

# **Minnesota-malli alkoholismien hoidossa**

## **Vaikutus alkoholismista toipumiseen**

Riku Iisakka

Opinnäytetyö AMK  
Lokakuu 2021  
Terveys- ja hyvinvointialat  
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä(t) Riku Iisakka	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä lokakuu 2021
	Sivumäärä 27	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: kyllä
Työn nimi <b>Minnesota-malli alkoholismien hoidossa</b> Vaikutus alkoholismista toipumiseen		
Tutkinto-ohjelma Sairaanhoidaja (AMK)		
Työn ohjaaja(t) Salla Grommi, Hannu Piispanen, Hannele Tyrväinen		
Toimeksiantaja(t) -		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Minnesota-malli katsoo alkoholismien sairauksiksi samoin kuin Maailman terveysjärjestö (WHO) ja Yhdysvaltojen lääkäreiden ammattijärjestö (AMA). Alkoholismi on alkuperäinen, krooninen, ja parantumaton kuolemaan johtava sairaus, jolle on luonteenomaista kontrollinkyvyn menetys. Sairastavalla mieli ja elimistö tulee riippuvaiseksi alkoholin saamisesta. Sairausten etenemiseen kuuluu usein toistuva, tai pakonomainen käyttö, riippumatta käytön aiheuttamista sosiaalisista tai terveydellisistä haitoista. Minnesota-malli perustuu 12-askeleen ohjelmaan.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata tutkimustietoa Minnesota-hoidon vaikuttavuudesta. Opinnäytetyön tavoitteena on kerätä tietoa Minnesota hoidosta ja sen tuloksellisuudesta sekä vaikuttavuudesta hoitohenkilökunnan ja opiskelijoiden käyttöön. Menetelmänä kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jossa aineiston analyysi on toteutettu teemoittain.</p> <p>Tuloksissa nousi esille neljä teemaa: Raittius, yhteisöllisyys, parantunut elämänlaatu sekä elämäntilanteen ja voimavarojen löytyminen</p> <p>Tulokset tuovat myös erilaisia hoitotuloksia ja vasteita Minnesota-hoitomallille, mitkä mallit ovat nimetyt myös Minnesota-hoidoiksi, mutta joiden toiminta ei perustu kaikilta osin alkuperäisen Minnesota-hoitomuodon mukaisesti. Näitä malleja tarkastelen erikseen tuomalla mukaan niiden erilaisia ajatuksia nimenomaan eettisyyden ja luotettavuuden kannalta.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Päihderiippuvuus, alkoholismi, Minnesota-hoito Lapua, alkoholismi krooninen sairaus, Hazelden and Minnesota-malli.		

Author(s) Last name, First name	Type of publication Bachelor's thesis	Date october 2021 Language of publication:
	Number of pages 27	Permission for web publication: Yes
Title of publicatio <b>Minnesota-model in the treatment of alcoholism</b> Effect on alcoholism recovery		
Degree programme Bachelor`s degree		
Supervisor(s) Salla Grommi, Hannu Piispanen, Hannele Tyrväinen		
Assigned by -		
Abstract  <p>The Minnesota model looks at alcoholism`s illness same way as the World Health Organization (WHO) and the United States doctors trade union (AMA). Alcoholism is the original, chronic, and ineffective fatal illness, characterized by the loss of control capability. A lack of mind and the body becomes dependent on getting alcohol. The progression of illness often includes repeated, or compulsive use, regardless of the social or health disadvantages of use. The Minnesota model is based on a 12-step program.</p> <p>The purpose of the thesis is to describe research information on the effectiveness of the Minnesota model. The aim of the thesis is to gather information about the treatment of the Minnesota, its effectiveness and to but in to use of nursing staff and students.</p> <p>A descriptive literature review in which the analysis of the material has been implemented the theme. The results rose to four themes: Sober, communality, improved quality of life, finding life management and resource.</p> <p>The results also bring different treatment results and responses to the Minnesota treatment model, which models are rare also nominated for Minnesota treatment, but whose operations are not fully based in accordance with the primary Minnesota treatment. These models are examined separately by bringing their various ideas, specifically for ethicality and reliability.</p>		
Keywords/tags (subjects)  Substance dependence, alcoholism, Minnesota-treatment in Lapua, alcoholism chronic disease, Hazelden and Minnesota-model.		

## Sisältö

<b>1</b>	<b>Johdanto .....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Alkoholismi .....</b>	<b>3</b>
2.1	Alkoholismin määrittely .....	3
2.2	Alkoholismin esiintyvyys ja alkoholismin syyt.....	5
2.3	Kemiallinen riippuvuus solutasolla ja lääketieteen näkökulmasta .....	6
2.4	Alkoholismin hoito psykiatrian sekä käypä hoito -suosituksen näkökulmasta.....	7
<b>3</b>	<b>Minnesota-hoito.....</b>	<b>8</b>
3.1	Minnesota-hoidon määrittely .....	8
3.2	Minnesota-hoidon vaiheet .....	9
3.3	Läheisten hoidollinen osuus sekä läheisviikonloppu .....	10
3.4	Jatkohoito .....	11
<b>4</b>	<b>Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys.....</b>	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>Opinnäytetyön toteutus .....</b>	<b>12</b>
5.1	Menetelmä .....	12
5.2	Tiedonhankinta.....	13
5.3	Aineiston analyysi.....	14
<b>6</b>	<b>Tulokset .....</b>	<b>15</b>
<b>7</b>	<b>Pohdinta.....</b>	<b>21</b>
7.1	Tulosten tarkastelu.....	21
7.2	Eettisyys ja luotettavuus .....	25
7.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	26
	<b>Lähteet .....</b>	<b>27</b>

# 1 Johdanto

On monien tekijöiden summa, että alkoholin käytöstä seuraa vakava-asteinen häiriö. Taipumus on perinnöllistä, mutta sen lisäksi ympäristötekijöillä voi olla perinnöllisyyttä suurempi merkitys. Myös yhteiskunta ja perinteet säätelevät alkoholin käyttöä. Suomessa humalajuomiseen suhtaudutaan myönteisesti, ja tällä katsotaan olevan merkitys alkoholikäytön yleisyyteen. Pitkäaikaisen ja runsaan alkoholin käytön seurauksena syntyy alkoholiriippuvuus. Alkoholiriippuvaisen tunnusomaiset piirteet ovat samat kuin päihderiippuvaisella: vastustamaton mieliteko juoda alkoholia, sietokyvyn lisääntymisen kehittyminen, ja tyypilliset vieroitusoireet laskuhumalassa, sekä vieroitusoireiden lievittäminen alkoholilla, tai muulla keskushermostoon vaikuttavalla kemikaalilla. Ajatukset ovat alkoholissa, sen hankkimisessa, käyttämisessä sekä vaikutuksessa, ja sen loppumisessa. (Kuoppasalmi, Heinälä & Lönqvist 2019.)

Minnesota mallinen hoitomuoto sai alkunsa Minnesotan osavaltion Willmarin kaupungin sairaalassa vuonna 1950. Hoitoa harjoitettiin Center City nimisessä kaupungissa, Minnesotan osavaltiossa, josta sittemmin alkoi Hazeldenin hoito-ohjelma, mikä taas yleisesti tunnetaan Minnesota-mallina. Hoito-ohjelma otettiin käyttöön myöhemmin muualla Yhdysvalloissa, ja myös maailmanlaajuisesti. Minnesota-hoidon tuloksellisuutta on tutkittu 60-luvulta lähtien, käyttäen haastattelumetodeja hoidon aikana ja jälkeen, esimerkiksi (Stinchfield & Owen 1998.) Minnesota-mallin vaikuttavuudesta olevat tutkimukset kohdistuvat Yhdysvaltoihin, Ruotsiin, Tanskaan, Suomeen sekä Irlantiin (Stinchfield & Owen 1998; Bodin 2006; Grønbaek & Nielsen 2006; Oinas-Kukkonen 2013; Gallagher, Radnall, O`Gara, Burke 2018).

Minnesota-mallista on tehty useita eri opinnäytetöitä, kuten Raitistuneiden alkoholisteiden kokemuksia Lapuan Minnesota-hoidosta (Olkkola & Salmela 2016), ja Läheisten osallistuminen päihdekuntoutukseen - kokemuksia Minnesota-hoidosta (Jyllilä 2020).

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata tutkimustietoa Minnesota-hoidon vaikuttavuudesta. Opinnäytetyön tavoitteena on kerätä tietoa Minnesota hoidosta ja

sen tuloksellisuudesta sekä vaikuttavuudesta hoitohenkilökunnan ja opiskelijoiden käyttöön.

## 2 Alkoholismi

Maailman terveysjärjestö WHO luokitteli alkoholismin sairaudeksi (ICD-10) jo 1950-luvulla (WHO, 1995). Morse & Flavinin (1992) mukaan Journal of the American Medical Association (JAMA) määritteli alkoholismin kahden vuoden työn jälkeen elokuussa 1992 seuraavasti:

*”Alkoholismi on primäärinen, krooninen sairaus, jonka kehitykseen ja oireisiin vaikuttavat geneettiset, psykososiaaliset ja ympäristölliset tekijät. Sairaus etenee usein asteittain ja johtaa kuolemaan. Siihen kuuluu luonteenomaisesti juomisen hallinnan menettäminen, ajatusten keskittyminen päihteeseen alkoholin haitallisista vaikutuksista huolimatta, sekä häiriintynyt ajattelukyky, lähinnä tilan kieltäminen. Jokainen näistä oireista voi olla jatkuva tai ajoittainen.”* (Morse & Flavin 1992.)

Päihderiippuvuutta on yritetty määritellä sairauskäsitteenä Yhdysvalloissa jo 1950-luvulta asti. Yli 200 vuoden ajan Amerikassa eri tutkijat ovat pohtineet kysymystä onko liiallinen huumeiden käyttö sairaus, käyttäytymishäiriö, tila, pahe, synti, rikos tai jokin näiden yhdistelmä. Asiaa ovat pohtineet eri sairauskonseptin kannattajat kuin kriitikotkin, kuten sairaudesta toipuvat ihmiset, lääkärit, psykiatrit, riippuvuustutkijat, riippuvuusneuvojat, alkoholi- ja huumeepoliittiset asiantuntijat sekä teologit, lakimiehet, koulutuksen ja liiketoiminnan johtajat. (White, Boyle & Loveland 2002.)

### 2.1 Alkoholismin määrittely

Alkoholismi on krooninen sairaus. Sairastavalla mieli ja elimistö tulee riippuvaiseksi alkoholin saamisesta. Suuri osa lääkäreistä ja maallikoista ei perimmiltään pidä sitä sairautena. (Huttunen 2018a.)

