

Saija Jaatinen

**ALKOHOLIN ONGELMAKÄYTÖN VUOKSI
IKÄERITYISEEN
PÄIHDEKUNTOUTUKSEEN
OSALLISTUNEIDEN HENKILÖIDEN
TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ**

Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

Pro gradu -tutkielma

Toukokuu 2022

TIIVISTELMÄ

Saija Jaatinen: Alkoholin ongelmakäytön vuoksi ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneiden henkilöiden terveyspalvelujen käyttö.

Pro gradu -tutkielma, 87 s.

Ohjaaja: Yliopistotutkija Leena Forma, TtT

Tampereen yliopisto

Terveystieteiden tutkinto-ohjelma, kansanterveystiede

Toukokuu 2022

Moninaiset alkoholihaitat kasvattavat hoidon ja huolenpidon tarvetta ikääntyvässä väestössä, mutta ikääntymismuutokset ja vanhenemisen elämänvaihe asettavat erityisiä tarpeita päihdetyölle ja voivat vaikuttaa myös päihdetyön hoitovasteisiin. Tässä pro gradu -tutkielmassa selvitetään laitosmuotoisilla päihdehoitajaksoilla olleiden yli 65-vuotiaiden terveyspalvelujen käyttöä. Tutkimuksessa tarkastellaan ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneiden terveyspalvelujen käyttöä vuoden ajalta ennen päihdehoitajaksoja ja hoitajaksojen jälkeen, verraten käyttöä verrokkiryhmään, joka koostuu muuhun päihdekuntoutukseen osallistuneista tai laitosmuotoisessa katkaisuhoidossa olleista ikääntyvistä. Tutkimuksen tavoitteena on kuvata päihdehoitajaksoille osallistuneiden terveyspalvelujen käyttöä, käytön ajallista muutosta sekä päihdehoidon jälkeistä palvelujen käyttöä määrittäviä tekijöitä vertailtavissa ryhmissä. Kyseessä on rekisteriaineistoa hyödyntävä kvantitatiivinen tutkimus, jonka analysoinnissa käytettiin tilastollisia testejä ja monimuuttujamalleja.

Verrokkiryhmään verrattuna ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneista suurempi osa oli yli 75-vuotiaita ja heillä oli enemmän merkittävää avuntarvetta kuvaavaa terveyspalvelujen käyttöä. Tarkastellulla aikavälillä päivystyskäynnit terveysasemilla vähenivät ja hoitovuorokaudet perusterveydenhuollon vuodeosastolla lisääntyivät molemmissa ryhmissä. Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneilla kotipalvelun käyntimäärä kasvoi, verrokkiryhmässä puolestaan hoitovuorokausien määrä laitosmuotoisessa päihdehoidossa.

Kun palvelujen käyttöä mahdollisesti määrittävinä tekijöinä huomioitiin tutkittavan ikä, sukupuoli, viimeisellä päihdehoitajaksoilla määritetty hoivan tarve, päihdehoitovuorokausien kokonaismäärä ja aiempi asiointimäärä tarkastellussa palvelussa, ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuminen oli yhteydessä seurantavuoden vähäisempään päivystysasiointiin terveysasemilla (IRR 0,316, 95 % CI 0,119–0,843, $p=0,021$). Vastaavat sekoittavat tekijät huomioiden ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneet kuuluivat verrokkiryhmää todennäköisemmin seurantavuonna runsaasti perusterveydenhuollon vuodeosastohoidossa (OR 3,180 95 % CI 1,037–9,753, $p=0,043$) ja sisätautien osastohoidossa (OR 6,386, 95 % CI 1,868–21,834, $p=0,003$) olleisiin sekä kotisairaanhoidon (OR 6,978, 95 % CI 1,894–25,703, $p=0,003$) ja kotipalvelun (OR 5,462, 95 % CI 1,199–24,890, $p=0,028$) käyntejä saaneisiin kuin palveluja käyttämättömiin. Tutkimusryhmän ohella myös hoidettavan ikä ja hoitajaksoja edeltänyt palvelujenkäyttö määrittivät osin seurantavuoden palvelujen käyttöä. Myös päihdehoitajakson kestolla oli yhteys päihdepalvelujen käyttöön seurantavuonna.

Vertailtaville päihdehoitajaksoille osallistuvat eroavat terveyspalvelujen käytön lisäksi todennäköisesti myös palvelutarpeiltaan. Laitosmuotoinen päihdehoito voi vaikuttaa palvelujen käyttöön esimerkiksi siten, että hoidon aikana havaitaan uusia palvelutarpeita tai hoito voi vähentää akuuteista syistä johtuvaa päivystysasiointia. Palvelujenkäyttöä määrittävät kuitenkin lukuisat yksilöön, yhteiskuntaan ja palvelujärjestelmään liittyvät tekijät, joten havaintojen vahvistamiseksi tarvitaan laajempaa tietopohjaa hyödyntävää tutkimusta. Kausaalisuhteiden havaitseminen taas edellyttäisi asetelmia, joissa tarkasteltaisiin vertailuryhmänä myös päihdehoitajaksoille osallistumattomien ja päihdeongelmattomien palvelujen käyttöä. Yhteiskunnan resurssikäytön, palvelujen kehittämisen sekä päihdeongelmista kärsivien ikääntyvien vuoksi, olisi tärkeää tutkia päihdehoidon vaikuttavuutta myös ikääntyvillä, selvittää hoito- ja kuntoutusvasteisiin vaikuttavia tekijöitä sekä tekijöitä, jotka määrittävät vakavista päihdeongelmista kärsivien ikääntyvien sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä.

Avainsanat: alkoholin ongelmakäytön hoito, ikääntyvien päihdetyö, ikäerityinen päihdekuntoutus.

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

ABSTRACT

Saija Jaatinen: Health care utilisation of elderly people who participated in age-specific substance abuse rehabilitation due to alcohol abuse.

Master's thesis 87 p.

Supervisor: Senior Research Fellow Leena Forma, PhD

Tampere University

Degree programme in Health Sciences, Public Health

May 2022.

Alcohol-related harms increase the need for care in an aging population. The phase of aging and the physiological changes of older adults cause special needs for the treatment of alcohol-related problems and advanced age may also affect treatment response. The purpose of this study is to examine the use of health services of people aged 65 years who were treated in institutional substance abuse treatment. This study explores the use of health services of subjects who were treated in an age-specific substance abuse rehabilitation and compares the use of services to a control group consisting of persons who participated in an other rehabilitation or were treated in a detoxication unit. The use of services is observed during a year before and after treatment. The aim of the study is to describe the use of health services, the change in the use of services and to describe the factors determining the use of services after treatment. This is a quantitative register study, which uses statistical tests and multivariate models.

Compared to the control group, elderly who were treated in an age-specific substance abuse rehabilitation were more often over 75 years of age and they used more health services which indicates greater need of support. Urgent visits to the health centre decreased and the number of days that patients were in primary health care department increased in both groups. Elderly who were treated in an age-specific substance abuse rehabilitation had more home service visits after the treatment, whereas patients in the control group had more treatment days in an institutional substance abuse treatment during the year after treatment.

After adjusting for age, sex, need for care, total number of treatment days and previous use of the service, participation in the age-specific substance abuse rehabilitation was associated with reduced number of urgent visits to the health centre during year after treatment (IRR 0,316, 95 % CI 0,119–0,843, $p=0,021$). After adjusting the same confounding variables mentioned above the subjects who participated in the age-specific substance abuse rehabilitation had increased odds of belonging to a group with plenty days in primary health care department (OR 3,180 95 % CI 1,037–9,753, $p=0,043$), in medical ward of internal diseases (OR 6,386, 95 % CI 1,868–21,834, $p=0,003$), visits of at-home hospital care (OR 6,978, 95 % CI 1,894–25,703, $p=0,003$) and visits of home service (OR 5,462, 95 % CI 1,199–24,890, $p=0,028$) than not using services. Along with the treatment group, also age of the subject and previous use of health service determined the utilization of some health services during the year after treatment. In addition, this study gives an indication that the duration of the institutional substance abuse treatment may determine the use of substance abuse services after the treatment.

Compared groups differ in the use of health services, and it can be assumed that groups also differ in the need for services. Participation in an institutional substance abuse treatment may affect to the use of services for example if new needs are detected during treatment or if acute alcohol-related use of services decreases after treatment. More research with wider data is needed to confirm the findings of this study, since the utilization of health services is determined by huge number of individual, structural and societal factors. In addition, a study of causal relationships would require a different study design with a control group of elderly without alcohol use disorder (AUD) and a group of elderly with AUD that would not have been treated at all. To develop a service system and better care, it would be important to examine the effectiveness of substance abuse treatment also in older people and to identify factors affecting treatment response and health service use in elderly.

Keywords: alcohol abuse treatment, substance abuse treatment of older people, age-specific substance abuse rehabilitation.

The originality of this thesis has been checked using the Turnitin OriginalityCheck service.

SISÄLLYSLUETTELO

1. JOHDANTO	1
2. IKÄÄNTYVIEN ALKOHOLINKÄYTTÖ	4
2.1 Ikääntyvien alkoholinkäyttöön liittyviä erityistekijöitä ja haasteita	6
2.2. Ikääntyvien alkoholin ongelmakäyttö.....	7
2.2.1 Alkoholihaitat ikääntyvillä.....	10
2.2.2 Ikääntyvien alkoholinkäyttöön liittyvä sairastavuus ja alkoholisairaudet.....	11
2.2.3 Alkoholinkäytön yhteys terveystalvuuasiointiin ja alkoholikuolleisuus	13
3. ALKOHOLIN ONGELMAKÄYTÖN HOITO	16
3.1 Päihdepalvelujärjestelmä	16
3.2. Alkoholin ongelmakäytön tunnistaminen ja hoito	17
3.3 Päihdekuntoutuksen hyödyt.....	21
4. IKÄÄNTYVÄT PÄIHDEPALVELUJEN ASIAKKAINA	22
4.1 Ikäerityinen päihdetyö	24
5. TUTKIMUSASETELMA	26
6. AINEISTO JA MENETELMÄT	27
6.1 Konteksti: Tarkasteltava ikäerityinen päihdekuntoutus	27
6.2 Tutkimusaineisto.....	29
6.3 Tarkasteltavat muuttajat.....	30
6.3.1 Tutkittavia ja päihdehoitajaksoja kuvaavat muuttajat	30
6.3.2 Terveystalvuujujen käyttöä kuvaavat muuttajat.....	32
6.4 Tilastolliset menetelmät	35
7. TULOKSET	39
7.1. Aineiston kuvailu.....	39
7.1.1 Tutkittavien demografiset tekijät, hoivan tarve, toimintakyky ja kuolleisuus	39
7.1.2 Päihdehoitajaksojen määrä ja hoidon kesto	41
7.2 Terveystalvuujujen käyttö.....	43
7.2.1 Terveystalvuujujen käyttö lähtötilanteessa.....	44
7.2.2 Terveystalvuujujen käytön ajallinen muutos.....	47
7.2.3 Tutkimusryhmän yhteys seurantavuoden terveystalvuujujen käyttöön.....	53
7.2.3.1 Seurantavuoden päivystyskäynnit terveystalvuuksissa	53
7.2.3.2 Seurantavuoden päivystyskäynnit sisätautipoliklinikalla kaupungin sairaaloissa	54
7.2.3.3 Seurantavuoden hoitovuorokaudet perusterveydenhuollon vuodeosastolla.....	56
7.2.3.4 Seurantavuoden päivystykselliset hoitovuorokaudet kaupungin sairaalan sisätautiosastolla	59
7.2.3.5 Seurantavuoden kotisairaanhoidon käynnit	62

7.2.3.6 Seurantavuoden kotipalvelun käynnit.....	65
7.2.3.7 Seurantavuoden perusterveydenhuollon päihdetyön käynnit.....	68
7.2.3.8 Seurantavuoden perusterveydenhuollon laitosmuotoinen päihdehoito.....	69
7.2.3.9 Seurantavuoden selviämishoito.....	71
8. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	72
8.1 Tulosten yhteenveto ja päätelmät.....	72
8.2 Tutkimuksen vahvuudet, rajoitukset ja eettisyys	79
8.3 Jatkotutkimuksen tarve	83
8.4 Johtopäätökset.....	84

LÄHTEET

1. JOHDANTO

Suomalaista alkoholinkulutusta on seurattu systemaattisesti 1960-luvulta lähtien. Alkoholin kokonaiskulutus lisääntyi merkittävästi 1960-luvulta alkaen 2000-luvun loppupuolelle saakka, jonka jälkeen kulutuksen kasvu pysähtyi ja kääntyi hienoiseen laskuun. Väestön alkoholinkulutusta ovat muovanneet talouden nousu- ja laskusuhdanteet sekä alkoholipoliittiset toimenpiteet, jotka ovat vaikuttaneet alkoholin saatavuuteen ja hintoihin. (Karlsson 2018, 15–25.) Lisäksi sallivammaksi muuttunut alkoholikulttuuri kasvatti kulutusta 1900-luvun viimeisinä vuosikymmeninä. Nykyään suomalaiset suhtautuvat alkoholin kohtuukäyttöön pääosin myönteisesti, mutta humalahakuisuuteen suhtautuminen näyttää kielteisempänä. (Härkönen & Karlsson 2018, 193–203.)

Suomalaisten alkoholin kokonaiskulutus on Pohjoismaiden välisessä vertailussa suurta, mutta Eurooppa-tason tarkastelussa Suomi sijoittuu kulutuksessa keskivaiheille. Suomessa alkoholinkulutukselle on jokseenkin tyypillistä edelleen suuri kertakulutus ja humalahakuisuus. (Karlsson 2018, 15–25.) Alkoholinkulutuksessa on kuitenkin havaittu eroja sosioekonomisten ryhmien, sukupuolten, tarkasteltavan ajanjakson sekä eri syntymäkohorttien välillä. Tämän vuoksi tulevaisuuden kulutussuunnan ennustaminen on haastavaa ja ennusteet vaihtelevat eri väestöryhmien välillä. (Härkönen & Mäkelä 2018, 147–157.)

Ihmisen vanhetessa alkoholinkäyttö tavallisesti vähenee ja valtaosalla yli 65-vuotiaista alkoholin käyttömäärät ovat vähäisiä ja humalahakuinen juominen on harvinaista. Suomessa ikääntyvien säännöllinen alkoholinkulutus kuitenkin yleistyi aina vuoteen 2013 saakka, jonka jälkeen kulutus näyttää vakiintuneen saavutetulle tasolle. (Tigerstedt, Mäkelä, Vilkkonen & Pentala-Nikulainen 2018, 178–188.) Eläkeikäisten keskimäärin aiempaa parempi terveys, toimintakyky ja ostovoimaisuus ovat mahdollistaneet säännöllisen alkoholinkäytön yleistymisen (Tigerstedt ym. 2018, 178–188). Lisäksi tiettyjen sukupolvien nuoruusajan sallivammasta alkoholikulttuurista seuranneet kulutustottumukset näyttävät heijastuvan kulutustottumuksiin myös kyseisten sukupolvien vanhetessa (Vilkkonen, Sulander, Laitalainen & Finne-Soveri 2010, 142–153; Strandberg & Simojoki 2017). Toisaalta myös elämänvaihe, jossa työ ja lapsista huolehtiminen eivät enää määritä ajankäyttöä, mahdollistavat alkoholinkäytön arkipäiväistymisen (Wadd, Holley-Moore, Riaz & Jones 2017).

Alkoholinkäytön yleistymisen ja raittiiden osuuden pieneneminen sekä väestörakenteen muutos, näyttävät johtaneen myös ongelmakäytön ja alkoholihaittojen määrän kasvuun

ikäntyvässä väestössä (Vilkko ym. 2010, 142–153; Tigerstedt ym. 2018, 178–188). Korkea ikä ja alkoholi ovat haastava yhdistelmä, sillä ikääntymismuutokset heikentävät alkoholinsietokykyä ja olemassa olevat sairaudet ja lääkehoidot voivat muuttaa alkoholimetaboliaa, mikä tekee ikääntyvistä alkoholin käytön suhteen nuorempia ikäryhmiä haavoittuvaisempia. Toisin sanoen, ikääntyvät ovat alttiimpia moninaisille alkoholihaitoille. (Simojoki 2016.) Inhimillisen kärsimyksen lisäksi alkoholin ongelmakäytöstä seuraavat haitat kasvattavat myös sosiaali- ja terveystalouden tarvetta. Alkoholin ongelmakäyttö altistaa tapaturmille sekä lisää sairastavuutta ja sosiaalisia ongelmia, kuten taloushuolia ja läheissuhteiden haurastumista. (WHO 2012.) Kohtuutta runsaammin alkoholia kuluttavilla ikääntyvillä myös hoivantarve lisääntyy nuorempina kuin kohtuudella alkoholia käyttävillä, koska ongelmakäyttö heikentää kognitiivisia toimintoja ja voi johtaa ikääntyvän ja hänestä huolehtivien omaisten hoivasuhteen haurastumiseen (Vilkko, Finne-Soveri, Sohlman, Noro & Jokinen 2013).

Ikääntyvällä alkoholin ongelmakäyttäjällä voi olla taustallaan pitkä liiallisen alkoholinkäytön historia, mutta toisaalta vanhenemisen mukanaan tuomat muutokset ja menetykset voivat myötävaikuttaa ongelmakäytön syntyyn myös vanhemmalla iällä (Liberto & Oslin 1995). Ikääntyvillä ongelmakäyttöön johtaneet ja ongelmakäyttöä ylläpitävät tekijät voivat poiketa nuoremmista ikäryhmistä, esimerkiksi toimintakyvyn lasku ja sosiaaliseen ympäristöön liittyvät muutokset, kuten leskeksi jääminen, eläköityminen ja yksinäisyys voivat olla tekijöinä ongelmakäytön taustalla (Strandberg & Simojoki 2017). Elämänvaiheen erityisyys ja muuttunut sosiaalinen rooli sekä fyysiset, psyykkiset ja kognitiiviset ikääntymismuutokset luovat erityisiä tarpeita ja haasteita myös ikääntyvien päihdetyölle, sillä ne saattavat hankaloittaa ongelmakäytön tunnistamista sekä hoitomenetelmien soveltamista (Oslin, Pettinati & Volpicelli 2002; Wadd, Holley-Moore, Riaz & Jones 2017).

Suomessa ikääntyvien alkoholin ongelmakäytön hoidossa sovelletaan samoja menetelmiä kuin nuoremmilla ikäryhmillä, vaikka menetelmien vaikuttavuutta ei ikääntyvillä erikseen tunneta. Hoitomenetelmän valinta riippuu ongelmakäytön vaikeusasteesta; ennen alkoholiriippuvuuden kehittymistä voidaan hyödyntää kevyempiä avohoidon menetelmiä, kun taas alkoholiriippuvuuden hoito edellyttää katkaisu- ja vieroitushoitoa sekä usein päihdekuntoutusta päihdehoidon laitoksessa. (Käypä hoito -suositus 2018.) Laitosmuotoisella päihdekuntoutuksella saavutettavia hyötyjä on tarkasteltu ikääntyvillä lähinnä havainnoivissa tutkimusasetelmissä ja tutkimusten sisällöt vaihtelevat paljon muun muassa tarkastellun hoidon, kohderyhmän, vastemuuttujien ja seuranta-ajan suhteen. Tutkimustulokset antavat

kuitenkin viitteitä siitä, että myös vanhemmat ikäryhmät hyötyvät laitosmuotoisesta päihdekuntoutuksesta (Blow, Walton & Chermack 2000; Lemke & Moos 2003; Satre, Mertens, Arean & Weisner 2004; Oslin, Slaymaker, Blow, Owen & Colleran 2005).

Erityisesti ikääntyvien alkoholin ongelmakäyttöön liittyviä taustatekijöitä, haasteita ja riskejä on tunnistettu kansainvälisesti yhteneväisesti ja melko laajasti, mutta vanhenemiseen liittyvät erityistekijät huomioivasta päihdetyöstä löytyy yhä niukasti tietoa. Suomessa havahtuminen vanhenemiseen liittyvät erityistekijät ja -tarpeet huomioivan päihdetyön tarpeesta näyttää tapahtuneen verrattain myöhään, mutta hiljalleen vanhenemiseen liittyvät erityistekijät huomioivalle päihdetyölle näyttää kuitenkin vakiintuneen käsitteet ikäerityinen ja ikäeettinen päihdetyö. Päihdehuollon erityispalveluna eläkeikäisille alkoholin ongelmakäyttäjille voidaan tarjota ikäerityistä päihdekuntoutusta. Ikäerityinen päihdekuntoutus on tarkoitettu yli 65-vuotiaille ongelmakäyttäjille, joille muut päihdepalvelut eivät riitä ja, joilla heikentynyt toimintakyky rajoittaa arjessa toimimista. Ikäerityisen päihdekuntoutuksen tavoitteena on tukea kuntoutujien päihteettömyyttä tai päihteiden käytön vähentämistä sekä arvioida ja vahvistaa kuntoutujien osallisuutta ja toimijuutta.

Tämän tutkielman tavoitteena on kuvata ja tarkastella erään suomalaisen kunnan laitosmuotoisilla päihdehoitojaksoilla hoidettuja ikääntyviä, kyseisen joukon terveyspalvelujen käyttömääriä sekä tekijöitä, jotka mahdollisesti määrittävät päihdehoitojaksojen jälkeistä palvelujen käyttöä. Tutkimuksessa vertaillaan ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneita muuta laitosmuotoista päihdehoitoa tai -kuntoutusta saaneeseen vertailuryhmään (verrokkiryhmään). Terveyspalvelujen käyttömääriä tarkastellaan päihdehoitojaksoja edeltäneen ja seuranneen vuoden ajalta. Kyseessä on tarkastelun kohteena olevan kunnan sosiaali- ja terveyspalveluista kertyviä rekisteritietoja aineistonaan hyödyntävä tutkimus. Tutkielman tarkoituksena on tuoda näkyväksi laitosmuotoista päihdehoitoa tarvitsevat ikääntyvät sekä ymmärtää kyseisen ryhmän palvelujen käyttöä ja siinä mahdollisesti lyhyellä aikajänteellä tapahtuvia muutoksia. Terveyspalvelujen käyttö kuvastaa karkeasti osaa ikääntyvien ongelmakäyttäjien palvelutarpeista ja edelleen tätä palvelutarvetta määrittävää terveydentilaa ja toimintakykyä, vaikka palvelujen käyttämättömyys ei suoraan merkitsekään parempaa terveyttä ja hyvinvointia. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää osana arvioita, joissa pohditaan ikäerityisen päihdekuntoutuksen toteuttamista, laajentamista sekä mahdollisia kehitystarpeita. Lisäksi tutkielman tavoitteena on tuottaa entuudestaan vähän tutkitulle aihealueelle uutta tutkimusta varten hypoteeseja ja tutkimusaihoita.

Tässä tutkimuksessa käytetään käsitteitä *ikäntyvä* tai *eläkeikäinen* kaikista yli 65-vuotiaista henkilöistä. Kohtuutta runsaammasta alkoholinkäytöstä puolestaan käytetään yläkäsitettä *alkoholin ongelmakäyttö* lukuun ottamatta tilanteita, joissa on tarpeen eritellä, onko kyse riskikulutuksesta, haitallisesta käytöstä tai alkoholiriippuvuudesta.

2. IKÄÄNTYVIEN ALKOHOLINKÄYTTÖ

Suomessa koko väestön tilastoitu alkoholin kokonaiskulutus kääntyi laskuun vuonna 2008 vuosikautia kestäneen kasvun jälkeen ja kulutus on vähentynyt maltillisesti viime vuosiin saakka. Samalla kulutustottumukset ovat muuttuneet siten, että väkevien alkoholijuomien kulutus on vähentynyt. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2019, 20–21.) Kansallista alkoholinkulutusta tilastoidaan lukuisilla mittareilla sekä seurataan kyselytutkimuksilla. Kansainvälisessä vertailussa Suomen alkoholinkulutus sijoittuu Pohjoismaiden kärkeen ja Euroopan keskitasolle. (Karlsson 2018, 15–25.) Ikääntyvien alkoholinkulutus ja siinä tapahtuneet muutokset näyttävät herättäneen kiinnostusta ja keskustelua etenkin 2000- ja 2010-luvuilla, mutta keskustelusta huolimatta tutkimus- ja tilastotietoa ikääntyvien alkoholinkäytöstä on saatavilla niukasti. Tiedon puute johtunee osin siitä, että kansalliset alkoholinkulutusta ja juomatapoja selvittäneet tutkimukset ovat rajanneet vanhimmat ikäryhmät tutkimusjoukon ulkopuolelle vielä 2000-luvulla (Tigerstedt ym. 2018, 178–188). Alkoholinkäytön raportointiin puolestaan haasteita tuottaa se, että kyselytutkimukset tavoittavat huonosti vakavista päihdeongelmista kärsivät, mikä aiheuttaa kulutuksen ja ongelmakäytön aliraportointia (Aalto, Alho, Kiiänmaa & Lindroos 2015, 7–16).

Ihmisen ikääntyessä alkoholinkäyttö tavallisesti vähenee, valtaosalla yli 65-vuotiaista alkoholin käyttömäärät ovat pieniä ja raittiiden osuus on suurempi eläkeikäisessä väestössä kuin nuoremmissa ikäluokissa. Euroopassa ikääntyvien säännöllinen alkoholinkäyttö on kuitenkin yleistynyt, mutta runsas kertajuominen eli humalahakuisuus on ikääntyvillä nuorempia ikäryhmiä harvinaisempaa. (Hallgren, Högberg & Andréasson 2009.) Euroopan ikääntyvä väestö ei kuitenkaan ole alkoholinkulutuksessa yhtenäinen, vaan kulutuksessa on vaihtelua myös ikäryhmän sisällä. Alkoholinkäyttö on yleisempää alle 70-vuotiailla kuin yli 70-vuotiailla ja miehet kuluttavat alkoholia enemmän kuin naiset. (Hallgren, Högberg & Andréasson 2009.)

Suomessa eläkeikäisen väestön alkoholin käyttötavoista ja -määristä sekä käytön ajallisista muutoksista on saatavissa vain vähän ajantasaista tietoa, ja tiedot perustuvat pääosin Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen väestötutkimusaineistoihin, joista esimerkiksi juomatapatutkimus rajasi vielä vuoteen 2016 saakka yli 70-vuotiaat tarkastelun ulkopuolelle (Tigerstedt ym. 2018, 178–188). Vilkon ym. (2010) mukaan ikääntyvien alkoholinkulutus alkoi Suomessa kasvaa 1980-luvulta lähtien. Viimeisten vuosikymmenien aikana ikääntyvien alkoholin säännöllinen käyttö on yleistynyt, raittiiden osuus on pienentynyt ja sukupuolten väliset erot kulutuksessa ovat alkaneet kaventua (Tigerstedt ym. 2018, 178–188). Tigerstedtin ym. (2018) mukaan havaintoja eläkeikäisen väestön kulutustottumuksista ei kuitenkaan tule yleistää liiaksi, sillä ikääntyvät ovat Suomessakin alkoholinkulutuksen ja käyttötapojen suhteen sangen kirjava ryhmä. Eläkeikäisistä suomalaisista alkoholia eniten kuluttavat nuorimmat, etenkin alle 70-vuotiaat miehet, kun taas yli 80-vuotialla käyttö on selvästi vähäisempää. Ikääntyvien naisten säännöllisen alkoholinkulutuksen kasvu on ollut huomattavaa, sillä vuonna 1993 kahdeksan prosenttia 65–84-vuotiaista suomalaisnaisista käytti alkoholia vähintään kerran viikossa, kun kaksikymmentä vuotta myöhemmin vastaava osuus oli 24 prosenttia. (Tigerstedt ym. 2018, 178–188.) Sukupuolten välisten erojen kaventumisesta huolimatta, miehet ja naiset ovat yhä sekä käytön säännöllisyyden että kerralla kulutettujen annosmäärien osalta kaukana toisistaan. 65–69-vuotiaista miehistä yli puolet käyttää alkoholia viikoittain, kun vastaavan ikäisistä naisista vähintään kerran viikossa alkoholia käyttää kolmannes. (Tigerstedt ym. 2018, 178–188.)

Suomessa eläkeikäisten juomatavat eroavat nuoremmista ikäluokista siten, että alkoholinkäyttö on arkipäiväistynyt eli ikääntyvät juovat nuorempia ikäryhmiä useammin arkena kotona tai kesämökillä yksin tai puolison kanssa, eikä alkoholinkulutukseen näin liity erityisiä seurustelutai juhlatilanteita. Alkoholinkulutuksen arkipäiväistyminen mahdollistuu, kun työhön liittyvät velvoitteet eivät enää määritä ajankäyttöä, kuten aiemmissa elämänvaiheissa. (Tigerstedt ym. 2018, 178–188.) Juomatavat kuitenkin eroavat sukupuolten välillä, sillä naisilla alkoholinkäyttöön liittyy useammin sosiaalista kanssakäymistä, kun taas miehet kuluttavat alkoholia enemmän kotona arkipäivisin ja yksin (Tigerstedt ym. 2018, 178–188). Tigerstedtin ym. (2018) mukaan humalahakuinen alkoholinkäyttö on ikääntyvillä harvinaista, mutta sukupuolet eroavat toisistaan myös kerralla kulutettujen annosmäärien suhteen. Naisilla kerralla kulutetut annosmäärät ovat yleensä pieniä, mutta miehillä humalaan johtavien annosmäärien kuluttaminen on yleisempää, etenkin nuoremmilla eläkeikäisillä. Vuonna 2015 65–69-vuotiaista miehistä lähes kolmannes kertoi käyttäneensä alkoholia vähintään kerran

kuussa kuusi annosta tai enemmän edeltäneen vuoden aikana, 80–84-vuotiaista miehistä vastaava osuus oli 12 prosenttia. (Tigerstedt ym. 2018, 178–188.)

Ikääntyvän väestön alkoholin kokonaiskulutuksen määrällistä kasvua selittää väestön vanheneminen ja yli 65-vuotiaan väestön suhteellisen osuuden kasvu (Strandberg & Simojoki 2017). Väestörakenteen muutoksen lisäksi ikääntyvien alkoholinkulutuksen kasvun on havaittu johtuvan osin myös sukupolvien juomistapojen ja kulutustottumusten eroilla. Syntymäkohortit, jotka viettivät nuoruuttaan sallivammassa alkoholikulttuurissa 1960–1970-luvun Suomessa, näyttävät kuluttavan myös vanhetessaan alkoholia runsaammin kuin aiemmat sukupolvet. (Vilkko ym. 2010, 142–153; Tigerstedt ym. 2018, 178–188.) Härkösen ja Mäkelän (2018) mukaan sukupolvien juomiskäyttäytymisessä voidaan havaita eroja myös sukupuolten välillä, sillä naisilla syntymäkohorttien yhteys alkoholinkäytön säännöllisyyteen näkyy selvemmin kuin miehillä. Miehillä syntymäkohortista riippumatta säännöllinen alkoholinkäyttö saavuttaa huippunsa noin 30 ikävuoteen mennessä ja käytön yleisyys säilyy samalla tasolla miesten ikääntyessä. Naisilla taas aikavälillä 1946–1969 syntyneet muodostavat syntymäkohortteja, joissa säännöllinen alkoholinkäyttö on ollut yleisempää kuin edeltävillä tai myöhemmillä sukupolvilla. (Härkönen & Mäkelä 2018, 147–157.) Kohorttivaikutuksen vuoksi ikääntyvien naisten alkoholinkulutuksen arvioidaan edelleen kasvavan, kun alkoholia säännöllisemmin kuluttaneet syntymäkohortit vanhenevat (Härkönen & Mäkelä 2018, 147–157).

Väestörakenteen muutoksen ja kohorttivaikutuksen ohella ikääntyvien alkoholinkulutuksen on arvioitu kasvaneen myös, koska yli 65-vuotiaat ovat keskimäärin terveempiä, parempikuntoisia, aktiivisempia ja ostovoimaisempia kuin aiemmin (Tigerstedt ym. 2018, 178–188). Lisäksi kokonaiskulutuksen kasvun taustalla vaikuttavat todennäköisesti myös yhteiskunnalliset tekijät, kuten alkoholin saatavuuteen ja hintoihin liittyvät tekijät sekä ylipäätään sallivampi alkoholikulttuuri (Hallgren, Högberg & Andréasson 2009).

2.1 Ikääntyvien alkoholinkäyttöön liittyviä erityistekijöitä ja haasteita

Alkoholinkäyttö ja korkea ikä ovat haastava yhdistelmä, sillä vanhenemiseen liittyvät fysiologiset ikääntymismuutokset, olemassa olevat sairaudet ja käytössä olevat lääkehoidot vaikuttavat yksilön kykyyn sietää alkoholia (Simojoki 2016; Tigerstedt ym. 2018, 178–188). Ikääntyvillä veren etanolipitoisuus nousee herkemmin kehon pienemmästä nestetilavuudesta sekä alkoholimetabolian hidastumisesta johtuen (Mehta, Moriarty, Proctor, Bird & Darling 2006). Etanolin palaminen tapahtuu pääosin maksassa ja metabolia perustuu useiden

entsyymien katalysoimiin reaktioihin. Ikääntyvillä alkoholin aineenvaihduntareaktioista huolehtivan alkoholidehydrogenaasin (ADH) erittyminen ruuansulatuselimistössä ja maksassa on vähäisempää, minkä vuoksi veren etanolipitoisuus nousee nopeammin kuin nuoremmilla. (Lieber 2005.)

Valtaosa yli 65-vuotiaista käyttää säännöllisesti reseptilääkkeitä, joiden vaikutukset voivat alkoholinkäytön seurauksena muuttua. Alkoholin ja lääkeaineiden yhteisvaikutukset voivat olla arvaamattomia ja alkoholinkäyttö voi myös vaikuttaa lääkehoidon tehoon (Hallgren, Högberg & Andréasson 2009; Simojoki 2016.) Lääkehoito voi kyllästä maksassa etanolia hapettavan mikrosomaalisen entsyymijärjestelmän, minkä vuoksi alkoholin vaikutukset saattavat voimistua tai lääkeaineiden metabolia häiriintyä tai tehostua (Lieber 2005). Lisäksi alkoholinkäyttö saattaa johtaa lääkkeidenoton virheisiin ja unohduksiin (Simojoki 2016).

Ihmisen ikääntyessä myös kognitiiviset toiminnot, aistitoiminnot ja motoriikka heikkenevät, minkä vuoksi ikääntyvät ovat lähtökohtaisesti alkoholinkäytön suhteen nuorempia haavoittuvaisempia (Hallgren, Högberg & Andréasson 2009). Lisäksi vanhenemiseen voi liittyä terveyteen ja toimintakykyyn, taloudelliseen itsenäisyyteen sekä ihmissuhteisiin liittyviä menetyksiä ja muutoksia, jotka voivat altistaa sosiaaliselle eristyneisyydelle, yksinäisyydelle ja masennukselle (Hallgren, Högberg & Andréasson 2009; Caputo, Vignoli, Leggio, Addolorato, Zoli & Bernardi 2012). Nämä elämänvaiheeseen liittyvät muutokset ja menetykset saattavat osaltaan lisätä alkoholinkäyttöä ikääntyvillä (Caputo ym. 2012). Vanheneminen myös muuttaa yksilön sosiaalista roolia, kun työ ja lapsista huolehtiminen eivät enää määritä ajankäyttöä ja samalla uusi tilanne voi myös mahdollistaa runsaamman alkoholinkulutuksen (Caputo ym. 2012; Wadd, Holley-Moore, Riaz & Jones 2017).

2.2. Ikääntyvien alkoholin ongelmakäyttö

Alkoholin liialliseen kulutukseen liittyvä käsitteistö on laaja, eikä suomenkielinen käsitteistö näytä täysin vastaavan englanninkielistä käsitteistöä. Englannin kielessä liiallisen alkoholinkulutuksen yleis- tai yläkäsitteenä esiintyy *Alcohol Use Disorder (AUD)*. *Alcohol Use Disorder* sisältää alkoholin ongelmakäytön (*alcohol abuse, problem drinking*), haitallisen käytön (*harmful drinking*) ja alkoholiriippuvuuden (*alcohol dependence, alcoholism*) (Caputo ym. 2012). Suomen kielessä yläkäsitteinä esiintyvät rinnakkain ainakin alkoholin ongelmakäyttö, liikakulutus, väärinkäyttö ja toisinaan alkoholin käyttöhäiriö. Alkoholin

ongelmakäyttö voidaan jakaa riskikulutukseen, haitalliseen käyttöön ja alkoholiriippuvuuteen (Aalto & Holopainen 2008).

