä ja kuinka niitä voisi käyttää hyödyksi. Tutkimuksen tuloksena voidaan todeta, että ryhmällä on suuri merkitys kuntoutumisen kannalta. Ryhmässä nousi esille jakamisen, ryhmältä saatavan tuen, ryhmän kontrollin ja vastuunottamisen sekä liittymisen merkitys.

2.4 Työntekijänä peliongelmaisten hoidossa

Peliongelmaisten hoitoon liittyvää työntekijöiden rooleja tai työntekijöiden näkemyksiä käsittelevää tutkimusta on tehty vähän. Tässä tutkielmassa käsittelen työntekijöiden näkökulmaa tutkimusten, raporttien ja muun mahdollisen materiaalin avulla.

Suomessa A-klinikoiden henkilöstölle suunnattua peliriippuvuus koulutusta on laajemmassa mittakaavassa järjestetty 1990-luvulla ja viime vuosien aikana myös muun muassa Pelissä – hankkeen sekä Terveyden ja hyvinvointi laitoksen toimesta. A-klinikoiden henkilökunnalla on eriarvoiset tietämykset peliriippuvuudesta ja sen hoidosta. Koulutusta järjestetään tutkimuksen teko hetkellä vain osassa Suomen paikkakunnista. (Murto 2005 & Itäpuisto 2010.) Usein peliongelmaisten hoitoon liittyvä tiedon saanti on kiinni henkilökunnan omasta aktiivisuudesta. Kolmasosassa kunnissa järjestetään koulutusta peliongelmaan liittyen, kun taas 46 % kunnista ei kiinnitä ollenkaan huomiota peliongelman ehkäisyyn tai hoitoon liittyen. (Turja 2006.)

Keski-Suomen alueen päihdetyöntekijät kokivat ongelmalliseksi sen, ettei peliongelmaisen hoitamiseen ole käytössä mitään yhtenäisiä menetelmiä. Vastaajat kertoivat toimivansa siltä pohjalta, mikä tuntuu hyvältä. (Huttunen 2009.)

Ahosen (2010) tutkimuksen mukaan ongelmapelaajat kokivat yksilötyössä hoitosuhteen

työntekijän kanssa merkittävimäksi tekijäksi. Työntekijät kuuntelivat asiakkaitaan ja heidän ongelmiinsa suhtauduttiin vakavasti. Huonoja kokemuksia peliongelmaiset asiakkaat olivat saaneet niiden työntekijöiden kautta, jotka vähätelivät peliongelmaisen tilannetta. Myös työntekijöiden tahallinen huonosti ymmärrettävyys asiakkaan tilannetta kohtaan oli negatiivinen tekijä. Joillain työntekijöillä oli ollut riittämätön tieto peliongelmaasta, mutta kohtelu asiakasta kohtaan oli ollut kunnioittavaa.

Hoito-kontaktien epäonnistumiseen liittyi muun muassa tapaamiskertojen vähyys, vuorovaikutuksen puute tai riittämätön tieto peliongelmaasta. Riittämätöntä tietoa työntekijöiden keskuudessa oli eniten psykiatrian poliklinikoilla, A-klinikoilla, päihdehuollon laitoksissa, kirkon palveluissa ja Rapeli –yhteisössä. A-klinikoiden ja päihdehuollon laitosten kokemukset pohjautuvat aikaan ennen kuin ongelmapelaaminen nousi yhteiskunnallisesti keskustelun tasolle. (Ahonen 2010.)

Peliongelmaiset asiakkaat arvioivat hoitavien henkilöiden peliongelman tiedollisen tuntemuksen tason hoitokontaktin luonteen perusteella. Hoitosuhteen ollessa luottamuksellinen, vuorovaikutuksellinen ja intensiivinen, työntekijän tulkittiin olleen perehtynyt hyvin peliongelmaan. Peliongelmaisten hoidon tärkein tekijä oli työntekijän vuorovaikutustaidot ja hoitosuhteen toimivuus. Kun hoitosuhde oli toimiva ja peliongelmaisen omia näkemyksiä kunnioitettiin, peliongelmainen koki saavansa apua peliongelmaansa. Hoitosuhteen ollessa huonolaatuinen, peliongelmainen asiakas koki työntekijän tietämättömäksi tai välinpitämättömäksi. (Ahonen, 2010.)

Huotar (2009) raportissa selvitettiin työntekijöiden tapoja selvittää asiakkaiden peliongelmaa. Raportin tutkituissa kaupungeissa (Jyväskylä, Vantaa, Espoo, Hämeenlinna ja Helsinki) eri toimipisteiden työntekijät pyrkivät selvittämään asiakkaan peliongelmaa muiden ongelmien ja kokonaistilanteen selvittämisen yhteydessä. Yhdessäkään kaupungissa tai toimipisteessä asiakkaan peliongelmaa ei selvitetty systemaattisesti. Mikäli asiakas kertoi itse omasta peliongelmaastaan, esimerkiksi maksamattomien vuokrien syy, työntekijät alkoivat selvittää peliongelmaa. A-klinikoiden työntekijät eivät myöskään kysy asiakkaan mahdollisesta peliongelmaasta, mikäli asiakas ei sitä itse tuonut esille. Talous- ja velkaneuvonnan toimipisteissä peliongelma otettiin puheeksi, jos peliongelmaa epäiltiin tai

esille tuli pelivelkoja.

Työntekijät ohjasivat asiakkaita eteenpäin peliongelman tullessa ilmi. Yhtenäiset käsitykset ongelmapelaajien ohjaamisesta eteenpäin oli Jyväskylässä, Helsingissä ja Vantaalla. Työntekijät ohjasivat peliongelmaisia asiakkaitaan pääsääntöisesti A-klinikoille tai muuhun päihdepalvelun piiriin. Työntekijöillä oli lisäksi vaikeuksia ohjata peliongelmainen asiakas sellaisen tahon luo, joka päättää peliongelmaisen asiakkaan maksusitoumuksista. Ainoastaan Jyväskylässä työntekijät osasivat nimetä peliongelmaisten tuen ja hoidon tarpeen arvioinnin tekevät tahot. Moniammatillinen tiimityöskentely ei liittynyt yhdessäkään kaupungissa erityisesti peliongelmaisten hoitoon. (Huotari 2009.)

Myös kansainvälisissä tutkimuksissa työntekijän roolin on todettu olevan merkityksellinen peliongelmaista toipumisessa. Muun muassa Ruglen ja Rosenthalin (1994), Brewsterin (2002) työryhmän sekä Orfordin, Boulayn, Copellon, Gravesin, Purserin ja Dayn (2003) tutkimuksissa ja Walkerin työryhmän (2003) katsauksessa peliongelmaisen asiakkaan ja terapeutin välisen yhteyden osoitettiin olevan tärkeä. Terapeutin ja peliongelmaisen hyvässä hoitosuhteessa terapeutti saa selville peliongelmaisen tavan tuntea ja käyttäytyä. Tutkimus osoittaa selkeästi, että hyvä ja läheinen terapeutin ja peliongelmaisen suhde paransi hoitotuloksia. Lisäksi ammattitaidolla ja koulutuksella todetaan olevan merkitystä. Työntekijän perustaitoihin kuuluu saada yhteisymmärrys peliongelmaisen kanssa. Yhteisymmärrykseen voidaan päästä, kun työntekijä on lämmin, aito ja ymmärtäväinen. Työntekijän tulee samalla olla ammattinsa osaava ja myös määräysvaltainen. Luottamuksellisen hoitosuhteen syntymiseen vaikuttaa myös peliongelmaisen asiakkaan ennakkokäsitys hoidon tehokkuudesta.

2.5 Ammattilaisten näkemyksiä läheisten osuudesta ongelmapelaajien hoidossa

Läheisten rooleja tai peliongelmaisten läheisiä koskevaa tutkimusta on tehty Suomessa ja kansainvälisesti vähän. Tässä tutkielmassa käsitellään läheisten roolia peliongelmaisten hoidossa tutkimusten, raporttien ja muun mahdollisen materiaalin avulla.

Pajulan ja Escartínin tekemän Peluurin 2009 vuosiraportin mukaan läheisten soittojen osuus Peluurin auttavaan puhelimeen kasvoi. Kaiken kaikkiaan läheissoittoja oli 383. Läheissoittajista valtaosa oli naisia. Tyypillisimmillään läheissoittaja oli peliongelmaisen äiti tai avo- tai aviopuoliso. Soittajat olivat myös ystäviä ja muita sukulaisia, mikä kertoo peliongelman aiheuttavan laajaa huolta peliongelmaisen ympäristössä. Läheiset olivat huolissaan peliongelmaisen tilanteesta ja puhelut käsittelivät pelaajan tilannetta. Läheiset kaipasivat tietoa siitä, kuinka toimia eri tilanteissa ja auttaa peliongelmaista. Läheisten omia tilanteita käsiteltiin vähän, vaikka puheluun vastaajat pyrkivät kartoittamaan myös peliongelmaisen läheisen tilanteen.

Huotarin (2009) raportissa selvitettiin läheisten huomioon ottamista tutkimukseen osallistuvien kaupunkien palveluissa. A-klinikoilla ja yhdellä nuorisosasemalla otettiin läheiset erikseen huomioon ja heille oli tarjolla omia tuki- ja hoitopalveluita. A-klinikoilla läheisillä oli mahdollisuus varata joko oma aika tai yhdessä peliongelmaisen kanssa yhdessä. Oleellista Huotarin (2009) raportissa oli, ettei suurimmassa osassa tutkimukseen osallistuvien kaupunkien palveluissa peliongelmaisten läheisiä oteta erikseen tai ollenkaan huomioon. Suurimmassa osassa palveluita peliongelmaisten läheiset otetaan huomioon kuten muidenkin asiakasryhmien läheiset.

Ahosen (2010) tekemässä tutkimuksessa mainitaan, että peliongelmaisten pelaamisen hallintaan arjessa vaikuttivat peliongelman puheeksiottaminen ja hoitojärjestelmän kontaktit. Monet tutkimukseen osallistujista pystyivät ottamaan peliongelmansa puheeksi omaisten tai ystävien kanssa, kun olivat ensin saaneet kontaktin hoitojärjestelmään. Osalla tutkimukseen osallistuneista läheisille omasta peliongelmaista puhuminen oli johtanut kontaktiin hoitojärjestelmässä.

Taskisen (2007) pro gradu -tutkielman mukaan läheisten tukea pidettiin korvaamattomana apuna peliongelmaista selviytymisessä. Taskinen toteaa myös läheisten antaneen ongelmapelaajalle tukea taloudellisesti. Läheisten apua pidettiin joissain tapauksissa tärkeämpänä kuin ulkopuolisten ihmisten antamaa apua.

Puolisot kokevat yksinäisyyttä ja avuttomuutta sekä omassa roolissaan muutoksia. Myös

omasta lähipiiristä erkaantuminen on yksi puolisoon vaikuttava tekijä. Vapaa-aika kuluu peliongelmaan liittyvien asioiden selvittelyssä. Puolisot kokevat lisäksi sosiaalisen tuen puutetta ja he kaipaavat tietoa muun muassa peliongelman hoitomahdollisuuksista. Puolisoilla saattaa olla tunnetta siitä, että he jäävät hoitoprosessissa ulkopuolisiksi. (Marttinen 2009 & Pajula 2004.)

Avuttomuuden, ymmärtämättömyyden ja tietämättömyyden tunteet olivat puolisoilla voimakkaita tuntemuksia. Puolisot olivat tietämättömiä siitä, mitä peliongelmaisen tilanteessa pitäisi tehdä. Puolisot eivät tiedä peliongelman luonteesta ja se ilmenee parisuhteessa sekä omassa elämässä avuttomuutena. Voimakkaimpia puolisoitten kokemia tuntemuksia olivat syyllisyys ja epäily. Puolisot kokivat, etteivät olleet omista epäilyistään huolimatta tehneet peliongelmaisen asialle mitään. (Marttinen, 2009.)

Marttinen (2009) mainitsee lisäksi puolison roolin muuttuvan parisuhteessa. Muutokset voivat olla hyvin erilaisia. Eräät puolisoista olivat vahvoja ja veivät peliongelmaisen asiakkaan itse hoitoon. Toiset puolisoista kokivat minäkuvan romahtamisen ja joissain tapauksissa parisuhde päättyi eroon. Ero vahvisti minäkuvaa ja puoliset kokivat elämän helpottuvan huomattavasti. Puolisoitten selviytymiseen vaikuttivat muun muassa peliongelmaan avun saaminen, talousasioiden kuntoon saattaminen ja eroaminen peliongelmaisesta. Pajula (2004) toteaa myös tutkimuksessaan roolien muuttuvan. Läheiset kantavat pitkään suurta vastuuta koko perheestä ja liiallinen vastuun kantaminen näkyy muun muassa psyykkisen hyvinvoinnin heikentymisenä.

Pajulan (2009) kirjoittaman Suhteet pelissä pelihaittojen tukiaineiston mukaan läheinen ottaa vastuuta peliongelmaisesta. Läheinen huolehtii asioista ja pyrkii estämään peliongelmaisen pelaamisen sekä motivoimaan muuttamaan pelaamistapojaan. Läheinen saattaa keskittyä korjaamaan tilanteita ja unohtaa oman itsensä hoitamisen. Läheisen voidaan todeta sairastuvan muun muassa masennukseen tai uupumiseen mikäli vastuunkantaminen jatkuu pitkään. Tämän saman Pajula (2004) toteaa pro gardu tutkielmassaan.

Peliongelma vaikuttaa peliongelmaisen lisäksi läheisen talouteen. Suhteen tiiviys vaikuttaa

siihen, miten vakaviin taloudellisiin ongelmiin läheinen voi joutua. Taloudelliset ongelmat voivat olla pienemmistä veloista esimerkiksi luottotietojen menettämiseen. Suurimpia taloudellisia vahinkoja sattuu siinä vaiheessa, kun läheinen ei vielä tiedä esimerkiksi puolisonsa peliongelmaista ja peliongelmaisen tulisi kantaa parisuhteessa vastuu esimerkiksi laskuista. Lisäksi ongelmapelaajan läheisillä, niin aikuisilla kuin lapsilla, saattaa suhde ja näkemykset rahaan muuttua. (Pajula 2004 & Pajula 2007).

Ferland, Fournier, Ladouceur, Brochu, Bouchard ja Pâquet (2008) tutkivat tutkimuksessaan peliongelman vaikutuksia peliongelmaisen ja hänen puolisonsa parisuhteeseen. Puolisot kertoivat peliongelman vaikuttavan peliongelmaisen sosiaaliseen elämään. Parisuhteessa koettiin eniten ongelmia psykologisesta hyvinvoinnista, sosiaalisen elämän kaventumisesta, fyysisistä ongelmista ja alkoholin sekä huumeiden väärinkäytöstä. Peliongelmalli oli vaikutusta niin puolison kuin peliongelmaisen työssäkäyntiin ja vapaa-ajankäytön sekä perheelle omistetun ajan käytön vähenemiseen. Peliongelmaisten puolisot eivät myöskään suurimmalta osalta olleet tyytyväisiä avioliittoonsa.

Inglén, Marotta, McMillanin ja Wisdomin (2008) tekemässä tutkimuksessa tutkittiin läheisten vaikutuksia ongelmapelaamisen hoitotuloksiin. Tutkimuksen mukaan perheenjäsenten mukaan ottamista peliongelmaisten hoitoprosessiin pidettiin erittäin tehokkaana. Perheenjäsenten vaikutus todettiin olevan myönteinen myös retkahtamisen ehkäisyssä. Niissä hoito-ohjelmissa, joissa perheenjäsenet otettiin mukaan, huolehdittiin perheenjäsenten tarpeista. Näillä keinoilla arvellaan olevan yhteys siihen, että peliongelman kuormittavuus vähenee koko perheessä ja perheenjäsenet jaksavat paremmin olla peliongelmaisen tukena.

Puolison olemassa oloa pidettiin jo riittävänä tukena, että peliongelmaisten hoidossa saatiin positiivisia tuloksia. Puolison oletettiin antavan peliongelmaiselle tukea ja toimivan motivoijana, esimerkiksi hoidon läpikäymisessä. Tutkimuksessa osoitettiin, että korkeammin koulutettujen puolisoitten tuki oli paremmin peliongelmaista tukevaa kuin alhaisemman koulutuksen saaneiden puolisoitten tuki. (Ingle ym. 2008.)

2.6 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista

Peliongelman määrittely on haasteellista, eikä peliongelman määrittelyyn ole yhtä yhtenäistä määritelmää. Peliriippuvuus voidaan diagnosoida ja sille on selkeä määritelmä. Peliongelma käsitettä käytetään kuitenkin yleisenä käsitteenä peliongelmosta, peliongelmaisista ja peliriippuvuudesta puhuttaessa.

Turjan (2006) kuntaselvityksen mukaan Suomessa kohdataan eniten peliongelmaisia asiakkaita sosiaalihuollossa. Sekä Turja (2006) että Huotari (2009) toteavat selvityksissään, että Suomessa on heikosti omia palvelupisteitä peliongelmaisille asiakkaille. Kunnista vain noin kolmanneksella on omat palvelupisteensä peliongelmaisille asiakkaille. Huotarin (2009) raportissa todetaan useamman isomman suomalaisen kaupungin palveluiden ontuvan peliongelmaisten hoidossa. Ongelmia ilmenee muun muassa hoitoonohjauksessa ja hoidon tarpeen arvioinnissa.

Tutkimusten mukaan (Murto 2005 & Huttunen 2009) Suomen palvelujärjestelmässä ei ole omaa hoito-ohjelmaa peliongelmaisille asiakkaille. Huotarin (2009) raportti selventää, että Suomessa on kuitenkin tarjolla suhteellisen monipuolisesti erilaisia palveluita. Peliongelmaiset sijoittuvat Suomen palvelujärjestelmässä päihdehuollon palveluihin. A-klinikat ovat suurin peliongelmaisia hoitava taho. Myös erilaiset päihdeklinikat ovat peliongelmaisten hoitopaikkoja.