Keskeisimpiä käsitteitä ovat suurkuluttaja, alkoholisti tyyppi 1, ja tyyppi 2, sekä raitis. Suurkuluttaja, ja tyyppi 1, sekä 2 ovat määritelmiltään samanlaiset eri alkoholismien hoitomuodoissa ja Minnesota-mallin välillä. Minnesota-mallissa korostetaan käsitettä ”raitis”, mikä on myös hoidon ainoa tavoite. Suurkuluttaja viittaa henkilöön, jonka päihteen kulutus on suurempaa kuin mitä ”sosiaalisella juomisella” tarkoitetaan. Termi ei käsitä kemiallista riippuvuutta, mikä on olennaisin asia. (Söderling 1995, 186.)

Tyyppin 1 alkoholisti on nimitys henkilölle, joka sairastaa alkoholismia. Sairastavan henkilön ei tarvitse olla aktiivinen päihteiden käytössä. Sairaus kestää koko elämän ja on olemassa aktiivisena tai latenttina, vaikka henkilöllä olisi vuosikymmeniä raittiutta takanaan (Söderling 1995, 125). Cloningerin ja muiden (1992, 12) mukaan tyyppi 1 syndrooman oireet alkavat 25-vuoden ikävuoden jälkeen. Uuteen suhtautumisessa esiintyy passiivisuutta ja jäykkyyttä. Tyyppi 1 on myös riippuvainen sosiaalisista yhteyksistä ja niissä hyväksytyksi tulemisesta. (Cloninger, Sigvardsson, Gilligan, Knorrning, Reich & Bohman 1989.)

Alkoholismien tyyppin 2 henkilö ei peittele riippuvuuttaan vaan sen sijaan käyttää päihteitä avoimesti ja julkisesti. Sosiaalisesti hän on ulkopuolinen ja saa elantonsa mitä todennäköisimmin yhteiskunnan eri tukimuodoilla. (Söderling 1995, 177-178.) Tyyppin 2 alkoholistin (Cloninger ym. 1989, 12) syndrooman oireet alkavat jo ennen ikävuotta 25. Luonteeltaan kakkostyyppin alkoholisti on helposti innostuva ja impulsiivinen, antisosiaalinen, sekä muista piittaamaton. Tyyppin 2 alkoholismia esiintyy pääasiassa miehillä. On myös esitetty näiden persoonallisuuksien eroavan keskushermoston eri välittäjäaineiden eroavaisuuksien vuoksi, mitkä puolestaan säätelevät alttiutta alkoholin vaikutukselle. (Sillanaukee, Mäkelä, Kianmaa & Seppä 1996.)

Alkoholin aiheuttamat vieroitusoireet ovat vaihtelevia. Alkoholivieroitusoireet ilmenevät henkilön lopettaessa pidempään jatkuneen päivittäisen käytön, tai vähentäessä runsasta ja jatkuvaa alkoholin käyttöä. Vieroitusoireet alkavat 4-12 tunnin kuluttua käytön lopettamisesta tai vähentämisen jälkeen. Oireilu loppuu 4-5 vuorokauden jälkeen. Pitkäaikaisen käytön oireet ahdistuneisuus, unettomuus ja

ärtyneisyys voivat kestää jopa viikkoja. Oireina tyypillisimmät alkoholivieroitusoireyhtymän tuntemukset ovat hikoilu, takykardia, käsien vapina, unettomuus, ahdistuneisuus, pahoinvointi sekä oksentelu. Näiden lisäksi liikkeisiin liittyy motorinen kiihtyneisyys, joskus jopa hetkelliset aistiharhat, tai epileptiset kouristukset. Joillakin oireyhtymä etenee delirium tilaan. (Huttunen 2018b.)

Alkoholismi muuttaa sairastavan henkilön käytöstä ja tunne-elämää. Alkoholisti voi olla myös käyttämättä alkoholia ja muita päihteitä, mistä olotilasta käytetään termiä nimeltä ”kuivahumala”. Kuivahumalan aikana alkoholisti pyrkii olemaan ilman päihteitä, mutta silloin hän samalla kärsii ärtyneisyydestä ja ahdistuksesta. Pelkän päihteen jättäminen ei siis tuo sairaudelle loppua. (Muukkonen n.d.) Kuivahumala termiä käytetään myös hoitotieteellisissä artikkeleissa, kuten esimerkiksi Oinas-Kukkonen (2013, 38) kuvaa väitöskirjassaan sen oireiksi rauhattomuuden, hermostuneisuuden ja vaikeuden keskittyä. Söderling (1993, 154) kuvaa kuivahumalaa taas refleksimäisenä assosiaatio tilana, mikä johtuu muistista. Päihdelinkin keskustelupalstalla on osuvasti kirjoitettu kuivahumalaa koskien seuraavanlaisesti:

*”Kuivahumalaa saattaa olla ympäristölle isompi haaste kuin juova alkoholisti. Kuivalle ominaista on itsekeskeisyys. Hän tuntee juomattomuutensa olevan uhraus, jonka vuoksi ympäristön pitää olla kiitollinen, ja palkita ja kunnioittaa häntä tämän uhrauksen takia. Juomattomuus antaa hänelle oikeuksia, joita muilla ei ole. Hän käyttää rehellisyys- käsitettä väärin. Rehellisyys oikeuttaa sanomaan toisille loukkauksia, koska hänhän on vain rehellinen arvostellessaan toisia. Muiden pitäisi toimia hänen ideologiaa mukaan, eikä hän hyväksy muunlaista ajatusmaailmaa. Onhan hän hyvä ihminen, ja harrastanut itsetutkiskelua, sekä lopettanut juomisen. Nämä tekevät hänestä yli-ihmisen, joka tietää oikean ja väärän, myös muiden elämässä.” (Päihdelinkki 2010.)*

## 2.2 Alkoholismin esiintyvyys ja alkoholismin syyt

Alkoholiongelma on Suomen käypä hoito -suosituksen mukaan (2018) eräs yhteiskunnan merkittävimmistä terveysuhista, jossa terveydenhuollolla on keskeinen



asema sen ehkäisyssä, havaitsemisessa ja hoidossa. Suomessa alkoholia käytetään määrällisesti keskitason verran, kun verrataan muihin Euroopan maihin. Eroavaisuus nähdäänkin kertakulutuksissa, mikä on runsasta. Suomessa on arviolta puolimiljoonaa alkoholin riskikäyttäjää, joista terveydenhuollon tilastojen mukaan miehiä on kaksi kertaa enemmän (Käypä hoito -suositus 2018).

Vuodesta 2014 lähtien oli Suomessa kulutus yksilöllisesti yli 15-vuotiasta kohden 11,2 litraa absoluuttista alkoholia (100 %) per henkilö, ja rahaa kansalaisilta kului 4,6 miljardia euroa. Samaisena vuonna kuoli 2411 suomalaista alkoholin käytön seurauksena, joista alkoholimyrkytyksiin, sekä eri alkoholisairauksiin menehtyi 1841 henkeä. Alkoholin käytöstä johtuvat kuolemat ovat jo kauan olleet yleisin työikäisten kuolemaan johtanut syy. (Kuoppasalmi, Heinälä & Lönqvist 2019.) Alkoholin käyttö kumminkin selkeästi laskenut, sillä vuonna 2020 Suomessa sataprosenttista alkoholia kulutettiin 9,2 litraa 15-vuotta täyttäneitä kohti. Alkoholin kokonaiskulutus on vähentynyt vuodesta 2007. (THL 2021.)

Alkoholismien periytyvyyttä on tutkittu jo pitkään. Perhe-, adoptio- ja kaksoistutkimuksissa käy ilmi, että ulkoiset tekijät ovat vahvasti mukana, ja perinnölliset tekijät vaikuttavat myös sairaudelle altistumiseen. Arvio onko alkoholismi perinnöllistä, riippuu määrittäytävistä, tutkitusta väestöstä, ja tutkimusasetelmasta. Alkoholismi on monitekijäinen kansantauti. Sairauden tiedetään kulkevan perheittäin. Mitä luultavammin on useita geenejä, jotka altistavat sairauteen. (Kaprio 2003, 119.) Tutkimukset kertovat genetiikan olevan yksi tärkeä tekijä alkoholismien puhkeamisen todennäköisyydessä. Lääketieteessä tehtyjen kaksoistutkimusten perusteella genetiikka selittää 40-60 % alkoholiriippuvuudesta. Poikkeavuutta huomataan myös solutasolla aivojen kemiallisessa toiminnassa alkoholismia sairastavalla henkilöllä. (Virkkunen & Naukkarinen 2000.)

### 2.3 Kemiallinen riippuvuus solutasolla ja lääketieteen näkökulmasta

Yksi teoria alkoholin farmakokinetiikasta eriteltynä alkoholistilla ja henkilöllä, jolla ei ole päihdesairautta, on Heikkilän (1995) kuvaama teoria. Henkilöllä, jolla ei ole päihdesairautta maksa muuttaa alkoholin toksiseksi asetaldehidiksi, mikä hajaantuu

nopeasti elimistössä etikaksi. Tämän jälkeen elimistö polttaa sen vedeksi ja hiilidioksidiksi, mikä taas poistuu elimistöstä hikirauhasten, hengityksen ja virtsan mukana. Alkoholisteilla alkoholi muuttuu nopeammin asetaldehydiksi, mutta tässä vaiheessa prosessia ilmenee eroavaisuus, ja asetaldehydi muuttuu hitaammin asetaatiksi eli etikaksi. Liiallinen määrä asetaldehydiä vaikuttaa endorfiinijärjestelmään, muodostaen aivojen välittäjäaineiden kanssa uusia voimakkaasti mieleen vaikuttavia aineita. Näitä aineita kutsutaan tetrahydroisokinoliiniksi (THIQ). Ainesosat käyttäytyvät morfiiniin kaltaisesti ja syrjäyttävät elimistön oman endorfiinin. Tämä viestii aivoille, että omaa endorfiinia ei enää tarvita ja sen tuotanto loppuu. Toisin sanoen THIQ syrjäyttää elimistön oman endorfiinin tuotannon. Näin alkoholisti saavuttaa mielihyvää enää vain uudella aineella ja käyttämällä päihdettä lisää. (Heikkilä 1995, 26-29.)