Alkoholiongelmaisen hoitoa koskevan Käypähoito -suosituksen (2018) mukaan alkoholinkäytön riskikulutus jaetaan vähäisen, kohtalaisen ja suuren riskin tasoon, turvarajaa alkoholinkäytölle ei kuitenkaan ole. Suomessa aikuisväestön suuren riskitason rajana pidetään naisilla kahta päiväannosta tai 12–16 viikkoannosta ja miehillä kolmea päiväannosta tai 23–24 viikkoannosta. Suuren riskitason alkoholinkäyttö kasvattaa sairastumisen ja kuolemanriskiä, minkä vuoksi rajaa kutsutaan myös hälytysrajaksi, jolloin kulutustaso edellyttää terveydenhuollolta juomiseen puuttumista. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Aikuisväestölle määritettyjä riskitasoja ei kuitenkaan voida sellaisenaan soveltaa eläkeikäiseen väestöön, koska ikääntyminen madaltaa alkoholinsietokykyä. Ikääntyvillä ikävuosien myötä lineaarisesti heikkenevästä sietokyvyn laskusta huolimatta, ikärajojen asettaminen matalammille riskitasoille on haasteellista. (Käypä hoito -suositus 2018.) Tulkinnat yli 65-vuotiaiden alkoholinkäytön riskikulutuksen rajoista näyttävät vaihtelevan ajassa ja eri lähteiden välillä. Käypä hoito -suosituksen (2018) mukaan yksiselitteistä ikärajaa ei siis voida asettaa, mutta ikääntyvien riskitasot ovat matalammat kuin aikuisväestöllä. Joidenkin lähteiden mukaan Suomessa ikääntyvien riskikäytön rajat tulkitaan yhteneväisiksi aikuisväestön riskitasojen kanssa (Hallgren, Högberg & Andréasson 2009). Toisaalla yli 65-vuotiaiden kulutuksen riskirajoina mainitaan sovellettavan yhdysvaltalaisen geriatrisen seuran suositusta, jossa riskirajoina pidetään kahden alkoholiannoksen kerta-annosta sekä miesten seitsemän ja naisten viiden annoksen viikoittaista kulutusta (Holmberg 2010, 94). Osassa lähteissä taas mainitaan sukupuolesta riippumatta yli 65-vuotiaiden riskirajaksi kolme kerta-annosta tai seitsemän säännöllistä viikkoannosta (Simojoki 2016).

Alkoholin haitallisella käytöllä tarkoitetaan alkoholinkulutusta, josta aiheutuu terveydellisiä tai sosiaalisia haittoja. Alkoholin haitalliselle käytölle on määritelty kansainvälisessä tautiluokituksessa (ICD-10) diagnoosikoodi F10.1, diagnostisten kriteerien mukaan haitallisesta alkoholinkäytöstä seuraa psyykkisiä ja fyysisiä haittoja, joista voi edelleen aiheutua haittaa yksilön vuorovaikutussuhteisiin. (WHO 2019.) F10.1 diagnoosin edellytyksenä on, että haitallinen alkoholinkäyttö on jatkunut kuukauden ajan tai toistuvasti 12 kuukauden ajan ja haittojen voidaan osoittaa johtuvan alkoholinkäytöstä. Alkoholiriippuvuudessa (F10.2) juominen on pakonomaista, alkoholinkäyttöön liittyy toleranssin kasvua sekä vieroitusoireita, juominen johtaa muiden kiinnostuksenkohteiden

sivuuttamiseen ja asioiden laiminlyönteihin eikä henkilö haitoista huolimatta pysty lopettamaan juomistaan. (WHO 2019.)

Ikääntyvien alkoholinkulutuksen yleistymisen on lisännyt myös eläkeikäisten alkoholin ongelmakäyttöä (Strandberg & Simojoki 2017). Yli 65-vuotiaiden alkoholin ongelmakäytöstä on kuitenkin saatavilla niukasti ajantasaista tietoa, ja arviot ongelmakäytön esiintyvyydestä ovat vaihtelevia, sillä ongelmakäytön määritelmät ja tarkasteltavat väestöt eivät ole yhtenäisiä. Suomessa kansallisessa terveys- hyvinvointi- ja palvelututkimuksessa (FinSote) alkoholinkäyttöä on mitattu AUDIT-C-mittarilla, joka kuvaa alkoholinkäytön määriä, käytön useutta ja kertakulutuksen annosmääriä. Mittari ei ole varsinainen ongelmakäytön mittari, vaan se kuvaa todennäköisesti liikaa alkoholia käyttävien osuutta, väestöä, jolla on kohonnut riski saada alkoholihaittoja. (Sotkanet 2021.) AUDIT-C-mittariin perustuen vuonna 2019 49,2 % 65 vuotta täyttäneistä ja 36,9 % 75 vuotta täyttäneistä suomalaisista käytti liikaa alkoholia. Humalahakuista alkoholinkäyttöä puolestaan on kuvattu AUDIT-1k-mittarin avulla, joka kuvaa vähintään kuusi annosta ylittävää kertakulutusta. (Sotkanet 2021.) Kyselytutkimuksen mukaan vuonna 2019 4,4 % 65 vuotta täyttäneistä suomalaisista ja 2,5 % 75 vuotta täyttäneistä suomalaisista joi vähintään kuusi alkoholiannosta kerran viikossa, päivittäin tai lähes päivittäin (Sotkanet 2021).

Ikääntyvät alkoholin ongelmakäyttäjät voidaan jakaa karkeasti kahteen ryhmään ongelmakäytön alkamisajankohdan perusteella. Toisin sanoen, ikääntyvien ongelmakäytön tarkastelussa tehdään jaottelua sen mukaan, onko alkoholin ongelmakäyttö alkanut aikuisiässä, kestäen mahdollisesti vuosikymmeniä, vai onko ongelmakäyttö alkanut vasta vanhemmalla iällä. Keskimäärin kahdella kolmasosalla ikääntyvistä ongelmakäyttäjistä ongelmakäyttö alkaa ennen 60 vuoden ikää, kun taas kolmanneksella alkoholin käyttö luisuu ongelmakäytön puolelle vasta myöhemmällä iällä. (Liberto & Oslin 1995.) Eläkeiässä alkavan ongelmakäytön taustalla voivat vaikuttaa toimintakyvyn lasku sekä sosiaalisen ympäristön muutoksiin liittyvät tekijät, kuten leskeksi jääminen, eläköityminen ja yksinäisyys (Strandberg & Simojoki 2017). Aallon ja Holopaisen (2008) mukaan naisten osuus on suurempi joukossa, joilla ongelmakäyttö on alkanut myöhemmällä iällä. Humalahakuinen alkoholinkäyttö ja alkoholiriippuvuus ovat yleisempiä miehillä sekä heikomman sosioekonomisen aseman omaavilla ikääntyvillä (Hallgren, Högberg & Andréasson 2009).

2.2.1 Alkoholihaitat ikääntyvillä

Globaalisti tarkasteltuna alkoholi on kolmanneksi merkittävin tekijä sairastavuuden ja ennenaikaisen kuolleisuuden taustalla. Alkoholin ongelmakäyttö on yhteydessä lukuisten sairauksien syntyyn, kasvattaa tapaturmariskiä ja lisää läheissuhteisiin liittyviä sosiaalisia ongelmia, joten ongelmakäyttö kasvattaa myös sosiaali- ja terveystalouden tarvetta. (WHO 2012.) Alkoholin riskikulutus lisää alkoholihaittojen ilmaantumista kaikenikäisillä, mutta ikääntyvillä haittoja voi ilmaantua vähäisemmällä kulutuksella ja haitat voivat olla vakavampia kuin nuoremmilla (Hallgren, Högberg & Andréasson 2009). Riskikulutuksen aiheuttamat seuraukset ovat yksilöllisiä myös ikääntyvillä, eikä riskikulutus johda aina terveyshaittoihin tai riippuvuuteen (Strandberg & Simojoki 2017). Väestötasolla alkoholin kokonaiskulutus on kuitenkin suoraan yhteydessä alkoholihaittojen ilmaantumiseen, mikä näkyy myös ikääntyvien alkoholisairastavuudessa ja -kuolleisuudessa (Hallgren, Högberg & Andréasson 2009).

Alkoholihaittojen syntyyn vaikuttavat sekä kulutukseen liittyvät tekijät että yksilötekijät. Kulutuksen osalta merkityksellisiä ovat kokonaiskulutuksen määrä sekä alkoholinkäytön tavat, kuten kertakulutuksen suuruus ja käyttöhistoria. Yksilötekijöistä haittojen ilmaantumiseen vaikuttavat muun muassa ikä, sukupuoli, kehonkoostumus, ravitsemus ja lääkkeiden käyttö. (Hallgren, Högberg & Andréasson 2009.) Ikääntyvät ovat alkoholihaittojen suhteen haavoittuvaisempia kuin nuoremmat, sillä alkoholinkäyttö vaikuttaa kognitiivisiin ja fyysisiin toimintoihin, jotka heikentyvät ihmisen vanhetessa muutoinkin. Näin ollen vähäinenkin alkoholikäyttö saattaa haitata kognitiivisista toiminnoista suoriutumista tai altistaa herkemmin esimerkiksi kaatumisille (Wadd, Holley-Moore, Riaz & Jones 2017.)

Ikääntyvien alkoholin ongelmakäytöstä aiheutuvat fyysiset ja psyykkiset terveyshaitat sekä sosiaaliset ongelmat ovat moninaisia (Simojoki 2016). Ikääntyvillä alkoholin ongelmakäytöstä yleisimmin seuranneita, somaattisia hoitoon hakeutumisen syitä ovat myrkytystilat, kaatumisista johtuvat murtumat, sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet, maksasairaudet sekä ruuansulatusjärjestelmän vauriot ja sairaudet. Tyypillisiä ovat myös tajunnantason häiriöt, sekavuustilat ja muistitoimintojen häiriöt. (Mehta ym. 2006.) Terveystalouden ohella alkoholin ongelmakäyttö voi myötävaikuttaa sosiaalisten ongelmien syntyyn, kuten sosiaalisten verkostojen heikentymiseen ja eristäytyneisyyteen, yksinäisyyteen sekä taloushuoliin. Alkoholiongelma yhdistettynä ikääntyvän haavoittuvuuteen ja vanhuuden elämänvaiheeseen, saattaa heikentää osallisuutta tai syventää osattomuutta. (A-klinikkasäätiö 2017.) Läheissuhteiden kautta alkoholin ongelmakäyttö vaikuttaa usein myös muihin kuin itse

ongelmakäyttäjään (WHO 2012). Taloushuolet puolestaan voivat johtaa esimerkiksi ravitsemuspuutoksiin, kun ikääntyvä tinkii ravitsemuksestaan alkoholinkäytön vuoksi (Mehta ym. 2006).

2.2.2 Ikääntyvien alkoholinkäyttöön liittyvä sairastavuus ja alkoholisairaudet

Runsas alkoholinkäyttö on yhteydessä monien sairauksien syntyyn ja alkoholinkäytön on arvioitu selittävän 10 prosenttia koko Euroopan tautitaakasta. Ikääntyvillä alkoholisairastavuus on lisääntynyt eniten alle 70-vuotiaiden ikäryhmässä, ja miehet ovat ylliedustettuina sekä alkoholisairastavuudessa että -kuolleisuudessa. (Hallgren, Högberg & Andréasson 2009.) Alkoholinkäyttöön liittyvän sairastavuuden osalta voidaan tehdä jaottelua sen suhteen, onko alkoholi sairauden osittainen vai pääasiallinen aiheuttaja. Näin voidaan erottaa joukko sairauksia, joiden ilmaantumisesta alkoholin ongelmakäyttö lisää sekä varsinaiset alkoholisairaudet. Esimerkiksi useiden syöpien taustalla alkoholi on osittainen, merkittäväkin riskitekijä, kun taas esimerkiksi alkoholimaksasairauden taustalla alkoholi on taudin pääasiallinen aiheuttaja. (Wadd & Papadopoulos 2014.) Päihdetilastollisen vuosikirjan (2019) mukaan alkoholisairauksiksi luettavia tautiluokituskoodeja on yli 30. Erikoissairaanhoidon resurssikäytön näkökulmasta näistä merkittävimpiä näyttävät olevan alkoholin aiheuttamat päihtymystilat, riippuvuus, myrkytykset, aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt sekä alkoholin aiheuttamat maksa- ja haimasairaudet (Päihdetilastollinen vuosikirja 2019, 54–55). Alkoholien syyosuutta eri sairauksien taustalla ei erikseen tunneta ikääntyvillä (Hallgren, Högberg & Andréasson 2009).

Alkoholien ongelmakäyttö esiintyy usein yhtäaikaaisesti erilaisten mielenterveyden häiriöiden kanssa. Alkoholiongelma ja mielenterveyden häiriö voivat olla toisistaan riippumattomia ja niille altistavat tekijät voivat olla osin samoja tai on mahdollista, että alkoholiongelma altistaa mielenterveyden häiriöille tai päinvastoin. (WHO 2019.) Ikääntyvien alkoholin ongelmakäytön yhteydessä esiintyy psyykkisinä haittoina usein masennusta ja ahdistusta. Nämä voivat liittyä elämänvaiheen muutoksiin, kuten menetyksiin tai elämänpiirin rajautumiseen, jotka altistavat päihdeongelmalle tai alkoholiongelma voi altistaa mielenterveyden häiriön synnylle. (Blow ym. 2000.) Kaksoisdiagnoosilla tarkoitetaan alkoholiriippuvuuden ja jonkin mielenterveyden häiriön, kuten ahdistuneisuushäiriön, mielialahäiriön tai persoonallisuushäiriön yhtäaikaista, toisistaan riippumatonta esiintymistä (Mäkelä 2003, 183–191). Australialaisen tutkimuksen mukaan yli 65-vuotiaista psykiatrian avohoidon potilaista 15 prosentilla todettiin

kaksoisdiagnoosi ja masennus oli mielenterveyden häiriöistä yleisin (Searby, Maude & McGrath 2016). Kaikkiaan yli 65-vuotiaista masennuspotilaista arviolta noin viidenneksellä esiintyy myös alkoholin ongelmakäyttöä (Caputo ym. 2012).

Mäkelän (2003) mukaan myös runsaasta alkoholinkäytöstä seuraava päihtymystila ja vieroitusvaihe voivat johtaa psykiatrisen häiriön ilmaantumiseen. Alkoholiriippuvaisilla pitkään jatkuneen alkoholinkäytön jälkeinen vieroitusvaihe voi johtaa sekavuustilaan (delirium tremens), jonka oireita ovat vapina, pelokkuus, kouristukset, harhaisuus, autonomisen hermoston liikatoiminta ja tajunnantason lasku. Juomajaksojen aikana taas voi esiintyä päihtymykseen liittyviä sekavuustiloja. (Mäkelä 2003, 183–191.) Huttusen (2018) mukaan korkea ikä, yleiskunnan heikkous, lääkkeiden ja päihteiden yhtäaikainen käyttö sekä aistitoiminnoista näön ja kuulon heikkeneminen altistavat sekavuustiloille. Sekavuustilasta kärsivä tarvitsee kiireellistä hoitoa (Mäkelä 2003, 183–191; Huttunen 2018). Päihtymystila ja vieroitusvaihe voivat vakavassa ongelmakäytössä altistaa myös alkoholipsykoosin eli alkoholiaistiharhaisuuden puhkeamiselle (Mäkelä 2003, 183–191).

Alkoholin ongelmakäyttö vaurioittaa keskushermostoa monilla tavoin, suoraan ja välillisesti. Etanolilla ja sen aineenvaihduntatuotteilla on suora toksinen vaikutus aivokudokseen, mutta aivovaurio voi syntyä myös sairauksien tai tapaturmien seurauksena, joiden riskiä alkoholin ongelmakäyttö lisää. (Hillbom 2003, 315–329.) Hillbomin (2003) mukaan alkoholin aiheuttama aivokudoksen surkastuminen (aivoatrofia) johtaa kognitiivisten toimintojen vaikeutumiseen, käytännössä ohimenevään tai pysyvään työmuistin, ajattelun ja oppimisen heikentymiseen. Ikääntyvillä runsas alkoholinkäyttö voi pahentaa olemassa olevaa muistisairautta tai johtaa alkoholidementian syntyyn (Simojoki 2016). Alkoholidementialla tarkoitetaan pitkään jatkuneen alkoholinkäytön aiheuttamaa aivovauriota, jonka muutokset muistuttavat Alzheimerin taudissa havaittavaa aivorappeumaa. Alkoholidementialle ei kuitenkaan ole kunnollisia diagnostisia kriteerejä. (Tyas 2001.) Amnestinen oireyhtymä taas on runsaasta alkoholinkäytöstä seuraava tila, jossa aivojen muistikeskukset vaurioituvat, yksilön lähimuisti heikentyy eikä asioiden mieleen painaminen onnistu. Amnestinen oireyhtymä saattaa johtua Wernicken taudista, joka aiheutuu tiamiinin puutteesta. Tiamiinin puutos taas johtuu alkoholin ongelmakäyttöön liittyvästä puutteellisesta ravitsemuksesta sekä tiamiinin imeytymisen häiriintymisestä. (Hillbom 2003, 315–329.) Tiamiinin puutteen takia hiilihydraattien metabolia häiriintyy ja hermokudokseen kertyy maitohappoa, mikä ilmenee myös kävely- ja tasapainohäiriöinä (Hillbom 2003, 315–329).

Alkoholin ongelmakäyttö vaurioittaa ruoansulatuskanavaa ja sisäelimiä. Runsas ja pitkään jatkuva alkoholinkäyttö vaurioittaa ruoansulatuskanavan pintaa aiheuttaen limakalvovaurioita ja haavoja esimerkiksi mahaan ja pohjukaissuoleen. Alkoholin ongelmakäyttö lisää myös useiden ruoansulatuskanavan osien syöpäriskiä ja runsas alkoholinkäyttö onkin tunnistettu muun muassa suun, kurkunpään, ruokatorven ja paksusuolensyöpien riskitekijäksi. (Pikkarainen 2003, 346–350.) Sisäelimestä alkoholin ongelmakäyttö vaurioittaa erityisesti maksakudosta aiheuttaen alkoholimaksasairauksia, joita ovat rasvamaksa, alkoholihepatiitti ja maksakirroosi. Alkoholimaksasairauksissa kudospvauriot ovat usein palautumattomia ja komplikaatiot tavallisia, joten sairauksista aiheutuu tyypillisesti toistuvia sairaalahoitajaksoja. (Salaspuro 2003, 336–345.) Pikkaraisen (2003) mukaan runsas alkoholinkäyttö voi johtaa maksavaurioiden lisäksi myös haiman rasvoittumiseen tai haimasolujen vaurioitumiseen. Pitkään jatkunut ongelmakäyttö voi aiheuttaa kroonisen haimatulehduksen, jonka seurauksena haima vaurioituu pysyvästi ja sen toiminta häiriintyy. Runsas kertajuominen taas saattaa johtaa sairaalahoitoa vaativaan akuuttiin haimatulehdukseen, jonka jälkeen elimen toiminta niin ikään palautuu harvoin ennalleen. (Pikkarainen 2003, 351–355.)

Alkoholin ongelmakäyttö on haitallista myös sydän- ja verisuoniterveyden kannalta. Pitkään jatkuva alkoholinkulutus nostaa verenpainetta, mikä rasittaa sydänlihasta ja altistaa muun muassa sydämen vajaatoiminnalle ja aivoverenvuodoille. Sydäntä laajentavaan kardiomyopatiaan liittyy usein alkoholin suurkulutuksen historia, mutta sairauden kehittymiseen myötävaikuttavat myös muut ongelmakäyttöön usein kytkeytyvät tekijät, kuten korkea verenpaine ja tupakointi. (Kupari 2003, 356–364.) Alkoholin ongelmakäyttö saattaa aiheuttaa rytmihäiriöitä, joiden taustalla voivat sydänlihassuutosten lisäksi olla alkoholinkäytöstä seuraavat nestetasapainon häiriöt tai alkoholinkäytön yhteydessä paheneva uniapnea. Lisäksi runsas kertakulutus lisää infarktirisikiä ja siitä aiheutuvan äkkikuoleman vaaraa. (Kupari 2003, 356–364.)

2.2.3 Alkoholinkäytön yhteys terveysterveyspalveluasiointiin ja alkoholikuolleisuus

Yksilöiden sosiaali- ja terveysterveyspalvelujen käyttöä määrittävät lukuisat tekijät. Yhdysvaltalaiset sosiologit Andersen ja Newman (2005) ovat kuvanneet teoreettisen viitekehyksen terveysterveyspalvelujen käyttöön vaikuttavista tasoista ja tekijöistä. Viitekehyksen mukaan terveysterveyspalvelujen käyttöä määrittävät yhteiskunnalliset mekanismit sekä palvelujärjestelmään ja yksilöön liittyvät tekijät. Yhteiskunnallisista mekanismeista keskeisimpiä määrittäjiä ovat

sosiaaliset normit ja teknologia, jotka edelleen vaikuttavat terveystalouden palvelujärjestelmään ja yksilötason tekijöihin (Andersen & Newman 2005.) Palvelujärjestelmän osalta yksilöiden terveystalouden palvelujen käyttöä määrittävät keskeisesti palvelujen järjestämiseen käytettävät voimavarat sekä palvelujen järjestämistapa. Terveystalouteihin käytettävät voimavarat ja palvelujen organisointi vaikuttavat esimerkiksi palvelujen määrään ja jakautumiseen sekä hoidon saatavuuteen ja hoidonkulkuun (Andersen & Newman 2005.)

Yksilötason tekijöistä Andersen ja Newman (2005) erottavat kolme kategoriaa, jotka määrittävät terveystalouden palvelujen käyttöä. Näitä ovat altistavat tekijät (*predisposing factors*), mahdollistavat tekijät (*enabling factors*) ja sairastavuusaste (*illness level*). Terveystalouden palvelujen käytölle altistavat tekijät voivat liittyä demografisiin tekijöihin, kuten ikään, sukupuoleen ja siviilisäätyyn, sosiaalisiin määrittäjiin eli esimerkiksi koulutusasteeseen, etnisyyteen ja ammattiin sekä henkisiin valmiuksiin, kuten arvoihin, tietoon ja asenteisiin. (Andersen & Newman 2005.) Mahdollistavat tekijät puolestaan liittyvät perheeseen, esimerkiksi perheen varallisuuteen ja vakuutuksiin sekä yhteisöön eli esimerkiksi ympäröivän yhteisön terveyteen, palvelujen hintaan ja alueen kaupungistumisasteeseen. Sairastavuusaste kattaa sekä koetun terveyden että todetut diagnoosit ja oirekirjon, jotka luonnollisesti määrittävät terveystalouden palvelujen tarvetta ja käyttöä. (Andersen & Newman 2005.) Alkoholin ongelmakäyttö ja alkoholihaitat voidaan Andersenin ja Newmanin viitekehystä mukaillen ymmärtää terveystalouden palvelujen tarvetta määrittäviksi yksilötason tekijöiksi, vaikka päihdeongelmien taustalla vaikuttavatkin moninaiset yhteiskunnalliset tekijät. Alkoholin ongelmakäyttö ja sen aiheuttamat moninaiset haitat kasvattavat sosiaali- ja terveystalouden palvelujen tarvetta.

Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa päihdehoito-ohjelman jälkeen raitistuneiden, kohtuukäyttäjien ja runsaasti alkoholia kuluttavien terveystalouden palvelujen käyttöä tarkasteltiin aikuisväestössä viiden vuoden ajalta hoito-ohjelman jälkeen. Raitistuneisiin verrattuna runsaasti alkoholia kuluttavilla havaittiin enemmän sairaalapäiviä ja ensiapukäyntejä, mutta ei perusterveydenhuollon käyntejä. (Kline-Simon, Weisner, Parthasarathy, Falk, Litten & Mertens 2014.) Rican ja Duncanin (1995) tutkimuksessa yli 60-vuotiailla tulokset olivat aikoinaan samansuuntaisia, runsaasti alkoholia kuluttavat hakeutuvat lääkärin vastaanotolle harvemmin, kuin vähän tai kohtuudella alkoholia kuluttavat. Maltillisen alkoholinkäytön ja runsaamman terveydenhuollon vastaanottokäyntimäärien yhteyttä voi selittää se, että heikomman terveydentilan omaavat kuluttavat vähemmän alkoholia. Runsaasti alkoholia kuluttavat puolestaan voivat suhtautua terveyteensä välinpitämättömästi, ja hoitoon hakeutumista saattavat estää myös alkoholin ongelmakäyttöön liittyvä stigma tai heikko

taloudellinen tilanne. (Rice & Duncan 1995.) Alkoholin ongelmakäytön ja suuremman päivystyspalvelujen käytön välinen yhteys taas voi selittyä runsaasta kulutuksesta aiheutuvien tapaturmien lisäksi sillä, että vähäinen asiointi perusterveydenhuollossa johtaa tautitilojen pahenemiseen ja siten akuuttihoidon tarpeeseen (Merrick ym. 2011).

Waddin ja Papadopouloksen (2014) mukaan Englannissa ikääntyvien on havaittu päätyvän sairaalahoitoon alkoholiperäisen sairauden vuoksi nuorempia ikäryhmiä useammin. Ikävakioitu tarkastelu osoittaa alkoholiperäisten sairaalakäyntien lisääntyneen Englannissa kaikissa ikäryhmissä, mutta suhteellisesti eniten 55–74-vuotiaiden ikäryhmässä. Samoin ikävakioitu alkoholikuolleisuus on suurinta tässä ikäryhmässä. (Wadd ja Papadopoulos 2014.) Ikääntyvien suurta alkoholiehtoista sairaalahoidon määrää ja kuolleisuutta selittää se, että alkoholihaitat ovat kumuloituvia ja ikääntyvien muista sairauksista ja vanhenemismuutoksista johtuen alkoholisairaudet ja alkoholista aiheutuvat vammat voivat olla vakavampia ja vaikeammin hoidettavia kuin nuoremmilla (Wadd ja Papadopoulos 2014). Merrickin ym. (2011) tutkimuksen mukaan kohtuukäyttöön verrattuna, yli 65-vuotiailla kolme alkoholiannosta ylittävä päivittäinen kulutus lisää ACSC-ehdoista (ambulatory-care-sensitive conditions) päivystysasiointia terveydenhuollossa, joka ei kuitenkaan johda osastohoitoon. ACSC-ehdoilla asiointia tarkoitetaan sellaista kroonisten sairauksien, kuten diabeteksen ja sydänsairauksien vuoksi tapahtuvaa päivystysasiointia, joka voitaisiin ehkäistä perusterveydenhuollossa. Runsaasti alkoholia kerralla kuluttavat hakeutuvat päivystykseen useammin muun muassa korkean verenpaineen takia. (Merrick ym. 2011.) Itävaltalaisessa tutkimuksessa taas on havaittu, että tapaturman vuoksi ensiavussa hoidetuista potilaista, alkoholilöydös on harvinaisempi yli 70-vuotiailla potilailla, kuin nuoremmilla potilailla. Yli 70-vuotiaiden kaatumistapaturmissa verestä voitiin alkoholilöydös kuitenkin osoittaa useammin, kuin muiden tapaturmien vuoksi hoidetuilla vastaavan ikäisillä. (Kurzthaler ym. 2005.) Ikääntyvien hoivantarve taas lisääntyy aiemmin niillä ikääntyvillä, joilla esiintyy runsasta alkoholinkäyttöä, sillä esimerkiksi kognitio-ongelmat korostuvat ongelmakäyttäjillä, mikä voi johtaa arkisista toiminnoista selviämisen haasteisiin. Lisäksi runsaasti alkoholia kuluttavilla tärkeät suhteet hoivaaviin omaisiin saattavat alkoholinkäytön vuoksi mutkistua ja lopulta katketa, koska alkoholinkäyttö vaikeuttaa huolenpitoa ja rasittaa hoivaavaa omaista. (Vilkko ym. 2013.)

Suomessa terveydenhuollon vuodeosastoilla alkoholisairauksista johtuvien hoitajaksojen määrä väheni hieman 2010-luvulla. Vuonna 2018 vuodeosastoilla alkoholisairauden vuoksi hoidetuista potilaista lähes neljännes (23 %) oli 65 vuotta täyttäneitä tai tätä vanhempia.

(Päihdetilastollinen vuosikirja 2019, 54–55.) Vuodeosastohoidosta poiketen erikoissairaanhoidon avohoidossa alkoholisairauden vuoksi hoidettujen potilaiden määrä sekä käyntimäärät ovat kuitenkin lisääntyneet viime vuosina. Päihdehuollon erityispalveluissa asiakasmäärät ovat vähentyneet A-klinikoilla, katkaisuhuoltoasemilla ja kuntoutuslaitoksissa, mutta päihdehuollon asumispalvelujen asiakkaiden ja asumisvuorokausien määrät ovat olleet kasvussa 2000-luvulta alkaen. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2019, 61; 64.) Alkoholikuolleisuus on ollut Suomessa laskusuuntainen viimeisen kymmenen vuoden aikana, mutta vuonna 2018 tapahtui hieman kasvua edellisvuoteen verrattuna. Valtaosa alkoholikuolleisuudesta liittyy ongelmakäytöstä seuranneisiin sairauksiin, kuten sydän- ja maksasairauksiin, mutta kuolleisuus noudattaa myös kokonaiskulutuksen muutoksia. (Tilastokeskus 2019.) Ikääntyvien osuus alkoholikuolleisuudesta on kasvanut, alkoholiperäiseen tautiin tai alkoholimyrkytykseen menehtyneiden yli 65-vuotiaiden osuus on noussut kymmenessä vuodessa 21 prosentista 39 prosenttiin (Tilastokeskus 2019).

3. ALKOHOLIN ONGELMAKÄYTÖN HOITO

3.1 Päihdepalvelujärjestelmä

Suomessa päihdehuollon järjestämisvastuusta säädetään päihdehuoltolaissa, jonka mukaan kuntien tulee tarjota päihdepalveluja yleisinä sosiaali- ja terveystaluuina sekä päihdehuollon erityispalveluina siten, että palvelut vastaavat päihdeongelmista kärsivien ja heidän läheistensä tarpeita (Päihdehuoltolaki 1986/41). Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen myötä päihdepalvelujen järjestämisvastuu siirtyy kunnilta hyvinvointialueille, mutta ehkäisevä päihdetyö jäänee osin kuntien tehtäväksi osana terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä (Partanen 2021). Päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäytöstä aiheutuvia moninaisia haittoja sekä edistää ongelmakäyttäjän kokonaistoimintakykyä. Päihdehuolto kattaa palvelut päihdehaittojen ennaltaehkäisystä ja varhaisesta puuttumisesta akuuttihoitoon ja kokonaisvaltaiseen päihdekuntoutukseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.) Useat sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat osallistuvat yleistason ja erityistason päihdepalvelujen tuottamiseen, mutta virallisen palvelujärjestelmän ohella päihdetyötä tehdään paljon myös kolmannella sektorilla (Mäkelä 2003, 192–199).

Julkisessa terveydenhuollossa yleisiä päihdepalveluja tarjoavat terveysasemat ja sairaalat, jotka vastaavat alkoholin ongelmakäyttöön liittyvien somaattisten sairauksien hoidosta, sekä vammojen ja myrkytystilojen akuuttihoitosta. Lisäksi terveydenhuollossa järjestetään erityistason palveluina katkaisu- ja vieroitushoitoa, joista vastaavat terveyskeskusten katkaisuhoidoyksiköt ja osin erikoissairaanhoidon yksiköt. (Mäkelä 2003, 192–199.) Sosiaalihuollossa päihdehuollon yleistason palveluja tarjoavat useat sosiaalipalvelujen tuottajat, kuten sosiaalitoimistot ja kotipalvelu. Erityistason palveluja tarjoavat A-klinikat, katkaisuhoidoasemat, kuntoutuslaitokset, asumispalvelut, ensisuojaajat sekä päiväkeskukset. (Mäkelä 2003, 192–199.) A-klinikoilla tehdään päihdetyötä ja tarjotaan polikliinista vieroitushoitoa avohoitona, päiväkeskukset puolestaan tarjoavat sosiaalista toimintaa, ruokaa sekä mahdollisuuden peseytyä. Laitosmuotoisia erityispalveluja ovat ympärivuorokautinen katkaisuhoido, päihdekuntoutus ja päihdehuollon asumispalvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.) Päihdehuollon asumispalvelut on tarkoitettu päihdeongelmasta kärsiville, jotka tarvitsevat tukea omatoimiseen asumiseen. Asumispalveluyksiköt ovat vaihtelevia palveluiltaan, henkilöstöltään sekä asumisen keston suhteen, osassa asukkaat asuvat hyvinkin itsenäisesti, kun taas jotkin asumispalveluista muistuttavat laitoshoidoa. (Mäkelä 2003, 192–199.) Päihdehuollon asumispalveluista huoltokodit on tarkoitettu ikääntyville päihteidenkäyttäjille pidempiaikaista asumista varten. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.) Kolmannella sektorilla järjestöt, yhdistykset ja uskonnolliset yhteisöt tarjoavat ryhmätoimintaa, koulutusta sekä virkistys- ja harrastemahdollisuuksia alkoholiongelmaisille ja heidän läheisilleen (Mäkelä 2003, 192–199).

3.2. Alkoholin ongelmakäytön tunnistaminen ja hoito

Valtaosa alkoholihaitoista on osin tai kokonaan palautuvia, joten alkoholin ongelmakäytön hoitaminen on perusteltua, eikä ongelmaa ole koskaan myöhäistä hoitaa (Hallgren, Högberg & Andréasson 2009). Haitallisesti alkoholia käyttävien tai alkoholiriippuvaisten ihmisten määrä, jotka voisivat hyötyä neuvonnasta, hoidoista ja kuntoutuksesta on merkittävästi suurempi, kuin hoitoa saavien määrä. Kaikkiaan Euroopassa haitallisesti alkoholia käyttävistä arviolta yksi kahdestakymmenestä havaitaan ja alkoholiriippuvaisista yksi kahdestakymmenestä pääsee asianmukaiseen hoitoon. (WHO 2012.) Päihdetyön lähtökohtana on aina asiakaslähtöisyys ja potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Hoidon onnistuminen edellyttää myös toimivaa vuorovaikutussuhdetta sekä luottamusta asiakkaan ja hoitohenkilökunnan välillä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.)

Alkoholin ongelmakäytön hoitaminen edellyttää alkuun ongelmakäytön havaitsemista. Ongelmakäyttö havaitaan usein terveydenhuollossa, kun potilas hakeutuu hoitoon jonkin somaattisen tai psyykkisen oireen tai tapaturman vuoksi. Tästä ja ongelman yleisyydestä johtuen alkoholinkäyttö olisikin hyvä ottaa terveydenhuollon hoitopaikoissa puheeksi rutiininomaisesti aina potilasta haastatellessa. (Käypä hoito -suositus 2018.) Käypä hoito –suosituksen (2018) mukaan eriasteisen ongelmakäytön tunnistamisessa käytetään haastattelun lisäksi strukturoituja kyselylomakkeita sekä puhalluskoetta ja laboratoriodiagnostiikkaa.

Hoitomenetelmän valinta riippuu ongelmakäytön vakavuusasteesta, ennen alkoholiriippuvuuden kehittymistä hyödynnetään terveydenhuollossa lyhytneuvontaa (mini-interventio) liiallisen alkoholinkulutuksen vähentämiseksi. Lyhytneuvonnassa potilaan kanssa keskustellaan ongelmakäyttöön liittyvistä haitoista rakentavasti ja syyllistämättä sekä motivoidaan ja ohjeistetaan potilasta löytämään keinoja alkoholinkäytön vähentämiseksi. (Käypä hoito -suositus 2018.) Alkoholiriippuvuuden hoidossa tarvitaan katkaisu- ja vierotushoitoa sekä usein myös pidempikestoista avohoitoa tai laitospäästämistä (Simojoki 2016; Käypä hoito -suositus 2018). Katkaisuhoidolla tarkoitetaan runsaan ja pitkään jatkuneen alkoholinkäytön hoitotoimenpitein tuettua lopettamista, joka voidaan toteuttaa avohoitona tai laitoshoidona. Alkoholin ongelmakäyttäjät hakeutuvat katkaisuhoidon omaan tai läheisen aloitteesta tai sosiaali- ja terveydenhuollon toimijan tai muun viranomaisen ohjaamina. (Laitinen & Mäkelä 2003, 203–211.) Katkaisuhoidon hakeutuvilla on yleensä alkoholiriippuvuus, joten käytön lopettamista seuraa vieroitusvaihe, jonka vakavuusasteeltaan vaihteleviin somaattisiin ja psyykkisiin oireisiin potilas tarvitsee vieroitushoitoa. Vieroitushoidossa potilasta nesteytetään ja vieroitusoireita helpotetaan lääkehoidoilla. (Laitinen & Mäkelä 2003, 203–211.) Kun potilaan vointi kohenee, yhdistetään hoitoon myös psykososiaalisten hoitomuotojen elementtejä eli hoidettavan kanssa keskustellaan pyrkien löytämään ratkaisuja alkoholinkäytön taustalla vaikuttaviin tekijöihin. Katkaisuhoidossa määritellään myös hoidettavan jatkohoidon tarve. (Laitinen & Mäkelä 2003, 203–211.)