Nikkisen (2008) selvityksessä ilmeni, että peliongelmaisten asiakkaiden on helpompi tulla päihdepalveluiden piiriin, kuin esimerkiksi psykiatristen palveluiden piiriin. Päihdetyössä työskentelevillä työntekijöillä oletetaan olevan tietämystä riippuvuuksien hoitamisesta ja madaltaa peliongelmaisten kynnystä hakeutua hoitoon. Myös Ahonen (2010) toteaa tutkimuksessaan, että peliongelmaiset asiakkaat ovat tyytyväisempiä peliongelmansa hoitoon A-klinikoilla kuin psykiatrisissa hoitojärjestelmissä.

Ahosen (2010) tutkimuksessa ja Huotarin (2009) selvityksessä tuodaan esille ongelma, jossa peliongelmaisten palveluita pitäisi olla tarjolla myös peruspalvelutasolla. Varhainen tunnistaminen ja peliongelmaisten asioihin tarttuminen tarpeeksi ajoissa ovat ajankohtaisia

kysymyksiä. Ongelmallista Suomen palvelujärjestelmässä tulee olemaan se seikka, että peliongelmaisille ei rakenneta omia erikoispalveluitaan (suurimpia kaupunkia lukuun ottamatta), vaan hoito tulisi sujuvasti järjestää esimerkiksi perus- ja päihdepalveluiden piirissä.

Peliongelmaisten hoidossa, niin Suomessa kuin Kanadassa, hoitomenetelmät ovat usein kognitiivista ja ratkaisukeskeistä terapiaa sekä sosiaalisen oppimisen keinoja. Motivoiva haastattelu, supportiivinen terapia, hoidolliset keskustelut, verkostokokoontumiset, esitteiden jako ongelmapelaajille, tuki, ohjaus ja läheisten kanssa keskustelu ovat tällä hetkellä käytössä olevia menetelmiä ongelmapelaajien hoidossa (muun muassa Huttunen 2009; Brewster & Boughton 2002). Lisäksi hoitomuotojen on osoitettu olevan samansuuntaisia niin Suomessa kuin ulkomailla. (Toneatto 2004.)

Laitoshoito peliongelmaisten hoidossa on myös mahdollista. Suomessa laitoshoidon tarjoajat ovat vähentyneet Tyynelän Kuntoutuskeskuksen lakkauttamisen ja Kouvolan A-klinikan peliongelmaisten laitoshoidon lopettamisen jälkeen. Itäpuiston henkilökohtaisen tiedonannon mukaan Suomessa laitoshoitoa peliongelmaisille tarjoaa kaksi organisaatiota: Tuustaipaleen Kuntoutuskeskus ja Hietalinna yhteisö. Huotari (2007) toteaa selvityksessään, että laitoshoidosta on niin läheisille kuin itse ongelmaisille hyötyä. Huttunen (2009) toteaa tutkimuksessaan, että laitoshoidon toteuttaminen on järkevää ja mahdollista vasta siinä tapauksessa, kun jatkohoidot on suunniteltu hyvin.

Sekä avo- että laitoshoidossa käytetään hyvin samansuuntaisia hoitomuotoja. Toneatton (2004) tutkimuksessa tuodaan esille, ettei hoitomuotojen välillä ole löydetty sen kannattavuuden kannalta minkäänlaisia eroja. Peliongelmaiset asiakkaat ovat itse kuvanneet, että vertaistuen ja ryhmätoiminnan auttavan siihen, että pelaaminen pysyy hallinnassa tai loppuu kokonaan (Huotari 2007 & Ahonen 2010). Gomesin työryhmän (2008) tekemän tutkimuksen mukaan GA:n kuulumisen on yksi merkittävä tekijä peliriippuvuuden hoidossa.

Hoitokäytänteet ovat Suomessa monimuotoiset, eikä yhtä oikeaa linjaa ole osoitettu. Huotarin (2009) selvityksen asiantuntijaosuudessa tulee kuitenkin esille sellaiset seikat, että peliongelmaisten hoito voidaan järjestää päihdepalveluiden piirissä. Jokaisella

päihdeyksiköllä tulisi olla vähintään yksi peliongelmaisten hoitoon erikoistunut työntekijä. Erillisiä peliklinikoita ei tarvita, vaan entisillä pärjätään.

Murron (2005) ja Huttusen (2009) tutkimuksessa sekä Turjan (2006) kuntaselvityksessä todettiin työntekijöiden huolehtivan itse omasta tiedonsaannistaan peliongelmaisten hoidossa. Pitkäkestoista koulutusta on järjestetty viimeksi 1990-luvulla. Ongelmalliseksi koetaan se, ettei työntekijöille ole mitään yhtenäisiä menetelmiä peliongelmaisten hoitoon. Suuressa osassa kuntia peliongelmaisten hoitoon ja peliongelman ennaltaehkäisyyn ei kiinnitetä ollenkaan huomiota. Tämän toteaa myös Huotari (2009) tuoreessa selvityksessään.

Ahosen (2010) tutkimuksen mukaan ongelmapelaajat kokivat yksilötyössä hoitosuhteen työntekijän kanssa merkittävimmäksi tekijäksi. Työntekijät kuuntelivat asiakkaitaan ja heidän ongelmiinsa suhtauduttiin vakavasti. Huonoja kokemuksia peliongelmaiset asiakkaat olivat saaneet niiden työntekijöiden kautta, jotka vähätelivät peliongelmaisen tilannetta. Peliongelmaisten hoidon tärkeimmät tekijät ovat työntekijän vuorovaikutustaidot ja hoitosuhteen toimivuus.

Työntekijät eivät missään Suomen peruspalveluiden tai päihdepalvelujärjestelmän organisaatioissa ota peliongelmaa automaattisesti puheeksi. Peliongelmaa ei kysytä, ellei asiakas sitä itse ota puheeksi tai esimerkiksi maksamattomien vuokrien syyksi kerrotaan peliongelma. Talous- ja velkaneuvonnan toimipisteissä peliongelma otetaan puheeksi silloin, kun asiakkaalla on esimerkiksi pelivelkoja. Tämä asia todetaan niin suomalaisessa selvityksessä (Huotari 2009) kuin kanadalaisessa tutkimuksessa (Brewster ym. 2002).

Brewsterin työryhmän tutkimuksessa (2002) todetaan selkeät erot peliongelmaan koulutettujen ja kouluttamattomien työntekijöiden välillä. Suomessa ei ole järjestetty pitkäkestoista koulutusta 1990-luvun jälkeen. Pelissä-hanke on aloittanut Suomessa pitkäkestoisen koulutuksen 2009. Kanadalaisen tutkimuksen mukaan koulutetut työntekijät osaavat ottaa peliongelmaisen asioita paremmin huomioon ja muun muassa tavoitteiden asettelu on tehokkaampaa. (Brewster ym. 2002.)

Läheisten osuus Peluurin soitetuista puheluista on lisääntynyt. Läheiset kaipaavat tietoa

peliongelmaista ja heillä on huoli peliongelmaisen tilanteesta. Myös neuvojen saaminen on erityisen tärkeää. (Pajula ym. 2009.) Ahosen (2010) tutkimuksessa osoitetaan, että läheisten osuus on merkittävä peliongelmaisten hoidossa. Läheiset jaksavat kannustaa ja motivoida hoitoon hakeutumisessa.

Läheiset otetaan Suomessa kohtalaisen hyvin huomioon peliongelmaisen hoidon rinnalla. A-klinikoilla on mahdollisuus antaa esimerkiksi läheisille omia aikoja. (Huotari 2009.) Kuitenkin Marttisen (2009) ja Pajulan (2004) pro gradu-tutkielmien mukaan läheiset saattavat kokea ulkopuolisuuden tunnetta peliongelmaisen hoitoprosessissa. Inglen työryhmä toteaa tutkimuksessaan (2008), että läheisten mukaanotto peliongelmaisen hoitoprosessiin on erittäin tehokasta positiivisen hoitotuloksen kannalta.

Ferlandin työryhmän tutkimuksessa (2008) ja Marttisen (2009) pro-gradu tutkielmassa todetaan, että peliongelmaisten läheiset kokevat muun muassa avuttomuutta, yksinäisyyttä ja masennusta. Lisäksi roolien muuttuminen peliongelmaisen läheisellä on tosiasia, kun läheinen kantaa liian pitkään vastuuta koko perheen elämästä. Puolisoiden selviytymiseen vaikuttivat muun muassa peliongelmaan avun saaminen, talousasioiden kuntoon saattaminen ja eroaminen peliongelmaisesta.

3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT JA TUTKIMUKSEN TAVOITE

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa menetelmistä, joita käytetään peliongelmaisten hoidossa ja siitä, miten näitä menetelmiä käytetään. Tutkimuksessa kuvataan yksilötyön ja ryhmähoidon hoidollisia tekijöitä. Lisäksi tavoitteena on saada tietoa peliongelmaisten hoitoon liittyvistä näkemyksistä tulevaisuutta ajatellen. Tutkimuksesta saatuja tietoja voi hyödyntää suunniteltaessa peliongelmaisten hoitoa niin yksilö- kuin ryhmätasolla. Tässä tutkimuksessa kaikista haastateltavista käytetään nimitystä työntekijä, koska kaikki haastateltavat toimivat päihdehuollonorganisaatioissa hoitohenkilökunnan työtehtävissä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä menetelmiä ja miten niitä käytetään peliongelmaisten hoidossa?
2. Mitkä ovat yksilötyön hoitavat tekijät peliongelmaisten hoidossa?
3. Mitkä ovat ryhmähoidon hoitavat tekijät peliongelmaisten hoidossa?
4. Miten peliongelman hoitoon tulisi kiinnittää huomiota tulevaisuudessa?

4 TUTKIMUKSEN METODISET VALINNAT

4.1 Tutkimusaineiston keruu ja tutkimukseen osallistujat

Tutkimukseen osallistuvat haastateltavat valittiin Itä- ja Keski-Suomen alueella toimivista päihdealan palveluverkostoon kuuluvista organisaatioista, jotka kuuluvat Pelissä –hankkeen toiminta-alueeseen. Tutkimukseen osallistujat valittiin tutkijan oman aikaisemman tietämyksen mukaan niistä työntekijöistä ja organisaatioista, jotka hoitavat peliongelmaisia asiakkaita. Tutkimukseen valittiin viisi haastateltavaa, jotka hoitavat peliongelmaisia asiakkaita. Muun muassa Lazarfeld ehdottaa kvalitatiivisen tutkimuksen haastateltaviksi sellaisia henkilöitä, jotka tuntevat hyvin haastattelun kohteen (Hirsjärvi & Hurme 1988.) Tutkimukseen osallistujien määrää pohdittiin yhdessä tutkija Itäpuiston kanssa, jolla on vankka tuntemus peliongelmaisten hoidon kentästä Suomessa. Peliongelmaisten hoito on erikoisala, eikä riittävän tuntemuksen hallitsevia työntekijöitä Pelissä –hankkeen toiminta-alueella ole runsaasti.

Tutkimusaineiston keruu toteutettiin yksilöhaastatteluilla, joihin tutkija laati teemoitetun kyselylomakkeen. (Liite 1) Tutkimusluvut tutkija anoi tammikuun 2010 aikana. Haastattelut toteutettiin helmi-, maaliskuu- ja toukokuun aikana 2010. Aikaa haastatteluiden välissä oli vähintään yksi päivä. Yksilöhaastatteluiden yhteydessä tutkija kertoi suullisesti tutkimuksestaan haastateltaville ja antoi tiedotteen tutkimuksestaan. Tiedote sisälsi lyhyen yhteenvedon tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkijan yhteystiedot.

Haastattelujen yhteydessä jokainen haastateltava antoi kirjallisen tietoon perustuvan suostumuksen, jossa mainittiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus. Neljä haastattelusta pystyttiin toteuttamaan kertakäynneillä. Yhteen haastatteluun tarvittiin kaksi eri kertaa, koska haastatteluun varattu aika ei ensimmäisellä kerralla riittänyt. Haastattelut kestivät 50 minuutista puoleentoista tuntiin. Haastateltavat vastasivat kaikkiin heidän organisaatiotaan ja henkilökohtaista työtään koskeviin kysymyksiin. Osassa organisaatioita ei järjestetä ryhmähoitoa peliongelmaisille asiakkaille.

Tutkimuksessa saatiin tuloksia kaikkiin esitettyihin tutkimuskysymyksiin. Tutkimukseen

osallistujat työskentelevät päihdehuollon organisaatioissa Itä- ja Keski-Suomen alueella. Kaikilla haastateltavilla on vuosien tai vuosikymmenien kokemus päihde- ja peliongelmaisten hoitamisesta ja kaikki organisaatiot ovat avohuollon palvelujärjestelmään kuuluvia organisaatioita.

Tutkimuksessa ilmeni, että tyypillinen hoidossa käyvä peliongelmainen asiakas on alle 25- 40 vuoden iässä oleva henkilö. Osittain asiakkaat ovat seniorikansalaisia, mutta heitä on vähemmän. Tyypillinen peliongelmainen asiakas on työssä käyvä, opiskelija tai työtön. Ammattijakauma on kirjava, eikä tyypillistä sosiaalista statusta voida määrittää. Peliongelmaiset asiakkaat ovat yksineläjiä tai perheellisiä. Peliongelmaisilla asiakkailla on kirjava tausta myös diagnoosien suhteen. Peliongelmaisilla asiakkailla on diagnosoitu kaksisuuntaista mielialahäiriötä, masennusta, alkoholismia, päihderiippuvuutta, epävakaata persoonallisuutta, ADHD:ta, MS-tautia, Parkinsonin tautia ja diabetesta. Aivohalvauksen saaneita peliongelmaisia on myös sekä asiakkaita, joilla ei ole diagnooseja ollenkaan tai ainoastaan peliriippuvuus diagnoosi. Tyypillisimmät pelit, joita peliongelmaiset asiakkaat pelaavat ovat nettipelit ja nettipokeri, kolikkoautomaatit, kasino-, raha-, arpa- ja fantasiapelit.

Peliongelmaisia asiakkaita on hoitoyksiköstä riippuen enimmillään jopa 60 vuodessa. Joskus hoitosuhteissa ei ole ollenkaan peliongelmaisia asiakkaita. Työntekijät tapaavat peliongelmaisia asiakkaitaan pääsääntöisesti asiakkaan tarpeen mukaan. Peliongelmaisen asiakkaan kriisiytyneeseen elämäntilanteeseen työntekijöillä on mahdollisuus antaa vastaanottoaikoja esimerkiksi kerran viikossa. Tapaamiset ovat pääsääntöisesti peliongelmaisen ihmisen hoidon alkuvaiheessa kerran viikossa ja sen jälkeen kahden viikon- kolmen kuukauden välein asiakkaan tarpeen mukaan. Tapaamistiheyteen vaikuttaa lisäksi peliongelmaisen asiakkaan päätöksenteon prosessin vaihe eli onko asiakas esiharkinnan vai harkinnan vaiheessa.

”Siinä vaiheessa, kun pelaaminen on akuutti kriisitilannevaihe eli havahtuu siihen, että asialle pitää tehdä jotain, asiat ovat solmussa, itsemurhariski ehkä päällä ja niin pois päin, niin silloin minä tarjoan ajan kerran viikossa.”

”...mutta että minä olen tykännyt kolmesta viiteen kertaan, mutta sinä aikanaan jo kyllä sitten tapahtuu, että joskus on niin akuutti tilanne, että pitää ruveta jo jotain tekemään...”

Tutkimuksessa selvitettiin työntekijöiden koulutustaustaa peliongelmaisten hoitamiseen, eikä yhdelläkään vastaajista ollut aikaisempaa systemaattista koulutusta peliongelmaisten hoitamiseen liittyen. Työntekijöillä on ollut lyhytkestoisia, iltapäivän mittaisia koulutuksia peliriippuvuudesta. Työntekijät keräävät tietoa omatoimisesti opiskelemalla muun muassa kirjallisuutta ja tutkimuksia. Työntekijöillä on taustalla vuosien ja vuosikymmenien kokemus riippuvuusongelmaisten kanssa työskentelystä, jolloin työkokemus antaa vahvuutta hoitaa peliongelmaisia asiakkaita. Tutkimuksen teko hetkellä haastateltavista suurin osa on Pelissä-hankkeen järjestämässä pitkäkestoisessa prosessikoulutuksessa, joka käsittää myös peliongelmaisten hoidon peruspiirteet.

”...koulutusta olisin kyllä tarvinnut jo vuosia, vuosia sitten, mutta semmoista asiallista koulutusta ei ole oikein ollut näillä kulmilla saatavilla, eli vuosi sitten suurin piirtein alkoi se Tyynelän Pelissä-hankkeen työntekijöiden koulutus eli olen siinä prosessikoulutuksessa mukana ja se on tuntunut semmoiselle tosi hyvälle, että siitä on saanut ihan konkreettisia työkaluja ja uskoa tähän työhön, että uskaltaa.”

4.2 Aineiston analyysi

Aineiston analysointi alkoi litteroinnilla (Kylmä ym. 2007). Aineiston litteroinnin suoritti sanasta sanaan tutkimuksen ulkopuolinen henkilö. Aineiston litteroinnin suoritti Kuopion Sihteeripalvelun Mirja Turunen. Aineisto lähetettiin tietoturvalliseen sähköpostiin Turusen ohjeistamana ja aineisto palautettiin tutkijalle puhtaaksikirjoitettuna kolmen päivän sisällä sen lähettämisestä. Kuopion Sihteeripalvelu on hävittänyt puhtaaksikirjoitettavat haastattelut asianmukaisesti. Puhtaaksikirjoitettua aineistoa oli 68 sivua rivivälillä yksi.

Aineisto analysoitiin teemoitetulla sisällönanalyysillä. Deduktiivisessa analyysissä liikuttiin yleisistä havainnoista yksityisiin havaintoihin teemoittamalla haastatteluista saatuja havaintoja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Aineisto tulostettiin ja siihen tutustuttiin sekä tehtiin alustavia ideoita aineiston luokittelusta. Puhtaaksikirjoitetun aineiston haastattelujen alkuperäisistä ilmauksista pelkistettiin teemojen mukaan sopivat ilmaukset. (Kankkunen ym. 2009.) Lopuksi aineisto luokiteltiin eri ryhmiksi, jotka ovat peliongelmaisten hoidossa käytettävät menetelmät, yksilötyön hoitavat tekijät,

ryhmähoidon hoitavat tekijät, oman työn kehittäminen ja peliongelma ilmiöön liittyvä kehittäminen. Näiden luokitusten pohjalta saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin. Tulosten esittelyssä käytetään haastattelusitaatteja osoittamaan tutkijan tekemät teemoittelut (Järvenpää 2006). Taulukossa yksi nähdään aineiston etenemisen vaiheet esimerkkihaastattelun avulla.