## 2.4 Alkoholismien hoito psykiatrian sekä käypä hoito -suositusten näkökulmasta

Suomen käypä hoito -suositus määrittelee alkoholin käytön riskirajaksi naisilla 12–16 ja miehillä 23–24 annosta viikossa. Tärkeimpänä diagnosointikeinona katsotaan olevan keskustelu potilaan kanssa. Apuna voidaan käyttää kyselylomakkeita ja laboratoriomittareita. Hyvän vuorovaikutustaitoisen hoitosuhteen katsotaan olevan yhteydessä hoitotuloksiin, Hoitosuhteessa on tärkeää luottamus ja vastakkainasetteluiden välttäminen. Hyvä hoitosuhde ja psykososiaalinen hoito ovat siis potilastyön perustana. Tämän lisäksi katsotaan lääkkeitä olevan tehoa alkoholin ongelmakäytön ja alkoholiriippuvuuden hoidossa. Päihdeongelmaisia hoidetaan Suomessa päihdehuollon erityispalveluyksiköissä ja sosiaalitoimissa, mutta myös kansalaisjärjestöillä on merkittävä rooli. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus, 2018)

Eri päihdehäiriöitä hoidetaan psykiatrisella hoidolla laajasti. Hoitopaikka määräytyy potilaan hoidon tarpeen mukaan, sekä alueittain. Päihdetyön tarkoitus on vahvistaa potilaan, ja hoitoyhteisön päihdeettömyyttä, sekä suojata tai poistaa päihteisiin liittyviä tekijöitä, jotka vaarantavat terveyttä sekä turvallisuutta. Päihdetyö on terveydenhuollon palvelu, ja se koostuu ohjauksesta, neuvonnasta, eri tutkimuksista, sekä hoito- ja kuntoutuspalveluista. Hoitoa toteutetaan päihdehuollon erityispalveluissa,

kuten A-klinikoilla, joissa järjestetään potilaalle yksilö-, perhe-, tai ryhmähoitoa, joissa tarvittaessa voidaan myös ohjata tarkempiin tutkimuksiin ja hoitoon. Klinikat ovat maksuttomia ja sinne voi hakeutua ilman ajanvarausta. Hoitoa toteutettavat myös katkaisuhoidoyksiköt, nuorisoasemat, kuntoutuslaitokset, sekä aiemmin mainittu A-klinikkasäätiön päihdesairaala. Ne tarjoavat katkaisu- ja vieroitushoitoja, sekä erityyppisiä psykososiaalisia palveluja. (Kuoppasalmi ym. 2019.)

### 3 Minnesota-hoito

#### 3.1 Minnesota-hoidon määrittely

Minnesota-hoito käsittää alkoholismien sairauksiksi samoin kuin Maailman terveysjärjestö (WHO) ja Yhdysvaltojen lääkäreiden ammattijärjestö (AMA). Alkoholismi on alkuperäinen, krooninen ja parantumaton kuolemaan johtava sairaus, jolle on luonteenomaista kontrollikyvyn menetys. Minnesota-hoidon mukaan alkoholismia ei tulla koskaan ymmärtämään, jos sairautta katsotaan liian suoraviivaisesti. Turvallisinta alkoholin määrällistä kulutusta, tai promillerajaa ei ole hyödyllistä tutkia. Vähäisinkin määrä päihdyttävää ainetta riittää aktivoimaan sairauden, jolloin alkoholistin keho vaatii ainetta lisää. Alkoholisti ei pysty säätelemään juomistaan, aloitettuaan hän ei lopeta. Promilleraja ei kerro alkoholistin päihtymystilasta mitään. Henkilö voi käytökseltään olla lähestulkoon ”selvä”, vaikka verestä mitattu alkoholipitoisuus on yli neljä promillea. Minnesota-hoidossa alkoholismia ei hoideta käyttäytymistieteiden ja psykiatrian näkökulmista, sillä kyseessä on alkuperäinen, krooninen sairaus, jossa päihteiden käyttö saa aikaan mieleltään sairaan käytöksen ja mielentilan, myös kun henkilö on selvänä. Alkoholismi aiheuttaa myös sosiaalisia ongelmia, mutta ei ole seuraus sosiaalisesta ongelmasta, ja tämän vuoksi Minnesota-hoidossa nähdään, että sitä ei myöskään kannata lähestyä sosiaalisena ongelmana. Alkoholisti ei näe omaa juomistaan, joten alkoholismien riskitiedoista kertominen on turhaa. Lääkkeelliseen hoitoon ei myöskään ole kannattavaa panostaa; estolääkkeet, ja rauhoittavat, sekä unilääkkeet ovat päihderiippuvaiselle päihtymisen jatke, ja nostaa päihtymystilaa. Oleellista on, kun alkoholisti juo, se miten juo tai käyttää päihteitä, sekä miten

päihde ohjaa ajatuksia. Alkoholismi ei ole seurausta juomisesta, mutta juominen on seurausta alkoholismista. (Minnesota-hoito n.d.)

Minnesota-mallin hoidon keskeinen tavoite on raittius. Söderlingin mukaan (1995, 176-177) yleisesti se käsitetään terminä, jolloin alkoholisti ei juo alkoholia. AA:n (anonyymit alkoholistit) ja Minnesota-mallissa se tarkoittaa päihteettömyyden lisäksi raitista elämää, jossa henkilö elää hengellistä ja laadukasta elämää. "Siksi sanotaan, että raittius ei ole tavoitteemme, vaan keino, jota käytämme pyrkiäksemme siihen". Hazeldenin klinikkaa perustettaessa, mikä on myös alkuperäinen Minnesota-hoidon perusta, määriteltiin raittius. Hoitotavoitteeksi täsmennettiin täydellinen pidättäytyminen mielialaa muuttavista aineista, ja parantunut elämänlaatu. (Stinchfield & Owen 1997, 670.)

### 3.2 Minnesota-hoidon vaiheet

Minnesota-hoito poikkeaa muista siten, että se on lääkkeetön, perustuen 12-askeleeseen, ja sitä toteutetaan vertaistuellisesti. Taulukossa 1 esitetään 12-askeleen ohjelma.

Taulukko 1. Kaksitoista askelta (Salaspuro, Kianmaa & Seppä 2003, 244.)

Myönsimme voimattomuutemme alkoholiin nähden ja että elämämme oli muodostunut sellaiseksi, ettemme omin voimin kyenneet selviytymään.
Opimme uskomaan, että joku itseämme suurempi voima voisi palauttaa terveytemme.
Päätimme luovuttaa tahtomme ja elämämme Jumalan huomaan – <i>sellaisena kuin hänet käsitimme</i>
Suoritimme perusteellisen ja rehellisen moraalisen itsetutkistelun.
Myönsimme väärin tekojemme todellisen luonteen Jumalalle, itsellemme ja jollekin toiselle ihmiselle.
Olimme täysin valmiit antamaan Jumalan poistaa kaikki nämä luonteemme heikkoudet.
Nöyrästi pyysimme Häntä poistamaan vajavuutemme.
Teimme luettelon kaikista vahingoittamistamme henkilöistä ja halusimme hyvittää heitä kaikkia. Hyvitimme henkilökohtaisesti näitä ihmisiä, milloin vain mahdollista, ellemm näin tehdessämme vahingoittaneet heitä tai muita.
Jatkoimme itsetutkistelua ja kun olimme väärässä, myönsimme sen heti.
Pyrimme rukouksen ja mietiskelyn avulla kehittämään tietoista yhteyttämme Jumalaan, <i>sellaisena kuin Hänet käsitimme</i> , rukoillen ainoastaan tietoa Hänen tahdostaan meidän suhteemme ja voimaa sen toteuttamiseen.

Koettuamme hengellisen heräämisen näiden askelten tuloksina yritimme saattaa tämän sanoman alkoholisteille sekä toteuttaa näitä periaatteita kaikissa toimissamme.

Minnesota-hoito tarjoaa apua alkoholisteille, lääkeriippuvaisille, huumeriippuvaisille, sekakäyttäjille, sekä läheisriippuvaisille. Hoito ei ole koskaan avohoitoa. Hoidollinen osuus alkaa perushoidosta, joka on vähintään 28 vuorokauden mittainen, jolloin potilaalla on mahdollisuus myös 30 päivän sairauslomaan, mikäli lääkärintarkastuksessa katsotaan sen olevan tarpeen. Näin hoitoon tullut potilas on oikeutettu Kelan sairaspäivärahaan maksimissaan 30 päivälle. Perushoidossa potilas alkaa kokemaan päihteetöntä ja raitista elämää. Hoito toteutetaan vertaistuellalla, jossa ryhmä koostuu potilaista ja päihderiippuvuudesta toipuneista työntekijöistä. Päivittäinen ohjelma sisältää vähintään yhdeksän tuntia terapiaa, alkaen aamumietiskelystä, mikä on enimmäkseen henkilökunnan ohjaamaa. Päivän ohjelma päättyy iltamietiskelyyn, joka kestää vähintään tunnin. Perushoidossa kolmannella viikolla potilas kertoo oman elämäntarinansa vertaistuen periaatteella. Läheisviikonlopun aikana potilas käy läpi päihderiippuvuuden negatiiviset seuraukset elämänsä osa-alueilta, ymmärtäen sairauden kokonaisuuden. (Minnesota-hoito n.d.)

### 3.3 Läheisten hoidollinen osuus sekä läheisviikonloppu

Päihderiippuvuuden negatiiviset vaikutukset heijastuvat lähipiiriin. Minnesota-klinikan mukaan omaisten tuntemukset ovat katkeruus, turhautuminen, häpeä, viha, pelko ja epätoivo. Tämän vuoksi hoitoa tarjotaan kokonaisvaltaisena hoitona myös läheisille, ja se kattaa myös jatkohoidon. Läheisviikonloppu on Minnesota-hoidon mukaan tärkein hoidollinen osuus, joka kestää perjantaista maanantaihin. Se koostuu perjantaina pidettävästä info-tilaisuudesta, jossa läheisille kerrotaan tietoa päihderiippuvuudesta. Lauantaina läheiset jakavat tuntemuksiaan vertaistuellisesti, ja iltatilaisuudessa heillä on mahdollisuus kertoa päihderiippuvaiselle, miltä päihteiden käyttö on tuntunut, ja mitä se on aiheuttanut. Potilaan on kuunneltava tarkkaan, eikä hän saa vastata, koska hänen on omaksuttava läheistensä puheet, ja osattava kertoa kuulemansa myöhemmin. Sunnuntai alkaa läheisillä omien päihderiippuvaistensa järjestämällä aamiaisella, jonka yhteydessä heille annetaan

tukea lähinnä keskustelemalla edellisillan tuntemuksista, ja mahdollisuutta ajatella tulevaisuutta. Maanantaina potilas kertoo itse, miltä sairastaminen on tuntunut, miten hän on kokenut läheistensä lauantai-illan puheet, sekä millä tavalla potilas aikoo jatkaa elämäänsä, jotta saavuttaisi täysin päihteettömän elämän. Hoitoklinikka kuvaa kohtaamista eheyttävänä ja helpottavana kokemuksena, niin läheiselle, kuin potilaalle myös. (Minnesota-hoito n.d.)

### 3.4 Jatkohoito

Minnesota-hoito jatkuu perushoidon jälkeen kerran viikossa tapahtuvilla istunnoilla, joihin myös niillä läheisillä, jotka osallistuivat läheisviikonloppuun, on mahdollisuus osallistua, sillä kyse on keskinäisestä ymmärryksestä. Tavoitteet, jotka koskevat myös omaisia ovat: kehittää persoonallisuutta, kypsyä tunne-elämään, sekä saada takaisin itseluottamus ja arvostus. Jatkohoito kestää 11 kuukauden ajan, ja toimii itseohjautuvana, mutta terapeutit osallistuvat tarvittaessa kokouksiin. Jatkohoitopaikkoja on yli kymmenellä eri paikkakunnilla. (Minnesota-hoito n.d.)

