

Sosped-säätiön Loppupeli-ohjelman vaikutusten arviointi

Loppuraportti

28.3.2024

Tietoja raportin laatijoista:

Raportin on laatinut Sosped Keskus Oy:n arviointitiimi.

Eero Jussila

eero.jussila@sosped.fi

Arviointiasiantuntija

Miikka Vuorinen

miikka.vuorinen@sosped.fi

Arviointipäällikkö

Loppupeli -ohjelman pilotoinnin työntekijät olivat mukana loppuraportin laatimisprosessissa.

Sosped Keskus Oy tarjoaa toiminnan vaikutusten arviointia, erilaisia kehitysprojekteja, sekä laadukasta koulutusta yli kymmenen vuoden kokemuksella. Sosped Keskus Oy on Sosped-säätiön omistama osakeyhtiö.

Sosped Keskuksen kotisivut: www.sospedkeskus.fi

Tiivistelmä

Sosped-säätiön pilotoima Loppupeli-ohjelma on etäyhteyksillä toteutettava valmennus kaikille, jotka haluavat lopettaa rahapelaamisen ja kaipaavat muutoksen toteuttamiseen ammattimaista tukea. Ohjelma kestää 12 viikkoa, jonka aikana verkkoalustalla tavataan kasvokkain ohjelman työntekijän kanssa kerran viikossa. Tapaamiset kestävät noin 1,5 tuntia. Ohjelmaan osallistuvista muodostetaan myös vertaisryhmä, joka pitää yhteyttä verkon välityksellä. Loppupelin teoreettisena taustana on kognitiivisen käyttäytymisterapian mukainen ajattelu. Siihen yhdistetään kokemuksellisuuden ja vertaisuuden elementtejä, sekä logoterapeuttista ajattelua.

Ohjelman pilotointi aloitettiin keväällä 2023, jolloin ohjelmaan otettiin mukaan 5 osallistujaa. Syksyllä 2023 ohjelman aloitti 6 osallistujaa. Näistä yhteensä 11 osallistujasta 9 suoritti ohjelman loppuun. Loppupeli-ohjelman vaikutuksia arvioitiin toteuttamalla osallistujille 3–4 eri kyselyä ohjelman alussa ja lopussa, sekä osa kyselyistä keskimäärin 6 kuukautta ohjelman päättymisen jälkeen seurantakyselyinä. Nämä kyselyt olivat: (1) Alku-/loppuarviointi, (2) minäpystyvyyсарviointi, (3) PGSI-kysely, ja (4) NODS-kysely. Kolme ensimmäistä kyselyä toteutettiin kaikilla osallistujilla ja NODS-kysely vain toisen vaiheen, eli syksyn 2023, osallistujilla. Lisäksi kaikki osallistujat haastateltiin ennen ohjelman aloittamista, jonka lisäksi tätä vaikuttavuusarviointia varten haastateltiin kaksi osallistujaa ohjelman suorittamisen jälkeen.

Alku-/loppuarvioinnin kysymysten vastausasteikko oli 1: täysin eri mieltä – 5: täysin samaa mieltä. Kyselyisen tuloksista havaittiin, että osallistujien kokemus liiallisesta rahapelin pelaamisesta väheni erittäin merkittävästi ohjelman aikana (keskiarvosta 4,1 keskiarvoon 1,1). Lisäksi osallistujien mielenterveys vaikutti parantuneen merkittävästi. Toivottomuus väheni (ka. 3,6 -> 1,7), samoin syällisyyden ja häpeän tunteet (ka. 4,4 -> 2,3), sekä ahdistuneisuus lieveni (ka. 3,5 -> 2,2).

Ajzenin suunnitelmallisen käyttäytymisen teoriaan (*Theory of Planned Behavior*) perustuvan minäpystyvyysskyselyn tuloksista havaitaan, että osallistujien kokemus omasta pystyvyydestä vahvistui Loppupelin aikana. Se kuinka usein he kokivat pystyvänsä vastustamaan kiusausta tai halua pelata rahapelejä lisääntyi ohjelman aikana, sekä se, kuinka usein he ajattelivat rahapelaamista keskimääräisen päivän aikana, väheni. Osallistujien kokemus omasta pystyvyydestä lopettaa rahapelaaminen vahvistui myös sitä kautta, että he alkoivat uskoa enemmän siihen, että heidän on mahdollista löytää keinot pelaamisen lopettamiseen. Osassa näistä kysymyksistä osallistujien pysyvyyden kokemus vahvistui edelleen ohjelman päättymisen jälkeenkin, mikä käy ilmi seurantakyselyiden tuloksista.

Myös rahapeliongelman laajuutta ja riskikäyttäytymistä mittaavien PGSI (*Problem Gambling Severity Index*) ja NODS (*National Opinion Research Center DSM Screen for Gambling Problems*) -kyselyiden tulokset kertovat Loppupeli-ohjelman toimineen erittäin hyvin. PGSI-pisteiden keskiarvo laski ohjelman aikana arvosta 20 arvoon 5,6 ja NODS-pisteiden keskiarvo laski arvosta 8,2 arvoon 0,6. PGSI-seurantakyselyiden perusteella Loppupeli-ohjelman positiivinen vaikutus näyttää voimistuvan ohjelman päättymisen jälkeenkin, sillä keskimäärin 6 kuukautta ohjelman päättymisen jälkeen toteutetuissa seurantakyselyissä PGSI-pisteiden keskiarvo oli laskenut arvoon 1,8. NODS-tulos ei ollut muuttunut seurantakyselyissä merkittävästi ohjelman lopun arvosta (seurantakyselyissä keskiarvo oli 0,5).

Loppupelin tuloksia verrattiin kahteen verrokkiohjelmaan: Peli poikki -ohjelmaan ja Minnesota-malliin. Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvan, etänä toteutettava Peli poikki -ohjelman vaikutuksia mitattiin myös NODS-kyselyllä ja Nimettömien Alkoholistien 12 askeleen ohjelmaan pohjautuvan, Suomessa laitoshoidossa toteutettavan, Minnesota-mallin vaikutuksia mitattiin vastaavalla, mutta vanhemmalla SOGS-kyselyllä. Verrattaessa näitä verrokkiohjelmaa keskenään, havaittiin että Minnesota-malli vaikuttaa toimivan alussa tehokkaammin, mutta sen vaikutukset hiipuvat nopeammin kuin Peli poikki -ohjelman vaikutukset.

Vertailun perusteella Loppupeli-ohjelman aikana saavutettujen vaikutusten voidaan arvioida olevan vähintään yhtä hyviä kuin Peli poikki -ohjelman ja Minnesota-mallin hoito-ohjelmien aikana saavutetut vaikutukset. Kuitenkin Loppupeli-ohjelman positiiviset vaikutukset vaikuttavat vahvistuvan vielä ohjelman päättymisen jälkeenkin, kun taas Peli poikki -ohjelman, ja etenkin Minnesota-mallin, positiiviset vaikutukset heikkenevät ohjelman päättymisen jälkeen. Näin ollen Loppupeli-ohjelman voidaan kokonaisuudessa arvioida toimivan parhaiten näistä kolmesta ohjelmasta. Ottaen huomioon se, että Loppupeli on etänä toteutettava ohjelma, kun taas Minnesota-mallin mukaista hoitoa toteutetaan laitospöissöissä olosuhteissa, voidaan pitää todennäköisenä, että Loppupeli on kustannustehokkaampi kuin Minnesota-mallin mukainen ohjelma.

Sisällysluettelo

Tiivistelmä.....	3
Sisällysluettelo.....	4
1. Johdanto.....	5
2. Ohjelman pilottivaihe.....	7
2.2. Ohjelman vaikutusten arviointi.....	7
2.2.1. Alku-/loppuarviointi.....	7
2.2.2. Minäpystyvyysskysely.....	8
2.2.3. PGSI-kysely.....	11
2.2.4. NODS-kysely.....	12
3. Ohjelman tulokset.....	13
3.1. Alku-/loppuarviointi.....	13
3.2. Minäpystyvyysskysely.....	14
3.3. PGSI- ja NODS-kyselyt.....	18
3.4. Osallistujien haastattelut.....	19
4. Loppupeli-ohjelman vaikutukset suhteessa muihin ohjelmiin.....	22
4.1. Peli poikki -ohjelma.....	22
4.1.1. Teoriatausta.....	22
4.1.2. Ohjelman tulokset.....	25
4.2. Minnesota-malli.....	27
4.2.1. Minnesota-mallin taustaa.....	27
4.2.2. Minnesota-malli Suomessa.....	28
4.2.3. Minnesota-mallin mukaisen hoidon vaikutukset.....	29
4.3. Peli Poikki -ohjelman ja Minnesota-mallin tulosten vertailua keskenään.....	32
4.4. Loppupeli -ohjelman tulosten vertailu suhteessa verrokkiohjelmiin.....	34
5. Loppupäätelmät.....	38
Lähteet.....	40
Liitteet.....	42

1. Johdanto

Loppupeli-ohjelma on Sosped-säätiön pilotoima ohjelma rahapeliongelmistä kärsiville. Ohjelma on tarkoitettu kaikille, jotka haluavat lopettaa rahapelaamisen ja kaipaavat muutoksen toteuttamiseen ja ongelman käsittelyyn ammattimaista tukea.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) tulee huhtikuussa 2024 julkaisemaan tilastoraportin suomalaisten rahapelaamisesta. Raportin julkaistujen ennakkotietojen perusteella suomalaisten rahapelaaminen kohtalaisen riskin tai ongelmapelaamisen tasolla on lisääntynyt. Vuonna 2023 kohtalaisen riskin tai ongelmapelaamisen tasolla pelasi 4,2 prosenttia 15–74-vuotiaasta väestöstä, mikä tarkoittaa väestötasolla noin 151 000 henkilöä. (THL 2024.) Rahapelaaminen aiheuttaa yksilöille lukuisia kielteisiä seurauksia, kuten merkittäviä taloudellisia tappioita, riippuvuutta sekä fyysisiä ja psyykkisiä ongelmia. Itse pelaajan lisäksi myös hänen lähipiirinsä, kuten perhe ja ystävät, sekä laajemmin yhteiskunta voivat kärsiä rahapelaamisesta. (THL 2023.) THL:n aikaisemman, vuonna 2020 julkaistun raportin mukaan läheisten rahapelaaminen koskettaa noin 790 000 suomalaista (Salonen ym. 2020). Rahapeliongelmat aiheuttavat siis laajamittaisen inhimillisen kärsimyksen lisäksi yhteiskunnallisia haittoja. Näitä ovat esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon kulut sekä rahapelaajien mahdollisesti alentunut työkyky, joka vähentää verotuloja. Näistä kaikista syistä johtuen ongelmalliseen rahapelaamiseen puuttuminen on myös koko yhteiskunnan etu.

Loppupeli-ohjelman pilotoimisen taustalla oli tahtotila tarjota asiakkaille joustava mahdollisuus osallistua verkon yli tapahtuvaan, mutta kasvokkaiseen vuorovaikutukseen perustuvaan, ammatillisesti johdettuun rahapelaamisen lopettamisen valmennusohjelmaan. Ohjelman toteutuminen etäyhteyksin mahdollistaa paitsi joustavuuden esimerkiksi siinä, että ohjelmaan voi osallistua mistä päin Suomea tahansa, myös tekee ohjelmasta kustannustehokkaan. Pilotin työntekijöinä toimivat toimintaterapeutti, työnohjaaja Jari Hartikainen, jolla on 12 vuoden kokemus rahapeliongelmaisten henkilöiden vertaistuen järjestämisestä Suomessa Pelirajaton-toiminnan kautta, psykoterapeutti Jari Härkönen, sekä kokemusasiiantuntija Jouko Vidgren, jolla on 10 vuoden kokemus rahapeliongelmaisten kohtaamisesta vertaistukijana.

Tässä loppuraportissa Loppupeli-ohjelman vaikutuksia tarkastellaan suhteessa Peluurin järjestämän Peli poikki -ohjelman sekä Minnesota-mallin mukaisen hoito-ohjelman vaikutuksiin. Tausta-ajattelultaan Loppupeli-ohjelma sijoittuu näiden ohjelmien väliin tai keskelle. Loppupeli-ohjelman ajattelu perustuu lähtökohtaisesti kognitiivisen käyttäytymisterapian mukaiselle ajattelulle, jossa asiakasta autetaan tulemaan tietoisiksi käyttäytymiseensä liittyvistä motiiveista, asenteista, ajattelusta, tavoista, pinttyneistä toimintamalleista, uskomuksista sekä tunteista. Tietoisiksi tulemisen kautta käyttäytymisen muuttaminen on mahdollista. Tältä osin Loppupeli-ohjelmalla on paljon yhtymäkohtia Peli poikki -ohjelman kanssa.

Toisaalta Loppupeli sivuaa Minnesota-mallin mukaista ajattelua tuomalla kokemuksellisuuden selkeästi osaksi ohjelmaa sekä puhuttelemalla ihmisiä pelaamisen lopettamisen, ei pelaamisen hallinnan kautta. Muita yhtymäkohtia Minnesota-malliin ovat, että ohjelmassa korostetaan ihmisen henkistä ulottuvuutta (kuten arvoja ja elämän merkityksellisyyttä) tuomalla mukaan logoterapeuttista ajattelua, jossa asiakasta tuetaan hänen omien arvojensa sekä elämänsä merkityksellisyyden pohdinnassa, jonka kautta häntä kannustetaan hänelle oikeasti merkityksellisten asioiden tavoitteluun, rahapelaamisen sijaan.

Loppupeli-ohjelman ihmiskäsitys on humanistinen ja ohjelman perusolettamana on, että ihminen pystyy muuttamaan käyttäytymistään, mutta hän saattaa tarvita siihen tukea ja valmennusta. Ohjelmaa ei lähtökohtaisesti kutsuta terapiaksi, hoidoksi tai koulutukseksi, vaan enemmänkin valmennukseksi, jossa työntekijän suhde asiakkaaseen nähdään tasaveroisena valmennussuhteena molempien tuodessa oman panoksensa selkeän tavoitteen saavuttamiseksi. Ohjelmaan osallistumisen ehtona oli, että asiakkaiden rahapelaaminen oli selkeästi ongelmallista, ylittäen PGSI-kyselyn (*Problem Gambling Severity Index*) arvon 8, jota kyselyn asteikolla pidetään ongelmanpelaamisen rajana. Ohjelmassa ei lähtökohtaisesti asiakkaiden

kanssa lähdetty pohtimaan pelaamisen hallintaa vaan ainoastaan sen lopettamista. Ohjelman toteuttajien näkemyksen mukaan rahapelaaminen ei ole millään tasolla ihmiselle tarpeellista toimintaa, eikä sitä näin ollen ole tarpeellista käsitellä hallittavana vaan ainoastaan lopetettavana toimintana.

Loppupeli-ohjelma kestää 12 viikkoa. Ohjelmaan kuuluu tapaamiset verkon välityksellä Microsoft Teams -alustan kautta kerran viikossa, noin 1,5 tuntia kerrallaan. Asiakkaat saivat asioiden ja kysymysten käsittelyn tueksi Sosped-säätiön Pelirajaton-toiminnassa käytetyn, asiakkaille tarkoitetun, työkirjan. Ohjelman aikana käsiteltiin tehtäviä, jotka työntekijöiden käsitysten mukaan auttoivat asiakkaita hahmottamaan heidän omaa tilannettaan. Asiakkaita myös kannustettiin hyödyntämään työkirjaa itsenäisesti, sekä nostamaan asioita esille verkkotapaamisissa. Vaikka ohjelmalla oli suunniteltu runko, niin keskeisenä periaatteena oli käydä niitä asioita läpi, jotka asiakas juuri sillä hetkellä koki itselleen tärkeäksi käsitellä. Loppupeli -ohjelman runko on nähtävissä **liitteenä 1**.¹

Lisäksi ohjelmaan osallistuneista muodostettiin verkon kautta yhteyttä pitävä vertaisryhmä, joka oli asiakkaiden käytettävissä myös henkilökohtaisen ohjelman päättymisen jälkeen. Ohjelman aikana osallistujan oli mahdollista osallistua vertaisryhmätapaamisiin 2–3 kertaa (kevään osallistujille järjestettiin 3 vertaisryhmätapaamista ja syksyn osallistujille 2). Vertaisryhmään osallistumista suositeltiin, mutta se oli vapaaehtoista.

Seuraavaksi tässä loppuraportissa esitellään kyselyt, joiden tulosten avulla Loppupeli-ohjelman vaikutuksia on arvioitu. Tämän jälkeen tarkastellaan ohjelman tuloksia, jonka jälkeen esitellään kaksi tarkasteluun valittua verrokiohjelmaa: Peli poikki -ohjelma ja Minnesota-malli. Näiden kolmen ohjelman vaikutuksia verrataan keskenään, jonka jälkeen kootaan yhteen analyysin loppupäätelmät.

¹ Loppupeli-ohjelman alkuperäistä ohjelmarunkoa muutettiin hieman toisen vaiheen, eli syksyn 2023, toteutukseen ensimmäisessä vaiheessa, eli keväällä 2023, saatujen kokemusten perusteella. Keskeisin muutos oli, että tapaamiskertoja psykoterapeutin kanssa tuli yksi lisää, mikä vuorostaan vähensi yhden tapaamiskerran Jari Hartikaisen kanssa. Kokonaisuudessaan tapaamiskertojen määrä ei siis muuttunut. Tämä hieman muuttunut syksyn 2023 ohjelmarunko on nähtävissä **liitteenä 1**.

2. Ohjelman pilottivaihe

Loppupeli-ohjelman pilottivaihe aloitettiin keväällä 2023, jolloin ohjelmaan otettiin mukaan 5 osallistujaa. Toteutuksen toisessa vaiheessa, syksyllä 2023, ohjelman aloitti 6 osallistujaa. Pilottivaiheessa ohjelman aloitti siis yhteensä 11 osallistujaa. Heistä 9 suoritti ohjelman loppuun. Osallistuneista 82 % oli miehiä ja osallistuneiden keski-ikä oli 36 vuotta. Ohjelmaan mukaan tulleet kärsivät vakavista rahapeliongelmaista, joiden vakavuusastetta kuvaa se, että rahapeliongelman laajuutta ja riskikäyttäytymistä mittaavan PGSI-kyselyn (*Problem Gambling Severity Index*) tulosten keskiarvo ennen ohjelman alkua oli heillä 20, mikä kertoo vakavasta rahapeliongelmaista.

2.2. Ohjelman vaikutusten arviointi

Ohjelman tavoitteena oli tukea osallistujia lopettamaan rahapelaaminen ja sitä kautta luonnollisesti vähentää pelaamisesta koituvia moninaisia välittömiä ja välillisiä haittavaikutuksia. Näiden tavoitteiden toteutumista pyrittiin arvioimaan toteuttamalla osallistujille 3–4 erilaista kyselyä ohjelman alussa ja lopussa. Näihin kyselyihin saaduissa vastauksissa tapahtunutta muutosta tarkastelemalla kyettiin arvioimaan Loppupeli-ohjelman vaikutuksia. Toteutetut kyselyt olivat: (1) Alku-/loppuarviointi, (2) minäpystyvyyсарviointi, (3) Problem Gambling Severity Index (PGSI) -kysely, ja (4) National Opinion Research Center DSM Screen for Gambling Problems (NODS) -kysely. Näistä kolme ensimmäistä kyselyä toteutettiin kaikilla osallistujilla. NODS-kysely otettiin mukaan vasta toteutuksen toisen vaiheen, eli syksyn 2023, osallistujille. Lisäksi kaikista paitsi alku-/loppuarviointikyselyistä toteutettiin seurantakyselyt osallistujilla, keskimäärin 6 kuukautta ohjelman päättymisen jälkeen, jotta voitiin arvioida, ovatko ohjelmalla saavutetut vaikutukset jääneet pysyviksi.²

Näiden kyselyiden lisäksi osallistujat täyttivät ennen ohjelman alkua alkuhaastattelulomakkeen, jonka perusteella toteutettiin alkuhaastattelu Microsoft Team -alustan välityksellä. Myös tämän vaikuttavuusarvioinnin laatinut arviointiasiantuntija haastatteli Teamsin välityksellä kahta osallistujaa ohjelman päättymisen jälkeen. Seuraavaksi esitellään arvioinnissa käytetyt neljä kyselyä yksi kerrallaan.

2.2.1. Alku-/loppuarviointi

Alku- ja loppuarviointikyselyt ovat identtiset kyselyt, jotka toteutettiin ennen ohjelman aloittamista ja ohjelman suorittamisen jälkeen. Näissä Loppupeli-ohjelman suunnittelijoiden laatimissa kyselyissä kerättiin ensin osallistujien perushenkilötiedot (nimi, asuinpaikka, sukupuoli, ikä) ja pyrittiin sitten saamaan kuva osallistujien rahapeliongelman laajuudesta sekä heidän omasta ymmärryksestään ongelman olemassaolosta. Kysymysten avulla pyrittiin myös saamaan kuva asiakkaan rahapeliongelman aiheuttamista ahdistuksen ja syyllisyyden tunteista. Lisäksi alkuarvioinnissa asiakkaita pyydettiin listaamaan odotuksiaan Loppupeli-ohjelmalle ja loppuarvioinnissa heitä pyydettiin kertomaan, miten nämä odotukset toteutuivat, ja moneenko tapaamiseen he osallistuivat sekä yleisesti antamaan palautetta ohjelmasta. Alku-/loppuarviointikyselyn kysymykset ovat nähtävissä **liitteenä 2**. Kokonaisuudessaan alku-/loppuarviointi on varsin lyhyt kysely, jonka vuoksi arvioinnissa käytettiin myös muita kyselyitä, joita käydään läpi seuraavaksi.

² Aika, joka osallistujilla oli kulunut ohjelman lopettamisen ja seurantakyselyihin vastaamiseen välillä, vaihteli kohtuullisen paljon; välillä 3,8 kk (113 päivää) – 8,6 kk (259 päivää). Kuitenkin keskiarvoaika ohjelman lopettamisen ja seurantakyselyihin vastaamisen välillä oli 6,0 kk (179 päivää).

2.2.2 Minäpystyvyyksely

Alku- ja loppuarviointikyselyn lisäksi arviointiin päätettiin ottaa mukaan minäpystyvyyksely, joka on 9-kohtainen monivalintakysely. Minäpystyvyykselyn teoreettinen tausta pohjautuu Ajzenin (2005) suunnitelmallisen käyttäytymisen teoriaan (*Theory of Planned Behavior*, TPB). Luodaan seuraavaksi katsaus suunnitelmallisen käyttäytymisen teoriaan, jonka kautta voidaan ymmärtää minäpystyvyykselyn mielekkyyttä. Tämän jälkeen tarkastellaan itse minäpystyvyykselyä, joka on nähtävissä **tekstilaatikossa 1**.

Suunnitelmallisen käyttäytymisen teoria, tästä eteenpäin TPB, on asenteisiin perustuva käytösteoria. TPB pyrkii osoittamaan vuosikymmenten käytöstutkimuksen pohjalta, että ihmisen aikomuksiin ja käytökseen vaikuttavat pohjimmiltaan kolme asiaa: 1) Yksilön asenne käytöstä kohtaan, 2) yksilön kokemus käytökseen liittyvistä sosiaalisista normeista ja 3) yksilön oma kontrollin kokemus käytöksestä (Ajzen 2005, 117).

Asenne käytöstä kohtaan muodostuu TPB:n mukaan yksilön uskomusten vahvuuden ja uskomusten ominaisuuksien arvioimisen yhteisvaikutuksesta. Ajzen pohjaa tämän väittämän Rosenbergin (1956) teoriaan affektiiviskognitiivisesta jatkuvuudesta, mutta Rosenbergistä poiketen hän väittää, että uskomukset ja asenteet muodostuvat järkipäisen informaation työstämisen pohjalta. Nämä uskomukset voivat Ajzenin mukaan syntyä yksilön oman tarkastelun pohjalta, mutta ne voivat tulla myös ulkopuolisista lähteistä, kuten ystävien kertomana tai median välityksellä. Uskomukset voivat olla lyhyt- tai pitkäkestoisia ja ihmisellä voi olla useita eri uskomuksia. Kuitenkin Ajzenin mukaan ihminen pystyy kerralla käsittelemään vain suunnilleen kahdeksaa-yhdeksää uskomusta, ja näiden ”tietoisuudessa pinnalla olevien” uskomusten oletetaan määrittävän henkilön asenteita. (Ajzen 2005, 30.)