Taulukko 1. Analyysin eteneminen esimerkin avulla

Aluperäisteksti, jossa merkitykselliset ilmaukset on lihavoitu	Pelkistetyt ilmaukset
<p>No ihan ensimmäisenä mulle tulee mieleen se, että asiakas tuntee tulleensa kohdatuksi, koska voi olla, että on pitkäänkin jo miettinyt tai päässänsä hautunut, jos ei vaikka perhekään tiedä tai ei oikein itsekään uskaltanut itsellensä, että saa jonkun luona ääneen puhua ja saa siitä puhuja tuntee, että okei että täällähän kuunnellaan ja edes jotenkin ymmärretään. Se on niin kun niitä ensimmäisiä asioita, mistä se voi lähteä liikkeelle tai ei. Ja sitten jos me saatas heräteltyä tai hänen kanssaan työskenneltyä silleen, että sitten hän niin kun uskaltanut jatkamaan, vaikka se onkin vaikee, että oltas silleen tukena ja rinnalla ja hän tuntis, että okei kyllä sinne voi tulla olipa juuri pelannut tai ei.”</p>	<p>tunne kohdatuksi tulemisesta</p> <p>ääneen puhuminen</p> <p>tunne kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisesta</p> <p>supportiivinen tuki pelaamisen tilanteesta riippumatta</p>

Ryhmittely luokaksi
Yksilötyön hoitavat tekijät

5 TULOKSET

5.1 Peliongelmaisten hoidossa käytettäviä menetelmiä ja hoitomuotoja

Tutkimukseen osallistuvilla organisaatioilla ei yhdelläkään ole systemaattista hoito-ohjelmaa peliongelmaisille. Työntekijöiden toiveena olisi, että sellainen syntyisi muun muassa pitkän prosessikoulutuksen myötä. Työntekijät käyttävät peliongelmaisten hoidossa paljon samoja menetelmiä kuin päihdeongelmaisilla asiakkaila, koska peliongelman arvellaan olevan samansuuntaisesti hoidettavissa kuin päihdeongelman niiden riippuvuusluonteen vuoksi. Eräissä organisaatioissa suunnitellaan hoito-ohjelmaa ja sen käyttöönottoa, jossa hoito-ohjelma on pitkäjänteinen prosessi. Siinä yhdistyvät niin lähikontaktit työntekijöiden kanssa kuin omaehtoinen- ja avotyöskentely.

”No semmoista, että me olisimme oikein niin kuin tarkkaan mietitty, että kun meille tulee ongelmapelaaja, niin hän käy tällöisen tietynlaisen hoito-ohjelman läpi ja me voisimme puhua asiakkaan kanssa. Meillä tällöistä niin kovin yksilöityä ohjelmaa ei ole, koska sitten toisaalta katsotaan vähän tämän riippuvuusongelman kautta tätä ja käytetään varmasti niitä samanlaisia hoidonosioita, mitä nyt ylipäätöksäkin riippuvuusongelmien hoidossa...”

Kolmella haastateltavista ei ole minkäänlaista terapiakoulutusta. Kahdella haastateltavalla on perheterapeutin koulutus. Perheterapian elementtejä käytetään peliongelmaisten hoitamisessa muun muassa perhe- ja paritapaamisten muodossa. Paritapaamisissa tarkastellaan yhdessä työntekijän kanssa asiakkaan parisuhdetta ja kuinka pelaaminen on vaikuttanut siihen. Perhetapaamisissa kuunnellaan myös lasten näkökulmaa ja muiden läheisten, esimerkiksi vanhempien.

”No tietysti perheterapiassa otetaan läheiset, puoliset ennen kaikkea ja lapset, lapset meillä muutenkin on ainakin, jos ei fyysisesti, niin kuitenkin puheen tasolla läsnä ja sitten koska kyllähän siinä nyt on aika iso vaikutus ainakin nyt puolisoon ja siihen suhteeseen, että sitä tarkastellaan, mietitään...”

Työntekijät käyttävät alkukartoituksen menetelmää, jossa asiakas tavataan aluksi noin kolmesta viiteen kertaa. Tällöin kartoitetaan elämäntilanne ja ihmisen kokonaiselämäntilanne. Moni haastateltavista käyttää Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiossä työskentelevän Anne-Maria Perttulan kehittämää niin sanottua

reikäleipämallia peliongelmaisten hoidossa. Perttula on nimenomaan kehittänyt reikäleipämallin peliongelmaisten hoidon tueksi. Eräs työntekijöistä käyttää reikäleipämallia myös päihdeongelmaisten kohdalla.

”...eli että minä käyn läpi sen leivän reiän eli sen pelaamisen, minkälaista se pelaaminen on, millä intensiteetillä pelaaminen tapahtuu, onko pelaamattomuuden tai pelaamisen osalta tavoiteasettelu minkälainen, missä motivaation vaiheessa asiakas menee sen oman päätöksentekoprosessinsa kanssa, mitä riskejä pelaamisen osalta elämä sisältää, keneltä sitä on salattu jne. Se itse niihin peleihin en sitten sen enempää, tietysti siinä mielessä pelien selvittely on aika merkityksellistä, että pelaako asiakas onnenpelejä vai taitopelejä, koska se sitten taas ratkaisee niin kun aika pitkälle sitä, että minkä tyyppisiin asioihin sitten enemmän joutuu pureutuu tiedollisessa mielessä.”

Perttulan reikäleipämalli koostuu sosiaalisen tilanteen, fyysisen ja psyykkisen tilan, hengellisten asioiden sekä arjen toimivuuden kokonaisuuksista. Sosiaalisen tilanteen kartoituksessa peliongelmaisen kanssa käydään lävitse muun muassa perhetilanne, ystävien suvun ja lasten osuus peliongelmaisen elämässä, työelämään liittyvät tekijät sekä harrastukset. Näitä kartoitetaan esimerkiksi verkosto- ja perhekartan avulla.

Fyysisen ja psyykkisen tilan kartoittamiseen kuuluvat muun muassa fyysisen kunnon ja sairauksien hoitaminen, lääkitysten ja päihteidenkäytön selvittäminen sekä seksielämään ja hygieniaan liittyvät seikat. Lisäksi kartoitetaan peliongelmaisen mielialan tilanne, mikä on motivaatiotaso ja onko peliongelmaisella psyykkisiä sairauksia. Asiakkaan kanssa selvitetään oma käsitys hyvinvoinnista ja onko persoonallisuudessa tapahtunut muutoksia. Fyysisen ja henkisen tilan selvityksessä käytetään apuna itsearviointia, Audit ja BDI –testejä, unipäiväkirjaa ja ravintoympyröiden tekoa.

Hengellisten asioiden selvittäminen käsittää muun muassa sisäisten ja ulkoisten arvojen jäsentämisen, moraalisten seikkojen ja asenteiden pohtimisen. Hengellisiä asioita selvitetään esimerkiksi itsearvioinnin ja haastattelun avulla. Lisäksi voidaan käyttää arvojen karttaa ja henkistä ravintoympyrää.

Arjen toimivuutta arvioidaan muun muassa asumisen, opiskelun, työn, talouden hoidon ja rahan hallinnan sekä kodinhoidon näkökulmista. Työntekijän kanssa selvitetään myös peliongelmaisen velat ja vastuut sekä ajankäytön hallinta. Lisäksi arjen toimivuuteen

vaikuttaa peliongelmaisen asiakkaan toimintakyky. Arjen toimivuuden arvioinnin apuna käytetään vuorokausirytmien kirjaamista, erilaisia toimintakykymittareita, roolikarttoja, taloussuunnitelmien tekemistä sekä velkatilanteen selvitystä.

Nämä viisi sektoria ovat reikäleivän reunat ja keskellä reikäleipää on pelaaminen. Pelaaminen on keskellä koska ongelmallisen pelaamisen on todettu nakertavan sosiaalisen tilanteen, fyysisen ja psyykkisen tilan, hengellisten asioiden sekä arjen toimivuuden kokonaisuuksia. Ongelmallinen pelaaminen vaikuttaa ihmisen elämään kokonaisuudessaan. Pelaamisen osalta reikäleipämallissa selvitetään peleihin liittyvät tekijät, joita ovat muun muassa pelaamiseen käytetty aika, rahamäärä ja intensiteetti. Asiakkaan kanssa käydään läpi pelaamisen haitat ja hyödyt, historia, tavoiteasettelu, motivaatiotaso, riskianalyysi sekä retkahtamiseen liittyvät tekijät. Pelaamiseen liittyvien tekijöiden selvittelyssä käytetään apuna muun muassa pelipäiväkirjaa, SOGS, motivaatiotason, pelihimon intensiteetti ja Internetistä saatavia testejä.

Kognitiiviset ja ratkaisukeskeiset menetelmät ovat eräitä eniten käytettyjä menetelmiä. Ratkaisukeskeisessä työskentelyssä käytetään esimerkiksi janatyöskentelyn mallia, jossa asiakas laittaa elämässään tapahtuneita asioita janalle. Kognitiivisia menetelmiä ovat muun muassa pelipäiväkirja, jossa asiakas kirjaa itselleen muistiin esimerkiksi, paljonko hänellä menee rahaa pelaamiseen, mikä on oma tavoite suhteessa pelaamiseen, kenen kanssa hän pelaa ja kuinka kauan hän on yhdellä kerralla pelannut. Alkuvaiheessa voidaan käyttää Päihdelinkin Internet sivustolta saatavaa oma apukorttia. Oma apukortti on suunnattu alkoholiongelmallisille, mutta sitä voi soveltaa myös peliongelmaisten hoitoon. Kognitiivisiin ja ratkaisukeskeisiin menetelmään kuuluvat lisäksi korttien käyttö, joita on esimerkiksi Pesäpuun kautta tilattavat nallekortit tunnetilojen tunnistamiseen. Työntekijät käyttävät lisäksi itse tehtyjä värikortteja muun muassa tunteiden tunnistamiseen ja ilmaisemiseen. Perttulan kehittämää niin sanottua reikäleipämallia käytetään paljon, vaikka työntekijät kokevat sen vaativaksi ja aikaa vieväksi.

”Se reikäleipä on tuossa seinälläkin, jossa minä kuvaan sen ihmisen kokonaiselämän ja reikä leivän keskellä on se pelaamisen ongelmatiikan. Eli minä lähden liikkeelle ensinnäkin sen tilannekartoituksen osalta, mitä se pelaaminen on vaikuttanut ihmisen elämään ja minkälaisia asioita siellä arjessa on ja mikä on se todellisuus, missä ihminen elää, miten se on muuttunut

pelaamisen myötä ja onko paluumahdollisuuksia enää siihen maailmaan, mikä oli ennen pelaamista.”

Supportiiviset menetelmät kuuluvat yksilötyöskentelyn menetelmiin, jossa tukea annetaan asiakkaalle muun muassa kannustamalla ja kehumalla, kun asiakas onnistuu saavuttamaan tavoitteitaan. Yhteistyötahojen kanssa järjestyt verkostotapaamiset ovat tärkeä osa yksilötyöskentelyä ja peliongelmaisten hoitoa.

Motivoiva haastattelu on selkeästi yksi käytetyimmistä menetelmistä ja korva-akupunktiohoitoa tarjotaan joissain organisaatioissa. Kriisityönmenetelmiä käytetään sokkivaiheen asioiden käsittelyssä ja surutyön prosessia, kun asiakkaan kanssa käsitellään surua. Perheväkivalta-työtettä voidaan soveltaa joissain tapauksissa, mikäli esimerkiksi parisuhteeseen liittyy väkivaltaista käyttäytymistä.

”Siihen liittyvä pelkän ongelman tuijottaminen, niin aika vähän sitä tehdään, mutta että mitä se pelaaminen aiheuttaa ihmiselle, niin sillä on enemmän merkitystä ja siitä ihmiset saa kiinnikin paremmin, kun nostetaan ongelma tarkastelun kohteeksi vaan niin, että mitä se on niin kun aiheuttanut ympärille. Työvälineitä, mitä siihen sitten kasaan ympärille, niin ne on sitten kognitiivisen käyttäytymisterapian työvälineitä ja motivoivaa haastattelua ja varmasti se tärkein asia on kuulla se ihminen.”

Yksilötyön keskeisimmät hoitomenetelmät ovat kahdenkeskiset tapaamiset, läheisten mukaanotto hoitoon, ratkaisu- ja voimavarasuuntautuneisuus, motivoivan haastattelun menetelmä sekä kognitiiviset menetelmät.

Tutkimuksessa kysyttiin työntekijöiltä lääkehoidon käytöstä peliongelmaisten hoidossa. Joissain organisaatioissa lääkehoitoa ei suosita, eikä lääkkeitä määrätä peliongelman hoitoon. Naltreksoni- lääkehoitoa on joissain organisaatioissa ja naltreksonin käyttö peliongelmaisten hoidossa on lisääntymässä. Joillain asiakkailla on käytössä maassamme yleisimmin käytössä olevia mielialalääkkeitä psykiatristen sairauksien hoitoon ja myös peliongelman hoitoon.

”Meillä ei ole lääkkeitä käytössä, et sitten on tietysti ne asiakkaat, joilla on hoitosuhde mielenterveystoimen puolelle, niin heillä on toki sitten siihen perussairauteen lääkitykset ja niistä sitten ehkä neuvotellaan aina hoitavan lääkärin kanssa...”

*”Tutkija (T): ... saako teiltä lääkehoitoa peliongelman hoitoon?
Haastateltava (H): Saa, kyllä.”*

T: Mitä lääkkeitä on määrätty, mitä tiedät että on?

H: No, ainakin sitä naltreksonia ja mielialalääkkeitä.

T: Joo ja nimenomaan peliongelman hoitamiseen?

H: Joo. Jonkun verran ehkä nukahtamislääkettäkin, jos tulee se että on sitä uniongelmaa on paljon.”

5.2 Peliongelmaisen asiakkaan yksilöhoidon sisältö

Yksilötyön alkaessa asiakkaalla on usein mielessä mitä hän haluaa. Näitä mieltä askarruttavia asioita ovat yleensä raha-asiat, perheasiat, työ, oma jaksaminen ja mielialaan liittyvät tekijät. Työntekijöillä on käytössä muun muassa esitteitä pelaajille ja läheisille, Pelurin tuottamaa materiaalia ja oma-apumateriaalia sekä Pelissä- koulutuksesta saatua materiaalia. Näitä työntekijät käyttävät asiakastilanteessa. Annetut tehtävät käydään tapaamisten aikana läpi, niitä voi antaa asiakkaalle kotiin mukaan tai joidenkin asiakkaiden kanssa tehtäviä sekä muuta materiaalia käytetään keskustelun pohjana.

”...esitteitä, mitä nyt on valtakunnan tasolla julkaistu, niin niitä tietysti käytän ja annan avuksi sekä kotiin vietäväksi, myöskin lähi-ihmisille, jos läheiset eivät ole mukana työskentelyssä. Minulla on itse tehtyjä monisteita, joissa käydään asioita tiedollisesti läpi ja sitten on kaikki nämä tehtävät, mitä, kotitehtäviähän minä annan jonkun verran ihmisille tai sitten ne tehdään tässä, niin sitten ne ihmiset saavat sen mukaan. Käytän fläppitaulua, piirrän kuvia, kuva selkeyttää monta kertaa prosessia, prosessissa tapahtuvia ilmiöitä...”

” En sanoisi, että meillä nyt on siihen sellaista valmista lomakkeistoa. Käytetään sitä lomakkeistoa ja rakennetta, mitä on ollut.”

Tapaamisten yhteydessä tehdään tilannekartoitus pelaamisesta. Tällöin selvitetään esimerkiksi mitä pelaaminen on vaikuttanut asiakkaan elämään ja minkälaisia asioita arjessa on sekä mikä on pelaamisen todellinen tilanne. Tilannekartoitukseen liittyy myös selvittely siitä, missä ja miten asiakas elää sekä kuinka pelaaminen on vaikuttanut tai muuttanut elämää. Kartoitukseen liittyy olennaisena osana selvitys siitä, onko asiakkaalla enää mahdollisuuksia palata siihen elämään ja maailmaan, jossa oli ennen pelaamista.

Työntekijät kuvasivat yksinkertaisia kysymyksiä ja teemoja, joita tapaamisten aikana asiakkaalle esitetään. Näitä kysymyksiä ja teemoja ovat:

- Minkälaisista asiakkaista pelaaminen on?
- Millä intensiteetillä pelaaminen tapahtuu?
- Miten asiakas asettaa tavoitteensa?
- Mitä riskejä pelaamisen osalta asiakkaan elämä sisältää?
- Keneltä asiakas on salannut pelaamisensa?
- Mitä pelejä asiakas on pelannut ja missä tilanteissa sekä miten kauan?
- Mitä laukaisevia tekijöitä pelaamisessa on?
- Missä asiakas pelaa?
- Mitä pelejä asiakas pelaa?
- Mitä pelaaminen on antanut asiakkaalle välittömästi, entä pidemmällä aikavälillä?
- vaihtoehtoinen toiminta pelaamisen tilalle
- harrasteen löytäminen, esim. paikallisen sanomalehden avulla
- voimavarojen etsiminen

Yksilötyön sisältöön kuuluvat myös lääkäriaikojen varaaminen, osastohoidon miettiminen, velkaneuvonnan järjestäminen ja toimeentulon hakeminen. Lisäksi työntekijöiden mielestä on tärkeää ohjata asiakas vertaistuen piiriin, joita ovat esimerkiksi pelivoimapiiriin ja muille keskustelupalstoille opastaminen.

”Pelivoimapiiriä minä voin nyt suositella ja sitten täällä on ollut, heikosti on tällä hetkellä varmaankin niin kun semmoista, että minulla ei ole mitään tiettyä, että mitä minä niin kun automaattisesti antaisin. Että se varmaan on semmoinen asia, mitä pitäisi ihan niin kun mieltäkin systemaattisesti, että jonkun näköinen, semmoinen työkalupakki siihen tulisikin sitten.”