## 4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata tutkimustietoa Minnesota-hoidon vaikuttavuudesta. Opinnäytetyön tavoitteena on kerätä tietoa Minnesota hoidosta ja sen tuloksellisuudesta sekä vaikuttavuudesta hoitohenkilökunnan ja opiskelijoiden käyttöön.

Opinnäytetyön tutkimuskysymys on:

Millaisia tuloksia Minnesota-hoitomallilla saadaan?

## 5 Opinnäytetyön toteutus

### 5.1 Menetelmä

Opinnäytetyöni on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, sillä se sopii hajanaisiin tai pirstaleisiin aiheisiin. Menetelmänä se on myös hyvä tapa lisätä kyseisen hoitomuodon tietoisuutta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Olen koonnut aineiston siten, että sitä voi tarkastella ilmiölähtöisesti ja tarkoituksenmukaisesti suhteessa tutkimuskysymykseen. Tarkoitus on etsiä vastauksia tutkimuskysymykseen hyödyntäen ilmiön keskeisiä käsitteitä, ja tutkimuksien tuloksia, sekä tuoda pohdintaa eri kehityssuunnista. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 294-295, 297.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus menetelmänä on hyvä menetelmä toteuttaa opinnäytetyö, sillä se vastaa parhaiten laajaan tutkimuskysymykseen, missä ei varsinaisesti etsitä määrällistä vastausta. Minnesota-mallista on vain vähän tutkittua tietoa, tämän vuoksi on hyvä tehdä kuvaileva työ.

Kirjallisuuskatsauksessa ensimmäisenä vaiheena on tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen. Tämän jälkeen kirjallisuushaku ja aineiston valinta. Kun aineisto on koottuna on tulosten tarkastelun vaihe, mikä sisältää pohdinnan, sekä etiikan ja aineiston luotettavuuden arviointia. Lopuksi tuon esiin tulosten raportoinnin. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 23.)

Laadullisen tutkimuksen yksi tarkoitus on tuoda julkisuuteen uutta tietoa. Tutkimusta käytetäänkin silloin, kun siitä on vähän tai ei ollenkaan tutkittua tietoa, kuten myös tästä tutkimus kohteesta. On mahdollista käyttää laadullista tutkimusmenetelmää, kun halutaan uutta näkökulmaa ilmiöön. Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteihin kuuluu kysymykset mitä-, miksi- ja miten -kysymykset. Tutkimustehtävät tarkentuvat tutkimuksen edetessä. Tiedon määrittäminen. Eri merkitystä ilmentävät sanat aineistossa ja se on aina lähtökohtaisesti induktiivinen. (Kylmä & Juvakka 2007, 30-31.)

## 5.2 Tiedonhankinta

Aineistoa kirjallisuuskatsausta varten keräsin Cinahl, Pubmed sekä Google Scholar tietokannoista. Aineistoa on haettu seuraavanlaisilla hakusanoilla: päihderiippuvuus, alkoholismi, Minnesota-hoito Lapua, alcoholism chronic disease, Hazelden and Minnesota-model.

Taulukko 2. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

<p>Sisäänottokriteerit ovat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kokoteksti saatavilla suomi sekä englanti</li> <li>• aineiston tulee vastata tutkimuskysymykseen</li> </ul>	<p>Poissulkukriteerit ovat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ei kokotekstiä</li> <li>• muu kuin englannin tai suomen kieli</li> <li>• ei vastaa tutkimuskysymykseen</li> </ul>
---	--

Minnesota-hoidosta ei ole julkaistu paljon hoidon tuloksellisuudesta. Pubmed on ollut tuottoisin. Se tarjosi 27 tulosta hakusanoilla minnesota-model AND alcoholism, josta valitsin abstraktin perusteella 3 (ks. taulukko 3), hakusanoilla effectiveness of a `Minnesota Model` sain 2 hakutulosta, joista valitsin yhden (ks. taulukko 3), sillä se vastaa aineiston sisäänottokriteereihin (ks. taulukko 2). Google Scholar antoi 50 tulosta hakusanoilla minnesota-hoito ja alkoholismi, joista poissulkemalla opinnäytetyöt valitsin 2: väitöskirjan ja yhden tieteellisen artikkelin(ks. taulukko 3), loput 48 tulosta olivat opinnäytetöitä, pro graduja tai eivät vastanneet tutkimuskysymykseen. Cinahl ja Medic tietokantojen haut eivät tuottaneet tulosta. Minnesota-malli on lähtöisin Yhdysvalloista, jonka vuoksi lähdemateriaalia löytyy parhaiten Pubmed-tietokannasta. Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset ja niiden keskeiset tulokset on kuvattu liitteessä 1.

Taulukko 3. Tiedonhankinta

Tietokanta	Hakusanoilla saadut tulokset	sisäänottokriteerien julkaisut	Hyväksytyt julkaisut
------------	------------------------------	--------------------------------	----------------------



Pubmed	27	4	4
Google Scholar	50	2	2
Cinahl	-	-	-
Medic	-	-	-

### 5.3 Aineiston analyysi

Aineistoa analysoin tekemällä yhteenvedon haetuista tutkimuksista ja käymällä läpi sen yhteneväisyyksiä, sekä eroavaisuuksia. Aineisto on analysoitu laadullisella menetelmällä, jossa Minnesota-mallin tuloksellisuutta on verrattu myös perinteiseen hoitoon. Opinnäytetyön tutkimuskysymykseen vastaaminen perustuu temaattiseen analysointiin (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, 74.) Aineistolähtöinen analyysi on kokonaisuuden muodostamista koottujen tutkimuksien pohjalta. Artikkelit on valittu vastaamaan opinnäytetyön tutkimuskysymykseen sisäänottokriteerien mukaan. Kootut tutkimukset, ja niiden analyysi, auttavat löytämään lopullisen vastauksen, tuomatta työhön opinnäytetyön ulkopuolisia havaintoja, tietoa tai teorioita. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Lähtökohtana on aineisto, jonka olen hakenut aiheesta ja sen tuloksena on kuvaus ilmiöstä, joka on kohteena. Ideana on jäsentää luokittelemalla tutkittavan aineiston elementtejä, jotka tuon esiin eri teemoina. (Kylmä & Juvakka 2007, 29.) Tutustumalla ja tunnistamalla kerätyn aineiston, tekemällä muistiinpanoja, keräämällä kiinnostavat ja eri aineistoa yhdistävät asiat, on voitu lopuksi pelkistää kokonaisuus. Temaattinen analyysi on tehty haetuista tutkimuksista, joista alkuperäiset lauseet on saatettu lopulliseen ilmaisumuotoon. Lopuksi on kirjoitettu johtopäätökset. Aineisto on aluksi hajoitettu osiin, sitten se on käsitteellistetty, ja lopuksi koottu, sekä yhdistetty johdonmukaiseksi kokonaisuudeksi (Tuomi & Sarajärvi 2018, 141.)

Opinnäytetyön analysointi on viisivaiheinen. Ensimmäisessä vaiheessa on kuvattu tutkimuksen sisältö ja tutkimuksen tarkoitus sekä aineistokeruu menetelmät, josta

myös liitteenä aineiston tekijät, julkaisuvuosi, sekä niiden heikkoudet ja vahvuudet. Toisessa vaiheessa teksti luettiin läpi kahteen kertaan tehden merkintöjä, muodostaen teemoja, joista on muodostettu yhtäläisyyksiä. Yhtäläisyydet tuodaan esiin tarkasti, joista luodaan pelkistettyjä lauseita eri kategorioihin. Kolmannessa vaiheessa luodaan yksittäisistä tutkimuksista looginen kokonaisuus, jossa on pohdittuna yhtäläisyyksistä ja eroavaisuuksista. Lopuksi viimeinen vaihe, jossa katsaus kirjoitetaan lopulliseen muotoonsa, raportoiden tulokset. Raportissa on oleellista riittävä tarkkuus, jotta tutkimus olisi toistettavissa myös jonkun muun tekemänä, sekä mahdollistaa myös lukijoiden arvioida työn luotettavuutta. (Kylmä & Juvakka 2007, 29; Stolt ym. 2016, 30-32.)

Alussa artikkelit luettiin läpi useaan otteeseen, seuraavassa vaiheessa haettiin eroavaisuuksia käyttäen eri värejä, jonka jälkeen alkuperäiset lauseet pelkistettiin, pelkistetyistä ilmaisuista muodostettiin teemat, jonka jälkeen teemat aukikirjoitettiin. Laadullinen tutkimus etenee ilmiöstä käsitteisiin sekä käsitteiden välisistä suhteista teoriaosioon.

## 6 Tulokset

Tuloksista nousi neljä teemaa raittius, yhteisöllisyys, parantunut elämänlaatu sekä elämäntilanteen ja voimavarojen löytäminen.

Taulukko 4. Raittius

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Teema

<p><i>-Potilaat, jotka pysyivät raittiina ensimmäisen vuoden hoidon jälkeen, olivat enemmän motivoituneita raittiuteen ja osallistuivat enemmän AA:n ja NA:n kokouksiin hoidon jälkeen kuin "ei alkoholi riippuvaiset" (Bodin 2006, 41).</i></p> <p><i>-Motivoituneisuus hoitoon vaikuttaa raittiuden saavutukseen (Bodin 2006, 41).</i></p>	<p><i>-Motivoituneisuus</i></p>	<p><i>Raittius</i></p>
--	---------------------------------	------------------------

**Eri tutkimuksissa seuranta-ajan jälkeen raittiina pysyneiden osuus vaihteli 14 % ja 93.1 % välillä. (Keso & Salaspuro 1990; Oinas-Kukkonen 2013)**

Oinas-Kukkosen väitöskirjassa (2013, 61) viitataan Nimettömiin Alkoholisteihin, jossa potilaat kuvasivat ainoana päämääränään pysyä raittiina ja auttaa toisia alkoholisteja saavuttamaan raittius (ks. taulukko 4). Hazelden hoitometodin filosofia perustuu 12-askeleen ohjelmaan (Nimettömät alkoholistit), jonka lopullinen tavoite on raittius (Stinchfield 1998, 674). Kun raittius on hoidollisesti tavoitteena ja AA-filosofia lisättiin hoitomalliin, menetettiin kyky ennustaa riippuvuutta. Tämä löydös johtunee todennäköisemmin siitä, että riippuvuuden vakavuus korreloitui hoidon tavoitteen kanssa, niillä joilla oli päämääränä täysi raittius oli korkeampi kynnyksellä kiinni tavoitteesta pysyä raittiina kuin muilla (Bodin 2006, 33.) Keso ja Salaspuro tekivät satunnaisen kliinisen tutkimuksen Helsingissä (1990) Hazelden hoito-ohjelmasta, jota verrattiin perinteiseen psykiatriseen hoitomenetelmään. Tutkimuksessa rekrytoitiin 141 potilasta, jotka satunnaisesti ohjattiin, joko Minnesota-hoitoon, mitä Hazelden hoidossa käytetään, tai "perinteiseen hoitoon". Perinteinen hoito koostuu sosiaalityön, ja psykiatrisen työn lähestymistavoista. Seuranta-arviointia tehtiin joka toinen kuukausi vuoden ajan. Lopputuloksena 14 % Minnesota hoitomallin (Kalliola)

käyneistä pysyi raittiina koko vuoden, ja perinteisen psykiatrisen hoidon (Järvenpää) käyneistä vastaavasti 2 %. (Keso & Salapuro 1990, 584,585, 587.)