Katkaisuhoito riittää harvoin alkoholiriippuvaisen henkilön hoidoksi, vaan katkaisun lisäksi tarvitaan kuntoutuslaitoksissa tarjottavaa päihdekuntoutusta (Käypä hoito -suositus 2018). Päihdekuntoutus on siis tarpeen henkilöille, joille avohoidon palvelut ja katkaisuhoito eivät riitä, ja ongelmakäytön hoitaminen edellyttää irtautumista vallitsevasta elinympäristöstä (Mäkelä 2003, 192–199). Kuntoutuslaitoksissa tehtävä päihdetyö on kokonaisvaltaista työtä, jolla pyritään alkoholinkäytön vähentämisen tai lopettamisen lisäksi turvaamaan ja edistämään

kuntoutujan psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä. Kuntoutuksen suunnittelussa huomioidaan asiakkaan terveydentila ja toimintakyky sekä kartoitetaan kuntoutujan ja mahdollisten läheisten kokonaistilanne ja avuntarve. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002). Päihdekuntoutuksen tavoitteena on muovata kuntoutujan asenteita ja ajatuksia alkoholinkäytöstä, etsiä motivaatiotekijöitä alkoholinkäytön vähentämiseksi tai lopettamiseksi sekä löytää keinoja ehkäistä ongelmakäyttöön paluuta (Caputo ym. 2012). Käypähoito -suosituksen (2018) mukaan alkoholiriippuvuuden hoito ja päihdekuntoutus perustuvat psykososiaalisiin hoitomuotoihin, joita ovat kognitiivinen käyttäytymisterapia, motivoiva haastattelu, ratkaisukeskeinen terapia, yhteisövahvistusohjelma sekä psykodynaamiset ja interpersoonalliset psykoterapiat. Kuntoutujan ja hoitoa toteuttavien henkilöiden ja kuntoutujan välinen hoitosuhde eli vuorovaikutuksen avoimuus ja luottamus vaikuttavat merkittävästi psykososiaalisen hoidon onnistumiseen (Käypä hoito -suositus 2018).

Kognitiivinen käyttäytymisterapia on menetelmä, joka perustuu sosiaalisen oppimisen teoriaan. Menetelmässä alkoholiongelma nähdään opittuna, addiktoivana käyttäytymismallina, jota voidaan muovata. (Holmberg 2003, 212–219.) Holmbergin (2003) mukaan alkoholin ongelmakäyttäjille tyypillisiä ovat pitkän ajan kuluessa juurtuneet uskomukset ja ajatusmallit alkoholin koukuttavuudesta ja toisaalta ongelmakäytön hallittavuudesta. Nämä uskomukset voivat edelleen johtaa ajatusvääristymiin, jotka ylläpitävät päihdeongelmaa. Kognitiivisella käyttäytymisterapialla pyritään tunnistamaan ja muovaamaan päihdekierrettä ja riippuvuutta ylläpitäviä, haitallisia suhtautumis- ja toimintatapoja sekä löytämään vaihtoehtoisia keinoja tilanteisiin, joissa halu alkoholinkäyttöön herää. (Holmberg 2003, 212–219.)

Kognitiivisen käyttäytymisterapian ohella voidaan hyödyntää motivoivaa haastattelua, jossa päihdetyöntekijä pyrkii vaihtelevin strategioin herättämään kuntoutujassa muutoshalukkuuden. Motivoivan haastattelun tavoitteena on, että ongelmakäyttäjä itse tunnistaa alkoholinkäyttöä koskevan muutostarpeen eli motivoituu muutokseen. (Holmberg 2003, 212–219.) Muutosprosessissa voidaan tunnistaa eri vaiheita, joita ovat ongelman tiedostaminen, muutostarpeen havaitseminen, muutoksen toteuttamiseen ja tavoitteeseen sitoutuminen sekä muutoksen ylläpitovaihe. Muutosvaiheet eivät kuitenkaan ole tarkkarajaisia tai kaikkien kuntoutujien osalta tietyssä järjestyksessä eteneviä. (Holmberg 2003, 212–219.) Muutoksen ylläpitämiseksi päihdekuntoutuksessa on keskeistä ehkäistä retkahduksia tunnistamalla tilanteita ja tunnetiloja, jotka ovat aiemmin johtaneet runsaaseen alkoholinkäyttöön (Holmberg 2003, 212–219).

Päihdekuntoutuksen osana tulisi hoitaa alkoholiongelman lisäksi myös mielenterveyden häiriöitä niillä kuntoutujilla, joilla on kaksoisdiagnoosi (Caputo ym. 2012). Kuntoutukseen voidaan sisällyttää psykodynaamista ja interpersoonallisista psykoterapiaa, joissa käsitellään potilaan elämänvaiheita ja ihmissuhteita (Käypä hoito -suositus 2018). Lisäksi kuntoutuksessa voidaan hyödyntää rentoutusharjoituksia, joilla puretaan ahdistusta ja jännitystä sekä vahvistetaan itsehallinnan tunnetta (Tuomola 2003, 220–226). Miellensisäisten työskentelymenetelmien ja rentoutuksen lisäksi päihdekuntoutus sisältää sosiaalista kuntoutusta eli muun muassa asumiseen ja toimeentuloon liittyvien ongelmien selvittelyä ja ratkaisujen etsimistä sekä sosiaalisten verkostojen kartoittamista ja vahvistamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002). Psykososiaalisista hoitomuodoista ratkaisukeskeisen terapiaa taas tähtää kuntoutujan konkreettisten ongelmien ratkaisemiseen sekä voimavarojen tunnistamiseen siten, että kuntoutuja selviäisi paremmin myös arjen pulmatilanteissa. Yhteisövahvistusohjelman avulla puolestaan vahvistetaan kuntoutujan sosiaalisia verkostoja, harjoitellaan sosiaalisia taitoja ja pyritään löytämään päihteettömyyteen tukea vapaa-ajan toiminnoista. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Päihdekuntoutuksessa hyödynnetään usein ryhmäterapiaa yksilöterapian ohella. Alkoholiongelmaikäyttöön liittyy usein sosiaalisten taitojen heikkoutta ja kielteinen minäkuva, joten erilaisilla ryhmäharjoitteilla pyritään kehittämään itsevarmuutta ja -ilmaisua sekä vuorovaikutustaitoja, joita tarvitaan etenkin retkahduksille altistavissa tilanteissa. (Tuomola 2003, 220–226.) Ryhmäterapiassa on monia etuja suhteessa yksilöterapiaan, ryhmässä kuntoutujan on mahdollista löytää vertaisia, joiden kanssa voi jakaa kokemuksia, oppia uutta, kehittää vuorovaikutustaitoja sekä antaa ja saada tukea. Vastavuoroinen sosiaalinen tuki antaa toivoa ja mahdollistaa hyväksytyksi ja ymmärretyksi tulemisen sekä uusien sosiaalisten verkostojen muodostumisen. (Tuomola 2003, 220–226.) Alkoholiongelmaikäyttö johtaa monesti läheis- ja perhesuhteiden häiriintymiseen tai suhteiden katkeamiseen, mutta mikäli mahdollista, päihdekuntoutuksessa hyödynnetään myös verkostoterapiaa, jolloin kuntoutukseen osallistuvat myös kuntoutujan läheiset. Verkostoterapia mahdollistaa kuntoutujan tilanteen tarkastelun kokonaisvaltaisemmin ja läheisten osallistuminen voi myös vahvistaa yksilön sitoutumista kuntoutukseen. (Mäkelä 2003, 227–234.)

3.3 Päihdekuntoutuksen hyödyt

Alkoholin ongelmakäytön hoidossa käytettyjen yksittäisten hoitomenetelmien, kuten mini-intervention vaikuttavuutta on tutkittu melko paljon. Sen sijaan useita psykososiaalisia hoitomuotoja hyödyntävien päihdekuntoutuskokonaisuuksien yhteyttä kuntoutuksen jälkeiseen alkoholinkäyttöön ja hyvinvointiin selvittäneitä tutkimuksia on saatavilla niukasti. Päihdekuntoutuksen hyötyjä selvittäneet tutkimukset ovat asetelmaltaan kuvailevia tai vertailevia tutkimuksia, jotka perustuvat yleensä tutkittavien haastatteluihin. Tutkimukset ovat myös sisällöltään vaihtelevia tutkittavien ikäjakauman, ongelmakäytön määrittelyn, hyödynnettyjen menetelmien sekä tarkasteltavien mittareiden ja ajanjaksojen suhteen.

Laitosmuotoisen päihdekuntoutuksen yhteyttä kuntoutuksen jälkeiseen alkoholinkäyttöön selvittäneissä tutkimuksissa on käytetty alkoholinkäytön ja käytön muutoksen kuvaajina muun muassa raittiutta, kertakulutuksen määrää ja kotiutumisen jälkeistä päihteettömän jakson pituutta. Laajemmat ikäryhmät huomioivissa tutkimuksissa on saatu viitteitä siitä, että laitosmuotoiseen päihdekuntoutukseen osallistuneilla alkoholin käyttömäärät ovat vähäisempiä päihdekuntoutusjakson jälkeen. Esimerkiksi sveitsiläisessä tutkimuksessa 34 % kuntoutujista ilmoitti olevansa raittiita vuoden kuluttua asumispalvelun ja päihdekuntoutuksen yhdistävän hoitojakson jälkeen (Meyer, Wapp, Strik & Moggi 2014). Italialaisessa tutkimuksessa taas laitoskuntoutukseen osallistuneista noin puolella kuntoutujista, jotka tavoitettiin puolen vuoden kuluttua kuntoutuksen päättymisestä, alkoholinkäyttö oli vähentynyt (Giorgi, Ottonello, Vittadini & Bertolotti 2015).

Tutkimuksissa on saatu viitteitä siitä, että hyvin monenlaiset yksilöön, alkoholiongelmaan ja hoitoon liittyvät tekijät voivat olla yhteydessä laitosmuotoisen päihdekuntoutuksen jälkeiseen alkoholinkäyttöön. Fiabanen ym. (2017) tutkimuksen mukaan heikko muutosvalmius ja alkoholiongelman vähättely sekä vaikea riippuvuus lisäävät retkahtamisriskiä kuntoutuksen jälkeen. Samoin heikko psyykinen toimintakyky saattaa edesauttaa retkahtamista kotiutumisen jälkeen (Giorgi ym. 2015). Meyerin ym. (2014) tutkimuksen mukaan myös kuntoutuksessa asetettu alkoholinkäytön tavoite voi määrittää kotiutumisen jälkeistä alkoholinkäyttöä. Tutkimustulosten mukaan kohtuukäytön tai ehdollisen raittiuden tavoitteeksi asettaneisiin verrattuna, täysraittiuuden tavoitteeksi asettaneilla kuntoutuksen jälkeinen raittius on yleisempää, juontipäivien määrät vähäisempiä ja raittiin kauden kesto kuntoutusjakson jälkeen pidempi (Meyer, Wapp, Strik & Moggi 2014). Lemken ja Moosen (2003) mukaan kuntoutuksen aikana koettu runsas sosiaalinen tuki voi myös ennustaa vähäisempää

alkoholinkäyttöä kuntoutuksen jälkeen. Lisäksi aktiivinen osallistuminen kuntoutuksen jälkeiseen ylläpitohoitoon voi vähentää kertakulutuksen määriä kuntoutuksen jälkeen (Lemke & Moos 2003). Laitosmuotoista päihdekuntoutusohjelmaa seuraavalla monimuotoisella ylläpitoterapialla onkin mahdollista tukea raittiutta kuntoutuksen jälkeen (Kim ym. 2012).

Alkoholinkäytön lisäksi tutkimuksissa on tarkasteltu päihdekuntoutuksen yhteyttä kuntoutuksen jälkeiseen kuntoutujan mielenterveyteen ja -hyvinvointiin. Tutkimuksissa on havaittu, että päihdekuntoutukseen osallistuminen voi vähentää masennusta ja ahdistuneisuutta (Lemke & Moos 2003; Giorgi ym. 2015; Fiabane ym. 2017) sekä lisätä osallisuutta ja kokonaisyhyvinvointia (Giorgi ym. 2015). Mielenterveysvasteiden tarkastelussa on tunnistettu tekijöitä, jotka voivat osaltaan selittää kuntoutuksen yhteyttä psyykkisen toimintakyvyn muutoksiin. Esimerkiksi kuntoutuksessa koettu runsas sosiaalisen tuen määrä voi ennustaa parempaa psyykkistä hyvinvointia kuntoutusjakson jälkeen (Lemke & Moos 2003). Toisaalta myös alkoholiongelman vaikeusaste voi olla yhteydessä mielen hyvinvoinnin vasteisiin siten, että kuntoutuksen myötä psyykinen hyvinvointi saattaa kehittyä vähiten vaikeimmassa tilanteessa olevilla päihderiippuvaisilla (Fiabane ym. 2017).

4. IKÄÄNTYVÄT PÄIHDEPALVELUJEN ASIAKKAINA

Ikääntyvien alkoholin ongelmakäytön hoitoa ei ole juuri tutkittu, joten kyseisessä ikäryhmässä eri hoitomenetelmien vaikuttavuutta ei erikseen tunneta. Näin ollen ikääntyvien ongelmakäytön hoitoa ohjaa edelleen laajemmissa ikäryhmissä tehty tutkimus hoitomenetelmien vaikuttavuudesta. (Strandberg & Simojoki 2017; Käypä hoito -suositus 2018.) Vanhenemiseen liittyvistä fyysisistä, psyykkisistä ja kognitiivisista muutoksista johtuen ikääntyvien ongelmakäytön hoito- ja kuntoutusvasteet voivat kuitenkin erota nuoremmissä ikäryhmistä (Wadd, Holley-Moore, Riaz & Jones 2017). Lisäksi ikääntyvien ongelmakäytön havaitsemista ja hoitoa määrittävät joukko ikäryhmälle tyypillisiä, mutta yksilöllisesti vaihtelevia tekijöitä, jotka voivat olla merkityksellisiä päihdetyön toteuttamisen kannalta. Nämä tekijät liittyvät moninaisesti fyysisiin, psyykkisiin ja kognitiivisiin ikääntymismuutoksiin, elämäntilanteeseen ja -kokemuksiin, sairauksiin sekä lääkehoitoihin. (Oslin, Pettinati & Volpicelli 2002.) Tutkittavan korkeaan ikään liittyvien erityisten yksilö- ja elämänvaihetekijöiden lisäksi myös palvelujärjestelmään saattaa liittyä tekijöitä, jotka voivat heikentää ikääntyvien ongelmakäytön havaitsemista, hoitoon pääsyä ja hoitoa.

Eläkeikäisten alkoholin ongelmakäytön havaitsemista voivat hankaloittaa monet tekijät. Alkoholihaittojen ehkäisyn näkökulmasta ongelmakäyttö on kuitenkin keskeistä havaita ajoissa, sillä varhainen tunnistaminen ja puuttuminen ennakoivat parempia hoitotuloksia ja ehkäisevät vakavia haittoja ikääntyvillä yhtä lailla kuin nuoremmillakin. Alkoholin ongelmakäytön havaitsemiseksi käytettäviä kyselytestejä on osin räätälöity ikääntyville, mutta niitä hyödynnetään rutiinikäytössä melko harvoin. (Hallgren, Högberg & Andréasson 2009.) Työkalut riskikulutuksen tunnistamiseen ovat puutteellisia myös, koska virallista määritelmää ikääntyvien riskikulutukselle ei ole saatavissa. Vaillinaiset työkalut ja riskirajojen puute voivat johtaa riskikulutuksen alidiagnosointiin ja ongelmakäyttöön puuttumisen viivästymiseen. (Simojoki 2016.)

Riskikulutusta pidemmälle edennyt ongelmakäyttö havaitaan nuoremmilla ikäryhmillä monesti tilanteissa, joissa erinäisistä vastuista, kuten työstä tai lapsista huolehtiminen kärsivät ongelmakäytön vuoksi. Ikääntyvillä ongelmakäyttö saattaa kuitenkin jäädä havaitsematta myös nuoremmista poikkeavan sosiaalisen roolin vuoksi, toisin sanoen elämänvaihe ja eläkkeellä oleminen mahdollistavat ongelman kätkeytymisen. (Wadd, Holley-Moore, Riaz & Jones 2017.) Ikääntyvillä alkoholin ongelmakäyttöön liittyy useammin myös häpeää sekä ongelmien vähättelyä ja kieltämistä, minkä vuoksi ikääntyvät hakeutuvat päihdeongelman takia hoitoon nuorempia ikäryhmiä harvemmin (Wadd, Holley-Moore, Riaz & Jones 2017). Lisäksi alkoholin ongelmakäytöstä seuraavat haitat, kuten kaatumiset, verenpaineen nousu ja kognition lasku voidaan terveydenhuollossa virheellisesti tulkita vanhenemiseen liittyviksi, eikä alkoholinkäyttö haittojen taustalla tule epäillyksi. Kotihoidon piirissä olevat ikääntyvät ja heidän läheisensä taas saattavat piilotella runsasta alkoholinkäyttöä, jolloin ongelmakäyttö voi paljastua kotikäynnin yhteydessä odottamatta. (Strandberg & Simojoki 2017.)

Palvelujärjestelmään liittyvistä tekijöistä muun muassa riittämätön osaaminen, resurssien niukkuus sekä henkilökunnan olettamukset ja asenteet voivat estää ikääntyvien alkoholin ongelmakäytön havaitsemista ja hoitoon pääsyä. Terveydenhuollossa ei välttämättä ole riittävää osaamista ikääntyvien ongelmakäytön tunnistamiseksi ja myös säästötavoitteet saattavat estää hoitoon ohjaamista. Lisäksi ikääntyvien alkoholinkäyttöön liittyvien stereotyyppien ja ennakkokäsitysten vuoksi alkoholin ongelmakäyttö ei välttämättä tule edes epäillyksi. (Rao, Crome, Crome & Iliffe 2019.) Toisaalta on mahdollista, että elämän jälkipuoliskolle ajoittuva alkoholin ongelmakäyttö sallitaan terveydenhuollossa helpommin esimerkiksi elämänvaiheeseen ja heikentyneeseen terveystilanteeseen vedoten (Hallgren, Högberg & Andréasson 2009). Ikääntyvät voidaan myös nähdä liian vanhoina muutokseen,

mikä saattaa vähentää hoitoon ohjausta ja priorisointia saatetaan tehdä eliniänodotteen perusteella nuorempia suosien. (Wadd, Holley-Moore, Riaz & Jones 2017.)

Korkean iän ja iästä johtuvien hoidollisten erityistarpeiden ei tulisi johtaa hoitamatta jättämiseen, mutta yhtä lailla kuin nuoremmillakin, ikääntyvien päihdetyössä rajanveto väliintulon oikeutuksen ja autonomian kunnioituksen välillä on vaikeaa. (Strandberg & Simojoki 2017). Katkaisuhoidon liittyy ikääntyvillä suurempi komplikaatioiden riski ja vieroitusoireita, esimerkiksi sydänoireita ja neurologisia oireita esiintyy ikääntyvillä useammin kuin nuoremmilla ikäryhmillä (Letizia & Reinbolz 2005). Ikääntyvien ongelmakäytön hoitoa vaikeuttaa myös se, että monilla hoitoon osallistuvista on taustalla pitkään kestänyt ongelmakäytön historia, mahdollisesti epäonnistuneita hoitjaksoja ja heidän avuntarpeensa on usein moninainen (Wadd, Holley-Moore, Riaz & Jones 2017). Hoidon toteuttamista saattaa haastaa myös hoidettavan kognitiivisten toimintojen heikentyminen (Strandberg & Simojoki 2017) sekä fyysisen toimintakyvyn rajoitteet (Wadd, Holley-Moore, Riaz & Jones 2017).

4.1 Ikäerityinen päihdetyö

Päihdehuollon toimijat ja tutkijat näyttävät herätelleen keskustelua vanhenemiseen liittyvät erityistekijät huomioivan päihdetyön tarpeesta jo pitkään. Ensimmäiset ikääntyville suunnatut päihdehoito-ohjelmat (*elder-specific models*) kehitettiin jo 1970- ja 1980-lukujen taitteessa, mutta kaikkienensa ohjelmien kehitystyötä on tehty ilman systemaattista arviointia hoidon hyödyistä (Atkinson 1995, 186–210). Suomessa A-klinikoiden päihdetyöntekijöitä haastatelleen tutkimuksen mukaan sosiaaligerontologiset tai ylipäättään gerontologiset näkökulmat puuttuivat vielä 2000-luvun alkupuolella päihdekoulutuksen teemojen joukosta, eikä korkea ikää tuolloin koettu erityisenä päihdehoidon osatekijänä. Vuosituhannen alussa Suomessa oltiinkin vasta heräämässä ikääntyneiden päihdeongelmaisten palvelutarpeeseen ja sen pohtimiseen, mitä erityisvaatimuksia korkea ikä tuo päihdetyön menetelmällisiin ratkaisuihin. (Suhonen 2005, 70–74.)

Ikäerityiseen päihdetyöhön ei ole saatavissa virallisia suosituksia ja tietolähteiden perusteella on vaikea arvioida sitä, kuinka laajasti erityisesti ikääntyville kohdennettuja hoito-ohjelmia ja -paikkoja on tarjolla kansallisesti tai kansainvälisesti. A-klinikkasäätiön (2017) mukaan ikäerityisessä tai ikäeettisessä päihdetyössä on kyse hoidosta, jossa huomioidaan vanhenemisesta johtuvat muutokset ja elämänvaiheen erityisyys. Tämä tarkoittaa sitä, että hoidettavan nykytilanne ja jäljellä oleva aika tunnustetaan, eikä vaihtelevia tunteita, sairautta,

haurautta ja rajallisuutta sivuuteta hoidossa. Samaan aikaan ikääntyvä kohdataan autonomisena, kokevana ja aktiivisena toimijana, jonka elämänselämänsä historia ja kokemukset vaikuttavat myös käsityksiin päihdeidenkäytöstä ja käytön merkityksistä. (A-klinikkasäätiö 2017.) Ikäerityisessä päihdetyössä pyritään kartoittamaan ikääntyvän kokonaistilanne ja avuntarve sekä tunnistamaan voimavaroja ja kiinnostuksenkohteita, jotta päivittäinen elämä saataisiin paremmin hallintaan ja päihdeidenkäytön tilalle voitaisiin löytää mielekästä toimintaa ja tekemistä (A-klinikkasäätiö 2017).

Ikääntyvillä ongelmakäyttäjillä päihdeongelman taustalla voi olla korkeaan ikään liittyviä syytekijöitä, jotka ylläpitävät päihdeongelmaa tai voivat lisätä päihdeettömän jakson jälkeistä retkahtamisriskiä (Atkinson 1995, 186–210). Caputon ym. (2012) mukaan ikääntyvien päihdetyössä ja -kuntoutuksessa onkin keskeistä panostaa retkahtamisen ehkäisyyn, sillä elämänvaiheeseen saattaa liittyä enemmän retkahtamiselle altistavia tekijöitä, kuten yksinäisyyttä sekä monenlaisia menetyksiä ja muutoksia. Waddin ym. (2017) mukaan elämänvaiheen erityisyydestä johtuen ikääntyvien alkoholinkäytön vähentämistä tai raitistumista tukevat motivaatiotekijät myös poikkeavat usein nuorempien motivaatiotekijöistä. Lisäksi ikääntyvien kognitiiviset ja sosiaaliset kyvyt sekä arvomaailma poikkeavat usein nuoremmista ikäryhmistä, minkä vuoksi päihdetyö edellyttää mahdollisesti erilaista työtettä ja vuorovaikutusta, esimerkiksi enemmän emotionaalista tukea, toistoja ja hitaampaa etenemistä (Atkinson 1995, 186–210). Vuorovaikutuksessa pyritään arvostamaan ja tuomitsemattomaan kohtaamiseen ja vuorovaikutussuhteeseen, jossa päihdetyöntekijä toimii ajattelun ja toimintatapojen muuttamisen mahdollistajana (A-klinikkasäätiö 2017). Ikääntyvillä ongelmakäyttäjillä on pitkä ja usein vaihteleva menneisyys, mutta vähemmän odotettua elinaikaa jäljellä, joten päihdetyössä joudutaan työskentelemään lyhyemmän tulevaisuusperspektiivin puitteissa. Tämän vuoksi psykososiaaliksi hoitomuodoiksi soveltuvat esimerkiksi tukeva psykoterapia ja kognitiivinen käyttäytymisterapia. (Suhonen 2005, 67.) Yksilön sairaudet ja toimintakykyvajeudet voivat kuitenkin estää tai hankaloittaa joidenkin hoitomenetelmien hyödyntämistä ja edellyttää toisenlaisia lähestymistapoja (Atkinson 1995, 186–210). Tärkeää on, että ikääntyvän alkoholiongelman hoito suunnitellaan yksilöllisesti ja hoidon tulisi myös sisältää kokonaisvaltainen geriatrinen arvio (Strandberg & Simojoki 2017). Päihdekuntoutuksessa ikääntyvien on arvioitu hyötyvän ikätovereiden vertaiskokemuksista enemmän kuin työskentelystä pääosin nuoremmista koostuvissa ryhmissä (Strandberg & Simojoki 2017). Ikävertaisista koostuva hoito- tai kuntoutusryhmä voi helpottaa kokemusten jakamista ja lisää yhteenkuuluvuuden tunnetta, mikä saattaa edistää hoitomyönteisyyttä ja

johtaa parempiin hoitotuloksiin (Atkinson 1995, 186–210). Tutkimuksissa onkin jo kauan aikaa sitten saatu viitteitä siitä, että ikääntyvien saattaa olla ainakin helpompi sitoutua ikääntyville kohdennettuihin kuntoutusohjelmiin, kuin ikäintegroituihin ohjelmiin (Kofod, Tolson, Atkinson, Toth & Turner 1987). Waddin ja Duttonin (2018) haastattelututkimuksen mukaan ikääntyvien kokemukset laitoksessa toteutettavasta ikäintegroidusta päihdekuntoutuksesta vaihtelevat suuresti. Osa ikääntyvistä saattaa kokea päihdeongelman yhdistävänä tekijänä iästä riippumatta ja sukupolvien väliset näkemuserot on mahdollista kokea avartavina. Toisaalta taas ikääntyvä saattaa kokea osallistumisen ikävertaisista koostuvaan kuntoutukseen helpompana, sillä ikäintegroidussa kuntoutuksessa kuntoutujien väliset erot tarpeissa, arvoissa, asenteissa ja käyttäytymisessä voivat olla suuria. (Wadd & Dutton 2018.) Lisäksi ikääntyvät saattavat kokea turvattomuutta ja kohdata ikäsyryntää, kuten ennakkoluuloja ja ulkopuolelle jättämistä ikäintegroidussa päihdekuntoutuksessa (Wadd & Dutton 2018).

5. TUTKIMUSASETELMA

Tässä pro gradu -tutkielmassa on kyse alkoholin ongelmakäytön vuoksi laitosmuotoisella päihdehoitajaksolla olleiden ≥ 65 -vuotiaiden henkilöiden terveystalvelujen käyttöä koskevasta tutkimuksesta. Tutkimuksessa tarkastellaan ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneiden ikääntyvien terveystalvelujen käyttöä. Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneiden terveystalvelujen käyttöä verrataan muussa päihdekuntoutuksessa tai laitoskatkaisussa olleen verrokkiryhmän palvelujen käyttöön. Kyseessä on lyhyen aikavälin seuranta-asetelma, jossa päihdehoitajaksolle osallistuneiden henkilöiden terveystalvelujen käyttömäärää tarkastellaan ja vertaillaan päihdehoitajaksoja edeltäneen ja seuranneen vuoden ajalta. Tutkielma perustuu erään suomalaisen kunnan sosiaali- ja terveystalvelutietoja sisältäneeseen rekisteriaineistoon, jonka analysoinnissa hyödynnetään kvantitatiivisia menetelmiä.

Tutkimuksen taustalla sovelletaan osin Andersenin ja Newmanin (2005) terveystalvelujen käyttöä määrittävää viitekehystä, vaikka Suomi eroaakin merkittävästi yhteiskuntana ja terveystalvelujen järjestämistavan suhteen Yhdysvalloista, jossa malli on kehitetty. Tutkimuksen tavoitteena on tarkastella erilaisilla päihdehoitajaksoilla hoidettujen ikääntyvien terveystalvelujen käyttöä sekä palvelujenkäyttöön yhteydessä olevia tekijöitä. Tarkoituksena on kuvata ja verrata päihdehoitajaksoille osallistuneiden demografisia tekijöitä,

palvelujenkäyttöä ja palvelujen käytössä tapahtuvia lyhyen aikavälin muutoksia sekä tekijöitä, jotka ovat yhteydessä päihdehoitajakson jälkeiseen terveysterveyspalvelujen käyttöön. Tutkielma tuottaa lisätietoa päihdehuollon laitospalveluissa hoidettavina olleista ≥ 65 -vuotiaista henkilöistä ja heidän terveysterveyspalvelujen käytöstään. Työtä on mahdollista hyödyntää osana arvioita, joissa pohditaan alkoholiongelmista kärsivien ikääntyvien palvelutarpeiden erityisyyttä ja päihdepalvelujen järjestämistä.

Tämän pro-gradu tutkielman avulla pyritään saamaan vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millainen kehitys tarkasteltavien terveysterveyspalvelujen käytössä tapahtui verrattaessa päihdehoitajaksoja edeltävää ja seuraavaa vuotta?
2. Miten terveysterveyspalvelujen käyttö eroaa ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneiden ja verrokkiryhmään kuuluvien välillä?
3. Miten vertailtavat päihdehoitomuodot ovat yhteydessä hoitajaksojen jälkeiseen terveysterveyspalvelujen käyttöön?
4. Mitkä tekijät mahdollisesti selittävät ikääntyvien päihdehoitajaksojen jälkeistä terveysterveyspalvelujen käyttöä?

6. AINEISTO JA MENETELMÄT

6.1 Konteksti: Tarkasteltava ikäerityinen päihdekuntoutus

Tässä tutkimuksessa tarkastelun kohteena olevassa ikäerityisessä päihdekuntoutuksessa on kyse erään suomalaisen kunnan 2010-luvun alkupuolella käynnistämästä laitosmuotoisesta, sosiaalihuollon alaisesta ≥ 65 -vuotiaille tarkoitettusta päihdekuntoutuksesta. Tässä luvussa esitetyt tiedot on koottu kyseisen kuntoutusyksikön raporttien sekä suullisten ja kirjallisten tiedonantojen perusteella, joita lukija ei voi jäljittää. Ikäerityisessä päihdekuntoutuksessa on kyse päihdetyön ja vanhustyön yhdistämisestä siten, että kuntoutuksessa ymmärretään ja huomioidaan laajasti korkeaan ikään ja alkoholin ongelmakäyttöön liittyvät erityiset tekijät ja tarpeet. Toiminnan käynnistämiseen johti sosiaalihuollon havahtuminen toimintakykyrajoitteisten ja alkoholia haitallisesti käyttävien ikääntyvien erityiseen kuntoutustarpeeseen. Tarkasteltava ikäerityinen päihdekuntoutus on tarkoitettu yli 65-vuotiaille henkilöille, joilla heikentynyt toimintakyky rajoittaa arjessa selviytymistä, ja joille

alueelliset päihdepalvelut näyttäytyvät riittämättöminä. Vuosina 2014–2016 kyseisessä päihdekuntoutuksessa toteutettiin 154 kuntoutusjaksoa, joista 17 jaksoa (11 %) keskeytyi kuntoutujan motivaation puutteen, alkoholinkäytön tai sairaalahoidon tarpeen vuoksi.

Ikäerityisen päihdekuntoutuksen tavoitteena on tukea ja edistää kuntoutujien päihteettömyyttä tai päihteidenkäytön vähentämistä sekä arvioida ja vahvistaa kuntoutujien osallisuutta ja toimijuutta. Henkilökunnan osaamisen varmistamiseksi ja vahvistamiseksi kuntoutustyön johto ja työntekijät tekevät tiivistä yhteistyötä päihdepoliklinikoiden ja A-klinikoiden kanssa. 2–4 viikkoa kestävä päihdekuntoutus perustuu jäseneltyyn viikko-ohjelmaan, joka sisältää kokonaistoimintakykyä tukevaa ja edistävää ohjelmaa sekä alkoholiongelman hoitoa psykososiaalisin menetelmin perustuen. Kuntoutujan fyysistä toimintakykyä arvioidaan ja edistetään voima- ja liikkuvuus- sekä tasapainoharjoitteiden avulla, psyykkistä hyvinvointia taas tuetaan esimerkiksi rentoutumisharjoitusten ja kuvataideterapian avulla. Psykososiaalisen kuntoutuksen menetelminä yhdistetään sekä mielensisäisiä malleja että sosiaalista kuntoutusta, ja käytössä ovat yksilöterapian lisäksi ryhmä- ja verkostokeskustelut. Ikäerityisessä päihdekuntoutuksessa kuntoutujat saavat majoituksen, ruoan sekä hoito- ja hoivapalvelut.

Ikäerityinen päihdekuntoutus perustuu jäljellä olevien voimavarojen tunnistamiseen, arjen ongelmien ratkaisemiseen sekä päihteidenkäytön vähentämistä tukevien uusien ajatus- ja toimintamallien löytämiseen. Kuntoutusta toteutetaan asiakaslähtöisesti ja kuntoutuksen tavoitteet määritellään yksilöllisesti kuntoutujan ongelmakäytön luonne, elämäntilanne ja toimintakyky huomioiden. Kuntoutujien joukko on kirjava, arjenhallinnan ongelmat ovat moninaisia ja päihteidenkäytön historia, kesto ja syyt vaihtelevia. Näin ollen myös yksilölliset tavoitteet vaihtelevat kokonaistoimintakyvyn ja alkoholin käytön osalta, yksittäisinä tavoitteina voivat olla esimerkiksi täysraittius tai kävelykyvyn säilyttäminen ja edistäminen. Päihdekuntoutuksessa pyritään ratkaisemaan alkoholiongelmaisen arkea hankaloittavia konkreettisia asioita ja tunnistamaan ikääntyneen yksilölliset voimavarat. Alkoholin ongelmakäytön ja heikentyneen toimintakyvyn määrittämään arkeen pyritään myönteisten kokemusten ja yhdessä tekemisen kautta löytämään uusia kiinnostuksen kohteita, sisältöjä, verkostoja ja toimintaa. Olemassa olevien voimavarojen ja pystyvyyden vahvistamisen sekä uusien mahdollisuuksien ja toimintamallien osoittamisen kautta pyritään edistämään kuntoutujan osallisuutta ja toimijuutta.

Tavallisesti terveyden- tai sosiaalihuollon työntekijöiden, omaisten tai alkoholin ongelmakäytöstä kärsivän ikääntyvän itsensä huoli kotona pärjäämisestä ja heikentyneestä

hyvinvoinnista havahduttavat päihdekuntoutuksen tarpeeseen. Kuntoutukseen pääsyä määrittää kuntoutuksen soveltuvuus kuntoutujan tarpeisiin ja tilanteeseen sekä kuntoutuspaikkojen määrä. Kuntoutuksen edellytyksenä on heikentyneen toimintakyvyn ja riittävän motivaation lisäksi 3–7 vuorokauden päihteetön jakso. Päihdekuntoutukseen tulevilla onkin taustalla usein terveysaseman avokatkaisu, kotikatko tai vieroitushoito päihdepoliklinikan vieroitushoitoyksikössä tai sairaalan laitostatkaisussa. Ikääntyvillä päihdekuntoutujilla kuntoutumista saattavat vaikeuttaa toimijuuteen, motivaatioon ja kognitioon liittyvät ongelmat sekä tukiverkoston puute. Käytännötyössä onkin havaittu, että ikääntyneiden motivaatiota saattavat heikentää elämäntilanteen näköalattomuus ja merkityksettömyys. Muistiongelmat puolestaan tekevät päihdeongelman tunnistamisesta hankalaa, eikä kuntoutujan kognitio välttämättä riitä ongelman käsittelemiseen tai ryhmässä toimimiseen.

6.2 Tutkimusaineisto

Tämän tutkielman aineisto koostuu tarkastelun kohteena olevan kunnan laitosmuotoisilla päihdehoitajaksoilla aikavälillä 1.1.2015–31.8.2017 hoidettavana olleiden, ≥ 65 -vuotiaiden henkilöiden rekisteritiedoista. Aineisto sisältää päihdehoitajaksoja koskevien tietojen ohella tietoja tutkittavien hoitajaksoja edeltäneen ja seuranneen vuoden terveystietojen käytöstä. Palvelujen käytön lisäksi aineisto sisältää tutkittavien demografisia tietoja, tietoja toimintakyvystä, asumisesta sekä mahdollisesta kuolemasta. Tutkielman toteuttamiseksi haettiin tutkimuslupa tarkasteltavana olevan kunnan sosiaali- ja terveystoimesta. Aineisto poimittiin sosiaali- ja terveydenhuollon tietokannoista kunnan tilastoyksikössä ja luovutettiin tutkimuskäyttöön ilman suoria henkilötunnisteita.

Tutkimusaineistona sosiaali- ja terveydenhuollon tietokannoista saatava rekisteriaineisto vaatii runsaasti paneutumista aineiston sisällöllisiin yksityiskohtiin sekä tietojen määrittelyä ja luokittelua. Tutkimusaineistoa lähestytään siten, että ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneita henkilöitä verrataan muussa kuntoutuksessa tai katkaisuhoidon laitoksessa olleeseen verrokkiryhmään. Päihdehoitajaksoilla tarkoitetaan tässä tutkielmassa päihdehuollon laitoksessa toteutettua päihdekuntoutusta tai laitosmuotoista katkaisuhoidoa, joka on voitu toteuttaa kunnan itse tuottamana tai ostopalveluna. Tarkasteltavana ajankohtana tutkittavilla on voinut olla yksi tai useampi päihdehoitajakso, ja hoitajakset ovat olleet kestoaltaan vaihtelevia. Verrokkiryhmän sisällä hoitopaikka on lisäksi voinut vaihtua tarkasteltavana ajankohtana

laitoskatkaisusta päihdekuntoutukseen. Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen verrokkihenkilöt eivät kuitenkaan ole osallistuneet tarkasteltavana ajanjaksona tai jaksoa edeltäneen vuoden aikana.

