

Ikääntyneiden alkoholinkäyttöä vähentävät interventiot

Melina Käkelä

Turun yliopisto avoin yliopisto

Kirjallinen tutkielma, 6 op

Helmikuu 2024

TIIVISTELMÄ

TURUN YLIOPISTO AVOIN YLIOPISTO

Hoitotiede

KÄKELÄ, MELINA: Ikääntyneiden alkoholinkäyttöä vähentävät interventiot

Kirjallinen tutkielma, 26 s., 6 liites.

Tammikuu 2024

Alkoholinkäyttö lisää riskiä erilaisiin haittoihin sekä vaikuttaa ikääntymiseen negatiivisesti. Ikääntyneiden alkoholinkäyttöön liittyvien ongelmien tunnistamisessa sekä hoitamisessa on haasteita. Tämän kirjallisen tutkielman tarkoituksena oli kuvata interventioita, joiden tarkoitus on vähentää ikääntyneiden alkoholinkäyttöä. Tutkielman aineisto koostui yhdeksästä kokeellisesta tai kvasikokeellisesta tutkimusartikkelista, jotka kerättiin CINAHL-, Cochrane Library, APA Psycinfo (EBSCO)-, PubMed/Medline ja Medic-tietokannoista sekä manuaalisella haulla. Tutkielmaan valittujen tutkimusartikkelien analysointi mukaili sisällönanalyysia.

Interventioiden tavoitteena oli alkoholinkulutuksen ja siihen liittyvien haittojen vähentäminen sekä tietoisuuden lisääminen alkoholinkäytöstä ja motivaation kasvattaminen käyttäytymisen muutokseen. Tutkittavat olivat vähintään 55-vuotiaita ja heidän alkoholinkäyttönsä oli joko riskitasolla tai he olivat nauttineet vähintään yhden alkoholiannoksen kuluneen viikon aikana ennen tutkimusta. Terveystieteiden eri ammattihenkilöt toteuttivat interventioita perusterveydenhuollon ympäristöissä. Interventioiden kesto vaihteli yhdestä viiteen istuntoa ja osaan niistä kuului seuranta. Henkilökohtainen palaute seulonnan tuloksista, keskustelu terveyskäyttäytymisestä ja alkoholinkäytöstä, itsehoitoa koskevat kirjaset sekä alkoholinkäyttösopimus olivat interventioiden sisältöä. Interventioita ohjasivat erilaiset mallit ja tekniikat kuten SBIRT-malli ja motivoiva haastattelu.

Interventiot vaikuttivat ikääntyneiden alkoholinkulutukseen, -käyttöiheyteen, alkoholinkäytön haittoihin sekä alkoholinkäyttöön liittyvän luokitukseen myönteisesti. Henkilökohtainen palautteenanto ja siihen perustuva psykoedukaatio vähensivät ikääntyneiden alkoholinkäyttöä. Intensivisemmät interventiot eivät tuoneet lisähyötyä. Perusterveydenhuolto oli oiva ympäristö interventioiden antamiselle.

Ikääntyneiden alkoholinkäyttö väheni, kun heille annettiin yksilöllistä ja perusteellista palautetta heidän alkoholinkäytöstään. Kestoltaan lyhytkin alkoholinkäyttöä koskeva neuvonta voi riittää ikääntyntä muuttamaan juomiskäyttäytymistään.

Asiasanat: ikääntyneet, alkoholinkäyttö, interventio

Sisälllys / Sisältö

1	Johdanto	3
2	Tausta	5
2.1	Ikääntyneiden alkoholinkäyttö	5
2.2	Liiallisen alkoholinkäytön seuraukset ikääntyneillä	6
2.3	Alkoholinkäytön tunnistaminen ja seulonta ikääntyneillä	7
3	Tarkoitus ja tutkimuskysymykset	11
4	Menetelmät	12
4.1	Hakustrategia	12
4.2	Mukaanotto- ja poissulkukriteerit	12
4.3	Kirjallisuuden hakuprosessi	13
4.4	Aineiston analyysi	14
5	Tulokset	15
5.1	Tutkimusten kuvaus	15
5.2	Alkoholinkäyttöä vähentävät interventiot	15
5.3	Alkoholinkäyttöä vähentävien interventioiden vaikutukset	18
6	Tutkimusten laadunarviointi	21
7	Pohdinta ja johtopäätökset	22
7.1	Pohdinta	22
7.2	Johtopäätökset	24
8	Jatkotutkimusehdotukset	25
	Lähteet	26
	Liitteet	29
	Liite 1. Taulukko 2. Hakulausekkeet	29
	Liite 2. Taulukko 3. Mukaan otetut tutkimukset	31

1 Johdanto

Viime aikoina ikääntyneiden alkoholinkäyttö on ollut enemmän esillä terveydenhuollossa ja julkisuudessa. Taustalla on lisääntynyt tietoisuus heidän kasvaneesta alkoholinkäytöstään sekä siihen liittyvistä haitoista ja palvelutarpeenkasvusta. (Simojoki 2016) Alkoholinkäyttö on lisääntynyt erityisesti 65–69-vuotialla ja raittiiden ikääntyneiden määrä on pitkällä aikavälillä vähentynyt (Helldán & Helakorpi 2014). Ikääntyneiden alkoholinkäyttöön liittyvät ongelmat ovat usein alidiagnosoituja, aliraportoituja tai huomiotta jätettyjä, minkä vuoksi niitä ei useinkaan hallita (Joshi 2021). Elämäntapatekijöihin mukaan lukien alkoholinkäyttöön keskittyvät seulonnat ja interventiot olisivat sopivin tapa maksimoida terveystuloksia ja minimoida terveydenhuollon kustannuksia ikääntyneiden keskuudessa. Seulontaa ja mini-interventiota on ehdotettu jo vuosia kustannustehokkaiksi ja käytännöllisiksi tekniikoiksi, joita voitaisiin käyttää alkoholin riski- ja ongelmakäyttäjien kanssa perusterveydenhuollossa. (Barry & Blow 2002)

Kaikissa palvelussa kuuluisi järjestelmällisemmin tiedustella ikääntyneiden alkoholinkäytöstä sekä puuttua riskikäyttöön ja ongelmiin jo aikaisessa vaiheessa. Ikä ei ole syy ajatella, ettei henkilö tarvitse hoitoa. (Simojoki 2016) Intervention saamisen todennäköisyys pienenee asiakkaan iän myötä. Ikääntyneille voi olla enemmän terveysongelmia, jotka vaativat terveydenhuollon ammattihenkilön huomiota, jolloin aikaa jää vähemmän keskustella alkoholinkäytöstä. (Lu ym. 2021) Alkoholin kuitenkin heikentää elämänlaatua sekä aiheuttaa runsaasti erilaisia haittoja, oli ihminen iässä tahansa (Simojoki 2016). Tämän vuoksi on perusteltua systemaattisesti seuloa ja hoitaa alkoholiongelmaa myös ikääntyneiden ryhmässä (Lu ym. 2021, Simojoki 2016).

Alkoholin lisääntynyt riski- ja väärinkäyttö ikääntyvillä asettaa haasteita tunnistamiseen, interventioihin ja tarvittaessa sopivimpien hoitovaihtoehtojen määrittämiseen. Tämän ikäryhmän alkoholiongelmaa ei usein tunnista tai ne tunnistetaan väärin. Virheelliset oletukset ikääntyneestä, alkoholiongelman kieltäminen, sairaudet ja lääkitys sekä lääkäreiden pessimistinen suhtautuminen ennusteeseen liittyvät väärin tunnistamiseen (Menninger 2002). Mikäli ikääntyneen alkoholiongelma tunnistetaan, niitä usein alihoidetaan (Blow & Barry 2012). Ikääntyneet hakeutuvat usein nuorempia todennäköisemmin terveydenhuollon palveluiden piiriin, mikä kuitenkin tarjoaa mahdollisuuden paremmalle tunnistamiselle ja avulle (Barry & Blow 2016).