Taulukko 5. Yhteisöllisyys

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaus	Teema
<p><i>-Hoitoa toteuttavan henkilökunnan jäsenet ovat itse toipuneita alkoholisteja (Oinas-Kukkonen 2013, 181).</i></p> <p><i>-Yksitoista työntekijää kahdestatoista ovat aktiivisia AA:n jäseniä (Keso &amp; Salapuro 1990, 584).</i></p>	<p><i>-Vertaistuen merkitys</i></p> <p><i>-Kokemusasiantuntijat työntekijöinä</i></p>	<p><i>Yhteisöllisyys</i></p>

Hoidon tärkeimmän osan muodostaa yhteisöllisyys (ks. taulukko 5), sekä yhdessä toimiminen, ollen siten olennainen osa hoidon peruskäsitteitä (Oinas-Kukkonen 2013, 118). Terapeutit ovat toipuneita alkoholisteja, jotka ovat olleet raittiina vähintään viisi vuotta sekä ovat saaneet psykoterapiakoulutusta kahden vuoden ajan (Grønbaek & Nielsen 2007, 102). Hoidon moniammatilliseen tiimiin kuuluu potilas ja hoitoa antava päihdeterapeutti, jotka ovat keskeisessä roolissa. Hoitoa toteuttavan henkilökunnan jäsenet ovat itse toipuneita alkoholisteja, ja kykenevät siksi toimimaan vertaisina perushoidon ajan. Keskeisimpään rooliin hoidossa kuuluvat myös läheiset, joiden osuus alkaa läheisviikonlopussa. Perushoito tapahtuu non-stop-periaatteella, näin potilas näkee kehityksen kulun myös muiden potilaiden kohdalla. Perushoito sujuu yhdessä muiden potilaiden kanssa, jolloin saadaan jaettuja kokemuksia. (Oinas-Kukkonen 2013, 76.)

AA-kokoukset perustuvat vastavuoroiseen terapeuttiseen suhteeseen, jossa jaetuista kokemuksista muuttuu yksityisestä yhteisölliseksi voimavaraksi, samalla alkoholisti tiedostaa ettei ole yksin päihdeongelmansa kanssa (Oinas-Kukkonen 2013, 56).

Taulukko 6. Parantunut elämänlaatu

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Teema
<p><i>-Merkittäviä parannuksia nähtiin perhesuhteissa, psyykkisessä hyvinvoinnissa ja rikollisuuden vähentymisessä ensimmäisen vuoden seurannassa (Bodin 2006, 41).</i></p> <p><i>-Yli puolet potilaista kertoivat terveydentilansa kohentuneen, sekä saaneen paremman suhteen läheisiinsä (Oinas-Kukkonen 2013, 279).</i></p> <p><i>-Juomattomuuttakin tärkeämmäksi yläkäsitteeksi voidaan nostaa se uudenlainen elämänlaatu, joka on alkoholismin hoidosta on seurauksena (Oinas-Kukkonen 2013, 279).</i></p>	<p><i>-Koettu kohentunut terveydentila</i></p> <p><i>-Vähentynyt terveystalvelujen käyttö</i></p> <p><i>-Parantunut suhde läheisiin</i></p>	<p><i>Parantunut elämänlaatu</i></p>

Raittiuden saavuttamisen jälkeen katsotaan sosialisten ja terveydenhuoltoon liittyvien asioiden vahvistavan raittiina pysymistä (Bodin 2006, 6). Minnesota-hoidon lopullisena tavoitteena on potilaan täysivaltainen eläminen yhteiskunnassa, jossa hän kantaa vastuun omasta, ja läheistensä hyvinvoinnista rasittamatta sosiaali- ja terveyspalveluita tavanomaista enempää. Päihdevapaassa elämässä alkoholistille on muutakin kuin humalan nousu ja krapulasta selviäminen. Haastattelussa selviää, että potilaat olivat kokeneet ison muutoksen elämässä, jossa pelkotilat olivat vähentyneet, elämänlaatu oli parantunut sekä itsevarmuus ja luottamus olivat kasvaneet. (Oinas-Kukkonen 2013 ,75, 206)

Taulukko 7. Elämänhallinnan ja voimavarojen löytyminen

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Teema
-Hoidossa jaetaan ja vastaanotetaan kokemuksia alkoholismista sairautena, joka on tarkoitus antaa myös omaisille (Stinfield & Owen 1998, 674, 675).	- Alkoholismin hyväksyminen sairautena  -Tiedon saaminen sairaudesta  - Vertaistuki	Elämänhallinnan ja voimavarojen löytyminen
-Hoidon filosofia perustuu 12-askeleen ohjelmaan, jossa korostetaan kolme ensimmäistä vaihetta. (Grønbaek & Nielsen, 2006, 382).	-12- askelta ja hengellisyys  -Vastuunotto, sairauden hoito sekä sen hyväksyminen. Omien voimavarojen löytäminen ja usko onnistumiseen	
-Minnesota-mallin kolme peruskulmakiveä ovat: 1. En ole syyllinen riippuvuuteeni. 2. En voi kontrol-		

<i>loida sairautta. 3. Alkoholistista ei voi parantua (Oinas-Kukkonen 2013, 77, 183.)</i>		
---	--	--

Saavuttaakseen tämän kuntoutuksen tuloksen, käyttää Minnesota-hoito Lapua korkeaa strukturoitua hoitoa, johon kuuluu luentoja alkoholin fysiologiasta. Luennot sisältävät tietoa alkoholisteista, ja miten alkoholisti ajattelee. Potilasta autetaan pois syyllisyydestä mutta ei vastuusta auttamalla hyväksymään sairaus ja seuraukset, jota hän sairastaa. (Oinas-Kukkonen 2013, 77, 183.) Minnesota -hoidosta käytetään nimeä ”todellisuusterapia”, sillä se käsittelee päihderiippuvaisen, ja läheisen puutteellisen tiedon varassa elettyä arkielämää seurauksineen. Todellisuusterapian kaksi elementtiä muodostuu antamalla tietoa päihderiippuvuudesta sairautena, ja tämän sairauden luonteesta, jonka perustaksi sitten rakennetaan terapia. Tiedonannon lisäksi potilaalta edellytetään olevan voimavaroja ottamaan vastuun hoidostaan. Hoidossa annetun tiedon uskotaan käynnistävän tarvittavan muutoksen. Tiedonannossa potilasta autetaan pois syyllisyyden tunteesta, mutta ei sairauden hoitamisen vastuusta, mikä tapahtuu vertailemalla päihderiippuvaisen ja tavallisen henkilön elämää. Tavoite onkin saada potilas kohtaamaan, käsittelemään ja hyväksymään sairaus, jota hän sairastaa, sekä sen tuomat seuraukset. On välttämätöntä ymmärtää kemiallinen riippuvuus, ja sen sitkeys sekä pysyvyys, jotta sairaus pysyisi latenttina, sillä toipumisprosessin alettua, halu päihteisiin ja retkahdukseen, ovat uhkana. Potilaan on opittava kuuntelemaan omaa kehonsa ”kuivahumala” merkkejä, sekä ymmärrettävä termin ”kuivan” merkitys. Todellisuusterapia eroaa muihin hoitomenetelmiin siten, ettei siinä pyritä tietoisesti muuttamaan potilaan käytöstä, vaan potilas itse oppii soveltamaan saatua tietoa, ja sitoutumaan hoidon läpiviemiseen (ks. taulukko 7). (Oinas-Kukkonen 2013, 75–79.)

AA-ohjelman keskeiset kolme vaihetta käsittelevät alkoholismin hyväksymistä progressivisena sairautena ja, jota tahdonvoimalla ei voida kontrolloida, vaan pidättäytymällä ja antautumalla korkeammalle voimalle, saavuttaakseen raittiuden

(ks. taulukko 7) (Bodin 2006, 8. Grønbaek & Nielsen 2007, 102.) Avoin hengellisyys palauttaa ja avaa myös uusia ihmiskontakteja. Hengellinen herääminen ei vaadi äkillistä ”Jumala-tietoisuutta” tai äkillisiä uskonnollisia muutoksia. Kyseessä on lähinnä ”opiskellen hankittu” syvälinen muutos suhteessa elämään. Hoitomalli tavoittelee nostamaan potilaan henkiset voimavarat sairauden yläpuolelle. Tavoitteena on raittiuden tuoma parempi elämä (Oinas-Kukkonen 2013, 68.) 12-askeleista, askeleet 1–3 ovat päättäväiset askeleet, jotka pitävät sisällään: Tunnustuksen voimattomuuteensa vastustaa alkoholia, tarve saada apua sekä antautumisen Jumalan käsiin, mikä on jokaiselle henkilökohtainen. Askeleet 4–9 (toiminta-askeleet) pitävät sisällään oman moraalien inventaariosta kirjoittamisen ja sen jakaminen, jollekin toiselle, sekä kääntymällä oman henkilökohtaisen Jumalan puoleen ja korjaamalla toisille tehdyt vääryydet. 10–12 askeleet ovat niin sanotut huoltoaskeleet, ne pitävät sisällään jatkuvan itsetutkiskelun, itsensä muuttamisen, sekä syventävän suhteen omaan henkilökohtaiseen Jumalaan rukoilemisen ja mietiskelyiden kautta, sekä vieden AA-sanoman eteenpäin toisille alkoholisteille. (Bodin 2006, 12)

## 7 Pohdinta

### 7.1 Tulosten tarkastelu

Minnesota-hoitolaitosten maailmanlaajuiset julkiset hoitotulokset ovat harvinaisia, mutta silti tarpeellisia positiivisten tuloksien vuoksi. Tuloksia kerrattaessa kiinnittyy tärkein huomio niiden objektiivisuuteen; tutkimukset, joita on tehty Minnesota-hoitomallista toteuttavat mallia hyvinkin eri tavoilla. Esimerkiksi Stinchfield & Owen artikkelissa (1998, 670–671) Keson ja Salaspuron (1990) tutkimus osoittautui olevan Myllyhoito Oy:stä (Kalliolan klinikka), jonka hoidon toiminnassa jatkohoito kestää ainoastaan yhden viikon. Potilaat ohjataan perushoidon jälkeen AA- tai NA kokouksiin, joissa käynti on omaehtoista. Jatkohoito on yksi oleellisimmista tekijöistä Minnesota-hoidon toteutuksessa, ja sen onnistumisessa. Tulos on heikoin näistä kaikista edellä mainituista tutkimuksista, 14 %. Tästä huolimatta, Ekholmin mukaan (Salaspuro ym.