Työntekijöistä suurin osa ei käytä minkäänlaisia testejä ja olivat sitä mieltä, että peliongelmaisten asiakkaiden testit ovat turhia (esimerkiksi SOGS). Osa työntekijöistä käyttää testejä peliongelmaisen asiakkaan elämäntilanteen kartoittamiseen (muun muassa BDI-kysely masennustilaa selvitetessä). Työntekijöiden yhtenäinen näkemys oli siinä, että asiakkaan elämän kokonaisvaltainen kartoittaminen on oleellista yksilöhoidon alkuvaiheessa. Kokonaisvaltaiseen elämäntilanteen kartoittamiseen kuuluvat seuraavat osa-alueet: fyysinen ja psyykinen terveys, päivärytmiasiat, talous, koulu, opiskelu, työ, ihmissuhdeasiat ja muut sosiaaliset suhteet. Huolien listaaminen sekä viikko- ja vuorokausikalenterin rakentaminen kuuluvat asiakkaan osalta yksilötyön sisältöön.

” Että minä en esimerkiksi SOGS:n testiä suosi sen takia, kun se ei hoidolle anna yhtään mitään. Että se tulos sieltä, että onko joku niin kun pahasti riippuvainen peleihin ja pelaako se viidellä tonnilla vai viidellä eurolla, niin ei se hoidon

kannalta, sillä ei ole mitään merkitystä..”

Asiakkaan taloudellinen tilanne pyritään ottamaan erityisesti huomioon. Työntekijät pyrkivät ohjaamaan asiakkaan tarvittaessa velkaneuvontaan ja taloudelliset asiat läpikäydään yhdessä asiakkaan kanssa (muun muassa laskut), työntekijä auttaa asiakasta maksuehtojen sopimisessa ja hän käy tarvittaessa asiakkaan kanssa velkaneuvontapalavereissa. Työntekijät kehottavat asiakasta pitämään talouspäiväkirjaa. Työntekijöillä on apuna Omille jaloille -projektin materiaali ja joissain paikkakunnilla on mahdollisuus ohjata asiakas Omille jaloille -projektin ylläpitämään talousneuvontapisteeseen. Työntekijät palveluohjaavat asiakkaitaan tarvittaessa muun muassa kuraattorille, Kelaan ja/tai etuussihteerille. Joidenkin asiakkaiden kohdalla työntekijät ovat neuvoneet asiakkailleen laittamaan tietokoneisiin estoja esimerkiksi niille Internet pelisivustoille, joissa asiakas pelaa. Myös porttikieltoja, esimerkiksi täyspotteihin suositellaan ja osa asiakkaista on toteuttanut porttikieltopyyynnön pelipaikkaansa.

”...että varsinainen velkaneuvonta on sitten velkaneuvojen kanssa, mutta minä sanoisin, että ne pitäisi aina ottaa esiin ja hämmästyttävän vähän sitä yleensä tutkimusten mukaan hoidossa tapahtuu.”

”Tai sitten voi tietysti asiakkaan kanssa käydä, jos hänen on hankala niin kun lähteä niitä laskuja niin kun miettimään, niin voidaan sitten, että mitkä nyt näyttäisivät olevan semmoisia kaikkein tärkeimpiä. Kyllähän meidän puhelimesta saa sitten, jos itse tuntuu, että on hankala soittaa, niin voidaan yhdessä soittaa ja ruveta sopimaan niistä maksuista. Onhan se mahdollista.”

Puolison ja perheen ottaminen mukaan asiakkaan hoitoon on tärkeää. Läheiset otetaan mukaan hoitoon, niin halutessaan. Tutkimukseen osallistuneilla organisaatioilla on kaikilla mahdollisuus järjestää perhe- ja paritapaamiset. Perhe- ja paritapaamisia järjestetään niin yksilö- kuin parityöskentelynä. Suurimmalla osalla vastaajista on mahdollisuus järjestää vastaanottotoimintaa peliongelmaisten läheisille. Työntekijän kanssa läheiselle voidaan jakaa muun muassa tietoa peliongelma ilmiöstä ja mitä apua peliongelmaisille sekä läheisille on tarjolla.

”No, aina mielellään otan mukaan, jos ovat tulossa ja tietysti osahan on siinä lähtökohdassakin, että tulevat yhdessä puolison kanssa tai lapsensa kanssa, että tuota mutta kaikki otan vastaan.... Että se on aika merkittävä niin kun

hoitoon ohjaava taho se läheisten taho, että siinäkin mielessä niin kun läheisiin kiinnitetään, koska sitten taas itse ongelmaiset aika huonosti hakeutuvat hoitoon. Ja kuitenkin se määrä hoidon tarpeessa olevista ihmisistä kasvaa koko ajan.”

”No konkreettisesti on sitten järjestetty yhteisiä tapaamisia, että ollaan yhdessä juteltu siitä asiakkaan tilanteesta. Ja että myös sitten tietysti se, että kyllähän niin kun läheinen voi ottaa yhteyksiä minuun päin, mutta sitten että mitä voi niin kun tavallaan asiakkaan luvalla sitten keskustella läheisen kanssa ja joskus voi tietysti olla tilanteita, että sitten pelkkä kuunteleminenkin auttaa.”

Työntekijöiden kertomana yksilötyön sisältöön kuuluvat myös yhteistyöverkostojen kanssa työskentely ja asiakkaan tarpeiden mukaan verkostopalaverien järjestäminen. Työntekijät ovat valmiita lähtemään asiakkaan kanssa verkostopalaveriin. Asiakkaan verkostoihin kuuluvat muun muassa läheiset, perhe, työnantaja, työyhteisö, velkaneuvoja, edunvalvonta, sosiaalityöntekijä, lastensuojelu, päihdetyöntekijä, opiskeluterveydenhoitaja, kuntouttavan työtoiminnan ohjaaja, mielenterveystoimiston työntekijä, työvoimahallinto, kuraattori, seurakunta ja laituskuntoutus.

5.3 Yksilötyön hoitavat tekijät peliongelmaisten hoidossa

Työntekijöiden mielestä asiakkaan tunne kohdatuksi ja kuulluksi tulemisesta on eräs tärkeimmistä asioista yksilötyössä. Asiakkaan tunne siitä, että työntekijä on tukena ja rinnalla tapahtui asiakkaan elämässä mitä tahansa, luo turvaa asiakkaalle ja onnistuneelle yksilötyöskentelylle. Asiakkaan kuunteleminen, Perttulan kehittämän reikäleipämallin käyttö ja kokonaisuuden haltuunotto ovat merkityksellisiä tekijöitä peliongelmaisten hoidossa. Hoidon onnistumiseen on vaikuttamassa myös asiakkaan ja työntekijän välisen hoitosuhteen muodostuminen ja luottamuksen syntyminen niin asiakkaan kuin työntekijän välillä. Tasavertainen kohtaaminen samalta tasolta asiakkaan kanssa ja yhdessä pohtiminen ovat tärkeitä hoitavia tekijöitä.

”Sanoisin, että olennainen juttu on se, että siitä olisi sille ihmiselle apua ja hyvin paljon lähtisin siitä, että siinä voitaisiin lähteä asioita katsomaan toisin. Se vaatii jo turvallisen ja luottavan ilmapiirin eli se vuorovaikutus on äärimmäisen tärkeä ja se että ihminen voi lähteä aidosti sitä omaa tilannettaan pohtimaan ja se, että vaihtoehtoja miettimään tai kertomaan niistä omista kokemuksistaan ja tunnetasoa myöten.”

”No kyllä se on kuunteleminen, että se ihminen saa purkaa sen sisällön ulos ja sitten se, että kun se kuorma on kaadettu tähän pöydälle, et sitten me lähdetään se tuonne reikäleipään lokeroimaan. Otetaan se niin kun haltuun se kokonaisuus, että mitä kaikkea tässä on menossa ja et se semmoinen rakentaminen, sitten ne palat niin kun kohdilleen ja sen jälkeen valitaan, mitä lähdetään tekemään, että muutenhan se on semmoinen kaaos ihmisen päässä.”

Oleellisina hoidollisina tekijöinä pidetään lisäksi verkostojen hyödyntämistä ja kriisityön elementtien käyttöä. Asiakkaan on tärkeää ymmärtää riippuvuutta ilmiönä ja saada faktatietoa riippuvuudesta sairautena. Näin motivaation syntyminen, omien päätösten teko ja itsemääräämisoikeus hoidon laadun ja suuruuden suhteen on mahdollista. Motivoivan haastattelun menetelmän piirteiden käyttö auttaa asiakasta jäsentämään muun muassa mitä hyötyä ja haittaa pelaamisesta on.

Hoitavia tekijöitä ovat lisäksi ne seikat kuinka työntekijä suhtautuu ja kohtelee asiakasta. Yksilötyöskentelyssä asiakasta ei saa koskaan tuomita tai kiirehtiä asiasta toiseen liian nopeasti. Työntekijällä tulee olla taito soveltaa eri menetelmiä ja saada asiakkaan asiat näkyviksi sekä konkreettisiksi.

”...että semmoinen riittävällä maltilla lähestyminen, aito kiinnostus ja kuitenkin että pitää olla suora edessä ja takana.”

”Ja edelleen minä sanoisin tätä aitoa tasaveroista kohtaamista samalta tasolta yhdessä pohdiskellen. Ihminen itse tekee oman elämänsä päätökset. Jos voidaan olla niitä ratkaisuita auttamassa, valottamassa siihen omaan pieneen ajatuskehään jotakin toisenlaista näkökulmaa, josta lähtee joku semmoinen polku, jota voi lähteä eteenpäin.”

Työntekijät kokevat kokonaisvaltaisen elämäntilanteen kartoittamisen ja pelaamisen vaikuttamisen asiakkaan elämän eri osa-alueisiin yhdeksi tärkeimmistä seikoista. Asiakkaan hoidon kannalta on tärkeää pohtia oman elämän tavoitteita ja aikatauluttaa ne. Suoranaista peliongelman hoitamisesta ei tapahdu heti hoitosuhteen alkaessa. Ihmisen kuulemista pidetään tärkeänä. On tärkeää kuulla mitä asiakas haluaa ja miten hän asettelee omat tavoitteensa. Työntekijän tulee rakentaa luottamuksellinen hoitosuhde peliongelmaisen asiakkaan kanssa ja lähestyä asiakkaan asioita rauhallisesti. Asiakkaalla tulisi olla tunne siitä, että työntekijä on ihminen hänen rinnallaan. Työntekijällä tulee olla aito kiinnostus asiakasta ja hänen asioitaan kohtaan sekä taito lähestyä asiakkaan asioita käytännön läheisesti.

Luottamuksellisen hoitosuhteen muodostuessa laaditaan asiakkaan kanssa yhdessä kuntoutussuunnitelma.

5.4 Yksilötyön hyvät ja kehittämistä edellyttävät asiat

Työntekijät arvioivat yksilötyön hyviä puolia. Ääneen puhuminen, kuunteleminen ja ongelmien sekä salaisuuksien jakaminen olivat useimmin esitettyjä seikkoja. Myös ajatuksien jäsentäminen ja asiakkaan tunne siitä, että joku todella haluaa auttaa ja tunne autetuksi tulemisesta ovat työntekijöiden mielestä yksilötyön hyviä puolia. Oman ajattelun mahdollisuus ja asioiden miettiminen omista lähtökohdistaan ovat yksilötyön positiivisia tekijöitä. Työntekijät arvelivat myös, että yksilö vastaanotolle on helpompi tulla kuin ryhmätilanteeseen.

”No tietysti siinä on se, että kaikki ihmisethän eivät ole ryhmäihmisiä, että eikä vertaisohjauksellisesti halua tulla ja salaisuus, salaisuuden myytti kun on niin äärettömän vahva pelaamisen osalta, niin yksilötyöskentely mahdollistaa sen, että ei tarvitse tulla kaapista kauhean isosti ulos, että se semmoinen kahdenkeskeinen keskustelu sen paketin kanssa, niin se on asiakkaalle helpompaa.”

”No onhan sitä asiakkaista nähnyt, että kun joku niin kun jakaa sen pulman ja sen saa sanoa ääneen ja ruveta sitä jäsentään, että se on usein niin kriisissä. Niin kun kriisissä ylipäättänsä, että se näkökenttä on niin kun tähän minun nenän eteen, että kaikki on pielessä, eikä mistään tunneta, on niin kun vaikea löytää mitään mihin tarttua.”

Yksilötyön huonoiksi puoliksi arvioitiin läheisten niukkaa tai olematonta mukanaoloa. Joissain tapauksissa työntekijät eivät ole saaneet minkäänlaista tietoa asiakkaan läheisistä. Välimatkat koettiin liian pitkiksi ja sitoutumattomuus sekä hoidosta pois tippuminen olivat yksilötyön heikkoja puolia. Työntekijät arvioivat yksilötyön huonoiksi puoliksi myös kapeamman työotteen ja vertaiskokemuksen puuttumisen.

”No huono puoli varmaan on se sitten, että jos niin kun jostain syystä jos asiakas ei ihan ole sitoutunut siihen omaan hoitoonsa, niin sitten se voi olla helpompi jotenkin pudota siitä hoidon piiristä pois, kuin et jos siinä olisi niin kun läheisiä tukena, niin siellä olisi myöskin vähän sitten tämmöistä niin kun, enemmän niin kun sidonnaisuutta tähän. Ja onhan se kapeampi työskentelyote, yksilötyöskentely, kun sitten että tekisi perheiden kanssa töitä.”

5.5 Ryhmähoito peliongelmaisten hoidossa

5.5.1 Ryhmähoidon järjestäminen

Ryhmähoitoa järjestetään pienessä osassa niissä organisaatioissa, joissa haastattelut tehtiin. GA-ryhmiä ei ole yhdelläkään tutkimukseen osallistuneiden organisaatioiden paikkakunnilla. Pelirajat' on-vertaisryhmänohjaaja koulutuksessa on joitain peliongelmaisia ja he muodostavat oman vertaisryhmänsä. Eräissä tutkimukseen osallistuneissa organisaatioissa on mahdollisuus osallistua suljettuun ryhmään, korva-akupunktioryhmään ja avoryhmään sekä läheisille tarkoitettuun prosessiluontoiseen ryhmään. Ryhmät kokoontuvat pääsääntöisesti viikoittain. Ryhmien koko ja jatkuvuus määräytyvät osallistujien sekä heidän aktiivisuuden mukaan. Työntekijät opastavat asiakkaitaan Internetin tarjoamiin vertaistukiryhmiin.

Vertaisryhmien sisältö on pääasiassa vapaamuotoista keskustelua ja ryhmään osallistuvien ehdoilla tapahtuvaa toimintaa. Ohjaaja ohjaa usein keskustelua. Ryhmissä voidaan järjestää teemailtoja asiakkaiden toiveiden mukaan ja niissä tehdään tehtäviä. Myös eri palveluiden esittely, muun muassa velkaneuvonta, on mahdollista. Ryhmissä käytetään kognitiivis-ratkaisukeskeisiä menetelmiä, esimerkiksi annettujen tehtävien avulla. Näin ryhmä voi alkaa ”kantaa” ja tekemään työnsä itse, ilman ohjaajaa.

”...mitä ei voi ehkä riittävästi edes korostaa, mikä on tällöinen vertaistuen ja vertaiskokemuksen ulottuvuus. Peliongelmaisilla on, heillä on kaikilla, matkassa se oma kokemus ja melkeinpä sanoisin, että myös sitä kautta todettua, elettyä pääomaa mukana. Jos siellä on niitä äärimmäisen vaikeita asioita, se on yhteinen kokemus. Kaikilla heillä on vaikeita asioita.”

5.5.2 Ryhmähoidon hyvät ja kehittämistä edellyttävät asiat

Ryhmähoidon hyväksi puoliksi arvioitiin ryhmään osallistuvien samanhenkisyttä, kannustamista ja ryhmän ulkopuolella muodostuneita tukirinkejä. Vertaistuki ja vertaiskokemuksen ulottuvuus, ymmärryksellinen kokemus (toisten kautta oman asian hahmottaminen toisin) ja turvallinen vuorovaikutus ovat ryhmähoidon hyviä ominaisuuksia. Asiakas voi tarkastella asioitaan monipuolisesti, jos rinnalla kulkee henkilökohtainen työskentely ryhmäprosessin rinnalla.

"...että kyllä se siihen vertaistuelliseen kokemus asiantuntijuuteen melkeinpä sen hyvän pelkistäisin. Tietysti voi nähdä, että, tai jopa enemmän ja monta kertaa se on niin tärkeätä kuin on myös se henkilökohtainen työstäminen, niin ehkä asioita voidaan katsoa aika monipuolisesti, kun siellä on monta kokemusta yhtä aikaa jaettavana."

"No, ryhmähoidossa on tietysti se, että se porukka on samanhenkisiä, ne tietää mistä ne puhuu, niin kun keskenään ja sitten siellä syntyy semmoinen ihan aito tsemppaamisen meininki aina välillä... että jotka ihan aidosti niin kun käyttää sitä ryhmää niin kun muistutuksena siitä, että en voi pelata, siellä tulee aika kovaa kritiikkiä sitten välillä niin kun toinen toista kohtaa ja ne on aika koviakin."

Ryhmähoidon huonoiksi puoliksi todettiin, että ryhmäläisellä halu pelaamisen voi voimistua ryhmän jälkeen. Joskus ryhmäläiset antavat toisilleen kovaa kritiikkiä, jolloin ryhmäläinen saattaa jättää ryhmissä käynnin kokonaan. Ryhmä toiminnassa riskinä työntekijänäköisyys ja se, että kyseessä epätasainen ryhmä taustoiltaan (muun muassa ikä ja mitä pelaa). Tällöin ryhmässä jaettavat kokemukset ovat liian erilaisia, eikä ryhmäläisillä ole toinen toisilleen mitään jaettavaa.

"...että jokainen on oma persoonansa ja sillä tavalla näkisin, että jos on kovin epätasainen ryhmä, tarkoitan sillä tavalla, että jos ryhmässä on joku ikääntynyt mummo, joka pelailee kolikkopeliä siellä lähikaupassa kaupan eteisessä ja jos siellä on nuori 18-, 19 -vuotias nettipelaja ja on kovin epätasainen ryhmä kokemuksiltaan ja myös pelien kautta katsottuna, niin silloin siinä voi tulla kokemus siitä, että ei me olla samasta asiasta edes puhumassa."