Ikääntyneiden kasvava väestö heijastaa tarvetta uusille, innovatiivisille ehkäisy- ja interventiotekniikoille sekä lähestymistavoille, jotka on suunnattu ikääntyville alkoholin käyttäjille. Näissä lähestymistavoissa tulisi ottaa huomioon ikääntyvien erityispiirteet kuten alkoholiin liittyvät oireet ja käyttötavat sekä fyysiset ja psyykkiset ongelmat. (Blow & Barry 2002) Näyttöön perustuvien teknikoiden ja käytäntöjen kehittäminen ikääntyneiden alkoholiongelmien ratkaisemiseksi ja varhaisen puuttumisen palvelujen tarjoamiseksi on ratkaisevan tärkeää tämän kasvavan väestön tarpeiden täyttämiseksi (Blow & Barry 2012)

2 Tausta

Tämä kirjallinen tutkielma on osa Turun avoimen yliopiston hoitotieteen aineopintoja. Aihe sai inspiraatiota Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen tutkimusohjelman kahdesta alaohjelmasta: Ikääntyvien ihmisten terveys, hoitotyö ja palvelut sekä Voimavaraistumista tukeva potilas- ja palveluohjaus (Turun yliopisto 2023). Lisäksi tutkielman tekijä pitää ikääntyvien asiakasryhmää kiinnostavana ja ajankohtaisena.

Vaikka alkoholin väärinkäyttö tai riippuvuus on merkittävä ja kasvava terveyshaaste ikääntyvien kasvavalle väestölle, ikääntyvien alkoholinkäytön hoitotuloksista on tehty vähän systemaattisia tutkimuksia (Barry & Blow 2016, Simojoki 2016). Tämän vuoksi aihetta on tarpeen tarkastella lisää.

2.1 Ikääntyneiden alkoholinkäyttö

Ikääntyneisyydelle ei pystytä asettamaan tarkkaa rajaa yksilöllisten erojen vuoksi. Yhdysvalloissa Geriatrician yhdistys on pitänyt rajana 65 ikävuotta antaessaan suosituksia ikääntyneiden alkoholinkäytöstä. (Aalto & Holopainen 2008) Ikääntyneiden alkoholinkäyttöä tarkastellessa, ikäryhmä voidaan määrittää laajaksi, 55-vuotiaista yli 80-vuotiaisiin ja sitä vanhempiin (Strand ym. 2022) Tässä tutkielmassa ikääntyneillä tarkoitetaan vähintään 55-vuotiaita.

Tyypillisesti alkoholinkulutus vähenee ikääntymisen myötä alkoholin fysiologisten vaikutusten lisääntymisen, alkoholin saatavuutta tai haluttavuutta rajoittavien lääketieteellisten ongelmien, taloudellisen paineen ja alkoholia korostavien sosiaalisten tapahtumien vähenemisen vuoksi (Menninger 2002). Alkoholinkäyttö ikääntyneiden keskuudessa on kuitenkin yleistä. Kymmenet tuhannet suomalaiset ikääntyneet ovat suurkuluttajia ja määrä tulee kasvamaan väestön ikääntyneissä. Ongelma- riski- ja liikkakäyttävien ikääntyneiden määrää ei ole tiedossa, mutta 5–10 prosenttia yli 65-vuotiaista on päihderiippuvaisia. (Salo-Chydenius 2017) Alkoholin suurempi kuluttaminen voi alkaa missä iässä tahansa. Joillakin ikääntyneille alkoholiin liittyvät ongelmat ovat saattaneet alkaa vuosikymmeniä aiemmin, kun taas toisilla alkoholin runsaampi käyttö alkaa vasta myöhemmin esimerkiksi avioeron, sairastumisen, eläkkeelle jäämisen tai muiden elämänmuutosten myötä. (Aalto & Holopainen 2008) Suuret elämänmuutokset voivat nopeuttaa tai lisätä alkoholinkäyttöä (Menninger 2002) tai toisaalta aiheuttaa retkahtamisen (Strand ym. 2022).

Ikääntyneet mainitsevat useita syitä alkoholinkäytölleen (Salo-Chydenius 2017). Alkoholista käytetään heidän keskuudessaan hauskanpitoon, juhlimiseen, sosiaalisissa tilanteissa, rentoutumis- tai päihdetarkoituksessa sekä keinona lievittää erilaisia psyykkisiä ja fyysisiä oireita. Lisäksi he saattavat käyttää alkoholia lääkinnällisillä tavoilla. (Immonen 2012, Strand ym. 2022)

Sosiaali- ja terveysministeriö ei ole antanut virallisia ohjeita ikääntyneiden alkoholinkäytöstä. Se on kuitenkin julkaissut suosituksen vuonna 2006 esitteessään *Otetaan selvää!*

Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Suositus korkeintaan kaksi alkoholiannosta yhdellä istumalla, perustaa yhdysvaltalaisen Geriatrician yhdistyksen ohjeisiin. (Hallgren 2009).

Alkoholiongelmaisen Käypä hoito -suosituksessa viitataan yhdysvaltalaisiin suosituksiin, joissa todetaan, että ilman lääkitystä olevan, terveen yli 65-vuotiaan ei tulisi ylittää kahdeksaa annosta viikossa, kolmea ja puolta annosta päivässä (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä 2018) Ikääntyneen kuuluisi pyrkiä täysraittiuteen tai käyttömäärien tulisi olla pienempiä, mikäli hänellä on lääkityksiä tai perussairauksia. Käypä hoito -suosituksen katsotaan olevan hyvä perusta, vaikkakin

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on monina vuosina suosittanut tätäkin vähäisempiä määriä. (Simojoki 2016) On hyvä muistaa, että kyse ei ole yleispätevistä kehotuksista tai säännöistä, vaan ohjeistuksista. Alkoholinkäytön riskiraja on aina yksilöllinen, joten sen löytäminen on merkittävämpää kuin alkoholinkäytön määrä ja tiheys. (Salo-Chydenius 2017)

2.2 Liiallisen alkoholinkäytön seuraukset ikääntyneillä

Alkoholinkäyttö voimistaa ikääntymisen negatiivisia vaikutuksia ja riskit lisääntyvät (Salo-Chydenius 2018). Ikääntyneillä alkoholiin liittyviä ongelmia voi esiintyä jo suhteellisen vähäisellä käytöllä (Blow & Barry 2012). Erilaisten fysiologisten kuten nestetasapainon ja lihasmassan muutosten vuoksi, ikääntyessä yksilön kyky sietää alkoholin vaikutuksia heikkenee (Simojoki 2016). Tämän vuoksi alkoholinkäyttö voi aiheuttaa ongelmia, vaikka alkoholimäärät eivät olisi lisääntyneet vuosien aikana (Menninger 2002). Koordinaatio, tasapaino, motoriikka, aistitoiminnat ja muisti heikentyvät ikääntyvillä, mutta runsas alkoholinkäyttö heikentää niistä entisestään (Salo-Chydenius 2017).

Lääkkeiden käyttö ja monet sairaudet yleistyvät ikääntymisen myötä. Tällöin riski kokea lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutuksia kasvaa, vaikkei niitä käytettäisi yhtä aikaa. (Barry & Blow 2016, Salo-Chydenius 2017) Ikääntyvään elimistöön alkoholi ja lääkkeet saattavat vaikuttaa eri mekanismeilla, alkoholi voi joko suurentaa tai pienentää lääkkeen pitoisuutta

(Salo-Chydenius 2017). Ikääntyneillä on suurempi riski saada kognitiivisia muutoksia, muisti- ja uniongelmia sekä sairastua masennukseen, syöpään, diabetekseen ja maksasairauksiin, jotka voivat liittyä raskaampaan alkoholinkäyttöön (Barry & Blow 2016).