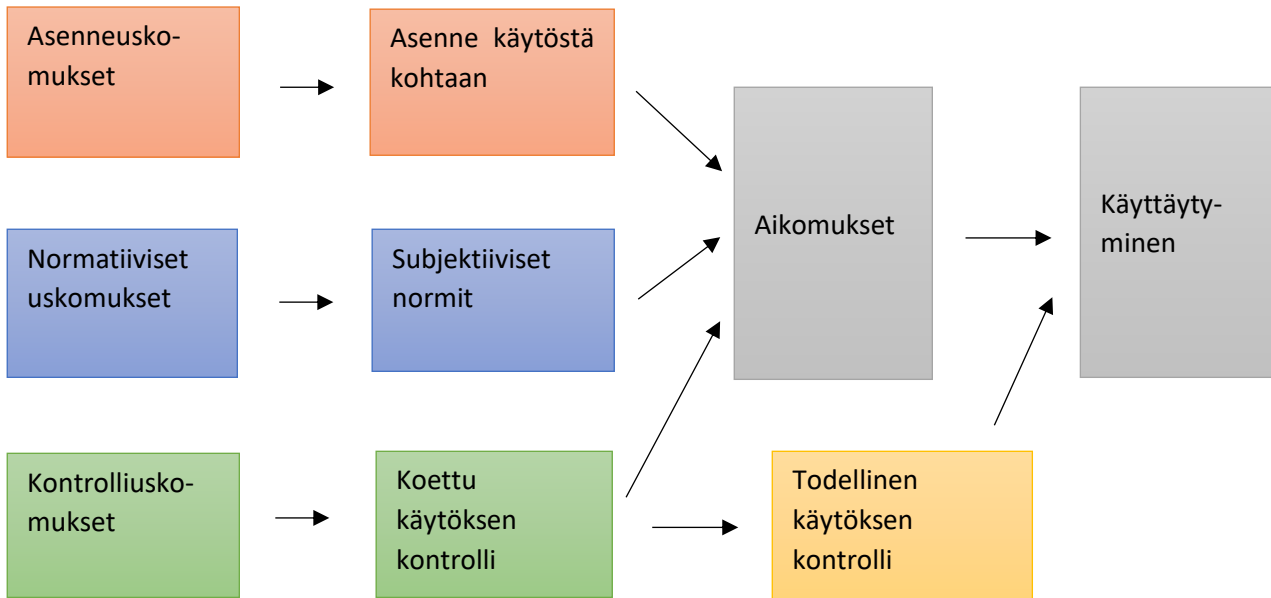
Subjektiiiset normit ovat TPB:n mukaan tulosta normatiivisista uskomuksista, eli kokemuksesta siitä, miten meidän on hyväksyttävää käyttäytyä eri tilanteissa tai eri ihmisten seurassa. Subjektiivisuus korostaa kyseisen kokemuksen yksilöllisyyttä; jos tietynlainen käytös on enemmistön mielestä hyväksyttävää, tätä käytöstä todennäköisemmin toteutetaan kuin käytöstä, joka ei ole enemmistön mielestä hyväksyttävää. (Ajzen 2005, 124.)

Koettu käytöksen kontrolli on TPB:n keskeisiä käsitteitä. Sisäisen ja ulkoisen hallintakäsityksen sekä minäpystyvyyden käsitteisiin pohjautuva termi kuvaa yksilön omaa kokemusta siitä, pystyykö hän suoriutumaan tietyistä asiasta vai ei. 60 eri käytöstutkimuksen vertailu on vahvistanut koetun käytöksen kontrollin ja todellisen käytöksen välisen yhteyden melko vahvasti. (Ajzen 2005, 92–94.)

Kolmesta tekijästä yksilön omalla käytöksen kontrollin kokemuksella on vahvin rooli käytöksen määräytymisessä, sillä se kytkeytyy TPB:n mukaan vahvasti motivaatioon. Korkea motivaatio on yhteydessä korkeamman kontrollin kokemukseen ja alhaisempi motivaatio yhteydessä alhaisempaan kontrollin kokemukseen. (Ajzen 2005, 117–119.) Kun yksilöllä on kontrollin kokemus johonkin ryhtymisestä, niin TPB:n mukaan aikomus on olennaisin tekijä, joka saa yksilön suuntautumaan toimintaa kohtaan. Erilaisista taipumuksista harkitut aikomukset ovat selkeimmin yhteydessä myöhemmin toteutettavaan käytökseen. Aikomukset tehdä jotakin korreloivat paremmin tekemisen kanssa kuin asenteet samaa toimintaa kohtaan. Aikomuksen toteutumiseen vaikuttavat ennakoimattomat tapahtumat, aikomuksen ajallinen läheisyys tapahtumasta sekä itse aikomuksen vakaus. (Ajzen 2005, 99–103.)

Näin ollen TPB:n mukaan asenteet, kokemus toisten hyväksynnästä käytöstä kohtaan ja voimakkaimpana tekijänä käytöksen kontrollin kokemus muodostavat tiettyä käyttäytymistä selittävän tai parhaimmillaan jopa ennakoivan mallin. TPB ei kiistä henkilökohtaisten, sosiaalisten ja informatiivisten tekijöiden vaikutusta, vaan tunnustaa että ne kaikki vaikuttavat muun muassa muodostamalla erilaisia uskomuksia, jotka myöhemmin vaikuttavat asenteisiin, subjektiivisiin normeihin ja kontrollin kokemukseen (Ajzen 2005, 134)

TPB:n osa-alueet ja niiden vaikutukset aikomukseen ja sitä kautta todelliseen käyttäytymiseen voidaan tiivistää selkeään esitysmuotoon, joka on nähtävissä **kuviossa 1**.



Kuvio 1: Suunnitelmallisen käyttäytymisen teorian (TPB) osa-alueet ja niiden vaikutukset aikomukseen ja sitä kautta todelliseen käyttäytymiseen (Lähde: <https://people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.measurement.pdf>).

TPB:tä on käytetty käytöstä selittävien ja ennakoivien tutkimusten lisäksi myös interventiotutkimuksessa, jossa tavoitteena on ollut aikomusten ja sitä kautta käyttäytymisen muuttaminen. TPB-interventioissa käyttäytymisen muuttaminen tulisi kohdentaa yhteen tai useampaan määrittävään tekijään: asenneuskomuksiin, normatiivisiin uskomuksiin tai kontrolliuskomuksiin. Muutoskohteena näissä interventioissa tulisi olla nimenomaan käytöksen takana olevien uskomusten muuttaminen. Teorian mukaan näitä uskomuksia muuttamalla saavutetaan siten itse käytöksen muutokset. Ensin pyritään vaikuttamaan aikomuksiin ja tämän jälkeen mahdollistamaan se, että mikään ei estä henkilöä pääsemästä tavoitteisiinsa. (Ajzen 2005, 135–137.)

Ajzen korostaa, miten aikomuksia voidaan muuttaa, mutta tarkemman suunnitelman tekeminen lisää aina muutoksen todennäköisyyttä. TPB:tä on käytetty esimerkiksi opiskelijoiden bussin käyttämisen lisäämiseksi kesälipulla sekä opiskelijoiden saamiseksi ottamaan C-vitamiinia täsmentävien, lääkkeenoton ajankohtaan liittyvien kysymysten avulla. Molemmassa tutkimuksessa tulokset olivat sitä positiivisempia, mitä enemmän tutkittavia henkilöitä tuettiin TPB:n periaatteiden mukaisesti. (Ajzen 2005, 138–139.)

Valtaosa valinnoistamme tapahtuu täysin tahdonalaisten ja täysin alitajuisten päätösten välillä. Valintamme eivät siis koskaan ole täysin kumpiakaan. Tällä niin sanotulla ”harmaalla alueella” tapahtuvan käytöksen arviointi on haastavaa, muttei mahdotonta. Aikaisempi tutkimuskirjallisuus ja TPB-pohjaiset interventiot tukevat ajatusta siitä, että käytöstä voidaan ymmärtää, ennakoida ja muuttaa melko tarkastikin. TPB-interventioissa tämä tehdään ennen kaikkea tiedon avulla, tarjoamalla tutkittaville heidän uskomuksiaan vastaavia tietoja. Koska uskomukset ja toiminta tapahtuvat tässä hetkessä, on olennaista määrittää ihmisten käytöstä niiden asioiden pohjalta, jotka vaikuttavat hänen käyttökseen ”tässä ja nyt”. Menneet tapahtumat ovat eittämättä jättäneet jälkensä asenteisiin ja persoonallisuuden piirteisiin, mutta nykyisyyteen keskittyminen ei ole menneisyyden sivuuttamista, vaan enneminkin sen paljastamista epäsuorasti vähitellen.

Käytöksen arvioinnin tulisi kuitenkin tapahtua henkilöiden vastausten ja käytöksen seuraamisen avulla, samalla tietoa koostaen. (Ajzen 2005, 140–141.)

Tarkastellaan seuraavaksi minäpystyvyykselyn kysymyksiä. Minäpystyvyyksely on nähtävissä alla olevassa tekstilaatikossa 1.

1. Kuinka monta tuntia olet viimeisen viikon aikana käyttänyt rahapeliä pelaamiseen? (Vastaus numerona)
2. Kuinka paljon ajattelet rahapelaamista keskimääräisen päivän aikana? (Vastausvaihtoehdot: 1: En ollenkaan, 2: Suhteellisen vähän, 3: Suhteellisen paljon, 4: Todella paljon, 5: Rahapelaaminen valtaa kaikki ajatukseni.)
3. Kuinka usein pystyt vastustamaan kiusausta tai halua pelata rahapelejä? (Vastausvaihtoehdot: 1: En koskaan, 2: Harvoin, 3: Joskus, 4: Usein, 5: Aina.)
4. Haluan lopettaa rahapelaamisen kokonaan. (Vastausvaihtoehdot: 1: Täysin eri mieltä, 2: Melko eri mieltä, 3: Ei samaa eikä eri mieltä, 4: Melko samaa mieltä, 5: Täysin samaa mieltä.)
5. Uskon pystyväni lopettamaan rahapelaamisen kokonaan. (Vastausvaihtoehdot: 1: Täysin eri mieltä, 2: Melko eri mieltä, 3: Ei samaa eikä eri mieltä, 4: Melko samaa mieltä, 5: Täysin samaa mieltä.)
6. Uskon pystyväni olemaan ilman rahapelaamista pidemmän ajan (esimerkiksi viikon), vaikka en olekaan varma pystyväni lopettamaan rahapelaamista lopullisesti. (Vastausvaihtoehdot: 1: Täysin eri mieltä, 2: Melko eri mieltä, 3: Ei samaa eikä eri mieltä, 4: Melko samaa mieltä, 5: Täysin samaa mieltä.)
7. Uskon, että minulle on mahdollista löytää keinot, joiden avulla pystyn olemaan kokonaan ilman rahapelejä. (Vastausvaihtoehdot: 1: Täysin eri mieltä, 2: Melko eri mieltä, 3: Ei samaa eikä eri mieltä, 4: Melko samaa mieltä, 5: Täysin samaa mieltä.)
8. Minulle tärkeitä ihmisiä kiinnostaa pelaanko rahapelejä vai en. (Vastausvaihtoehdot: 1: Täysin eri mieltä, 2: Melko eri mieltä, 3: Ei samaa eikä eri mieltä, 4: Melko samaa mieltä, 5: Täysin samaa mieltä.)
9. Minulle tärkeät ihmiset tukevat minua yrityksessäni lopettaa rahapelaaminen. (Vastausvaihtoehdot: 1: Täysin eri mieltä, 2: Melko eri mieltä, 3: Ei samaa eikä eri mieltä, 4: Melko samaa mieltä, 5: Täysin samaa mieltä.)

Tekstilaatikko 1: Minäpystyvyyksely.

Suurin osa minäpystyvyykselyn kysymyksistä pohjautuu siis yllä esiteltyyn suunnitelmallisen käyttäytymisen teoriaan. Poikkeuksen tästä tekevät kysymykset 1 ja 2, sillä ne pyrkivät puhtaammin vain mittaamaan asiakkaan rahapelaamisongelman laajuutta. Kysymyksellä 1 pyritään samaan käsitykseen siitä, paljonko asiakas käyttää aikaa rahapeliä pelaamiseen, sillä tämän voidaan katsoa korreloivan hänen rahapeli-ongelmansa vakavuuden kanssa. Samalla on tunnistettava mahdollinen ongelma tämän kysymyksen kanssa, sillä monella rahapelaajalla pelaamiseen käytetty aika saattaa venyä niin pitkäksi kuin hänellä on saatavillaan varoja, joilla jatkaa pelaamista. Näin ollen kysymykseen vastaamisen hetkellä vallitseva asiakkaan rahatilanne saattaa merkittävästi vaikuttaa tähän kysymykseen saatuihin vastauksiin, mikä tulee ottaa huomioon vastauksia tulkitessa. Osittain tähän ongelmaan pyrkii vastaamaan kysymys 2, jonka avulla on tarkoitus kartoittaa, kuinka paljon asiakas ajattelee rahapelaamista keskimääräisen päivän aikana. Tätä ajattelua ei samalla tavoin rajoita asiakkaan sen hetkinen budjettirajoite ja sen voidaan myös katsoa korreloivan rahapeli-ongelman vakavuuden kanssa.

Kysymys 3 pohjaa siinä määrin TPB:hen, että sen avulla pyritään selvittämään asiakkaan uskomusta omasta kontrollistaan siitä, pelaako hän rahapelejä vai ei, silloinkin kun hän kokee halua pelata niitä. TPB:n mukaan tämä kontrollin kokemus on suurin yksittäinen tekijä, joka selittää käyttäytymistä. Osaltaan kysymys 3 pyrkii kuitenkin myös selvittämään asiakkaan rahapeliongelman laajuutta, samalla tavoin kuin kysymykset 1 ja 2. Rahapeli riippuvuudessa pelaaminen voi jatkua tai jopa lisääntyä sen aiheuttamista kielteisistä seurauksista huolimatta. Näin ollen vaikka asiakas haluisia olla pelaamatta rahapelejä, hän ei voi vastustaa kiusausta niiden pelaamiseen. Kysymys pyrkiikin osaltaan mittaamaan sitä, kuinka usein asiakas mahdollisesti onnistuu vastustamaan kiusausta tai ajatusta pelata rahapelejä, vaikka pelaaminen olisikin mahdollista. Tämänkin voidaan katsoa korreloivan rahapeliongelman vakavuusasteen kanssa.

Kysymyksestä 4 eteenpäin kysymykset pohjautuvat suoraviivaisemmin TPB:hen. Kysymys 4 pyrkii mittaamaan asiakkaan asennetta rahapelaamista ja sen lopettamista kohtaan, mikä on TPB:n mukaan ensimmäinen kolmesta käyttäytymiseen vaikuttavasta osa-alueesta. Kysymykset 5 ja 6 pyrkivät kartoittamaan asiakkaan uskomusta omasta kontrollistaan lopettaa rahapelaaminen, joko kokonaan tai edes joksikin aikaa. Tällä kolmannella tekijällä, eli kontrollin kokemuksella, on TPB:n mukaan keskeisin rooli yksilön käyttäytymisen määräytymisessä.

Tähän samaan rajapintaan pohjautuu kysymys 7, joka kartoittaa asiakkaan kokemusta siitä, että hänen on mahdollista löytää keinot rahapelaamisen lopettamiseen. Tämänkin kysymys kartoittaa siis asiakkaan kokemusta kontrollista käyttäytymistä kohtaan, joskaan ei yhtä suorasti kuin kaksi edellistä kysymystä. Sen sijaan kysymys 7 kartoittaa asiakkaan uskoa tulevaisuuteen ja Loppupeli -ohjelmaan siinä, onko hänelle edes mahdollista löytää keinot, joilla saavuttaa kokemus kontrollista käyttäytymistä kohtaan. Tämän voidaan katsoa myös heijastavan asiakkaan sisäistä motivaatiota. Sillä jos asiakas kokee, että hän ei pysty olemaan ilman rahapelejä edes lyhyempää aikaa, mutta kokee kuitenkin, että keinojen löytäminen rahapelaamiseen lopettamiseen on mahdollista, tarkoittaa tämä, että hänellä on tiettyä sisäistä motivaatiota löytää nämä keinot, esimerkiksi juuri yrittämällä tosissaan osallistua Loppupeli-ohjelmaan.

Kysymykset 8 ja 9 pohjaavat TPB:n toiseen osatekijään, eli subjektiivisiin normeihin. Ne pyrkivät kartoittamaan sitä, kokeeko asiakas että ihmiset hänen ympärillään välittävät siitä pelaako hän rahapelejä vai ei ja tukevatko hänelle tärkeät ihmiset häntä hänen yrityksessään lopettaa rahapelaaminen. Näiden voidaan katsoa heijastavan asiakkaan uskomusta siitä, mitkä ovat normatiiviset uskomukset rahapelaamisesta, eli kokeeko hän, että hänen rahapelaamisensa on hyväksyttävää hänelle läheisten ihmisten mielestä. TPB:n mukaan nämä normatiiviset uskomukset vaikuttavat yksilön subjektiivisiin normeihin, mitkä taas ohjaavat hänen käyttäytymistään. Jos asiakas esimerkiksi kokee, että hänen läheisiään ei kiinnosta pelaako hän rahapelejä vai ei, voi hän tämän perusteella tulkita, että hänen mielestään rahapelaamista ei paheksuta, eli hänen toimintansa on hyväksyttävää. Tämä ei luonnollisesti kannusta rahapelaamisen lopettamiseen pyrkimiseen. Vastavuoroisesti jos asiakas kokee, että hänelle tärkeät ihmiset tukevat häntä yrityksessään lopettaa rahapelaaminen, voi hän tulkita, että rahapelaamisen lopettaminen on todella hyväksyttävää toimintaa, eli normatiiviset uskomukset kannustavat häntä ponnistelemaan yrityksessään lopettaa rahapelaaminen.

2.2.3. PGSI-kysely

PGSI (*Problem Gambling Severity Index*) -kysely on 9-kohtainen monivalintakysely, joka on alalla hyvin vakiintunut kysely arvioimaan sisältääkö rahapelaaminen riskikäyttäytymistä tai onko se ongelmallista. Kyselyssä kysymyksiin voi vastata neljällä tavalla, joiden jälkeen jokainen kysymys pisteytetään. Kysymyksiä pisteen lasketaan yhtään, ja tästä summasta voidaan tulkita rahapelikäyttäytymistä seuraavasti:

0 = Ei ongelmapelaamista

- 1–4 = Alhainen riski, eikä juuri tunnistettuja kielteisiä vaikutuksia
- 5–7 = Kohtalainen riski, joka aiheuttaa kielteisiä seurauksia
- 8 tai enemmän = Ongelmapelaaminen, jolla kielteisiä vaikutuksia ja mahdollinen hallinnan menetys

PGSI-kyselyn kysymykset ja vastausten pisteytys ovat nähtävissä **liitteessä 3**. Maksimissaan kyselystä voi saada 27 tulokseksi pistettä. Ohjelman alussa kysyttäessä vastaajia pyydettiin miettimään 12 kuukauden jaksoa taaksepäin ja ohjelman päättyessä 3 kuukauden jaksoa taaksepäin, eli sitä aikaa kun vastaaja on ottanut osaa Loppupeli-ohjelmaan. Kun toteutetaan seurantakysely keskimäärin 6 kuukautta ohjelman päättymisen jälkeen, vastaajaa pyydetään miettimään aikaa Loppupeli-ohjelman päättymisen jälkeen.

2.2.4. NODS-kysely

Syksyllä 2023 aloittaneille kuudelle osallistujalle päätettiin toteuttaa aikaisemmin kuvattujen kyselyiden lisäksi NODS (*National Opinion Research Center DSM Screen for Gambling Problems*) -kysely, joka myös on tunnettu rahapeliongelmiin laajuutta mittaava kysely. Se on Gersteinin ym. (1999) kehittämä 17-kohtainen kysely, joka mittaa rahapeliongelman laajuutta. NODS-kyselyn kysymykset ovat nähtävissä **liitteessä 4**. Ohjelman alussa kysyttäessä vastaajia pyydettiin miettimään 6 kuukauden jaksoa taaksepäin ja ohjelman päättyessä 3 kuukauden jaksoa taaksepäin, eli sitä aikaa kun vastaaja on ottanut osaa Loppupeli-ohjelmaan. Kun toteutetaan seurantakysely, vastaajaa pyydetään miettimään aikaa Loppupeli-ohjelman päättymisen jälkeen.

Kyselyn kysymyksiin vastataan kyllä tai ei, ja sen pisteet lasketaan yhteen tietyn laskutavan mukaan, joka on myös eritelty liitteessä 4. Samoin kuin PGSI-kyselyssä, pisteiden summasta voidaan tulkita rahapeliongelman taso seuraavasti:

- Maksimissaan tulokseksi voi saada 10 pistettä.
- Suurempi tulos kuvaa vakavampaa rahapeliongelmaa:
 - 0–1 pistettä: vähäinen rahapeliongelman riski
 - 1–2 pistettä: suuri rahapeliongelman riski
 - 3–4 pistettä: ongelmapelaaja
 - 5+ pistettä: rahapeli riippuvainen

NODS-kysely ei siis ollut vielä mukana toteutuksen ensimmäisessä vaiheessa, eli keväällä 2023 aloittaneen ensimmäisen viiden osallistujan arvioinnissa. Se päätettiin ottaa mukaan arviointiin, jotta Loppupeli-ohjelman tulokset olisivat suoremmin vertailtavissa muihin vastaaviin rahapeliongelmiin hoitaviin ohjelmiin. Loppupeli-ohjelman tulosten vertailua suhteessa näiden verrokki-ohjelmien tuloksiin suoritetaan luvussa 4. Sitä ennen perehdytään kuitenkin itse Loppupeli-ohjelman tuloksiin.

3. Ohjelman tulokset

Loppupeli-ohjelman tulosten arviointi pohjautuu pitkälti osallistujien vastauksiin heille toteutetuissa kyselyissä. Kyselyt toteutettiin ohjelman alussa, lopussa ja sekä kaikki paitsi alku-/loppuarviointikyselyt seurantakyselyinä, keskimäärin kuusi kuukautta ohjelman päättymisen jälkeen. Ohjelman alussa kyselyihin vastasivat kaikki 11 osallistujaa, ohjelman suorittamisen jälkeen 9 osallistujaa ja seurantakyselyihin vastasi 6 osallistujaa.³ Tarkastellaan seuraavaksi ohjelman vaikutuksia eri kyselyihin saatujen vastausten perusteella, jonka jälkeen käydään vielä läpi pohdintaa, mitä heräsi tämän arvioinnin yhteydessä toteutetusta, kahden ohjelmaan osallistuneen henkilön haastattelusta.

3.1. Alku-/loppuarviointi

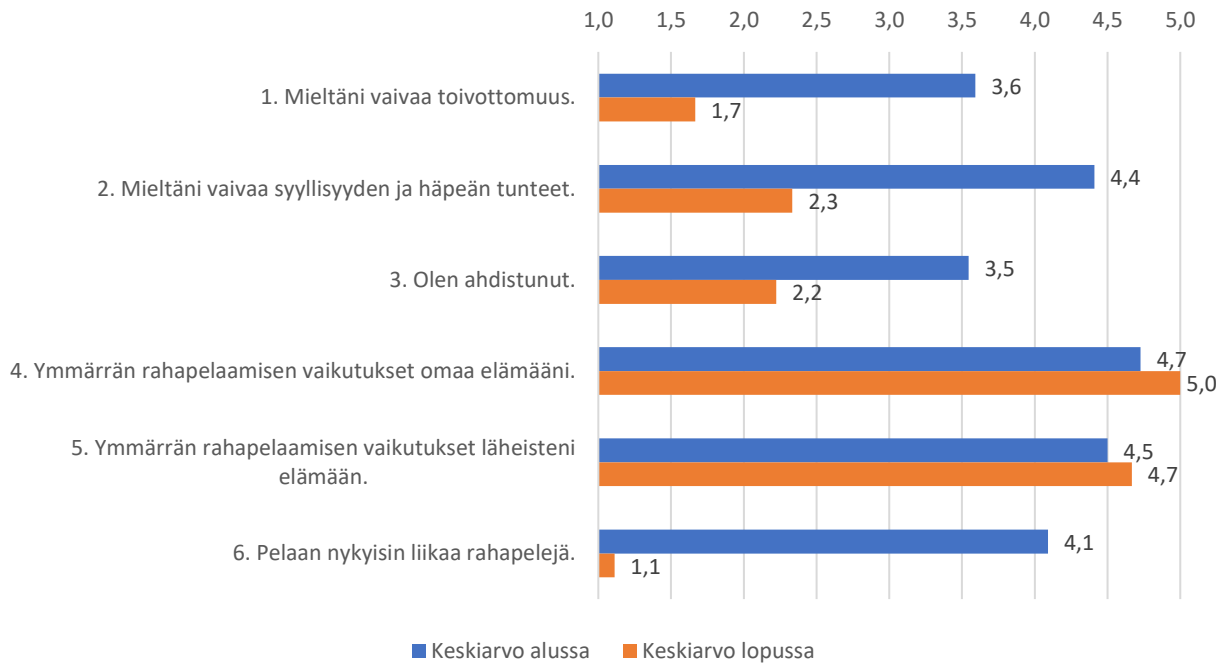
Loppupeli-ohjelman vaikutukset osallistujien mielialaan ja mielenterveyteen olivat selkeän positiiviset. Ohjelman alkaessa osallistujien vastausten keskiarvo ensimmäiseen kysymykseen ”Mieltäni vaivaa syyllisyyden ja häpeän tunteet” oli 3,6, asteikon ollessa 1: täysin eri mieltä – 5: täysin samaa mieltä, samoin kuin muissakin alku-/loppuarvioinnin kysymyksissä (kts. liite 2). Ohjelman lopussa osallistujien vastausten keskiarvo tähän kysymykseen oli 1,7. Alku-/loppuarvioinnin vastausten keskiarvot ovat nähtävissä **kuviossa 2**. Kuviosta voidaan havaita, että myös muutokset kysymysten 2 ja 3 vastauksista kertovat ohjelman positiivisista vaikutuksista osallistujien mielialaan ja mielenterveyteen. Ohjelman alussa vastaajien keskiarvo kysymykseen ”Mieltäni vaivaa syyllisyyden ja häpeän tunteet” oli 4,4, mutta ohjelman lopussa se oli laskenut arvoon 2,3. Samoin kysymyksessä ”Olen ahdistunut” tapahtui merkittävää laskua ohjelman aikana. Alussa vastausten keskiarvo oli 3,6 ja lopussa 2,2. Näitä voidaan pitää merkittävänä muutoksina, jotka viittaavat Loppupeli-ohjelmalla olevan aidosti positiivisia vaikutuksia näillä osa-alueilla.