5.6 Peliongelmaan ja peliongelmaisten hoitoon huomiota

Haastateltavat eivät kaipaa haastattelujen teko hetkellä enempää pidempiä koulutuksia. Haastateltavat haluaisivat ottaa käytäntöön sovellettavaksi ne tiedot, joita aikaisemmista koulutuksista ovat saaneet ja mitä Pelissä hankeen koulutus on heille antanut. Lisäkoulutuksia työntekijät kaipaavat niin sanottujen iltapäiväluentojen merkeissä. Luentojen aiheiksi työntekijät nimesivät seuraavat teemat: pelien houkuttavuustekijät, pelien psykologia, mihin pelaaminen vetoaa ihmisen psyykkeessä, psykologisen tieto-taidon lisääntyminen, käyttäytymisterapian soveltaminen peliongelmaisten hoidossa, tunneilmaisun

helpottaminen, menetelmälliset mallit, craft- terapian käyttö peliongelmaisten hoidossa, Internetin käyttö ja sen maailma sekä millä kaikella ihmiset pelaavat.

Hoitomenetelmien kehittämisen yhdeksi sisällöksi nousi työntekijöiden omien koulutusten kautta saadun tiedon jakaminen toisille työntekijöille. Myös peliongelmaista ja peliongelmaisten hoidosta koottavat tietopakettien jakaminen olisi työntekijöiden mielestä tärkeää tiedon levittämisen kannalta. Laitoshoidon puuttumisen ongelmaan työntekijöistä osa otti kantaa. Tutkimuksen tekohetkellä laituskuntoutusta peliongelmaisille ei ole ollenkaan, eikä uusiin laitoshoidon tarjoajiin luoteta. Tyynelän Kuntoutuskeskuksen lakkauttaminen ja peliongelmaisten laitoshoidon luotettavan hoidon loppuminen aiheutti lähes jokaisella työntekijöillä mielipahaa.

Lääkehoidon osuutta peliongelmaisten hoidossa pohdittiin ja koettiin sen kasvavaksi ilmiöksi naltreksoni hoidon vuoksi. Vertaishoidon kehittäminen on selkeästi useamman organisaation tulevaisuuden haaste.

Lähes jokainen haastateltava toi haastatteluvaiheessa esille sen seikan, että peliongelman tunnistaminen pitäisi ottaa osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelutasoa. Peliongelmaan huomioon kiinnittäminen ja siitä puhuminen olisi työntekijöiden mielestä ehdottoman tärkeää. Peruspalvelutason työntekijöille toivottaisiin menetelmällistä osaamista. Näin työntekijöiden mielestä voitaisiin mahdollistaa peliongelmaisille matalamman tason palveluita ja helpompi hoitoon pääsy. Psykiatristen palveluiden hyötykäyttöä peliongelmaisten hoidon alkuvaiheessa pohdittiin myös.

”...minusta olisi hirveän tärkeää niin kun että siellä perustasolla olisi riittävät tiedot puheeksiottamisesta ja varhaisesta puuttumisesta ja että siellä voitaisiin lyhyen aikaa jotenkin niitä asioita jo käsitellä, tehdä sitä semmoista perustavaa laatua olevaa työtä ja sitten jos se ei tuota tulosta tai niitä voimavaroja ei ole, niin sitten ohjata vähän tänne jo niin kun erityispalvelun piiriin.”

”Se, mitä tarvitaan, on se että siihen asiaan ylipäättään tartutaan, että tällaisen ongelmapelaamisen olemassaolo piiloutuu muitten asioiden, terveys asioiden, talousasioiden taakse ja se on helppo sinne piilottaa, että tällaisen puheeksi otto ja tunnistaminen, niin se pitäisi niin kun saada lanseerattua peruspalvelutasolle aika vahvasti, että sitä asiaa kysytään, niin siihen tartutaan, jos se nousee esiin, koska sitten ne tavallaan ne menetelmät ja konstit, mitä varhaisemmassa vaiheessa asia nousee esiin, niin ne on sitä

tehollisempia, mitä nopeammin päästään ongelmaan puuttumaan. Se on se, mitä siellä pitää kehittää. Eli tunnistamisen ja puheeksi oton rohkeutta.”

Työntekijöiden selkeänä mielipiteenä haastatteluissa nousi teema, jonka tarkoituksena olisi saada peliongelmaa ja peliongelmaisten hoito näkyvämmäksi julkisuudessa. Peliongelmaista ja peliongelmaisista pitäisi puhua enemmän. Eräs haastateltavista toi esille seikan, jolla kohtaamista saataisiin enemmän ja peliongelmaisten hoitoon huomiota. Hän toivoisi peliongelmaisten ja työntekijöiden yhteistä kohtaamista, jossa voitaisiin listata peliongelmaisen asiakkaan toiveita sekä antaa mahdollisuus vaikuttaa omiin valintoihin esimerkiksi hoitomuotojen suhteen. Kaiken kaikkiaan peliongelman ilmiötä ja peliongelmaisten hoitoa haluttaisiin enemmän julkisuuteen esimerkiksi median avulla.

”Ja jotenkin se, että miten ylipäättään voi siis näistä nettipokerijutuistakin sitten, että niitä mainostetaan niin ja sitten niistä voitoista annetaan semmoista kuvaa, että tuota se olisi joku, jotain ihannoitavaa. En niin kun sitä käsitä ollenkaan. Ja sitten ne on kuitenkin saattanut hävitä ihan, ne samat voittajat, ihan mielettömiä summia ja sitä ei kerrota ollenkaan ja itsetuhon partaalla olleita, siis tosi kraaveja tilanteita ihmisillä, niin eihän me siitä taas puhuta mitään, että mutta on onneksi ollut nyt julkisuudessa sitä oikeampaakin, telkkarissakin.”

5.7 Yhteenveto tutkimustuloksista

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata työntekijöiden keinoja ja menetelmiä hoitaa peliongelmaisia asiakkaita. Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa käytetyistä menetelmistä sekä yksilö- ja ryhmähoidon hoidollisista tekijöistä.

Tutkimukseen osallistuneista työntekijöistä kaikilla on kokemusta peliongelmaisten hoitamisesta. Kenellekään työntekijöistä ei ole aikaisempaa pidempiaikaista koulutusta. Tutkimukseen osallistuvista työntekijöistä useammalla on peliongelma prosessikoulutus kesken. Tietoa peliongelmaisten hoitamiseen haetaan muun muassa kirjallisuuden ja tutkimusten avulla. Työntekijöillä asiakkaita käy epätasaisesti ja tällöin peliongelmaisten kohtaaminen on eräillä työntekijöillä niukkaa. Peliongelmaisilla asiakkailla on monenlaisia diagnooseja, joista yleisimpiä ovat muun muassa masennus, päihteiden käyttö ja

kaksisuuntainen mielialahäiriö. Asiakkaat pelaavat pääasiassa nettipelejä ja kolikkoautomaatteja. Peliongelmaisia asiakkaita on monenlaisia, eikä yhtä tiettyä profiilia voida määrittää.

Tutkimukseen osallistuvilla organisaatioilla yhdelläkään ei ole peliongelmaisille suunnattua hoito-ohjelmaa. Peliongelmaisten hoidossa käytetään samoja menetelmiä kuin päihdeongelmaisten hoidossa. Perheterapian elementtejä käytetään peliongelmaisten hoitamisessa muun muassa perhe- ja paritapaamisten muodossa. Kognitiiviset ja ratkaisukeskeiset menetelmät ovat eräitä eniten käytettyjä menetelmiä. Ratkaisukeskeisessä työskentelyssä käytetään esimerkiksi jänatyöskentelyn mallia. Kognitiivisia menetelmiä ovat muun muassa pelipäiväkirja ja omia toimintoja ohjaavat tehtävät. Supportiiviset menetelmät kuuluvat yksilötyöskentelyn menetelmiin, jossa tukea annetaan asiakkaalle muun muassa kannustamalla ja kehumalla. Motivoiva haastattelu on selkeästi yksi käytetyimmistä menetelmistä ja korva-akupunktiohoitoa tarjotaan joissain organisaatioissa. Yksilötyön keskeisimmät hoitomenetelmät ovat kahdenkeskiset tapaamiset, läheisten mukaanotto hoitoon, ratkaisu- ja voimavarasuuntautuneisuus, motivoivan haastattelun menetelmä sekä kognitiiviset menetelmät.

Työntekijät käyttävät lähes poikkeuksetta alkukartoituksen menetelmää, jossa asiakkaan elämäntilanne kartoitetaan kokonaisuudessaan. Alkukartoitukseen kuuluu kolmesta viiteen käyntiä. Tänä aikana pyritään tekemään yhdessä asiakkaan kanssa kuntoutussuunnitelma ja laaditaan hoidon tavoitteet. Työntekijöistä suurin osa ei käytä minkäänlaisia testejä ja hoidon alkuvaiheessa panostetaan enemmän elämäntilanteen asioiden järjestämiseen kuin itse peliongelman hoitamiseen. Taloudelliset tekijät pyritään selvittämään heti hoidon alkaessa ja läheiset otetaan mahdollisuuksien mukaan hoitoprosessiin mukaan.

Työntekijöiden mielestä asiakkaan tunne kohdatuksi ja kuulluksi tulemisesta on eräs tärkeimmistä asioista yksilötyössä. Asiakkaan tunne siitä, että työntekijä on tukena ja rinnalla tapahtui asiakkaan elämässä mitä tahansa, luo turvaa asiakkaalle ja onnistuneelle yksilötyöskentelylle. Hoidon onnistumiseen on vaikuttamassa myös asiakkaan ja työntekijän välisen hoitosuhteen muodostuminen ja luottamuksen syntyminen niin asiakkaan kuin työntekijän välillä. Tasavertainen kohtaaminen samalta tasolta asiakkaan kanssa ja yhdessä

pohtiminen ovat tärkeitä hoitavia tekijöitä. Hoitavia tekijöitä ovat lisäksi ne seikat kuinka työntekijä suhtautuu ja kohtelee asiakasta. Yksilötyöskentelyssä asiakasta ei saa koskaan tuomita tai kiirehtiä asiasta toiseen liian nopeasti. Työntekijällä tulee olla taito soveltaa eri menetelmiä ja saada asiakkaan asiat näkyviksi sekä konkreettisiksi.

Ääneen puhuminen, kuunteleminen ja ongelmien sekä salaisuuksien jakaminen ovat yksilötyöskentelyn hyviä puolia. Myös ajatuksien jäsentäminen ja asiakkaan tunne siitä, että joku todella haluaa auttaa ja tunne autetuksi tulemisesta ovat työntekijöiden mielestä yksilötyön hyviä puolia. Huonoiksi puoliksi mainittiin muun muassa vertaistuen puute ja näkemysten kaventuminen.

Ryhmähoitoa järjestetään vain murto-osassa tutkimukseen osallistuvista organisaatioista. Ryhmähoitoa järjestävissä organisaatioissa on monipuolisia ryhmäpalveluita, muun muassa avo-, läheisten- ja korva-akupunktioryhmät. Osassa organisaatioita haaveillaan tulevaisuudessa ryhmäprosessin mahdollisuudesta. Hyviksi puoliksi ryhmähoidossa pidetään muun muassa samanhenkisyttä ja kannustamisesta sekä vertaistuen ja -kokemuksen ulottuvuutta. Huonoja puolia ovat muun muassa ryhmän jäsenten epätasainen tausta ja kokemusten erilaisuus.

Työntekijät eivät kaipaa enempää koulutusta tällä hetkellä. Työntekijöillä on halu päästä soveltamaan oppimaansa käytäntöön. Lisäkoulutusta kaivattiin iltapäiväkoulutusten merkeissä. Aiheina iltapäiväluennoilla voisi olla muun muassa pelien houkuttavuustekijät ja psykologia sekä psykologisen tieto-aidon lisääminen että craft-terapian käyttö peliongelmaisten hoidossa.

Useammassa haastattelussa tuotiin esille seikka, jossa painotettiin peliongelman tunnistamista ja puheeksiottoa peruspalvelutasolle. Työntekijät painottivat, että peruspalvelutasolla tulisi olla perusvalmiudet kohdata peliongelmainen asiakas ja hallita perusmenetelmät peliongelmaisen asiakkaan hoitamisessa. Laitoshoidon puuttuminen tuotiin esille useammassa haastattelussa. Tynnelän Kuntoutuskeskuksen lakkauttaminen nähtiin yhtenä suurena puutteena, koska uusiin palvelun tarjoajiin ei vielä luoteta.

Lopuksi neljässä haastattelussa viidestä tuotiin omaehtoisesti esille, että peliongelmaa ja peliongelmaisten hoitoa pitäisi tuoda julkisuudessa enemmän esille. Peliongelma täytyisi tehdä näkyväksi yleisellä tasolla ja peliongelmasta puhumista pitäisi saada ihmisten puheisiin enemmän. Ilmiö tulisi tuoda julki myös negatiivisine seurauksineen esimerkiksi median välityksellä.

6 POHDINTA

Suomessa tarvitaan kehittävää otetta peliongelmaisten hoidon kehittämiseen. Myös peliongelmaisten hoitoon liittyvään sisältöön tulisi enenevässä määrin kiinnittää huomiota ja saada yhdensuuntainen ”malli” hoitaa peliongelmaa. (Murto 2005). Tiedostin ja huomasin tutkimuksen teon aikana sen, kuinka paljon paremmin Pelissä –hankkeessa mukana olevat kaupungit ja/tai kunnat hoitavat peliongelmaisia asiakkaitaan. Hanke on selkeästi antanut lisäenergiaa ja tieto-taitoa hoitaa peliongelmaisia asiakkaita. Tämän seikan huomasin haastatteluita tehdessä ja analysoidessa. Hankealueella työntekijät saavat muun muassa koulutusta enemmän kuin muualla.

Teoreettisen tiedon taustalla ollut kirjallisuuskatsaus peliongelmaisten hoidosta antaa selkeästi tuloksen siitä, että peliongelmaa voidaan hoitaa päihdepalvelujen piirissä. Henkilökunta tarvitsee lisää koulutusta ja pohdintaa siitä, onko peliriippuvuus todella samansuuntainen riippuvuus kuin muutkin riippuvuudet. (Huttunen 2009). Tarkoitan tässä lähinnä alkoholi- ja huumeriippuvuutta. Muualla maailmassa, esimerkiksi Kanadassa peliongelmaisia hoidetaan omissa yksiköissään ja heille on oma palvelujärjestelmänsä. (Bagby 2003; Gomes & Pascual-Leone 2008; Kennedy 2004; Toneatto, Bouhton & Borsoi 2002; Toneatto 2004; Turner, Sharp, Zengeneh & Spense 2003; Urbanoski & Rush 2004; Zack, Stewart, Klein, Loba & Fragopoulos 2002).

Suomessa ollaan kovasti keskustelemassa aiheesta, voidaanko peliongelmaisia hoitaa päihdepalveluissa. Tähän valtakunnassa ollaan panostamassa Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisella kehittämisohjelmalla, jossa olisi tarkoitus muun muassa uudistaa palvelurakenteita (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2008-2011). Kokemukseni mukaan peliongelmaisia on tähän päivään asti hoidettu mielenterveys- ja päihdepalveluiden piirissä. Valtakunnassa alkaa olla selkeää jakoa siinä, että riippuvuusongelmat hoidetaan päihdepalveluissa ja mielenterveyden puolella hoidetaan akuutit mielenterveysongelmat. Hansenin (2004) tutkimuksessa, Huttusen (2009) ja Murron (2005) pro-gradu tutkielmissa, Huotarinen (2009) selvityksessä ja Ahosen (2010) tutkimuksessa tulokset ovat selkeät siinä, että peliongelmaisia hoidetaan Suomessa päihdepalvelujen piirissä.

Hoidon sisällöt vaihtelevat hoitopaikkayksiköittäin. Kuitenkin voidaan nähdä yhdensuuntaiset trendit peliongelmaisten hoidossa niin Suomessa kuin muualla maailmassa. Hoidossa käytetään sekä avo- että kuntoutushoidon piirissä samoja hoitomuotoja. Näitä ovat muun muassa terapeuttiset keskustelut, jotka käydään usein ratkaisukeskeisen terapian ja kognitiivisen terapian periaatteilla, verkostopalaverit, joissa turvataan peliongelmaiselle mahdollisimman turvallinen hoitoketju sekä vertaistuki. (Gomes ym. 2008 & Huttunen 2009.)

Peliongelman hoidossa käytetään vertaistuki ryhmiä (Gomes ym. 2008; Murto 2005; Piquette-Tomei ym. 2008). Nimettömien pelurien (GA) Internet sivuston mukaan Suomessa on vertaistukiryhmiä kymmenellä paikkakunnalla. Tammen työryhmän (2008) katsauksen mukaan ammattilaiset kokevat GA:n olevan tärkeä elementti peliongelmaisten hoidon tukena.

Yleisesti voin todeta, että peliongelmaisten hoito sijoittuu Suomessa päihdepalvelujen palvelujärjestelmään. Hoito on monin paikoin hyvin hajanaista, eikä yhteistä linjaa ole löydetty. Hoidon sisältöön vaikuttaa itse ongelmaisen tuomat tilanteet, jotka vaativat hoitoa, esimerkiksi velkajärjestelyt. Hoitava työntekijä määrittelee oman mielenkiintonsa mukaan hoidossa käytettävät menetelmät. (Huttunen 2009.)

Peliongelmaisten hoitoon ei Suomessa ole järjestetty pitkäkestoista koulutusta kuin viimeksi 1990- luvulla (Murto 2005). Pelissä- hanke on aloittanut 2009 syksyllä prosessikoulutuksen peliongelmaisten kanssa työskenteleville. Koulutus loppuu 2011. Päihdetyöntekijät etsivät pääsääntöisesti itse omat tietonsa peliongelmaista ja kuinka hoitaa ongelmasta. Päihdetyöntekijät kaipaavat kirjallisen materiaalin saamista ja lyhytkestoisia koulutuksia peliriippuvuudesta. (Huttunen 2009.) Lyhytkestoisia koulutuksia kaipasivat myös tutkimukseen osallistujat.