Suosituksia on luotu terveille ja pysyväislääkitystä käyttämättömille ikääntyneille. Suosituksen ylittävää satunnaista alkoholinkäyttöä kutsutaan riskikulutukseksi. Siitä ei välttämättä koidu haittaa, ainakaan heti, mutta esimerkiksi yli 60-vuotiaille 0,5 promillen humala kasvattaa tapaturmariskin 3–5 kertaiseksi. Riskirajan ylittävää toistuvaa kulutusta kutsutaan haitalliseksi ongelmakäytöksi, josta seuraa jatkuvaa haittaa ikääntyneelle itselleen ja hänen ympäristölleen. Pitkällisen alkoholinkäytön seurauksena voi kehittyä riippuvuus, joka tarkoittaa pakonomaista kulutusta, vieroitusoireita käytön loputtua, käytön jatkumista haitoista piittaamatta sekä toleranssin kasvua. (Salo-Chydenius 2017)

Monet ikääntyneet kohtaavat monia haasteita kuten sosiaalista eristäytymistä, menetystä ja surua, taloudellisia vaikeuksia sekä fyysisiä sairauksia, joten terveydenhuollon ammattihenkilöt saattavat olettaa, että nämä oireet ovat väistämättömiä seurausta näistä vaikeuksista eivätkä välttämättä tunnista alkoholin riski- tai väärinkäyttöä. (Barry & Blow 2016)

2.3 Alkoholinkäytön tunnistaminen ja seulonta ikääntyneillä

Puheeksi ottaminen tarkoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön tekemää aloitetta esimerkiksi alkoholinkäytöstä keskustelemiseksi. Mitä aikaisemmassa vaiheessa riskit tunnistetaan, sitä pienempi on vaikeiden haittojen riski. Alkoholinkäytön puheeksi ottamisen kuuluisi olla rutiininomaista sekä aika ajoin toistuvaa ikääntyneiden palveluketjuissa ja hoitopoluissa. Puheeksi ottamisessa keskeistä on avoin, kannustava ja hyväksyvä ilmapiiri. Kun alkoholinkäytöstä tiedustellaan ja keskustellaan eri palveluissa puheeksi ottaminen ei leimaa ikääntynyttä eikä se todennäköisemmin koetaan neutraalina keskustelunaloitteena. (Strand ym. 2022)

Alkoholinkäytön ja mahdollisten haitallisten vaikutusten seulonta on ensimmäinen kriittinen askel tunnistettaessa henkilöitä, jotka saattavat tarvita perusteellista lisäarviointia ja, jotka voivat hyötyä interventioista. Seulonnassa tunnistetaan yleensä alkoholin riskikäyttö ja haitallinen käyttö. Laajemmat arvioinnit mittaavat käytön vakavuutta kuten käyttöön liittyviä ongelmia ja seurauksia sekä tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa alkoholin väärinkäyttöön. Seulonta- ja arviointiprosessin tulisi auttaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä määrittämään

asianmukainen lähestymistapa, joka sopii ikääntyneen alkoholinkäytön tasoon. (Barry & Blow 2016)

Tutkimusten mukaan ikääntyneiltä ei kysytä alkoholinkäytöstä ja jopa terveydenhuollon ammattihenkilöt katsovat esimerkiksi alakuloisuuden kuuluvan ikääntyvän henkilön arkeen. Alkoholiin liittyvät haitat ja ikääntymisestä aiheutuvat muutokset voivat sekoittaa helposti keskenään. (Salo-Chydenius 2017) Alkoholinkäyttöön liittyviä haittoja arvioitaessa tulee ottaa huomioon mahdolliset perussairaudet, tupakointi, ylipaino ja sekä erityisesti monilääkitys (Simojoki 2016). Ikääntyneet eivät ole homogeeninen ryhmä ja heidän tilanteensa voivat vaihdella lääketieteellisten sairauksien, elämäntapatekijöiden sekä alkoholinkäytön keston ja vakavuuden mukaan (Joshi ym. 2021). Siksi ikääntyneen alkoholinkäyttöä arvioitaessa tulee huomioida hänen elämänhistoriansa, sukupolvensa, sukupuolensa, sosioekonominen asemansa, elämäntilanteensa ja joskus myös se viiteryhmä, johon hän kokee kuuluvansa (Strand ym. 2022). Alkoholinkäyttömäärien tarkastelun lisäksi on syytä keskustella, miksi alkoholia käytetään, mihin ikääntynyt alkoholia tarvitsee ja mitä hyötyä siitä saadaan. Taustalla voi olla, että alkoholi on tapa tai sillä voidaan hakea lievitystä kehon tai mielen kipuihin (Salo-Chydenius 2018).

Seulonnan tavoitteena tunnistaa alkoholin riski-, ongelmakäyttäjät tai alkoholin väärinkäytöstä tai riippuvuudesta kärsivät henkilöt sekä määrittää lisäarvion tarve. Seulonta voi tapahtua erilaisissa ympäristöissä kuten perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa sekä sosiaalipalveluissa ja ensiapuosastoilla. (Blow & Barry 2002)

Terveydenhuollon ammattihenkilö voi pitää asiakkaan alkoholinkäyttöä arkaluonteisena ja henkilökohtaisena asiana, mikä saattaa entisestään korostua ikääntyneiden kohdalla. Aiheeton, mutta yleinen päihdeongelmiin linkittyvä hoitokielteisyys saattaa korostua sekä olla estävä tekijä avun pyytämiseen ja toisaalta myös tarjoamiseen. (Aalto & Holopainen 2008) Termiin "alkoholisti" liittyvä stigma ja häpeä saattavat olla voimakas pelote avun hakemiselle (Blow & Barry 2002). Alkoholinkäytöstä keskustelu on usein merkittävästi arempi aihe ikääntyneille kuin työikäisille (Simojoki 2016). Alkoholinkäyttöön liittyviä ongelmia pyritään usein salaamaan perheeltä, ystäviltä, läheisiltä ja terveydenhuollon ammattihenkilöiltä (Strand ym. 2022).

Varhainen tunnistaminen voi auttaa rajoittamaan alkoholiongelmien esiintyvyyttä sekä parantamaan ikääntyneiden yleistä terveyttä (Blow & Barry 2002). Tärkein tunnistamisen on keskustelu ikääntyneen kanssa (Strand ym. 2022). Alkoholinkäytön seulontaan on saatavilla

useita validoituja seulontatyökaluja (Joshi ym. 2021). Seulontakysymyksiin voidaan vastata perinteisesti paperilla ja kynällä, tietokoneistetulla kyselyllä tai osana kliinistä haastattelua (Barry & Blow 2016).

Maailman terveysjärjestön (WHO) kehittämä AUDIT-kysely (Alcohol Use Disorders Identification Test) on strukturoitu testi, joka sisältää kymmenen kysymystä. Sen täyttämiseen menee yleensä vain pari minuuttia ja se on todella tehokas tapa seuloa alkoholinkäyttöä työikäisillä. (Aalto & Holopainen 2008) Alkoholinkäytön tiheyttä, määriä sekä humalahakuisen alkoholinkäytön toistumista mittaavat kyselyn kolme ensimmäistä kysymystä. Nämä kertovat alkoholin käyttötapaan liittyvistä riskeistä. Seuraavat kolme kysymystä selvittävät riippuvuusoireita ja viimeiset neljä kysymystä kartoittavat alkoholista syntyviä haittoja. (Simojoki 2016) Nämä kysymykset voivat tarjota tukea päätöksentekoon koskien sitä tarvitaanko mini-interventiota vai hoitoon lähettämistä (Blow & Barry 2012). On näyttöä, ettei AUDIT-kysely toimi riittävän hyvin ikääntyneiden joukossa, vaikka on myös toisen suuntaisia tuloksia (Aalto & Holopainen 2008). CAGE-kysely (Cut Down, Annoyed, Guilty, Eye Opener) suositellaan ensisijaisesti ikääntyneiden alkoholinkäytön seulontaan. Se on neliosainen kyselylomake alkoholinkäytöstä ja nopea täyttää. Siinä kysytään elinikäisestä alkoholinkäytöstä. Tämä kysely kuitenkin havaitse alkoholin riskikäytön heikosti, sillä se ei tunnista humalahakuista alkoholinkäyttöä. (Aalto & Holopainen 2008, Joshi 2021) Michiganin yliopiston tutkijat ovat kehittäneet ikääntyneille MAST-G-kyselyn (Michigan Alcoholism Screening test – Geriatric Version) sekä lyhyemmän version SMAST-G-kyselyn käytettäväksi seulontatyökaluksi erityisesti ikääntyneiden kanssa erilaisissa tilanteissa. MAST-G-kysely sisältää kohtia, jotka ovat ainutlaatuisia ikääntyneille alkoholin ongelmakäyttäjille, ja sillä on hyvä herkkyys sekä spesifisyys ikääntyneille. (Barry & Blow 2016) Ikääntyneille validoitu CARET-työkalu (Comorbidity-Alcohol Risk Evaluation Tool) on alkoholinkäytön seulontaväline, joka tunnistaa ikääntyneet, joilla on tietynlainen terveystyhtymä ja riskit, jotka lisäävät alkoholin aiheuttamien haittojen riskiä (Han & Moore 2018).