2003) ero on silti perinteiseen laitoshoitoon merkittävä. Tutkimukseen oli valittu 141 potilasta. Positiivista on kuitenkin ammatillinen tausta, jonka Myllyhoidon henkilökunta omaa.

Projekti-MATCH tutkimuksen perusteella eri hoitomuotojen välillä oli vain vähän eroja tilastollisesti merkityksellisiksi katsottuina. Nämä erot viittasivat 12-askleen ohjelmalla saavutettavan vain hieman parempia tuloksia verrattuna kognitiivis-behavioraaliseen tai motivoituneeseen terapiamalliin. Tekijät totesivat yhteenvedossa, että näiden kolmen hoitomuodon välillä ei ollut kliinisesti merkittäviä eroja niiden vaikutuksista alkoholin käyttöön avohoito- tai jälkihoito potilailla. Vaikka Minnesota-mallia on oikeutetusti kritisoitu tutkimuksen puutteesta tehokkuuden suhteen, tämä tarkkaan tehty tutkimus (Project MATCH resourch group 1997) viittaa siihen, että 12-askleen lähestymistapa on yhtä tehokas kuin muut, ja että joillakin potilailla sillä saavutetaan parempia tuloksia (Stinchfield & Owen 1998, 670–672.)

Hazeldens outcome-tutkimuksessa (Stinchfield & Owen 1998 ,677) hoidon yhden kuukauden jälkeen 77 % pysyi täysin raittiina, kuuden kuukauden jälkeen 76 %, ja vuoden seurannan jälkeen 53 % potilaista. Potilaiden motivaatiosta kertoo se, että enemmistö vielä ensimmäisen vuoden jälkeen osallistui AA-ryhmien kokouksiin 1–3 kertaa viikossa. Yli puolet potilaista kertoivat terveydentilansa kohentuneen, sekä saaneen paremman suhteen läheisiinsä (1998, 677). Kyseinen tutkimus on laaja käsittäen 1083 potilasta. Hazelden Foundation on hoitanut yli 100000 päihderiippuvaista, ja heidän läheisiään viidenneskymmenen vuotisen olonsa aikana. Oikein ajoitettuna, sekä kohdistettuna, työtapojen katsotaan tuottavan jopa yli 95 prosenttisesti pysyviä hoitotuloksia. (Ekholm 1999, 69.)

Suomalaisen Minnesota-hoito Lapuan tuloksellisuutta tuo julki Oinas-Kukkosen väitöskirja: Alkoholistin ja hänen läheisensä samanaikainen toipuminen vapauttavana oppimisprosessina Minnesota-Hoidossa (2013). Tulos on varsin positiivinen 93,1%, ja se on tehty 180 potilaasta, joista viides retkahti ensimmäisen vuoden aikana, ja kahdesta potilaasta ei saatu tietoa. Mikäli heidän oletetaan retkahtaneen olisi retkahtaneita ollut 37 (20,6%). Näin ollen potilaita, joilla ei ollut retkahdusta, olisi ollut 143 (79,4%). Merkittävää on, että ensimmäisen vuoden jälkeen tilanne on

pysynyt vakaana. 27 potilasta retkahti perushoidon jälkeen (28 päivää), potilaat itse ilmoittivat rekahtaneensa. Lyhin retkahdusaika oli kaksi viikkoa, ja pisin 11 kuukautta. Ensimmäisen vuoden aikana, ja jälkeen, retkahti yhteensä 35 potilasta. Hoidon vaste nähdään siis vasta vuoden jälkeen, kun hoito on loppunut (Oinas-Kukkonen 2013, 203.) Oinas-Kukkosen tutkimus osoittaa, että Minnesota-hoito Lapua on yksi niistä, mitkä toteuttavat Minnesota-mallia kokonaisvaltaisesti, ja todistaa näin Ekholmin (1999, 69) 95 % hoitotavoitteen saavuttamisen mahdolliseksi. Tutkimuksen yhteen-  
veto on mitattu vain potilaista, jotka ovat käyneet hoidon loppuun asti. Mikäli tulos laskettaisiin siten, että kaikki potilaat (180) olisivat mukana olisi tulos 74 % vuoden seurannan jälkeen. Tulos olisi näin laskettu: 180 potilaasta, joista 134 potilasta pysyi raittiina vuoden hoidon jälkeen, ja jotka jaettaisiin kaikista potilaista (134:180:  $0.74444 > 0.74$ : 74 %), joista tutkimus on tehty.

Retkahtaneista kuusi kymmenestä koki läheiskohtaamisen merkittäväksi, kun ei-retkahtaneista lukema oli yhdeksän kymmenestä. Läheisten huolen ja tuskan ymmärsivät vain ei-retkahtaneet. Naisten keskeyttämiset olivat 13,5 %, ja miesten 22,3 %. Naisten keskeyttämiset jatkohoidon aikana, sekä sen jälkeen, olivat vähäiset. Yksi merkittävä ero naisten ja miesten välillä oli lapsuuden äitisuhteessa; miehet kokivat sen naisia useammin hyväksi. Eroavaisuus selittyy osittain sillä, että naisten tunte-  
mukset ovat jo lapsuudessa voimakkaampia kuin miesten, joten he kokevat uhkateki-  
jät miehiä voimakkaammin. Miehet taas ovat luonteeltaan yleensä naisia uteliaampia asioihin, kuten alkoholiinkin. (Oinas-Kukkonen 2013 250, 257.)

Tuloksissa tanskalaisen tutkimuksen (Morten Grønbaek<sup>1</sup> & Bent Nielsen 2006), jossa hoito on otsikon (Day clinic)mukaan toteutettu pelkästään päiväklinikka tyyllisesti eri periaatteella, eikä ole siinä tapauksessa täysin vertailukelpoinen muiden hoitotulosten kanssa. Sen tutkimuksessa ei myöskään aina ilmene mistä hoitolaitoksista on kyse. Minnesota-mallia käyttää moni hoitolaitos, mutta ei kokonaisvaltaisesti, vaan osittain, tai eri periaatteella.

Ruotsalainen tutkimus; The Minnesota model treatment for substance Dependence: Program evaluation in a Swedish setting (Bodin 2006, 20), tulos Minnesota-klinikoista Ruotsissa antaa positiivista osviittaa tuloksellisuudesta, 56% saavutti raittiuden

vuoden seurannan jälkeen. Tutkimuksessa oli mukana potilaita, jotka olivat alkoholin- ja päihteiden käyttäjiä, sekä molempien suurkuluttajia. Tulokset kumminkin ovat osittain avohoitopotilaista, joten ne eivät anna täysin realistisia tuloksia, vaan sen sijaan suuntaa antavia.

Irlantilainen tutkimus; Effectiveness of a national 'Minnesota Model' based residential treatment programme for alcohol dependence in Ireland: outcomes and predictors of outcome` on sopiva tutkimus kertomaan hoitomallin tehokkuudesta tuloksellisesti. Merkille pantavaa tuloksissa on se, että on katsottu hyväksi tulokseksi kun henkilö, jolla on alkoholiriippuvuus palaa juomaan, mutta juominen on kontrolloitua (Gallagher ym. 36, 2018). Tämä on ristiriitaista, sillä se ei ole koskaan Minnesota-hoito Lapuan mukaan kontrolloitua, kuten tässä opinnäytetyössä käy ilmi. Tämä tieteellinen artikkeli kertoo, että Minnesota-malli on yhtä tehokasta verrattuna muihin maihin Euroopassa, mutta toteaa myös, ettei tuloksia voida verrata aiempiin tuloksiin. Lääketieteellisistä mittareista Audit-kyselyn riippuvuusmerkit oli ainoa merkittävä muuttuja. Näiden mittareiden oli tarkoitus antaa osviittaa siitä voiko alkoholismia ennakoida graafisesti (Gallagher ym. 38-39, 2018.) On ilmeistä, että saadaan erilainen lukema määrällisesti, jos henkilö lopettaa tai vähentää juomista.

Tanskalaisen tutkimuksen (Morten Grønbaek1 & Bent Nielsen 2006, 387) mukaan Minnesota-hoito on tehokkaampaa pidättäytymistä päihteistä pidemmällä ajanjaksolla kuin perinteinen hoito, tosin myös kalliimpaa. Minnesota-päiväklinikan kokonaishinta on 25000 DKK (2322 puntaa), ja perinteinen hoito on taas 9366 DKK (870 puntaa). Suomessa Minnesota-hoito Lapuan hinta on 6500 euroa, ja mikäli hoito keskeytyy, niin 232,15 euroa peritään jokaiselta hoitoa kestäneeltä vuorokaudelta (Minnesota-hoito N,d.). Hoito on kallista ja sillä on varmasti vaikutus hoitoon hakeutumiseen. Toisaalta, kun ajatellaan alkoholistin rahallista kulutusta päihteisiin tämä on hyvin vähäistä, ja taloudelliselta näkökantilta järkevää sijoitusta tulevaa ajatellen. Minnesota-hoito Lapua ei myöskään saa minkäänlaista taloudellista tukea kunnalta, ja siksi joutuneet pitämään hoitomaksun korkeana yrityksen kulujen vuoksi.

Julkishallinnon maksusitoumukset eri sairauksien hoitoihin myöntää Kela, ja suljettuihin päihdekuntoutuksiin taas sosiaalitoimistot (Oinas-Kukkonen 2013, 174). Sosiaali-

ja terveyspalvelut eivät ole luokitelleet Minnesota-hoitoa valtakunnalliseksi palveluntuottajaksi Suomessa, niin riippuu kotikunnan virastojen määrärahoista, voidaanko myöntää sosiaaliavustusta, tai kuntoutustukea päihderiippuvaisille, jotka haluaisivat mennä hoidettavaksi Minnesota-mallia käyttäviin hoitolaitoksiin.

## 7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Päihderiippuvuus on aiheena arka, lähinnä sen aiheuttaman stigman vuoksi. Tämän vuoksi kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä on perusteltua. Mitä enemmän tietoa alkoholismista tulee ihmisten tietoisuuteen, sitä helpompaa on työskentely tällä saralla. Virallista toimeksiantajaa ei ole opinnäytetyölle. Myöskin kaikissa lähteissä on joko käsitelty riippuvuutta avoimesti, tai sillä tavalla, että se ei kohdistu kehenkään yksilöön. (Kohonen ym. 2019, 7-8, 13.)