Aineiston poiminnan jälkeen tutkimusaineisto koostui kaikkiaan 195 päihdehoitojaksoilla olleen henkilön rekisteritiedoista. Aineistosta kuitenkin poistettiin henkilöt, joilla oli merkintä opiaattikorvaushoidosta päihdehoitojaksoa edeltäneen vuoden ajalta sekä henkilöt, jotka kuuluivat verrokkiryhmään, mutta heiltä löytyi merkintä myös ikäerityisestä päihdekuntoutuksesta edeltäneen vuoden ajalta. Käytössä olleen aineiston perusteella ei voida poissulkea sitä, että tutkittavilla saattaa alkoholin ongelmakäytön ohella olla myös lääke- tai huumausaineiden päihdekäyttöä. Merkintä opiaattikorvaushoidosta kuitenkin viittaa opioidiriippuvuuteen, jolloin päihdeongelma ja sen hoito voivat poiketa alkoholiongelmaisen hoidosta ja siksi nämä henkilöt rajattiin pois aineistosta. Ikäerityisessä päihdekuntoutuksessa edeltäneen vuoden aikana olleet puolestaan poistettiin, jotta vertailuryhmä ei sekoittuisi kiinnostuksen kohteena olevaan ikäerityiseen päihdekuntoutukseen. Yhteensä näiden syiden vuoksi poistettuja henkilöitä oli neljä. Tämän jälkeen aineistosta poistettiin vielä kahden tutkittavan tiedot, jotka menehtyivät päihdehoitojaksojen aikana, eikä hoitojaksojen jälkeinen terveystarkastelu ollut näin ollen mahdollista. Lopullinen tutkimusaineisto koostuu 189 tutkittavasta, joista 43 % (82) kuuluu ikäerityisen päihdekuntoutuksen ryhmään ja 57 % (107) verrokkiryhmään. Verrokkiryhmästä puolet (51 %) kuului ensimmäisen hoitojakson osalta muun päihdekuntoutuksen ryhmään ja puolet (49 %) laitospuolisen katkaisuhoidon ryhmään. Viimeisen hoitojakson kohdalla vastaavat osuudet olivat 69 % ja 31 %.

6.3 Tarkasteltavat muuttajat

6.3.1 Tutkittavia ja päihdehoitojaksoja kuvaavat muuttajat

Tässä tutkielmassa kuvataan tutkimuskohteena olevan joukon demografisina tekijöinä tutkittavan ikä ensimmäisen päihdehoitojakson alussa ja sukupuoli (1=mies, 2=nainen). Yksilön hoivan tarvetta kuvataan viimeiselle päihdehoitojaksolle tultaessa määritetyn hoitoisuusluokan avulla. Sosiaalihuollossa hoitojaksoille tulevien hoivan tarve määritetään aina hoitojakson alussa ja lopussa viisiasteisella luokituksella (1= täysin tai lähes omatoiminen, 2= ajoittainen hoivan tarve, 3= toistuva hoivan tarve, 4= lähes jatkuva hoivan tarve ja 5= jatkuva/ympäri vuorokautinen hoivan tarve). Hoitoisuusluokka määräytyy hoitojakson

vaativimman hoivan tarpeen mukaan ja luokituksesta vastaa hoidosta vastaava ammattihenkilö. (Hilmo-opas 2019, 102.) Tutkimusaineiston pienen koon vuoksi hoivan tarve luokitellaan tässä tutkielmassa yhdistäen alkuperäiset hoitoisuusluokat 1–2 ja 3–5, jolloin saadaan kaksiluokkainen hoivan tarvetta kuvaava muuttuja (1=omatoiminen/ajoittainen hoivan tarve, 2=toistuva/jatkuva hoivan tarve).

Tutkimusjoukon toimintakykyä kuvataan niiden tutkittavien osalta, joilta tiedot toimintakykymittareiden tuloksista ovat saatavissa. Toimintakykytiedoista huomioitiin kaikki saatavissa olevat tiedot koko tarkasteluajalta ennen ensimmäistä päihdehoitajaksoa ja sen jälkeen. Jos arvio toimintakyvystä oli tehty useita kertoja, huomioitiin ajallisesti lähimpänä päihdehoitajaksoa ollut arvo. Näin ollen toimintakykyarvion ajankohta vaihteli tutkittavien välillä. Toimintakykyä kuvaavina muuttujina tarkastellaan RAVA-luokitusta ja MMSE-pistemääriä. TOIMIA-tietokannan (2012) mukaan RAVATM-mittari on kuntaliiton omistama toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari, jonka avulla ikääntyvän päivittäiselle avuntarpeelle voidaan laskea RAVA-indeksi ja sen määrittämä RAVA-luokka (1= satunnainen, 2= tuettu, 3–4 valvottu, 5= tehostettu ja 6= täysin autettava). RAVA-mittari perustuu 12 kysymykseen ja valmiisiin vastausluokkiin, jotka kuvaavat arjessa tarvittavia perustoimintoja, kuten pukeutumista ja peseytymistä sekä aistitoimintojen toimivuutta. Mittari painottuu fyysisen toimintakyvyn kartoittamiseen, mutta se sisältää myös yhden muistitoimintoja ja yhden psyykkistä tilaa kartoittavan kysymyksen. (TOIMIA-tietokanta 2012.) MMSE (Mini Mental State Examination) –mittari taas on karkea seulontatesti, jota käytetään kognitiivisen toimintakyvyn arviointiin. Kyseessä on etenkin muistisairauksien etenemisen seurannassa käytettävä testi, joka kuvaa muun muassa henkilön aikaan ja paikkaan orientoitumista, lyhytkestoista muistia ja tiedonkäsittelyä. (TOIMIA-tietokanta 2011.) MMSE-mittari tuottaa kognitiivista suoriutumiskykyä kuvaavan pistemäärän, jonka maksimipistemäärä on 30 ja poikkeavan tuloksen raja-arvona pidetään 24 pistettä (24–30 p= normaali tai lievästi heikentynyt kognitiivinen toimintakyky, 18–23 p= lievä dementia, 12–17 p= keskivaikea dementia ja 0–11 p= vaikea dementia). Testi ei kuitenkaan yksinään riitä kognitiivisen toimintakyvyn arviointiin, sillä saman pistemäärän saavat henkilöt voivat pärjätä arjessa hyvinkin vaihtelevasti ja esimerkiksi koulutustaso voi vaikuttaa saatavaan pistemäärään. (TOIMIA-tietokanta 2011).

Hoivan tarve ja toimintakykytietojen lisäksi tutkittavien kuvailu sisältää päihdehoitajaksoilla olleiden henkilöiden saapumis- ja kotiutumispaiikat sekä seurantavuoden aikana

menehtyneiden osuudet. Saapumispaikalla tarkoitetaan paikkaa, josta tutkittava tuli ensimmäiselle päihdehoitojaksolle ja kotiutumisaikalla paikkaa, johon tutkittava kotiutui viimeisen hoitojakson jälkeen. Aineiston pienen koon vuoksi alkuperäiset saapumis- ja kotiuttamisaikat luokiteltiin neljä luokkaa sisältäväksi muuttujaksi (1= koti, 2= asumispalvelu/tukiasunto, 3= päihdehuollon laitos/sairaala ja 4= asunnoton/ ei tietoa).

Toteutuneiden päihdehoitojaksojen osalta tutkielmassa kuvataan tutkimusryhmän lisäksi päihdehoitojaksojen määrä ja hoitojaksojen kesto. Tutkimusryhmän mukaisesti tutkittavat kuuluvat joko ikäerityisessä päihdekuntoutuksessa olleisiin tai muussa päihdekuntoutuksessa ja katkaisuhoidonlaitoksessa olleisiin (1= ikäerityinen päihdekuntoutus, 2= verrokkiryhmä). Päihdehoitojaksojen määrä kuvaa erillisten päihdehoitojaksojen kokonaismäärää tarkasteltavalla ajanjaksolla. Päihdehoitojaksojen määrää kuvataan kolmiluokkaisella muuttujalla (1= yksi päihdehoitajakso, 2= 2–3 päihdehoitajaksoa ja 3= neljä hoitajaksoa tai enemmän). Päihdehoitojaksojen keston osalta kuvataan hoidon kokonaiskesto sekä ensimmäisen ja viimeisen hoitojakson kestot vuorokausina. Lisäksi hoitojaksojen kokonaiskesto tarkastellaan kolmiluokkaisena kategorisena muuttujana (1= 1–10 vuorokautta, 2= 11–50 vuorokautta ja 3= 51 vuorokautta tai enemmän).

Andersonin ja Newmanin (2015) viitekehystä mukaillen vertailtavat päihdehoitomuodot (ikäerityinen päihdekuntoutus vs. muu päihdekuntoutus/laitoskatkaisu) sekä päihdehoitojakson kesto voidaan ymmärtää toisistaan poikkeavina palvelujen järjestämistapoina. Tämän tutkimuksen kohdalla nämä järjestämistapaan liittyvät tekijät määrittävät tutkittavien saaman hoidon hoidonkulkua, sisältöä ja määrää. Tutkittavien ikä ja sukupuoli taas ovat viitekehysten mukaisesti yksilötason tekijöitä, jotka mahdollisesti määrittävät terveyspalvelujen käyttöä. Lisäksi alkoholiongelma itsessään voidaan ymmärtää yksilötason tekijänä, joka määrittää terveyspalvelujen käyttöä, sillä ongelmakäyttöön liittyy usein fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia haittoja. Viitekehystä mukaillen sairastavuusasteen välillisinä kuvaajina käytetään tässä tutkimuksessa päihdehoitojaksolla määritettyä hoivan tarpeen astetta sekä aiempaa terveyspalvelujen käyttöä, sillä diagnoositietoja ei ollut saatavilla aineistosta kattavasti.

6.3.2 Terveyspalvelujen käyttöä kuvaavat muuttujat

Tässä tutkielmassa tarkastellaan yhteensä yhdeksää terveyspalvelumuuttujaa, jotka kuvaavat palvelujen summattua käyttömäärää vuoden ajalta ennen päihdehoitojaksoja ja

päihdehoitajaksojen jälkeen. Ensimmäistä päihdehoitajaksoa edeltänyttä vuotta kutsutaan myös lähtötilanteeksi ja viimeistä hoitajaksoa seurannutta vuotta seurantavuodeksi. Tarkastelun kohteena olevat terveyspalvelut voidaan jakaa päivystyksellisiin poliklinikkakäynteihin, vuodeosastohoidon jaksoihin, kotihoidon käynteihin sekä terveydenhuollon päihdehoidon käynteihin. Terveyspalvelujen käyttöä ja käytössä tapahtuneita muutoksia jäsennetään välillisenä hyvinvoinnin ja terveyden indikaattorina, vaikka palvelujenkäyttö onkin terveyden ja hyvinvoinnin kuvaajana epätäydellinen ja karkea.

Päivystyksellisistä poliklinikkakäynneistä tarkastellaan päivystyskäyntien määrää terveysasemilla ja kaupungin sairaalan sisätautipoliklinikoilla. Nämä käynnit kuvaavat asiointia kaupungin terveyspalveluyksiköissä, kun kyse on suunnittelemattomasta, kiireellistä hoitoa vaativasta asioinnista. Päivystyskäyntien tarkastelu ei siis sisällä asiointia erikoissairaanhoidossa. Kiireellisessä hoidossa on kyse välittömästä arviosta ja hoidosta, jota äkillinen sairastuminen, vamma, sairauden vaikeutuminen tai toimintakyvyn menetys edellyttävät (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, Päivystys). Päivystyskäyntimääriä tarkastellaan jatkuvana muuttujana sekä kolmiluokkaisena muuttujana (0= ei käyntejä, 1= 1–2 käyntiä ja 2= ≥ 3 käyntiä). Päivystyskäynnit terveysasemilla valittiin tarkastelun kohteeksi, koska tutkimuksissa on saatu viitteitä suuremman alkoholin käyttömäärän ja runsaamman päivystysasiointin välisestä yhteydestä (Merrick ym. 2011; Kline-Simon 2014). Päivystyskäynnit sisätautipoliklinikalla puolestaan valittiin tarkasteluun, sillä sisätaudit on laaja-alainen erikoisala, jonka päivystyksellistä asiointimäärää runsas alkoholinkäyttö voi kasvattaa, sillä uusien haittojen lisäksi esimerkiksi ruoansulatuskanavan, sisäelinten sekä sydän- ja verisuonten sairaudet voivat vaikeutua tai akutisoitua alkoholin ongelmakäytön jatkuessa. Vastaavasti voi toki tapahtua myös muiden erikoisalojen, esimerkiksi psykiatrian asiointille, mutta tämän tarkastelemiseksi olisi tarvittu aineistoja myös erikoissairaanhoidon osalta.

Vuodeosastohoidon osalta tarkastellaan perusterveydenhuollon vuodeosastojaksojen sekä sisätautien päivystyksellisten vuodeosastojaksojen hoitovuorokausien määrää. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito tarkoittaa perusterveydenhuollon järjestämää osastohoitoa, jolla on suuri merkitys etenkin vanhenevan väestön akuuttien sairaalahoidon vaativien sairauksien hoidossa. Suurin osa potilaista saapuu perusterveydenhuollon vuodeosastolle terveyskeskuksen kautta tai ympärivuorokautisesta päivystyksestä, mutta osa tulee vuodeosastolle erikoissairaanhoidon hoitajaksolta (Saari, Lönnroos, Mäntyselkä,

Ryynänen & Kokko 2019.) Valtakunnallisesti tarkasteltuna vuosina 2015–2016 perusterveydenhuollon vuodeosastolla hoidetun potilaan keski-ikä oli 77 vuotta ja hoidon yleisin syy oli verenkiertoelinsairaus, useimmiten aivoverisuonten sairaus tai sydämen vajaatoiminta. Verenkiertoelinsairauksien jälkeen yleisimpiä osastohoidon syitä olivat hengityselinsairaudet, psykiatriset sairaudet sekä vammat ja myrkytykset (Saukkonen & Vuorio 2017.) Sisätautien erikoisalan päivystyksellisellä vuodeosastohoidolla puolestaan tarkoitetaan tässä tutkimuksessa hoitoa, jossa potilasta on ennakoimattoman hoidon tarpeen vuoksi hoidettu kaupungin sairaaloiden vuodeosastolla, sisätautien osastolla. Kaupungin sairaalan sisätautien osastoille potilaat tulevat tyypillisimmin sisätautipoliklinikoiden päivystyksestä tai erikoissairaanhoidon päivystyksestä tai muilta erikoissairaanhoidon osastoilta, kun potilas tarvitsee sairaalahoitoa sisätautien erikoisalaan kuuluvan sairauden tai oireen pahenemisen vuoksi. Vuodeosastohoitojaksojen hoitovuorokausien määrää tarkasteltiin jatkuvana muuttujana sekä kolmiluokkaisena muuttujana (0 = Ei hoitovuorokausia, 1= 1–10 vrk ja 2= ≥ 11 vrk).

Kotihoidon palveluista tutkimuksessa tarkastellaan erikseen kotisairaanhoidon ja kotipalvelujen kokonaiskäyntimääriä. Kotisairaanhoidolla tarkoitetaan kotiin tai kotiin verrattavissa olevaan paikkaan vietävää terveyden ja sairauden hoitoa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Tässä tutkielmassa kotisairaanhoidon käynnit eivät sisällä yöllisen kotisairaanhoidon tai kotisairaalan käyntejä. Kotipalvelukäynneillä puolestaan tuetaan ja mahdollistetaan ikääntyviä päivittäiseen elämään liittyvissä toiminnoissa, kun heikentynyt toimintakyky vaikeuttaa arjessa selviytymistä. Kotipalveluun voidaan liittää tukipalveluna myös ateria-, vaatehuolto- ja siivouspalveluja. (Sosiaali- ja terveysministeriön laki 1301/2014.) Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun käyntimäärää tarkasteltiin jatkuvana muuttujana sekä kolmiluokkaisena muuttujana (0 = ei käyntejä, 1 = 1–52 käyntiä, 2 = ≥ 52 käyntiä).

Terveydenhuollon toteuttamista päihdehoidon palveluista tarkastellaan päihdetyön vastaanottokäyntien, laitospäihdehoidon hoitovuorokausien ja selviämishoidon hoitokertojen määriä. Perusterveydenhuollon päihdetyöllä tarkoitetaan avohoitona toteutettavaa palvelua, jolla pyritään ehkäisemään ja hoitamaan päihdeongelmia (Päihdetilastollinen vuosikirja 2019, 63). Päihdetyön käynnit ovat tässä tutkimuksessa sairaanhoitajien tai sosiaalityöntekijöiden toteuttamia vastaanottokäyntejä. Laitospäihdehoidolla taas tarkoitetaan perusterveydenhuollon laitoksessa toteutuneita päihdehoidon hoitovuorokausia. Päihdeongelmaisen laitoshoidon terveydenhuollossa voi merkitä esimerkiksi lyhytaikaista katkaisuhoidon (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020: Laitoshoidon), joka toteutetaan

sairaalan tai vastaavan hoitolaitoksen vuodeosastolla (Tilastokeskus 2008: Toimialaluokitus). Selviämishoidon hoitokerroilla puolestaan tarkoitetaan selviämisasemilla annettua hoitoa. Selviämishoito toteutetaan päivystystoimintana terveyskeskusten ja poliisin yhteistyönä, kun päihtymystila edellyttää sairaanhoidollista seurantaa, (Mäkelä 2003; 192–199). Tässä tutkimuksessa päihdehuollon palvelujen määrää tarkastellaan jatkuvana muuttujana sekä kaksiluokkaisena muuttujana (0 = ei käyntejä/hoitovuorokausia/hoitokertoja, 1 = toteutuneita käyntejä/hoitovuorokausia/hoitokertoja).

6.4 Tilastolliset menetelmät

Tämä tutkimus perustuu rekisteriaineistoon, jonka tarkastelussa käytettiin kvantitatiivisia tilastomenetelmiä. Tilastoanalyysit toteutettiin IBM SPSS Statistics -ohjelman versiolla 25 ja tilastollisen merkitsevyyden rajaksi asetettiin p-arvo <0,05. Tutkimusaineiston analysointi aloitettiin tutkittavia ja päihdehoitojaksoja kuvaavien muuttujien tarkastelulla. Tarkasteltavien muuttujien vinosta jakaumasta johtuen aineiston kuvailussa keskilukuna käytettiin mediaania (md) ja hajontaa kuvaavina hajontalukuina minimi- ja maksimiarvoja (min/max) tai kvartiilivälin pituutta alakvartiilista yläkvartiiliin (iqr = interquartile range).

Tutkimusryhmien välisessä vertailussa erojen tilastollista merkitsevyyttä testattiin muuttujan tyyppistä riippuen Khiin neliötestillä, Fisherin eksaktilla testillä ja Mann-Whitneyn U-testillä. Khiin neliötesti (χ^2) soveltuu kahden kategorisen muuttujan välisen riippuvuuden tarkasteluun. Khiin neliötesti on riippumattomuutta mittaava testi, jonka testisuure kuvaa nollahypoteesin mukaisten odotettujen frekvenssien ja havaittujen frekvenssien poikkeavuutta. (Heikkilä 2017, 200–209.) Testisuureen arvo on sitä suurempi, mitä enemmän havaitut ja odotetut frekvenssit poikkeavat toisistaan. Khiin neliötestin mukaisen testisuureen ja vapausasteiden avulla voidaan laskea merkitsevyytaso (p-arvo), joka kuvaa sattuman todennäköisyyttä riippuvuuden taustalla. (Heikkilä 2017, 200–209.) Mann-Whitneyn U-testiä puolestaan voidaan käyttää riippumattomien otosten välisten erojen selvittämiseen jatkuvilla, vinosti jakautuneilla muuttujilla. Mann-Whitneyn U-testi testaa vertailtavien ryhmien jakaumien sijaintia ja näiden erojen tilastollista merkitsevyyttä. (Heikkilä 2017, 218–221.) Fisherin eksaktia testiä taas voidaan hyödyntää Khiin neliötestin korvaajana tilanteissa, joissa χ^2 -testin oletukset eivät täyty esimerkiksi odotettujen frekvenssien määrän suhteen (Plichta, Kelvin & Munro 2013, 289–305).

Tutkimusaineiston kuvailun jälkeen tutkittiin tutkittavien terveyspalvelujen käyttömääriä vuoden ajalta ennen ensimmäistä päihdehoitajaksoa. Lähtötilanteen terveyspalvelujen käyttömääriä kuvaavia muuttujia tarkasteltiin sekä jatkuvina että luokiteltuina muuttujina, sillä useissa muuttujissa palveluja käyttämättömien määrä oli suuri. Terveyspalvelujen käyttömäärien kuvailussa käytettiin samoja keski- ja hajontalukuja kuin tutkittavien ja päihdehoitajaksojen kuvailussa. Vertailtavien ryhmien lähtötilanteen palvelujen käyttömääriä tutkittiin luokiteltujen terveyspalvelumuuttujien avulla ja ryhmien välisen eron merkitsevyyttä testattiin Khiin neliötestillä. Lähtötilanteen lisäksi myös seurantavuoden terveyspalvelujen käyttömääriä ja vertailtavien ryhmien eroa palvelujen käyttömäärissä testattiin vastaavilla testeillä.

Terveyspalvelujen käyttömäärien tarkastelun jälkeen siirryttiin tutkimaan palvelujen käytön ajallista muutosta lähtötilanteen ja seurantavuoden välillä sekä tämän ajallisen muutoksen eroja vertailtavien ryhmien välillä. Viimeistä päihdehoitajaksoa seuranneiden palvelujen käyttömäärien tarkastelussa huomioitiin seurantavuonna menehtyneiden tutkittavien lyhyempi (< 365 vrk) seuranta-aika. Poikkeavat seuranta-ajat huomioitiin jakamalla seurantavuoden aikana toteutuneet palvelujen käyttömäärät desimaaleiksi muutetulla seurantavuoden kestolla. Näin pyrittiin korjaamaan lyhyemmästä seuranta-ajasta aiheutuvaa virhettä palvelujen käyttömäärissä, vaikka näin muodostettu palvelujen käytön estimaatti onkin hyvin karkea. Aineiston analysoinnissa myös varmistettiin, ettei tämä menettelytapa vaikuttanut muuttujan jakaumaan ja keskilukuihin.

Terveyspalvelujen käyttömäärissä tapahtunutta ajallista muutosta lähtötilanteen ja seurantavuoden välillä sekä tämän muutoksen tilastollista merkitsevyyttä, tutkittiin Wilcoxonin merkittyjen sijalukujen testillä. Kyseinen testi soveltuu käytettäväksi parittaisten otosten kohdalla, kun tarkasteltavat muuttujat ovat vinosti jakautuneita (Plichta, Kelvin & Munro 2013, 127–130). Wilcoxonin testillä siis verrattiin päihdehoitajaksoja edeltäneiden terveyspalvelujen käyttömäärien jakaumia hoitajaksojen jälkeisiin jakaumiin. Tämän jälkeen palvelujen käyttömäärissä tapahtunutta ajallista muutosta kartoitettiin vertailtavien ryhmien välillä. Ajallisen muutoksen vertaaminen aloitettiin laskemalla palvelujen käyttömäärien erotukset seurantavuoden ja lähtötilanteen välillä, jonka jälkeen näiden erotusten tilastollista merkitsevyyttä ryhmien välillä tutkittiin Mann-Whitneyn U-testillä.

Ajallisen muutoksen tarkastelun jälkeen pyrittiin vielä kartoittamaan tekijöitä, jotka mahdollisesti voisivat määrittää tutkimusjoukon terveyspalvelujen käyttömääriä

seurantavuonna. Viimeisessä osiossa tarkoituksena oli monimuuttujamalleja hyödyntämällä selvittää ensisijaisesti tutkimusryhmän (toteutuneen hoitajakson) mahdollista yhteyttä seurantavuoden terveystalvelujen käyttömääriin. Käytetyissä monimuuttujamalleissa tutkimusryhmän lisäksi palvelujen käyttömäärää mahdollisesti selittävinä tekijöinä huomioitiin myös tutkittavan ikä, sukupuoli, viimeisellä päihdehoitajaksoilla määritetty hoivan tarve sekä päihdehoitajaksojen kokonaiskesto ja päihdehoitajaksoa edeltänyt terveystalvelujen käyttömäärä. Monimuuttujamallinnuksessa edettiin kolmivaiheisesti siten, että ensin selvitettiin tutkimusryhmän yhteyttä seurantavuoden terveystalvelumuuttujan vakioimattomassa mallissa (malli 1). Tämän jälkeen tarkasteltiin tutkimusryhmän yhteyttä seurantavuoden terveystalvelujen käyttömäärään mallissa, johon sisällytettiin tutkittavan ikä, sukupuoli ja viimeisen jakson hoivan tarve (malli 2) ja lopulta mallinnukseen lisättiin vielä mallin kaksi sisältämien yksilötekijöiden lisäksi päihdehoitajaksojen kokonaiskesto ja tarkasteltavana olevan terveystalvelumuuttujan käyttömäärä päihdehoitajaksoa edeltäneen vuoden ajalta (malli 3).

Monimuuttujamalleina hyödynnettiin kolmea regressiomallia. Ensisijaisesti käytettiin negatiivista binomiaalista regressiota, mutta jos seurantavuoden terveystalvelumuuttujan jakauma soveltui huonosti kyseiseen mallinnukseen esimerkiksi kaksihuippuisen jakauman vuoksi, hyödynnettiin binääristä logistista regressiota tai multinomiaalista logistista regressiota. Lopulta negatiivista binomiaalista regressiota hyödynnettiin tarkasteltaessa tutkimusryhmän ja muiden selittäjien yhteyttä seurantavuoden polikliinisiin päivystyskäyntimääriin terveystalvelukeskuksissa ja sisätautien poliklinikoilla sekä käyntimääriin terveydenhuollon päihdetyön vastaanotoilla. Binääristä logistista regressiota puolestaan käytettiin tarkasteltaessa vasteena laitosmuotoisen päihdehoidon vuorokausien määriä sekä selviämishoitokertojen määriä. Multinomiaalista regressiota hyödynnettiin tutkittaessa selittävien tekijöiden yhteyttä perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon ja päivystyksellisen sisätautien osastohoidon hoitovuorokausien määriin sekä kotisairaanhoidon ja kotitalvelun käyntimääriin.

Negatiivisen binomialisen regressiomallin avulla selvitettiin seurantavuoden terveystalvelumuuttujien ilmaantuvuustiheyksien suhdetta (IRR: Incidence Rate Ratio) edellä kuvatun kolmivaiheisen mallin mukaisesti. Negatiivinen binomialinen regressiomalli on Poissonin regressiosta johdettu, yleistettyihin lineaarisiin malleihin lukeutuva malli, jota voidaan hyödyntää tilanteissa, joissa muuttuja ei noudata Poissonin jakaumaoletusta. Poissonin jakauman oletuksena on havaintojen keskiarvon ja varianssin yhtäsuuruus, kun taas

negatiivinen binomiaalinen regressio olettaa nimensä mukaisesti negatiivisen binomiaalisen jakauman (Agresti 2015, 228–235.) Tämän tutkimuksen aineistossa terveystalvemuuttujien kohdalla Poissonin jakauma ei juuri toteutunut, sillä palvelujen käyttömäärät vaihtelivat suuresti yksilöiden välillä ja nollassa havaintoja esiintyi aineistossa paljon. Havaintoaineiston varianssin ollessa keskiarvoa suurempi, muuttujassa esiintyy ylihajontaa (overdispersion) suhteessa Poissonin jakauman oletuksiin. Negatiivisen binomiaalisen regression jakaumaoletus sallii suuremman varianssin, joten ylihajonta ei muodostu samalla tavoin haasteeksi kuin Poissonin regressiomallissa (Agresti 2015, 247–254.) Negatiivinen binomiaalinen regressiomalli soveltuu Poissonin regressiomallia paremmin tilanteisiin, joissa muuttuja saa paljon nolla-arvoja, sillä jakauman moodi voi olla keskiarvosta riippumatta nolla (Agresti 2015, 247–254). Poissonin regressiossa ja negatiivisessa binomiaalisessa regressiossa vasteiden määrää tarkastellaan usein suhteessa esimerkiksi aikaan tai populaation kokoon, mikä voidaan huomioida mallinnuksessa offset-termin avulla (Agresti 2015, 228–235). Tässä tutkielmassa tutkittavien vaihteleva seuranta-ajan pituus huomioitiin negatiivisessa binomiaalisessa regressiossa suhteuttamalla toteutunut terveystalvemuuttujien käyttömäärä seuranta-ajan keston offset-termin avulla.

Binäärisessä logistisessa regressiossa ja multinomiaalisessa logistisessa regressiossa vastemuuttujaa eli seurantavuoden terveystalvemuuttujien käyttömäärää kuvaavia muuttujia on tarkasteltava kategorisina. Logistista regressiomallia voidaan hyödyntää tilanteissa, joissa vastemuuttuja on kaksiluokkainen ja selittävät muuttujat ovat jatkuvia tai luokittelevia. Logistinen regressio tuottaa ristitulosuhteen (OR: Odds Ratio) selittävän tekijän ja vastemuuttujan välisestä yhteydestä, jonka merkitsevyyttä kuvaavat luottamusväli (CI: Confidence Interval) ja p-arvo. (Plichta, Kelvin & Munro 2013, 319–338.) Logistisen regression avulla kartoitettiin siis tekijöitä, jotka mahdollisesti selittivät seurantavuoden terveystalvemuuttujien käyttömääriä tai käyttämättömyyttä. Tässä tutkielmassa binääristä logistista regressiota käytettiin niiden seurantavuoden terveystalvemuuttujien osalta, jotka eivät soveltuneet tarkasteltavaksi muilla menetelmillä suuren nollassa havaintomäärän vuoksi. Binääristä logistista regressiota varten seurantavuoden terveystalvemuuttujien käyttöä kuvaava vastemuuttuja luokiteltiin kaksiluokkaiseksi muuttujaksi toteutuneen palvelujen käytön mukaisesti (1= kyllä, 0= ei).

Multinomiaalisessa logistisessa regressiossa kategorisen vastemuuttujan luokkia voi olla enemmän kuin kaksi (Plichta, Kelvin & Munro 2013, 319–338). Tässä tutkimuksessa multinomiaalista regressiomallia hyödynnettiin tilanteissa, joissa vastemuuttujaa oli

mielekäästä tarkastella kolmiluokkaisena. Tällöin seurantavuoden terveystalvelujen käyttöäärää tarkasteltiin vastemuuttujan avulla, joka oli luokiteltu kolmiluokkaiseksi palvelujen käyttöasteen mukaisesti (1= ei käyttöä, 2= kohtalainen käyttöaste ja 3= runsas käyttöaste). Multinomiaalinen regressiomalli mahdollisti terveystalveluja käyttäneiden, mutta käyttöasteeltaan vaihtelevien ryhmien vertaamisen suhteessa palveluja käyttämättömiin. Multinomiaalisella regressiomallilla kuvattiin selittävän tekijän ristitulo-suhdetta (OR: Odds Ratio) kohtalaisesti tai runsaasti terveystalveluja käyttävien ja palveluja käyttämättömien välillä. Binäärisessä logistisessa regressiomallissa ja multinomiaalisessa logistisessa regressiossa vastemuuttujina käytettiin edellä kuvattua seurantavuoden terveystalvelujen käytön estimaattia niiden tutkittavien osalta, joilla seuranta-aika on lyhyempi kuin 365 vuorokautta.

7. TULOKSET

7.1. Aineiston kuvailu

Tässä osiossa kuvataan tutkimuksen kohdejoukkoa ja tarkastelun kohteena olevia päihdehoitojaksoja (Taulukko 1).

7.1.1 Tutkittavien demografiset tekijät, hoivan tarve, toimintakyky ja kuolleisuus

Tarkasteltavilla päihdehoitojaksolla olleista 70 % oli miehiä ja 30 % naisia. Ikäerityisessä päihdekuntoutuksessa olleista 67 % ja verrokkiryhmästä 72 % oli miehiä, eikä ero vertailtavien tutkimusryhmien välillä ollut sukupuolen suhteen tilastollisesti merkitsevä ($p=0,468$). Tutkittavat olivat iältään keskimäärin 69-vuotiaita (iqr 6). Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneista 76,5 % oli alle 75-vuotiaita ja 23,5 % oli yli 75-vuotiaita. Verrokkiryhmässä vastaavat osuudet olivat 92 % ja 8 %. Luokitellun iän suhteen ero ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ($p<0,004$).

Ensimmäiselle päihdehoitojaksolle tullessaan ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneista 37 % kuului omatoimiseen/ajoittaisen hoivan tarpeen luokkaan ja 63 % toistuvan/jatkuvan hoivan tarpeen luokkaan. Verrokkiryhmään kuuluvista puolestaan kaikki tutkittavat kuuluivat hoivan tarpeeltaan omatoimiseen/ajoittaisen hoivan tarpeen luokkaan ensimmäiselle päihdehoitojaksolle tullessaan. Ero ensimmäisen jakson hoivan tarpeessa oli

vertailtavien ryhmien välillä tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,001$). Toistuvan/jatkuvan hoivantarpeen omaavista tutkittavista 69 % oli miehiä ja 31 % naisia, mutta sukupuolen yhteys lähtötilanteen hoivan tarpeeseen ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,910$). Miehistä 27 % ja naisista 28 % kuului toistuvan/jatkuvan hoivan tarpeen luokkaan ensimmäiselle päihdehoitajaksoille tullessaan. Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneista 38 % kuului viimeiselle hoitajaksoille tullessaan omatoimisen/ajoittaiseen hoivan tarpeen luokkaan ja 62 % toistuvan tai jatkuvan hoivan tarpeen luokkaan. Verrokkiryhmään kuuluvilla vastaavat osuudet olivat viimeiselle jaksolle tullessa 98 % ja 2 %. Vertailtavien ryhmien välinen ero hoivan tarpeessa oli tilastollisesti merkitsevä myös viimeiselle hoitajaksoille tullessa ($p < 0,001$).

Toimintakykyä kuvaavia tietoja oli kirjattu rekistereihin ainoastaan pienelle osalle tutkittavista ja vain harvoin tutkittavan toimintakykytiedot olivat saatavissa sekä päihdehoitajaksoa edeltäneeltä että seuranneelta ajalta. Avuntarvetta kuvaava RAVA-luokka oli määritetty ennen ensimmäistä hoitajaksoa vain 13 prosentille tutkittavista, jotka yhtä tutkittavaa lukuun ottamatta kuuluivat ikäerityisen päihdekuntoutuksen ryhmään. Viimeisen hoitajakson jälkeen RAVA-luokka oli määritetty 39 prosentille tutkittavista, joista 66 % kuului ikäerityisen päihdekuntoutuksen ryhmään. Kognitiivista toimintakykyä ja muistivaikeuksia kartoittava MMSE-testi oli tehty ennen ensimmäistä hoitajaksoa yhteensä 15 prosentille tutkittavista, joista 82 % kuului ikäerityisen päihdekuntoutuksen ryhmään. Viimeisen hoitajakson jälkeen MMSE-testitulokset oli kirjattu 40 prosentille tutkittavista, joista 68 % kuului ikäerityisen päihdekuntoutuksen ryhmään. Toimintakykytietojen saatavuuden rajallisuudesta ja aineiston pienen koon vuoksi tutkimusryhmiä ei ollut mielekäästä verrata keskenään toimintakykyä kuvaavien muuttujien osalta.

Kaikkiaan RAVA-luokituksen omaavista tutkittavista 67 % kuului ennen ensimmäistä hoitajaksoa RAVA-luokkiin 1 ja 2 eli satunnaisen tai tuetun avuntarpeen luokkiin ja 33 % kuului tasaisesti merkittävämmän avuntarpeen luokkiin 3–6. Viimeisen hoitajakson jälkeen 60 % tutkittavista, joille RAVA-luokka oli kirjattu, kuului satunnaisen tai tuetun avuntarpeen RAVA-luokkiin 1 ja 2, kun taas 26 % tutkittavista sijoittui valvotun avuntarpeen RAVA-luokkiin 3–4 ja 14 prosentilla tutkittavista avuntarve määrittyi tehostetun tai täysin autettavan RAVA-luokkiin 5–6. Tutkittavista, joille MMSE-pistemäärä oli määritetty ennen ensimmäistä päihdehoitajaksoa, 58 % kuului pistemäärän perusteella ryhmään, jolla ei ollut kognitiivista heikentymistä tai heikentyminen oli lievää. 29 prosentilla oli lievä dementia ja 15 prosentilla oli pistemäärän perusteella keskivaikea tai vaikea dementia. Viimeisen päihdehoitajakson

jälkeen tutkittavista, joille MMSE-testitulokset oli kirjattu, 61 prosentilla ei ollut kognitiivisten toimintojen heikentymistä tai heikentyminen oli testin perusteella lievää. 20 prosentilla tutkittavista oli lievä dementia ja 19 prosentilla tutkittavista oli keskivaikea tai vaikea dementia.

Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneista 59 % saapui ensimmäiselle hoitajaksoille kotoaan, 4 % palveluasumisen yksiköstä tai tukiasunnosta ja 35 prosentilla tutkittavista tulopaikkana oli päihdehuollon laitos tai sairaala. Verrokkiryhmässä vastaavat osuudet olivat 65 %, 11 % ja 22 %. Ensimmäisen päihdehoitajakson osalta vertailtavat ryhmät eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi toisistaan saapumispaikan suhteen ($p=0,077$). Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneista 87 % kotiutui viimeiseltä päihdehoitajaksoilta kotiin, 9 % asumispalveluyksikköön tai tukiasuntoon ja 2 % siirtyi päihdehuollon laitokseen tai sairaalaan. Verrokkiryhmässä vastaavat osuudet olivat 79 %, 11 % ja 4 %. Vertailtavat tutkimusryhmät eivät eronneet kotiutumispaidan suhteen tilastollisesti merkitsevästi toisistaan ($p=0,479$).

Kaikista tutkittavista 9 % menehtyi viimeistä päihdehoitajaksoa seuranneen vuoden aikana. Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneista menehtyi 12 %, kun taas verrokkiryhmässä seurantavuoden aikana menehtyneiden osuus oli 6,5 %. Vertailtavien ryhmien välinen ero seurantavuoden kuolleisuudessa ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,178$). Menehtyneillä henkilöillä seurantavuoden kesto oli keskimäärin 297 vuorokautta (iqr 214). Menehtyneiden tutkittavien seurantavuoden kesto oli ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneilla keskimäärin 294 vuorokautta (iqr 186) ja verrokkiryhmään kuuluvilla keskimäärin 297 (iqr 287), eikä ero menehtyneiden seurantavuoden kestossa ollut tilastollisesti merkitsevä tutkittavien ryhmien välillä ($p=0,740$).

7.1.2 Päihdehoitajaksojen määrä ja hoidon kesto

Tutkittavilla oli kaikkiaan tarkasteltavana ajanjaksona yhdestä kuuteen päihdehoitajaksoa. 77 prosentilla ikäerityiseen ryhmään kuuluneista oli ainoastaan yksi hoitajakso, kun taas verrokkiryhmässä yhdellä hoitajaksoilla olleiden osuus oli 64 %. Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneista 16 prosentilla oli kahdesta kolmeen hoitajaksoa ja 7 prosentilla hoitajaksoja oli neljä tai enemmän. Verrokkiryhmästä vastaavat osuudet olivat 28 % ja 8 %. Tutkimusryhmien välinen ero päihdehoitajaksojen määrässä ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,118$).

Ikäerityisen päihdekuntouksen keskimääräinen kokonaiskesto oli 27 vuorokautta (iqr 16) ja verrokkiryhmän 28 vuorokautta (iqr 39). Vertailtavien ryhmien välillä ei havaittu kokonaiskeston osalta tilastollisesti merkitsevää eroa, kun päihdehoitojaksojen kestoa tarkasteltiin jatkuvana muuttujana ($p=0,495$). Päihdehoitojaksojen kokonaiskestoja tarkasteltiin kuitenkin myös kategorisena muuttujana, koska vertailtavien ryhmien jakaumat poikkesivat toisistaan ja tällöin kestot erosivat ryhmien välillä tilastollisesti merkitsevästi ($p < 0,001$). Verrokkiryhmässä kokonaiskestoltaan lyhyemmän aikaa (1–10 vrk) hoidossa olleiden osuus oli suurempi kuin ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneilla. Tarkemmat luokitellun kokonaiskeston osuudet löytyvät taulukosta 1.

Ensimmäinen hoitajakso kesti keskimäärin 15 vuorokautta (iqr 22). Ryhmät erosivat toisistaan ensimmäisen hoitajakson pituuden osalta siten, että ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneilla ensimmäinen hoitajakso kesti keskimäärin 23 vuorokautta (iqr 15) ja verrokkiryhmän keskimäärin 7 vuorokautta (iqr 23). Ero ensimmäisen hoitajakson kestossa oli tilastollisesti merkitsevä ($p=0,007$). Viimeisen hoitajakson pituus oli keskimäärin 20 vuorokautta (iqr 21). Ikäerityisessä päihdekuntoutuksessa viimeinen jakso kesti keskimäärin 22 vuorokautta (iqr 17) ja verrokkiryhmässä keskimäärin 15 vuorokautta (iqr 33). Viimeisen hoitajakson keston osalta ryhmät eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi toisistaan ($p=0,896$).

Taulukko 1. Vertailtavien tutkimusryhmien tutkittavia ja päihdehoitojaksoja kuvaavien tekijöiden osuudet (%) sekä vertailtavien ryhmien välisen eron tilastollinen merkitsevyys (p-arvo).

	Ikäerityinen päihdekuntoutus (n=82)	Verrokkiryhmä (n=107)	Yht. (n=189)	p-arvo
Ikä				
65–75	76,5	91,6	85,1	
76–85	23,5	8,4	14,9	0,004
Sukupuoli				
Mies	67,1	72,0	69,8	
Nainen	32,9	28,0	30,2	0,468
Hoivan tarve (1. hoitojakso)				
Omatoiminen/ajoittainen	36,6	100,0	72,5	
Toistuva/jatkuva	63,4	0	27,5	<0,001
Hoivan tarve (viim. hoitojakso)				
Omatoiminen/ajoittainen	37,8	98,1	72,0	
Toistuva/jatkuva	62,2	1,9	28,0	<0,001
Tulopaikka (1.hoitojakso)				
Koti	58,5	64,5	61,9	
Asumispalvelu/tukiasunto	3,7	11,2	7,9	
Päihdehuollon laitos/sairaala	35,4	22,4	28,0	
Asunnoton/ei tietoa	2,4	1,9	2,1	0,077
Kotiutumisaika (viim.hoitojakso)				
Koti	86,6	78,8	82,0	
Asumispalvelu/tukiasunto	8,5	11,2	10,1	
Päihdehuollon laitos/sairaala	2,4	3,7	3,2	
Asunnoton/ ei tietoa	2,4	6,5	4,8	0,479
Hoitojaksojen määrä (yht.)				
yksi hoitojakso	76,8	63,6	69,3	
2–3 hoitojaksoa	15,9	28	22,8	
≥ 4 hoitojaksoa	7,3	8,4	7,9	0,118
Hoitojaksojen kesto (yht.)				
1–10 vrk	13,4	33,7	24,9	
11–50 vrk	74,4	46,7	58,7	
≥ 51 vrk	12,2	19,6	16,4	<0,001

7.2 Terveyspalvelujen käyttö

Tässä osiossa tarkastellaan vertailtavien ryhmien terveyspalvelujen käyttömääriä. Terveyspalvelujen käyttömäärien tarkastelu aloitetaan kuvaamalla palvelujen käyttömäärää lähtötilanteessa eli vuoden ajalta ennen ensimmäistä päihdehoitojaksoa. Tämän jälkeen kuvataan palvelujen käyttömäärän ajallista muutosta päihdehoitojaksoja edeltäneen ja

seuranneen vuoden välillä sekä ajallisen muutoksen (erotuksen) eroja tutkimusryhmien välillä. Viimeisenä tarkastellaan vielä tutkimusryhmän ja muiden mahdollisten tekijöiden yhteyttä seurantavuoden palvelujen käyttömäärään.

7.2.1 Terveyspalvelujen käyttö lähtötilanteessa

Ensimmäistä päihdehoitojaksoa edeltäneen vuoden aikana 66 prosentilla tutkittavista ei ollut lainkaan päivystyskäyntejä terveyskeskuksessa, 22 prosentilla tutkittavista käyntejä oli 1–2 ja 12 prosentilla tutkittavista käyntejä oli kolme tai enemmän. Vertailtavat ryhmät eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi toisistaan ensimmäistä päihdehoitojaksoa edeltäneiden terveyskeskusten päivystyskäyntien käyttömäärän suhteen ($p=0,479$). Kaupungin sairaalan sisätautipoliklinikalla päivystyskäyntejä oli yli puolella (58 %) kohdejoukkoon kuuluneista. Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneista 31 prosentilla ei ollut päivystyksellisiä käyntejä sisätautipoliklinikalla ensimmäistä päihdekuntoutusjaksoa edeltäneen vuoden aikana, 34 prosentilla käyntejä oli 1–2 ja 35 prosentilla käyntejä oli kolme tai enemmän. Verrokkiryhmässä vastaavat osuudet olivat 50,5 %, 43 % ja 6,5 %. Ero lähtötilanteen päivystyksellisten sisätautipoliklinikkakäyntien käyttöasteessa oli tilastollisesti merkitsevä vertailtavien ryhmien välillä ($p<0,001$) (Taulukko 2).

Osastohoitojaksojen osalta lähtötilanteen palvelujen käyttö jakautui epätasaisesti tutkittavien kesken. Koko tutkimusjoukosta 80 prosentilla ei ollut hoitovuorokausia perusterveydenhuollon vuodeosastolla eli terveyskeskuksen vuodeosastolla ensimmäistä päihdehoitojaksoa edeltäneen vuoden aikana. Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneilla perusterveydenhuollon vuodeosastojaksot olivat yleisempiä kuin verrokkiryhmään kuuluvilla ja ero vertailtavien ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ($p<0,001$). Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneista 65 prosentilla ei ollut lainkaan hoitovuorokausia perusterveydenhuollon vuodeosastolla lähtötilanteessa, kun vastaava osuus verrokkiryhmästä oli 93 %. Kaikkiaan 67 prosentilla tutkittavista ei ollut päivystyksellisiä hoitovuorokausia kaupungin sairaalan sisätautien osastolla, 22 prosentilla tutkittavista hoitovuorokausia oli 1–10 ja 11 prosentilla tutkittavista hoitovuorokausia oli kymmenen tai enemmän. Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneista 57 prosentilla ei ollut lähtötilanteessa hoitovuorokausia sisätautien osastolla, lähes kolmanneksella (28 %) hoitovuorokausia oli 1–10 ja 15 % kuului luokkaan, jolla hoitovuorokausia oli yli 10. Verrokkiryhmässä vastaavat osuudet olivat 75 %, 11 % ja 14 %.

17 % ja 8 %. Ero vertailtavien ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ($p=0,039$) (Taulukko 2).

Lähtötilanteessa 62 prosentilla tutkittavista ei ollut merkintää kotisairaanhoidon käynneistä, päihdehoitojaksoja edeltäneenä vuotena, mutta kotisairaanhoidon hoidettavina olleiden osuudet poikkesivat suuresti vertailtavien ryhmien välillä. Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneista 35 % kuului lähtötilanteessa kotisairaanhoidon palveluja käyttämättömiin, kun vastaava osuus verrokkiryhmässä oli 84 %. Runsaimmin kotisairaanhoidon palveluja (>53 käyntiä/vuosi) lähtötilanteessa käyttäneiden luokkaan kuului ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneista 29 % ja verrokkiryhmästä 5 %. Ero vertailtavien ryhmien välillä lähtötilanteen kotisairaanhoidon käyttöosuuksien suhteen oli tilastollisesti merkitsevä ($p<0,001$). Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneista 74 prosentilla ei ollut kotipalvelun käyntejä lainkaan vuoden ajalta ennen ensimmäistä hoitojaksoa, kun verrokkiryhmässä vastaava osuus oli 95 %. Verrokkiryhmään kuuluneista tutkittavista yksikään ei kuulunut runsaimmin kotipalvelun palveluja käyttäneiden luokkaan ja 1–52 käyntiä vuodessa käyttäneiden osuus oli 5 %. Ikäerityisen päihdekuntoutuksen ryhmässä vastaavat osuudet olivat 16 % ja 10 %. Päihdehoitojaksoja edeltäneen kotipalvelun käytön osalta vertailtavat ryhmät poikkesivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan ($p<0,001$) (Taulukko 2).

Päihdehoitojaksoja edeltäneen vuoden aikana terveydenhuollon päihdetyön vastaanotolla käyneiden osuus oli ikäerityisen päihdekuntoutuksen ryhmässä 28 % ja verrokkiryhmässä 21 %. Vertailtavat ryhmät eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi toisistaan lähtötilanteen päihdetyön vastaanottokäyntien asioinnin osalta ($p=0,231$). Valtaosa (89 %) kohdejoukkoon kuuluneista ei ollut hoidettavana perusterveydenhuollon laitosmuotoisessa päihdehoidossa lähtötilanteessa. Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneista 16 prosentilla ja verrokkiryhmästä 6,5 prosentilla oli hoitovuorokausia päihdehoidon laitoksessa ennen kiinnostuksen kohteena olevia päihdehoitojaksoja. Ero ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä lähtötilanteen laitosmuotoisen päihdehoidon käyttöasteessa ($p=0,039$). Kaikkiaan noin viidennes (22 %) tutkittavista oli ollut selviämishoidossa ensimmäistä hoitojaksoa edeltäneen vuoden aikana. Ikäerityisen päihdekuntoutuksen ryhmästä 19,5 prosentilla ja verrokkiryhmästä 23 prosentilla oli merkintä päihdehoitojaksoa edeltäneestä selviämishoitokerrasta. Hoitojaksoja edeltäneen selviämishoidon suhteen vertailtavat ryhmät eivät eronneet tilastollisesti toisistaan ($p=0,524$) (Taulukko 2).

Taulukko 2. Vertailtavien tutkimusryhmien terveystalvelujen käyttömäärien osuudet vuoden ajalta ennen ensimmäistä päihdehoitajaksoa ja vuoden ajalta viimeisen hoitajakson jälkeen sekä tutkimusryhmien välisten käyttömäärien eron tilastollinen merkitsevyys. (Päihdehoitajaksojen jälkeinen tarkastelu sisältää ainoastaan koko seuranta vuoden elossa säilyneet henkilöt).

	ENNEN % (n)		p-arvo	JÄLKEEN % (n)		p-arvo
	Ikäerityinen päihdekuntoutus n=82	Verrokkiryhmä n=107		Ikäerityinen päihdekuntoutus n=72	Verrokkiryhmä n=100	
Terveyskeskusten päivystyskäynnit						
Ei käyntejä	70,7 (58)	62,6 (67)	0,479	81,9 (59)	73,0 (73)	0,255
1–2 käyntiä	19,5 (16)	23,4 (25)		15,3 (11)	19,0 (19)	
≥ 3 käyntiä	9,8 (8)	14,0 (15)		2,8 (2)	8,0 (8)	
Sisätautien polikliiniset päivystyskäynnit						
Ei käyntejä	30,5 (25)	50,5 (54)	< 0,001	44,4 (32)	62,0 (62)	0,074
1–2 käyntiä	34,1 (28)	43,0 (46)		40,3 (29)	28,0 (28)	
≥ 3 käyntiä	35,4 (29)	6,5 (7)		15,3 (11)	10,0 (10)	
Perusterveydenhuollon vuodeosasto hoito						
Ei hoitovuorokausia	64,6 (53)	92,5 (99)	< 0,001	65,3 (47)	86,0 (86)	0,005
1–10 vrk	9,8 (8)	0,9 (1)		9,7 (7)	5,0 (5)	
≥ 11 vrk	25,6 (21)	6,5 (7)		25,0 (18)	9,0 (9)	
Päivystyksellinen hoito sisätautiosastolla						
Ei hoitovuorokausia	57,3 (47)	74,8 (80)	0,039	62,5 (45)	84,0 (84)	0,006
1–10 vrk	28,0 (23)	16,8 (18)		25,0 (18)	11,0 (11)	
≥ 11 vrk	14,6 (12)	8,4 (9)		12,5 (9)	5,0 (5)	
Kotisairaanhoido						
Ei käyntejä	35,4 (29)	84,1 (90)	< 0,001	25,0 (18)	79,0 (79)	< 0,001
1–52 käyntiä	35,4 (29)	11,2 (12)		38,9 (28)	15,0 (15)	
≥ 53 käyntiä	29,3 (24)	4,7 (5)		36,1 (26)	6,0 (6)	
Kotipalvelu						
Ei käyntejä	74,4 (61)	95,3 (102)	< 0,001	61,1 (44)	95,0 (95)	< 0,001
1–52 käyntiä	9,8 (8)	4,7 (5)		15,3 (11)	2,0 (2)	
≥ 53 käyntiä	15,9 (13)	0 (0)		23,6 (17)	3,0 (3)	
Terveydenhuollon päihdetyön vastaanottokäynnit						
Ei käyntejä	72,0 (59)	79,4 (85)	0,231	84,7 (61)	83,0 (83)	0,763
Käyntejä	28,0 (23)	20,6 (22)		15,3 (11)	17,0 (17)	
Terveydenhuollon laitospuoloinen päihdehoito						
Ei hoitovuorokausia	84,1 (69)	93,5 (100)	0,039	90,3 (65)	84,0 (84)	0,233
Hoitovuorokausia	15,9 (13)	6,5 (7)		9,7 (7)	16,0 (16)	
Selviämishoito						
Ei hoitokertoja	80,5 (66)	76,6 (82)	0,524	80,6 (58)	85,0 (85)	0,442
Hoitokertoja	19,5 (16)	23,4 (25)		19,4 (14)	15,0 (15)	

7.2.2 Terveyspalvelujen käytön ajallinen muutos

Kaikkiaan kolmanneksella (34 %) tutkittavista oli päivystyskäyntejä terveysasemalla ensimmäistä päihdehoitajaksoa edeltäneen vuoden aikana ja viimeisen hoitajakson jälkeen käyntejä oli 23 prosentilla tutkittavista (Taulukko 2). Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneilla oli keskimäärin nolla päivystyskäyntiä terveysasemalla lähtötilanteessa (md=0, min=0, max=26) sekä seurantavuonna (md=0, min=0, max=4). Verrokkiryhmässä käyntejä oli vastaavasti vuoden aikana keskimäärin nolla sekä ennen päihdekuntoutusta (md=0, min=0, max=8) että sen jälkeen (md=0, min=0, max=6). Vaikka käyntejä ei ollut keskimäärin lainkaan kummassakaan tutkimusryhmässä oli käyntimäärien ero lähtötilanteen ja seurantavuoden välillä kuitenkin tilastollisesti merkitsevä molemmissa ryhmissä (ikäerityinen $p=0,010$, verrokki $p=0,039$) (Taulukko 3). Tarkasteltaessa seurantavuoden ja lähtötilanteen käyntimäärien erotusta tutkimusryhmien välillä, ei ero ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,826$) (Taulukko 4).

Ensimmäistä päihdehoitajaksoa edeltäneen vuoden aikana sisätautien päivystyksellisiä poliklinikkakäyntejä oli 58 prosentilla tutkittavista, kun viimeistä jaksoa seuranneen vuoden aikana vastaava osuus oli 48 % (Taulukko 2). Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneilla oli vuoden aikana keskimäärin yksi päivystyskäynti sisätautipoliklinikalla ennen päihdekuntoutusta (md=1, iqr=3) ja kuntoutuksen jälkeen (md=1, iqr=2). Verrokkiryhmässä puolestaan ei ollut keskimäärin lainkaan kyseisiä käyntejä ennen päihdehoitajaksoja tai seurantavuonna (md=0, iqr=1). Tutkimusryhmäkohtaisessa tarkastelussa käyntimäärien välinen ero lähtötilanteen ja seurantavuoden välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä kummassakaan tutkimusryhmässä (ikäerityinen $p=0,164$, verrokki $p=0,621$) (Taulukko 3). Sisätautipäivystyksen poliklinikkakäyntien määrän keskimääräinen erotus ei myöskään ollut tilastollisesti merkitsevä vertailtavien ryhmien välillä ($p=0,060$) (Taulukko 4).

Tutkittavista kaikkiaan viidennes (20 %) oli ollut hoidettavana terveyskeskuksen vuodeosastolla ensimmäistä päihdehoitajaksoa edeltäneen vuoden aikana. Viimeistä hoitajaksoa seuranneen vuoden aikana vastaava osuus oli 24 % (Taulukko 2). Tarkasteltavalla ajanjaksolla perusterveydenhuollon hoitovuorokausia ei ollut keskimäärin lainkaan kummassakaan tutkimusryhmässä (md=0), mutta hoitovuorokausien määrän jakaumat olivat erilaisia vertailtavissa ryhmissä. Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneilla hoitovuorokausien määrän kvartiilivälin pituus oli lähtötilanteessa 12 (iqr=12) ja

seurantavuonna 18 (iqr=18), kun taas verrokkiryhmässä kvartiilivälin pituus oli molemmilla tarkastelujaksoilla nolla (iqr=0). Molemmissa ryhmissä hoitovuorokausien määrän ero ajassa oli kuitenkin tilastollisesti merkitsevä (ikäerityinen $p=0,019$, verrokki $p=0,026$) (Taulukko 3). Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneista hoitovuorokaudet terveyskeskusten vuodeosastoilla lisääntyivät 33 prosentilla tutkittavista, vähenivät 22 prosentilla ja säilyivät ennallaan 45 prosentilla tutkittavista. Verrokkiryhmässä vastaavat osuudet olivat 13 %, 6 % ja 81 %. Perusterveydenhuollon vuodeosastovuorokausien määrän erotus seurantavuoden ja lähtötilanteen välillä oli keskimäärin nolla vuorokautta, mutta tutkittavien välinen vaihtelu oli suurta (md=0, min=-61, max=304). Ero vertailtavien ryhmien välisessä hoitovuorokausien erotuksessa ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,559$) (Taulukko 4).

Kaikkiaan kolmannes (33 %) tutkittavista oli ollut hoidettavana kaupungin sairaalan sisätautien vuodeosastolla päivystysluonteisesti lähtötilanteessa. Vastaava osuus viimeistä hoitajaksoa seuranneen vuoden ajalta oli 29 % (Taulukko 2). Molemmissa tutkimusryhmissä käyntejä oli keskimäärin nolla sekä lähtötilanteessa että seurantavuonna, mutta tarkastelu osoitti vertailtavien ryhmien käyntimäärien jakaumien erilaisuuden. Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneilla sisätautien päivystyksellisen vuodeosastohoidon määrän hajonta oli suurempaa kuin verrokkiryhmässä (ikäerityinen ennen: iqr=5, jälkeen: iqr=6, verrokki ennen: iqr=1, jälkeen: iqr=0). Osastohoidon määrän ero lähtötilanteen ja seurantavuoden välillä ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä kummassakaan ryhmässä (ikäerityinen $p=0,484$, verrokki $p=0,969$) (Taulukko 3). Seurantavuoden ja lähtötilanteen erotus hoitovuorokausien määrässä oli keskimäärin nolla molemmissa tutkimusryhmissä, eikä erotuksen ero ollut ryhmien välillä tilastollisesti merkitsevä ($p=0,300$) (Taulukko 4).

Kaikkiaan 37 prosentilla tutkittavista oli merkintä kotisairaanhoidon käynneistä ensimmäistä päihdehoitajaksoa edeltäneen vuoden ajalta. Seurantavuonna kotisairaanhoidon käyntejä oli 44 prosentilla tutkittavista. (Taulukko 2). Vertailtavissa ryhmissä kotisairaanhoidon käyntimäärien jakaumat olivat melko erilaisia, ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneilla oli keskimäärin seitsemän kotisairaanhoidon käyntiä lähtötilanteessa (md=7, iqr=75) ja keskimäärin 20 käyntiä seurantavuonna (md=20, iqr=85). Verrokkiryhmässä kotisairaanhoidon käyntejä ei ollut keskimäärin lainkaan päihdehoitajaksoja edeltäneenä tai seuranneena vuotena (md=0, iqr=0). Tutkimusryhmäkohtaisessa tarkastelussa ero lähtötilanteen ja seurantavuoden kotisairaanhoidon käyntimäärissä ei tavoittanut tilastollisen merkitsevyyden rajaa (ikäerityinen $p=0,134$, verrokki $p=0,101$) (Taulukko 3).

Kotisairaanhoidon käyntimäärän erotus seurantavuoden ja lähtötilanteen välillä oli keskimäärin nolla, mutta vaihtelu käyntimäärien erotuksessa oli suurta (md=0, min=-463, max=596). Vertailtavat ryhmät eivät eronneet toisistaan kotisairaanhoidon käyntimäärien erotuksen suhteen tilastollisesti merkitsevästi ($p=0,336$) (Taulukko 4).

Kotipalvelun asiakkaana olevien osuus kasvoi tarkasteltavana ajanjaksona seitsemällä prosenttiyksiköllä ja viimeistä päihdehoitojaksoa seuranneen vuoden aikana kotipalvelun käyntejä oli noin viidenneksellä (21 %) (Taulukko 2). Molemmassa tutkimusryhmissä kotipalvelun käyntejä oli keskimäärin nolla (md=0) päihdehoitojaksoa edeltäneenä ja seuranneena vuotena, mutta vertailtavissa ryhmissä käyntimäärien hajonta oli jälleen erilaista. Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneilla kotipalvelun käyntimäärien kvartiilivälin pituus oli lähtötilanteessa 4 (iqr=4) ja seurantavuonna 44 (iqr=44). Verrokkiryhmässä kvartiilivälin pituus oli sekä lähtötilanteessa että seurantavuonna nolla (iqr=0). Ikäerityisen päihdekuntoutuksen ryhmässä lähtötilanteen ja seurantavuoden välinen ero kotipalvelun käyntimäärissä oli tilastollisesti merkitsevä ($p=0,005$), kun taas verrokkiryhmässä ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,139$) (Taulukko 3). Koko tutkimusjoukossa kotipalvelun käyntimäärien erotus seurantavuoden ja lähtötilanteen välillä oli nolla, mutta yksilöiden välinen vaihtelu oli suurta (md=0, min=-614, max=756). Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneilla kotipalvelukäyntimäärän erotuksen hajonta oli kuitenkin suurempaa (iqr 27) kuin verrokkiryhmässä (iqr 0). Vertailtavien ryhmien välinen ero kotipalvelujen käyntimäärien erotuksessa oli myös tilastollisesti merkitsevä ($p=0,001$) (Taulukko 4).

Päihdehoitojaksoja edeltäneen vuoden aikana terveydenhuollon päihdetyön vastaanotoilla oli käynyt lähes neljännes (24 %) tutkittavista, kun vastaava osuus seurantavuonna oli 16 % (Taulukko 2). Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneilla ei ollut keskimäärin lainkaan päihdetyön vastaanottokäyntejä ennen päihdekuntoutusta (md=0, iqr=1) tai sitä seuranneena vuotena (md=0, iqr=0). Päihdetyön vastaanottokäyntien keskimääräisissä käyntimäärissä havaittu ero oli kuitenkin tilastollisesti merkitsevä ($p=0,049$). Verrokkiryhmässä päihdetyön käyntimäärien mediaani oli niin ikään nolla sekä ennen päihdehoitojaksoja, että niiden jälkeen (md=0, iqr=0), eikä ero lähtö- ja seurantavuoden käyntimäärissä ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,228$) (Taulukko 3). Palveluja käyttämättömien suuresta määrästä johtuen myös päihdekäyntien määrän keskimääräinen erotus oli koko tutkimusjoukossa nolla (md=0, min=-38, max=5). Vertailtavien ryhmien välinen käyntimäärien erotuksen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä vertailtavien ryhmien välillä ($p=0,469$) (Taulukko 4).

Terveydenhuollon päihdehoidon laitoksessa hoidossa olleiden tutkittavien osuudet olivat lähes samat lähtötilanteessa (11 %) sekä seurantavuonna (12 %). Verrokkiryhmässä päihdehoidon laitoksessa hoidettavina olleiden osuus kasvoi suhteellisesti hieman enemmän kuin ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneiden ryhmässä. Verrokkiryhmässä hoitovuorokausien määrä lisääntyi 15 prosentilla tutkittavista ja ikäerityisessä päihdekuntoutuksessa olleista viidellä prosentilla tutkittavista. (Taulukko 2). Laitoshoitovuorokausia ei ollut keskimäärin lainkaan kummassakaan tutkimusryhmässä päihdehoitojaksoja edeltäneen vuoden aikana tai seurantavuonna ($md=0$, $iqr=0$). Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneilla ero keskimääräisissä käyntimäärissä ei ollut tilastollisesti merkitsevä lähtötilanteen ja seurantavuoden välillä ($p=0,234$), mutta verrokkiryhmässä ero saavutti tilastollisen merkitsevyyden ($p=0,025$) (Taulukko 3). Keskimääräinen erotus päihdehoidon laitosvuorokausien määrässä seurantavuoden ja lähtötilanteen välillä oli nolla ($md=0$, $min=-29$, $max=13$). Ryhmien välillä havaittiin kuitenkin tilastollisesti merkitsevä ero päihdehoidon laitosvuorokausien määrän keskimääräisessä erotuksessa ($p=0,005$) (Taulukko 4).

Tutkittavista noin viidennes (22 %) oli ollut selviämishoidossa ensimmäistä päihdehoitojaksoa edeltäneen vuoden aikana. Viimeistä hoitojaksoa seuranneen vuoden aikana vastaava osuus oli 16 % (Taulukko 2). Kummassakin tutkimusryhmässä selviämishoidon hoitokertoja oli keskimäärin nolla sekä lähtötilanteessa että seurantavuonna, eikä tutkimusryhmäkohtaisessa tarkastelussa havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa lähtötilanteen ja seurantavuoden selviämishoitokertojen määrissä (ikäerityinen $p=0,555$, verrokki= $p=0,114$) (Taulukko 3). Valtaosalla tutkittavista (72 %) ei ollut selviämishoidossa ennen päihdehoitojaksoja tai hoitojaksojen jälkeen, joten myös hoitokertojen keskimääräinen erotus oli nolla ($md=0$, $min=-35$, $max=5$). Selviämishoitokertojen erotuksen suhteen vertailtavat ryhmät eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi toisistaan ($p=0,399$) (Taulukko 4).

Taulukko 3. Päihdehoitojaksoja edeltäneen vuoden ja seurantavuoden terveyspalvelujen keskimääräiset käyttömäärät tutkimusryhmittäin sekä terveyspalvelujen käyttömäärän eron tilastollinen merkitsevyys lähtötilanteen ja seurantavuoden välillä.

	Ikäerityinen päihdekuntoutus md (min/max, iqr)			Verrokkiryhmä md (min/max, iqr)			Koko tutkimusjoukko md (min/max, iqr)		
	ennen (n=82)	jälkeen (n=72)	p-arvo	ennen (n=107)	jälkeen (n=100)	p-arvo	ennen (n=189)	jälkeen (n=172)	p-arvo
Terveyskeskusten Päivystyskäynnit	0 (0/26, 1)	0 (0/4, 0)	0,010	0 (0/8, 1)	0 (0/6, 1)	0,039	0 (0/26, 1)	0 (0/6, 0)	0,001
Sisätautien polikliiniset päivystyskäynnit	1 (0/14, 3)	1 (0/16, 2)	0,164	0 (0/7, 1)	0 (0/16, 1)	0,621	1 (0/14, 2)	0 (0/16, 1)	0,384
Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito (vrk)	0 (0/81, 12)	0 (0/198,18)	0,019	0 (0/35, 0)	0 (0/304, 0)	0,026	0 (0/81, 0)	0 (0/304, 0)	0,001
Päivystyksellinen hoito sisätautiosastolla (vrk)	0 (0/24, 5)	0 (0/193*,6)	0,484	0 (0/28,1)	0 (0/38, 0)	0,969	0 (0/28, 2)	0 (0/193, 2)	0,593
Kotisairaanhoidon käynnit	7 (0/602,75)	20 (0/769,85)	0,134	0 (0/434, 0)	0 (0/680, 0)	0,101	0 (0/602,12)	0 (0/769,33)	0,037
Kotipalvelun käynnit	0 (0/616, 4)	0 (0/825,44)	0,005	0 (0/23, 0)	0 (0/317, 0)	0,139	0 (0/616, 0)	0 (0/825, 0)	0,001
Päihdetyön vastaanottokäynnit	0 (0/38, 1)	0 (0/4, 0)	0,049	0 (0/11, 0)	0 (0/5, 0)	0,228	0 (0/38, 0)	0 (0/5, 0)	0,025
Laitosmuotoinen päihdehoito (vrk)	0 (0/14, 0)	0 (0/11, 0)	0,234	0 (0/29, 0)	0 (0/13, 0)	0,025	0 (0/29, 0)	0 (0/13, 0)	0,238
Selviämishoidon hoitokerrat	0 (0/35, 0)	0 (0/6, 0)	0,555	0 (0/8, 0)	0 (0/10, 0)	0,114	0 (0/35, 0)	0 (0/10, 0)	0,091

* Kyseinen arvo on menehtyneen henkilön estimaatti, eikä siis todellinen maksimi-arvo. Kyseinen arvo poikkeaa selvästi muista havainnoista, mutta ei vaikuttanut yksittäisenä havaintona muuttujan jakaumaan ja keskilukuihin

Taulukko 4. Terveyspalvelujen käyttömäärien keskimääräinen erotus seurantavuoden ja lähtötilanteen välillä sekä erotuksen eron tilastollinen merkitsevyys tutkimusryhmien välillä.

	Ikäerityinen päihdekuntoutus	Verrokkiryhmä	p-arvo
	(n=82) md (min/max, iqr)	(n=107) md (min/max, iqr)	
Terveyskeskusten päivystyskäynnit	0 (-24/4, 0)	0 (-7/5, 1)	0,826
Sisätautien polikliiniset päivystyskäynnit	0 (-13/15, 3)	0 (-5/16, 2)	0,060
Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito (vrk)	0 (-61/183, 14)	0 (-31/304, 0)	0,559
Päivystyksellinen hoito sisätautiosastolla (vrk)	0 (-23/193*, 5)	0 (-28/28, 0)	0,300
Kotisairaanhoidon käynnit	0 (-463/596, 37)	0 (-259/594, 0)	0,336
Kotipalvelun käynnit	0 (-614/756, 27)	0 (-23/310, 0)	0,001
Päihdetyön vastaanottokäynnit	0 (-38/4, 0)	0 (-11/5,0)	0,469
Laitosmuotoinen päihdehoito (vrk)	0 (-14/10, 0)	0 (-29/13, 0)	0,005
Selviämishoidon hoitokerrat	0 (-35/2, 0)	0 (-6/5, 0)	0,399

*Kyseinen arvo on menehtyneen henkilön estimaatti, eikä siis todellinen maksimi-arvo. Kyseinen arvo poikkeaa selvästi muista havainnoista, mutta ei vaikuttanut yksittäisenä havaintona muuttujan jakaumaan ja keskilukuihin.

7.2.3 Tutkimusryhmän yhteys seurantavuoden terveystalvelujen käyttöön

7.2.3.1 Seurantavuoden päivystyskäynnit terveystalveluksissa

Tutkimusryhmän ja muiden mahdollisten selittäjien yhteyttä seurantavuoden terveystalvelusten päivystyskäyntien määrään tutkittiin negatiivisen binomiaalisen regressiomallin avulla (Taulukko 5). Vakioimattomassa mallissa tutkimusryhmä oli yhteydessä päihdehoitajaksojen jälkeiseen terveystalveluspäivystyksen käyntimäärän siten, että ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneilla oli seurantavuonna vähemmän päivystyskäyntejä terveystalveluilla kuin verrokkiryhmään kuuluneilla (IRR 0,490, 95 % CI 0,275–0,875, $p=0,016$). Tutkimusryhmän yhteys seurantavuoden terveystalvelusten päivystyskäyntimääriin säilyi tilastollisesti merkitseväna myös, kun mallinnuksessa huomioitiin yksilöön liittyvät tekijät. Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneet asioivat vähemmän terveystalveluspäivystyksessä viimeistä hoitajaksoa seuranneen vuoden aikana, kun huomioitiin tutkittavan ikä, sukupuoli ja hoivan tarve (IRR 0,294, 95 % CI 0,111–0,779, $p=0,014$). Nuoremmilla tutkittavilla käyntejä oli enemmän kuin vanhemmilla henkilöillä, naisilla enemmän kuin miehillä ja merkittävämmän hoivantarpeen ryhmään kuuluvilla enemmän kuin vähäisemmän hoivan tarpeen omaavilla, mutta yksilötekijöiden yhteydet eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä (Taulukko 5).

Kolmannessa mallissa huomiottiin yksilöön liittyvien tekijöiden lisäksi päihdehoitajakoilla vietettyjen vuorokausien kokonaismäärä sekä terveystalvelusten päivystyskäyntien määrä vuoden ajalta ennen ensimmäistä hoitajaksoa. Hoitajaksojen kokonaiskestolla ei havaittu yhteyttä hoitajaksojen jälkeiseen terveystalvelusten päivystyskäyntien määrään. Tutkittavilla, joilla terveystalvelusten päivystyskäyntejä oli enemmän lähtötilanteessa, oli käyntejä enemmän myös päihdehoitajakoja seuranneen vuoden aikana, mutta yhteys ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,101$). Tutkimusryhmä oli yhteydessä seurantavuoden terveystalveluspäivystyksen käyntimäärään myös kolmannessa mallissa. Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneilla oli vähemmän päivystyskäyntejä terveystalveluksissa seurantavuoden aikana kuin verrokkiryhmällä, kun huomiottiin tutkittavan ikä, sukupuoli, viimeisen jakson hoivan tarve, hoitovuorokausien kokonaismäärä ja lähtötilanteen päivystyskäynnit terveystalveluksissa (IRR 0,316, 95 % CI 0,119–0,843, $p=0,021$).