Peliongelman hoidon muodot ovat muuttumassa. Tyynelän Kuntoutuskeskuksen laituskuntoutushoito lakkautettiin maaliskuussa 2009. Kokemustietoni perusteella ja M. Itäpuiston (9 / 2010) mukaan Suomessa peliongelmaisten laituskuntoutusta järjestetään Tuustaipaleen kuntoutuskeskuksessa ja Hietalinna yhteisössä. Uusi suuntaus peliriippuvaisten

hoidossa on kurssimuotoinen kuntoutus. Tästä aiheesta ei löydy vielä minkäänlaista tutkimustietoa.

Peliongelma vaikuttaa myös henkilön hyvinvointiin ja elämänlaatuun. Messerlian, Derevensky ja Gupta (2005) tutkivat nuorten peliongelmia Montrealissa Kanadassa. Tutkimus osoitti nuorten kärsivän eniten depressiivisistä oireista ja päihteiden käytöstä. Tutkimuksessa todettiin nuorten ongelmapelaajien keskuudessa itsemurhariskin kohonneen. Lisäksi nuorilla todettiin ahdistuneisuutta ja yleisesti ottaen huono terveydentila. Nuorilla oli riski joutua rikoskierteeseen ja syrjäytymisen vaaraa oli muun muassa koulutuksen osalta. Peliongelma voi aiheuttaa nuorille pysyviä vaurioita muun muassa henkisessä kehityksessä. Nuorten ongelmallinen pelaaminen vaikuttaa myös koko perheeseen. Marshall ja Wynne (2004) ovat todenneet tutkimuksessaan samansuuntaiset seikat myös aikuisilla ongelmapelaajilla. Desai, Maciejewski, Dausey, Caldarone ja Potenza (2004) tutkivat ikääntyvien pelaamista. Tutkimuksessa pelaamisen todettiin vaikuttavan ihmisen hyvinvointiin muun muassa liiallisten päihteiden käytön ja masennuksen muodossa.

Masennuksesta ja ahdistuksesta kärsivät paljon enemmän ongelmapelaajat kuin ei-ongelmapelaajat. Sosiaaliset pelaajat kyllästyvät helpommin ja impulsiivisempia. Heillä on korkeampi halu uutuudenviehätyksen etsimiseen kuin harvemmin pelaavilla. Tällä ryhmällä oli enemmän aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriötä (attention-deficit/hyperactivity disorder, ADHD) ja muiden impulsiivisten kontrollihäiriöiden ongelmia nuoruudessa. (Kennedy 2004).

Ongelmapelaajilla on lisäksi vähemmän tyydyttävä parisuhde, vähemmän sosiaalista tukea, suuret määrät stressiä, huono itsetunto, taipuvaisuutta ikävystyneisyyteen ja maagisiin ajatuksiin, enemmän psykiatrisia oireita ja heikommat ongelman ratkaisutaidot kuin ei-ongelmapelaajilla. Miehillä on lisäksi taipuvaisuutta enemmän psykopatologiseen suuntaan kuin naisilla. (Toneatto ym. 2002; Marshall ym. 2004 & Messerlian ym. 2005.)

Emotionaalinen tuki ennustaa yksilön motivaatiota muutokseen pelaamistavoissa. GA:n kuuluminen, emotionaalinen tietoisuus ja masentuneisuuden syvyys ennustavat yksilön valmiutta muuttaa pelaamistapojaan. Masentunut tila itsestään vaikuttaa negatiivisesti

yksilön varmuuteen olla pelaamatta. (Gomes ym. 2008.) Gomesin työryhmän (2008) tutkimus osoittaa myös sen, että pelaamisen lopettamisen eroja on siinä haluaako yksilö muuttaa pelaamistapojaan kuin todellisuudessa päättää, että muutosta todella tarvitaan. Tutkimus selvitti, että hoitoajan pituudella ei ollut merkitystä yksilön voimavaroihin muuttaa pelaamistapojaan.

Hoidon menestykselliset lopputulokset vaativat asiakkaiden valmiutta muutokseen. Heillä täytyy olla riittävä annos motivaatiota, motivaatiota hoitaa omaa peliongelmaa ja olla tietoisuus omasta tehokkuudesta. (Gomes ym. 2008; Mielonen ym. 1999.) Edellä mainitut asiat koetaan merkitykselliseksi hoidon onnistumisen kannalta. Pakkokeinoihin ei uskota ja kuntoutumisen edellytyksenä pidetään omaa halua ja tahtoa tehdä muutos nykyiseen tilanteeseen. (Mielonen ym. 1999.)

Se kuinka hyvin peliongelmainen pääsee Suomessa hoidon piiriin, on riippuvainen pitkälti kunnan tarjoamista palveluista. Osassa Suomen kunnista ei kiinnitetä huomiota ollenkaan peliongelman olemassaoloon tai peliongelmaisen hoidon järjestämiseen. (Turja 2006.) Oman työkokemukseni kautta voin todeta, että avohoitopaikkojen järjestäminen oli välillä todella hankalaa, kun päihdehuollossa työskentelevien resurssit olivat muutenkin tiukoilla.

6.1 Tulosten tarkastelu

6.1.1 Peliongelmaisten hoito

Tutkimukseen osallistuvissa organisaatioissa ei ollut ennalta suunniteltua hoito-ohjelmaa peliongelmaisille asiakkaille ja työntekijät käyttivät samansuuntaisia menetelmiä kuin päihdeongelmaisten kanssa. Peliongelmaisten kanssa työskentelevät työntekijät käyttivät pääasiallisina menetelminään ratkaisukeskeisiä ja kognitiivisia työotteita. Aikaisemmat tutkimukset ja selvitykset (Huttunen 2009; Huotari 2009 & Brewster ym. 2002) viittaavat myös samoihin käytettyihin menetelmiin. Tutkimukseen osallistuvat työntekijät käyttivät menetelminään lisäksi motivoivaa haastattelua ja supportiivisia työotteita. Nämä samat menetelmät on osoitettu toimiviksi aikaisemman tutkimustiedon perusteella (Huttunen 2009; Brewster 2002; Toneatto ym. 2004; Toneatto 2004 & West, 2003). Kaikki työntekijät

ottivat puheeksi taloudelliset seikat ja läheiset otettiin mukaan hoitoon, heidän niin halutessaan sekä elämäntilanne kartoitettiin kokonaisuudessaan. Tämä kertoo työntekijöiden tavasta toimia riippuvuusongelmasta kärsivän ihmisen kanssa. Kaikki elämän oleelliset asiat pyritään ottamaan ongelman luonteenlaadusta huolimatta huomioon.

Tutkimukseen osallistuvien työntekijöiden käyttämien menetelmien välillä ei syntynyt minkäänlaisia eroja, vaan yksilötyöskentelyn keinot olivat jokaisella samansuuntaiset ja ne valitaan asiakkaan tarpeista lähtöisin. Muun muassa Toneatton (2004) tutkimus todistaa, että asiakkaan kannalta jokaisella hoitomuodolla on oma tarkoituksensa. Peliongelmainen asiakas tavattiin yhdestä viiteen kertaan, jonka aikana tehtiin tilannekartoitus peliongelmaisen elämästä. Yhtäläisyyksiä löytyi muun muassa materiaalien käytöstä, joista eniten esille nousut materiaali oli Anne-Maria Perttulan kehittämä niin sanottu reikäleipämalli.

Jokainen työntekijä käytti apunaan tehtäviä jäsentämään peliongelmaisen asiakkaan tilannetta tai keskustelun pohjana. Työntekijöiden keskuudessa materiaalin laatu vaihteli ja sitä käytettiin eri työntekijöiden välillä määrällisesti eri tavalla. Työntekijöiden käyttämillä materiaaleilla oli eroa, joka voi johtua työntekijän resursseista käyttäen aikaa peliongelmaisen asiakkaan hoidon materiaalin kehittämiseen. Osalla työntekijöistä oli aikaa kehittämistyöhön kun toiset tekivät asiakastyötä päätyökseen.

Kaikkien työntekijöiden keskuudessa merkitykselliseen asemaan peliongelmaisen hoidossa nousi läheisten mukaanotto hoitoprosessiin. Läheisten kanssa tehtiin yhteistyötä muun muassa paritapaamisten muodossa. Läheisille oli mahdollista järjestää myös omia vastaanottoaikoja. Tämä osoitetaan tärkeäksi muun muassa Marttisen (2009) pro gradu – tutkielmassa ja Inglen työryhmän (2008) tutkimuksessa. Huotarinen (2009) selvityksen mukaan peliongelmaisia asiakkaita ei automaattisesti oteta mukaan peliongelmaisen asiakkaan hoitoprosessiin, mikä osittain on ristiriidassa tämän tutkimuksen kanssa.

Työntekijät olivat yhteneväisesti samaa mieltä yksilötyön keskeisimmistä seikoista (kahdenkeskiset tapaamiset, läheisten mukaanotto hoitoon, ratkaisu- ja voimavarasuuntautuneisuus, motivoiva haastattelu sekä kognitiiviset menetelmät). Tämä voi

viitata siihen, ettei itse peliongelman substanssi osaamisella ole eniten merkitystä peliongelmaisen hoitamisessa.

6.1.2 Yksilö- ja ryhmähoidon hoitavia tekijöitä peliongelmaisten hoidossa

Työntekijät olivat sitä mieltä, että asiakkaan kohtaaminen ja luottamuksellisen hoitosuhteen luominen on kaikkein tärkeintä. Työntekijät olivat yhtä mieltä siitä, että asiakkaan kuulluksi tuleminen ja tuki ovat hoitavia tekijöitä peliongelmaisen hoidossa. Muun muassa Ahosen (2010) ja Ruglen työryhmän (1994) tutkimuksissa todetaan asiakkaan ja työntekijän välisen yhteyden löytymisen olevan merkityksellinen.

Tutkimukseen osallistuvat työntekijät mielsivät peliongelmaisen hoidon hoitaviksi tekijöiksi myös työntekijän suhtautumisen asiakkaan asioihin ja kuinka hän kohtelee asiakastaan. Tämän saman toteaa muun muassa Ahonen (2010) ja Walker työryhmineen (2003) tutkimuksessaan. Työntekijöistä suurin osa oli sitä mieltä, että työntekijällä tulee taitoja soveltaa eri menetelmiä ja saada asiat näkyviksi ja konkreettisiksi. Tavoitteiden laatimista pidettiin tärkeänä. Brewsterin työryhmän (2002) tutkimus puoltaa näitä ajatuksia.

Ryhmähoidon tutkimisen osuus jäi ohueksi tässä tutkimuksessa, koska suurimmassa osassa organisaatioita ryhmähoitoa ei järjestetty ollenkaan. Useammalla paikkakunnalla ei myöskään ole minkäänlaisia ryhmiä peliongelmaisille asiakkaille. Useammat tutkimukset ja raportit (muun muassa Gomes ym. 2008; Huotari 2007 & Piquette-Tomei ym. 2008) kuitenkin puoltavat ryhmähoidon järjestämistä peliongelmaisten hoidossa. Ahosen (2010) tutkimus osoittaa kuitenkin ristiriitaisia tuloksia siinä, että hänen haastattelemistaan peliongelmaisista asiakkaista murto-osa koki GA –ryhmän positiivisena kokemuksena.

Niillä paikkakunnilla, jossa ryhmähoitoa järjestettiin, ideologia ryhmähoidon järjestämisestä ja pitämisestä olivat samansuuntaiset. Kaikki ryhmätoiminta oli ohjaajajohtoista, mikä puoltaa ajatusta siitä, että peliongelmaisten ”omatoimiryhmät” eivät välttämättä ole pitkäkestoisia prosesseja.

Yksilö- ja ryhmähoidon hoitavissa tekijöissä löytyi kuitenkin pieniä eroja, mikä viittaa

molempien hoitomuotojen tarpeellisuuteen peliongelmaisten hoidossa. Yksilötyössä hoitavina tekijöinä pidettiin muun muassa asioiden jakamista turvallisessa ympäristössä, kun taas huonona puolena pidettiin työntekijävoittoista näkökulmaa. Ryhmähoidon hyviä puolia olivat muun muassa vertaistuen antama kannustus ja tuki. Huonoina puolina nähtiin riski siihen, ettei ryhmän jäsenillä ole toisilleen mitään annettavaa erilaisten taustojen vuoksi.

6.1.3 Kehittämisenäkökulmia

Työntekijöistä suurin osa oli mukana Pelissä –hankkeen järjestämässä prosessikoulutuksessa, eikä heillä ollut tarvetta pidempikestoisiin koulutuksiin. Työntekijöiden yhteinen näkemys oli siinä, että lyhyempikestoista koulutusta tarvitaan muun muassa pelien psykologian näkökulmasta. Koulutusta peliongelmaisten hoitoon tarvitaan ja sen osoittaa muun muassa Brewster työryhmineen (2002) tutkimuksessaan.

Hoitomuotojen kehittämisajatuksista kysyttäessä neljä viidestä vastaajasta ilmaisi huolensa peliongelman ja peliongelmaisten hoidon näkymättömyydestä yhteiskunnassa. Työntekijät halusivat nostaa peliongelmaista puhumisen ilmiönä enemmän esille, koska esimerkiksi nykymedia vääristää todellisuutta muun muassa ammattipokerinpelaajien silmin.

Työntekijöiden vahva yhtenäinen mielipide ilmeni myös siinä, että peliongelman tunnistaminen pitäisi osata jo peruspalveluiden piirissä. Peruspalveluissa työntekijöiden tulisi osata hallita joitain menetelmiä, joilla peliongelman voisi muun muassa ottaa puheeksi asiakkaan kanssa. Samansuuntaisia tuloksia sai myös Huotari (2009) selvityksessään ja Turjan (2006) kuntaselvitys puoltaa ajatusta siitä, että kuntien peruspalveluissa peliongelmaisten asioista olisi hyvä osata enemmän.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, refleksiivisyys ja vahvistettavuus. Uskottavuus tarkoittaa sitä, että tulokset on esitetty selkeästi. Lukijan tulee ymmärtää miten analyysi on tehty ja mitkä ovat olleet tutkimuksen

vahvuudet ja rajoitukset. Siirrettävyys edellyttää huolellista tutkimuskontekstin kuvausta. osallistujien valinnan ja taustojen selvittämistä. Myös aineiston keruu ja analyysin tarkka kuvaus vahvistaa siirrettävyyttä. Metodologinen, käsitteellinen, kontekstuaalinen ja kielellinen perusymmärrys sekä looginen ajattelu ovat kvalitatiivisen tutkimuksen perusasioita. Refleksiivisyydellä tarkoitetaan tutkijan tietoisuutta omista lähtökohdista tutkimuksen tekijänä. Hänen on oltava myös tietoinen vaikutuksestaan aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa. Vahvistettavuus on tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toinen lukija voi seurata prosessin kulkua pääpiirteissään. (Kankkunen ym. 2009 & Kylmä 2007.)

Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteissä luotettavuuden arviointiin liittyy olennaisena osana se, että tutkija joutuu pohtimaan tekemiään ratkaisuja. Hän joutuu ottamaan kantaa analyysin kattavuuteen ja tekemänsä tutkimuksen luotettavuuteen. Analyysin apuna ovat omat ja tutkijakollegoiden ennako-oletukset, arkielämän perussäännöt ja teoreettinen oppineisuus. Laadullisen tutkimuksen luotettavuudessa joudutaan todistamaan epäluuloiselle tiedeyleisölle tutkimuksen vakuuttavuus ja luotettavuus. Tässä apuna käytetään merkkejä, jotka näkyvät tutkimustekstissä. (Eskola & Suoranta 2003).

Tutkimukseni luotettavuuden kriteerit ovat uskottavuus, siirrettävyys, refleksiivisyys ja vahvistettavuus. Tutkimuksen luotettavuus on arvioitu Tuomen ja Sarajärven (2003) mukaan. Tutkimuksen kohde ja sen tarkoitus on määritelty hyvin. Aihe on valtakunnallisesti ajankohtainen sen vähäisen tutkimattomuuden vuoksi. Tutkimus on tärkeä peliongelman ja peliongelmaisten kasvavan määrän vuoksi, eikä Suomessa ole tehty tutkimusta peliongelmaisten hoidossa käytettävistä menetelmistä. Oman työhistorian vuoksi tutkimuksen alussa olevat oletukset ovat osoittautuneet todeksi, eivätkä ajatukseni tutkijana ole muuttuneet tutkimusprosessin kuluessa.

Aineistonkeruussa on laadukkaan aineiston saamisen kannalta oleellista tehdä ennakkoon hyvä haastattelurunko. Lisäksi haastattelutilanteeseen kannattaa varautua ennakkoon muun muassa suunnittelemalla haastattelutilanne ennakkoon ja tarkistaa haastatteluun tarkoitettu tekninen välineistö. (Hirsjärvi & Hurme 2001.) Tässä tutkimuksessa aineistonkeruu on tapahtunut yksilöhaastatteluina, jotka tutkija suoritti itse henkilökohtaisesti. Haastattelut tapahtuivat haastateltavien työyksiköissä, turvallisessa ilmapiirissä. Tutkija tunsu hyvin kaksi

haastateltavaa entuudestaan, jolloin ilmapiiri haastatteluissa oli tuttavallisen turvallinen ja keskustelua syntyi luonnostaan. Kolme haastateltavaa oli tutkijalle entuudestaan tuttuja, mutta työntekijät eivät tutkijaa muistaneet aikaisemmasta työhistoriasta. Haastattelutilanteet olivat vapaita ja rentoja sekä paljon keskustelua herättäviä. Kaksi haastateltavista oli hieman epävarmoja vastauksistaan vähäisen peliongelmaisten asiakasmäärän vuoksi. Varsinaisia ongelmia haastattelutilanteissa ei ollut. Kaikki haastattelut nauhoitettiin digitaalisella nauhurilla, jonka toiminta tarkastettiin aina ennen jokaista haastattelukertaa.

Haastatteluaineiston luotettavuuteen vaikuttaa aineiston laatu. Aineiston laatua voi heikentää muun muassa haastattelujen tekninen huono laatu, litterointi noudattaa eri sääntöjä alussa kuin lopussa tai luokittelun sattumanvaraisuus. (Hirsjärvi ym. 2001.) Tutkijan mielestä aineisto on laadukas ja haastateltavien antamat vastaukset luotettavia. Kaikki nauhoitukset kuuluivat erinomaisesti ja ne olivat selkeitä. Haastatteluissa oli vain yksittäisiä sanoja, joita litteroija ei ymmärtänyt tai kuullut oikein.