Esitän tietoa hyvien käytäntöjen edistämiseksi kliiniseen päihdetyöhön ja koulutukseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Opinnäytetyö koostuu tieteellisistä artikkeleista, väitöskirjoista, sekä julkisista tutkimustuloksista. Lähteet ovat luotettavia, ne ovat ajankohtaisia, sekä niitä käytetään yhä laajasti tuomaan vakuuttavuutta eri tieteellisiin artikkeleihin. Lähteitä käytetään myös hoidon/mallin perustana. Aineistoa on kuvattu mahdollisimman paljon omin sanoin, ja kunnioitettavasti. Aineistoa on kerätty monipuolisesti, käyttäen suomalaisia, että ulkomaalaisia tietolähteitä. Opinnäytetyössä ei ole potilasaineistoa, eikä toiminnallista osuutta. Aineistoa ei ole harhaanjohtavaa eikä sitä ole vääristelty alkuperäisestä lähteestä, kunnioittaen hyviä tieteellisiä käytäntöjä (Varantola ym. 2012.)

Kirjallisuuskatsauksen aineiston luotettavuus ja osuvuus näkyy raportin tekstissä, siihen rakentuvassa viestinnän vakuuttavuudessa. Sen tarkoittaessa lähdevalinnan, sekä lähdekritiikin sisällyttämisen aineiston käsittelyyn ja kuvaukseen, esimerkiksi esitellen kyseistä kirjallisuutta, ja valinnan perusteita suhteessa opinnäytetyön tutkimuskysymykseen. Kangasniemen mukaan (2013, 292-295) kuvailevaa kirjallisuuskatsausta on kritisoitu tutkimusmenetelmänä subjektiivisuuden ja sattumanvaraisuuden vuoksi. Toisaalta menetelmän vahvuutena on pidetty sen

argumentoituutta, ja mahdollisuutta perustellusti ohjata tarkastelua tiettyihin erityiskysymyksiin. Kirjallisuuskatsauksen vaiheiden ja erityispiirteiden täsmentäminen auttaa kehittämään menetelmää, ja parantaa sen hyödynnettävyyttä.

### 7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Minnesota-mallin tutkimuksen käsittelyn haasteellisuus on ollut, kuten aiemmin on mainittu, aineiston vähyys. Myös ilmeni tutkimusten eroavaisuudet avohoitototeutusten ja kokonaisvaltaisten hoitojen suhteen, jotka hankaloittavat yhteenvetojen tekemistä. Tulos ei voi olla relevantti, jos osa tutkimuksista ei ole oikeaoppista Minnesota-hoitoa. Avohoidot vaikuttavat lopputuloksiin virheellisesti alentaen onnistumistulosta. Valitettavasti käypä hoito -suosituksissa on tällä hetkellä esitettyä tulos Minnesota-hoidosta niin, että epäsoveltuvat tutkimuksetkin ovat mukana (Simojoki 2015). Mielestäni hoitomallia tulisi tutkia enemmän ja pidemmällä aikavälillä, jotta nähdään hoidon todellinen vaste. Olisi esimerkiksi mielenkiintoista tietää minkälainen on hoidon vaste viiden vuoden jälkeen.

Hoidon lopputuloksen keskeisin eroavaisuus perinteiseen hoitoon verrattuna on kiuvan ja raittiin erotusdiagnostiikka, mitä saavutetaan enemmän Minnesota-mallilla (Simojoki 2015), siksi jatkotutkimuksen aihe on:

Jatkotutkimusaiheeksi sopisi vertaileva tutkimus, Minnesota-hoito Lapuan ja perinteisen hoitomallin välillä ja niiden tuloksellisuus.

## Lähteet

Alkoholiongelmaisen hoito. Käypähoito-suositus. 2018. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Julkaistu 21.8.2018. Viitattu 15.4.2020.

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50028#s7>

Bodin, M. 2006. The Minnesota model treatment for substance dependence: Program evaluation in a Swedish setting. Julkaistu 1.12.2006. Viitattu 20.11.2020.

<https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/39929>

Bodin, M & Römelsjö, A. 2006. Predictors of Abstinence and Nonproblem Drinking After 12-Step Treatment in Sweden. Viitattu 19.3.2021.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16536138/>

Cloninger, R. Sigvardsson, S. Gilligan, S. von Knorring, A-L. Reich, T & Bohman, M. 1989. Genetic Heterogeneity and the Classification of Alcoholism. Viitattu 8.4.2020.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3066194/>

Ekholm, H. 1999. Henkilökohtainen kokemus, EAP ja Minnesotamalli. Teoksessa: E.P.A. Työntekijän tuki yrityksen voimavarana. Helsinki. Myllyhoitoyhdistys: 66-73

Gallagher, C. Radnall, Z. O`Gara, C. Burke, T. 2018. Effectiveness of a national `Minnesota Model` based residential treatment programme for alcohol dependence in Ireland :outcomes and predictors of outcome. Viitattu 8.11.2020.

<https://www.drugsandalcohol.ie/27545/>

Grønbaek, M. Nielsen, B. 2007. A Randomized Controlled Trial of Minnesota Day Clinic Treatment of Alcoholics. Viitattu 20.5.2020.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17298645/>

Heikkilä, A. 1995. Riippuvuus-Valheiden verkko. 3. p. Helsinki: Tammi.

Huttunen, M. 2018a. Alkoholiriippuvuus (Alkoholismi). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 4.2020.  
[https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00196](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00196)

Huttunen, M. 2018b. Alkoholivieroitusoireyhtymä. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 17.7.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00197>

Jyllilä, M. 2020. Läheisten osallistuminen päihdekuntoutukseen -Kokemuksia Minnesota-hoidosta. Opinnäytetyö, AMK. Seinäjoen ammattikorkeakoulu, Sosionomi (AMK). Viitattu 9.9.2020.  
<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/335915/Opinn%c3%a4ytety%c3%b6%2014.4.2020%20VALMIS%20PDF.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Kangasniemi, M. Utriainen, K. Ahonen, S-M. Pietilä, A-M. Jääskeläinen, P & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Viitattu. 4.2020. <http://elektra.helsinki.fi/se/h/0786-5686/25/4/kuvailev.pdf>

Kaprio, J. 2003. Duodecim. Onko alkoholismi perinnöllistä? 119, 24, 2514-2519. Viitattu 10.4.2020. <https://www.duodecimlehti.fi/duo93995>

Keso, L & Salaspuro, M. 1990. Inpatient Treatment of Employed Alcoholics: A Randomized Clinical Trial on Hazelden-Type and Traditional Treatment. Viitattu 4.6.2021. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2221287/>

Kohonen, I. Kuula-Luumi, A & Spoof, S-K. 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunta. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje, 7-8, 13. Viitattu.13.4.2020.  
[https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden\\_eettisen\\_ennakoarvioinnin\\_ohje\\_2019.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf)

Kuoppasalmi, K. Heinälä, P. Löngqvist, J. 2019. Alkoholiin liittyvät häiriöt. Duodecim, oppiportti. Psykiatria. Viitattu 12.5. 2021. Alkoholiin liittyvät häiriöt - Duodecim Oppiportti

Minnesota-hoito. N, d. Viitattu 10.5.2020. Verkkajulkaisu. <https://www.minnesota-hoito.fi/minnesota-hoito/>

Morse, R. & Flavin, D. 10.1992. The definition of alcoholism. The Joint Committee of the National Council on Alcoholism and Drug Dependence and the American Society of Addiction Medicine to Study the Definition and Criteria for the Diagnosis of Alcoholism. Viitattu. 11.4.2020. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1501306/>

Muukkonen, M. Kantamo. N, d. Viitattu 9.9.2021. Verkkajulkaisu. <https://Kantamo.fi/alkoholismi/>

Oinas-Kukkonen, H. 2013. Alkoholistin ja hänen läheisensä samanaikainen toipuminen vapauttavana oppimisprosessina Minnesota-hoidossa. Väitöskirja. Oulun yliopisto, Kasvatustieteiden tiedekunta. Viitattu 11.4.2020. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526202969.pdf>

Olkkola, A. Salmela, J. 2016. Raitistuneiden alkoholistien hoitokokemuksia Lapuan Minnesota-hoidosta. Opinnäytetyö, AMK. Oulun ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 9.9.2020. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/108056/opinnaytetyo\\_olkkola\\_salmela.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/108056/opinnaytetyo_olkkola_salmela.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Saaranen-Kauppinen & A. Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 13.5.2020 <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/>

Salaspuro, M. Kianmaa, K. Seppä, K. 2003. Päihdelääketiede. 2.p. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus



Sillanaukee, P. Mäkelä, R. Kianmaa, K. & Seppä, K. 1996. Duodecim. Alkoholien suurkulutus ja alkoholismi, 20, 112. Viitattu. 11.4.2020.

<https://www.duodecimlehti.fi/duo60399>

Simojoki, K. 2015. Kahdentoista askeleen hoidon vertailu muihin hoitomuotoihin alkoholiongelmaisen hoidossa. Käypähoito. Viitattu 20.9.2020.

<https://www.kaypahoito.fi/nak04632#R7>

Tekijät	Tarkoitus	Menetelmät	Tulokset
<p>Stinchfield, R. Owen, P. 1998. Yhdysvallat.</p> <p>Hazeldens outcome</p>	<p>Laaja tutkimus Minnesota-mallin tuloksellisuudesta. Artikkelin sisältä seuraavat tutkimukset: Hazeldens outcome, Salaspuro ja Keso tutkimus, CATOR sekä Projekt Match</p>	<p>Hazelden treatment outcome- tutkimus on tehty 1128 potilaasta, jossa ikäero vaihteli 18–78 vuoteen. Kyseessä oli niin alkoholi-riippuvaisia, kuin myös päihteiden väärinkäyttäjiä. Seuranta toteutettiin puhelinoitoilla ja kirjeitse.</p> <p>Projekt MATCH research group (Nowinski, Baker, Carroll 1997) oli vertaileva tutkimus, jossa verrattiin kolmea eri hoitomuotoa. Vertailussa oli kognitiivisbehavioraalinen, motivationaalinen terapia, sekä 12-asteen ohjelma. Kolme hoitomuotoa käytettiin yksilöhoitossa 12 viikon ajan avohoito- ja jälkihoitopotilailla (osastohoidon jälkeinen hoito). Tiukkojen sisäänotto- ja poissulkukriteerien jälkeen tutkimukseen valikoitui 952 avohoito- ja 774 jälkihoitopotilasta, jotka saatu tunnistettiin yhteen kolmesta hoitomuodosta. Seurantadata kerättiin hoidon päättyessä kolmen kuukauden kohdalla, sekä 6, 9, 12 ja 15 kuukauden kohdalla ensimmäisestä terapiasta. Seurannan vastausprosentti oli yli 90 %.</p> <p>Hoffman ja Harrison tekivät tutkimuksen</p>	<p>(Hazelden treatment outcome- tutkimus 1998) Hoitotulos vuoden mittaisen hoitokurssin jälkeen oli 52.8 % (405), mikä määrä potilaista säilytti raittiuden, eikä retkahtanut. Vähäistä päihteiden käyttöä oli 34,8 % (267) potilaista, ja samankaltaista päihteiden käyttöä, kuin ennen hoidon aloitusta, oli 3.8 % (29), sekä lisääntyneitä päihteiden käyttöä oli 2.1 % (16) heistä.</p> <p>(Project Match 1990) Tutkimuksessa avohoitopotilaista 19 % pysyi raittiina ja 35 % vältti raskasta juomista vuoden seurannan ajan, eli 54 %:lla saavutettiin ”hyvä vaste”. Jälkihoitoryhmästä 35 % pysyi raittiina ja 25 % vältti raskasta juomista, eli yhteensä 60 %:lla saavutettiin ”hyvä vaste”.</p> <p>(Cator 1991) %. Lopullinen tulos kertoi, että noin 40 % potilaista oli pysynyt raittiina hoidon</p>