On useita tapoja selvittää alkoholinkäytön määrää sekä siihen liittyviä haittoja. Säännöllisesti alkoholia käyttäviltä kysyttäessä määrä-tiheyskysymyksiä kuten kuinka paljon yleensä käyttää alkoholia tai kuinka usein yleensä käyttää alkoholia, pääsee kiitettävään tarkkuuteen. Tätä voidaan tarkentaa vielä kysymällä eri alkoholijuomien (miedot, viini, väkevät) käyttömäärät. Mikäli on hankaluutta vastata määrä-tiheyskysymyksiin, voidaan alkoholinkäyttöä kartoittaa käymällä läpi viimeisen 2–4 viikon alkoholinkäyttö tai hyödyntää juomapäiväkirjaa, johon

laitetaan ylös käyttämät alkoholimäärät tulevien viikkojen aikana. Ikääntyneiden alkoholinkäytön arvioon suositellaan käytettävän pääasiallisesti haastattelua ja kyselyt toimivat täydentävinä menetelminä. (Aalto & Holopainen 2008)

Kun alkoholinkäyttö on kartoitettu seulonnan avulla, voidaan sitten aloittaa interventio, johon yleensä sisältyy yksilöllistä palautetta ja neuvontaa. Käytettävissä olevat interventiot ovat erilaisia, mutta tyypillisesti ne sisältävät neuvoja sekä tarkoituksellisesti asiakaslähtöisiä ja motivoivia lähestymistapoja, jotta vältettäisiin vastustus muutokselle. (Moyer & Finney 2015) Mini-interventio on vaikuttava hoitomuoto alkoholin riskikäyttäjille ennen riippuvuuden kehittymistä (Aalto & Seppä 2007, Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä 2018). Aiheesta tehtyjen meta-analyysien mukaan kymmenestä alkoholin suurkuluttajasta yksi lopettaa kokonaan tai palaa kohtuukäyttöön. Lisäksi intervention vaikutus pysyy kohtalaisen pitkään, 1–2 vuotta. (Aalto & Seppä 2007) Vaikka mini-interventio näyttää parantavan alkoholinkäyttöön liittyviä tuloksia yli 18-vuotiailla, ikääntyneiden kohdalla näyttö tehokkuudesta ei ole yhtä vakuuttavaa (O'Donnell ym. 2014). Onkin tärkeää tarkastella kaikkia aikaisemmin kehitettyjä interventioita, jotta voidaan tunnistaa vaikuttavimmat menetelmät ikääntyneiden alkoholinkäytön vähentämiseksi.

3 Tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän kirjallisen tutkielman tarkoitus on kuvata interventioita, joiden tarkoitus on vähentää ikääntyneiden alkoholinkäyttöä. Tutkielman tavoitteena on muodostaa kokonaiskuva ikääntyvien alkoholinkäyttöä vähentävistä interventioista. Tutkielmassa haettiin vastausta seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Mitä interventioita on toteutettu ikääntyneiden alkoholinkäytön vähentämiseksi?
2. Miten vaikuttavia toteutetut interventiot ovat?

4 Menetelmät

4.1 Hakustrategia

Tutkimusaihe pilkotaan tiedonhakuprosessia varten hakuun sopivaksi. Tutkimuskysymykset tai -aihe eivät suoraan käy hakulausekkeeksi, joten tulee pohtia, mitkä käsitteet ovat tiedonhaun kannalta välttämättömiä. (Stolt ym. 2016) Käsitteet johdettiin tutkimusaiheesta, tutkimuskysymyksistä sekä tutkimuksen tarkoituksesta. Käsitteet jaettiin kolmeen aihekokonaisuuteen (taulukko 1). Suomenkielisille käsitteille haettiin englanninkieliset vastineet. Tämän jälkeen käsitteille etsittiin synonyymeja hyödyntäen tietosanakirjaa, sanakirjaa, Wikipediaa ja Googlea. Lisäksi hyödynnettiin aiheeseen sopivien väitöskirjojen ja pro gradu -tutkielmien asiasanoja. Hakulausekkeiden muodostamista varten tehtiin kokeiluhakuja eri tietokannoissa.

Taulukko 1. Hakuaihe jaettuna kolmeen hakukokonaisuuteen.

Ikääntynyt	Interventio	Alkoholinkäyttö
Vanhus	Varhainen puuttuminen	Alcohol drinking
Iäkäs	Puheeksiotto	Alcohol consumption
Senior	Early Intervention	Alcohol use
Elderly	Brief Intervention	
Older Adult	Alcohol Brief Intervention	

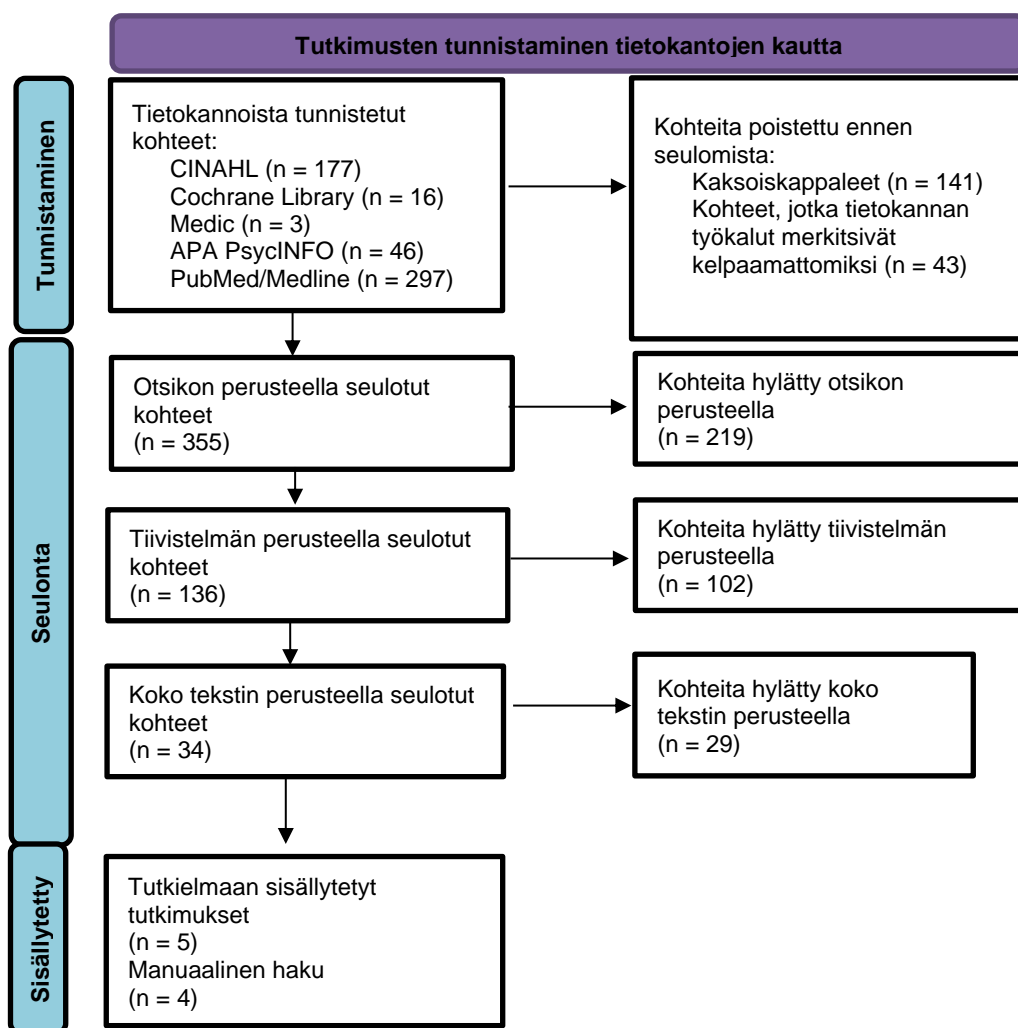
4.2 Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Mukaanotto- ja poissulkukriteereiden tarkoituksena on varmistaa, että olennaiset ja asiaankuuluvat tutkimukset tulevat mukaan katsaukseen. Kriteereiden tulee olla tarkat ja objektiiviset, jotta minimoidaan virheet päätöksissä ja valinnoissa. (Stolt ym. 2016) Kirjallisessa tutkielmassa tarkastellaan ikääntyneitä, joten yhtenä mukaanottokriteerinä oli se, että tutkittavat ovat vähintään 55-vuotiaita. Lisäksi oltiin kiinnostuneita alkoholinkäytön vähentämistä koskevista interventioista, mikä toimi myös yhtenä mukaanottokriteerinä. Kirjallisesta tutkielmasta rajattiin pois tutkimukset, jotka käsitelivät jotakin muuta päihdettä kuin alkoholi kuten tupakkaa tai huumeita. Tutkimukset, joissa tutkittavilla oli lähtökohtaisesti jokin somaattinen tai psyykinen sairaus tai interventiota käsiteltiin liitännäissairauksien kautta, rajattiin pois. Tutkielmaan haluttiin nimenomaan interventiota

käsittelevät tutkimukset, joten alkoholiseulontaa koskevat tutkimukset rajattiin pois. Tutkimusten tuli olla saatavilla tietokannoista. Haku rajattiin suomen- ja englanninkielisiin tutkimuksiin. Lisäksi niissä tietokannoissa, joissa oli valittavana "Peer Reviewed" rajaukseksi, valittiin. Rajausta tietylle ajanjaksolle ei koettu tarpeelliseksi, koska aiheesta on vähän tutkittua tietoa.