Sen sijaan muutokset kysymysten 4 ja 5 vastauksissa ovat niin pieniä, että niitä ei voida pitää merkittävänä. Osallistajat ymmärsivät vastausten perusteella jo ohjelmaa aloittaessa hyvin rahapelaamisen vaikutukset omaan elämäänsä sekä läheistensä elämään. Kysymyksen ”Ymmärrän rahapelaamisen vaikutukset omaan elämääni” vastausten keskiarvo alussa oli 4,7 ja lopussa 5,0 ja kysymyksen ”Ymmärrän rahapelaamisen vaikutukset läheisten elämään” vastausten keskiarvo alussa oli 4,5 ja lopussa 4,7. Näin ollen vastausten perusteella osallistujien ymmärrys rahapelaamiseen vaikutuksista sekä omaan elämään että heidän läheistensä elämään on kasvanut hiukan, mutta näin pientä muutosta ei voida pitää merkittävänä.

Kysymyksen 6 vastausten mukaan osallistujien liiallinen rahapelien pelaaminen on vähentynyt ohjelmaan osallistumisen aikana paljon. Vastausten keskiarvo kysymykseen ”Pelaan nykyisin liikaa rahapelejä” oli alussa 4,1, mutta lopussa se oli laskenut aina arvoon 1,1. Tätä muutosta voidaan pitää todella merkittävänä.

Loppuarvioinnissa asiakkailta kysyttiin myös kuinka moneen tapaamiseen he osallistuivat ja kuinka hyödyllisenä he Loppupeli-ohjelmaa pitivät. Yhteensä Loppupeli-ohjelmaan sisältyi 12 tapaamiskertaa ja kaikki osallistujaa raportoivat osallistuneensa 10–12 tapaamiseen. Ohjelman hyödyllisyyttä osallistujia pyydettiin arvioimaan asteikolla 1-10 (1 = ei ollenkaan hyödyllinen, 10 = kaikin puolin hyödyllinen). Näiden vastausten keskiarvo oli 9,3, eli asiakkaat pitivät Loppupeli-ohjelmaa heille erittäin hyödyllisenä.

³ Tästä poikkeuksena on NODS-kysely, joka otettiin käyttöön vasta toisessa vaiheessa eli syksyllä 2023 aloittaneille asiakkaille. Siihen vastasi ohjelman alussa 6 osallistujaa, ohjelman suorittamisen jälkeen 5 osallistujaa ja seurantakyselyyn vastasi 2 osallistujaa.



Kuvio 2: Alku-/loppuarvioinnin vastausten keskiarvot ohjelman alussa ja ohjelman lopussa.

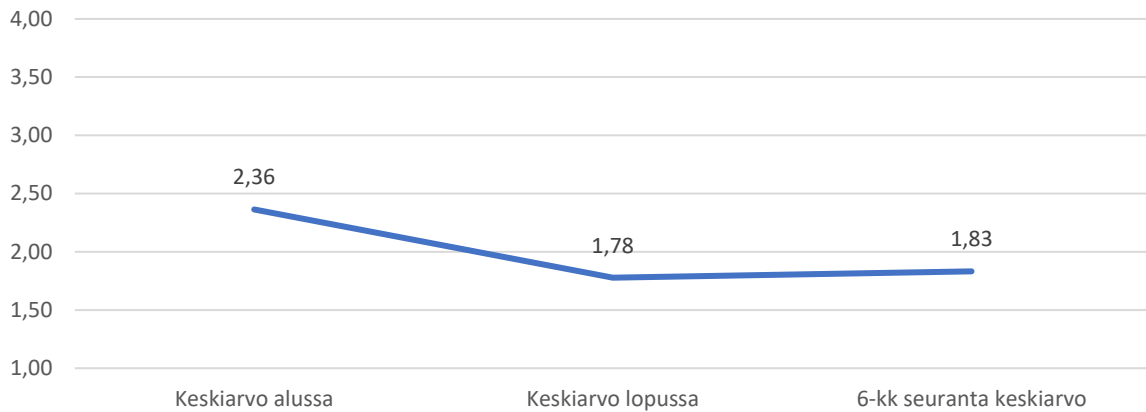
3.2. Minäpystyvyysskysely

Tarkastellaan seuraavaksi Loppupeli-ohjelman tuloksia minäpystyvyysskyselyn tulosten avulla. Minäpystyvyysskyselyn ensimmäisessä kysymyksessä pyydetään osallistujaa arvioimaan kuinka monta tuntia he ovat viimeisen viikon aikana käyttäneet aikaa rahapelien pelaamiseen. 11 aloittaneesta osallistujasta vain 3 oli ylipäättänsä pelannut viimeisen viikon aikana ohjelmaa aloittaessa. He olivat pelanneet keskimäärin 4 tuntia. Ohjelman lopussa toteutettavassa kyselyssä kukaan vastaajista ei ollut pelannut viimeisen viikon aikana ollenkaan, joskin on otettava huomioon, että kaksi osallistujaa lopetti ohjelman kesken ja jos heidän vastauksiaan ei oteta huomioon, saadaan hieman erilaisia tuloksia. Siinä tapauksessa 9 aloittaneesta osallistujasta 2 oli pelannut viimeisen viikon aikana (keskimäärin 3,5 tuntia). Joka tapauksessa ohjelman aikana kaikkien alussa pelanneiden pelaaminen loppui täysin, sillä ohjelman lopussa toteutettavassa kyselyssä kaikki raportoivat pelanneensa viimeisen viikon aikana 0 tuntia. Seurantakyselyihin vastanneesta kuudesta osallistujasta kaksi kertoi pelanneensa viimeisen viikon aikana keskimäärin 0,65 tuntia. Tätä tulosta ei voida kuitenkaan pitää kovinkaan merkittävänä, sillä sen muutos edustaa niin pientä joukkoa osallistujista. Siitä huolimatta sen perusteella vaikuttaisi, että tämän joukon osalta ohjelman positiivinen vaikutus on hieman heikennyt ohjelman päättymisen jälkeen. Lisäksi viikon aikajänne, jota kyselyyn vastanneita pyydettiin pohtimaan, on sen verran lyhyt aika, että se voi aiheuttaa tuloksiin merkittävää vaihtelua. Rahapeliongelmasta kärsivillä voi nimittäin hyvinkin olla jaksoja, jolloin he eivät pelaa erinäisistä syistä, mutta toisena jaksena he saattavat taas pelata hyvinkin paljon. Viikon aikajänne on liian lyhyt ottamaan huomioon tätä mahdollista vaihtelua peliaktiivisuudessa, josta johtuen sen valintaa kysymyksen aikajänteeksi voidaan pitää epäonnistuneena.

Minäpystyvyysskyselyn toisessa kysymyksessä osallistujilta kysyttiin, kuinka paljon he ajattelevat rahapelaamista keskimääräisen päivän aikana. Tässä kysymyksessä heillä on neljä vastausvaihtoehtoa: 1: En ollenkaan, 2: Suhteellisen vähän, 3: Suhteellisen paljon ja 4: Todella paljon. Kuten näemme **kuviosta 3**,

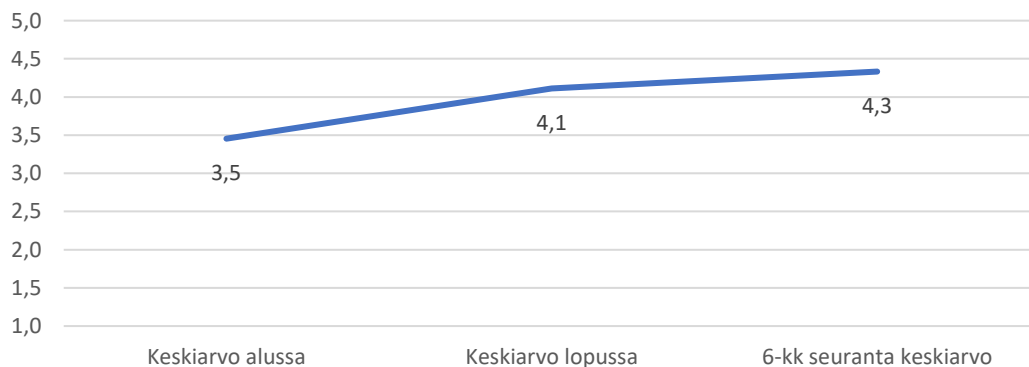
vastausten keskiarvo alussa oli 2,36 ja lopussa se oli laskenut arvoon 1,78. Tätä positiivista muutosta voidaan pitää merkittävänä. Seurantakyselyssä keskiarvo oli noussut hieman arvoon 1,83.

Kuinka paljon ajattelet rahapelaamista keskimääräisen päivän aikana? (Vastausvaihtoehdot: 1: En ollenkaan, 2: Suhteellisen vähän, 3: Suhteellisen paljon, 4: Todella paljon)



Kuvio 3: Minäpystyvyykselyn 2. kysymyksen vastausten keskiarvot.

Kuinka usein pystyt vastustamaan kiusausta tai halua pelata rahapelejä? (Vastausvaihtoehdot: 1: En koskaan, 2: Harvoin, 3: Joskus, 4: Usein, 5: Aina.)

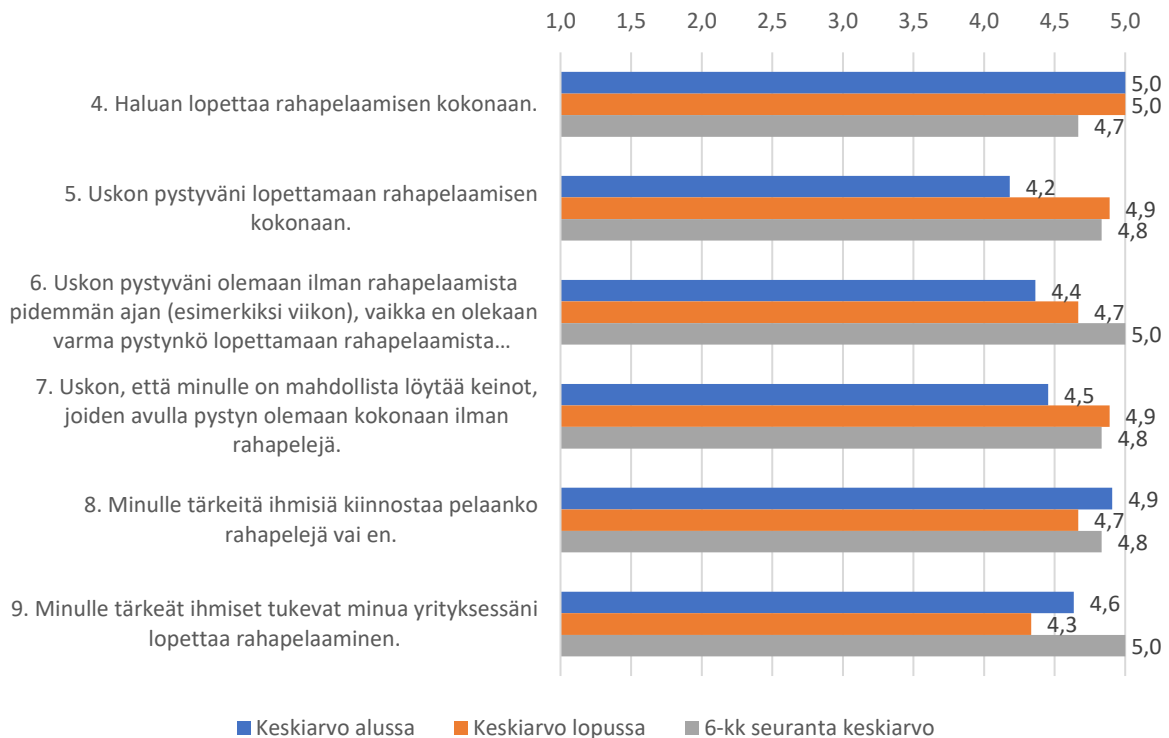


Kuvio 4: Minäpystyvyykselyn 3. kysymyksen vastausten keskiarvot.

Positiivista kehitystä nähdään myös minäpystyvyykselyn kolmannen kysymyksen mittaamassa muutoksessa. Siinä kysytään: Kuinka usein pystyt vastustamaan kiusausta tai halua pelata rahapelejä? (Vastausvaihtoehdot: 1: En koskaan, 2: Harvoin, 3: Joskus, 4: Usein, 5: Aina.) Kuten **kuviosta 4** nähdään, nousi vastausten keskiarvo ohjelman aikana arvosta 3,5 arvoon 4,1, jota voidaan myös pitää merkittävänä kehityksenä. Seurantakyselyyn mennessä keskiarvo oli noussut edelleen arvoon 4,3. Näiden tulosten perusteella voidaan nähdä, että Loppupeli-ohjelman aikana se, kuinka paljon asiakkaat ajattelivat rahapelaamista keskimääräisen päivän aikana, väheni ohjelman aikana, ja muutos vaikuttaa pysyneen suunnilleen samana ohjelman jälkeen. Sen sijaan se, kuinka usein asiakkaat pystyivät vastustamaan kiusausta

tai halua pelata rahapelejä lisääntyi ohjelman aikana, ja vaikuttaa lisääntyneen edelleen ohjelman päättymisen jälkeen. Voidaan siis arvioida, että asiakkaiden oman käytöksen kontrolli on jatkanut vahvistumistaan ohjelman päättymisen jälkeen, sillä he ajattelit rahapelaamista suunnilleen yhtä paljon, mutta pystyivät kontrolloimaan käytöstään paremmin.

Minäpystyvyykselyn kysymyksissä 4–9 on kaikissa samat vastausvaihtoehdot, jotka ovat: 1: Täysin eri mieltä, 2: Melko eri mieltä, 3: Ei samaa eikä eri mieltä, 4: Melko samaa mieltä ja 5: Täysin samaa mieltä. **Kuviossa 5** on kuvattu vastausten keskiarvot näistä kysymyksistä. Siitä nähdään, että kysymyksessä 4, joka mittaa halua lopettaa rahapelaaminen, ei ole nähtävissä mitään muutosta ohjelman aikana, sillä kaikki osallistujat vastasivat jo alussa olevansa täysin samaa mieltä siitä, että he haluavat lopettaa rahapelaamisen kokonaan. Näin ollen heidän motivaatiossaan ei ollut enää parantamisen varaa ohjelman aikana. Kuitenkaan seurantakyselyssä kaikki osallistujat eivät olleet enää täysin samaa mieltä siitä, että he haluavat lopettaa rahapelaamisen kokonaan. Kenties tämä kuvaa sitä, että saatuaan ohjelman aikana rahapelaamisensa paremmin kontrolliin, osa osallistujista miettii, josko he voisivat nyt pelata rahapelejä silloin tällöin, ilman että se ”riistäytyy käsistä”. Tällaiseen ajatteluun voidaan arvioida liittyvän riskejä ongelmalliseen rahapelikäyttäytymiseen palaamisesta.



Kuvio 5: Minäpystyvyykselyn kysymyksen 4–9 vastausten keskiarvot.

Kysymyksessä 5, jossa mitataan osallistujien kokemaa uskomusta omasta kontrollista lopettaa rahapelaaminen kokonaan, nähdään positiivista kehitystä ohjelman aikana. Positiivinen vaikutus vaikuttaa seurantakyselyiden perusteella pysyneen yllä ohjelman päättymisen jälkeenkin.

Samanlaista positiivista kehitystä nähtiin ohjelman aikana kysymyksessä 6, joskin pienemmässä mittakaavassa. Siinä kysymyksenä oli: ”Uskon pystyväni olemaan ilman rahapelaamista pidemmän ajan

(esimerkiksi viikon), vaikka en olekaan varma pystynkö lopettamaan rahapelaamista lopullisesti.” Tässä osallistujat olivat alusta asti hieman varmempia siitä, että he kykenevät olemaan ilman rahapelejä pidemmän ajan, vaikka eivät olisikaan varmoja siitä pystyvätkö lopettamaan rahapelaamista lopullisesti. Hieman ristiriitaisesti osallistujat olivat ohjelman lopussa vähemmän varmoja siitä, että he voivat olla ilman rahapelejä pidemmän ajan, kuin siitä, että he uskovat pystyvänsä lopettamaan rahapelaamisen kokonaan. Tämä ristiriita saattaa johtua kysymyksen 6 kysymyksenasettelusta, sillä sen toisessa sanotaan: ”vaikka en olekaan varma pystynkö lopettamaan rahapelaamista lopullisesti”. Näin ollen osa vastaajista on mahdollisesti reagoinut tähän toiseen osaan, ja ollessaan sitä mieltä, että he pystyvät lopettamaan rahapelaamisen sekä pidemmäksi aikaa, että lopullisesti, he eivät ole olleet yhtä vahvasti samaa mieltä koko kysymyksen 6 kanssa. On myös mahdollista, että kysyttäessä uskovatko vastaajat pystyvänsä lopettamaan rahapelaamisen kokonaan, he vastasivat vahvasti myönteisesti tarkoittaen, että he jossain vaiheessa uskovat siihen pystyvänsä. Kun taas kysymykseen 6 vastatessaan, he ovat saattaneet miettiä enemmän nykyhetkeä, eli uskovatko he juuri nyt pystyvänsä olemaan ilman rahapelaamista pidemmän ajan. Joka tapauksessa seurantakyselyihin vastanneista kaikki olivat täysin samaa mieltä sen kanssa, että he pystyvät olevan ilman rahapelaamista pidemmän ajan. Näin ollen kysymyksen 6 vastausten perusteella voidaan arvioida, että kokemus oman käytöksen kontrollista vahvistui loppupeliohjelman aikana ja jatkoi edelleen vahvistumista ohjelman päättymisen jälkeen.

Kysymyksessä 7 nähdään myös pientä positiivista kehitystä, sillä asiakkaiden uskomus siitä, että heille on mahdollista löytää keinot, joiden avulla he pystyvät olemaan kokonaan ilman rahapelaamista lisääntyi ohjelman aikana keskiarvosta 4,5 keskiarvoon 4,9. Tämä keskiarvo ei merkittävästi muuttunut seurantakyselyissä.

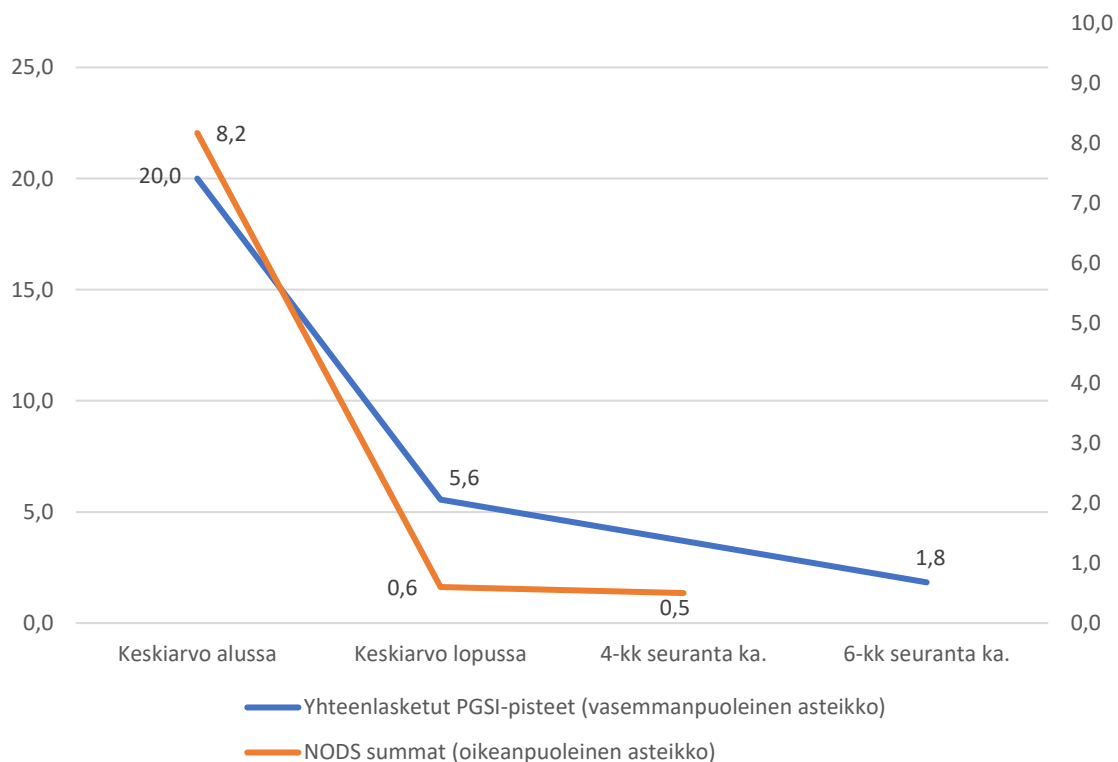
Kysymyksistä 8 ja 9 saadaan mielenkiintoisia tuloksia. Kysymyksessä 8 selvitettiin, kokivatko asiakkaat, että heille tärkeitä ihmisiä kiinnostaa se, pelaavatko he rahapelejä. Siinä muutokset ovat hyvin pieniä, mutta ne viittaavat siihen, että ohjelman lopussa asiakkaat olivat vähemmän vahvasti samaa mieltä kysymyksen kanssa, kuin ohjelman alussa. Kuitenkin seurantakyselyssä asiakkaat olivat taas enemmän vahvasti samaa mieltä kysymyksen kanssa. Samansuuntaisia muutoksia on nähtävissä kysymyksessä 9, jossa selvitettiin, kokivatko asiakkaat, että heille tärkeät ihmiset tukevat heitä heidän yrityksessään lopettaa rahapelaaminen. Myös tässä kysymyksessä asiakkaat olivat vähemmän vahvasti samaa mieltä kysymyksen kanssa ohjelman lopussa kuin alussa. Sen sijaan seurantakyselyissä kaikki vastaajat olivat täysin samaa mieltä kysymyksen kanssa.