		<p>(1991) kahdesta ryhmästä, joita hoidettiin Minnesota-mallilla. Tutkimus liittyi kemiallisten aineiden väärinkäytön hoitotulosrekisteriin (CATOR). Ryhmä 1 koostui 1001 potilaista, joita hoidettiin tammikuussa 1983 ja maaliskuun 1984 välisenä aikana viidessä eri Minneapolis - St. Paulin ohjelmissa. Toinen ryhmä koostui 2303 potilaasta, jotka aloittivat hoidon huhtikuussa 1984, ja maaliskuussa 1986 välisenä aikana, 22 eri ohjelmassa, ja 12 eri osavaltiossa. Potilaita haastateltiin 6, 12, 18 ja 24 kuukauden jälkeen hoidosta. Hoidon oli suorittanut 81 % potilaista. Seurannan vastausprosentti oli ryhmässä 1: 53 %, ja ryhmässä 2: 37 %.</p>	<p>jälkeisen vuoden aikana.</p>
<p>Oinas-Kukkonen (2013 Suomi)</p> <p>Alkoholistin ja hänen läheisensä samanaikainen toipuminen vapauttavana oppimisprosessina Minnesota-hoidossa</p>	<p>Väitöskirja, jossa laajasti tietoa alkoholismista ja sen hoidosta eri tavoin mutta syventyen Minnesota malliin ja Minnesota-hoitolaitokseen Lapuan tuloksiin</p>	<p>Tutkimus Minnesota-hoito Lapuan klinikasta. Tulokset on kerätty haastattelumenetelmällä yhteensä 180 potilaasta ensimmäisen vuoden aikana, ja 12 kk hoidon aloittamisen jälkeen. Ensimmäisen vuoden aikana 180 potilaasta pysyivät raittiina 79,4 %, eli noin 143 potilasta. Alkoholien tai jonkin muun päihdyttävän aineen käytön aloittivat 19,5 %, eli noin 35 potilasta. 1.1 % potilaista eivät olleet tavoitettavissa (2</p>	<p>(Alkoholistin ja hänen läheisensä samanaikainen toipuminen vapauttavana oppimisprosessina Minnesota-hoidossa 2013)</p> <p>Raittius tulos vuoden seurannan jälkeen 93,1%. Tutkimus on tehty 180 potilaasta, joista viides retkahti ensimmäisen vuoden aikana, ja kahdesta potilaasta ei saatu tietoa. Mikäli heidän</p>

		<p>kpl). Hoidon läpikäyneistä 91,7 % (132) pysyi raittiina, ja retkahtaneita oli 8,3 %. Hoidon keskeytti 36 potilasta, joista 63,9 % tuli retkahdus.</p>	<p>oletetaan retkahtaneen olisi retkahtaneita ollut 37 (20,6%). Näin ollen potilaita, joilla ei ollut retkahdusta, olisi heitä ollut 143 (79,4%). Merkittävää on, että ensimmäisen vuoden jälkeen tilanne on pysynyt vakaana. 27 potilasta retkahti perushoidon jälkeen (28 päivää), potilaat itse ilmoittivat rekahtaneensa.</p>
<p>Bodin (2006 Ruotsi)</p> <p>The Minnesota model treatment for substance Depnce: Program evaluation in a Swedish setting</p>	<p>Väitöskirja, jossa kuvataan Minnesota-hoidon tuloksellisuutta yksityisillä klinikoilla Ruotsissa ja, jossa tutkitaan kemiallisen riippuvuuden jälkihoitoa sekä seurauksia.</p>	<p>Kuvaa Minnesota-ohjelman arvioinnintuloksia yksityisissä Minnesota-mallia toteuttavissa laitoksissa Ruotsissa. Tutkimuksen yleiset tavoitteet olivat tutkia hoidon jälkeistä aineiden käyttöä ja toimintaa tärkeillä elämänalueilla. Tulos on kerätty 244 osallistujasta, joista 9 (3,7%) oli Tukholman ja Göteborgin yksiköissä olevia avohoitopotilaita. 168 (68,8%) potilasta oli Jälla:n yksiköstä. 12 kuukauden aikana 107 (56,9%) potilasta hdaastateltiin kasvotusten, ja 81 (43,1%) puhelimitse.</p>	<p>(The Minnesota model treatment for substance Depnce: Program evaluation in a Swedish setting 2006)</p> <p>Raiitius tulos: 56% saavutti raittiuden vuoden seurannan jälkeen. Tutkimuksessa oli mukana potilaita, jotka olivat alkoholin -ja päihteiden käyttäjiä, sekä molempien suurkuluttajia</p>

<p>Gallagher. Radnall. O`Gara. Burke. (2018 Irlanti)</p> <p>Effectiveness os a national `Minnesota Model` based residential treatment programme for alcohol depece in Ireland: outcomes and predictors of outcome`</p>	<p>Tieteellinen tutkimusartikkeli, joka etsii vastausta kysymksiin; Onko Minnesota-malli tehokasta hoitoa ,ja onko mahdollista ennustaa sitä kuka hyöttyy hoidosta.</p>	<p>Irlannissa tehty tutkimus Minnesota-mallista, joka etsi vastausta kahteen kysymykseen: Onko Minnesota-malli tehokasta hoitoa, ja onko mahdollista ennustaa sitä kuka hyöttyy hoidosta. Tutkimus kohdistuu yksityiseen psykiatriseen sairaalaan Irlannissa (St. John of God Hospital), jossa toimitaan Minnesota-mallilla. Tutkimuksessa seurattavien potilaiden lukumäärä oli 93, ja apuna käytettiin erilaisia lääketieteellisiä mittareita, joiden avulla yritettiin löytää vastausta tutkimuskysymyksiin.</p> <p>Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck &amp; Steer, 1990), Beck Depression Inventory – 2nd Edition (BDI-II) (Beck et al. 1996), Tennessee Self-Concept Scale – 2nd Edition (TSCS:2) (Fitts &amp; Warren, 1996), Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) (Zimet et al. 1988), Wechsler Test of Adult Reading (WTAR) (Psychological Corporation, 2001), Self-report Dysexecutive Questionnaire (DEX-S) (Wilson et al. 1996), University of Rhode Island Change</p>	<p>Tulokset ovat jaettuna viiteen eri kategoriaan 6 kuukauden seurannan jälkeen: 93 potilaasta täysin raittiina pysyi 32 potilasta, ja raittiina, johon liittyy retkahdus hoidon aikana pysyi 18 potilasta. 6 potilasta oli retkahtanut, mutta alkoholin käyttö ei aiheuttanut negatiivisia vaikutuksia. 4 potilasta oli retkahtanut, ja seurauksena osittain oli tullut negatiivisia vaikutuksia, mutta vähemmän kuin ennen hoitoa. Sekä 8 potilasta retkahtanut, ja alkoholin käyttö jatkunut samankaltaisena kuin ennen hoitoonsaapumista. Ainoa merkittävä muuttuja lääketieteellisistä mittareista saatiin AUDIT:lla.</p> <p>Tämä tieteellinen artikkeli kertoo myös, että Minnesota-malli on yhtä tehokasta verrattuna muihin maihin Euroopassa, mutta toteaa myös, ettei tuloksia voida verrata aiempiin tuloksiin. Lääketieteellisistä mittareista Audit-kyselyn</p>
--	---	--	--

		Assessment (URICA) (McConaughy et al. 1983), Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Babor et al. 2001), Wechsler Test of Adult Reading (WTAR)	riippuvuusmerkit oli ainoa merkittävä muuttuja
Keso & Salaspuro (Suomi 1990)	Vertaileva tutkimus Hazelden hoito-ohjelman ja psykiatrisen menetelmän välillä.	Keso ja Salaspuro tekivät satunnaisen kliinisen tutkimuksen Helsingissä (1990) Hazelden hoito-ohjelmasta, jota verrattiin perinteiseen psykiatriseen hoitomenetelmään. Tutkimuksessa rekrytoitiin 141 potilasta, jotka satunnaisesti ohjattiin, joko Minnesota-hoitoon, mitä Hazelden hoidossa käytetään, tai "perinteiseen hoitoon". Perinteinen hoito koostuu sosiaalityön, ja psykiatrisen työn lähestymistavoista. Seuranta-arviointia tehtiin joka toinen kuukausi vuoden ajan.	Lopputuloksena 14 % Minnesota-mallisen (Kalliola) käynneistä pysyi raittiina koko vuoden, ja perinteisen psykiatrisen hoidon (Järvenpää) käynneistä vastaavasti 2 %.
Morten Grønbaek1 & Bent Nielsen (Tanska 2006)	Vertaileva tutkimus päihderiippuvuutta hoitavista Minnesota-mallia toteuttavasta avohoidosta sekä julkisesta psykososiaalisesta hoidosta.	Tutkimus on tehty 148 potilasta, jotka valittiin sattumanvaraisesti. Näistä 78% miehiä, 25-44 vuotiaita. 92 % potilaista olivat alkoholiriippuvaisia ja 8% päihteiden väärinkäyttäjiä. Tulokset saatiin haastattelumetodilla, johon 87% potilaista	74 potilaasta, jotka kävivät julkisen psykososiaalisen hoidon 45 potilasta suoritti sen loppuun. Näistä 45 potilaasta 23 pidättäytyneenä päihteistä.  74 potilaasta, jotka valittiin Minnesota-

		<p>vastasi. Haastattelussa kartoitettiin potilaiden seitsemän eri elämän osa-aluetta: lääkitystä, työllisyyttä, laillisuutta, perhe- ja sosiaaliyhteyksiä, psyykkistä terveyttä sekä alkoholin ja lääkkeiden käyttöä. Haastattelut tehtiin 30 päivää ennen hoitoa, jonka jälkeen seurasi 12 kuukauden seuranta.</p>	<p>hoitoon 42 potilasta suoritti hoidon läpi. Näistä 42 potilaasta 36 potilasta pysyi pidättäytyvänä päihteistä.</p> <p>12 kuukauden jälkeen 55 % Minnesota-hoidon käyneistä pysyivät täysin pidättäytyneinä ja julkisen puolen käyneistä 29 %.</p>
--	--	---	---