4.3 Kirjallisuuden hakuprosessi

Kirjallisen tutkielman aineiston kerättiin lokakuussa 2023 kansainvälisistä CINAHL-, Cochrane Library-, APA PsycINFO (EBSCO)- ja PubMed/Medline -tietokannoista sekä kotimaisesta Medic-tietokannasta. Perushakulausekettä muokattiin jokaiseen tietokantaan sopivaksi (Liite 1. Taulukko 2. Hakulausekkeet). Tutkielman tekijä suoritti tietokantahaun, jota täydennettiin manuaalisella tiedonhaulla tutkimusten lähdeluetteloista. Hakutulosten jäsentämisessä hyödynnettiin Zotero viitteidenhallintaohjelmaa.



Kuvio 1. PRISMA 2020 Flow-kaavio aineiston valinnasta.

Tiedonhaku tuotti kaiken kaikkiaan 539 tutkimusta. Tietokannan työkalut merkitsivät 43 tutkimusta kelpaamattomiksi kielen tai vertaisarvioinnin (peer reviewed) suhteen. Kaksoiskappaleiden poistamisen jälkeen jäljelle jäi 355 tutkimusta, joista valikoitiin otsikoiden, tiivistelmien ja koko tekstin perusteella mukaanotto- ja poissulkukriteerien mukaisesti yhteensä viisi tutkimusta kirjalliseen tutkielmaan. Lisäksi manuaalisen haun kautta valikoitui mukaan neljä tutkimusta. (kuvio 1.)

4.4 Aineiston analyysi

Aineiston analyysin tarkoitus on aikaansaada tutkittavasti ilmiöstä kokonaiskuva, joka on luotettava ja kattavat. Analyysin perustana on, että se vastaa tutkimuksen tarkoitukseen (Stolt. ym. 2016) Analysoitava aineisto piti sisällään yhdeksän tutkimusta, jotka luettiin lävitse useaan otteeseen. Aluksi tehtiin taulukko, johon kirjattiin tutkimusten tekijät, vuosi, maa sekä tutkimuksen tarkoitus, tutkimusasetelma, osallistujat, aineistonkeruu, intervention sisältö, keskeisimmät tulokset ja laadunarviointi (Liite 2. Taulukko 3. Mukaan otetut tutkimukset). Näin saatiin kokonaiskuva, mitä tutkimusta on tehty ikääntyneiden alkoholinkäyttöä vähentävistä interventioista. Tämän jälkeen tutkituista interventioista etsittiin yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia. Lisäksi pyrittiin löytämään, mikä niistä teki tehokkaita ja vaikuttavia. Tämän kirjallisen tutkielman aineiston analyysi mukaili sisällönanalyysia.

5 Tulokset

5.1 Tutkimusten kuvaus

Kirjallisen tutkielman lopullinen aineisto koostui yhdeksästä tutkimuksesta (Liite 2. Taulukko 3. Mukaan otetut tutkimukset). Tutkimukset oli toteutettu Yhdysvalloissa (n=7), Australiassa (n=1) ja Englannissa (n=1). Tutkimukset on julkaistu vuosina 1999-2020, joista suurin osa 2010-luvulla (n=6). Kaikki tutkimukset oli toteutettu kvantitatiivisin menetelmin. Suurin osa niistä oli satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia (n=5) ja loput (n=4) kvasikokeellisia tutkimuksia. Satunnaistetuissa kontrolloiduissa tutkimuksissa (n=5) oli asetelmalle kuuluvasti kontrolliryhmä. Neljästä kvasikokeellisesta tutkimuksesta kolmessa ei ollut kontrolliryhmää, mutta yhdessä oli. Tutkimusten tiedonantajat olivat iältään vähintään 55-vuotiaita ja otoskoot vaihtelivat 96 ja 3497 henkilön välillä. Osallistujat rekrytoitiin erilaisten perusterveydenhuollon organisaatioiden potilaisluetteloista tai suoraan vastaanotoilta, joilla he täyttivät seulontakyselyn. Suurimmassa osassa tutkimuksista (n=6) osallistujien alkoholinkäytön tuli olla vaarallisella, haitallisella tai riskitasolla. Muutamassa (n=3) riitti, että osallistuja oli nauttinut vähintään yhden alkoholiannoksen viimeisen viikon tai kolmen kuukauden aikana. Osassa tutkimuksista (n=3) osallistuja oli kelpaamaton osallistumaan tutkimukseen, jos hän oli saanut alkoholinkäyttöön liittyvää hoitoa viimeisen 90 päivän tai kolmen kuukauden aikana. Tutkimusaineistot oli kerätty paperikyselylomakkeilla (n=4), sähköisillä kyselylomakkeilla (n=2), strukturoiduilla yksilöhaastatteluilla (n=2) ja puhelinhaastattelulla (n=1).

5.2 Alkoholinkäyttöä vähentävät interventiot

Interventioiden tavoitteina oli alkoholinkäytön vähentäminen (Bright & Williams 2018, Fleming ym. 1999, Lin ym. 2010, Moore ym. 2010), alkoholiin liittyvien riskien ja ongelmien vähentäminen (Bright & Williams 2018, Fink ym. 2005) sekä riskittömän alkoholinkäytön ylläpitäminen (Fink ym. 2005). Käsityksen ja tietoisuuden lisääminen alkoholinkäytöstä sekä motivaation kasvattaminen käyttäytymisen muutoksiin oli myös yksi interventioiden tarkoituksista (Schonfeld ym. 2010, Scott ym. 2020). Interventioiden päämäärinä oli myös tunnistaa ikääntyneet, joiden alkoholinkäyttö asettaa heidät vaaraan (Bright & Williams 2018) sekä kouluttaa ikääntyneitä ikääntymiseen liittyvistä alkoholinkäytön riskeistä ja mahdollisesta hyödyistä sekä oppia tasapainottamaan niitä (Fink ym. 2016).

Kuusi interventioista toteutettiin perusterveydenhuollon ympäristössä (Bright & Williams 2018, Coulton ym. 2017, Fink ym. 2005, Fleming ym. 1999, Moore ym. 2010, Scott ym. 2020). Yksi interventioista toimitettiin ikääntyneen kotona tai vanhusten keskuksissa (Schonfeld ym. 2010). Kaksi interventioista oli teknologiapainotteisia, joissa hyödynnettiin joko puhelinta (Lin ym. 2010) tai internet-yhteyttä ja verkkosivustoa (Fink ym. 2016). Interventioita toteuttivat terveydenhuollon ammattihenkilöt (Moore ym. 2010, Scott ym. 2020) kuten lääkärit (Fink ym. 2005, Fleming ym. 1999), hoitajat (Bright & Williams 2018, Coulton ym. 2017, Schonfeld ym. 2010), psykologit (Bright & Williams 2018), alkoholiasiantuntijat (Coulton ym. 2017, Schonfeld ym. 2010) ja terveystasvattajat (Lin ym. 2010, Moore ym. 2010) sekä sosiaalityöntekijät (Schonfeld ym. 2010). Muutamissa interventioissa vaadittiin niiden toteuttajiltaan koulutus, jonka myötä heidät arvioitiin päteviksi intervention toteuttamiseen (Bright & Williams 2018, Coulton ym. 2017, Lin ym. 2010, Schonfeld ym. 2010, Scott ym. 2020).