Sitä, että ohjelman aikana asiakkaiden kokemus heidän läheistensä tuesta heikkeni hieman, voidaan ensi alkuun pitää hieman yllättävänä. Pohdittaessa syitä tähän muutokseen voidaan kuitenkin löytää rationaalisia selityksiä, jotka saattavat selittää muutosta. Voi esimerkiksi olla, että asiakkaat kokivat alussa, että heille tärkeitä ihmisiä kiinnosti, ja että he tukivat heitä enemmän yrityksessä lopettaa rahapelaaminen, mutta kun asiakkaat halusivat tehdä konkreettisia muutoksia elämäänsä, eivät nämä tärkeät ihmiset olleetkaan varauksetta valmiita itse olemaan näissä muutoksissa mukana. Sitä kautta asiakkaille tärkeiden ihmisten tuki saattoi ohjelman aikana osoittautua hieman heikommaksi tai ontommaksi kuin asiakkaat olettivat sen olevan ennen kuin tukea oli kunnolla testattu konkreettisen muutosten tekemisessä. Lisäksi on myös mahdollista, että asiakkaiden minäpystyvyyden vahvistuessa he eivät enää kokeneet toisen tukea tai mielipiteitä itselleen niin tarpeellisiksi. TPB:n kehikossa tämä tarkoittaa siis, että normatiiviset uskomukset ja sitä kautta subjektiiviset normit eivät enää vaikuta niin paljon aikomukseen ja käyttäytymiseen. Kuitenkin seurantakyselyissä asiakkaat olivat palanneet olemaan jopa vahvemmin sitä mieltä, että heille tärkeät ihmiset tukivat heitä. Kenties tämä selittyy sillä, että kun konkreettiset muutokset arjessa on saatu tehtyä, on läheisten taas helpompi tukea asiakkaita, jolloin koettu tuki tuntuu vahvemmalta. On myös mahdollista,

että, asiakkaiden minäpystyvyyden vahvistumisesta johtuen he eivät tosiaan tarvitse enää niin paljon toisten tukea tai välitä heidän mielipiteistään, jolloin vähäisempikin tuen määrä koetaan riittävänä.

3.3. PGSI- ja NODS-kyselyt

Sekä PGSI- että NODS-kyselyissä on nähtävissä vahvaa positiivista kehitystä Loppupeli-ohjelman aikana. Ohjelman alussa PGSI-kyselyyn vastasi 11 osallistujaa, lopussa 9 osallistujaa ja seurantakyselyihin vastasi 6 osallistujaa. Ohjelman alussa PGSI-kyselyn yhteenlaskettujen pisteiden keskiarvo oli 20,0. Yli kahdeksan pisteen tulos viittaa ongelmapelaamiseen, joten kyselyn mukaan osallistujien pelaaminen oli varsin ongelmallista. Ohjelman lopussa PGSI-kyselyn vastausten summien keskiarvo oli laskenut 5,6:een, mikä kuvaa enää kohtalaista riskiä liittyen rahapelaamiseen. Näin ollen Loppupeli-ohjelman aikana PGSI-pisteiden summa laski keskimäärin 72 %, mitä voidaan pitää varsin merkittävänä tuloksena. Keskimäärin 6 kuukautta ohjelman lopettamisen jälkeen tehdyissä seurantakyselyissä PGSI-pisteiden summien keskiarvo oli laskenut entisestään, arvoon 1,8. Tällainen arvo kuvastaa enää alhaista riskiä liittyen rahapelaamiseen. Tämä tarkoittaa noin 91 %:n laskua suhteessa keskiarvoon ohjelman alussa, mikä viittaa ohjelmalla olevan erittäin merkittävä positiivinen vaikutus, joka näyttää vielä voimistuvan ohjelman päättymisen jälkeen. PGSI-tuloksen kehitys on nähtävissä **kuviossa 6**.



Kuvio 6: PGSI- ja NODS-kyselyiden summien keskiarvot ohjelman alussa, lopussa ja seurantakyselyissä.

Kuviossa 6 näkyy myös NODS-summien keskiarvojen kehitys ohjelman aikana ja sen jälkeen. NODS-kysely toteutettiin vain toisessa vaiheessa, eli syksyn 2023, osallistujilla. Ohjelman alussa NODS-kyselyyn vastasi 6 osallistujaa ja lopussa 5 osallistujaa. NODS-seurantakyselyyn saatiin valitettavasti vain 2 vastausta. Seurantakyselyä toteutettaessa tämän toiseen vaiheeseen osallistujilla oli kulunut ohjelman loppumisesta

keskimäärin noin 4 kuukautta (116 päivää). Ohjelman alussa osallistujien NODS-summien keskiarvo oli 8,2. Yli 4 pisteen tulos viittaa rahapeliriippuvuuteen, joten myös NODS-kyselyn mukaan osallistujien rahapelaaminen oli varsin ongelmallista. Ohjelman lopussa NODS-summien keskiarvo oli laskenut 0,6:een, mikä viittaisi, että keskimäärin osallistujien rahapeliongelman riski oli laskenut vähäiseksi. NODS-summien keskiarvo oli siis laskenut keskimäärin häkellyttävät 93 %, jota voidaan pitää todella merkittävänä tuloksena. Seurantakyselyissä NODS-summien keskiarvo oli pienentynyt tästä vielä hiuksenhienosti arvoon 0,5. Sekä NODS että PGSI-mittareilla mitattuna Loppupeli-ohjelmaa voidaan siis pitää toimivana. NODS-kyselyllä mitattuna ohjelman aikana saavutetut tulokset vaikuttavat vieläkin paremmilta kuin PGSI-kyselyllä mitattuna, mutta PGSI-kyselyllä mitattuna ohjelman positiivinen vaikutus vaikuttaa voimistuvan vielä ohjelman päättymisen jälkeen. Luonnollisesti on otettava huomioon, että otoskoko on pienempi NODS-mittaria käytettäessä, mikä tuo mittarin tulosten tulkintaan suurempaa epävarmuutta.

3.4. Osallistujien haastattelut

Tämän vaikuttavuusarvioinnin laatinut asiantuntija haastatteli kahta ohjelmaan osallistunutta henkilöä sen jälkeen, kun he olivat vastanneet seurantakyselyihin. Näiden haastatteluiden tarkoituksena oli syventää ymmärrystä ohjelmaan osallistuneiden lähtötilanteesta ennen ohjelmaan mukaan tuloa, miten Loppupeli onnistui auttamaan heitä, mistä tämä positiivinen muutos johtui ja miten ohjelman aikaansaama muutos on pysynyt yllä ohjelman päättymisen jälkeen.

Ensimmäinen haastatelluista kuvasi tilannettaan ennen Loppupeli-ohjelmaan osallistumista kaoottiseksi. Rahapelaamisen suhteen oltiin pohjalla. Kaikki oli niin sanotusti pelattu ja velkaa oli kertynyt useiden kymmenien tuhansien eurojen edestä. Tilanteen lopullisesti eskaloituttua henkilö oli ollut avunpiirissä vasta lyhyen aikaa. Päihdekllinikalla hänelle kerrottiin mahdollisuudesta osallistua Loppupeli-ohjelman pilotointiin. Hän kertoo, että hänelle tärkeänä kriteerinä ohjelmaan osallistumiselle oli sen joustavuus, sillä henkilö teki vuorotyötä ja hänelle oli pieni lapsi, joten esimerkiksi tiettyyn aikaan jossain fyysisesti järjestettävään ryhmään osallistuminen ei olisi ollut hänelle toimiva vaihtoehto. Haastateltava kuvaa elämänsä olleen ”staattista suorittamista” siinä vaiheessa kun hän aloitti Loppupeli-ohjelmassa. Läsnä oli vahva tunne siitä, että toivo oli mennyt.

Nyt haastateltava kuvaa, kuinka Loppupelin ansiosta toivo tulevaisuuteen parantunut. Hän kokee itsetuntemuksensa parantuneen, olevansa avoimempi itselleen ja paremmin läsnä nykyhetkessä. Ja mikä kenties tärkeintä, hän on pystynyt olemaan ilman rahapelejä. Tietenkään kaikki kertyneet taloudelliset murheet eivät ole poistuneet, mutta nyt hänellä on voimavaroja suunnitella myös tulevaisuutta.

Haastateltava kuvaa, että Loppupelin positiivinen muutos johtui sieltä saaduista työkaluista ja pienistä vinkeistä. Hän kertoo pitäneensä positiivisena myös eri työntekijöiltä saatuja erilaisia näkökulmia sekä ohjelman tiivistä aikataulua. Tiiviistä aikataulusta huolimatta hän koki odottavansa aina seuraavaa tapaamiskertaa. Hän kertoo, kuinka hän koki tämän tiiviin aikataulun ja sen tuoman intensiivisyyden itselleen sopivaksi, koska hän on ollut avun piirissä vasta vähän aikaa. Tilanne saattaisi olla toinen jollekulle, joka on ollut jo pidempään erilaisen avun piirissä.

Haastateltava kokee myös pystyvyyden kokemuksensa vahvistuneen ohjelman aikana, ennen kaikkia itsensä löytämisen kautta. Hän ymmärsi käyttäytymisen, toiminnan ja sitä kautta muutoksen lähtevän itsestä, eli siitä miten asioita kokee ja käsittelee. Hänellä oli myös ohjelman aikana repsahdus rahapelaamiseen, mutta jälkikäteen hän kokee viisastuneensa myös siitä kokemuksesta.

Toinen haastateltava kertoo myös rahapeliongelmansa olleen vakavalla tasolla ennen Loppupeli-ohjelmaan mukaan tuloa. Ensimmäisestä haastateltavasta poiketen, hänen rahapeliongelmansa oli ollut vakavalla tasolla jo vuosia, ja hän oli jo pitkään ollut päihdekliniikan hoidon piirissä. Tästä hoidosta ei kuitenkaan ollut

hänelle merkittävää apua. Sen sijaan hän kuvaa Loppupeli-ohjelman olleen ensimmäinen asia, joka häntä oli todella auttanut. Haastateltava oli onnistunut lopettamaan rahapelaamisen ensimmäistä kertaa vuosiin Loppupeli-ohjelman aikana, ja haastattelua toteutettaessa noin 4 kuukautta sen jälkeen kun Loppupeli-ohjelma oli loppunut, hän oli edelleen pystynyt olemaan täysin ilman rahapelejä.

Haastateltava kuvaa, että Loppupelin positiivinen muutos johtui suurilta osin siitä, että siinä etsittiin ”syvältä” syitä sille, miksi hän pelasi, mikä suorastaan pakotti kunnolliseen omien tunteiden ja ajatusten itsetutkiskeluun. Ohjelma ei päästänyt osallistujaa helpolla, ja sen ansiosta pystyi ”*näkemään omat mokansa ja ymmärtämään, että kaikki (toiminta ja sen muuttaminen) lähtee lopulta itsestä*”. Tällaiseen ei oltu pystytty tarjoamaan tukea ja opastusta esimerkiksi päihdekllinikalla, mikä hänen mielestään selittää sen, miksi hoito siellä ei auttanut häntä.

Haastateltava kertoo, että Loppupelin ansiosta hänen vointinsa on muutenkin ollut ohjelman jälkeen paljon parempi kuin ennen, ja hänellä vuosia sairautena ollut masennuskin on helpottunut. Hän kuvaa, että vaikka ohjelman positiivinen muutos on hänellä pysynyt, vaatii tilanteen hyvänä pitäminen itseltä ylläpitäviä toimia. Esimerkiksi tilipäivänä hänellä on aina edelleen levoton olo, sillä olisi taas hyvin rahaa millä pelata. Esimerkiksi juuri silloin hän kertoo käyvänsä läpi Loppupelin aikana tekemiään muistiinpanoja, joista hän kokee edelleen saavansa apua. Tämä lähestymistapa onkin hänellä toiminut loistavasti.

Loppupeli-ohjelmassa oli tarkoituksena huomioida myös asiakkaiden perhe ja läheiset. Asiakkaiden ja heidän läheistensä niin halutessa, oli läheisille mahdollista järjestää tapaaminen ohjelman työntekijän kanssa, jossa tarkoituksena oli keskustella asiakkaan luvalla asiaan liittyvistä kysymyksistä. Näitä läheistapaamisia ei kuitenkaan toteutunut yhtään. Loppupelin työntekijät mainitsivat tälle syyksi sen, että asiakkaat ja heidän läheistensä eivät nähneet niitä tarpeellisiksi, vaikka niitä heille tarjottiin. Ensimmäinen haastateltava kuitenkin kertoo, että hänen muistinsa mukaan tästä läheistapaamisten mahdollisuudesta ei kuitenkaan ollut puhetta. Hänen mukaansa tällainen läheistapaaminen olisi ollut mahdollisesti hyvä lisä ohjelmaan, ja hän olisi ollut siitä kiinnostunut jos olisi tiennyt sen mahdollisuudesta. Myös toinen haastateltava ei muista, että näiden läheistapaamisten mahdollisuudesta olisi keskusteltu, mutta hänellä ei sellaisiin olisi ollutkaan kiinnostusta. Näin ollen on mahdollista, että syy miksi näitä tapaamisia ei toteutunut yhtään oli, että niiden mahdollisuudesta ei tarpeeksi selkeästi viestitty asiakkaille.

Lisäksi ohjelmassa oli tarkoitus olla mahdollisuus seurantatapaamiseen noin kuukauden päähän ohjelman päättymisen jälkeen, sekä vielä myöhempään seurantasoittoon. Näitäkään ei työntekijöiden mukaan toteutunut, koska asiakkaat eivät olleet niistä kiinnostuneita. Ensimmäinen haastateltava kuitenkin kertoo, että hänen muistinsa mukaan mahdollisuudesta näihinkään ei asiakkaille viestitty. Toinen haastateltava sen sijaan kertoo, että seurantatapaamisen mahdollisuudesta kyllä viestittiin. Näin ollen on mahdollista, että myös näiden seurantatapaamisten viestimisessä oli ajoittain joitain puutteita.

Ensimmäinen haastateltava antaa ohjelmalle kokonaisuudessaan todella positiivista palautetta. Hänen mukaansa ohjelma oli ”*äärimmäisen hyvä ja laadukas*”. Hän korostaa vielä, että hänelle todella tärkeää oli ohjelman hyvin toteutunut joustavuus. Joskus tapaamiset Loppupelin työntekijän kanssa pidettiin jopa puhelimitse, samalla kun haastateltava ajoi autolla pitkään kestävästä työmatkaansa, kun muuten sopivaa aikaa ei löytynyt. Myös kaikki ohjelman työntekijät saavat haastatellulta positiivista palautetta. Ohjelman tapaamiskertojen (12) määrää hän piti myös sopivana, mutta vertaisryhmätapaamisia olisi voinut kuulemma olla useampiakin. Vertaisryhmätapaamisia järjestettiin kolme kappaletta sinä aikana kun haastateltava osallistui Loppupeli-ohjelmaan. Palautteeksi kyselyistä haastateltava kertoo, että niissä olisi voinut olla enemmän avoimia kysymyksiä, joihin olisi voinut vastata vapaasti omin sanoin.

Myös toinen haastateltava antaa ohjelmalle erittäin positiivista palautetta ja hän suosittelisi sitä kaikille rahapeliongelmista kärsiville. Ohjelman rakennetta hän piti hyvänä, mutta kenties tapaamisia

psykoterapeutin kanssa olisi voinut olla enemmänkin (silloin kun hän suoritti ohjelman, niitä oli kolme kappaletta). Myös vertaisryhmätapaamisia olisi voinut olla enemmän, sillä niitä oli vain kaksi kappaletta ohjelman aikana siinä vaiheessa kun hän osallistui ohjelmaan. Molemmat haastateltavista ymmärsivät kuitenkin, että ohjelman osallistujajoukon ollessa pieni ja aikataulun joustava, oli tässä pilottivaiheessa haastavaa saada sovittua aikoja vertaisryhmätapaamisille, jolloin useampi osallistuja olisi päässyt paikalle, etenkin kun monet osallistujista tekivät vuorotyötä.

4. Loppupeli-ohjelman vaikutukset suhteessa muihin ohjelmiin

Tässä luvussa vertaillaan Loppupeli-ohjelman tuloksia suhteessa kahteen muuhun rahapeli-ongelmaa hoitavaan ohjelmaan, joita voidaan pitää Loppupelin selkeimpinä verrokkeina. Nämä ohjelmat ovat Peli poikki -ohjelma ja Minnesota-malli. Seuraavaksi näitä kahta ohjelmaa tarkastellaan yksi kerrallaan, ensin avaten niiden teoriatausta, jonka jälkeen niiden tutkitut vaikutukset käydään läpi. Tämän jälkeen näiden kahden ohjelman vaikutuksia verrataan ensin keskenään ja lopulta suhteessa Loppupeli-ohjelman pilotoinnissa saavutettuihin tuloksiin.

4.1. Peli poikki -ohjelma

Peli poikki -ohjelma on Peluurin valtakunnallinen ohjelma rahapelaamisen hallintaan. Ohjelma on asiakkaalle ilmainen, mutta siihen saattaa joutua jonottamaan useita kuukausia. Ohjelma kestää kahdeksan viikkoa, jonka aikana luetaan itsenäisesti tekstejä, tehdään itsenäisiä tehtäviä verkossa sekä keskustellaan puhelimitse terapeutin kanssa kerran viikossa noin 30–45 minuuttia kerrallaan. Ohjelman aikana on myös mahdollisuus vertaistukeen keskustelufoorumien välityksellä. Ohjelmaan kuuluu myös jälkiarvointi kuuden ja 12 kuukauden kuluttua ohjelman suorittamisesta sekä 1–3 seurantapuhelua. (Peluuuri.fi.) Peli poikki -ohjelman kustannuksia ei saatu selvitettyä tähän arviointiraporttiin.

4.1.1. Teoriatausta

Peli poikki -ohjelma perustuu kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja motivoivaan haastatteluun. Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa keskeistä on tutkia yhdessä asiakkaan kanssa, miten hän toimii erilaisissa tilanteissa ratkaistessaan ongelmiaan. Asiakasta autetaan käsittelemään tilannettaan ja etsitään vaihtoehtoisia toimintatapoja ja asiakkaan omia valmiuksia ongelmatilanteissa toimimiseen siten, että hänen asettamiensa tavoitteiden toteutumista tuetaan. Motivoiva haastattelu on alun perin päihdetyöhön kehitetty käytännönläheinen tuki- ja ohjausmenetelmä, jossa keskeistä on asiakkaan ja haastattelijan välinen yhteistyö. Motivoivaan haastatteluun kuuluu neljä keskeistä perusprosessia; yhteistyösuhde, fokusointi, herättely ja muutoksen suunnittelu. Avoimet kysymykset, refleктоiva kuuntelu ja asiakkaan tukeminen toimintasuunnitelman tekemisessä ovat motivoivan haastattelun perusmenetelmiä, joilla pyritään herättämään ja tukemaan aikaan omaa motivaatiota muutokseen. Motivoivan haastattelun kehittäjien Decin ja Ryanin mukaan yksittäisiä tekniikoita tärkeämpää on kuitenkin ”motivoivan haastattelun henki”, eli myötätuntoisen hyväksyvä ja asiakkaan autonomiaa kunnioittava tapa tukea toista ihmistä muutoksessa. (Raivikko.)

Raylu ja Oei (2010, 1) esittelevät kirjassaan kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan (*cognitive behavioural treatment*, CBT) pohjautuvan ohjelman peliongelmiin hoitoon. Heidän mukaansa tämänhetkinen konsensus on, että käyttäytymisterapia, kognitiivinen terapia ja niiden yhdistelmä; kognitiivinen käyttäytymisterapia (tästä eteenpäin CBT) ovat tehokkaimpia psykoterapeuttisia hoitomuotoja rahapelaamisen hoitoon. Näillä lähestymistavoilla on monia etuja, kuten että ne ovat kustannustehokkaita, niiden hyödyt ovat pitkäkestoisia ja ne mahdollistavat myöhemmät lisäsessiot tarvittaessa.

Raylun ja Oein (2010, 1–2) esittelemän ohjelman keskeisenä tavoitteena on auttaa asiakasta käsittelemään tekijöitä, jotka ylläpitävät rahapeli-ongelmaa ja ovat näin syitä lipsahduksiin ja retkahduksiin. Siinä CBT:n avulla pyritään opettamaan asiakkaalle erilaisia vaihtoehtoisia kognitiivisen käyttäytymisen selviytymiskeinoja (*coping*), joiden oletetaan olevan tärkeitä auttamaan vähentämään tai lopettamaan ongelmallista käyttäytymistä ja ylläpitämään hoidosta saatuja hyötyjä myös pidemmällä aikavälillä. Näihin selviytymiskeinoihin kuuluvat muun muassa sosiaaliset taidot ja elämänhallinnan keinot. Raylun ja Oein

(2010, 2) ohjelma sisältää lisäksi kaksi CBT:n komponenttia, jotka ovat heidän tekemässään kirjallisuuskatsauksessa osoittautuneet ensiarvoisen tärkeiksi tekniikoiksi hoitamaan rahapeliongelmaa. Näistä ensimmäinen on strategioiden löytäminen retkahduksien estämiseksi, jotka ovat osoittautuneet tärkeiksi paitsi päihderiippuvuuksien hoidossa, mutta myös rahapeliongelmiensa hoidossa. Heidän mukaansa pitkän aikavälin onnistumisen (tai toipumisen) kannalta on tärkeää opettaa asiakkaalle tekniikoita, joiden avulla voi hän ylläpitää hoidon saavutuksia ja minimoida retkahduksien määrää tulevaisuudessa. Jos asiakas on oppinut hoidon aikana tällaisia tekniikoita, jotka auttavat häntä tunnistamaan ja selviytymään vaikeissa tilanteissa, joissa on korkea riski retkahdukseen, asiakas kykenee suuremmalla todennäköisyydellä välttämään rahapelaamiseen johtavaa käyttäytymistä. Toinen näistä tärkeistä tekniikoista on Raylun ja Oein (2010, 2) mukaan motivoiva haastattelu, joka monen CBT:tä koskevan tutkimuksen mukaan lisää asiakkaiden halua noudattaa hoito-ohjeita, mikä parantaa hoito-ohjelmien tehokkuutta. Raylun ja Oein (2010, 5) ohjelma koostuu kymmenestä sessiosta ja sen lisäksi kolmesta valinnaisesta sessiosta. Ohjelmassa eteneminen voidaan tiivistää **kuviioon 7**.

Arviointi (sisältäen arvion motivaatiosta muutokseen
– Onko asiakas sitoutunut muutokseen?)

Kyllä

Ei

Aseta tavoitepäivämäärä, johon mennessä rahapeli käyttäytyminen on tarkoitus muuttaa

Psykoedukaatio

Itsevalvonta

Motivoiva haastattelu (keskustellaan esim. rahapelaaminen hyödyistä ja haitoista ja tuodaan esille todennäköinen ristiriita nykyisen rahapelikäyttämisen ja tulevaisuuden henkilökohtaisten tavoitteiden välillä)

Strategiat rahapelaamisen vakauttamiseksi:

- Ympäristön/ärsykkeiden hallinta
- Sisäisen palkitsemisjärjestelmän ehtojen muuttaminen sopimusperusteisen kontrollin avulla
- Strategiat halujen hillitsemiseksi
- Itseohjautuva oppiminen

Strategiat pidättäytymiseen ja kontrollin ylläpitoon:

- Negatiivisten/haitallisten ajatusmallien tunnistaminen ja haastaminen
- Rentoutumistekniikat
- Mielikuvaharjoitteet
- Selviytymiskeinojen löytäminen kielteisten tunteiden hallintaan
- Ongelmanratkaisutaitojen parantaminen
- Tavoitteenasettamistaitojen parantaminen
- Ihmissuhdetaitojen koulutus (sisältäen itseilmaisu-, sosiaaliset ja kommunikaatiotaidot)
- Budjetointi ja velkamäärän vähentämisen strategiat

Strategiat retkahduksien estämiseksi:

- Tasapainoinen elämäntapa (sisältäen tukiverkoston luomisen ja ylläpidon)
- Retkahtamisriskitilanteiden tunnistaminen ja selviytymiskeinot niihin

Kuvio 7: Raylun ja Oein (2010, 5) ohjelman eteneminen.

4.1.2. Ohjelman tulokset

Perehdytään seuraavaksi Peli poikki -ohjelman vaikutuksiin. Palomäki, Heiskanen ja Castrén (2022, 76) ovat tutkineet Peli poikki -ohjelman vaikutuksia. Heidän mukaansa sen kaltaiset etänä tehtävät interventiot ovat osoittautuneet varsin tehokkaiksi ja taloudellisiksi tavoiksi hoitaa paitsi rahapeliongelmiä, myös niihin usein liittyviä seurauksia yksilön terveyteen. Ne ovat olleet tehokkaita jopa perinteisiin, fyysisesti läsnä suoritettaviin ohjelmiin (kuten seuraavassa osiossa käsiteltävään Minnesota-hoitoon) verrattuna. Rahapeliongelmiin liittyy usein psyykkisiä haittoja ja tunnepuolen ongelmia (esim. masennusta) sekä suuria taloudellisia tappioita, jotka saattavat merkittävästi vaikuttaa hoidon tehokkuuteen. Lisäksi rahapelaamisesta johtuva velkaantuminen kasvattaa todennäköisyyttä psyykkisen terveyden ja toiminnan häiriintymiseen, päihteiden väärinkäyttöön, perhe-elämän vastoinkäymisiin ja itsetuhoisuuteen.