Taulukko 5. Tutkimusryhmän ja muiden selittäjien yhteys seurantavuoden terveyskeskusten päivystyskäyntien määrään (n=172). Negatiivinen binomiaalinen regressio.

	Malli 1			Malli 2			Malli 3		
	IRR	CI 95%	p-arvo	IRR	CI 95%	p-arvo	IRR	CI 95%	p-arvo
Tutkimusryhmä									
Ikäerityinen	0,490	0,275–	0,016	0,294	0,111–	0,014	0,316	0,119–	0,021
Verrokkiryhmä	1	0,875		1	0,779			0,843	
Ikä				0,977	0,914–	0,490	0,970	0,906–	0,388
					1,044			1,039	
Sukupuoli									
Mies				0,918	0,509–	0,777	0,880	0,485–	0,674
Nainen				1	1,656		1	1,596	
Hoivan tarve									
Omatoim./vähäinen				0,439	0,158–	0,113	0,518	0,183–	0,214
Toistuva/jatkuva				1	1,216		1	1,463	
Päihdehoidon kokonaiskesto (vrk)							0,999	0,990–	0,810
								1,008	
Lähtötilanteen tk-päivystyskäynnit							1,070	0,987–	0,101
								1,160	

Malli 1: Vakioimaton tutkimusryhmä.

Malli 2: Vakioitu ikä, sukupuoli ja hoivan tarve.

Malli 3: Vakioitu ikä, sukupuoli, hoivan tarve, hoitovuorokausien kokonaismäärä ja lähtötilanteen käyntimäärä.

IRR: Incidence Rate Ratio (ilmaantuvuustiheyksien suhde)

CI 95 %: 95 % luottamusväli.

7.2.3.2 Seurantavuoden päivystyskäynnit sisätautipoliklinikalla kaupungin sairaaloissa

Tutkimusryhmän ja muiden mahdollisten selittäjien yhteyttä seurantavuoden päivystyksellisiin sisätautipoliklinikan käyntimäärään, tutkittiin negatiivisen binomiaalisen regressiomallin avulla (Taulukko 6). Tarkasteltaessa ainoastaan tutkimusryhmän yhteyttä seurantavuoden sisätautipoliklinikan käyntimääriin, havaittiin, että ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneet asioivat useammin päivystyksellisesti sisätautipoliklinikalla seurantavuoden aikana kuin verrokkiryhmään kuuluvat (IRR 1,789, 95 % CI 1,209–2,648, p=0,004). Kun tutkimusryhmän ohella huomioitiin tutkittavan ikä, sukupuoli ja viimeisellä jaksolla määritetty hoivan tarve, tutkimusryhmän yhteys seurantavuoden käyntimääriin säilyi tilastollisesti merkitsevänä myös yksilötekijät huomioivassa mallissa kaksi (IRR 1,778, 95 % CI 1,057–2,989, p=0,030). Vanhemmilla tutkittavilla päivystyksellisiä sisätautipoliklinikan käyntejä oli enemmän kuin nuoremmilla, naisilla enemmän kuin miehillä ja suuremman hoivan tarpeen

omaavilla enemmän kuin vähäisemmän hoivantarpeen luokkaan kuuluvilla, mutta nämä yhteyden eivät olleet tilastollisesti merkitseviä (Taulukko 6).

Kolmannessa mallissa, jossa huomioitiin yksilötekijöiden lisäksi päihdehoitovuorokausien kokonaismäärä ja lähtötilanteen palvelujen käyttö, tutkimusryhmän ja seurantavuoden sisätautipoliklinikan päivystyskäyntimäärän välillä havaittu yhteys säilyi samansuuntaisena, mutta painui alle tilastollisen merkitsevyyden ($p=0,132$). Päihdehoitovuorokausien kokonaismäärän ja hoitajaksoja seuranneen sisätautien poliklinikkakäyntien välillä ei havaittu yhteyttä, mutta lähtötilanteen palvelujen käytön havaittiin olevan yhteydessä seurantavuoden päivystyskäynteihin sisätautien poliklinikalla. Sisätautien poliklinikkakäynneillä ennen päihdehoitajaksoja enemmän asioineet, tulivat hoidetuiksi vastaavilla käynneillä useammin myös seurantavuoden aikana, kun huomioitiin tutkimusryhmä, tutkittavan ikä, sukupuoli, hoivan tarve ja päihdehoidon kokonaiskesto (IRR 1,198, 95 % CI 1,074–1,337 $p=0,001$) (Taulukko 6).

Taulukko 6. Tutkimusryhmän ja muiden selittäjien yhteys seurantavuoden sisätautien polikliinisiin päivystyskäyntien määrään ($n=172$). Negatiivinen binomiaalinen regressio.

	Malli 1			Malli 2			Malli 3		
	IRR	CI 95 %	p-arvo	IRR	CI 95 %	p-arvo	IRR	CI 95 %	p-arvo
Tutkimusryhmä									
Ikäerityinen	1,789	1,209–	0,004	1,778	1,057–	0,030	1,517	0,882–	0,132
Verrokkiryhmä	1	2,648		1	2,989		1	2,609	
Ikä				1,030	0,998– 1,074	0,168	1,030	0,987– 1,074	0,173
Sukupuoli									
Mies				0,936	0,611–	0,762	0,753	0,484–	0,753
Nainen				1	1,434		1	1,171	
Hoivan tarve									
Omatoim./vähäinen				1,140	0,648–	0,648	1,320	0,739–	0,348
Toistuva/jatkuva				1	2,006		1	2,357	
Päihdehoidon kokonaiskesto (vrk)							1,008	1,000– 1,015	0,037
Lähtötilanteen päivystyskäynnit sisätautipoliklinikalla							1,198	1,074– 1,337	0,001

Malli 1: Vakioimaton tutkimusryhmä.

Malli 2: Vakioitu ikä, sukupuoli ja hoivan tarve.

Malli 3: Vakioitu ikä, sukupuoli, hoivan tarve, hoitovuorokausien kokonaismäärä ja lähtötilanteen käyntimäärä.

IRR: Incidence Rate Ratio (ilmaantuvuustiheyksien suhde)

CI 95 %: 95 % luottamusväli.

7.2.3.3 Seurantavuoden hoitovuorokaudet perusterveydenhuollon vuodeosastolla

Tutkimusryhmän ja muiden selittävien tekijöiden yhteyttä päihdehoitajaksojen jälkeiseen perusterveydenhuollon vuodeosastohoitoon tutkittiin multinominaalisen logistisen regressiomallin avulla. Mallissa seurantavuoden vuodeosastovuorokausien määrä luokiteltiin kolmiluokkaiseksi palvelujen käyttöasteen mukaisesti. Luokittelun mukaan tutkittavat kuuluivat seurantavuonna palveluja käyttämättömiin (0 vrk), kohtalaisesti palveluja käyttäneisiin (1-10 vrk) tai runsaammin palveluja käyttäneisiin (≥ 11 vrk).

Tarkasteltaessa ainoastaan tutkimusryhmän yhteyttä viimeisen päihdehoitajakson jälkeiseen perusterveydenhuollon vuodeosastovuorokausien käyttöasteeseen, havaittiin että ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneet kuuluivat useammin hoitajaksojen jälkeen runsaasti palveluja käyttävään ryhmään kuin ryhmään, jolla hoitovuorokausia ei ollut lainkaan (OR 4,329, 95 % CI 1,920–9,763, $p < 0,001$). Kun tarkasteluun sisällytettiin yksilötekijöistä tutkittavan ikä, sukupuoli ja hoivan tarve, tutkimusryhmän yhteys perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon käyttöasteeseen säilyi tilastollisesti merkitsevänä (OR 3,064, 95 % CI 1,075–8,735, $p = 0,036$). Verrattaessa palveluja käyttämättömiin, seurantavuonna runsaasti vuodeosastohoidossa olleet olivat useammin miehiä kuin naisia, iältään vanhempia ja kuuluivat hoivan tarpeen osalta runsaamman hoivan tarpeen ryhmään useammin kuin vähäisemmän hoivan tarpeen omaaviin. Näiden yksilötekijöiden yhteys vuodeosastohoidon käyttöasteeseen ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevää (Taulukko 7).

Kolmannessa mallissa huomioitiin yksilötekijöiden lisäksi päihdehoitovuorokausien kokonaismäärä sekä lähtötilanteen perusterveydenhuollon vuodeosastovuorokausien määrä. Tutkimusryhmän yhteys hoitajaksojen jälkeiseen vuodeosastohoidon käyttöasteeseen säilyi myös tässä mallissa tilastollisesti merkitsevänä. Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneet kuuluivat useammin seurantavuonna runsaasti vuodeosastohoidossa olleiden ryhmään, kuin palveluja käyttämättömiin, kun huomioitiin yksilötekijät sekä hoitovuorokausien määrä ja lähtötilanteen hoitovuorokaudet (OR 3,180 95 % CI 1,037–9,753, $p = 0,043$). Tutkimusryhmän ohella tutkittavan ikä ja päihdehoitajaksoja edeltänyt perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon määrä olivat yhteydessä seurantavuoden vuodeosastohoidon käyttöasteeseen ja yhteydet olivat tilastollisesti merkitseviä. Ikä ja lähtötilanteen palvelujen käyttö olivat yhteydessä palvelujen käyttöön siten, että iältään vanhemmat tutkittavat kuuluivat useammin hoitajaksojen jälkeen runsaasti vuodeosastohoidossa olleisiin kuin niihin, joilla vuodeosastovuorokausia ei seuranta-aikana

ollut lainkaan (OR 1,085, 95 % CI 1,002–1,174, $p=0,043$). Henkilöt, joilla lähtötilanteessa osastohoitovuorokausia perusterveydenhuollon vuodeosastohoidossa oli enemmän, kuuluivat seurantavuonna useammin runsaasti osastohoidossa olleisiin kuin palveluja käyttämättömiin (OR 1,035, 95 % CI 1,001–1,069, $p=0,041$). Kohtalaisesti vuodeosastohoidossa seurantavuonna olleet eivät eronneet palveluja käyttämättömistä tilastollisesti merkitsevästä tutkimusryhmän tai muiden tarkasteltujen muuttujien suhteen (Taulukko 7).

Taulukko 7. Tutkimusryhmän ja muiden selittäjien yhteys seurantavuoden perusterveydenhuollon vuodeosastovuorokausien käyttöasteeseen (kohtalaisesti tai runsaasti hoidossa olleiden ristitulosuhteet ja luottamusvälit verrattuna palveluja käyttämättömiin). Multinomiaalinen logistinen regressio (n=172).

Vuodeosastohoidon käyttöaste		Malli 1			Malli 2			Malli 3		
		OR	95 % CI	p-arvo	OR	95 % CI	p-arvo	OR	95 % CI	p-arvo
Kohtalaisesti (1–10 vrk)	Tutkimusryhmä									
	Ikäerityinen	2,525	0,763–	0,129	2,554	0,473–	0,275	2,476	0,437–	0,305
	Verrokkiryhmä	1	8,364		1	13,778		1	14,026	
	Ikä				0,896	0,758–	0,199	0,900	0,760–	0,219
						1,059			1,065	
	Sukupuoli									
	Mies				1,489	0,378–	0,569	1,330	0,331–	0,688
	Nainen				1	5,858		1	5,338	
	Hoivan tarve									
	Omatoim. /vähäinen				0,669	0,125–	0,638	0,774	0,142–	0,768
	Toistuva/jatkuva				1	3,570		1	4,226	
	Päihdehoidon kokonaiskesto (vrk)							1,009	0,990–	0,334
									1,029	
Lähtötilanteen vuodeosastohoidon vuorokaudet							1,030	0,987–	0,174	
								1,076		
Runsaasti (≥ 11 vrk)	Tutkimusryhmä									
	Ikäerityinen	4,329	1,920–	<0,001	3,064	1,075–	0,036	3,180	1,037–	0,043
	Verrokkiryhmä	1	9,763		1	8,735		1	9,753	
	Ikä				1,074	0,995–	0,065	1,085	1,002–	0,043
						1,160			1,174	
	Sukupuoli									
	Mies				1,363	0,560–	0,495	1,213	0,484–	0,680
	Nainen				1	3,316		1	3,044	
	Hoivan tarve									
	Omatoim. /vähäinen				0,772	0,286–	0,609	0,938	0,336–	0,902
	Toistuva/jatkuva				1	2,084		1	2,614	
	Päihdehoidon kokonaiskesto (vrk)							1,011	0,998–	0,105
									1,026	
Lähtötilanteen vuodeosastohoidon vuorokaudet							1,035	1,001–	0,041	
								1,069		

Malli 1: Vakioimaton tutkimusryhmä.

Malli 2: Vakioitu ikä, sukupuoli ja hoivan tarve.

Malli 3: Vakioitu ikä, sukupuoli, hoivan tarve, hoitovuorokausien kokonaismäärä ja lähtötilanteen hoitovuorokaudet.

OR = Odds Ratio (vedonlyöntisuhde).

CI 95 %: 95 % luottamusväli

7.2.3.4 Seurantavuoden päivystykselliset hoitovuorokaudet kaupungin sairaalan sisätautiosastolla

Tutkimusryhmän ja muiden mahdollisten selittäjien yhteyttä seurantavuoden sisätautien päivystyksellisten osastohoitovuorokausien määrään tutkittiin multinomiaalisen logistisen regression avulla. Vastemuuttuja luokiteltiin kolmeen luokkaan sen mukaan, kuinka monta vuorokautta tutkittavat olivat olleet hoidettavana sisätautien osastohoidossa päivystyksellisen hoidontarpeen vuoksi. Luokiksi muodostettiin palveluja käyttämättömät (0 vrk), palveluja kohtalaisesti käyttäneet (1-10 vrk) ja palveluja runsaasti käyttäneet (≥ 11 vrk). Regressiomallissa kohtalaisesti tai runsaasti hoidettavina olleita verrattiin palveluja käyttämättömiin.

Vakioimattomassa mallissa tutkimusryhmä oli yhteydessä sisätautien vuodeosastovuorokausien käyttöasteeseen siten, että verrokkiryhmään verrattuna, ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneet päätyivät seurantavuotena useammin kohtalaisesti (OR 2,965, 95 % CI 1,326–6,629, $p=0,008$) tai runsaasti (OR 4,280, 95 % CI 1,645–11,134, $p=0,003$) osastohoidossa olleisiin kuin palveluja käyttämättömiin. Kun mallissa huomioitiin tutkittavan ikä, sukupuoli ja hoivan tarve, tutkimusryhmän yhteys seurantavuoden palvelujen käyttöasteeseen säilyi tilastollisesti merkitsevänä runsaasti osastohoidossa olleilla, mutta ei kohtalaisen käyttöasteen luokassa. Verrokkiryhmään verrattuna, ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneet päätyivät seurantavuonna useammin runsaasti sisätautien osastohoidossa olleiden luokkaan kuin palveluja käyttämättömien luokkaan, kun mallinnuksessa huomioitiin tutkittavan ikä, sukupuoli ja viimeisen hoitajakson hoivan tarve (OR 5,695, 95 % CI 1,724–18,810, $p=0,004$). Seurantavuonna sisätautien vuodeosastolla runsaasti hoidettavana olleet olivat useammin miehiä, iältään nuorempia ja vähäisemmän hoivan tarpeen luokkaan kuuluvia, mutta näiden tekijöiden yhteys hoidon käyttöasteeseen ei ollut tilastollisesti merkitsevä (Taulukko 8).

Tutkimusryhmän yhteys päihdehoitajaksoja seuranneeseen runsaaseen sisätautienosastohoidon käyttöasteeseen oli tilastollisesti merkitsevä myös mallissa, jossa yksilötekijöiden lisäksi huomioidtiin päihdehoitovuorokausien kokonaismäärä ja lähtötilanteen osastovuorokausien määrä kaupungin sairaalan sisätautiosastolla. Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneet päätyivät seurantavuonna todennäköisemmin runsaasti sisätautien osastohoidossa olleiden luokkaan kuin palveluja käyttämättömien luokkaan, kun huomioidtiin tutkittavan ikä, sukupuoli, hoivan tarve, päihdehoitovuorokausien kokonaismäärä

sekä lähtötilanteen palvelujen käyttö (OR 6,386, 95 % CI 1,868–21,834, p=0,003) (Taulukko 8).

Taulukko 8. Tutkimusryhmän ja muiden selittäjien yhteys seurantavuoden päivityksellisen vuodeosastohoidon käyttöasteeseen sisätautiosastolla (kohtalaisesti tai runsaasti hoidossa olleiden ristitulosuhteet ja luottamuvälit verrattuna palveluja käyttämättömiin). Multinomiaalinen logistinen regressio (n=172).

Osastohoidon käyttöaste	Malli 1			Malli 2			Malli 3			
	OR	95 % CI	p-arvo	OR	95 % CI	p-arvo	OR	95 % CI	p-arvo	
Kohtalaisesti (1–10 vrk)	Tutkimusryhmä									
	Ikäerityinen	2,965	1,326–	0,008	2,519	0,858–	0,093	2,490	0,837–	0,101
	Verrokkiryhmä	1	6,629		1	7,402		1	7,407	
	Ikä				1,068	0,987–	0,104	1,065	0,984–	0,118
						1,156			1,153	
	Sukupuoli									
	Mies				0,937	0,392–	0,884	1,006	0,417–	0,990
	Nainen				1	2,242		1	2,426	
	Hoivan tarve									
	Omatoim./vähäinen				1,087	0,370–	0,880	1,002	0,336–	0,997
Toistuva/jatkuva				1	3,194		1	2,989		
Päihdehoidon kokonaiskesto (vrk)							0,996	0,980–	0,667	
Lähtötilanteen sisätautien osastohoito (vrk)							0,958	0,870–	0,385	
								1,055		
Runsaasti (≥ 11 vrk)	Tutkimusryhmä									
	Ikäerityinen	4,280	1,645–	0,003	5,695	1,724–	0,004	6,386	1,868–	0,003
	Verrokkiryhmä	1	11,134		1	18,810		1	21,834	
	Ikä				0,984	0,891–	0,757	0,987	0,891–	0,795
						1,088			1,092	
	Sukupuoli									
	Mies				1,360	0,486–	0,558	1,175	0,406–	0,766
	Nainen				1	3,807		1	3,401	
	Hoivan tarve									
	Omatoim./vähäinen				1,474	0,472–	0,504	1,837	0,557–	0,318
Toistuva/jatkuva				1	4,603		1	6,062		
Päihdehoidon kokonaiskesto (vrk)							1,008	0,992–	0,351	
Lähtötilanteen sisätautien osastohoito (vrk)							1,046	0,972–	0,234	
								1,125		

Malli 1: Vakioimaton tutkimusryhmä.

Malli 2: Vakioitu ikä, sukupuoli ja hoivan tarve.

Malli 3: Vakioitu ikä, sukupuoli, hoivan tarve, hoitovuorokausien kokonaismäärä ja lähtötilanteen hoitovuorokaudet.

OR = Odds Ratio (ristitulosuhde).

CI 95 %: 95 % luottamuväli.

7.2.3.5 Seurantavuoden kotisairaanhoidon käynnit

Tutkimusryhmän ja muiden mahdollisten selittäjien yhteyttä seurantavuoden kotisairaanhoidon käyntimääriin tutkittiin multinomiaalisen logistisen regressiomallin avulla. Mallissa vastemuuttuja eli seurantavuoden kotisairaanhoidon käyntimäärä luokiteltiin kolmeen luokkaan palvelujen käyttöasteen mukaisesti. Tarkasteltavat luokat olivat kotisairaanhoidon palveluja käyttämättömät (0 käyntiä), kohtalaisesti palveluja käyttäneet (1–52 käyntiä) ja runsaasti kotisairaanhoidon palveluja käyttäneet (≥ 53 käyntiä). Regressiomallissa kohtalaisesti tai runsaasti kotisairaanhoidon palveluja käyttäneiden ryhmiä verrattiin palveluja käyttämättömiin.

Tarkasteltaessa vakioimattomana tutkimusryhmän yhteyttä seurantavuoden kotisairaanhoidon käyttöasteeseen, ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneet päätyivät useammin kohtalaisesti (OR 7,310, CI 95 % 3,402–15,705, $p < 0,001$) tai runsaasti (OR 13,676, 95 % CI 5,489–34,077, $p = 0,001$) kotisairaanhoidon palveluja käyttäneiden luokkiin kuin palveluja käyttämättömiin. Kun tutkimusryhmän lisäksi tarkasteluun lisättiin tutkittavan ikä, sukupuoli ja viimeisen jakson hoivan tarve, tutkimusryhmän yhteys kotisairaanhoidon käyttöasteeseen säilyi tilastollisesti merkitsevä. Yksilötekijät huomioivassa mallissa ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneet päätyivät seurantavuonna useammin kohtalaisen (OR 4,017, CI 95 % 1,512–10,670, $p = 0,005$) tai runsaan (OR 5,667, 95 % CI 1,783–18,004, $p = 0,003$) kotisairaanhoidon käyttöasteen luokkiin kuin palveluja käyttämättömien luokkaan. Tässä mallissa myös tutkittavan ikä oli yhteydessä seurantavuoden kotisairaanhoidon palvelujen käyttöasteeseen siten, että vanhemmat tutkittavat päätyivät useammin kohtalaisen (OR 1,108, 95 % CI 1,020–1,204, $p = 0,016$) tai runsaan (OR 1,105, 95 % 1,008–1,211, $p = 0,034$) käyttöasteen luokkiin kuin palveluja käyttämättömiin. Lisäksi viimeisellä päihdehoitajaksoilla määritetty hoivan tarve oli yhteydessä seurantavuoden kotisairaanhoidon käynteihin siten, että vähäisemmän hoivantarpeen omaavat päätyivät harvemmin runsaasti kotisairaanhoidon palveluja käyttävien kuin käyttämättömien luokkaan (OR 0,269, 95 % CI 0,086–0,842, $p = 0,024$) (Taulukko 9).

Tutkimusryhmän yhteys seurantavuoden kotisairaanhoidon käyttöasteeseen säilyi tilastollisesti merkitsevä myös kolmannessa mallissa, jossa yksilötekijöiden lisäksi huomioitiin hoitovuorokausien kokonaismäärä sekä ensimmäistä päihdehoitajaksoa edeltäneet kotisairaanhoidon käynnit. Verrokkiryhmään verrattuna ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneet päätyivät seurantavuonna useammin sekä kohtalaisesti (OR 4,062, 95 % 1,441–

11,448, $p=0,008$) että runsaasti (OR 6,978, 95 % CI 1,894–25,703, $p=0,003$) kotisairaanhoidon palveluja käyttäneisiin kuin palveluja käyttämättömiin. Tutkimusryhmän ohella korkeampi ikä selitti hoitajaksojen jälkeistä kotisairaanhoidon käyttöastetta kohtalaisesti palveluja käyttäneiden ryhmässä (OR 1,098, 95 % CI 1,008–1,196, $p=0,033$), mutta ei runsaasti palveluja käyttävien ryhmässä. Lähtötilanteen kotisairaanhoidon käyntimäärä oli yhteydessä seurantavuoden kotisairaanhoidon käyttöasteeseen siten, että ennen hoitajaksoa kotisairaanhoidon palveluita enemmän käyttäneet kuuluivat seurantavuonna useammin kohtalaisesti (OR 1,016, 95 % 1,002–1,031, $p=0,024$) sekä runsaasti (OR 1,022, 1,008–1,037, $p=0,003$) palveluja käyttäneisiin kuin palveluja käyttämättömien luokkaan. Kohtalaisen tai runsaan kotisairaanhoidon käyttöasteen luokkiin kuuluneet tutkittavat olivat päihdehoitajaksolla useammin pidemmän aikaa kuin kotisairaanhoidon palveluja käyttämättömät, mutta päihdehoitovuorokausien kokonaismäärän yhteys seurantavuoden kotisairaanhoidon käyttöasteeseen ei ollut tilastollisesti merkitsevä (Taulukko 9).

Taulukko 9. Tutkimusryhmän ja muiden selittäjien yhteys seurantavuoden kotisairaanhoidon käyttöasteeseen (kohtalaisesti tai runsaasti kotisairaanhoidon palveluja käyttäneiden ristitulosuhteet ja luottamusvälit verrattuna palveluja käyttämättömiin). Multinomiaalinen logistinen regressio (n=172).

Kotisairaanhoidon käyttöaste	Malli 1			Malli 2			Malli 3			
	OR	95 % CI	p-arvo	OR	95 % CI	p-arvo	OR	95 % CI	p-arvo	
Kohtalaisesti (1–52 käyntiä)	Tutkimusryhmä									
	Ikäerityinen	7,310	3,402–	< 0,001	4,017	1,512–	0,005	4,062	1,441–	0,008
	Verrokkiryhmä	1	15,705		1	10,670		1	11,448	
	Ikä				1,108	1,020–	0,016	1,098	1,008–	0,033
						1,204			1,196	
	Sukupuoli									
	Mies				1,344	0,571–	0,498	1,370	0,559–	0,491
	Nainen				1	3,159		1	3,354	
	Hoivan tarve									
	Omatoim/vähäinen				0,452	0,155–	0,147	0,563	0,181–	0,321
Toistuva/jatkuva				1	1,323		1	1,751		
Päihdehoidon kokonaiskesto (vrk)							1,007	0,993–	0,323	
Lähtötilanteen käynnit							1,016	1,002–	0,024	
								1,031		
Runsaasti (≥ 53 käyntiä)	Tutkimusryhmä									
	Ikäerityinen	13,676	5,489–	< 0,001	5,667	1,783–	0,003	6,978	1,894–	0,003
	Verrokkiryhmä	1	34,077		1	18,004		1	25,703	
	Ikä				1,105	1,008–	0,034	1,070	0,966–	0,197
						1,211			1,185	
	Sukupuoli									
	Mies				1,885	0,694–	0,214	2,158	0,688–	0,187
	Nainen				1	5,118		1	6,764	
	Hoivan tarve									
	Omatoim/vähäinen				0,269	0,086–	0,024	0,495	0,139–	0,277
Toistuva/jatkuva				1	0,842		1	1,758		
Päihdehoidon kokonaiskesto (vrk)							0,012	0,996–	0,144	
Lähtötilanteen käynnit							1,022	1,008–	0,003	
								1,037		

Malli 1: Vakioimaton tutkimusryhmä.

Malli 2: Vakioitu ikä, sukupuoli ja hoivan tarve.

Malli 3: Vakioitu ikä, sukupuoli, hoivan tarve, hoitovuorokausien kokonaismäärä ja lähtötilanteen käynnit.

OR = Odds Ratio (ristitulosuhde).

CI 95 %: 95 % luottamusväli.

7.2.3.6 Seurantavuoden kotipalvelun käynnit

Tutkimusryhmän ja muiden mahdollisten selittäjien yhteyttä päihdehoitajaksojen jälkeisiin kotipalvelun käyntimääriin tutkittiin multinominaalisen logistisen regressiomallin avulla. Regressiomallia varten vastemuuttuja luokiteltiin kolmiluokkaiseksi, kotipalvelujen käyttöastetta seurantavuonna kuvaavaksi muuttujaksi seuraavasti: kotipalveluja käyttämättömät (0 käyntiä), kotipalveluja kohtalaisesti (1–52 käyntiä) käyttäneet ja runsaasti (≥ 53 käyntiä) käyttäneet. Regressiomallissa kohtalaisen tai runsaan kotipalvelun käyttöasteen luokkiin kuuluvia verrattiin palveluja käyttämättömien luokkaan.

Vakioimattomassa mallissa tutkimusryhmä oli yhteydessä seurantavuoden kotipalvelun käyttöasteeseen sekä kohtalaisesti että runsaasti kotipalvelun palveluja käyttäneiden luokissa. Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneet päätyivät seurantavuonna useammin kohtalaisesti (OR 6,000, 95 % CI 1,841–19,554, $p=0,003$) tai runsaasti (OR 13,333, 95 % CI 3,782–47,009, $p<0,001$) kotipalvelun käyntejä omaavien luokkiin kuin kotipalveluja käyttämättömien luokkaan. Kun regressiomalliin sisällytettiin tutkittavien yksilötekijät, tutkimusryhmän yhteys seurantavuoden kotipalvelujen käyttöasteeseen säilyi tilastollisesti merkitsevänä. Ikäerityiseen päihdekuntoukseen osallistuneet päätyivät seurantavuonna useammin kohtalaisesti (OR 5,885, 95 % CI 1,342–25,801, $p=0,019$) tai runsaasti (OR 9,753, 95 % CI 2,278–41,761, $p=0,002$) kotipalvelukäyntejä saaneisiin kuin palveluja käyttämättömiin, kun mallinnuksessa huomioitiin tutkittavan ikä, sukupuoli ja hoivan tarve. Tutkimusryhmän lisäksi tutkittavan ikä oli yhteydessä päihdehoitajaksojen jälkeiseen kotipalvelujen käyttöön siten, että runsaasti kotipalveluja seurantavuonna käyttäneet olivat vanhempia kuin palveluja käyttämättömät ja yhteys oli tilastollisesti merkitsevä (OR 1,160, 95 % CI 1,057–1,272, $p=0,002$). Kohtalaisen kotipalvelun käyttöasteeseen iän yhteys ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,633$) (Taulukko 10).

Kolmannessa mallissa, jossa yksilötekijöiden lisäksi huomioitiin päihdehoitajaksojen kokonaiskesto sekä lähtötilanteen kotipalvelujen käyttömäärä, tutkimusryhmän yhteys seurantavuoden kotipalvelujen käyttöasteeseen säilyi tilastollisesti merkitsevänä. Tutkimusryhmä selitti käytetyssä mallissa ainoana tekijänä hoitajaksojen jälkeistä kotipalvelujen käyttöastetta kohtalaisesti palveluja käyttäneillä. Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneet päätyivät seurantavuonna useammin kotipalvelujen käytön suhteen kohtalaisen käyttöasteen luokkaan kuin palveluja käyttämättömiin, kun huomioitiin tutkittavan ikä, sukupuoli, hoivan tarve sekä hoitovuorokausien määrä ja lähtötilanteen

kotipalvelun käynnit (OR 5,462, 95 % CI 1,199–24,890, $p=0,028$). Runsaaseen kotipalvelujen käyttöön oli tutkimusryhmän ohella yhteydessä tutkittavan ikä. Verrokkiryhmään verrattuna ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneet päätyivät seurantavuonna useammin runsaasti kotipalveluja käyttäneisiin kuin palveluja käyttämättömiin (OR 12,619, 95 % CI 2,459–64,770, $p=0,002$). Runsaasti kotipalveluja käyttäneet olivat myös vanhempia kuin palveluja käyttämättömät ja iän yhteys seurantavuoden kotipalvelujen käyttöön oli tilastollisesti merkitsevä (OR 1,131, 95 % CI 1,024–1,251, $p=0,016$). Päihdehoitajaksojen kokonaiskesto ja lähtötilanteen kotipalvelujen käyntimäärä eivät olleet yhteydessä seurantavuoden kotipalvelujen käyttöasteeseen (Taulukko 10).

Taulukko 10. Tutkimusryhmän ja muiden selittäjien yhteys seurantavuoden kotipalvelun käyttöasteeseen (kohtalaisesti tai runsaasti palveluja käyttäneiden ristitulosuhteet ja luottamusvälit verrattuna palveluja käyttämättömiin). Multinomiaalinen logistinen regressio (n=172).

Kotipalvelun käyttöaste		Malli 1			Malli 2			Malli 3		
		OR	95 % CI	p-arvo	OR	95 % CI	p-arvo	OR	95 % CI	p-arvo
Kohtalaisesti (1–52 käyntiä)	Tutkimusryhmä									
	Ikäerityinen	6,000	1,841–	0,003	5,885	1,342–	0,019	5,462	1,199–	0,028
	Verrokkiryhmä	1	19,554		1	25,801		1	24,890	
	Ikä				0,969	0,853–	0,633	0,959	0,843–	0,582
						1,101			1,092	
	Sukupuoli									
	Mies				1,035	0,328–	0,953	1,033	0,319–	0,956
	Nainen				1	3,270		1	3,342	
	Hoivan tarve									
	Omatoim./vähäinen				0,867	0,235–	0,830	0,965	0,254–	0,958
Toistuva/jatkuva				1	3,200		1	3,668		
Päihdehoidon kokonaiskesto (vrk)							1,004	0,983–	0,686	
Lähtötilanteen kotipalvelukäynnit								1,026		
							1,007	0,999–	0,084	
								1,016		
Runsaasti (≥ 53 käyntiä)	Tutkimusryhmä									
	Ikäerityinen	13,333	3,782–	<0,001	9,753	2,278–	0,002	12,619	2,459–	0,002
	Verrokkiryhmä	1	47,009		1	41,761		1	64,770	
	Ikä				1,160	1,057–	0,002	1,131	1,024–	0,016
						1,272			1,251	
	Sukupuoli									
	Mies				1,095	0,370–	0,869	1,032	0,332–	0,957
	Nainen				1	3,241		1	3,204	
	Hoivan tarve									
	Omatoim./vähäinen				1,093	0,359–	0,875	1,392	0,437–	0,575
Toistuva/jatkuva				1	3,328		1	4,431		
Päihdehoidon kokonaiskesto (vrk)							1,017	0,999–	0,069	
Lähtötilanteen kotipalvelukäynnit								1,035		
							1,008	1,000–	0,049	
								1,016		

Malli 1: Vakioimaton tutkimusryhmä.

Malli 2: Vakioitu ikä, sukupuoli ja hoivan tarve.

Malli 3: Vakioitu ikä, sukupuoli, hoivan tarve, hoitovuorokausien kokonaismäärä ja lähtötilanteen käynnit.

OR = Odds Ratio (ristitulosuhde).

CI 95 %: 95 % luottamusväli

7.2.3.7 Seurantavuoden perusterveydenhuollon päihdetyön käynnit

Tutkimusryhmän ja muiden mahdollisten selittäjien yhteyttä tutkittavien seurantavuoden päihdetyön vastaanottokäyntien määrään tutkittiin negatiivisen binomiaalisen regressiomallin avulla. Tutkittaessa ainoastaan tutkimusryhmän yhteyttä seurantavuoden päihdetyön vastaanottokäyntien määrään, havaittiin, että vaikka ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneet asioivat päihdetyön vastaanotolla hieman harvemmin kuin verrokkiryhmään kuuluvat, ei tutkimusryhmän yhteys vastaanottokäyntien määrään ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,945$). Kun mallissa huomioitiin tutkimusryhmän ohella tutkittavan ikä, sukupuoli ja hoivan tarve, havaittiin, että nuoremmilla tutkittavilla, naisilla ja vähäisempään hoivan tarpeen luokkiin kuuluvilla asiointi päihdetyön vastaanotolla oli yleisempää kuin vanhemmilla tutkittavilla, miehillä ja merkittävämpään hoivan tarpeen luokkaan kuuluvilla, mutta yhteydet eivät olleet tilastollisesti merkitseviä (Taulukko 11).

Kolmannessa mallissa, jossa yksilötekijöiden lisäksi huomioitiin päihdehoitovuorokausien kokonaismäärä ja lähtötilanteen päihdetyön käyntien määrä, tutkimusryhmä ei ollut yhteydessä seurantavuoden päihdetyön vastaanottokäyntien määrään. Sen sijaan päihdehoitajaksojen hoitovuorokausien kokonaismäärän havaittiin olevan yhteydessä seurantavuoden päihdetyön käyntien ilmaantumiseen siten, että kokonaiskestoltaan pidemmän aikaa päihdehoitajaksolla olleet tulivat useammin asioineeksi terveydenhuollon päihdetyön vastaanotoilla seurantavuoden aikana (IRR 1,017, 95 % CI 1,006–1,028, $p=0,001$). Terveydenhuollon päihdetyön vastaanottokäynneillä asioimattomiin verrattuna, lähtötilanteessa useammin vastaanotoilla asioineilla kyseiset käynnit olivat yleisempiä myös seurantavuonna. Lähtötilanteen vastaanottokäyntien määrän yhteys seurantavuoden asiointiin ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,585$) (Taulukko 11).

Taulukko 11. Tutkimusryhmän ja muiden selittäjien yhteys seurantavuoden terveydenhuollon päihdetyön käyntien määrään (n=172). Negatiivinen binomiaalinen regressio.

	Malli 1			Malli 2			Malli 3		
	IRR	CI 95 %	p-arvo	IRR	CI 95 %	p-arvo	IRR	CI 95 %	p-arvo
Tutkimusryhmä									
Ikäerityinen	0,978	0,525–	0,945	1,283	0,545–	0,568	1,536	0,635–	0,341
Verrokkiryhmä	1	1,823		1	3,019		1	3,715	
Ikä				0,960	0,890– 1,035	0,290	0,949	0,877– 1,027	0,196
Sukupuoli									
Mies				0,916	0,471–	0,797	0,768	0,384–	0,455
Nainen				1	1,784		1	1,535	
Hoivan tarve									
Omatoim./vähäinen				1,299	0,508–	0,585	1,366	0,524–	0,523
Toistuva/jatkuva				1	3,327		1	3,564	
Päihdehoidon kokonaiskesto (vrk)							1,017	1,006– 1,028	0,001
Lähtötilanteen päihdetyön käynnit							1,027	0,934– 1,128	0,585

Malli 1: Vakioimaton tutkimusryhmä.