Interventioiden kesto vaihteli. Niihin liittyviä istuntoja oli yksi (Bright & Williams 2018, Coulton ym. 2017, Fink ym. 2005, Lin ym. 2010, Moore ym. 2010), kaksi (Fleming ym. 1999) tai yhdestä viiteen (Schonfeld ym. 2010, Scott ym. 2020). Myös istunnon kesto vaihteli yhdestä minuutista (Moore ym. 2010) 15 minuuttiin (Fleming ym. 1999) ja 20 minuutista (Coulton ym. 2017, Lin ym. 2010) yli 40 minuuttiin (Lin ym. 2010, Schonfeld ym. 2010). Verkkopohjainen interventio piti sisällään yhdeksän osiota, jotka ikääntyneet kävivät läpi omaan tahtiin (Fink ym. 2016). Interventiot päättyivät, kun työkirja tai osiot oli käyty läpi (Fink ym. 2016, Schonfeld ym. 2010). Neljää interventiota seurasi seuranta, joka toteutettiin puhelimitse (Coulton ym. 2017, Fleming ym. 1999, Lin ym. 2010, Moore ym. 2010). Seurantapuhelun tai -puhelut soitti joko hoitaja (Coulton ym. 2017, Fleming ym. 1999) tai terveystasvattaja (Lin ym. 2010, Moore ym. 2010). Seuranta kesti kahdesta viikosta (Coulton ym. 2017, Fleming ym. 1999) enimmillään kahdeksaan viikkoon (Lin ym. 2010, Moore ym. 2010). Seurantaan liittyvien puheluiden yksi tarkoituksista oli arvioida ikääntyneen alkoholinkulutus uudelleen (Coulton ym. 2017, Lin ym. 2010, Moore ym. 2010). Puheluissa annettiin myös lisäpalautetta sekä neuvontaa ja tekniikoita alkoholinkäytön vähentämiseksi (Moore ym. 2010). Seulontakyselyitä koskevat seuranta-arvioinnit suoritettiin 30, 90 päivän (Schonfeld ym. 2010), neljän viikon (Fink ym. 2016), kolmen (Bright & Williams 2018, Fleming ym. 1999, Lin ym. 2010, Moore ym. 2010, Scott ym. 2020), kuuden (Bright & Williams 2018, Fleming ym. 1999, Scott ym. 2020) ja 12 kuukauden (Fink ym. 2005, Fleming ym. 1999, Lin ym. 2010, Moore ym. 2010) kuluttua interventiosta.

Interventiot pitivät sisällään keskustelua ikääntyneen terveystyötytymisestä (Fleming ym. 1999, Schonfeld ym. 2010), alkoholinkäytön seurauksista (Fleming ym. 1999, Lin ym. 2010, Schonfeld ym. 2010) ja alkoholinkäytön syistä (Fleming ym. 1999, Lin ym. 2010). Niissä arvioitiin aikaisempia mahdollisia lopettamisyrittäjiä (Lin ym. 2010) ja pohdittiin merkkejä, jotka johtavat alkoholinkäyttöön (Fleming ym. 1999, Schonfeld ym. 2010). Yksi intervention teemoista oli lääkehoito ja erityisesti lääkkeiden yhteisvaikutukset alkoholin kanssa sekä lääkityksen hallinta (Schonfeld ym. 2010) Alkoholinkäytön vähentämiseen annettavat neuvot olivat lyhyitä, suullisia ja kirjallisia (Moore ym. 2010).

Interventioiden taustalla oli erilaisia malleja, lähestymistapoja tai tekniikoita, jotka määrittivät interventioiden sisältöä. Motivoivan haastattelun tekniikoita käytettiin kolmessa interventiossa edistämään käyttäytymisen muutosta sekä auttamaan alkoholinkulutuksen vähentämisessä (Coulton ym. 2017, Lin ym. 2010, Moore ym. 2010). Muutaman intervention taustalla oli SBIRT-malli eli seulonta (S), mini-interventio (BI) ja lähete hoitoon (RT) (Bright & Williams 2018, Schonfeld ym. 2010, Scott ym. 2020). Seulonta (engl. screening) tunnistaa epäterveellisen käytön sekä vaaralliset alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutukset. Mini-interventio (engl. brief intervention) antaa palautetta epäterveellisestä käytöstä sekä keskittyy psyykoedukaatioon, käsityksen ja tietoisuuden lisäämiseen alkoholinkäyttöön liittyvistä riskeistä sekä kasvattamaan motivaatiota käyttäytymisen muutokseen. Lähete hoitoon (Referral to Treatment) helpottaa laajempaa tukea tarvitsevien hoitoon pääsyä. (Scott ym. 2020) Toinen taustalla ollut malli oli FRAMES-malli, joka korostaa yksilöllisen palautteen antamisen merkitystä tehokkuuden lisäämiseksi (Bright & Williams 2018).

Verkkopohjaisessa interventiossa käytettiin valikoituja käyttäytymisen muutostekniikoita kuten käyttäytymisohjeita ja demonstraatioita käyttäytymisestä tiedon tukemiseksi ja omiin kykyihin luottamisen vahvistamiseksi. Myös aktiivista oppimista, omatahtisuutta sekä ongelmakeskeisiä käsitteitä korostettiin. (Fink ym. 2016) Yksi interventioista piti sisällään Motivational Enhancement Therapy eli MET, joka käsittelee kuutta muutosmotivaation peruseriaatetta: palaute kulutuksesta, vastuu muutoksesta, yksilö muutoksen tekijänä, painokkaan terapeuttisen tyylin ylläpitäminen ja yksilön omiin kykyihin luottamisen vahvistaminen (Coulton ym. 2017). Older Wiser Lifestyles (OWL) interventio sovitettiin ikääntyneen muutosvaiheeseen eli interventio valittiin sen mukaan, kuinka valmis henkilö oli muuttamaan juomiskäyttäytymistään (Bright & Williams 2018).

Seitsemän intervention alussa ikääntyneille annettiin kattava, yksilöllinen ja henkilökohtainen palaute heidän alkoholinkäytöstään. Palautetta ei annettu enää uudelleen intervention aikana,

jälkeen tai seuranta-arviointien yhteydessä. (Bright & Williams 2018, Coulton ym. 2017, Fink ym. 2005, Fink ym. 2016, Fleming ym. 1999, Lin ym. 2010, Moore ym. 2010, Scott ym. 2020) Ikääntyneille jaettavat räätälöidyt palautteet sisälsivät heidän alkoholinkäyttönsä, alkoholiin liittyvät riskit ja ongelmat perustuen heidän vastauksiinsa alkoholinkäyttöä (Coulton ym. 2017, Fink ym. 2005, Bright & Williams 2018, Fink ym. 2016) ja terveyttä koskevissa kyselyissä (Fleming ym. 1999, Lin ym. 2010, Moore ym. 2010). Palautteen perusteella heille annettiin henkilökohtaista psykoedukaatiota (Fink ym. 2005, Fink ym. 2016). Palautteet annettiin myös ikääntyneitä hoitaville henkilöille kuten lääkäreille tai hoitajille (Fink ym. 2005, Fink ym. 2016, Fleming ym. 1999, Moore ym. 2010). Aiemmin mainitut lähestymistavat interventioiden taustalla kuten SBIRT- (Bright & Williams 2018, Schonfeld ym. 2010, Scott ym. 2020), FRAMES-malli (Bright & Williams 2018) ja MET (Coulton ym. 2017) korostavat yksilöllistä palautteenantoa.

Neljään interventioon sisältyi ikääntyneille jaettava kirjanen (Coulton ym. 2017, Fleming ym. 1999, Lin ym. 2010, Moore ym. 2010). Kirjaset käsittelivät alkoholia ja ikääntymistä (Lin ym. 2010, Moore ym. 2010), yleistä terveyttä (Fleming ym. 1999) sekä liiallisen alkoholinkäytön seurauksia sekä tiedon siitä, mistä paikallisesti voi hakea apua alkoholiongelmiin (Coulton ym. 2017).

Kahdessa interventiossa tehtiin ikääntyneen kanssa alkoholinkäyttösopimus (Fleming ym. 1999, Lin ym. 2010). Terveyskasvattaja rohkaisi puheluissaan ikääntynyttä tekemään alkoholinkäyttösopimuksen ja mikäli sellainen laadittiin, sitä tarkasteltiin jäljellä olevissa puheluissa (Lin ym. 2010). Alkoholinkäyttösopimus kirjattiin reseptimuotoon (Fleming ym. 1999).