Palomäki, Heiskanen ja Castrén (2022, 76–77) käyttävät tutkimuksessaan pitkittäisaineistoa, jolla he seuraavat 2011 osallistujaa, jotka ovat osallistuneet ohjelmaan vuosina 2017–2018. 67 % osallistujista oli miehiä. Osallistujilta kerättiin kyselyillä tietoja heidän tilanteestaan neljässä vaiheessa: hoitoa aloittaessa, hoitoa lopettaessa, 6 kuukautta hoidon päättymisen jälkeen ja 12 kuukautta hoidon päättymisen jälkeen. Selitettävänä muuttujana, eli mittarina kuvaamaan rahapeliongelman laajuutta, tutkimuksessa käytettiin NODS-kyselyn vastauksia. NODS-kyselyä käytetään myös Loppupeli-ohjelman arvioinnissa ja sitä käsiteltiin luvussa 2.2.4. NODS-kyselyn kysymykset ja pisteiden laskutapa ovat nähtävissä **liitteessä 5**.

Palomäen, Heiskanen ja Castrénin (2022, 79) saamien tulosten mukaan Peli poikki -ohjelma toimi; peliongelman laajuutta kuvaavien NODS-summien keskiarvo laski [95 %:n luottamusvälillä] ohjelman alussa mitatusta arvosta 5,85 [5,38–5,87] arvoon 1,73 [1,61–1,85], joka mitattiin ohjelman päättyessä. 6 kuukautta ohjelman päättymisen jälkeen arvo oli 1.92 [1.72–2.12] ja 12 kuukauden kuluttua 2.09 [1.8–2.38]. Voidaan siis havaita, että ohjelmalla saavutetut hyödyt heikkenivät jonkin verran 12 kuukauden seurantajakson aikana. Nämä tulokset ovat nähtävissä (englanninkielisessä) **taulukossa 1**. Tuloksia tulkittaessa on kuitenkin hyvä huomioida se, että tutkimuksessa mukana olevien asiakkaiden määrä laskee merkittävästi ajan kuluessa ja tutkimuksen edetessä. Alussa mukana olleista 2011 asiakkaasta vain 55 % vastasi hoidon jälkeen tehtävään kyselyyn. Kuusi kuukautta hoidon päättymisen jälkeen kyselyyn vastasi 30 % alun osallistuneista ja 12 kuukauden päästä vain 19 %. (Palomäki, Heiskanen & Castrén 2022, 77.) Kuitenkin vastausprosentin lasku on varsin tavallista kaikissa kyselytutkimuksissa ja näin ollen sen ei voida katsoa vääristävän vertailua eri ohjelmien vaikutusten välillä.

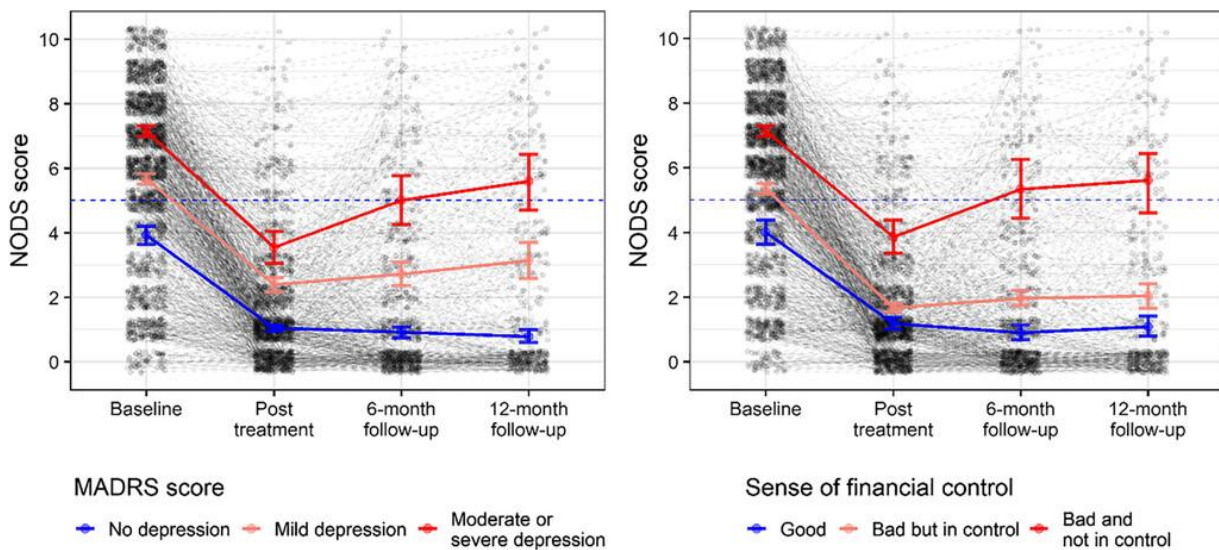
lällä, koulutustasolla, tulotasolla, sillä oliko rahapelaamisesta syntynyttä velkaa, riskialttiilla alkoholin kulutuksella ja fyysisellä terveydellä ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta NODS-summiin. Sen sijaan MADRS-kyselyn tuloksilla (eli masentuneisuuden tasolla) ja taloudellisen kontrollin tunteella oli vaikutusta etenkin siihen, kuinka hyvin ohjelman positiiviset vaikutukset säilyivät ohjelman päättymisen jälkeen. (Palomäki, Heiskanen & Castrén 2022, 79.) Mitä masentuneempi asiakas oli ja mitä huonompi oli hänen taloudellinen kontrollin tunteensa, sitä voimakkaammin ohjelmalla saavutetut hoitovaikutukset menetettiin 12 kuukauden seurantajakson aikana. Tämä on nähtävissä **kuviosta 8**.

Table 2. Mean NODS scores and standard errors across years and treatment phases, and treatment effectiveness. Summary statistics for age, gender, education, income, and self-reported years with gambling problems (measured at baseline).

Year	Mean NODS scores (SE)				TE (%)	Mean age (SD)	Males (%)	Median education	Median income (k€/year)	Mean years with gambling problems (SD)
	Baseline	Post-treatment	6-month follow-up	12-month follow-up						
2007	6.17 (0.30)	2.04 (0.34)	1.23 (0.39)	1.00 (0.63)	95.1	33.6 (10.4)	73.9	Upp. sec.	16.5–24.9	9.15 (6.3)
2008	4.75 (0.39)	1.51 (0.32)	1.00 (0.68)	1.75 (1.43)	92.3	34.3 (11.1)	66.3	Upp. sec.	25.0–34.9	9.09 (7.18)
2009	6.57 (0.33)	1.67 (0.39)	1.87 (0.66)	2.53 (0.89)	87.5	35.6 (12.5)	61.7	Upp. sec.	16.5–24.9	9.03 (7.88)
2010	6.55 (0.21)	1.54 (0.22)	2.08 (0.37)	1.72 (0.38)	92.4	35.0 (12.3)	76.5	Upp. sec.	16.5–24.9	8.50 (7.04)
2011	6.16 (0.19)	1.75 (0.18)	2.02 (0.29)	2.50 (0.38)	91.0	35.7 (12.5)	65.7	Upp. sec.	25.0–34.9	8.82 (7.46)
2012	6.36 (0.16)	1.61 (0.15)	1.77 (0.26)	2.25 (0.42)	93.9	34.2 (11.3)	64.1	Upp. sec.	25.0–34.9	7.59 (6.23)
2013	5.98 (0.18)	1.79 (0.18)	2.14 (0.34)	2.34 (0.44)	89.6	35.4 (11.9)	62.3	Upp. sec.	16.5–24.9	8.36 (7.30)
2014	5.38 (0.18)	1.40 (0.15)	1.84 (0.30)	1.78 (0.39)	88.9	35.5 (11.1)	71.1	Upp. sec.	25.0–34.9	8.23 (6.97)
2015	5.39 (0.19)	1.60 (0.17)	2.30 (0.32)	1.91 (0.42)	84.7	35.3 (11.0)	70.1	Upp. sec.	25.0–34.9	7.53 (6.86)
2016	5.65 (0.19)	1.98 (0.20)	1.73 (0.31)	2.23 (0.48)	92.0	34.0 (9.69)	69.4	Upp. sec.	16.5–24.9	7.46 (6.42)
2017	5.67 (0.16)	1.78 (0.17)	1.80 (0.31)	1.76 (0.58)	94.8	33.6 (10.5)	61.8	Upp. sec.	25.0–34.9	7.50 (6.97)
2018	5.68 (0.25)	2.22 (0.32)	1.45 (0.51)	5.00 [†] (1.0)	95.3	33.2 (8.53)	57.4	Upp. sec.	25.0–34.9	7.92 (6.86)
Total	5.85 (0.01)	1.73 (0.06)	1.92 (0.10)	2.09 (0.15)	91.3	34.6 (11.1)	66.9	Upp. sec.	16.5–24.9	8.07 (6.93)

Note. TE = Treatment effectiveness is calculated as the percentage of individuals whose NODS scores were higher at baseline than at any other treatment phase. The 8-week treatment program occurred between baseline and post-treatment. [†]There were only two observations in the year 2018 at the 12-month follow-up. Upp. sec. = Upper secondary education.

Taulukko 1: Palomäen, Heiskasen ja Castrénin (2022, 78) tutkimuksen tulokset Peli poikki -ohjelman vaikutuksista NODS-summiin.



Kuvio 8: Masentuneisuuden ja taloudellisen kontrollin tunteen vaikutukset Peli poikki -hoidon vaikutusten pysyvyyteen (lähde: Palomäki, Heiskanen & Castrén 2022, 78).

Näin ollen Palomäen, Heiskasen ja Castrénin (2022, 80) tutkimuksen mukaan Peli poikki -ohjelma toimi, eli se vähensi asiakkaiden rahapeliongelmia. Vaikutus oli myös pysyvä (ainakin 12 kuukauden seurantajakson aikana) niillä asiakkailla, jotka eivät olleet masentuneita ja joilla oli kontrollin tunne omasta taloudestaan. Sen sijaan niillä asiakkailla, jotka kärsivät masennuksesta ja joilla ei ollut kontrollin tunnetta omasta taloudesta, ohjelmalla saavutetut hyödyt heikkenivät selvästi 12 kuukauden seurantajakson aikana. Näin ollen ohjelman voidaan nähdä onnistuvan tehtävässään muuttaa haitallista rahapelikäyttäytymistä, mutta se jäävätkö nämä vaikutukset pysyviksi, riippuvat yllä kerrotuista seikoista

4.2. Minnesota-malli

4.2.1. Minnesota-mallin taustaa

Minnesota-malliksi kutsutaan Suomessa yleisesti 12 askeleen ammatillista hoito-ohjelmaa, joka on maailmalla kenties käytetyin hoitomuoto erilaisten riippuvuuksien hoitoon. Minnesota-malli sai alkunsa nimensä mukaisesti Minnesotan osavaltiosta Yhdysvalloista toisen maailman sodan jälkeen. Tällöin yleistyneet päihdeongelmat käynnistivät Minnesotassa kolmessa eri hoitolaitoksessa (muiden muassa Willmarin valtiosairaalassa) vuosina 1948–1950 toisista riippumattomat päihdepotilaiden hoitokokeilut. (Anderson 1981, 6, Oinas-Kukkosen 2013, 63 mukaan.) Näille hoitopaikoille oli yhteistä se, että niissä uudenlaista toimintaa käynnistämässä olivat itse raitistuneet alkoholistit, jotka olivat aktiivisia Nimettömien Alkoholistien (*Alcoholics Anonymous*, AA) jäseniä. He tulivat muiden muassa Willmarin valtiosairaalaan vapaaehtoisiksi hoitamaan suljetulla osastolla hoidossa olevia päihdepotilaita. Alussa nämä vapaaehtoiset AA-jäsenet toimivat apputyöntekijöinä varsinaisen henkilökunnan ohella, mutta muutaman vuoden kuluttua heidät palkattiin kuitenkin julkisin varoin alkoholineuvojiksi (*alcoholic counselor*) ja osaksi varsinaista henkilökuntaa. (Anderson 1981, 16–18, Oinas-Kukkosen 2013, 63 mukaan.) Näin ollen Minnesota-hoitomallille ei ole siis mitään erityistä teoreettista pohjaa, vaan se on kehitetty spontaanisti AA-liikkeen ajatusten pohjalta (Oinas-Kukkonen 2013, 63).

Koska Minnesota-mallin pohjautuu niin selkeästi AA-liikkeen ajatuksille, luodaan seuraavaksi katsaus AA-liikkeen toimintaan. AA on todennäköisesti tunnetuin maailmanlaajuinen vertaistuen ryhmä. AA-vertaisryhmien keskeinen ajatus on yhdessä toipuminen muiden toipuvien alkoholistien kanssa. Tässä keskeisen perustan muodostavat 12 askelta, jotka ovat kuitenkin ehdotuksia, eivät vaatimuksia. (Oinas-Kukkonen 2013, 61.) Nämä askeleet ovat:

1. Myönsimme voimattomuutemme alkoholiin nähden ja että elämämme oli muodostunut sellaiseksi, ettemme omin voimin kyenneet selviytymään.
2. Opimme uskomaan, että joku itseämme suurempi voima voisi palauttaa terveytemme.
3. Päätimme luovuttaa tahtomme ja elämämme Jumalan huomaan – sellaisena kuin Hänet käsitimme
4. Suoritimme perusteellisen ja rehellisen moraalisen itsetutkistelun.
5. Myönsimme värienteijojemme todellisen luonteen Jumalalle, itsellemme ja jollekin toiselle ihmiselle.
6. Olimme täysin valmiit antamaan Jumalan poistaa kaikki nämä luonteemme heikkoudet.
7. Nöyrästi pyysimme Häntä poistamaan vajavuutemme.
8. Teimme luettelon kaikista vahingoittamistamme henkilöistä ja halusimme hyvittää heitä kaikkia.
9. Hyvitimme henkilökohtaisesti näitä ihmisiä milloin vain mahdollista, ellemme näin tehdessämme vahingoittaneet heitä tai muita.
10. Jatkoimme itsetutkistelua ja kun olimme väärässä, myönsimme sen heti.
11. Pyrimme rukouksen ja mietiskelyn avulla kehittämään tietoista yhteyttämme Jumalaan sellaisena kuin Hänet käsitimme rukoillen ainoastaan tietoa Hänen tahdostaan meidän suhteemme ja voimaa sen toteuttamiseen.
12. Koettuamme hengellisen heräämisen näiden askelten tuloksena yritimme saattaa tämän sanoman alkoholisteille sekä toteuttaa näitä periaatteita kaikissa toimissamme. (Oinas-Kukkonen 2013, 61–62.)

AA-liikkeen ajatuksia voidaan käytännössä suoraan soveltaa peliriippuvuuden hoitoon, ja vastaava liike rahapeliriippuvuutta vastaan taisteleville on Nimettömät Pelurit (*Gamblers Anonymous*, GA). GA:lla on siis myös vastaavat 12 askelta, jotka muistuttavat läheisesti AA:n tunnetuksi tekemiä askeleita. GA:n askeleet ovat:

1. Myönsimme, että emme hallinneet pelaamistamme - ja että elämä oli käynyt kestäättömäksi.
2. Tulimme vakuuttuneiksi siitä, että vain itseämme suurempi voima voisi palauttaa meille normaalin ajattelu- ja elämäntavan.
3. Päätimme luovuttaa tahtomme ja elämämme tämän oman ymmärryksemme mukaisen voiman haltuun.
4. Suoritimme moraalisen ja taloudellisen itsetutkistelun syvällisesti ja pelottomasti.

5. Myönsimme itsellemme ja jollekulle toiselle ihmiselle väärin tekojemme todellisen luonteen.
6. Olimme täysin valmiit pääsemään irti näistä luonteemme heikkouksista.
7. Nöyrästi pyysimme Jumalaa (sellaisena kuin hänet käsitämme) auttamaan vajavaisuutemme poistamisessa.
8. Teimme luettelon kaikista vahingoittamistamme ihmisistä ja meissä heräsi halu hyvittää heitä kaikkia.
9. Hyvitimme henkilökohtaisesti ihmisille tekomme, jos se oli mahdollista ja jos se ei vahingoittanut heitä tai muita.
10. Jatkoimme itsetutkiskelua ja kun olimme väärässä, myönsimme sen heti.
11. Pyrimme rukouksen ja mietiskelyn avulla parantamaan tietoista yhteyttämme ymmärryksemme mukaiseen Jumalaan rukoillen ainoastaan tietoa siitä, mitä hän tahtoo meidän tekevän ja voimaa sen toteuttamiseen.
12. Pyrityämme itse harjoittamaan näitä periaatteita kaikissa toimissamme koetimme jakaa tätä sanomaa muille pakonomaisesti pelaaville. (nimettomatpelurit.fi.)

1970-luvulla Minnesota-malli oli jo laajassa käytössä Yhdysvalloissa. Hoitomallin tavoitteena oli korottaa potilaan henkiset voimavarat hänen alkoholisminsa yläpuolelle. Tavoitteena ei ollut ainoastaan raittius vaan myös sen mukanaan tuoma parempi elämä. Hoidon tuloksellisuudesta ja vaikuttavuudesta tehtiin silloin jo useita tutkimuksia. (Oinas-Kukkonen 2013, 68.) Hoidon aloittaneista potilaista 15 % keskeytti hoidon jossain vaiheessa, mutta loput 85 % menestyivät niin, että 1–2 vuoden päästä erinomainen tai hyvä hoitotulos oli 60–70 %:lla potilaista. Kokonaisuudessaan arvoitiin varovasti, että hoidon aloittaneista potilaista 55 % saavutti hyvän tai erinomaisen tuloksen eli toipui riippuvuudestaan. (Anderson 1981, 28, Oinas-Kukkonen 2013, 68 mukaan.)

Minnesota-mallia voidaan pitää enemmän ihmisen voimavaroihin luottavana koulutusohjelmana kuin terapiamuotona. Mallin kantavia ajatuksia ovat: (1) Päihderiippuvuus on sairaus ja siihen sairastuneita ihmisiä tulee hoitaa kaikin käytettävissä olevin voimavaroin, (2) päihderiippuvaisia tulee kohdella tasavertaisina ihmisinä, (3) hoidon tulee olla kokonaisvaltaista eli sen tulee tukea toipumista fyysisesti, psyykkisesti, sosiaalisesti ja hengellisesti, ja (4) tavoitteena on päihteettömyys ja luova elämäntapa. (Oinas-Kukkonen 2013, 68–69.)

4.2.2. Minnesota-malli Suomessa

Minnesota-malliin pohjautuvaa hoitoa tarjoavat Suomessa lukuiset yritykset ja hoitoyksiköt, mutta vain osa niistä hoitaa rahapeli riippuvuuksia. Yksi näistä yrityksistä on Kantamo Oy. Kantamon verkkosivuilla kerrotaan, että heillä on käytössään oma peliriippuvuuteen räätälöity hoito-ohjelma. Siihen sisältyy 28–35 vuorokauden mittainen perusjakso hoitokeskuksessa sekä sen jälkeen 11 kuukautta kestävä jatkohoito. Perushoito on laitoshoidoa, eli se suoritetaan jossakin Kantamon hoitolaitoksista ja sen aikana käydään esimerkiksi läpi ohjattua terapiaa yli 200 tuntia. Siihen kuuluu myös läheisviikonloppu, eli yksi viikonloppu, jonne kutsutaan kaikki riippuvaisen läheiset. Tämän jälkeen 11 kuukauden mittainen jatkohoito on avohoitojakso, johon kuuluu tapaaminen kerran viikossa. Näitä voi suorittaa jatkohoitopaikoissa ympäri Suomea sekä etäryhmissä. Tässä keskeistä on raittiin elämäntavan opettelu riippuvaiselle. Myös läheiset ovat oikeutettuja jatkohoitotapaamisiin. Näitä hoito-ohjelmia voi suorittaa jatkohoitopaikoissa ympäri Suomea sekä etäryhmissä. Tässä keskeistä on raittiin elämäntavan opettelu riippuvaiselle. Myös läheiset ovat oikeutettuja jatkohoitotapaamisiin. (Kantamo.fi.)

Minnesota-hoito Kantamossa maksaa 6900 euroa, mikä kattaa sekä perushoidon, että jatkohoidon. (Kantamo.fi.) Näin ollen Minnesota-hoito on suhteellisen kallis vaihtoehto rahapeli riippuvuudesta kärsivälle. Tämä on toki ymmärrettävää kun otetaan huomioon Minnesota-hoitoon kuuluva intensiivinen laitoshoidonjakso. Perushoitojakson aikana asiakas on kuitenkin oikeutettu Kelan sairauspäivärajaan ja lisäksi Minnesota-hoitoa varten on mahdollista hakea kunnan tai kaupungin maksusitoumus, jonka avulla asiakkaan omavastuu on kunnasta tai kaupungista riippuen 10–15 % kokonaishinnasta (eli 690–1035 €). (Kantamo.fi.)

4.2.3. Minnesota-mallin mukaisen hoidon vaikutukset

Perehdytään seuraavaksi Minnesota-mallin mukaisen hoidon tehokkuuteen rahapeliriippuvuuden hoidossa. Koska tutkimustuloksia Suomessa tapahtuneista Minnesota-hoitoista rahapeliriippuvuuden hoitoon ei näytä olevan saatavilla, tarkastellaan kansainvälistä tutkimuskirjallisuutta. Stinchfield ja Winters (2001) ovat tutkineet Minnesotan osavaltiossa tehtyjä rahapeliriippuvuutta hoitavia ohjelmia ja niiden tehokkuutta. Heidän tutkimuksessaan otoskokona oli 592 asiakasta, jotka osallistuivat neljään eri rahapeliongelmien hoitoon tähtäävään ohjelmaan vuosina 1992–1995. Kaikki näistä neljästä hoito-ohjelmasta olivat avohoito-ohjelmia, paitsi yksi niistä salli asiakkaiden majoittumisen myös ohjelman suorituspaikassa. (Stinchfield & Winters 2001, 222.) Jo tämä seikka erottaa tämän tutkimuksen ohjelmat suomalaisista Minnesota-hoidoista, joissa kaikissa asiakkaat ovat alussa aina laitoshoidossa.

Kaikki tutkimuksessa tarkastellusta neljästä eri hoito-ohjelmasta perustuivat myös keskenään samantyyliisiin hoitokeinoihin. Ohjelmat olivat monenkirjavia, mutta ne painottivat vahvasti GA:n (*Gamblers Anonymous*, Nimettömät Pelurit) 12 askeleen ohjelmaa ja kannustivat osallistumaan GA:n toimintaan. On kuitenkin huomattava, että kaikissa ohjelmissa käytettiin myös kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvia hoitomuotoja. Suurin osa hoidosta näissä ohjelmissa oli ryhmäterapiaa, jossa keskityttiin GA:n mukaisen hoitofilosofian lähestymistapaan, mutta myös yksilöterapiaa oli mukana. Myös perheitä kannustettiin osallistumaan. Ohjelmien kestoissa ja hoitointensiteetissä oli eroja, mutta tyypillisesti hoitokertoja oli perusvaiheessa vähintään 2–3 kertaa viikossa kahden kuukauden ajan, ja jatkohoito jakso kesti tyypillisesti noin vuoden. (Stinchfield & Winters 2001, 225–227.) Myös nämä seikat ohjelmien kestosta ja intensiteetistä erottavat nämä ohjelmat jonkin verran Suomessa käytettävistä Minnesota-hoidoista, joissa tyypillisesti terapiaa on laitoshoidossa noin kuukauden ajan päivittäin. Kuitenkin myös Stinchfieldin ja Wintersin (2001, 226–227) tutkimuksessa käsiteltävistä ohjelmista kahdessa terapiaa oli päivittäin neljän viikon ajan, eli nämä kaksi vastaavat hyvin läheisesti Suomessa käytettyjen Minnesota-hoitojen intensiteettiä.