Tutkimukseen osallistujat valittiin tutkijan oman henkilökohtaisen tiedon mukaan, joka hänelle on syntynyt viisi vuotta kestäneen työhistorian pohjalta työskennellessään Tyynelän Kuntoutuskeskuksessa päihde- ja peliongelmaisten kanssa. Tutkija tietää haastateltavilla olevan kokemusta peliongelmaisten hoidosta, koska on tehnyt kaikkien haastateltavien kanssa yhteistyötä työhistoriansa aikana. Kolmella tutkimukseen osallistuvalla haastateltavalla on yli kymmenen vuoden kokemus peliongelmaisten hoidosta. Kahdella haastateltavalla on alle kymmenen vuoden aikana kertynyt kokemusta peliongelmaisten hoidosta. Kahdessa organisaatiossa johtaja suositteli haastatteluun osallistuvaa henkilöä, jotka tutkija valitsi haastateltavaksi. Haastateltaviin otettiin yhteyttä sähköpostitse haastatteluun suostumiseksi ja ajankohdan sopimiseksi.

Tutkimukseen osallistuivat kaikki tutkijan haluamat viisi haastateltavaa. Tutkimukseen osallistuvat organisaatiot valittiin Itä- ja Keski-Suomesta tutkijan aikaisemman tietämyksen perusteella, jossa hoidetaan peliongelmaisia asiakkaita. Tutkimukseen osallistuvista haastateltavista pyysin kirjallisesti (sähköpostitse) täydennystä kolmelta haastateltavalta. Jokainen vastaajista antoi täydennyksen yhteen kysymykseen. Täydennykset lisäsivät tulosten

luotettavuutta. Haastateltavat eivät lukeneet tuloksia etukäteen. Tutkimuksen tekeminen kesti kaiken kaikkiaan yhdeksän kuukautta. Haastattelut tehtiin kahden kuukauden sisällä. Raportointi valmistui neljän kuukauden sisällä viimeisestä haastattelusta.

Aineisto litteroitiin ulkopuolisen sihteerialan ammattilaisen avulla sanasta sanaan. Aineisto analysoitiin teemoitetulla sisällönanalyysillä, jossa aineisto koodattiin haastatteluteemojen mukaisesti (Kankkunen ym. 2009). Teemojen sisältä löydettiin yhdistävät tekijät ja tuloksiin päästiin suhteellisen helposti haastateltavien vastausten ollessa samansuuntaiset. Johtopäätökset tehtiin tuloksia tarkastelemalla ja yhdistämällä pienemmät kokonaisuudet isoimmiksi kokonaisuuksiksi. Tutkimus on raportoitu selkeästi ja lukijaystävällisesti. Koko tutkimuksen prosessi on esitelty raportoinnissa selkeästi ja tulokset on esitetty johdonmukaisesti sekä tarkasti. Tutkimuksen rakenne on tieteellisten normien mukainen. (Tuomi ym. 2003.)

Aineiston laatua ja luotettavuutta parantaa tutkimuspäiväkirjan pito. Tutkimuspäiväkirjaan voidaan kirjata ylös esimerkiksi kuvaukset haastattelutilanteista ja vaikeutta tuottaneet kysymykset (Hirsjärvi ym. 2001). Tutkimuksessani pidin tutkimuspäiväkirjaa, joka vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuspäiväkirjan avulla olen vahvistanut muun muassa tutkimuksen aikataulun ja haastattelujen kestot sekä aikataulut.

6.3 Eettiset näkökohdat

Tässä tutkimuksessa noudatetaan eettisiä periaatteita, erityisesti ihmisarvon kunnioittamista. Eri tiedeyhteisöllä on omat eettiset normistonsa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002). Tässä tutkimuksessa käytettiin yhteiskuntatieteellisen tiedeyhteisön normistoa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2009) on antanut ohjeet mitä periaatteita tulee noudattaa, kun tutkimusta tehdään ihmistieteisiin luettavilla tutkimusaloilla. Ihmistieteissä käytettävät eettiset periaatteet ovat tutkittavan itsemäärämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen ja yksityisyyden sekä tietosuojan ylläpitäminen.

Tutkimuksen aihe on valtakunnallisesti ajankohtainen ja tuo uutta tietoa ongelmapelaajien

hoidosta. Oikeudenmukaista on, että ongelmapelaajia ja heitä hoitavia henkilöitä kohtaan kiinnitetään tutkimuksellisessa mielessä huomiota. Peliongelmaista puhuminen ja sen puheeksi ottaminen on haasteellista.

Tutkimusprosessin aikana tutkija joutui pohtimaan tutkimuseettisestä näkökulmasta useita eri kysymyksiä, joiden oletettiin vaikuttavan tutkimuksen eettisiin näkökulmiin. Tutkija joutui miettimään vastauksia muun muassa seuraaviin kysymyksiin: *Onko oikein tutkia mitä aihetta tahansa? Millaista on hyvän tieteellisen käytännön mukainen tutkimus? Onko tutkija vastuussa siitä, mihin hänen tuottamaansa tutkimustietoa käytetään? Mitä tulisi erityisesti huomioida, kun tutkimuskohteena on ihminen?* (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tutkimusluvut anottiin jokaisen organisaation protokollan mukaan ja suostumuksen tutkimuksen suorittamisesta saatiin joko kirjeitse tai sähköpostitse. Tietoon perustuva suostumus, mikä perustuu kirjalliseen ja suulliseen tiedottamiseen tutkimuksesta, pyydettiin haastateltavilta. Jokainen haastateltava allekirjoitti tietoon perustuvan suostumuksen, jolloin he vapaaehtoisesti hyväksyivät osallistumisensa tutkimukseen (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2009). Tutkimuksen tiedotteessa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, tutkimusaineiston käyttötarkoitus ja säilyttäminen. Tiedotteessa mainittiin se, että vastaukset käsitellään nimettöminä eikä vastaajan henkilöllisyys tule kenenkään tietoon. Tiedote annettiin jokaiselle haastateltavalle itselleen.

Haastattelut nauhoitettiin ja arkistoitiin tutkijan itse järjestämään lukittuun tilaan. Haastattelut analysoitiin nimettöminä, eikä haastateltavat ole tunnistettavissa tulosten raportoinnissa. Tulokset on analysoitu laadullisen tutkimuksen kriteerien mukaan (muun muassa Pitkäranta 2010) ja tutkimuksen tulokset julkaistaan tässä pro gradu -tutkielmassa.

Tutkijana sitouduin myös seuraaviin tutkimuseettisiin periaatteisiin: tutkimuksen suunnitelmallisuus, toteutus ja yksityiskohtainen raportointi. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.) Tutkimus on suunniteltu ja toteutettu tarkasti. Raportointi on tässä tutkimuksessa yksityiskohtaista.

6.4 Tulosten merkitys ja johtopäätökset

Suomessa päihdeongelmaisten hoito on kuntien vastuulla. Peliongelmaisten hoitoon on tehty kaksi hyvät käytännöt –suositusta: avokuntoutusmenetelmä ongelmapelaajille ja heidän läheisilleen –kulttuurisensitiivinen malli sekä koulutuspainotteinen avoyhteisö ongelmapelaajien hoitomenetelmä (Sosiaaliportti 2009-2010). Lisäksi peliongelmaisten hoidon voidaan olettaa kuuluvan mielenterveyslaissa määriteltyyn mielenterveystyön piiriin (Mielenterveyslaki 1990) sen diagnoosimääritelmän perusteella. Peliongelmaisten hoito ei kuitenkaan painotu mielenterveyspalveluihin, eikä heille ole osoitettu omaa selkää paikkaa palvelujärjestelmässä. Tämä tutkimus osoittaa hoitomenetelmien ja toimintamallien olevan suhteellisen yhtenäiset, vaikka palvelujärjestelmässä peliongelmaisten hoito on sekava.

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että peliongelmaisten kanssa työskentelevät työntekijät käyttävät samansuuntaisia menetelmiä kuin päihdeongelmaisten hoidossa. Tämä osoittaa sen, että työntekijöiden aikaisempi kokemus päihdeongelmaisten kanssa työskentelystä on hyödyllistä. Yleisimmin käytetyt menetelmät on tieteellisesti todistettu hyviksi ja toimiviksi menetelmiksi. (muun muassa Toneatto ym. 2004 & West 2003.)

Tutkimus osoittaa, että yksilötyön sisältö ja sen hoitavat tekijät ovat toimivia, vaikka eroja materiaalien käytössä esiintyy. Materiaalien käyttö ei kuitenkaan ole todistettavasti oleellisin hoidossa vaikuttava tekijä, joten sitä voidaan pitää pienenä heikkoutena.

Vaikka työntekijät tapaavat peliongelmaisia asiakkaita hyvin eri sykleillä, ovat hoidolliset menetelmät silti samat ja peliongelman substanssiosaamisen voidaan olettaa olevan vähäinen peliongelmaisten hoitoa heikentävä tekijä. Tutkimuksen perusteella peliongelmaisen asiakkaan kohtaaminen ja rakentavan hoitosuhteen luominen on tärkeintä. Tutkimus osoittaa, että sen pystyy jokainen riippuvuustyöntekijä niin halutessaan luomaan.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää niiden työntekijöiden koulutuksessa ja sen suunnittelussa, jotka työskentelevät peliongelmaisten asiakkaiden kanssa. Tutkimuksen

tuloksia voidaan lisäksi hyödyntää materiaalin tuotannossa, jota tehdään peliongelmaisten asiakkaiden kanssa työskenteleville. Tutkimuksen tulokset antavat uskoa kokemattomimmille työntekijöille, että heidän työnsä peliongelmaisten kanssa on oikeansuuntaista.

Näyttää myös siltä, ettei päihde- ja peliongelmaisten työntekijöihin kuulu varsinaisesti peliongelmaan koulutautunutta henkilöä. Jokaisella työntekijällä on oma tapansa hoitaa peliongelmaista asiakasta. Esimerkiksi lähihoitajien koulutuksen opetussuunnitelman (2010) mukaan peliongelmaa ei käsitellä koulutuksen aikana missään muodossa.

Tämä tutkimus osoittaa, ettei työntekijän kokemuksella tai taustoilla (muun muassa koulutus) ole merkittävää vaikutusta peliongelmaisen asiakkaan hoidollisiin tekijöihin. Menetelmät ovat kaikilla samat. Tutkimuksen perusteella voidaan myös todeta, että yksilö- ja ryhmähoidon muotoja tarvitaan. Peliongelmaisille suunnattua ryhmähoitoa järjestetään harvoilla paikkakunnilla ja tämä osoittaa peliongelmaisten hoitoon suunnattujen resurssien olevan niukkaa.

Peliongelmaisten hoitoon tulisi kiinnittää enemmän huomiota peruspalveluiden piirissä ja jokaisen peruspalveluissa työskentelevän työntekijän tulisi osata tunnistaa peliongelmainen asiakas. Lisäksi työntekijällä tulisi olla taitoja ja perusmenetelmiä, jolla peliongelmaisen hoidossa voidaan tehdä alkukartoitus ja määritellä hoidon tavoitteet. Mikäli hoito peruspalveluissa ei ole tehokasta, siirryttäisiin erikoissairaanhoidon palveluihin.

Peliongelmaisiin ja peliongelman ilmiöön tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Julkisuutta tarvitaan muun muassa median avulla jopa paikallisilla tasoilla. Tämän tutkimuksen mukaan päihdepalveluiden avohoitajärjestelmässä hoidetaan peliongelmaisia asiakkaita. Työntekijät tarvitsevat tällöin esimerkiksi koulutusta erityisimmistä osaamisen alueista (muun muassa GRAFT -menetelmä ja peliongelmaisen vammaisen kanssa työskentely) ja peliongelmaan liittyvistä perusasioista. Tämän lisäksi olisi suositeltavaa kehittää ajankohtaista materiaalia ja ohjeita peliongelmaisten kanssa työskentelyn toimivista menetelmistä ja keinoista. Tätä materiaalia voisivat hyödyntää muun muassa peruspalveluissa työskentelevät työntekijät.

6.5 Jatkotutkimushaasteet

Tämän tutkimuksen tekemisen aikana tutkijalla nousi useita eri jatkotutkimuksen aiheita mieleen. Myös tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siihen, mitä peliongelmaisten hoidosta Suomessa olisi syytä tutkia. Suomessa olisi ehdottoman tärkeää tehdä seurantatutkimus Suomessa käytettyjen hoitomenetelmien tehokkuudesta ja vaikuttavuudesta peliongelmaisten hoidossa. Tärkeää olisi tutkia menetelmien tehokkuutta avohoidossa sekä laitoshoidossa. Tällaisen tutkimuksen avulla saataisiin näyttöä peliongelmaisten kannattavista hoitomenetelmistä. Peliongelmaisten kanssa työskenteleville työntekijöille saataisiin suuntaviivoja peliongelman hoitamiseen.

Suomessa peliongelmaisten hoitoon on kiinnitetty vähän huomiota ja mielenkiintoinen tutkimisen kohde olisi kunta- ja peruspalvelutasolla. Miten kunta huolehtii ongelmapelaajistaan hoidollisesta näkökulmasta? Syytä olisi tutkia myös peruspalveluiden valmius hoitaa peliongelmaisia, koska tämä seikka tuli selkeästi esille tässä tutkimuksessa. Lääkinnällisen kuntoutuksen osuus oli tässä tutkimuksessa niukka ja Suomessa lääkeshoidon osuutta peliongelmaisten hoidossa ei ole tutkittu ollenkaan.

Lääkeshoidon osuutta peliongelmaisten hoidossa voisi myös tutkia. Suomessa voitaisiin tutkia työntekijän ominaisuuksia peliongelmaisten hoidossa, minkälainen on hyvä työntekijä? Hoidon näkökulmasta peliongelmaa voitaisiin tutkia myös hoidollisten elementtien osalta, mikä / mitkä tekijät hoidossa auttavat peliongelmaista onnistumaan pelaamisen vähentämisessä tai lopettamisessa?

LÄHTEET

- Aho, P. & Turja, T. (2007). *Suomalaisten rahapelaaminen*. Sosiaali- ja terveysministeriö. Taloustutkimus Oy. Haettu 11.2.2009 osoitteesta.
http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/82EFAC39-7AEC-4EA9-A3C4-BB57D35A07B70/Suomalaisten_rahapelaaminen_2007_tekstiraporttit5046.pdf
- Ahonen, J. (2010). *Ongelmapelaajien haastattelututkimus*. (Raporttisarja, 59). A-klinikkasäätiö.
- Bagby, R.M. (2003). Personality and Cognitive Vulnerability in Problem Gambling. *Final Report*. Haettu 25.9.2009 osoitteesta
<http://www.gamblingresearch.org/download.sz/100%20final%20report%20edit ed%2018Nov04%20PDF.pdf?docid=6027>
- Brewster, J.M. & Boughton, R. (2002). Helping women who gamble: Views of Onatrio Service Providers. *Report of Study Results*. Haettu 30.7.2010 osoitteesta
<http://www.austgamingcouncil.org.au/images/pdf/eLibrary/41.pdf>
- Bulwer, M. (2003). Treating Gambling Addiction: A Psychological Study In The South African Context. *Master of Arts In Social Science. University of South Africa*. Haettu 24.8.2010 osoitteesta
<http://uir.unisa.ac.za/bitstream/10500/1479/1/dissertation.pdf>
- Desai, R., Maciejewski, P., Dausey, D., Caldarone, B. & Potenza. (2004). Health Correlates of Recreational Gambling in Older Adults. *Am J Psychiatry* 161,9, 1672-1679. Haettu 30.8.2010 osoitteesta
<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/161/9/1672>
- Erkkilä, J. & Eerola, T. (2001) *Tutkimus ongelmapelaajien monimenetelmäisestä kuntoutusprojektista*. Suomen musiikkiterapiayhdistys ry. Jyväskylä. Kopijyvä.
- Eskola, J. & Suoranta, J. (2003). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. (6. painos). Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino.
- Ferland, F., Fournier, P-M., Ladoucer, R., Brochu, P., Bouchard, M. & Pâquet, L. (2008). Consequences of pathological gambling on the gambler and his spouse. *Journal of Gambling Issues*, 22, 219-229. Haettu 30.7.2010 osoitteesta
<http://jgi.camh.net/doi/pdfplus/10.4309/jgi.2008.22.5>
- Ferentzy, P., Skinner, W. & Antze, P. (2006). Recovery in Gamblers Anonymous. *Journal of Gambling Issues*, 17, 1-18. Haettu 24.8.2010 osoitteesta
<http://jgi.camh.net/doi/full/10.4309/jgi.2006.17.6>

- Gomes, K. & Pascual-Leone, A. (2008). Primed for Change: Facilitating Factors in Problem Gambling Treatment. *Journal of Gambling Studies*, 25, 1-17. Haettu 30.6.2009 osoitteesta <http://www.springerlink.com/content/n7587v11069142v1/fulltext.pdf>
- Halme, J. & Tammi, T. (2008). Katsaus ongelmapelaamisen ja patologisen pelaamisen hoitoa koskevaan vaikuttavuustutkimukseen: tutkimus on vähäistä ja tulokset epävarmoja. *Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti*, 45, 301-313.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (1988). *Teemahaastattelu*. (2. painos). Helsinki. Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2001). *Tutkimushaastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. (1. painos). Helsinki. Yliopistopaino.
- Huotari, K. (2009). *Sattumanvaraisuudesta koordinointiin – Ongelmapelaajien tukijahoitopalvelut sekä hoitojärjestelmän kehittäminen*. (Raporttisarja, 21). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 21.5.2010 osoitteesta <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/e31cd22a-74a6-4cff-a009-b9ac297b1466>
- Huttunen, T. (2009). *Ongelmapelaajien hoito- Päihdehuollon työntekijöiden näkemyksiä peliongelma- ja sen hoidosta Keski-Suomessa*. Pro Gradututkielma. Sosiaalityö. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Jyväskylän yliopisto. Haettu 1.7.2009 osoitteesta http://www.pelissa.fi/?download=pro_gradu_tiina_huttunen.pdf
- Hyvä käytäntö. (2010). Avokuntoutusmenetelmä ongelmapelaajille ja heidän läheisilleen – kulttuurisensitiivinen malli. Sosiaaliportti.fi. Haettu 20.8.2010 osoitteesta <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyvakaytanto/kuvaus/?PracticeId=69eb866b-5d10-481c-b568-83b234a95e63>
- Hyvä käytäntö. (2009). Koulutuspainotteinen avoyhteisö ongelmapelaajien hoitomenetelmänä. Sosiaaliportti.fi. Haettu 20.8.2010 osoitteesta <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyvakaytanto/kuvaus/?PracticeId=179d739a-6906-46b0-9f41-5411804cf8b9>
- Ingle, P.J., Marotta, J., McMillan, G. & Wisdom, J.P. (2008). Significant Others and Gambling Treatment Outcomes. *Journal of Gambling Studies*, 24, 3, 381-392. Haettu 3.8.2010 osoitteesta <http://www.springerlink.com/content/nwj10374xn328555/>
- Itäpuisto, M. (2010) Henkilökohtainen tiedonanto 2.9.2010.
- Jaakkola, T. (2009). *Peluurin vuosiraportti 2008*. Haettu 4.9.2009 osoitteesta http://www.ecredo.fi/peluuri/data/liitteet/peluuri_vuosiraportti_2008.pdf
- Jaakkola, T. (2006) *Viihteestä riippuvuudeksi-rahapeliongelman luonne*. (Artikkeli).