5.3 Alkoholinkäyttöä vähentävien interventioiden vaikutukset

Interventioiden vaikutukset liittyivät ikääntyneiden alkoholikulutukseen (Bright & Williams 2018, Coulton ym. 2017, Fink ym. 2005, Fink ym. 2016, Fleming ym. 1999, Moore ym. 2010), alkoholinkäyttöön liittyvään luokitukseen (Fink ym. 2005, Lin ym. 2010, Schonfeld ym. 2010, Scott ym. 2020), alkoholinkäyttöön liittyviin haittoihin (Bright & Williams 2018, Coulton ym. 2017) sekä alkoholinkäyttöiheyteen (Fink ym. 2016). Näiden mittaamiseen käytettiin kyselylomakkeita (Bright & Williams 2018, Coulton ym. 2017, Fink ym. 2005, Fink ym. 2016, Moore ym. 2010, Lin ym. 2010, Schonfeld ym. 2010, Scott ym. 2020) ja strukturoitua yksilöhaastattelua (Fleming ym. 1999). Kyselylomakkeina olivat eri seulontamenetelmät kuten CARET-työkalu (Lin ym. 2010, Moore ym. 2010), AUDIT-kysely

(Coulton ym. 2017, Schonfeld ym. 2010) ja sen lyhyempi versio AUDIT-C-kysely (Bright & Williams 2018, Scott ym. 2020) sekä ARPS-kysely (Fink ym. 2016) ja sen eri versiot kuten tietokoneistettu CARPS-versio (Fink ym. 2005) ja australialaiseen kulttuuriin sopivaksi muokattu A-ARPS-kysely (Bright & Williams 2018). Strukturoitu yksilöhaastattelu piti sisällään kysymyksiä alkoholinkäytöstä, raittiista viikoista, vieroitusoireista, lääkkeistä, masennusoireista, vammoista sekä sairaala- ja ensiapukäynneistä (Fleming ym. 1999).

Henkilökohtaisen palautteen antaminen ikääntyneille heidän alkoholinkulutuksestaan sekä psykoedukaatio alkoholinkäytöstä, vähensi heidän haitallista alkoholinkäyttöään 12 kuukauden aikana (Fink ym. 2005). Ikääntyneen alkoholinkulutusta vähensi myös muutosvaiheeseen sovitettava interventio, jossa interventio sovitettiin ikääntyneen valmiuteen muuttaa juomiskäyttäytymistään. Alkoholinkulutus väheni riippumatta siitä, kuinka monta interventioistuntoa ikääntynyt sai. Myös alkoholiin liittyvät haitat vähenivät kuuden kuukauden ajan, tämän intervention avulla, jonka taustalla olivat FRAMES- ja SBIRT-malli. (Bright & Williams 2018) Ikääntyneiden alkoholinkulutus väheni merkittävästi kolmen kuukauden kuluessa, kun heille annettiin lääkärin lyhytneuvonta, joka sisälsi palautteen ikääntyneen alkoholinkäytöstä, alkoholikäyttösopimuksen laatimisen sekä keskustelua ikääntyneen terveystottumuksista, alkoholinkäytön seurauksista ja merkeistä, jotka johtavat alkoholinkäyttöön. Lääkärin lyhytneuvonnan saaneet vähensivät alkoholinkäyttöään 12 kuukauden kuluessa noin viisi annosta viikossa. (Fleming ym. 1999) Alkoholinkäyttöön liittyvät haitat vähenivät (Schonfeld ym. 2010) ja alkoholinkäyttöön liittyvä luokitus laski ikääntyneillä (Scott ym. 2020), kun heille annettiin mini-interventio, jossa käsiteltiin ikääntyneen terveystottumuksia, alkoholinkäytön seurauksia sekä pohdittiin tekijöitä, jotka johtavat käyttämään alkoholia (Schonfeld ym. 2010). Mini-interventiossa hyödynnettiin motivoivan haastattelun tekniikoita (Schonfeld ym. 2010) tai sen taustalla oli SBIRT-malli, johon lukeutuvat mini-interventio lisäksi seulonta ja lähete hoitoon (Scott ym. 2020).

Alkoholinkulutus ja alkoholiin liittyvät haitat vähenivät (Moore ym. 2010) sekä alkoholinkäyttöön liittyvä luokitus laski (Lin ym. 2010) kolmen kuukauden kohdalla, kun ikääntyneet saivat moniulotteisen intervention, joka piti sisällään henkilökohtaisen riskiraportin, suulliset ja kirjalliset neuvot, alkoholinkäyttösopimuksen sekä vähintään yhden terveystasvattajan soiton. Kyseiset vähennykset saavutettiin kolmen kuukauden seurantapisteeseen, mutta tulokset pysyivät samoin 12 kuukauden kohdalla (Lin ym. 2010, Moore ym. 2010). Terveystasvattajan soitto oli kohtalaisen tehokas vähentämään lyhyellä aikavälillä alkoholin riskikäyttöä ikääntyneillä (Lin ym. 2010).

Porrastetussa hoitointerventiossa ikääntyneet saivat aluksi yhden istunnon verran käyttäytymisneuvontaa, jonka jälkeen tarpeen mukaan kolme käyntiä alkoholiterapeutilla sekä lähetteen erikoissairaanhoidon. Kyseistä interventiota koskevassa tutkimuksessa kontrolliryhmä sai viiden minuutin strukturoidun neuvonnan hoitajalta, mikä sisälsi palautteenannon ja tulkinnan seulontatuloksista sekä neuvoja alkoholinkulutuksen vähentämiseen sekä kirjaseen. Interventio- ja kontrolliryhmä vähensivät merkittävästi alkoholinkulutustaan 12 kuukauden kohdalla. Ryhmien välillä ei havaittu merkittäviä eroja 12 kuukauden kohdalla alkoholinkulutuksessa tai alkoholiin liittyvissä haitoissa, mikä viittaa siihen, etteivät intensiivisemmät interventiot tuota mitään etua seulonnan ja mini-intervention lisäksi. (Coulton ym. 2017)

Vaikka ikääntyneen alkoholinkäyttöä koskevan palautteen antaminen ikääntynyttä hoitavalle lääkärille vähentää tehokkaasti ikääntyneen alkoholinkulutusta, se ei laske ikääntyneen alkoholinkäyttöön liittyvää riskiluokitusta (vaaraton, vaarallinen, haitallinen) tehokkaammin kuin vain ikääntyneelle itselleen annettu palaute. (Fink ym. 2005)

Verkkopohjaisessa interventiossa alkoholinkulutus tai -käyttötiheys eivät muuttuneet merkittävästi neljän viikon tiedonkeruujakson aikana. Osallistujilta kysyttiin, muuttivatko he alkoholinkäyttöään viimeisen neljän viikon aikana ja jos muuttivat niin, miten (vähemmän, saman verran vai enemmän). Vaikka interventioryhmä ei eronnut kontrolliryhmästä lähtötilanteessa tai seurannassa, interventioon osallistuneet ilmoittivat käyttäneensä alkoholia vähemmän. Lähes kaikki tutkittavat suosittelivat interventiossa käytettyä verkkosivustoa ja yli puolet sanoivat verkkosivuston käytön muuttaneen heidän suhtautumistaan alkoholinkäyttöön. (Fink ym. 2016)

6 Tutkimusten laadunarviointi

Tutkimusten laadunarvioinnin suoritti tutkielman tekijä. Kirjalliseen tutkielmaan valitut tutkimukset arvioitiin ja pisteytettiin Joanna Briggs Instituutin (JBI) suomenkielisillä joko satunnaistetun kontrolloidun tai kvasikokeellisen tutkimuksen arviointikriteeristöillä (Hoitotyön tutkimussäätiö 2023). Sopivin arviointikriteeristö valittiin tutkimusasetelman mukaan. Kriteerien toteutumista arviointiin ei, kyllä, epäselvä tai ei sovellettavissa ja jokaiselle tutkimukselle laskettiin pisteet. Satunnaistettujen kontrolloitujen tutkimusten pisteet vaihtelivat yhdeksästä kymmeneen pisteeseen maksimipistemäärän ollessa kolmetoista, kvasikokeelliset tutkimukset saivat kuudesta kahdeksaan pistettä yhdeksästä (Liite 2. Taulukko 3. Mukaan otetut tutkimukset). Laadunarviointia ei käytetty sisäänottokriteerinä.