Stinchfield ja Winters (2001, 225) käyttivät rahapelaamisen hoidon onnistumisen mittaamiseen kyselyä, johon asiakkailta kerättiin vastaukset ohjelman alussa, ohjelman perusjakson lopussa, 6 kuukautta perusjakson päättymisen jälkeen ja 12 kuukautta perusjakson päättymisen jälkeen. Hoidon onnistumista mittaavassa kyselyssä selvitettiin muun muassa kuinka usein asiakkaat pelaavat rahapelejä, asiakkaiden rahapeliongelman laajuutta, rahapeleistä johtuvaa velkaantumista ja taloudellisia ongelmia, mahdollista rikoshistoriaa, rahapeliongelman tunnistamista, päihteiden käyttöä, asiakkaan psykososiaalista tilaa, poissaoloa töistä ja asiakkaiden tyytyväisyyttä hoitoon. Kuitenkin tärkeimmät rahapeliongelmien vakavuutta (ja sitä kautta myös hoidon onnistumista) tarkastelevat mittarit olivat asiakkaiden pelaamisaktiivisuus ja SOGS-kysely (*South Oaks Gambling Screen*), joka on Lessieurin ja Blumen (1987) kehittämä 20-kohtainen mittari, joka mittaa rahapeliongelman laajuutta. Tutkimuksessa tehdyissä kyselyissä asiakkaita pyydettiin kuvaamaan suurinta pelaamisaktiivisuuttaan 6 kuukauden jaksolta ennen hoidon aloittamista. Pelaamisaktiivisuus eriteltiin erilaisten pelimuotojen välillä. Nämä asiakkaiden ilmoittamat pelaamisaktiivisuudet ovat nähtävissä englanninkielisestä **taulukossa 2**, jossa kunkin vaihtoehdon kohdalla ilmoitetaan prosenttiosuus kaikista vastaajista. (Stinchfield & Winters 2001, 228–233.) Vuonna 1980 Yhdysvaltain psykiatrinen yhdistys (American Psychiatric Association) lisäsi rahapeliriippuvuuden virallisten lääketieteellisten diagnoosien listalle (DSM-III -järjestelmään) ja SOGS-kysely perustuu tähän kriteeristöön. Englanninkielinen SOGS-kysely on nähtävissä **liitteessä 5**. Siellä on nähtävissä myös ohjeet SOGS-kyselyn tuloksen laskemiseksi. SOGS-kyselyssä voi saada tuloksen nolasta ylöspäin, niin että suurempi tulos kuvaa vakavampaa rahapeliongelmaa. Viiden tai yli viiden pisteen tulos kuvaa todennäköistä rahapeliongelmaa. (Lessieur & Blume 1987.)

**Gambling Frequency During the Six Months
Prior to Admission (Percent)**

<i>Game</i>	<i>Never</i>	<i>< Monthly</i>	<i>Monthly</i>	<i>Weekly</i>	<i>Daily</i>
Slot machines	10	19	12	40	13
Lottery	14	22	16	31	12
Pull tabs	25	28	12	18	10
Cards	30	21	10	26	9
Bingo	52	26	4	7	3
Sporting event	63	20	4	6	2
Horse or dog race	76	13	1	2	1
Dice game	71	17	4	2	0
Game of skill (e.g., bowling)	62	16	7	7	0
High risk stock	96	3	1	0	0
Highest level of gambling ¹	1	3	4	50	36

¹Highest level of gambling was computed by selecting the game for each client with the highest level of gambling and using that frequency, e.g., "daily," as the "highest level of gambling" for that client.

Taulukko 2: Asiakkaiden ilmoittama korkein pelaamisaktiivisuus pelimuodoittain 6 kuukauden jaksolta ennen hoidon aloittamista (prosenttiosuuksina kaikista asiakkaista) (lähde: Stinchfield & Winters 2001, 233.)

Stinchfieldin ja Wintersin (2001, 225) tutkimuksen tulokset ovat nähtävissä englanninkielisessä **taulukossa 3**. Siinä tilannetta ennen hoitoa kuvaa asiakkaiden korkein pelaamisaktiivisuus 6 kuukaudelta ennen hoidon alkua (koottu taulukon 2 viimeiseltä riviltä, eli valitsemalla se rahapeli, jota asiakas pelaa aktiivisemmin ja käyttämällä sitä korkeimpana pelaamisaktiivisuutena). Taulukosta käy ilmi kuinka hoitoon osallistuneiden pelaamisaktiivisuus tippuu merkittävästi hoidon aikana, mutta kuinka hoidon positiivinen vaikutus jonkin verran laimenee 6 ja 12 kuukauden kuluessa hoidon päättymisestä. Hoidoksi katsotaan tässä perushoito, jossa oli eroja eri hoito-ohjelmien välillä, mutta tyypillisesti se kesti 2–3 kuukautta. Koska hoito oli avohoitoa, oli asiakkaiden pelaaminen mahdollista myös hoidon aikana, mikä erottaa nämä hoito-ohjelmat suomalaisista Minnesota-hoidoista. Kuten taulukosta nähdään, 51 % asiakkaista pidättäytyi täysin pelaamisesta hoidon aikana, mikä on merkittävä parannus ennen hoitoa olevaan tilanteeseen, jolloin 1 % pidättäytyi kokonaan pelaamisesta. Mutta kuten sanottua, tämä positiivinen vaikutus vähenee ajan kuluessa ja 6 kuukauden kuluttua 28 % on täysin pelaamatta ja 12 kuukauden kuluttua vain 18 %. Tässä tulkitsemista vaikeuttaa kuitenkin se, että niiden asiakkaiden osuus, jotka eivät vastanneet kyselyyn (*could not be contacted/refused*) kasvaa ajan myötä merkittävästi. Jo hoitoa lopettaessa 33 % vastaajista ei vastannut kyselyyn ja 12 kuukauden kuluttua hoidon päättymisestä puolet hoitoon osallistuneista eli 50 % ei vastannut kyselyyn. Mutta kuten Peli Poikki -ohjelman vaikutusta selvittävän tutkimuksen tuloksia tulkittaessa todettiin, tämä on varsin yleistä kyselytutkimuksissa, ja näin ollen se ei vääristä vertailua eri ohjelmien tulosten vertailussa. Näistä kaikista seikoista huolimatta voidaan taulukosta nähdä, kuinka pelaamisaktiivisuus kokonaisuudessaan laskee niin että esimerkiksi päivittäin tai viikoittain pelaavien osuus laskee merkittävästi hoidon aikana, ja vaikka niiden osuus selvästi nousee seurantajakson aikana, jää se silti huomattavasti alemmalle tasolle kuin tilanne oli ennen hoitoa. Näin ollen voidaan Minnesota-hoitoa pitää toimivana tämän mittarin antamien tulosten perusteella.

**Highest Level of Gambling Frequency and SOGS Score at Admission,
Discharge, 6-Month Follow-up, and 12-Month Follow-up**

<i>Outcome Variable</i>	<i>Admission</i>		<i>Discharge</i>		<i>6-Month Follow-up</i>		<i>12-Month Follow-up</i>	
	<i>n</i>	<i>(%)</i>	<i>n</i>	<i>(%)</i>	<i>n</i>	<i>(%)</i>	<i>n</i>	<i>(%)</i>
Highest level of gambling frequency								
None	6	(1)	302	(51)	164	(28)	105	(18)
< Monthly	17	(3)	66	(11)	117	(20)	69	(12)
Monthly	24	(4)	14	(2)	47	(8)	29	(5)
Weekly	298	(50)	11	(2)	65	(11)	80	(14)
Daily	213	(36)	6	(1)	16	(3)	11	(2)
Could not be contacted/refused	34	(6)	193	(33)	183	(31)	298	(50)
SOGS Score								
0	1	(0)	N/A		156	(26)	96	(16)
1–2	8	(1)			39	(7)	23	(4)
3–4	8	(1)			31	(5)	19	(3)
5+	513	(87)			138	(23)	121	(21)
Could not be contacted/refused	62	(11)			228	(39)	333	(56)

Note: N/A means not available.

Taulukko 3: Hoito-ohjelman tulokset: pelaamisaktiivisuudet ja SOGS-tulokset hoitoa aloittaessa, sen päätyttyä ja 6 sekä 12 kuukautta hoidon päättymisen jälkeen (lähde: Stinchfield & Winters 2001, 234).

Taulukosta 3 käy ilmi myös rahapeliongelman laajuutta mittaavan SOGS-tuloksen muutos. Lähtötilanteessa 87 % asiakkaista sai SOGS-tulokseksi 5 tai enemmän, mikä viittaa todennäköiseen rahapeliongelmaan. Kaikissa vaiheissa SOGS-kyselyä oli muokattua alkuperäisestä Lessieurin ja Blumen (1987) kyselystä niin, että siinä tarkasteltiin viimeisen 6 kuukauden aikaista toimintaa. Tästä johtuen kyselyä ei ole toteutettu heti perushoidon päättymisen jälkeen, sillä silloin tähän 6 kuukauden aikaikkunaan olisi lukeutunut vielä aikaa ennen hoidon alkamista. (Stinchfield & Winters 2001, 234–236.) Sen sijaan 6 kuukautta hoidon päättymisen jälkeen enää 23 % asiakkaista saa SOGS-tulokseksi 5 tai yli, ja 12 kuukautta hoidon päättymien jälkeen enää 21 %. Tämän mittarin perusteella voitaisiin siis tulkita Minnesota-hoidon toimivan hyvin rahapeliongelmaa vastaan ja, että vaikutus pysyy kohtuullisen hyvin. Tähän tulokseen on kuitenkin syytä suhtautua varauksella, sillä suhteessa peliaktiivisuuden mittariin tuntuu SOGS-tuloksen tarkastelun tuottama tulkinta epäilyttävän positiiviselta, sillä kuten peliaktiivisuutta tarkastellessa huomattiin, monen asiakkaan pelaaminen lisääntyi jälleen seurantajakson aikana.

Stinchfield ja Winters (2001, 236) tekevät tämän lisäksi vielä tilastollisen analyysin keskeisten muuttujien muutoksesta hoidon ansiosta. Tämän analyysin tulokset ovat nähtävissä (englanninkielisessä) **taulukossa 4**. Siinä keskeistä on tarkastella ylimmän kahden rivin eli peliaktiivisuuden ja SOGS-tulosten muutosta. Näistä muuttujista on otettu keskiarvo vastaajien kesken (peliaktiivisuuden keskiarvon laskentatapa nähtävissä taulukon alla), mikä mahdollistaa hoidon vaikutusten selkeän tarkastelun. Tämän taulukon antamat tulokset ovat linjassa taulukosta 3 nähtävien tulosten kanssa, sillä peliaktiivisuuden keskiarvo laskee merkittävästi hoidon ansiosta, joskin nousee hieman seurantajakson aikana. Sama ilmiö nähtävissä SOGS-tulosten keskiarvossa. Kaikki taulukossa esitetyt tulokset ovat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,001$).

**Comparison of Pretreatment, 6-month Follow-up,
and 12-month Follow-up Assessment**

<i>Outcome Variable</i>	<i>Pretreatment</i>		<i>6-months Follow-up</i>		<i>12-months Follow-up</i>		<i>F</i>	<i>p</i>	<i>e.s.</i> ¹
	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>			
Highest level of gambling ²	3.3	(0.7)	1.1	(1.2)	1.4	(1.3)	307	<.001	.71
SOGS	12.8	(3.5)	3.6	(4.4)	4.7	(5.0)	344	<.001	.78
Largest amount gambled in 1 day ³	4.5	(0.6)	2.3	(1.9)	2.4	(1.9)	165	<.001	.58
Friends who gamble ⁴	2.6	(1.0)	2.0	(1.0)	2.0	(1.0)	50	<.001	.25
Psychosocial Problems	34.5	(6.9)	25.2	(6.3)	26.3	(6.7)	260	<.001	.64
Number of financial problems	7.4	(3.6)	0.9	(1.6)	1.0	(1.7)	321	<.001	.76

¹*e.s.* = effect size (partial eta).

²0 = none, 1 = < monthly, 2 = monthly, 3 = weekly, 4 = daily.

³0 = \$0; 1 = <\$1; 2 = \$1–\$9; 3 = \$10–\$99; 4 = \$100–\$999; 5 = \$1,000–\$9,999; 6 = \$10,000+.

⁴1 = none, 2 = less than half, 3 = about half, 4 = over half, 5 = all.

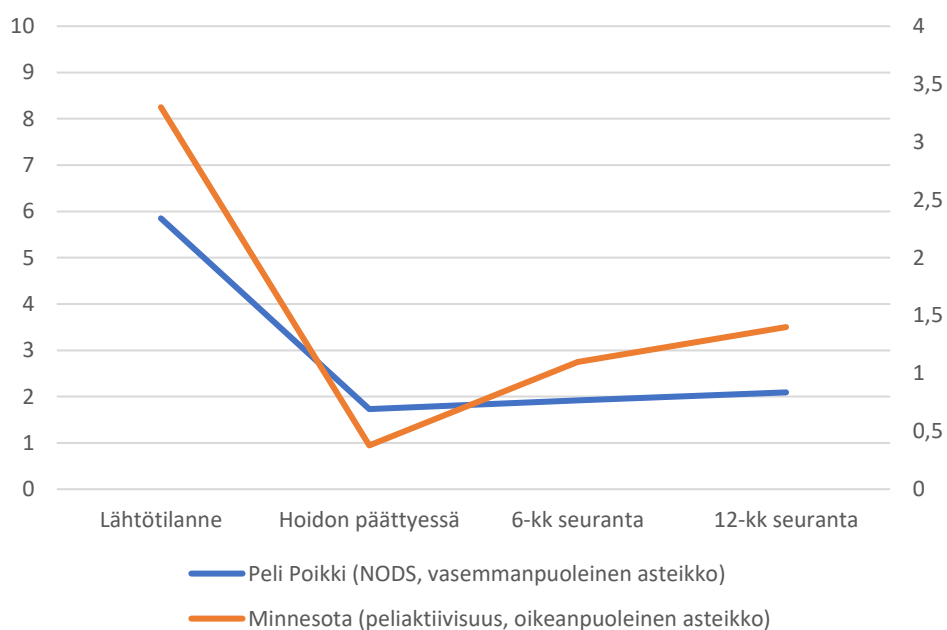
Taulukko 4: Hoito-ohjelmien tulosten esitys tilastollisen analyysin jälkeen (lähde: Stinchfield & Winters 2001, 236.)

Kuten yllä on moneen kertaan todettu, Stinchfieldin ja Wintersin (2001) tutkimuksessa käsitellyt hoito-ohjelmat erosivat monella tavalla Suomessa käytettävistä Minnesota-hoidoista. Tärkeänä erona oli, että Suomessa hoito-ohjelmien perushoitajakso toteutetaan laitoshoidona, jolloin asiakkaiden ei ole mahdollista päästä käsiksi rahapeleihin. Sen sijaan Stinchfieldin ja Wintersin (2001) tutkimuksessa käsitellyt hoito-ohjelmat olivat avohoitoa, eli asiakkaiden oli mahdollista pelata rahapelejä ohjelman aikana. Lisäksi tutkimuksessa käsitellyn neljän ohjelman perusjaksojen (ja jatkohoitajaksojen) kestot ja hoitointensiteetit poikkesivat paitsi toisistaan, ainakin osittain myös Suomessa käytettävissä Minnesota-hoitojen kestosta ja intensiteeteistä. Tosin yksi tutkimuksessa käsitellyistä hoito-ohjelmista (Vanguard, Project Turnabout) vastasi näiltä seikoilta tyypillistä Suomessa käytettävää Minnesota-ohjelmaa. Stinchfieldin ja Wintersin (2001, 226–227) tutkimuksessa käsitellyn neljän ohjelman yksityiskohdat (ja siten myös erot) ovat esillä englanninkielisenä **liitteenä 6**. Kuitenkin näistä eroista huolimatta pohjautuvat sekä tutkimuksessa käsitellyt, että suomalaiset Minnesota-hoito-ohjelmat samaan 12 askeleen lähestymistapaan ja ovat siitä johtuen monella tapaa samanlaisia. Siksi voidaan Stinchfieldin ja Wintersin (2001) tutkimuksessa saamia tuloksia varauksella soveltaa Suomessa toteutettaviin Minnesota-hoitojen tuloksiin rahapelin ongelmien hoidosta. Tätä tulkintaa puoltaa myös se, ettei vaikuta olevan saatavilla parempaa vastaavuutta saavuttavaa tutkimuskirjallisuutta.

4.3. Peli Poikki -ohjelman ja Minnesota-mallin tulosten vertailua keskenään

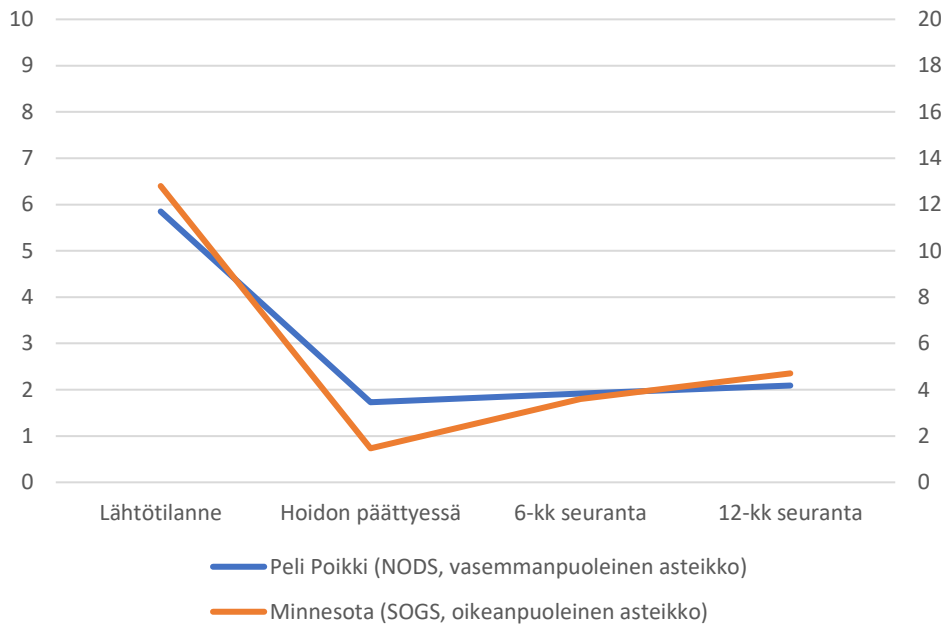
Vertaillaan seuraavaksi Peli Poikki -ohjelmalla ja Minnesota-hoidolla saatuja tuloksia keskenään, eli vertaillaan Palomäen, Heiskasen ja Castrénin (2022) ja Stinchfieldin ja Wintersin (2001) tutkimuksissa saatuja tuloksia. Palomäen, Heiskasen ja Castrénin (2022) tutkimuksen tuloksena käytetään NODS-tulosten

keskiarvon kehitystä. Nämä NODS-tulosten keskiarvot ovat nähtävissä taulukon 1 alimmalta riviltä. Tälle selkein vertailuluku Stinchfieldin ja Wintersin (2001) tutkimuksessa olisi SOGS-tulosten keskiarvo, mutta koska siinä SOGS-tuloksia ei kerätty hoidon päättyessä, käytetään vertailuun ensin peliaktiivisuuden keskiarvon kehitystä. Tämän peliaktiivisuuden keskiarvot ovat nähtävissä taulukon 4 ylimmällä rivillä, pois lukien keskiarvo hoidon päättyessä, joka on laskettu taulukosta 3. Keskiarvon laskutapa on nähtävissä taulukon 4 alalaidassa. Molempien mittareiden tulkinta on, että suurempi arvo kuvaa laajempaa rahapeliongelmaa, eli hoidon tulos näkyy mittarin pienenemisenä. Näin mitattuna hoitojen tulosten kehitykset yli ajan näkyvät **kuviossa 9**, jossa molemmat asteikot on asetettu näkymään miniarvosta maksimiarvoon, jotta eri asteikolla mitattujen tulosten kehityksiä on mahdollista vertailla keskenään. Kuviosta voidaan nähdä, kuinka Minnesota-hoidolla saavutetaan hetkellisesti parempi tulos, mutta Peli poikki -ohjelman vaikutus kestää pidempään.



Kuvio 9: Peli Poikki -ohjelman ja Minnesota-hoidon tulosten vertailua käyttämällä Minnesota-hoidon tulosten mittarina peliaktiivisuutta.

Kuten yllä todettua, parempi vastine Peli poikki -tutkimuksessa käytetylle NODS-tulokselle olisi Minnesota-tutkimuksessa käytetty SOGS-tulos, mistä kuitenkin puuttuu arvo hoidon päättyessä. Jos kuitenkin oletamme, että SOGS-tulos pienenee hoidon vaikutuksessa samassa suhteessa kuin peliaktiivisuuden keskiarvo (11,5 %:iin lähtötilanteesta), voimme arvioida puuttuvan SOGS-tuloksen olevan noin 1,47. Tätä arvioita käyttäen voidaan verrata Peli poikki -ohjelman ja Minnesota-hoidon tuloksia käyttämällä mittareina NODS:ia ja SOGS:ia. Tämä vertailu on nähtävissä **kuviosta 10**, jossa eri kyselyiden asteikot on myös asetettu näkymään miniarvosta maksimiarvoon, jotta vertailu on mahdollista. Siitä voidaan tehdä sama tulkinta kuin kuviosta 9: Minnesota-hoito vaikuttaa toimivan paremmin alkuun, mutta sen vaikutus heikkenee enemmän (tai nopeammin) kuin Peli poikki -ohjelman vaikutus.



Kuvio 10: Peli Poikki -ohjelman ja Minnesota-hoidon tulosten vertailua käyttämällä Minnesota-hoidon tulosten mittarina (arvioimalla täydennettyä) SOGS-tulosta.

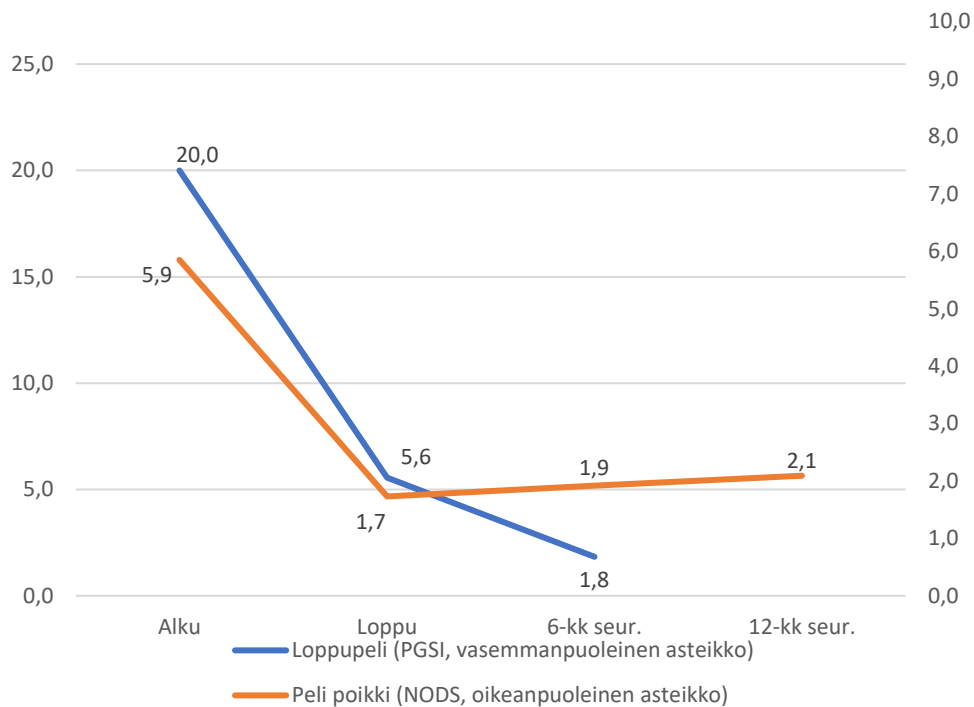
Vertaillaan seuraavaksi näitä verrokkiohjelmien tuloksia Loppupeli-ohjelman tuloksiin. Käytetään tässä vertailussa Peli Poikki-ohjelman osalta NODS-summaa ja Minnesota-mallin osalta äsken esiteltyä arvioimalla täydennettyä SOGS-tulosta.