Malli 2: Vakioitu ikä, sukupuoli ja hoivan tarve.

Malli 3: Vakioitu ikä, sukupuoli, hoivan tarve, hoitovuorokausien kokonaismäärä ja lähtötilanteen käynnit.

IRR: Incidence Rate Ratio (ilmaantuvuustiheyksien suhde).

CI 95 %: 95 % luottamusväli.

7.2.3.8 Seurantavuoden perusterveydenhuollon laitosmuotoinen päihdehoito

Tutkimusryhmän ja muiden mahdollisten selittäjien yhteyttä päihdehoitojaksojen jälkeiseen perusterveydenhuollon laitosmuotoisen päihdehoidon käyttöön, tutkittiin binäärisen logistisen regressiomallin avulla. Vastemuuttuja eli seurantavuoden laitosmuotoisen päihdehoidon hoitovuorokaudet muunnettiin kaksiluokkaiseksi muuttujaksi toteutuneen hoidon mukaisesti. Luokituksen mukaan tutkittavat olivat joko olleet hoidettavina päihdehoidon laitoksessa (1) tai eivät olleet hoidettavina laitosmuotoisessa päihdehoidossa (0) seurantavuoden aikana.

Tarkasteltaessa tutkimusryhmän yhteyttä seurantavuoden laitosmuotoiseen päihdehoitoon, havaittiin, että ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneet olivat seurantavuonna olleet harvemmin hoidettavana päihdehoidon laitoksissa kuin verrokkiryhmään kuuluneet. Tutkimusryhmän yhteys seurantavuoden laitosmuotoiseen päihdehoitoon ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä vakioimattomassa tai vakioiduissa malleissa. Yksilötekijät huomioivassa mallissa tutkittavan ikä oli yhteydessä seurantavuoden päihdehoidon laitoshoidon siten, että iältään nuoremmat tutkittavat päätyivät todennäköisemmin

hoidettaviksi perusterveydenhuollon laitosmuotoiseen päihdehoitoon kuin vanhemmat tutkittavat. Iän yhteys seurantavuoden laitosmuotoiseen päihdehoidon käyttöön oli tilastollisesti merkitsevä, kun huomioitiin tutkimusryhmä, tutkittavan sukupuoli ja hoivan tarve (OR 0,853, 95 % CI 0,741–0,981, p=0,026). Seurantavuonna laitosmuotoisessa päihdehoidossa olleet olivat todennäköisemmin miehiä kuin naisia ja he kuuluivat merkittävämmän hoivan tarpeen omaaviin todennäköisemmin kuin vähäisen hoivan tarpeen omaaviin, mutta sukupuolen ja hoivan tarpeen yhteys palvelujen käyttöön ei ollut tilastollisesti merkitsevä. (Taulukko 12).

Iän yhteys seurantavuoden laitosmuotoiseen päihdehoitoon säilyi tilastollisesti merkitseväenä myös kolmannessa mallissa, jossa yksilötekijöiden lisäksi huomioitiin päihdehoitojaksojen kokonaiskesto ja lähtötilanteen hoitovuorokaudet päihdehoidon laitoksessa. Iältään nuoremmat tutkittavat olivat seurantavuonna todennäköisemmin hoidettavana perusterveydenhuollon päihdehoidon laitoksessa, kun huomioitiin tutkimusryhmä, tutkittavan sukupuoli, hoivan tarve, päihdehoitojakson kokonaiskesto sekä lähtötilanteen hoitovuorokaudet päihdehoidon laitoksessa (OR 0,855, 95 % CI 0,743–0,984, p=0,029) (Taulukko 12).

Taulukko 12. Tutkimusryhmän ja muiden selittäjien yhteys seurantavuoden hoitojaksoihin terveydenhuollon päihdehoidon laitoksessa (n=172). Binäärinen logistinen regressio.

	Malli 1			Malli 2			Malli 3		
	OR	CI 95 %	p-arvo	OR	CI 95 %	p-arvo	OR	CI 95 %	p-arvo
Tutkimusryhmä									
Ikäerityinen	0,531	0,208–	0,186	0,206	0,030–	0,107	0,220	0,032–	0,125
Verrokkiryhmä	1	1,358		1	1,404		1	1,520	
Ikä				0,853	0,741– 0,981	0,026	0,855	0,743– 0,984	0,029
Sukupuoli									
Mies				1,777	0,609–	0,293	1,789	0,596–	0,299
Nainen				1	5,185		1	5,365	
Hoivan tarve									
Omatoim./vähäinen				0,170	0,024–	0,078	0,191	0,027–	0,099
Toistuva/jatkuva				1	1,216		1	1,362	
Päihdehoitojaksojen kesto (vrk)							1,006	0,993– 1,020	0,364
Lähtötilanteen hoitovuorokaudet							1,064	0,951– 1,190	0,281

Malli 1: Vakioimaton tutkimusryhmä.

Malli 2: Vakioitu ikä, sukupuoli ja hoivan tarve.

Malli 3: Vakioitu ikä, sukupuoli, hoivan tarve, hoitovuorokausien kokonaismäärä ja lähtötilanteen hoitovuorokaudet.

OR = Odds Ratio (ristitulosuhde).

CI 95 %: 95 % luottamusväli.

7.2.3.9 Seurantavuoden selviämishoito

Tutkimusryhmän ja muiden selittäjien yhteyttä päihdehoitajaksojen jälkeisiin selviämishoidon hoitokertoihin tutkittiin binäärisen logistisen regressiomallin avulla. Mallissa seurantavuoden selviämishoidon hoitokertojen määrä luokiteltiin kaksiluokkaiseksi muuttujaksi, jolloin tutkittavat olivat joko olleet hoidettavana selviämishoidossa (1) tai eivät olleet hoidettavana selviämishoidossa (0) seurantavuoden aikana.

Tutkimusryhmä ei ollut yhteydessä päihdehoitajaksojen jälkeiseen selviämishoidon toteutumiseen vakioimattomassa tai vakioiduissa malleissa. Seurantavuoden aikana selviämishoidossa olleet olivat todennäköisemmin miehiä kuin naisia ja kuuluivat todennäköisemmin merkittävämmän hoivantarpeen luokkaan kuin vähäisemmän hoivan tarpeen luokkaan viimeisellä päihdehoitajaksolla. Sukupuolen ja hoivan tarpeen yhteys selviämishoitoon ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä. Kolmannessa mallissa, jossa yksilötekijöiden lisäksi huomioitiin päihdehoitovuorokausien kokonaismäärä sekä hoitajaksoja edeltäneet selviämishoitokerrat, hoitovuorokausien määrän ja seurantavuoden selviämishoidon välillä havaittiin tilastollisesti merkitsevä yhteys. Päihdehoidon kesto oli yhteydessä seurantavuoden selviytymishoidossa asiointiin siten, että niillä tutkittavilla, joilla päihdehoitajakso kesti lyhyemmän aikaa oli suurempi todennäköisyys päätyä selviämishoitoon seurantavuonna, kun huomioidiin tutkimusryhmä, tutkittavan ikä, sukupuoli, hoivan tarve ja päihdehoitajaksoa edeltäneet asioinnit selviämishoidossa (Taulukko 13).

Taulukko 13. Tutkimusryhmän ja muiden selittäjien yhteys seurantavuoden selviämishoitoon (n=172). Binäärinen logistinen regressio.

	Malli 1			Malli 2			Malli 3		
	OR	CI 95 %	p-arvo	OR	CI 95 %	p-arvo	OR	CI 95 %	p-arvo
Tutkimusryhmä									
Ikäerityinen	1,373	0,628–	0,427	0,832	0,258–	0,757	0,730	0,211–	0,618
Verrokkiryhmä	1	3,001		1	2,678		1	2,520	
Ikä				1,017	0,938– 1,102	0,685	1,018	0,935– 1,108	0,680
Sukupuoli									
Mies				2,399	0,859–	0,095	2,417	0,853–	0,097
Nainen				1	6,699		1	6,843	
Hoivan tarve									
Omatoin./vähäinen				0,467	0,142–	0,210	0,424	0,119–	0,187
Toistuva/jatkuva				1	1,536		1	1,514	
Päihdehoitojaksojen kesto (vrk)							0,973	0,952– 0,995	0,018
Lähtötilanteen selviämishoitokerrat							1,083	0,935– 1,255	0,289

Malli 1: Vakioimaton tutkimusryhmä.

Malli 2: Vakioitu ikä, sukupuoli ja hoivan tarve.

Malli 3: Vakioitu ikä, sukupuoli, hoivan tarve, hoitovuorokausien kokonaismäärä ja lähtötilanteen hoitokerrat.

OR = Odds Ratio (vedonlyöntisuhde).

CI 95 %: 95 % luottamusväli.

8. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

8.1 Tulosten yhteenveto ja päätelmät

Alkoholin ongelmakäytöstä kärsivien ikääntyvien päivystyksellinen asiointi tarkastelluissa terveydenhuollon palveluissa näyttää olevan melko yleistä, vaikka täysin yhtäläisiä vertailulukuja vastaavan ikäisestä yleisväestöstä ei olekaan saatavissa. Päihdehoitojaksoja edeltäneen vuoden aikana kolmanneksella tutkittavista oli päivystyskäyntejä terveyskeskuksissa ja yli puolella oli päivystyskäyntejä sisätautien poliklinikalla.

Päivystyskäyntien määrä terveysasemilla väheni koko tutkimusjoukossa tarkastellulla ajanjaksolla. Monimuuttaja-analyysissä ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuminen oli yhteydessä vähäisempään päivystysasiointiin terveyskeskuksissa seurantavuonna, kun huomioitiin saatavilla olevat sekoittavat tekijät. Tämän tutkielman perusteella on mahdotonta osoittaa tai eritellä tekijöitä, jotka selittävät ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneiden seurantavuoden vähäisempää päivystysasiointia. On mahdollista, että ikäerityiseen

päihdekuntoutukseen osallistuneilla alkoholinkäytössä tapahtuvat muutokset ovat vertailumenetelmiä suotuisampia ja alkoholinkäytön vähentyminen heijastuu päivystysasioinnin määrään terveysasemilla, kun akuutit päihdehaitat vähenevät tai erinäisten tautitilojen oireet pysyvät paremmin hallinnassa. Tämän mahdollisesti paremman alkoholinkäyttöön liittyvän kuntoutusvasteen taustalla saattaa olla esimerkiksi se, että ikäerityiseen päihdekuntoutukseen valitaan kuntoutujia myös motivaatioasteen perusteella. Toisin sanoen, voi olla, että päihdehoitojakson tavoitteisiin sitoutuminen on vahvempaa ikäerityiseen kuntoutukseen osallistuvilla ja tämä voi edelleen heijastua myönteisesti alkoholinkäyttöä koskevien tavoitteiden saavuttamiseen. Toisaalta ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneiden vähäisemmän asioinnin taustalla voivat olla myös muut kuin alkoholin ongelmakäyttöön liittyvät tekijät. On esimerkiksi mahdollista, että ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneet pääsevät verrokkiryhmään kuuluvia useammin muiden hoivapalvelujen piiriin, mikä voi edelleen johtaa vähäisempään päivystysasiointiin terveyskeskuksissa. Lisäksi on mahdollista, että verrokkiryhmään kuuluvien runsaampaa päivystysasiointia määrittävät muut, tässä tutkimuksessa tuntemattomiksi jäävät tekijät, jotka saattavat liittyä esimerkiksi kasaantuvaan huono-osaisuuteen.

Ikääntyvien päivystysasioinnin syytekijöitä on aiemmin selvitetty muun muassa vuosina 2011–2012 Tampereella yhteispäivystyksessä asioineilla yli 70-vuotiailla. Kyseisessä selvityksessä päivystysasiointi yleistyi ikävuosien karttuessa, ollen runsainta kaikista vanhimmilla alueen asukkailla. (Haapamäki, Huhtala, Löfgren, Mylläri, Seinelä & Valvanne 2014.) Tämän tutkielman tulosten mukaan päihdehoitojaksoille osallistuneilla korkeampi ikä ei ollut yhteydessä seurantavuoden suurempaan päivystysasioinnin määrään terveysasemilla, vaikka myös herkkyys alkoholihaitoille kasvaa ikävuosien karttuessa. Nämä tulokset voivat johtua kohdejoukon erityisyydestä, sekä yli 75-vuotiaiden vähäisestä määrästä tutkimusaineistossa.

Sisätautien päivystyskäyntien suhteen tutkittavat ryhmät erosivat lähtötilanteessa siten, että ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneista palveluja käyttäneiden osuus oli suurempi kuin verrokkiryhmässä. Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneista vain kolmanneksella ei ollut kyseisiä päivystyskäyntejä lähtötilanteessa. Päivystysasiointi sisätautipoliklinikoilla ei vähentynyt tilastollisesti merkitsevästi tarkastellulla aikavälillä. Käytetyssä regressiomallissa myös havaittiin, että tutkimusryhmä ei ollut yhteydessä seurantavuoden päivystykselliseen asiointiin sisätautien poliklinikalla, vaan käytetyssä mallissa seurantavuoden käyntimäärää selitti päihdehoitojaksoja edeltäneen päivystysasioinnin suurempi määrä.

Alkoholin ongelmakäytöstä aiheutuvat sisäelinhaitat ovat moninaisia ja osa ongelmakäyttöä seuraavista tautitiloista on akuutteja, osa pysyvämpiä (Salaspuro 2003, 336–345). Tautilojen palautumattomuus saattaa osin selittää sitä, miksi sisätautien polikliinisissa päivystyskäyntimäärissä ei havaittu ajallisia muutoksia tarkastellulla aikavälillä. Toisin sanoen päihdehoitajaksoilla mahdollisesti saavutettu alkoholinkäytön väheneminen tai raittius eivät välttämättä tule näkyviksi kyseisessä vastemuuttujassa tautitiloihin liittyvien pysyväisvaurioiden vuoksi. Tätä tulkintaa tukee myös päihdehoitajaksoja edeltäneen päivystysasioinnin suuremman määrän yhteys seurantavuoden merkittävämpään päivystyskäyntimäärään. Toisaalta käyntimäärien säilyminen ennallaan saattaa johtua myös siitä, että osalla hoitajaksoille osallistuneista alkoholin ongelmakäyttö jatkuu myös päihdehoitajaksojen jälkeen ja tämä voi osaltaan selittää käyntimäärien säilymistä ennallaan.

Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon käytön osalta tutkittavien väliset vaihtelut hoitovuorokausien määrissä olivat huomattavia. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon määrissä voitiin havaita eroja myös vertailtavien ryhmien välillä lähtötilanteessa sekä seurantavuonna. Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneilla vuodeosastolla hoidettujen osuus oli suurempi kuin verrokkiryhmässä, mutta osastohoitovuorokausien määrä kasvoi molemmissa ryhmissä tarkasteltavana ajanjaksona. Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuminen, korkeampi ikä sekä päihdehoitajaksoa edeltäneiden vuodeosastovuorokausien suurempi määrä olivat yhteydessä runsaampaan vuodeosastohoidon määrään seurantavuonna. Näiden selittävien tekijöiden yhteys vuodeosastohoidon määrään liittyy todennäköisesti ainakin osin heikentyneeseen toimintakykyyn. Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen pääsyn edellytyksenä on alkoholiongelman lisäksi toimintakyvyn heikentyminen, joten erot vuodeosastohoidossa selittyvät osin tutkimusryhmien välisillä eroilla. Lisäksi ihmisen ikääntyessä toimintakyky usein heikkenee ja myös lähtötilanteen hoitovuorokaudet vuodeosastohoidossa viittaavat heikentyneeseen terveydentilaan ja toimintakykyyn sekä mahdollisiin kotona selviämisen haasteisiin.

Tutkimusryhmien väliset erot päihdehoitajaksoille osallistuneiden hoivan tarpeessa sekä hoitajaksoja edeltäneissä vuodeosastohoito-osuuksissa viittaavat siihen, että ikäerityinen päihdekuntoutus onnistuu tavoittamaan yli 65-vuotiaista ongelmakäyttäjistä heikoimman toimintakyvyn omaavat. Osastohoitovuorokausien määrän kasvu lähtötilanteen ja seurantavuoden välillä puolestaan viittaa siihen, että monille päihdehoitajaksoille osallistuneista heikko terveydentila ja toimintakyky sekä kotona pärjäämisen vaikeudet ovat todellisia arjen haasteita. Osalle perusterveydenhuollon vuodeosasto voi toimia

päihdehoitojaksojen jälkeen myös väliaikaisena paikkana ennen palveluasumiseen siirtymistä. Tulosten perusteella vaikuttaa siltä, että päihdehoitojaksolle, etenkin ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuminen mahdollistaa arjessa selviytymiseen liittyvien ongelmien tunnistamisen ja kuntoutukseen osallistuminen voi näin edesauttaa palvelutarpeen havaitsemista ja edelleen mahdollistaa hoivapalvelujen piiriin pääsemisen.

Sisätautien päivystyksellisen vuodeosastohoidon käyttömäärät eivät eronneet lähtötilanteen ja seurantavuoden välillä. Vertailtavat ryhmät kuitenkin erosivat hoidon suhteen siten, että ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneista suurempi osa oli hoidettavana sisätautien vuodeosastolla sekä lähtötilanteessa että seurantavuonna. Lisäksi ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuminen myös selitti runsasta sisätautien osastohoidon määrää kaupungin sairaaloissa seurantavuonna, myös kun huomioitiin saatavissa olevat sekoittavat tekijät. Sisätautien vuodeosastohoidon määrän säilyminen ennallaan saattaa viitata sisätautien päivystyksellisten poliklinikkakäyntien tapaan siihen, että asioinnin taustalla olevat tilat ja sairaudet voivat olla jokseenkin pysyviä. Ikäerityisen päihdekuntoutuksen ja seurantavuoden runsaan osastohoidon välisen yhteyden taustalla vaikuttavien tekijöiden arvioiminen on kuitenkin hankalaa. Yhteyden taustalla saattavat vaikuttaa itse päihdeongelmaan, sen kestoon ja jatkumiseen liittyvät tekijät sekä toisaalta monet muut terveystalouden käyttöä määrittävät tekijät, jotka Andersenin ja Newmanin (2005) mallin mukaisesti voivat olla yhteiskunnallisia, palvelujärjestelmään tai yksilöön liittyviä.

Kotihoidon osalta vertailtavat ryhmät poikkesivat toisistaan sekä päihdehoitojaksoja edeltäneen että seuranneen palvelujen käytön suhteen. Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneista huomattavasti suurempi osa kuului sekä kotisairaanhoidon että kotipalvelun palveluja saaneisiin. Kotihoidon palvelujen käyttö lisääntyi koko tutkimusjoukossa tarkasteltavalla ajanjaksolla. Tutkimusryhmäkohtaisessa tarkastelussa tilastollisesti merkitsevää palvelujen käytön kasvu oli ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneilla. Lisäksi tutkimusryhmien välillä havaittiin ero kotipalvelukäyntien keskimääräisessä erotuksessa ennen ja jälkeen tilanteen välillä. Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuminen oli yhteydessä sekä kohtalaiseen että runsaaseen kotisairaanhoidon ja kotipalvelujen käyttöön. Iältään vanhemmat tutkittavat kuuluivat seurantavuonna useammin kohtalaisesti kotisairaanhoidon palveluja ja runsaasti kotipalvelun palveluja käyttäneiden luokkiin kuin palveluja käyttämättömiin. Lisäksi päihdehoitojaksoja edeltänyt suurempi kotisairaanhoidon määrä ennusti merkittävämpää kotisairaanhoidon palvelujen käyttöä myös päihdehoitojaksoja seuranneen vuoden aikana.

Kotisairaanhoidon käyntimäärien ja käyntiosuuksien kasvu antaa viitteitä hoitajaksoille osallistuneiden heikentyneestä terveydentilasta. Regressioanalyysin tuloksia seurantavuoden kotisairaanhoidon käyttöasteeseen yhteydessä olleista tekijöistä voidaan pitää johdonmukaisina. Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneilla on toimintakykyrajoitteita, joiden taustalla saattaa ikääntymismuutosten lisäksi olla esimerkiksi joukko moninaisia sairauksia, jotka yleistyvät ikävuosien karttuessa. Lisäksi ennen päihdehoitajaksoja toteutuneet kotisairaanhoidon käynnit viittaavat heikentyneeseen terveydentilaan jo lähtötilanteessa. Kotipalvelun piirissä olevien ikääntyvien suurehko osuus sekä käyntimäärissä havaitut muutokset ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneilla viestivät kuntoutukseen osallistuneiden haasteista selviytyä arjen perusaskareista ja -toiminnoista. Todennäköisesti ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistumisen ja korkeamman iän sekä kotipalvelun runsaan käyttöasteen yhteyden taustalla on niin ikään heikentynyt toimintakyky. Kotipalvelun käyntimäärän ja palveluja saaneiden osuuden kasvu ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneilla viittaa siihen, että ikäerityisen päihdekuntoutuksen aikana ikääntyvän tuentarve tulee havaituksi ja kuntoutukseen osallistuminen voi näin edesauttaa kotipalvelun asiakkaaksi pääsemisessä. Seurantavuoden ja lähtötilanteen kotipalvelujen määrän erotuksen eroa ryhmien välillä selittää luultavasti se, että verrokkiryhmässä kotipalveluja käyttämättömien määrä oli suuri sekä lähtötilanteessa että seurantavuonna.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Sotkanet -tilastopalvelun mukaan valtakunnallisesti vuonna 2018 5,6 prosenttia 65 vuotta täyttäneistä ja 17 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä suomalaisista oli säännöllisen kotihoidon piirissä. Tämän tutkielman aineistossa kotisairaanhoidon ja kotipalvelun käyntejä tarkasteltiin erikseen ja seurantavuonna kotisairaanhoidon käyntejä oli 44 prosentilla ja kotipalvelukäyntejä 21 prosentilla tutkittavista. Tutkimusaineiston ikäjakauma huomioiden kotihoidon palveluja saaneiden osuus vaikuttaa melko suurelta ja antaa viitteitä siitä, että alkoholin ongelmakäyttö voi mahdollisesti lisätä kotiin tuotavien palvelujen tarvetta ja edelleen palvelujen käyttöä. Havainto kuulostaa uskottavalta, koska monien terveyshaittojen ohella pitkään jatkunut alkoholin käyttö voi johtaa monenlaisiin arjen- ja elämänhallinnan vaikeuksiin. Kovin pitkälle meneviä johtopäätöksiä ei tämän tutkimuksen perusteella voida kuitenkaan tehdä, sillä tunnusluvut eivät ole vertailukelpoisia suhteessa valtakunnallisiin lukuihin, kun esimerkiksi kotihoidon säännöllisyyttä ei tässä työssä huomioitu ja tarkastelu kattoi vain yhden kunnan.

Tarkastelluista päihdepalveluista terveydenhuollon päihdehoidon vastaanottokäyntien määrä väheni koko tutkimusryhmässä tarkasteltavalla ajanjaksolla. Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneilla seurantavuoden ja lähtötilanteen ero vastaanottokäyntimäärissä oli suurempi kuin verrokkiryhmään kuuluneilla. Monimuuttuja-analyysissä tutkimusryhmä ei kuitenkaan selittänyt seurantavuoden vastaanottokäyntien ilmaantumista, vaan mallinnuksessa pidempi päihdehoitajaksojen kokonaiskesto oli yhteydessä suurempaan päihdehoidon vastaanottokäyntien määrää päihdehoitajaksojen jälkeen. Ehkäisevän, hoitavan ja kuntouttavan päihdetyön käyntimäärien väheneminen saattaa selittyä alkoholin ongelmakäytön vähenemisellä. On kuitenkin myös mahdollista, että terveydenhuollon päihdetyön vastaanottokäyntien määrän väheneminen selittyy myös palvelujen järjestämistä vastuuseen liittyvillä tekijöillä, sillä päihdehoitajaksojen jälkeistä päihdetyötä tehdään paljon myös sosiaalihuollossa. On myös mahdollista, että päihdehoitajaksolle osallistuminen vähentää hoitoon hakeutumista seurantavuonna, jos yksilö kokee päihdepalvelujen hyödyt kohdallaan riittämättöminä ja tilanteensa auttamattomana. Päihdehoitajaksojen pidemmän kokonaiskeston yhteys seurantavuoden päihdetyön vastaanottokäyntien suurempaan määrään saattaa liittyä esimerkiksi päihdeongelman vaikeusasteeseen tai parempaan hoitoon sitoutumiseen. Toisin sanoen voi olla, että alkoholiongelman vaikeusaste heijastuu sekä päihdehoitajakson kestoon pidentävästi että seurantavuoden päihdetyön käyntimääriin esimerkiksi suuremman retkahtamisriskin ja alkoholinkäytön jatkumisen myötä. Toisaalta päihdehoitajakson pidempi kesto voi myös viestiä paremmasta hoitoon sitoutumisesta, mikä saattaa näkyä hoitoon hakeutumisena myös päihdehoitajakson jälkeen.

Terveydenhuollon laitosmuotoisen päihdehoidon suhteen vertailtavat ryhmät erosivat toisistaan lähtötilanteessa, ja vertailtavissa ryhmissä tapahtui toisistaan poikkeavaa kehitystä tarkastellulla aikavälillä. Verrokkiryhmään verrattuna ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneista hieman suurempi osa oli ollut hoidettavana laitoshoidossa päihdehoitajaksoa edeltäneen vuoden aikana. Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneista laitosmuotoisessa päihdehoidossa hoidettujen osuus oli seurantavuonna pienempi kuin lähtötilanteessa, mutta ero hoitovuorokausien määrässä ei ollut tilastollisesti merkitsevä lähtötilanteen ja seurantavuoden välillä. Verrokkiryhmässä puolestaan laitoshoidon saaneiden osuus ja keskimääräinen hoitovuorokausien määrä kasvoivat tarkastellulla ajanjaksolla. Laitosmuotoisen päihdehoidon toteutuminen seurantavuonna kuvaa tarkastelluista terveyspalvelumuuttujista kenties parhaiten

päihdeongelman jatkumista, joskaan hoitojaksojen toteutumatta jääminen ei suoraan kuvasta ongelmakäytön vähentymistä tai poistumista.

Tutkimusryhmien välinen ero laitosmuotoiseen päihdehoitoon osallistuneiden osuuksissa ja keskimääräisten hoitovuorokausien määrän kehityksessä johtuu todennäköisesti osin vertailtujen hoitomenetelmien sisällöllisistä eroista, kun verrokkiryhmä koostui päihdekuntoutukseen osallistuneiden lisäksi laitosmuotoisessa katkaisuhoidossa olleista henkilöistä. Toteutettujen analyysien pohjalta ei voida osoittaa, että seurantavuoden laitosmuotoisen päihdehoidon määrä olisi ollut suurempi erityisesti ainoastaan katkaisuhoidossa hoidetuilla, mutta tämä sisällöllinen ero tutkimusryhmien välillä on kuitenkin syytä huomioida. Katkaisuhoidoa seuraa usein päihdekuntoutus ja onkin mahdollista, että havaittuja tuloksia selittää myös se, että vertailtaviin ryhmiin kuuluvat ovat päihdehoitopoluillaan osin eri vaiheissa. Toisaalta on myös mahdollista, että verrokkiryhmään kuuluvat henkilöt eivät ole valikoituneet päihdekuntoutukseen esimerkiksi motivaatiopuutteen vuoksi, ja tämä voi selittää myös alkoholin ongelmakäytön jatkumista ja edelleen hoitojaksojen jälkeistä laitosmuotoisen päihdehoidon tarvetta. Verrokkiryhmän osalta laitosmuotoisessa päihdehoidossa havaitut tulokset ovat linjassa sen havainnon kanssa, että katkaisuhoido yksinään riittää harvoin vakavasta alkoholiongelmasta kärsivän hoidoksi (esim. Mäkelä 2003, 192–199). Ikäerityisen päihdekuntoutuksen osalta se, että laitoshoidossa hoidettujen osuus hieman pieneni, mutta laitosvuorokausien määrässä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa tarkastellulla aikavälillä, viestii ikääntyvien alkoholin ongelmakäytön hoitamisen haasteellisuudesta. Osalla kuntoutukseen osallistuneista ongelmakäyttö jatkuu pian päihdekuntoutuksen jälkeen.

Monimuuttujamallissa tutkittavan ikä näyttäytyi seurantavuoden laitosmuotoista päihdehoitoa määrittävänä tekijänä siten, että nuorempi ikä oli yhteydessä laitosmuotoiseen päihdehoidon toteutumiseen seurantavuonna. Nuoremman iän yhteys seurantavuoden laitoshoidon toteutumiseen voi johtua siitä, että nuorempi ikä mahdollistaa ongelmakäytön jatkumista, kun taas ikävuosien lisääntyessä alkoholinkäyttö voi vähentyä, mahdollisesti myös ongelmakäyttäjillä. Onkin mahdollista, että alkoholin käyttötavat eroavat myös eri ikäisten ikääntyvien ongelmakäyttäjien välillä, eikä kaikkein vanhimmilla ongelmakäyttö enää välttämättä johda yhtä usein laitoshoitoon. Toisaalta on myös mahdollista, että havaittua yhteyttä selittää esimerkiksi vanhimpien tutkittavien siirtyminen muiden hoivapalvelujen piiriin. Toki on myös mahdollista, että ikä vaikuttaa myös laitosmuotoisen päihdekuntoutuksen

tehokkuuteen siten, että vanhimmillä osallistujilla alkoholinkäyttöön liittyvät kuntoutusvasteet ovat parempia.

Selviämishoitokertojen määrän osalta ei havaittu merkittävää eroa lähtötilanteen ja seurantavuoden keskimääräisten hoitokertojen määrän suhteen, eikä vertailtavien ryhmien välillä havaittu eroja hoidon toteutumisessa tai hoitokertojen määrän muutoksessa. Verrokkiryhmän osalta selviämishoidossa hoidettujen suhteellinen osuus oli kuitenkin jonkin verran pienempi seurantavuonna kuin ennen päihdehoitajaksoja. Monimuuttuja-analyysissa havaittiin, että lyhyt päihdehoitajaksojen kokonaiskesto ennakoii selviytymishoitoon päätymistä seurantavuonna. Selviämishoidon toteutuminen seurantavuonna kertoo yksilötasolla vakavan päihdeongelman jatkumisesta ja päihdeongelmaan mahdollisesti liittyvästä muusta huono-osaisuudesta. Selviämishoidossa hoidettujen osuuksien ja hoitokertojen määrän säilyminen lähes ennallaan voi myös viitata siihen, että selviämishoitoa tarvitsevat samat henkilöt. Päihdehoitajaksojen lyhyen keston yhteys selviämishoidon toteutumiseen seurantavuonna voi selittyä hoitoon sitoutumisen haasteilla ja motivaation puutteella. Toisin sanoen henkilöt, joilla ei ole motivaatiota sitoutua päihdehoitajakson tavoitteisiin, saattavat jättää hoitajakson kesken muutaman hoitopäivän jälkeen ja ongelmakäyttö jatkuu.

8.2 Tutkimuksen vahvuudet, rajoitukset ja eettisyys

Tämän tutkimuksen toteutukseen liittyy vahvuuksia, mutta myös merkittävä määrä rajoituksia, jotka on syytä huomioida tuloksia tarkastellessa. Tutkimuksen vahvuutena voidaan nähdä esimerkiksi se, että aineisto kattoi kaikki tarkastellun kunnan järjestämät laitosmuotoiset päihdehoitajakset ja jaksoilla olleet yli 65-vuotiaat henkilöt määritellyltä aikaväliltä. Rekisteriaineistoa hyödyntävän tutkimuksen laatu riippuu kuitenkin tietojen kirjaamisen laadusta. Tämän tutkimuksen keskiössä olevat käynti- ja hoitajaksojen sisään- ja uloskirjaustiedot ovat todennäköisesti melko luotettavia ja kuvaavat yksiselitteisesti asiointia kyseisissä palveluissa. Sen sijaan esimerkiksi hoitoisuus- ja toimintakykymuuttujiin voi liittyä tilanteesta ja kirjaajasta riippuvaa vaihtelua. Tutkimuksen vahvuutena voi nähdä myös tutkimusaiheen ainutlaatuisuuden, sillä alkoholin ongelmakäyttäjien terveystalviasiointia ei ole ikääntyvillä juuri tutkittu, ei etenkin erilaisia hoito-ohjelmia vertaavassa asetelmassa.

Tutkimuksen keskeisimmät heikkoudet liittyvät tutkimusasetelmaan ja analyysiin sekä tutkimusaineistoon. Tutkimusasetelman osalta heikkoutena voidaan nähdä lähestymistavan

menetelmäkeskeisyys eli asetelma, jossa altisteena tarkastellaan toteutunutta hoitomenetelmää. Menetelmälähtöinen tarkastelu on ongelmallinen siksi, että monenlaisia hoitomenetelmiä yhdistävät ja yksilölliset räätälöidyt päihdekuntoutusjaksot eivät ole sisällöltään yhdenmukaisia. Toisin sanoen altiste ei ole kaikille samaan tutkimusryhmään kuuluville yhtäläinen. Ikäerityisen päihdekuntoutuksen sisältö tunnetaan pääpiirteittäin, mutta koska kuntoutus toteutetaan yksilöllisesti, on yksilöiden välinen vaihtelu kuntoutuksen tavoitteissa ja toteutuksessa ilmeinen. Verrokkiryhmässä taas päihdekuntoutus koostui useissa eri yksiköissä, joko kunnan omana palveluna tai ostopalveluna toteutettavasta laitosmuotoisesta päihdekuntoutuksesta. Vaikka muussa kuntoutuksessa ei olisikaan ikäerityisiin tekijöihin liittyvää erityisosaamista ja korkean iän vuoksi eriytettyä toimintaa, on mahdollista ja jopa todennäköistä, että korkeaan ikään liittyvät tekijät tulevat jollain tapaa huomioituiksi myös osana muuta päihdekuntoutusta. Lisäksi verrokkiryhmään yhdistettiin myös laitosmuotoisessa katkaisuhoidossa olleet ikääntyvät, joista noin kolmannes siirtyi laitoskatkaisusta muuhun kuin ikäerityiseen päihdekuntoutukseen tarkastellulla aikavälillä. Tämä yhdistäminen merkitsee suurempaa vaihtelua verrokkiryhmän sisällä, mutta yhdistäminen tehtiin, koska omana ryhmänään ainoastaan laitoskatkaisuun osallistuneiden ryhmä olisi ollut analyysien kannalta liian pieni. Jos taas nämä henkilöt olisi poistettu aineistosta kokonaan, olisi verrokkiryhmän koko jäänyt huomattavan pieneksi.

Altisteen vakioimattomuuden lisäksi tutkimusasetelmaan liittyy valintaharhaa. Kun tiedetään, että ikäerityiseen päihdekuntoutukseen valitaan kuntoutujia tietyin kriteerein, syntyy vertailtavien ryhmien välille systemaattista virhettä. Valikoituminen merkitsee näin sitä, että vertailtavat ryhmät eroavat toisistaan todennäköisesti myös muutoin kuin toteutuneen päihdehoidon suhteen. Tässä tutkimuksessa tämä huomattiin tutkimusryhmien kuvailussa. Sekoittavia tekijöitä vakioimalla vastetapahtumiin yhteydessä olevia tekijöitä yritettiin hallita, mutta tässä tutkimuksessa haasteeksi muodostui se, ettei sekoittavia tekijöitä kovin täsmällisesti kuvaavia muuttujia ollut kattavasti saatavissa aineistosta. Esimerkiksi suoraan tutkittavan toimintakykyä tai sairastavuutta kuvaavia muuttujia oli kirjattu ainoastaan osalle tutkittavista, joten tarkastelussa jouduttiin tarkastelemaan välillisesti ja vain osin näitä tekijöitä kuvaavia muuttujia kuten hoivan tarpeen astetta ja aiempien terveyspalvelukäyntien määriä. Tulosten luotettavuuden kannalta olisi ollut tarpeen vakioida sekoittavia tekijöitä laajalaisemmin, koska terveyspalvelujen käyttöä määrittävät niin monet tekijät. Tärkeää olisi pystyä vakioimaan paremmin esimerkiksi sosioekonomiseen asemaan, sairastavuuteen ja

toimintakykyyn, päihteidenkäyttöön sekä muiden palvelujen käyttöön, kuten mahdolliseen palveluasumiseen liittyvät tekijät.