Tilastokeskus. Haettu 4.8.2010 osoitteesta
http://www.stat.fi/artikkelit/2006/art_2006-12-13_002.html?s=0

Jaakkola, T. (2008). Pelihimo – miten tunnistaa salattu ongelma? *Duodecim*, 124, 504-510. Haettu 30.7.2010 osoitteesta
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97090.pdf>

Järvenpää, E.(2006). *Laadullinen tutkimus. Soberit jatko-opintoseminaari*. (Luento) Teknillinen korkeakoulu. Helsingin yliopisto. Haettu 30.8.2010 osoitteesta
<http://www.cs.tut.fi/~ihtesem/k2007/materiaali/luento4.pdf>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2009). *Tutkimus hoitotieteessä*. (1. painos). Helsinki. WSOYpro.

Kennedy, J. (2004). Identification of Genetic Risk Factors for Pathological Gambling. *Final Report*. Haettu 25.9.2009 osoitteesta
<http://www.gamblingresearch.org/download.sz/135%20Final%20report%20Posted%20Version%20PDF.pdf?docid=6119>

Kylmä, J. & Juvakka, T. (2007). *Laadullinen terveystutkimus*. (1. painos). Helsinki. Edita Prima.

Kärki, S. (2010). Rahapelaamisen yhteiskunnalliset kustannukset ja hyödyt. Sosiologipäivät. Jyväskylä. Viitattu 2.9.2010
[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:7tb2BiS5OHIJ:www.westermarck.fi/wp-content/uploads/Rahapelaamisen%2520sosiologiaa\(1\).doc+peliongelman+yhteiskunnallinen+merkitys&cd=3&hl=fi&ct=clnk&gl=fi](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:7tb2BiS5OHIJ:www.westermarck.fi/wp-content/uploads/Rahapelaamisen%2520sosiologiaa(1).doc+peliongelman+yhteiskunnallinen+merkitys&cd=3&hl=fi&ct=clnk&gl=fi)

Marshall, K. & Wynne, H. (2004). Against the odds: A profile of at-risk and problem gamblers. *Statistics Canada – Catalogue*, 11-008, 25-29. Haettu 30.8.2010 osoitteesta
<http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2004001/article/6879-eng.pdf>

Messerlian, C., Derevensky, J. & Gupta, R. (2005). Youth gambling problems: a public health perspective. *Health Promotion International*, 20,1, 69-79. Haettu 30.8.2010 osoitteesta <http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/reprint/20/1/69>

Mielenterveyslaki. (1990). Haettu 20.8.2010 osoitteesta
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mielonen H. & Tiittanen, H. (1999). *”Sitä aatteli, että jos sitä nyt voittaa...” Peliriippuvaisten kokemuksia ongelmapelaamisen syistä, seurauksista ja hoidosta*. A-klinikkasäätiön raporttisarja 32. Helsinki, T.A. Sahalan Kirjapaino Oy.

Murto, A. (2005). *Peliongelmaisten hoito päihdehuollossa - sattuma vai tarkoitus Tutkielma ongelmapelaajien hoitoon sijoittumisesta suomalaisessa yhteiskunnassa* Pro Gradu -tutkielma. Sosiaalityö. Yhteiskuntapolitiikan laitos.

Helsingin yliopisto. Haettu 11.2.2009 osoitteesta
http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/DB51BAC0-72DA-4DA3-AC3F-BBE692DAE08A/0/gradu_antti_murto.pdf

- Murto, L. & Niemelä, J. (1993). *Kun on pakko pelata. Riippuvuus, persoonallisuuden häiriö, kohtuuton harrastus vai eettinen konflikti? Tutkimus suomalaisen ongelmapelaajan profiilista*. A-klinikkasäätiön raporttisarja 11. Helsinki, T.A. Sahalan Kirjapaino Oy.
- Nikkinen, J. (2008). *Sosiaaliettinen näkökulma rahapeliongelmiin ehkäisyyn ja hoitoon*. (Työpapereita, 30). Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Haettu 30.7.2010 osoitteesta
<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T30-2008-VERKKO.pdf>
- Nimettömät pelurit. (2009). *GA-ryhmät*. Haettu 1.10.2009 osoitteesta
<http://www.nimettomatpelurit.fi/ryhmat.htm>
- Orford, J., Boulay, S., Copello, A., Graves, N., Purser, B. & Day, E. (2003). Gambling and problem gambling among clients, and staff attitudes, in an alcohol and drug problems treatment service in the English Midlands. *International Gambling Studies*, 3,2, 171-181. Haettu 30.7.2010 osoitteesta
<http://www.informaworld.com/smpp/content~db=all~content=a713701609>
- Pajula, M. (2004). *Kolikon toisella puolella. Ongelmapelaajan läheisen maailma*. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntapolitiikan laitos. Helsingin yliopisto. Haettu 3.8.2010 osoitteesta <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/1F5FB6DA-DDC9-4018-B2A0-BF0B8682F6A6/0/maringradu.pdf>
- Pajula, M. (2007). *Ongelmapelaajan läheinen: sairastunut vai selviytyjä? Selvitys rahapeliongelmaisten vaikutuksista läheisiin*. (Työpapereita, 26). Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Haettu 3.8.2010 osoitteesta
<http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/A06E451C-2C4F-4F23-B703-198EFED25E10/0/pelaajanlaheinen.pdf>
- Pajula, M. (2009). *Pelin merkit –tietoa rahapeliongelmaasta työssään peliongelmiä kohtaaville*. Tukiaineisto. Pelihaitat. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Pajula, M. & Escartín, P. (2010). *Peluuri vuosiraportti 2009*. Haettu 30.7.2010 osoitteesta
http://www.peluuri.fi/data/liitteet/vuosiraportti_2009_peluuri_final.pdf
- Peluuri. (2010). Rahapeliongelman luonne. Viitattu 3.9.2010
http://www.peluuri.fi/peliongelma/rahapeliongelman_luonne/
- Peluuri. *Peli Poikki-ohjelma*. Haettu 3.8.2010 osoitteesta www.pelipoikki.fi/
- Perttula, A-M. (2009). *Reikäleipämalli*. Pelissä –hanke.

- Pitkänen, S. & Huotari, K. (2009). *"Pahimmasta on päästy" Arviointi Peli poikki – ohjelmasta ongelmapelaajien tukena.* (Raportti 20). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 30.7.2010 osoitteesta <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/aff7a2f5-695c-4cbb-a318-8c4838e709d1>
- Pitkäranta, A. (2010). Laadullisen tutkimuksen tekijälle –käsikirja. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Haettu 30.8.2010 osoitteesta http://www.samk.fi/download/13153_Laadullisen_tutkimuksen_tyokirja_APitkaranta.pdf
- Piquette-Tomei, N., Norman, E., Dwyer, S.C. & McCaslin, E. (2008). Group Therapy for Women Problem Gamblers: A Space of Their Own. *Journal of Gambling Issues*, 22, 275-296. Haettu 14.8.2010 osoitteesta <http://www.uleth.ca/dspace/bitstream/10133/689/1/07Piquette-Tomei.pdf>
- Poteri, R. & Tourunen, J. (1995). *Asiakkaana ongelmapelaaja.* (Julkaisusarja 2). Sininauhaliitto.
- Rugle, L.J. & Rosenthal, R.J. (1994). Transference and countertransference reactions in the psychotherapy of pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 10, 1, 43-65. Haettu 30.7.2010 osoitteesta <http://www.springerlink.com/content/l737x727t44n3802/>
- Saarinen-Kauppinen & Puusniekka. (2006). Eettiset periaatteet. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Menetelmäopetuksen tietovaranto. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_1.html
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2008). *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. Kaste 2008-2011.* Haettu 28.9.2009 osoitteesta http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali__ja_terveydenhuollon_kansallinen_kehittamisohjelma_KASTE_2008_2011_fi.pdf
- Taskinen, T. (2007). *"Pelasin opintolainani viidessä minuutissa" -Tutkimus nuorten ongelmapelaajien pelihistoriatarinoista.* Pro gradu -tutkielma. Sosiaalipedagogiikan pääaine. Sosiaaliryön ja sosiaalipedagogiikan laitos. Kuopion yliopisto. Haettu 14.8.2010 osoitteesta http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/AFB414B4-8E2D-4CDA-86EA-759D652BA95F/0/gradu_teresa_taskinen.pdf
- Toneatto, T. (2004). A Controlled Evaluation of Cognitive Therapy for Problem Gambling. *Research Report.* Haettu 28.9.2009 osoitteesta http://www.gamblingresearch.org/download.sz/027%20Final%20Report%20-%20Revised%20Mar2005%20_posted%20version_.pdf?docid=6323
- Toneatto, T. (2005). A Perspective on Problem Gambling Treatment: Issues and Challenges.

Journal of Gambling Studies, 21, 75-80. Haettu 14.8.2009 osoitteesta
<http://www.springerlink.com/content/j41144m0577p203x/>

Toneatto, T., Boughton, R. & Borsoi, D. (2002). A Comparison of Male and Female Pathological Gamblers. *Research Report*. Haettu 21.8.2009 osoitteesta
<http://www.gamblingresearch.org/download.sz/malefemale%20Toneatto.pdf?docid=1517>

Toneatto, T. & Gunaratne, M. (2004). Does the Treatment of Cognitive Distortions Improve Clinical Outcomes for Problem Gambling?. *Journal Contemp Psychother*, 39, 221-229. Haettu 14.8.2009 osoitteesta
<https://springerlink3.metapress.com/content/n6g1308845117675/resource-secured/?target=fulltext.pdf&sid=ujth2s5525cuv124zf3umg45&sh=www.springerlink.com>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2003). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. (1.- 2. painos). Jyväskylä. Gummerus kirjapaino.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2009). Humanistisen yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Haettu 30.8.2010 osoitteesta
<http://www.tenk.fi/ennakoarviointi/eettisetperiaatteet.pdf>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2002). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Haettu 27.10.2009 osoitteesta
<http://www.tenk.fi/JulkaisutjaOhjeet/htkfi.pdf>

Turner, N.E., Sharp N-L, Zengeneh M. & Spense, W. (2003). Winners. Why do some develop gambling problems while others do not. *Final Report*. Haettu 21.8.2009 osoitteesta
<http://www.gamblingresearch.org/download.sz/winners%20Turner.pdf?docid=1521>

Urbanoski, K. A & Rush, B.R. (2004). Characteristics of people seeking treatment for problem gambling in Ontario: Trends from 1998 to 2002. *Journal of Gambling Issues*, 16 / 2006, 1-21. Haettu 11.2.2009 osoitteesta
http://www.camh.net/egambling/issue16/pdf/jgi_16_urbanoski.pdf

Walker, M., Coughlan, M-J., Anjoul, F., Commiso, R., Braganza, C. & Enersen, K. (2003) *Effectiveness of cognitive Therapy for Counselling Problem Gamblers*. (Katsaus, IPART). Haettu 14.8.2010 osoitteesta
<http://www.ipart.nsw.gov.au/files/Gambling%20Treatment%20Clinic%20University%20of%20Sydney%20-%20S5878.pdf>

West, B. (2004). *Strategic Contingency Management to Enhance Treatment Outcomes for Problem Gamblers*. Väitöskirja. School of Health Sciensis. University of Lethbridge. Kanada. Haettu 30.8.2010 osoitteesta

<http://www.uleth.ca/dspace/bitstream/10133/735/1/west%2c%20beverly.pdf>

Zack, M., Stewart S.H., Klein R.M., Loba P. & Fragopoulos, F. (2002). Contingent Gambling-Drinking Patterns and Problem Drinker Status Moderate Impilicet Gambling-Alcohol Associations in Problem Gamblers. *Final Report*. Haettu 21.8.2009 osoitteesta [http://www.gamblingresearch.org/download.sz/IAT%20Manuscript%20\(April%208%2003\)%20-%20Post.pdf?docid=](http://www.gamblingresearch.org/download.sz/IAT%20Manuscript%20(April%208%2003)%20-%20Post.pdf?docid=)

Haastattelukysymykset

1. TAUSTATIEDOT

- Kuinka monta ongelmapelaajaa teillä käy?

Kuukausittain

Viikoittain

- Mitä diagnooseja ongelmapelaaja asiakkaillanne on?
- Kuvaile teidän yksikkönne palveluita eniten käytettyä ongelmapelaaja asiakasta.
- Kuvaile prosessia, jolla ongelmapelaajat saavat oman työntekijän yksikössänne?
- Kuinka usein tapaatte omia ongelmapelaaja asiakkaitanne?
- Millaista koulutusta olette saaneet ongelmapelaajien hoitoon liittyen?

2. PELIONGELMAISTEN HOIDOSSA KÄYTETTÄVIÄ MENETELMIÄ

- Kertokaa peliongelmaisille suunnatusta hoito-ohjelmastanne, jos sellainen on käytössä.
- Kertokaa hoidon kestosta yhden ongelmapelaaja asiakkaan kohdalla.
 - Mistä arvelette hoidon keston riippuvan?
 - Mikä on mielestänne vaikuttamassa ongelmapelaaja asiakkaan hoitoon sitoutumiseen peliongelmansa hoidossa?
 - Kertokaa hoitoon sitoutumisen vaikuttavuudesta olla pelaamatta tai vähentää pelaamistaan?
- Kuvaile eri menetelmien käyttöä ongelmapelaajien hoidossa.
 - Millaisia eri terapiamuotoja teillä on käytössä?

- Mitkä ovat mielestänne oleelliset hoidolliset elementit, jotka vaikuttavat ongelmapelaaja asiakkaan motivoitumiseen ja onnistumiseen olla pelaamatta tai vähentää pelaamistaan?
- Kuvaile ongelmapelaajien hoidossa käytettävää lääkehoitoa.
- Mitä lääkkeitä ongelmapelaaja asiakkaallenne on määrätty peliongelman hoitoon?
- Mitä muuta lääkehoitoa ongelmapelaaja asiakkaillanne on käytössä?

3. YKSILÖTYÖN HOITAVIA ELEMENTTEJÄ

- Kuvailkaa yksilötyöskentelyn sisältöä henkilökunnan työn osalta.
 - Mitä asioita yksilökeskusteluissa käydään ongelmapelaaja asiakkaan kanssa lävitse?
- Kuvailkaa käyttämääne oheismateriaalia ongelmapelaaja asiakkaanne hoidossa?
- Kertokaa miten käytätte oheismateriaalia ongelmapelaaja asiakkaanne hoidossa?
 - Miten oheismateriaalin tuottamaa tietoa käytte ongelmapelaaja asiakkaan kanssa lävitse?
- Kertokaa ongelmapelaaja asiakkaan neuvonnasta taloudellisissa asioissa.
- Kertokaa perheen ja läheisten hoitoon mukaanotosta ongelmapelaaja asiakkaanne hoidossa?
- Kertokaa yksilötyöskentelyn hyvistä puolista.
- Kertokaa yksilötyöskentelyn huonoista puolista.
- Kuvailkaa yksilötyöskentelyn sisältöä ongelmapelaaja asiakkaan osalta.
- Kertokaa koti-/etätehtävien käytöstä ongelmapelaaja-asiakkaidenne kohdalla.
 - Millaisia koti-/etätehtäviä ongelmapelaaja asiakkaallenne annetaan?
 - Miten tehtyjä tehtäviä hyödynnetään asiakastyössä?

- Millaisia yhteistyöverkostoja ongelmapelaaja asiakkaallanne on?

4. RYHMÄHOIDON HOITAVIA ELEMENTTEJÄ

- Kertokaa ryhmämuotoisen hoidon järjestämisestä yksikössänne.
- Mitä menetelmiä ryhmähoidossa käytetään?
- Kuinka usein ryhmämuotoista hoitoa järjestetään yksikössänne?
- Kuvailkaa ongelmapelaaja asiakkaidenne osallistumista yksikkönne ryhmämuotoiseen hoitoon?
- Kertokaa ryhmämuotoisen hoidon hyvistä puolista.
- Kertokaa ryhmämuotoisen hoidon huonoista puolista.

- Kertokaa paikkakunnallanne järjestettävästä vertaistukiryhmä toiminnasta.
 - Kuinka monta kertaa viikossa vertaistukiryhmä kokoontuu?
 - Kuinka moni teidän ongelmapelaaja asiakkaistanne käy vertaistukiryhmässä?

5. KEHITTÄMISASIAT

- Millaista tietoa ongelmapelaamisesta kaipaatte lisää?
- Millaista koulutusta ongelmapelaamisesta kaipaatte lisää?
- Millaisia tarpeita teillä on ongelmapelaajien hoidon hoitomenetelmien kehittämisen suhteen?
- Miten hoitomenetelmiä tulisi mielestänne kehittää, jotta se palvelisi ongelmapelaaja asiakasta parhaiten?