4.4. Loppupeli -ohjelman tulosten vertailu suhteessa verrokkiohjelmiin

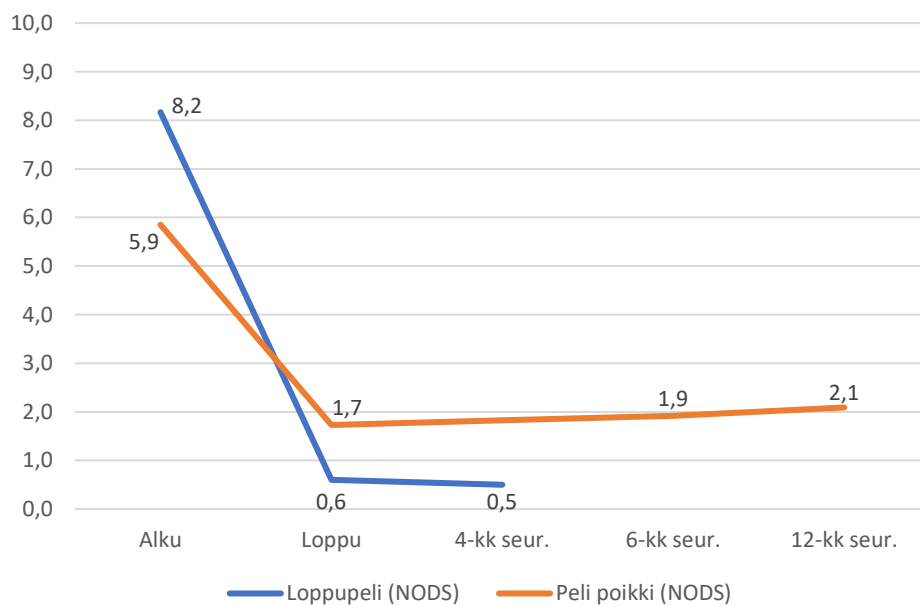
Peli poikki -ohjelmaa voidaan pitää Loppupeli -ohjelmalle paremmin sopivana verrokkina, joten verrataan ensin näiden ohjelmien tuloksia keskenään. Käytetään Loppupeli -ohjelman toimivuuden mittarina ensin PGSI-kyselyä, koska siinä on isompi otoskoko. **Kuviossa 11** Loppupeli-ohjelman PGSI-kyselyn tulosten kehitystä on verrattu Peli poikki -ohjelman NODS-tuloksen kehitykseen (kyselyiden asteikot jälleen asetettu minimiarvosta maksimiarvoon, jotta vertailu on mahdollista.) Kuvioista nähdään, että Loppupeli-ohjelmaan osallistuneiden ongelmapelaamisen tilanne on keskimäärin mahdollisesti pahemmalla tasolla, kuin Peli poikki -ohjelmaan osallistuneiden tilanne keskimäärin. Kummankin ohjelman aikana saavutut tulokset ovat hyviä, mutta seurantakyselyiden tuloksista huomataan, että Peli poikki -ohjelman positiivinen vaikutus näyttää hiipuneen hieman jo 6 kuukautta ohjelman päättymisen jälkeen, kun taas Loppupelin positiivinen vaikutus näyttää yhä merkittävästi vahvistuvan ohjelman päättymisen jälkeen. Tässä kuviossa kuvatun arvion perusteella voidaan siis arvioida Loppupeli-ohjelman kokonaisvaikutuksen olevan parempi kuin Peli poikki -ohjelman.

Lisäksi, kun käytetään Loppupeli-ohjelman tulosten mittarina samaa NODS-kyselyä kuin käytetään Peli poikki -ohjelmassa, saadaan edellä tehtyä arviota tukevia tuloksia. Näin on tehty **kuviossa 12**, josta nähdään, kuinka Loppupeli -ohjelmaan osallistuneiden NODS-tulos oli keskimäärin huomattavasti korkeampi kuin Peli poikki -ohjelmaan osallistuneilla. Tästä voidaan arvioida, että Loppupeli-ohjelmaan osallistuneiden rahapeli-ongelma on mahdollisesti ollut vakavampi kuin Peli poikki -ohjelmaan osallistuneilla. NODS-mittarin muutos ohjelman aikana paljon voimakkaampi Loppupelissä kuin Peli poikki -ohjelmassa. Tämän lisäksi myös tästä kuvioista nähdään, kuinka Peli poikki -ohjelman positiivinen vaikutus heikkenee ohjelman päättymisen jälkeen, kun taas Loppupelin positiivinen vaikutus vaikuttaa tämänkin mittarin perusteella vähintäänkin pysyvän yllä. Näin

olleen Loppupelin vaikutuksia mitattaessa myös NODS-mittarilla voidaan arvioida, että Loppupeli-ohjelma vaikuttaa toimivan paremmin ja saamaan aikaan pysyvämpiä vaikutuksia kuin Peli poikki -ohjelma. Tällaisten arvioiden uskottavuutta kuitenkin vähentää se, että otoskoko Loppupeli-ohjelman pilotoinnissa oli varsin pieni, etenkin NODS-kyselyiden osalta.

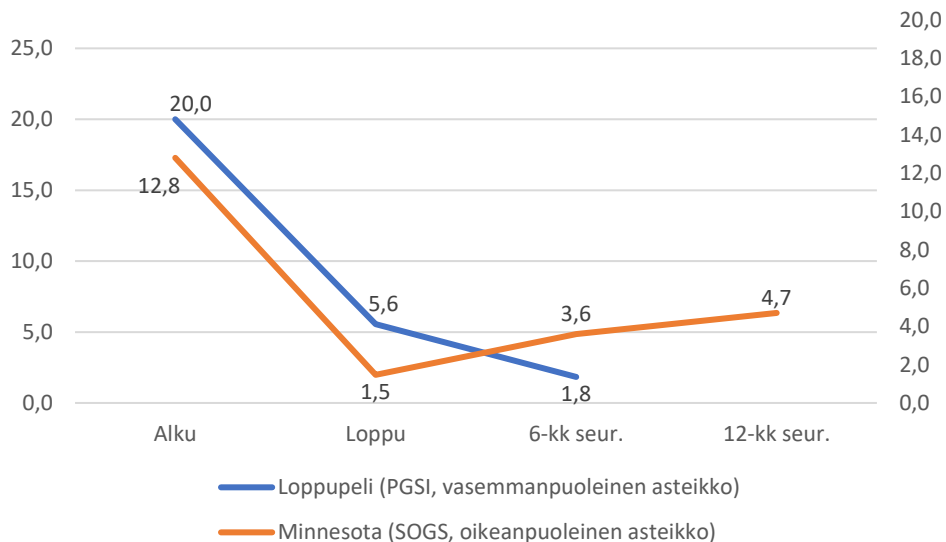


Kuvio 11: Loppupeli ja Peli poikki -ohjelmien tulosten vertailua käyttämällä Loppupelin tulosten mittarina PGSI-kyselyä.



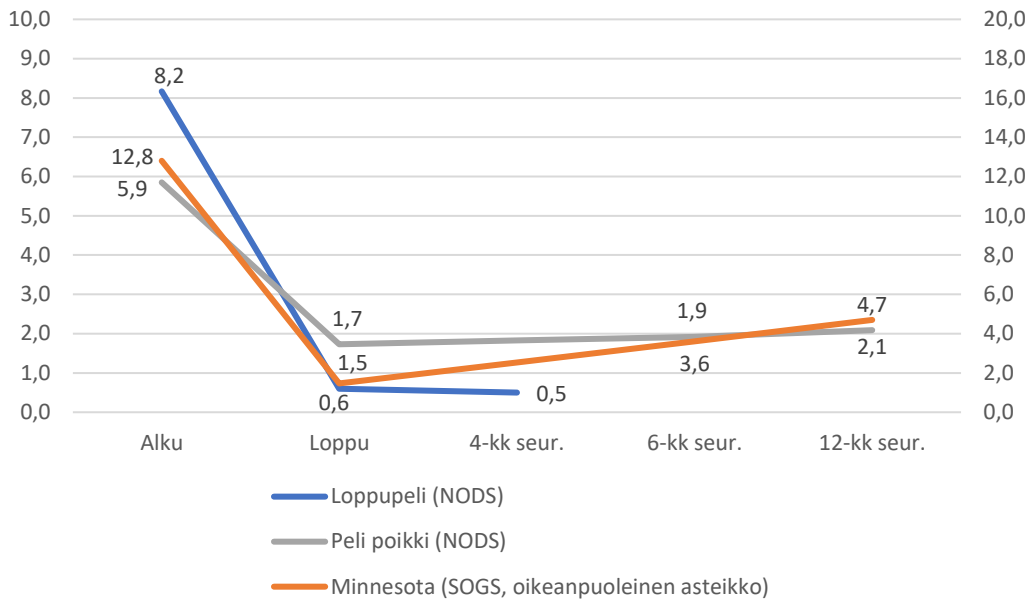
Kuvio 12: Loppupeli ja Peli Poikki -ohjelmien tulosten vertailua käyttämällä Loppupelin tulosten mittarina NODS-kyselyä.

Verrataan seuraavaksi Loppupeli-ohjelman tuloksia Minnesota-mallin tuloksiin. Käytetään jälleen ensin Loppupeli-ohjelman tulosten mittarina PGSI-kyselyä. Minnesota-mallin tulosten mittarina on SOGS-kysely. Näiden kehitystä on verrattu **kuviossa 13**, josta nähdään, että Loppupeli-ohjelmaan osallistuneiden lähtötilanne on mahdollisesti myös Minnesota-mallin mukaiseen hoitoon osallistuneiden tilannetta hankalampi. Kummankin ohjelman aikana saavutetut tulokset ovat hyviä. Kuitenkin kun tarkastellaan seurantakyselyiden tuloksia, nähdään että Minnesota-mallin aikaansaamat positiiviset vaikutukset heikkenevät merkittävästi ohjelman päättymisen jälkeen, kun taas Loppupelin positiiviset vaikutukset jatkavat vahvistumistaan. Näin ollen voidaan Loppupeli-ohjelman kokonaisvaikutusten arvioida olevan paremmat kuin Minnesota-mallin kokonaisvaikutukset.



Kuvio 13: Loppupeli -ohjelman ja Minnesota-mallin tulosten vertailua käyttämällä Loppupeli -ohjelman tulosten mittarina PGSI-kyselyä.

Kun Loppupeli-ohjelman tulosten mittarina käytetään NODS-kyselyä, kuten on tehty **kuviossa 14**, nähdään, että myös NODS-tulosten mukaan Loppupeli-ohjelmaan osallistuneiden lähtötilanne oli mahdollisesti keskimäärin vaikeampi kuin Minnesota-mallin mukaisiin hoito-ohjelmiin osallistuneilla. Molempien hoito-ohjelmien välittömät vaikutukset ovat hyviä, mutta ottaen huomioon Loppupeli-ohjelman osallistuneiden hankalamman lähtötason, on Loppupelin ohjelman aikana saavutettuja tuloksia pidettävä hieman parempina. Myös tästä kuvioista nähdään, että Loppupeli-ohjelman positiiviset vaikutukset vaikuttavat olevan pysyviä, kun taas Minnesota-mallin mukaisen hoidon tulokset vaikuttavat heikkenevän merkittävästi hoidon päättymisen jälkeen. Kuvioon on myös otettu mukaan Peli poikki -ohjelman tulokset NODS-kyselyllä mitattuna. Näin ollen myös tämän kuvion perusteella voidaan Loppupeli-ohjelman kokonaisvaikutusten arvioida olevan paremmat kuin Minnesota-mallin kokonaisvaikutukset.



Kuvio 14: Loppupeli -ohjelman, Minnesota-mallin ja Peli Poikki -ohjelman tulosten vertailua käyttämällä Loppupeli -ohjelman tulosten mittarina NODS-kyselyä.

Yhteenvetona näiden eri ohjelmien vaikutusten vertailusta voidaan siis todeta, että Loppupeli-ohjelman aikana saavutettujen vaikutusten voidaan arvioida olevan vähintään yhtä hyviä kuin Peli poikki -ohjelman ja Minnesota-mallin hoito-ohjelman aikana saavutetut vaikutukset. Kuitenkin Loppupeli-ohjelman positiiviset vaikutukset vaikuttavat vahvistuvan vielä ohjelman päättymisen jälkeenkin, kun taas Peli poikki -ohjelman, ja etenkin Minnesota-mallin, positiiviset vaikutukset heikkenevät ohjelman päättymisen jälkeen. Loppupeli-ohjelman pilottivaiheessa suorittaneiden asiakkaiden lähtötilanteen voidaan arvioida olleen myös keskimäärin hankalampi kuin näiden kahden verrokkiohjelman asiakkaiden keskimääräinen lähtötilanne. Näin ollen Loppupeli-ohjelman voidaan kokonaisuudessa arvioida toimivan parhaiten näistä kolmesta ohjelmasta. Tähän arvioon tuo kuitenkin epävarmuutta jo aiemmin mainittu Loppupeli-ohjelman pilottivaiheen pieni osallistujamäärä ja siitä seuraava pieni otoskoko. Lisäksi muiden ohjelmien seurantajaksot olivat pidempiä, minkä johdosta niiden pitkäaikaisvaikutusten arviointi on uskottavampaa. Näistä puutteista huolimatta pidämme arviota Loppupeli-ohjelman toimivuudesta suhteessa näihin kahteen verrokkiohjelmaan riittävän uskottavana.

Minnesota-mallin mukaisen hoito-ohjelman kustannukset julkisen tiedon mukaan osallistujalle eräässä suomalaisessa hoitolaitoksessa olivat 6900 €. Näitä kustannuksia varten on mahdollista hakea kunnan tai kaupungin maksusitoumus, joka kattaa kunnasta tai kaupungista riippuen 85–90 % kustannuksista. Loppupeli -ohjelman kustannukset myytävänä tuotteena jäävät merkittäväksi pienemmiksi. Näin ollen Minnesota-mallin mukainen hoito on julkiselle sektorille merkittävästi kalliimpaa järjestää kuin Loppupeli-ohjelma. Tämän perusteella voidaan arvioida Loppupeli-ohjelman järjestämisen kustannusvaikuttavuuden olevan parempi kuin Minnesota-mallin. Peli poikki -ohjelman kustannuksia ei saatu selvitettyä tähän arviointiraporttiin, joten sen kustannusvaikuttavuutta ei voida vertailla. Kuitenkin myös se on etänä tapahtuva interventio, samoin kuin Loppupeli, joten sen kustannusten voidaan arvioida olevan merkittävästi alemmat kuin Minnesota-mallin mukaisen hoidon. Näin ollen sen kustannusvaikuttavuuden voidaan arvioida olevan lähempänä Loppupeliä.

5. Loppupäätelmät

Tässä loppuraportissa arvioitiin Sosped-säätiön pilotoiman Loppupeli-ohjelman vaikutuksia. Loppupeli-ohjelman aloitti vuonna 2023 järjestetyssä pilottivaiheessa 11 osallistujaa, joista 9 suoritti ohjelman loppuun. Ohjelman vaikutuksia mitattiin erilaisilla kyselyillä, joita toteutettiin ohjelman alussa, sen päättyessä sekä keskimäärin 6 kuukautta ohjelman päättymisen jälkeen. Seurantakyselyihin vastasi 6 osallistujaa.

Loppupeli-ohjelmalla oli monia positiivisia vaikutuksia sen suorittaneisiin asiakkaisiin. Ongelmapelaamista mittaavilla PGSI- ja NODS-kyselyillä mitattuna osallistujien ongelmallinen rahapelaaminen tai riski siihen pieneni todella merkittävästi. Ohjelmaa aloittaessa osallistujat saivat PGSI-tulokseksi keskimäärin 20 ja NODS-tulokseksi keskimäärin 8,2, mitkä kumpikin kuvastavat vahvaa rahapeliriippuvuutta ja -ongelmaa. Ohjelman lopussa PGSI-tulos oli laskenut keskimäärin arvoon 5,5, mikä kuvastaa enää kohtalaista riskiä liittyen rahapelaamiseen ja NODS-tulos oli laskenut keskimäärin arvoon 0,6, mikä kuvastaa enää vähäistä rahapeliongelman riskiä.

Loppupeli-ohjelman aikaansaama positiivinen muutos vaikuttaa vielä jopa voimistuvan ohjelman päättymisen jälkeen. Tämä käy ilmi esimerkiksi PGSI-kyselyn tuloksen kehityksessä keskimäärin 6 kuukautta ohjelman päättymisen jälkeen toteutetussa seurantakyselyssä. Siinä PGSI-tulos oli laskenut edelleen arvoon 1,8, mikä kuvastaa enää alhaista riskiä liittyen rahapelaamiseen. NODS-tulos ei muuttunut merkittävästi ohjelman lopusta seurantakyselyihin, eli myös sen perusteella voitaisiin sanoa Loppupeli-ohjelman aikaansaaman positiivisen muutoksen pysyvän yllä.

Loppupeli-ohjelmalla oli myös muita positiivisia vaikutuksia, esimerkiksi osallistujien mielialaan ja mielenterveyteen. Osallistujien toivottomuuden, syyllisyyden ja häpeän tunteet vähenivät merkittävästi ohjelman aikana. Osallistujien kokema ahdistus myös lieveni. Lisäksi osallistujien itsensä raportoima liiallinen rahapelaaminen väheni todella merkittävästi.

Tässä vaikuttavuusarvioinnissa pyrittiin myös mittaamaan Loppupeli-ohjelman vaikutuksia osallistujien pystyvyyden kokemukseen toteuttamalla heille minäpystyvyydskyselyksi nimetty kysely. Sen tulosten perusteella havaittiin, kuinka osallistujat kokivat ohjelman käytyään yhä useammin pystyvänsä vastustamaan kiusasta tai halua pelata rahapelejä. Myös tämä kokemus omasta käytöksen kontrollista vaikuttaa jopa vahvistuneen hieman lisää ohjelman päättymisen jälkeen, kuten käy ilmi seurantakyselyistä. Myös se kuinka usein osallistujat ajattelivat rahapelaamista arjessaan, väheni ohjelman aikana. Osallistujien kokemus omasta pystyvyydestä vahvistui myös niin, että he alkoivat uskoa enemmän siihen, että heidän on mahdollista löytää keinot rahapelaamisen lopettamiseen ja sitä kautta lopettaa rahapelaaminen kokonaan.

Loppupeli-ohjelman vaikutuksia verrattiin kahden verrokkiohjelman, Peluurin järjestämän Peli poikki -ohjelman sekä Minnesota hoito-ohjelman, vaikutuksiin. Ensin näiden verrokkiohjelman vaikutuksia verrattiin kuitenkin keskenään, jolloin havaittiin että Minnesota-mallin positiiviset vaikutukset ohjelman aikana olivat hieman suuremmat kuin Peli poikki -ohjelmalla. Peli poikki -ohjelman vaikutuksia mitattiin NODS-kyselyllä ja Minnesota-mallin vaikutuksia mitattiin rahapeliongelman laajuutta mittaavalla SOGS-kyselyllä. Kuitenkin Minnesota-mallin positiivinen vaikutus vaikuttaa heikkenevän nopeammin kuin Peli poikki -ohjelman.

Vertaillessa Loppupeli-ohjelman vaikutuksia Peli poikki -ohjelmaan ja Minnesota-hoitomalliin havaittiin, että Loppupeli-ohjelman aikana saavutettujen vaikutusten voidaan arvioida vähintään yhtä hyviä kuin Peli poikki -ohjelman ja Minnesota-mallin hoito-ohjelmien aikana saavutetut vaikutukset. Loppupeli-ohjelman suorittaneiden lähtötilanteen voidaan myös arvioida olleen hankalampi kuin verrokkiohjelmien asiakkailla keskimäärin. Lisäksi Loppupeli-ohjelman positiiviset vaikutukset vaikuttavat vahvistuvan vielä ohjelman päättymisen jälkeenkin, kun taas Peli poikki -ohjelman, ja etenkin Minnesota-mallin, positiiviset vaikutukset heikkenevät ohjelman päättymisen jälkeen. Näin ollen Loppupeli-ohjelman voidaan kokonaisuudessa

arvioida toimivan parhaiten näistä kolmesta ohjelmasta. Tähän arvioon tuo kuitenkin epävarmuutta jo aiemmin mainittu Loppupeli-ohjelman pieni osallistujamäärä ja siitä seuraava pieni otoskoko. Lisäksi muiden ohjelmien seurantajaksot olivat pidempiä, minkä johdosta niiden pitkäaikaisvaikutusten arviointi on uskottavampaa. Näistä puutteista huolimatta pidämme arviota Loppupeli-ohjelman toimivuudesta suhteessa näihin kahteen verrokiohjelmaan riittävän uskottavana.

Yhteenvedon voidaan siis todeta, että Loppupeli-ohjelma on tämän vaikuttavuusarvioinnin perusteella erittäin vaikuttava hoito-ohjelma ongelmallisen rahapelaamisen vähentämiseen ja rahapeliongelmissa kärsivien auttamiseen. Sen voidaan arvioida olevan jopa vaikuttavampi kuin verrokkeina pidettävät Peli poikki ja Minnesota -hoito-ohjelmat.

Minnesota-mallin mukaisen hoito-ohjelman kustannukset osallistujalle julkisen tiedon mukaan eräässä suomalaisessa hoitolaitoksessa olivat 6900 €. Näitä kustannuksia varten on mahdollista hakea kunnan tai kaupungin maksusitoumus, joka kattaa kunnasta tai kaupungista riippuen 85–90 % kustannuksista. Näin ollen Minnesota-mallin mukainen hoito on julkiselle sektorille merkittävästi kalliimpaa järjestää kuin Loppupeli-ohjelma. Tämän perusteella voidaan arvioida Loppupeli-ohjelman järjestämisen kustannusvaikuttavuuden olevan parempi kuin Minnesota-mallin. Peli poikki -ohjelman kustannuksia ei saatu selvitettyä tähän arviointiraporttiin, joten sen kustannusvaikuttavuutta ei voida vertailla. Kuitenkin myös se on etänä tapahtuva interventio, samoin kuin Loppupeli, joten sen kustannusten voidaan arvioida olevan merkittävästi alemmat kuin Minnesota-mallin mukaisen hoidon. Näin ollen sen kustannusvaikuttavuuden voidaan arvioida olevan lähempänä Loppupeliä.

Tarve rahapeliongelmissa kärsivien auttamiselle ei ainakaan ole vähentynyt Suomessa viime vuosina. Positiivista kuitenkin on, että rahapeliongelmiin hoitoon liittyvä vastuullinen julkinen keskustelu vaikuttaa lisääntyneen. Onkin jopa kasvavissa määrin tärkeää miettiä uusia tapoja auttaa rahapeliongelmiin kanssa kamppailevia jo olemassa olevien keinojen ja hoito-ohjelmien lisäksi. Tässä raportissa erittäin toimivaksi todettu Loppupeli-ohjelma on juuri tällainen uusi tapa auttaa, joka tarjoaa tässä ajassa tarpeellista joustavaa valmennusta ohjelmaan osallistujille. Tämän vaikuttavuusarviointiraportin kaltaisten arviointien toteuttaminen on myös tärkeää, jotta voidaan uskottavasti vertailla erilaisten hoito-ohjelmien vaikuttavuutta. Se on tarpeellista esimerkiksi siksi, että voidaan tehdä informoituja rahoituspäätöksiä eri ohjelmien välillä. Kuitenkaan päätöksen yhden ohjelman valitsemisesta ei tarvitse tarkoittaa muiden ohjelmien hylkäämistä, sillä monia erilaisia hoito-ohjelmia tarvitaan. Rahapeliongelmiin hoitamisen kentällä vaikuttaakin olevan nykyisten ohjelmien lisäksi tarvetta Loppupeli-ohjelman kaltaiselle uudelle ja tässä raportissa erittäin vaikuttavaksi todetulle hoito-ohjelmalle.