Tutkimusasetelmassa on myös muita tarkasteltuihin vasteisiin tai altisteen ja vasteen suhteeseen liittyviä heikkouksia. Tässä tutkimuksessa vasteina tarkasteltiin terveysterveyspalveluiden määriä, jotka kuvasivat päivystyksellistä asiointia, vuodeosastohoitoa, kotihoitoa ja päihdepalveluihin liittyvää asiointia. Olettamus siitä, että päihdehoitojaksojen myötä terveysterveyspalveluasointi voi muuttua, on looginen, koska alkoholin ongelmakäyttö lisää palvelujen tarvetta monin mekanismein ja toisaalta päihdehoitojaksojen aikana voidaan myös havaita hoidollisia tarpeita. Tutkimusasetelmallisesti ongelmallista on kuitenkin se, ettei saatavilla ole tietoa, millaista terveysterveyspalvelujen käyttö olisi ja, miten se muuttuisi ilman alkoholin ongelmakäyttöä, tai millaista se olisi ongelmakäyttäjillä ilman laitospalveluista päihdehoitoa. Lisäksi, jos ajatellaan, että asiointimäärä ja muutokset heijastavat tavoitellun alkoholinkäytön vähenemisen myötä kohentuvaa vointia ja terveydentilaa, voisi olla tarkoituksenmukaisempaa tarkastella tarkemmin alkoholiehtoista asiointia eli rajata tarkastelu tiettyihin käyntisyihin. Tässä tutkimuksessa näin ei tehty, koska aineisto oli pieni ja diagnoosien kirjauskattavuus melko alhainen, eikä kaikkeen tässä tutkimuksessa tarkasteltuun asiointiin edes liity käyntisyiden kirjaamista. Toisaalta asiointimäärien tarkastelua kokonaisuutena voi pitää perusteltuna, koska alkoholin ongelmakäytöstä seuraavat haitat eivät ilmene ainoastaan varsinaisina alkoholisairauksina tai esimerkiksi päihtymystilaan liittyvinä tapaturmina.

Terveysterveyspalvelujen käyttömäärien tarkastelussa vuosi on, ainakin joidenkin palvelujen osalta verrattain lyhyt seuranta-aika. Palvelujenkäytössä voi tapahtua muutoksia lyhyellä aikavälillä päihdehoitojakson jälkeen, mutta pysyvemmän muutoksen havaitsemiseen tarvittaisiin pidempi tarkasteluajanjakso. Yksittäisten terveysterveyspalvelumuuttujien sijaan olisi voinut olla hyödyllistä yhdistää useita palvelumuuttujia palvelujenkäyttöä laajemmin kuvaaviksi summamuuttujiksi. Tämä olisi mahdollisesti vähentänyt nollahavaintojen määriä ja kuvannut palvelujenkäyttöä kokonaisvaltaisemmin, mutta toisaalta summamuuttujien muodostaminen olisi vaatinut paljon sisällöllistä asiantuntemusta ja sen myötä olisi voitu myös kadottaa tietoa. Yksittäisiä palvelumuuttujia tarkastelemalla ei kuitenkaan saada kokonaiskuvaa terveysterveyspalvelujen käytöstä. Tämän tutkimuksen heikkoutena voidaan nähdä myös se, että sosiaalihuollon palvelujenkäyttö oli rajattava tarkastelun ulkopuolen työhön käytettävissä olevien resurssien vuoksi, vaikka merkittävä osa päihdetyöstä toteutetaan nimenomaan

sosiaalihuollon palveluissa. Lisäksi tutkimus ei sisällä esimerkiksi erikoissairaanhoidon päivystysasiointia, joka kuvaisi laajempaa ja vaativampaa päivystysasiointia.

Tässä tutkimuksessa kohdejoukon koko jäi valitettavan pieneksi, vaikka aineisto kattoi kaikki ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneet sekä verrokkiryhmän kriteerit täyttäneet henkilöt vastaavalta ajalta. Ikäerityiseen päihdekuntoutukseen osallistuneet oli mahdollista tunnistaa rekistereistä vasta vuodesta 2015 alkaen ja, koska seurantavuosi tuli ottaa huomioon, pystyttiin poimintahetkellä päihdehoitajaksoja koskevat tiedot poimimaan ainoastaan noin kahden ja puolen vuoden ajalta. Pieni aineisto lisää sattuman todennäköisyyttä ja heikentää tulosten luotettavuutta, mutta tämän lisäksi se vaikeutti myös monimuuttuja-analyysien toteuttamista. Aineiston pieni koko ja runsas nollahavaintojen määrä vastetapahtumissa vaikeutti tilastollisten testien oletusten täyttymistä, minkä vuoksi eri vastemuuttujille oli käytettävä eri testejä. Aineiston pienen koon vuoksi seurantavuonna menehtyneitä ei myöskään haluttu poistaa aineistosta, vaan heidän osaltaan päädyttiin melko karkealla tavalla arvioimaan palvelujenkäyttöä kuoleman jälkeiseltä ajalta. Valinta ei ollut optimaalinen, mutta analyyseissa varmistettiin, ettei toimintatapa vaikuttanut muuttujien jakaumiin ja keskilukuihin. Haasteena aineiston käsittelyssä ja analyysin toteuttamisessa oli myös se, että aineistona sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmistä saatava rekisteriaineisto vaatii paljon työstämistä ennen kuin varsinaisia analyyseja voi suorittaa. Lisäksi muuttujien sisältöjen ja selitteiden tulkitseminen on haastavaa ja vaatii paljon selvitystyötä, ja mahdolliset virheet tulkintatyössä saattavat heikentää tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä.

Tutkimuksen eettisyydestä huolehdittiin hankkimalla tarvittavat luvat aineiston käsittelyyn ja yksilöiden yksityisyydensuojasta huolehtimalla. Tutkimusaineisto luovutettiin pseudonymisoituna, eli yksilön suoran tunnistamisen mahdollistavat tunnisteet poistettiin ennen aineiston luovuttamista. Aineisto toimitettiin salasanasuojattuna ja aineiston siirto tapahtui myös suojattuna. Pseudonymisoidun aineiston käsittely tapahtui ainoastaan tutkimuksen tekijän toimesta, joka oli päihdetyöstä täysin ulkopuolinen ja sitoutunut tietojen salassapitoon sekä aineiston huolelliseen käsittelyyn. Tulosten raportoinnissa kiinnitettiin huomiota siihen, että raportointi ei mahdollista yksilöiden tunnistamista. Terveyspalveluasioinnin määrän raportointi ei mahdollista yksilön tunnistamista ilman tilastoyksikön alkuperäistä aineistoa ja verrattain suurta työmäärää. Lisäksi ikään kuin lisäsuojaustoimenpiteenä tutkimustulokset päädyttiin raportoimaan mainitsematta tarkastelun kohteena olevaa kuntaa. Tutkimuksen alkuperäisenä tarkoituksena oli tarkastella päihdehoitajaksojen yhteyksiä tutkittavien asumismuotoon, toimintakykymuuttujiin ja

alkoholinkäyttömääriä kuvaaviin mittareihin. Tämä ei kuitenkaan mahdollistunut, koska aineiston kattavuus näiden tietojen osalta oli puutteellinen ja esimerkiksi asumispalveluja kuvaavissa tiedoissa havaittiin puutteita jo kunnan tilastoyksikössä. Palvelujen käytön osalta oli aikomuksena selvittää myös palvelujen käyttöön liittyviä kustannushyötyjä, mutta päihdehoitojaksojen kokonaiskustannustietojen puuttuessa oli tarkastelu rajattava palvelujen käyttöön. Henkilötietojen käsittely rajattiin tietosuojasäännösten mukaisesti ainoastaan välttämättömiin tietoihin. Alkuperäinen ja käsitellyt tiedostot palautettiin suojatusti kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon tilastoyksikköön ennen käyttöluvan voimassaoloajan päättymistä. Tutkijalla olleet tiedostot hävitettiin tietosuojavaltuutetun ohjeiden mukaisesti käyttämällä pysyvän tuhoamisen mahdollistavaa työkalua.

8.3 Jatkotutkimuksen tarve

Tämä työ tuo osaltaan näkyväksi vakavasta päihdeongelmasta kärsivät ikääntyvät. Ilmiön esiin nostaminen on tärkeää, sillä ikääntyvien ongelmakäytöstä ja ongelmakäytön hoidosta on yhä saatavissa niukasti tutkimustietoa. Tutkimustiedon puuttuessa emme tarkalleen tiedä, kuinka paljon ongelmakäyttöä esiintyy ikääntyvässä väestössä ja, kuinka tätä joukkoa tulisi tieteelliseen näyttöön perustuen hoitaa. Vaikka väestötasolla alkoholinkulutuksen kuvaajat ovat laskusuuntaisia ja ihmisen ikääntyessä alkoholinkäyttö tavallisesti vähenee, on joukossamme eläkeikäisiä, joiden alkoholin ongelmakäytön tilanne on niin vakava, että he tarvitsevat esimerkiksi toistuvia hoitojaksoja päihdehoidon laitoksissa. Tutkimusta tarvitaan, jotta ikääntyville alkoholin ongelmakäyttäjille voidaan tuottaa heidän tarpeitaan vastaavia sosiaali- ja terveystalveluita lainsäädännön edellyttämällä tavalla.

Ikääntyville ongelmakäyttäjille on vaikea tarjota parasta mahdollista päihdehoitoa ja kuntoutusta, jos hoitomenetelmien vaikuttavuutta kyseisessä ikäryhmässä ei tunneta. Sosiaalihuollossa toteutettavan päihdehoidon vaikuttavuuden tutkiminen on kuitenkin erittäin haastavaa muun muassa siksi, että sekä altisteet että vasteet ovat vaikeasti kontrolloitavia ja mitattavia. Näiden haasteiden ei kuitenkaan tulisi muodostua tutkimuksen esteeksi, sillä myös ikääntyvät ansaitsevat tulla hoidetuiksi tutkituilla ja vaikuttavuudeltaan parhaiksi osoitetuilla menetelmillä ja hoito-ohjelmilla. Päihdehoidon vaikuttavuuden tutkiminen edellyttää kuitenkin aikaa, epätäydellisyyden sietämistä, tiedon kumuloitumista sekä laadullisten että määrällisten tutkimusmenetelmien hyödyntämistä.

Ikääntyvien alkoholin ongelmakäyttöön ja hoitoon liittyvät erityistekijät tunnetaan jo hyvin, mutta päihdehoidon kehittämisen kannalta olisi tärkeää tutkia ja tunnistaa yksilöön ja hoitomenetelmiin liittyviä tekijöitä, jotka ennakoivat tai ehkäisevät ongelmakäytön jatkumista päihdehoidon jälkeen. Olisi tärkeää saada tietoa esimerkiksi siitä, miten ongelmakäytön kesto, yksilön kognitiiviset ongelmat tai valittu hoito-ohjelma ovat yhteydessä ikääntyvän päihdehoitojaksojen jälkeiseen alkoholinkäyttöön. Jos hoidon vaikuttavuutta määrittävät tekijät tunnettaisiin nykyistä paremmin, olisi palvelut mahdollista kenties räätälöidä ja kohdentaa nykyistä tarkemmin. Vaikuttavuuden tutkiminen ei siis tarkoita sitä, että päihdehoitoon pääsyn osalta tehtäisiin valikointia vaikuttavuusodotusten perusteella, vaan tietoa voitaisiin hyödyntää menetelmien valinnassa sekä esimerkiksi niin, että hoitoprosessissa voitaisiin yhä paremmin tunnistaa ja pyrkiä vaikuttamaan ongelman taustalla piileviin moninlaisiin juurisyihin.

Avohoidon roolin korostuminen ja kuntoutuslaitoksissa toteutettavan päihdekuntoutuksen merkittävä väheneminen, mikä näkyy myös Suomen päihdehoitoa koskevissa tilastoissa (Päihdetilastollinen vuosikirja 2019, 61; 64), kertoo tarpeesta ja pyrkimyksestä hillitä sosiaali- ja terveydenhuollon menoja. Lisäksi se kertoo julkisten varojen niukkuudesta ja arvovalinnoista, joita joudutaan tekemään rajallisten resurssien edessä. Jos eri hoitomenetelmien kustannushyötyjä ja kustannusvaikuttavuutta ei tunneta, on mahdollista päätyä suosimaan tuotantokustannuksiltaan edullisempia menetelmiä, vaikka kokonaiskuvassa nämä menetelmät saattavat esimerkiksi heikon vaikuttavuuden ja hoitokertojen toistuminen vuoksi osoittautua laitoshoidon menetelmiä kalliimmiksi valinnoiksi. Tämän vuoksi tarvittaisiin myös päihdehoitoon osallistuvien palvelujenkäyttöä laajemmin tarkastelevaa tutkimusta sekä hoitomenetelmien kustannushyötyjä ja kustannusvaikuttavuutta arvioivaa tutkimusta. Terveystaloustieteen menetelmiä soveltavan tutkimuksen vieminen päihdehoidon kentälle on ongelmallista, koska vaikuttavuuden osoittamiseen liittyvien haasteiden lisäksi päihdehoidosta seuraavien välittömien ja välillisten kustannushyötyjen ja -vaikutusten laskeminen on vaikeaa. Ilman kustannushyötyjen ja -vaikuttavuuden tuntemista, niukkojen resurssien allokoiminen tapahtuu kuitenkin kokemuserusteisesti.

8.4 Johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa tehty terveyspalvelujen käytön tarkastelu osoittaa, että ikääntyvät alkoholin ongelmakäyttäjät kärsivät terveys- ja toimintakykyvajavuuksista ja heidän

avuntarpeensa on moninainen. Terveyspalvelujen käyttö näyttäyty vaihtelevana ja ikään kuin kahtiajakautuneelta, osalla ikääntyvistä ongelmakäyttäjistä on runsaasti terveyspalveluasointia, kun taas osalla ei päihdehoitoa lukuun ottamatta ole juurikaan asiointia kunnan rekisteröimissä terveyspalveluissa. Tämän havainnon taustalla voivat Andersenin ja Newmanin (2005) viitekehyksen mukaisesti vaikuttaa yksilötekijöiden lisäksi lukuisat yhteiskunnalliset ja palvelujärjestelmään liittyvät tekijät. On esimerkiksi mahdollista, että vähiten terveyspalveluja käyttävien joukko edustaa heikoimmassa asemassa olevia, joilla alkoholinongelmiin kytkeytyvä huono-osaisuus, osattomuus sekä heikot taloudelliset ja henkiset resurssit voivat muodostaa myös palvelujen käytön esteitä.

Tutkimuksen tulokset vahvistavat havaintoa siitä, että kotihoidon asiakkaana on myös vakavista alkoholiongelmista kärsiviä ikääntyviä. Tutkimusaineiston verrattain nuoreen ikäjakaumaan nähden merkittävä kotiin vietävien palvelujen käyttöaste, herättää kysymyksen siitä, missä määrin alkoholiongelma mahdollisesti kasvattaa kotihoidon tarvetta ja päinvastoin, missä määrin toimintakykyvajeet ja tästä aiheutuva avuntarve sekä elämän rajautuminen ja eristyneisyys mahdollisesti altistavat alkoholin ongelmakäytölle. Joka tapauksessa, kuten Koivula ym. (2015) ovat todenneet, alkoholin ongelmakäyttäjät muodostavat kotihoidon palveluille tarpeiltaan erityisen asiakasryhmän, jonka kohtaamisessa tarvitaan myös päihdetyön osaamista.

Tulokset antavat viitteitä siitä, että laitosmuotoisille päihdehoitajaksoille osallistuminen saattaa muovata terveyspalvelujen käyttöä ja, että toisistaan poikkeavissa päihdekuntoutujien ryhmissä sekä erilaisiin hoito-ohjelmiin osallistuneilla palvelujen käyttö sekä siinä tapahtuvat muutokset voivat olla toisistaan poikkeavia. Tutkimustulokset viittaavat siihen, että ainakin lyhyellä aikavälillä palvelujen käytön painopiste saattaa muuttua siten, että päivystysasiointi vähenee, mutta suurempaa avuntarvetta heijastavien palvelujen, kuten perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon sekä kotihoidon palvelujen käyttö kasvaa. Etenkin ikäerityisen päihdekuntoutuksen osalta tulokset viittaavat tämän suuntaiseen muutokseen.

Tämän tutkimuksen perusteella ei voi vetää juurikaan johtopäätöksiä päihdehoitajaksojen vaikuttavuudesta alkoholin ongelmakäytön jatkumiseen. Terveystieteiden tutkimusten päihdehoitajaksojen palvelujen käyttöä koskevat tulokset kuitenkin viittaavat siihen, että osalla ongelmakäyttö jatkuu pian päihdehoitajakson jälkeen ja päihdehoitajakso toistuvat. Tämä puolestaan kuvastaa alkoholin ongelmakäytön hoitamisen haasteellisuutta sekä todennäköisesti myös sitä, että osa päihdeongelmallisista ikääntyvistä ei välttämättä halua tulla autetuiksi. Lisäksi tulokset

tukevat käsitystä siitä, että katkaisuhoidon lisäksi vakavasta päihdeongelmasta kärsivät tarvitsevat katkaisuhoidon jälkeen päihdekuntoutusta (esim. Mäkelä 2003, 192–199).

Tämän tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, että päihdehoitojaksoille osallistuneilla hoitojakson lyhyt kesto ja hoidettavan nuorempi ikä voivat ennustaa alkoholin ongelmakäytön jatkumista kuntoutuksen jälkeen. Havainto on yhteneväinen sen käsityksen kanssa, että päihdehoidon hyötyjen saavuttaminen edellyttää riittävää motivaatiota, motivaatiotekijöiden tunnistamista (Caputo ym 2012) ja, että nuorempi ikä kenties mahdollistaa alkoholin ongelmakäytön jatkumisen.

Päihdehoitojaksojen toistuvuus ja alkoholin ongelmakäytön jatkumisesta viestivä palvelujenkäyttö herättää kysymyksiä päihdepalveluiden riittävydestä ja oikea-aikaisuudesta. Maailman terveysjärjestön mukaan päihdehoidossa on jo jonkin aikaan suosittu avohoidon menetelmiä ja pyritty vähentämään laitoshoidoa ja pitkiä kuntoutusjaksoja. Tällainen hoitostrategia ei palvele vaikeimmassa tilanteessa olevia ongelmakäyttäjiä ja tämä lisää myös ongelmakäytöstä aiheutuvia kustannuksia. (WHO 2012.) Kenties avohoidon palveluja suosiva trendi on johtanut ikääntyvien ongelmakäyttäjien kohdalla siihen, että yksilöille tarjotaan riittämätöntä hoitoa mahdollisesti vuosikausia ja erityistason laitospuotoiseen päihdehoitoon pääsy mahdollistuu liian myöhään.

Ikääntyvien alkoholin ongelmakäytön ennaltaehkäisyyn on tärkeää panostaa ja ongelmien varhaista tunnistamista ja puuttumista tulisi edelleen kehittää. Lisäksi pääsyä päihdehuollon erityispalveluihin tulisi madaltaa moninaisten alkoholihaittojen ehkäisemiseksi. Ehkäisevän päihdetyön, varhaisen tunnistamisen ja puuttumisen sekä hoitoon pääsyn tehostamisen lisäksi tulisi vielä varmistaa, että palveluketjun siirtymävaiheissa ja hoitojaksojen jälkeen kuntoutuja saa riittävän tuen ja jälkihoidon. Päihdepalvelujärjestelmän kehittäminen vaatii rahapanosten lisäksi monialaista yhteistyötä ja osaamista sekä palvelujen integraation edistämistä sosiaali- ja terveystieteiden sekä kolmannen sektorin toimijoiden välillä. Sosiaali- ja terveystieteiden uudistuksen myötä vastuu päihdehuollon palveluista siirtyy kunnilta hyvinvointialueille, joilla on merkittävä rooli palvelujen kehittämisessä, mutta toisaalta myös hyvin toimivien toimintamallien säilyttämisessä ja levittämisessä.

Seuratessa yleistä keskustelua päihdehoidosta, ei voi olla törmäämättä jonkinasteiseen julkisen päihdehoitojärjestelmän oikeutuksen kyseenalaistamiseen ja kriittisiin äänenpainoihin yksilön ja yhteiskunnan vastuusta. Alkoholin ongelmakäytön osalta keskustelu luisuu usein myös tilastaan ja ongelmistaan yksilöä vastuuttaviin kannanottoihin. Eläkeikäisten

ongelmakäyttäjien kohdalla korkea ikä voi myös lisätä vähättelevää suhtautumista, jos ongelmakäytön taustoja ja sen aiheuttamaa haittataakkaa ei aidosti ymmärretä, ja elämänvaiheeseen vedoten tilanne helpommin sallitaan. Ikääntyvien alkoholin ongelmakäyttö ei aiheuta haittoja ja kärsimystä ainoastaan ongelmakäyttäjälle itselleen, vaan myös hänen läheisilleen ja välillisesti myös laajemmin. Päihdehoidon hoitomenetelmien vaikuttavuuden sekä kustannushyötyjen ja -vaikuttavuuden tutkimus voisi osaltaan vahvistaa päihdetyön oikeutusta myös kriittisesti julkisiin päihdehoitopalveluihin suhtautuvien joukossa.

Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan vuonna 2030 joka neljäs suomalainen on yli 65-vuotias, joten todennäköisesti myös alkoholia haitallisesti käyttävien yli 65-vuotiaiden osuus kasvaa nykyisestä. Härkösen ja Mäkelän (2018, 147–157) mukaan väestön alkoholin kulutuksen ennustaminen on vaikeaa, mutta on mahdollista, että etenkin eläkeikäisten naisten alkoholinkäyttö lisääntyy 1946–1969 syntyneiden ikäkohorttien vanhetessa. Tällainen kehityskulku voi merkitä alkoholihaittojen yleistymistä eläkeikäisessä väestössä ja yhtä lisähaastetta palvelujärjestelmälle. Mielenterveys- ja päihdeongelmien ennaltaehkäisy sekä niiden oikea-aikainen ja oikeasuhtainen hoitaminen tulisi aidosti tunnistaa osaksi kokonaisuutta, jolla sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeen kasvuun voidaan varautua. Ikääntyvien alkoholin ongelmakäyttöön liittyvien haittojen ehkäiseminen tapahtuu monilta osin ennen vanhuusikää, mutta osalle eläkkeelle siirtyminen voi myös olla kriittinen muutosajankohta, johon tulisi kiinnittää huomiota myös mielenterveyden ja päihdeongelmien ehkäisemisen näkökulmasta. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen uudistaminen ja niihin panostaminen ei kuitenkaan yksinään riitä, vaan tarvitaan keinoja ja toimia, joilla päihdeongelmien taustalla vaikuttavia ilmiöitä, kuten yksinäisyyttä, syrjäytymistä, köyhyyttä ja muuta eriarvoisuuskehitystä voidaan torjua.

LÄHTEET

- Aalto, M., Alho, H., Kiiänmaa, K. & Lindroos, L. (2015). *Alkoholiriippuvuus*. (3. uud. p. toim.) Duodecim.
- Aalto, M. & Holopainen, A. (2008). Ikääntyneiden alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen ja hoito. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2008;124(13):1492-8.
- A-klinikkasäätiö (2017). Päihdelinkki. Päihde- ja mielenterveystyö ikääntyneiden kanssa. [verkkodokumentti].
Saatavissa: <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeongelmien-hoito/paihde-ja-mielenterveystyo-ikaantyneiden-kanssa> [Viitattu 10.4.2018].
- Andersen R. & Newman J. F. (2005). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 10.1111/j.1468-0009.2005.00428.
- Agresti, A. (2015). *Foundations of linear and generalized linear models*. Wiley.
- Atkinson, R. (1995). Treatment programs for aging alcoholics. Teoksessa T. Beresford & E. Gomberg (toim.) *Alcohol and Aging*, Oxford University Press, New York. 186–210.
- Blow, F.C., Walton, M.A. & Chermack, S.T. (2000). Older adult treatment outcomes following elder-specific inpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2000;19: 67–75.
- Caputo, F., Vignoli, T., Leggio, L., Addolorato, G., Zoli, G., & Bernardi, M. (2012). Alcohol use disorders in the elderly: A brief overview from epidemiology to treatment options. *Experimental Gerontology*, 47(6), 411–416.
- Fiabane, E., Ottonello, M., Zavan, V., Pistarini, C., & Giorgi, I. (2017). Motivation to change and posttreatment temptation to drink: a multicenter study among alcohol-dependent patients. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 13, 2497–2504.
- Giorgi, I., Ottonello, M., Vittadini, G., & Bertolotti, G. (2015). Psychological changes in alcohol-dependent patients during a residential rehabilitation program. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 2989–2996.
- Haapamäki, E., Huhtala, H., Löfgren, T., Mylläri, E., Seinelä, L. & Valvanne, J. (2014). Iäkkäät päivystyksen käyttäjinä. 70 vuotta täyttäneiden tamperelaisten päivystyskäynnit vuosina 2011–2012. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus projektin julkaisu nro 3. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Hallgren M., Hogberg P. & Andréasson S. (2009). Alcohol consumption among elderly European Union citizens: health effects, consumption trends and related issues. Östersund: Swedish. National Institute of Public Health.
- Heikkilä, T. (2017). *Tilastollinen tutkimus*, 9. painos. Helsinki, Edita Publishing oy.
- Hillbom, M. (2003). Aivot ja alkoholi. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiiänmaa & K. Seppä (toim.) *Päihdelääketiede*. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. 315–329.
- Hilmo-opas (2019). *Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitus 2019*. Määrittely ja ohjeistus. 1. Korjattu painos. Versio 1.0. Julkaisupäivä 21.11.2018. 102. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/handle/10024/137178>

- Holmberg, J. (2010). Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita.
- Holmberg N. (2003). Kognitiivinen käyttäytymisterapia. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K.Seppä (toim.) Päihdelääketiede. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. 212–219.
- Huttunen, M. (2018). Sekavuustilat. [verkkodokumentti] Duodecim, terveyskirjasto. Saatavissa:https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00357 . [Viitattu: 16.9.2020].
- Härkönen J. & Karlsson T. (2018). Miten suhtautuminen alkoholiin on muuttunut? Teoksessa P. Mäkelä, J. Härkönen, T.Lintonen, C. Tigerstedt & K. Warpenius (toim.) Näin Suomi juo - Suomalaisten muuttuvat alkoholinkäyttötavat. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy. Helsinki 2018. 193–203.
- Härkönen J. & Mäkelä P. (2018). Miten alkoholinkäyttö muuttuu elämänsä elämänkulun ja syntymäkohortin mukaan? Teoksessa P. Mäkelä, J. Härkönen, T.Lintonen, C. Tigerstedt & K. Warpenius (toim.) Näin Suomi juo - Suomalaisten muuttuvat alkoholinkäyttötavat. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy. Helsinki 2018. 147–157.
- Karlsson T. (2018). Mitä tilastot kertovat suomalaisten alkoholinkäytöstä ja sen haitoista? Teoksessa P. Mäkelä, J. Härkönen, T.Lintonen, C. Tigerstedt & K. Warpenius (toim.) Näin Suomi juo - Suomalaisten muuttuvat alkoholinkäyttötavat. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy. Helsinki 2018. 15–25.
- Kim J.W., Choi, Y.S., Shin, K.C., Kim, O.H., Lee, D.Y., Jung, M.H., Lee, B.C., Kang, T.C., Choi, I.G. (2012). The effectiveness of continuing group psychotherapy for outpatients with alcohol dependence: 77-month outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*. 2012 Apr;36(4):686-92.
- Kline-Simon, A. H., Weisner, C. M., Parthasarathy, S., Falk, D. E., Litten, R. Z., & Mertens, J. R. (2014). Five-year healthcare utilization and costs among lower-risk drinkers following alcohol treatment. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 38(2), 579–586.
- Kofoed L. L., Tolson R. L., Atkinson R. M., Toth R. L. & Turner J. A. (1987). Treatment compliance of older alcoholics: An elder-specific approach is superior to "mainstreaming." *Journal of Studies on Alcohol*, 48(1), 47–51.
- Koivula, R. Vilkkonen, A., Tigerstedt, C., Kuussaari, K. & Pajala, S. (2015). Miten iäkkäiden henkilöiden alkoholiongelmat näkyvät kotihoidon työntekijöiden työssä? *Yhteiskuntapolitiikka* 80 (2015):5, 482–489.
- Kupari, M. (2003). Alkoholi, sydän ja verenpaine. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K.Seppä (toim.) Päihdelääketiede. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. 356–364.
- Kurzthaler, I., Wambacher, M., Golser, K., Sperner, G., Sperner-Unterweger, B., Haidekker, A., Pavlic, M., Kemmler G & Fleischhacker, W. W. (2005). Alcohol and benzodiazepines in falls: An epidemiological view. *Drug and Alcohol Dependence*, 79(2), 225-230.
- Käypä hoito -suositus (2018). Alkoholiongelmaisen hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki:

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018. Saatavissa:
<https://www.kaypahoito.fi/hoi50028#K1>. [viitattu: 10.8.2020].

- Laitinen K. & Mäkelä R. (2003). Katkaisuhuolto. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K.Seppä (toim.) Päihdelääketiede. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. 203–211.
- Lemke S. & Moos R. H. (2003). Outcomes at 1 and 5 years for older patients with alcohol use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 24: 43–50.
- Letizia M. & Reinbolz M. (2005). Identifying and managing acute alcohol withdrawal in the elderly. *Geriatr Nurs*. 2005 May-Jun;26(3):176-83.
- Liberto, J. G., & Oslin, D. W. (1995). Early versus late onset of alcoholism in the elderly. *The International journal of the addictions*, 30(13-14), 1799–1818.
- Lieber, C. S. (2005). Metabolism of alcohol. *Clinics in Liver Disease*, 9(1), 1-35.
- Mehta M., Moriarty K., Proctor D., Bird M. & Darling W. (2006) Alcohol misuse in older people: heavy consumption and protean presentations. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 60: 1048–1052
- Merrick, E. S., Hodgkin, D., Garnick, D. W., Horgan, C. M., Panas, L., Ryan, M., Blow, F. C., & Saitz, R. (2011). Older adults' inpatient and emergency department utilization for ambulatory-care-sensitive conditions: relationship with alcohol consumption. *Journal of aging and health*, 23(1), 86–111.
- Meyer A, Wapp M, Strik W, Moggi F. (2014). Association between drinking goal and alcohol use one year after residential treatment: a multicenter study. *J Addict Dis*. 2014;33, 234–242.
- Mäkelä, R. (2003). Alkoholiriippuvuus ja muu psyykkinen sairastavuus. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K.Seppä (toim.) Päihdelääketiede. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. 183–191.
- Mäkelä R. (2003). Hoitojärjestelmät. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K.Seppä (toim.) Päihdelääketiede. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. 192–199.
- Mäkelä R. (2003). Perhe- ja verkostoterapia. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K.Seppä (toim.) Päihdelääketiede. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. 227–234.
- Oslin, D. W., Pettinati, H. & Volpicelli, J. R. (2002). Alcoholism treatment adherence: older age predicts better adherence and drinking outcomes. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2002;10: 740–747.
- Oslin, D.W., Slaymaker, V., Blow, F.C, Owen, P. & Collieran C. (2005). Treatment outcomes for alcohol dependence among middle-aged and older adults. *Addictive Behaviors*. 2005;30,7 :1431–1436.
- Partanen Airi. (2021). Päihdehuolto osana sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta ja strategista ohjausta. Teoksessa O. Kaukonen & K. Kuussaari (toim.) Päihdepalveluiden yhteiskunnalliset haasteet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 2|2021. PunaMusta Oy. 91–107.
- Pikkarainen P. (2003). Haima ja alkoholi. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K.Seppä (toim.) Päihdelääketiede. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. 351–355.

- Pikkarainen P. (2003). Ruoansulatuskanava ja alkoholi. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K.Seppä (toim.) Päihdelääketiede. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. 346–350.
- Plichta, S., Kelvin, E. & Munro, B. (2013). *Munro's statistical methods for health care research* (6th ed.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Päihdehuoltolaki (1986/41). <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>. [viitattu: 16.7.2020].
- Päihdetilastollinen vuosikirja (2019). Alkoholi ja huumeet. Suomen virallinen tilasto. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. PunaMusta Oy, Helsinki 2020. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/handle/10024/139083>.
- Rao R., Crome I., Crome P. & Iliffe S. (2019). Substance misuse in later life: challenges for primary care: a review of policy and evidence. *Prim Health Care Res Dev*. 2019 Jun 20;20:e117.
- Rice, C., & Duncan, D. F. (1995). Alcohol use and reported physician visits in older adults. *Preventive Medicine*, 24(3), 229–234.
- Saari, H., Lönnroos, E., Mäntyselkä, P., Ryyänen, O. P. & Kokko, S. (2019). Mitä on perusterveydenhuollon lyhytaikainen sairaalahoito? *Suomen lääkirilehti* 2019;44, 74: 2506–2518.
- Salaspuro (2003) Alkoholimaksasairaus. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K.Seppä (toim.) Päihdelääketiede. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. 336–345.
- Satre D.D., Mertens, J.R., Areean, P.A. & Weisner, C. (2004). Five-year alcohol and drug treatment outcomes of older adults versus middle-aged and younger adults in a managed care program. *Addiction*. 2004; 99,10: 1286–1297.
- Saukkonen, S-M & Vuorio, S. (2017) Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito vuosina 2015–2016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 13/2017.
- Searby, A., Maude, P. & McGrath, I. (2016). Prevalence of co-occurring alcohol and other drug use in an Australian older adult mental health service. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25:151–158.
- Simojoki, K. (2016). Ikäihmisten alkoholinkäytön riskit, tunnistaminen ja hoito. *Suomen lääkirilehti*. 2016;71, 6: 403–407.
- Sotkanet.fi. (2021). Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. FinSote-tutkimus. Elintavat ja riskitekijät. Alkoholia liikaa käyttävät (FinSote). [verkkodokumentti]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>. [Viitattu 1.3.2021].
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/2014130>. [viitattu: 13.2.2020].
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2020). Laitushoito. [verkkojulkaisu]. Saatavissa: <https://stm.fi/laitushoito>. [viitattu: 11.2.2020].
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2002). Päihdepalvelujen laatusuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Helsinki 2002.

- Sosiaali- ja terveysministeriö (2020). Päivystys. [verkkojulkaisu]. Saatavissa: <https://stm.fi/paivystys>. [viitattu: 11.2.2020].
- Strandberg T. & Simojoki K. (2017). Alkoholin ongelmakäyttö yli 75-vuotiailla. Suomen lääkäri-lehti. 2017;72, 44: 2523–2527.
- Suhonen, H. (2005). Elämä on pysähtynyt keinu. Tutkimus ikääntyneistä A-klinikan asiakkaista ja heidän asiakkuudestaan. A-klinikkasäätiön monistesarja nro 48. A-klinikkasäätiö.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. [viitattu: 13.2.2020].
- Tilastokeskus (2019). Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt. Alkoholin aiheuttamat kuolemat lisääntyivät vuonna 2018. [verkkojulkaisu]. Saatavissa: http://www.stat.fi/til/ksyyt/2018/ksyyt_2018_2019-12-16_kat_004_fi.html. [viitattu: 25.7.2020].
- Tilastokeskus (2008). Toimialaluokitus. [verkkojulkaisu]. Saatavissa: <https://www.stat.fi/fi/luokitukset/toimiala/?code=87>. [viitattu: 13.2.2020].
- Tigerstedt C., Mäkelä P., Vilkkö A. & Pentala-Nikulainen O. (2018). Miten eläkeikäiset juovat? Teoksessa P. Mäkelä, J. Härkönen, T. Lintonen, C. Tigerstedt & K. Warpenius (toim.) Näin Suomi juo - Suomalaisen muuttuvat alkoholinkäyttötavat. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy. Helsinki 2018. 178–188.
- TOIMIA-tietokanta (2011). Mini Mental State -asteikko. Terveysportti [verkkojulkaisu]. Saatavissa: <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti>. [viitattu: 21.6.2020].
- TOIMIA-tietokanta (2012). RAVA™-mittari. Terveysportti [verkkojulkaisu]. Saatavissa: <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti>. [viitattu: 21.6.2020].
- Tuomola P. (2003). Ryhmäterapia. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiiänmaa & K. Seppä (toim.) Päihdelääketiede. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. 220–226.
- Tyas S. L. (2001). Alcohol use and the risk of developing Alzheimer's disease. Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 25(4), 299–306.
- Vilkkö A., Finne-Soveri H., Sohlman B., Noro A. & Jokinen S. (2013). Kotona asuvan i käihmisen kohtuutta runsaampi alkoholinkäyttö ja omaisen hoivavastuu. Teoksessa K. Warpenius, M. Holmila & C. Tigerstedt (toim.) Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. 63–77. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere.
- Vilkkö, A., Sulander, T., Laitalainen, E. & Finne-Soveri, H. (2010). Miten iäkkäät suomalaiset juovat? Teoksessa P. Mäkelä, H. Mustonen & C. Tigerstedt (toim.) Näin Suomi juo: Suomalaisen alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino Helsinki. 142–153.
- Wadd S. & Dutton M. (2018). Accessibility and suitability of residential alcohol treatment for older adults: a mixed method study. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 13, 49.
- Wadd, S., Holley-Moore, G., Riaz, A., & Jones, R. (2017). Calling time: Addressing ageism and age discrimination in alcohol policy, practice and research. Drink Wise, Age Well.

- Wadd, S. & Papadopoulos, C. (2014). Drinking behaviour and alcohol-related harm amongst older adults: analysis of existing UK datasets. *BMC research notes*, 7, 741.
- WHO. (2012). European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Copenhagen:WHO Regional Office for Europe; 2012. Saatavissa: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2012/european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122021>
- WHO. (2019). Harmful use of alcohol, alcohol dependence and mental health conditions: a review of the evidence for their association and integrated treatment approaches. Saatavissa: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2019/harmful-use-of-alcohol,-alcohol-dependence-and-mental-health-conditions-a-review-of-the-evidence-for-their-association-and-integrated-treatment-approaches-2019>.