Lähteet

- Ajzen, I. (2005). Attitudes, Personality and Behavior. Second Edition. Berkshire: Open University Press.
- Ajzen, I. (2019). Constructing a Theory of Planned Behavior Questionnaire. Haettu 4.3.2024 osoitteesta: <https://people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.measurement.pdf>
- Gerstein, D., Volberg, R. A., Toce, M. T., Harwood, H., Johnson, R. A., Buie, T., ... Tucker, A. (1999). Gambling impact and behavior study: Report to the national gambling impact study commission. Chicago: National Opinion Research Center. Haettu 24.5.2023 osoitteesta: https://www.researchgate.net/publication/246284410_Gambling_impact_and_behavior_study_report_to_the_National_Gambling_Impact_Study_Commission
- Kantamo.fi. Verkkosivu. Haettu 4.3.2024 osoitteesta: <https://kantamo.fi/peliriippuvuus/#peliriippuvuuden-hoito>
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am K Psychiatry* 144:9, September 1987.
- Nimettömät Pelurit. Askeleet. Verkkosivut. Haettu 4.3.2024 osoitteesta: <https://www.nimettomatpelurit.fi/askeleet.html>
- Oinas-Kukkonen, H. (2013). Alkoholistin ja hänen läheisensä samanaikainen toipuminen vapauttavana oppimisprosessina Minnesota-hoidossa. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Haettu 25.5.2023 osoitteesta: <http://urn.fi/urn:isbn:9789526202969>
- Palomäki J, Heiskanen M & Castrén S. (2022). Online 8-week cognitive therapy for problem gamblers: The moderating effects of depression symptoms and perceived financial control. *Journal of Behavioral Addictions*, 11(1), 75-87. Haettu 23.5.2023 osoitteesta: <https://akjournals.com/view/journals/2006/11/1/article-p75.xml>
- Peluuri.fi. Peluurin asiakastyö. Verkkosivu. Haettu 4.3.2024 osoitteesta: <https://www.peluuri.fi/tietopankki/peluurin-asiakastyo>
- Raivikko, M. Motivoiva haastattelu ja kognitiivis-behavioraalinen lähestymistapa Peluurin asiakastyössä. Blogi. Haettu 4.3.2024 osoitteesta: <https://www.peluuri.fi/ajankohtaista/motivoiva-haastattelu-ja-kognitiivis-behavioraalinen-lahestymistapa-peluurin>
- Raylu, N. & Oei, T. P. (2010). A Cognitive Behavioural Therapy Programme for Problem Gambling: Therapist Manual. Routledge/Taylor & Francis Group
- Salonen, A., Hagfors, H., Lind, K. & Kontto, J. (2020). Rahapelaaminen ja peliongelmat: Suomalaisten rahapelaaminen 2019: Rahapeliin pelaaminen riskitasolla on vähentynyt. THL. <https://www.julkari.fi/handle/10024/139636>
- Stinchfield R. & Winters, KC. (2001). Outcome of Minnesota's gambling treatment programs. *J Gambl Stud*. 2001 Fall;17(3):217-45. doi: 10.1023/a:1012268322509. PMID: 11761605.
- THL. (2023). Haitallinen rahapelaaminen. Verkkosivu. THL. Haettu 25.3.2024 osoitteesta: <https://thl.fi/aiheet/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/rahapelit/haitallinen-rahapelaaminen>
- THL. (2024). Ennakkotieto suomalaisten rahapelaamisesta: Peliongelmat ovat lisääntyneet, vaikka entistä harvempi pelaa rahapelejä. Tiedote. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 25.3.2024 osoitteesta:

<https://thl.fi/-/ennakkotieto-suomalaisten-rahapelaamisesta-peliongelmat-ovat-lisaantyneet-vaikka-entista-harvempi-pelaa-rahapeleja>

Liitteet

Liite 1. Loppupeli -ohjelman päivittyneet ohjelmarunko (3 sivua)

Tapaaminen	Tavoite ja menetelmä
1. Alkuhaastattelu Jari Hartikainen	Saadaan kattava kuva henkilön pelihistoriasta sekä siihen liittyvistä tekijöistä Keskustellaan asiakkaan kanssa hänen muutostavoitteestaan sekä esteistä Saadaan näkemys keskeisistä muutostaasteista Vahvistetaan asiakkaan muutosuskoa ja osoitetaan konkreettisia keinoja muutoksen aloittamiselle ja ylläpitämiselle Työntekijä haastattelee asiakkaan alkuhaastattelulomakkeen, alkuarviointilomakkeen, Minäpystyvyyssarvioinnin, PGSI-testin sekä NODS-kyselyn pohjalta.
2. Kokemusasiantuntijan vastaanotto Jouko Vidgren	Kartoitus ja motivoiva keskustelu
3. Tunteet, ajattelu ja asenne Jari Härkönen	Asiakas hahmottaa oman rahapelaamisensa keskeisiä vaikuttumia, syitä ja seurauksia Käydään keskustelua asiakkaalle ominaisista rahapelaamiselle altistavista syistä, ovatko ne tunne- elämän, ajattelun ja asenteen vaiko talouden syitä Keskustellaan niistä tunne-elämän, ajattelun ja asenteen asioista, jotka ovat ylläpitäneet pelaamista. Miten pelaamista on perusteltu? Työkirjasta: Pelaamisen edut ja haitat -tehtävä
Ohjelmatiimin keskinäinen tapaaminen	Mahdollinen ohjelman tarkistus asiakkaan yksilöllisen tilanteen tiimoilta.
4. Asiakkaan oma muutosjarru Jari Hartikainen	Keskitytään asiakkaalle keskeiseen muutosjarruun, joka on tähän asti estänyt pelaamisen lopettamista: tunne-elämä, ajattelu, asenne tai talous. Pyritään pääsemään asiakkaan muutoksen ja muutosjarrun ytimeen. Minkä on muututtava ajattelussa? Työkirjasta: Muutoksen vaiheet Muutostyön toimintavaihe Muutostyö Muutokseni esteet
5. Rahapelaamisen psykologiaa ja matematiikkaa, virhepäätelmät	Autetaan asiakasta havainnoimaan omia asenteitaan (takaporttiajattelu), uskomuksia ja ajatteluaan (virhepäätelmät), jotka ylläpitää mahdollisuutta rahapelaamiselle.

Jari Hartikainen	Käydään keskustelua rahapelaamisen logiikasta ja todennäköisyyksistä. Keskustellaan pitkän aikavälin todennäköisyyksistä.
6. Haitalliset uskomukset Jari Härkönen	Käydään keskustelua asiakkaan käsityksestä itsestään. Voinko muuttua? Voinko muuttaa tapojani? Voiko uskomuksiaan vaihtaa? Millainen näkemys henkilöllä on kyvystään tehdä positiivisia muutoksia elämässään? Omien haitallisten uskomusten tunnistaminen mahdollistaa työskentelyn niiden kanssa. Uhri-uskomus, muiden syyttely ja ongelman ulkoistaminen ovat haitallisia toimintatapoja omassa muutoksessa. Uusien uskomusten muuttaminen toiminnaksi ja muutosuskon vahvistaminen kokemusten kautta. Asiakkaan ”ehdot” toipumisen suhteen? Avioero, velkasaneeraus tms. Rehellisyys toipumisen suhteen, prioriteetit elämässä.
7. Muutosuskon vahvistaminen Jouko Vidgren	Autetaan asiakasta tutkimaan omaa arvopohjaansa ja omaa hyvän elämän määritelmäänsä.
8. Arvot ja hyvä elämä Jari Hartikainen	Autetaan asiakasta pohtimaan arvojaan ja odotustaan Hyvälle elämälle. Rahapelaamisen rooli ja merkitys arvojen toteuttajana ja hyvän elämän mahdollistajana/estäjänä. Työkirjasta: Tunnista arvosi Vapaus ja vastuu Mitä on hyvä elämä? Katse tarkoitukseen
9. Läheiset, ihmissuhteet Jari Härkönen	Asiakas saa ymmärrystä hänen toimiensa vaikutuksesta läheiseen henkilöön. Pyritään pois syyllistämisestä ja syyllistymisestä, katsotaan tilannetta ulkopuolisen silmin. Pyritään löytämään positiivista, rakentavaa asennetta, pois syyllistymisestä ja uhriutumuksesta vastuunkantoon suhteessa läheisiin ihmisiin. Työkirjasta: Läheisen haastattelu
Ohjelmatiimin keskinäinen tapaaminen	Arviointikeskustelu
10. Retkahduksia vai lipsahduksia Jouko Vidgren	Käydään keskustelua hetkistä ja tilanteista, jolloin rahapelaaminen tulee mieleen ja tuntuisi olevan hyvä valinta. Kuinka ja miksi tehdä valinta pelaamattomuuden puolesta. Ennakoidaan vaaran paikkoja. Vahvistetaan asiakkaan ajattelua ja asennetta pelaamattomuuden valitsemisen puolesta.

	<p>Työkirjasta:</p> <p>Retkahduksen ehkäisy</p> <p>Retkahdustilanteen ennakointi</p> <p>Tietoisien läsnäolon harjoittaminen osana toipumista</p>
<p>11. Muutoksen ylläpitäminen</p> <p>Jari Hartikainen</p>	<p>Palataan asiakkaan pelihistoriaan ja pohditaan pelaamista ylläpitäneitä ajatusmalleja. Kuinka nuo ajatusmallit ovat muuttuneet ja tuntuuko muutos pysyvältä?</p> <p>Mitkä asiat kannustavat ja mihin ajatuksiin nojata paremman elämäntavan omaksumisessa ja ylläpitämisessä?</p> <p>Jatkuvan itsearvioinnin vahvistaminen.</p> <p>Peilataan asiakkaan historiaa ja tavoiteltavaa tulevaisuutta. Miten ajattelun muutos kannustaa asiakasta ylläpitämään uutta elämäntapaa?</p> <p>Työkirjasta:</p> <p>Ihmisen huolto-opas</p> <p>Itsemyötätunto</p> <p>Sinuiksi häpeän tunteen kanssa</p>
<p>12. Pysyvä muutos</p> <p>Jari Hartikainen</p>	<p>Kerrataan oppia tunne-elämästä sekä ajattelun ja asenteen muutoksesta. Käydään läpi asiakkaan odotuksia tulevaisuudelleen ja vahvistetaan asiakkaan positiivista tulevaisuuden odotusta.</p> <p>Palataan hyvän elämän edellytyksiin.</p> <p>Keskustellaan mahdollisista vaaranpaikoista sekä suhtautumisesta mahdollisiin lipsahduksiin tai retkahduksiin.</p> <p>Työkirjasta:</p> <p>Mitä seuraavaksi?</p>
<p>Seurantakerta</p> <p>Jari Hartikainen</p>	<p>Asiakas varaa halutessaan ajan kuukauden kahden päähän edellisestä vastaanotosta. Asiakas itse varaa ajan ja ilmaisee mihin asioihin hän kaipaa konsultaatiota.</p> <p>Käydään keskustelua asiakkaan toivomista teemoista.</p>

Liite 2. Alku- ja loppuarviointi -kysely (2 sivua)

Loppupeli-ohjelman asiakasarviointi

Palautteiden käsittely on luottamuksellista, eikä yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa raporteista ja yhteenvedoista.

alkuarviointi

loppuarviointi

PERUSTIEDOT

Nimi _____

Kaupunki _____

Sukupuoli Mies Nainen Muu

Ikä 18-29 30-45 46-62 63-79 80 yli

VAIKUTUKSET

Ympyröi vaihtoehto, joka parhaiten vastaa mielipidettäsi. Arvioi ainoastaan niitä vaihtoehtoja, jotka ovat olleet sinulle merkittäviä.

	1: Täysin eri mieltä	2: Melko eri mieltä	3: Ei samaa eikä eri mieltä	4: Melko samaa mieltä	5: Täysin samaa mieltä
Mieltäni vaivaa toivottomuus	1	2	3	4	5
Mieltäni vaivaa syyllisyyden ja häpeän tunteet	1	2	3	4	5
Olen ahdistunut	1	2	3	4	5
Ymmärrän rahapelaamisen vaikutukset omaan elämään	1	2	3	4	5
Ymmärrän rahapelaamisen vaikutukset läheisteni elämään	1	2	3	4	5
Pelaan nykyisin liikaa rahapelejä	1	2	3	4	5

Millaisia odotuksia sinulla on ohjelmalle?

Loppuarvioinnin yhteydessä

Kuinka moneen tapaamiseen osallistuit?

10-12 tapaamiseen

7-9 tapaamiseen

4-6 tapaamiseen

1-3 tapaamiseen

Miten odotuksesi ohjelmalle toteutuivat?

Kuinka **hyödyllisenä** pidit ohjelmaa? Ympyröi vastauksesi

1=ei ollenkaan hyödyllinen, 10=kaikin puolin hyödyllinen

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Anna palautetta. Kerro, miten voisimme kehittää ohjelmaa.

Kiitos palautteestasi.

Liite 3. PGSI-kysely (2 sivua)

Arvioi omaa pelaamistasi PGSI-testin avulla. Rahapelaamiseen liittyviä kokemuksia kartoittava PGSI-testi (Problem Gambling Severity Index) antaa sinulle hyvän tuntuman siitä, onko pelaamisesi haitallista ja olisiko pelitapoja syytä muuttaa.

Valitse kunkin kysymyksen kohdalla omaa tilannettasi parhaiten kuvaava vaihtoehto. Laske lopuksi pisteet yhteen.

En koskaan = 0 pistettä

Joskus = 1 pistettä

Useimmiten = 2 pistettä

Lähes aina = 3 pistettä

Kun ajattelet viimeksi kulunutta xx kuukautta:

1. Kuinka usein olet pelannut rahapelejä suuremmilla summilla kuin sinulla olisi oikeastaan varaa hävitä?

En koskaan

Joskus

Useimmiten

Lähes aina

2. Kuinka usein sinun on pitänyt pelata rahapelejä aikaisempaa suuremmilla summilla saadaksesi pelaamisesta saman jännityksen tunteen?

En koskaan

Joskus

Useimmiten

Lähes aina

3. Kuinka usein rahapelejä pelattuasi olet pelannut jonakin toisena päivänä yrittääksesi voittaa takaisin häviämäsi rahat?

En koskaan

Joskus

Useimmiten

Lähes aina

4. Kuinka usein olet lainannut rahaa tai myynnyt jotakin saadaksesi rahaa pelaamista varten?

En koskaan

Joskus

Useimmiten

Lähes aina

5. Kuinka usein sinusta on tuntunut, että rahapelaamisesi saattaa olla sinulle ongelma?

- En koskaan
- Joskus
- Useimmiten
- Lähes aina

6. Kuinka usein rahapelaaminen on aiheuttanut sinulle terveysongelmia, mukaan lukien stressiä tai ahdistusta?

- En koskaan
- Joskus
- Useimmiten
- Lähes aina

7. Kuinka usein sinua on arvosteltu rahapelaamisestasi, tai sinulle on sanottu, että rahapelaaminen on sinulle ongelma, riippumatta siitä, mitä mieltä itse olet asiasta?

- En koskaan
- Joskus
- Useimmiten
- Lähes aina

8. Kuinka usein rahapelaamisesi on aiheuttanut taloudellisia ongelmia sinulle tai kotitaloudellesi?

- En koskaan
- Joskus
- Useimmiten
- Lähes aina

9. Kuinka usein olet tuntenut syyllisyyttä siitä, miten harrastat rahapelaamista tai siitä, mitä tapahtuu, kun pelaat?

- En koskaan
- Joskus
- Useimmiten
- Lähes aina

Pisteesi yhteensä: _____

Liite 4. NODS-kysely

1. Onko sinulla ollut vähintään kaksi viikkoa kestäviä jaksoja, joiden aikana olet käyttänyt paljon aikaa pelaamisesi miettimiseen tai tulevan pelaamisen suunnitteluun?
2. Onko sinulla ollut vähintään kaksi viikkoa kestäviä jaksoja, joiden aikana olet käyttänyt paljon aikaa pelaamisesi rahoittamisen miettimiseen?
3. Onko sinulla ollut jaksoja, joiden aikana sinun on pitänyt lisätä panoksiasi voidaksesi tuntea yhtä paljon jännitystä kuin aikaisemmin?
4. Oletko yrittänyt lopettaa pelaamisen tai vähentää sitä tai saada pelaamisen hallintaasi?
5. Oletko tuntenut itsesi levottomaksi tai ärtyneeksi yhden tai useamman kerran, kun olet yrittänyt rajoittaa pelaamistasi tai lopettaa sen?
6. Oletko yrittänyt lopettaa pelaamisen tai vähentää sitä tai saada pelaamisen hallintaasi siinä kuitenkaan onnistumatta?
7. Onko näin tapahtunut vähintään kolme kertaa mainitun tarkasteluajanjakson aikana?
8. Oletko yrittänyt paeta henkilökohtaisia ongelmiasi pelaamiseen?
9. Oletko pelannut lievittääksesi epämiellyttäviä tunteita, kuten syyllisyyden, ahdistuksen, avuttomuuden tai masennuksen tunnetta?
10. Onko sinulla ollut jaksoja, jolloin olet hävinnyt pelissä yhtenä päivänä ja toisena päivänä yrittänyt voittaa menettämiä rahat takaisin?
11. Oletko useammin kuin kerran valehdellut perheenjäsenillesi, ystävillesi tai muille henkilöille siitä, miten paljon olet pelannut tai menettänyt rahaa pelatessasi?
12. Onko näin tapahtunut vähintään kolme kertaa mainitun tarkasteluajanjakson aikana?
13. Oletko varastanut tai huijannut itsellesi rahaa perheenjäseniltäsi tai muilta henkilöiltä rahoittaaksesi pelaamisesi?
14. Onko pelaamisesi aiheuttanut vakavia tai toistuvia ongelmia joissakin perhe- tai ystävyysuhteissasi?
15. VASTAA TÄHÄN KYSYMYKSEEN VAIN JOS OLET KOULUSSA. JOS ET OLE KOULUSSA, VOIT VASTATA TÄHÄN KYSYMYKSEEN EI JA SIIRTYÄ SEURAAVAAN KYSYMYKSEEN. Onko pelaamisesi aiheuttanut sinulle ongelmia koulussa? Oletko esimerkiksi pinnannut tunteilta tai ollut poissa kokonaisia päiviä tai saanut huonompia arvosanoja?
16. Onko pelaamisesi aiheuttanut sen, että olet menettänyt työpaikkasi, saanut ongelmia töissä tai menettänyt mahdollisuuden parempaan työhön tai urakehitykseen?
17. Onko sinun täytynyt pyytää perheenjäseniäsi tai muita henkilöitä lainaamaan sinulle rahaa selvittääksesi pääasiassa pelaamisestasi johtuvasta taloudellisesta kriisistä?

Pisteiden lasku:

- Jos vastannut kyllä kysymyksiin 1 TAI 2 tai molempiin, saa pisteen.
- Jos vastannut kyllä kysymykseen 3, saa pisteen.
- Jos vastannut kyllä kysymyksiin 4 ja 5, saa pisteen.
- Jos vastannut kyllä kysymyksiin 6 ja 7, saa pisteen.
- Jos vastannut kyllä kysymyksiin 8 TAI 9, saa pisteen.
- Jos vastannut kyllä kysymykseen 10, saa pisteen.
- Jos vastannut kyllä kysymyksiin 11 ja 12, saa pisteen.
- Jos vastannut kyllä kysymykseen 13, saa pisteen.
- Jos vastannut kyllä kysymyksiin 14 TAI 15 TAI 16, saa pisteen.
- Jos vastannut kyllä kysymykseen 17, saa pisteen.

Liite 5. Lessieurin ja Blumen kehittämä SOGS-kysely (lähde: Lessieur & Blume 1987, 1187–1188).

APPENDIX 1. The South Oaks Gambling Screen

1. Please indicate which of the following types of gambling you have done in your lifetime. For each type, mark one answer: "not at all," "less than once a week," or "once a week or more."

- | | Not
at
all | Less
than
once
a
week | Once
a
week
or
more | |
|----|------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--|
| a. | _____ | _____ | _____ | played cards for money |
| b. | _____ | _____ | _____ | bet on horses, dogs, or other animals (in off-track betting, at the track, or with a bookie) |
| c. | _____ | _____ | _____ | bet on sports (parlay cards, with a bookie, or at jai alai) |
| d. | _____ | _____ | _____ | played dice games (including craps, over and under, or other dice games) for money |
| e. | _____ | _____ | _____ | went to casino (legal or otherwise) |
| f. | _____ | _____ | _____ | played the numbers or bet on lotteries |
| g. | _____ | _____ | _____ | played bingo |
| h. | _____ | _____ | _____ | played the stock and/or commodities market |
| i. | _____ | _____ | _____ | played slot machines, poker machines, or other gambling machines |
| j. | _____ | _____ | _____ | bowled, shot pool, played golf, or played some other game of skill for money |

2. What is the largest amount of money you have ever gambled with on any one day?

- | | |
|----------------------------------|---|
| _____ never have gambled | _____ more than \$100 up to \$1 or less |
| _____ more than \$1 up to \$10 | _____ more than \$1,000 up to \$10,000 |
| _____ more than \$10 up to \$100 | _____ more than \$10,000 |

3. Do (did) your parents have a gambling problem?

- _____ both my father and mother gamble (or gambled) too much
- _____ my father gambles (or gambled) too much
- _____ my mother gambles (or gambled) too much
- _____ neither one gambles (or gambled) too much

4. When you gamble, how often do you go back another day to win back money you lost?

- _____ never
- _____ some of the time (less than half the time) I lost
- _____ most of the time I lost
- _____ every time I lost

5. Have you ever claimed to be winning money gambling but weren't really? In fact, you lost?

- _____ never (or never gamble)
- _____ yes, less than half the time I lost
- _____ yes, most of the time

6. Do you feel you have ever had a problem with gambling?

- _____ no
- _____ yes, in the past, but not now
- _____ yes

7. Did you ever gamble more than you intended to?

_____ yes _____ no

8. Have people criticized your gambling?

_____ yes _____ no

9. Have you ever felt guilty about the way you gamble or what happens when you gamble?

_____ yes _____ no

10. Have you ever felt like you would like to stop gambling but didn't think you could?

_____ yes _____ no

11. Have you ever hidden betting slips, lottery tickets, gambling money, or other signs of gambling from your spouse, children, or other important people in your life?

_____ yes _____ no

12. Have you ever argued with people you live with over how you handle money?

_____ yes _____ no

13. (If you answered yes to question 12): Have money arguments ever centered on your gambling?

_____ yes _____ no

14. Have you ever borrowed from someone and not paid them back as a result of your gambling?

_____ yes _____ no

15. Have you ever lost time from work (or school) due to gambling?

_____ yes _____ no

16. If you borrowed money to gamble or to pay gambling debts, who or where did you borrow from? (check "yes" or "no" for each)

- | | no | yes |
|--|-----|-----|
| a. from household money | () | () |
| b. from your spouse | () | () |
| c. from other relatives or in-laws | () | () |
| d. from banks, loan companies, or credit unions | () | () |
| e. from credit cards | () | () |
| f. from loan sharks (Shylocks) | () | () |
| g. you cashed in stocks, bonds, or other securities | () | () |
| h. you sold personal or family property | () | () |
| i. you borrowed on your checking account (passed bad checks) | () | () |
| j. you have (had) a credit line with a bookie | () | () |
| k. you have (had) a credit line with a casino | () | () |

Scoring

Scores on the South Oaks Gambling Screen itself are determined by adding up the number of questions that show an "at risk" response:

Questions 1, 2, and 3 are not counted.

_____ Question 4: most of the time I lost, or every time I lost

_____ Question 5: yes, less than half the time I lost, or yes, most of the time

_____ Question 6: yes, in the past, but not now, or yes

_____ Question 7: yes

_____ Question 8: yes

_____ Question 9: yes

_____ Question 10: yes

_____ Question 11: yes

Question 12 not counted

_____ Question 13: yes

_____ Question 14: yes

_____ Question 15: yes

_____ Question 16a: yes

_____ Question 16b: yes

_____ Question 16c: yes

_____ Question 16d: yes

_____ Question 16e: yes

_____ Question 16f: yes

_____ Question 16g: yes

_____ Question 16h: yes

_____ Question 16i: yes

Questions 16j and 16k not counted

Total = _____ (20 questions are counted)

5 or more = probable pathological gambler

Liite 6. Stinchfieldin ja Wintersin tutkimuksessa käsitellyn neljän eri hoito-ohjelman yksityiskohdat (lähde: Stinchfield & Winters 2001, 226–227).

Compulsive Gambling Treatment Programs

<i>Program</i>	<i>Treatment Models and Components</i>			
	<i>Model</i>	<i>Primary Treatment</i>	<i>Aftercare</i>	<i>Treatment Components</i>
Vanguard, Project Turnabout (Granite Falls, MN)	Combination of 12-step orientation with cognitive-behavioral and reality therapy. Strong emphasis on family involvement.	12 hrs/day, 7 days/wk, for 4 weeks. Clients can either come on an outpatient basis or can reside at the treatment facility.	2 hr session twice a month for 1 year	assessments; individual, group, and family therapy; education; physical fitness; growth group; relaxation and stress mgmt., financial counseling; relapse prevention; GA and Gam Anon
Intervention Institute, Gamblers Choice (Minneapolis, MN)	Combination of 12-step, cognitive-behavioral, and reality therapy	3 hrs/day for 3 days/week for 13 weeks; followed by 3 hrs/day for 2 days/week for 13 weeks	one 3-hour group session/week on an open-ended basis	individual therapy; group therapy; family group; 12-step work; behavioral therapy
Fairview-Riverside (Minneapolis, MN)	Combination of 12-step and cognitive-behavioral	3 hrs/evening for 4 evenings/week for 6 weeks	1.5 hrs one evening/week for 8 weeks; then Growth Group 2 hours one evening/week for 2 years	group therapy; individual therapy; lecture/education; homework assignments; complete first five steps of GA;
Gamblers Intervention Services (Duluth, MN)	Combination of 12-step, psycho-educational, cognitive-behavioral and reality therapy	2–3 hrs/evening for 2 evenings/week for 12 weeks	2 hrs one evening a week for 12 weeks	group therapy; individual therapy; marital and family therapy; educational lectures; financial counseling; homework assignments; complete first five steps of GA