Kaikissa tutkimuksissa (n=9) käsiteltiin tutkimuksen luotettavuuteen liittyviä asioita. Tutkimuksen luotettavuutta ja tulosten yleistettävyyttä heikentävä tekijänä yleisemmin mainittiin, että tutkimusotos oli pääosin terveitä, valkoisia, ja hyvin koulutettuja miehiä (Coulton ym. 2017, Fink ym. 2005, Lin ym. 2010, Moore ym. 2017). Muita tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavina tekijöinä nimettiin tutkimusaineiston mahdollinen saastuminen (Fink ym. 2005, Moore ym. 2010), kontrolliryhmän puute (Bright & Williams 2018, Fink ym. 2016, Moore ym. 2010, Scott ym. 2020), organisaation valmiudet (Moore ym. 2010, Scott ym. 2020), mittaamattomat tutkittavien ominaisuudet kuten motivaatio (Fink ym. 2005, Lin ym. 2010), tutkittavien itsearviointin luotettavuus (Fink ym. 2005, Fleming ym. 1999, Moore ym. 2010), tutkimuksen ja/tai seurannan pituus (Bright & Williams 2018, Moore ym. 2010, Schonfeld ym. 2010) sekä pieni otoskoko (Fink ym. 2016, Schonfeld ym. 2010).

7 Pohdinta ja johtopäätökset

7.1 Pohdinta

Ikääntyneiden alkoholinkäyttöä eniten vähentävät heille annetut henkilökohtaiset palautteet heidän alkoholinkäytöstään sekä niihin perustuva psykoedukaatio (Bright & Williams 2018, Coulton ym. 2017, Fink ym. 2005, Fink ym. 2016, Fleming ym. 1999, Lin ym. 2010, Moore ym. 2010, Scott ym. 2020) Intensiivisemmät interventiot eivät tuoneet lisätehoa (Coulton ym. 2020). Perusterveydenhuolto on kelpo ympäristö alkoholinkäyttöä vähentävien interventioiden antamiselle (Bright & Williams 2018, Coulton ym. 2017, Fink ym. 2005, Fleming ym. 1999, Moore ym. 2020, Schonfeld ym. 2020). Teknologiapainotteiset interventiot, joissa käytetään puhelinta (Fink ym. 2016) tai internet-yhteyttä ja verkkosivustoa, voivat tukea ja toimia hyvänä lisänä terveydenhuollon vastaanotolla annettaviin interventioihin (Lin ym. 2010).

Ikääntyneet voivat vähentää tehokkaasti alkoholinkulutustaan ja muuttaa alkoholinkäyttötottumuksiaan, kun he saavat henkilökohtaisen palautteen alkoholinkäytöstään ja heille annetaan psykoedukaatiota siihen liittyen (Fink ym. 2005, Moore ym. 2010). Tyypillisesti interventiot sisältävät henkilökohtaisen palautteen, joka perustuu henkilön vastauksiin seulontakyselyssä sekä yleisiä neuvoja alkoholinkäytön vähentämiseksi tai lopettamiseksi (Barry & Blow 2016). Pelkästään ikääntyneille kohdistettujen alkoholinkäyttörajojen antaminen voi riittää vähentämään merkittävästi alkoholinkäyttöä (Moore ym. 2010). Tehokkaat interventiot kuten mini-interventio noudattavat yleensä FRAMES-mallia tai Suomessa siitä johdettua RAAMIT-mallia. Mallissa valetaan henkilöön rohkeutta (R) ja uskoa onnistumiseen. Hänelle annetaan palautetta ja tietoa alkoholinkäytöstä suhteutettuna hänen löydöksiinsä ja oireisiin (A). Mallissa henkilöä avustetaan päätöksessä lopettaa tai vähentää alkoholinkäyttöä (A) sekä häneen suhtaudutaan empaattisesti, ymmärtävästi, lämpimästi ja reflektioivasti (M). Henkilöllä itsellään on vastuu ja hänen on itse päätettävä vähentää alkoholinkäyttöään (I). Mallissa luodaan vaihtoehtoisia strategioita alkoholinkäytön vähentämiseksi (T). (Blow & Barry, Menninger 2002, Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä 2018)

Vakuuttavaa näyttöä ei löydetty siitä, että intensiivisemmät interventiot, joissa on esimerkiksi useampia istuntoja alkoholiterapeutin kanssa, tarjoaisivat mitään lisähyötyä yksinkertaisen

seulonnan ja palautteenannon lisäksi (Coulton ym. 2017). Suurin osa alkoholia väärinkäyttävistä ei tarvitse erikoishoitoa, vaan useat hyötyvät alkoholinkäyttöä koskevasta seulonnasta ja mini-interventiosta (Barry & Blow 2016). Alkoholiongelmaisen hoitoa koskevan Käypä hoito -suosituksen (2018) mukaan alkoholia haitallisesti käyttävien ensisijainen hoito on mini-interventio (engl. brief intervention), jolla pyritään vähentämään alkoholin liikkakäyttöä sekä ehkäisemään siitä aiheutuvia haittoja. Suositus toteaa myös mini-intervention olevan yhtä tehokas kuin intensiivisempi interventio alkoholin riskikäytön hoitona. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä 2018)

Ikääntyneet kävivät hyvin intervention istunnoilla, joissa he tapasivat esimerkiksi sairaanhoitajan tai psykologin. Tämä saattoi johtua terveystalvelujen sijainnista. (Bright & Williams 2018) Useimmat ikääntyneet käyttävät säännöllisesti perusterveydenhuollon palveluja, mikä tarjoaa ainutlaatuisen mahdollisuuden kysyä heidän terveystalveluistaan (Moore ym. 2010) sekä tunnistaa ja hoitaa ikääntyneitä alkoholinkäyttäjiä (Fleming ym. 1999). Perusterveydenhuollon järjestelmä on edelleen yksi tehokkaimmista ja toimivimmista ympäristöistä, joissa voidaan havaita ikääntyneiden alkoholinkäyttö (Barry & Blow 2016). Kun perusterveydenhuollon yksiköissä on sovittu selkeät toimintatavat koskien puheeksi ottamista, mini-interventiota sekä tarvittaessa hoitoon ohjaamista, ikääntyneiden alkoholinkäytön puheeksi ottamisesta ja siihen liittyvistä jatkotoimenpiteistä tulee rutiininomaista (Strand ym. 2022).

Internet on tunnustettu vuosien ajan tärkeäksi osaksi terveydenhuoltoa (Fink ym. 2016) ja puhelinpohjaisella interventiolla on nähty olevan useita etuja (Lin ym. 2010) Monia yhteiskunnallisia palveluja on digitalisoitu ja kasvokkain tapahtuvien palvelujen saaminen on joltain osin muuttunut vaikeammaksi (Heponiemi ym. 2023). Verkko- ja puhelinpohjaista interventiota voitaisiin käyttää perusterveydenhuollossa kasvokkain tapahtuvan psykoedukaation täydentäjänä keventäen taakkaa (Fink ym. 2016, Lin ym. 2016). Ne voitaisiin sisällyttää osaksi laajempaa terveydenhuollon alkoholinkäytön seulontaa ja psykoedukaatiota. (Fink ym. 2016) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen DigiIN-hankkeessa tehtyjen tutkimusten mukaan nuorempiin ikäpolviin verrattuna harvempi ikääntynyt käyttää verkkopalveluja. Vuonna 2020 noin kolmannes 70 vuotta täyttäneistä ei käyttänyt lainkaan internetiä sähköisessä asiointissa. On siis tärkeää huomioida, vaikka osa ikääntyneistä osaakin käyttää verkkopalveluja itsenäisesti, osa tuettuna, on osalle tarjottava kasvokkain tapahtuvaa palvelua. (Heponiemi ym. 2023)

Neljän valitun tutkimuksen luotettavuutta heikensi se, että tutkittavat olivat pääosin terveitä, valkoisia, ja hyvin koulutettuja miehiä (Coulton ym. 2017, Fink ym. 2005, Lin ym. 2010, Moore ym. 2017). Jatkossa tulisi pohtia, kuinka tutkimukseen saisi osallistumaan syntyperältään, koulutustaustaltaan ja sukupuoleltaan erilaisia ikääntyneitä.

7.2 Johtopäätökset

Tämän kirjallisen tutkielman perusteella voidaan todeta, että ikääntyneiden alkoholinkäyttö vähenee, kun heille annetaan palautetta heidän alkoholinkäytöstään. Palautteen tulee olla perusteellista, henkilökohtaista ja yksilöllistä heidän alkoholinkäytöstään seulonnan tulosten pohjalta. Kestollisesti lyhytkin alkoholinkäyttöön liittyvä neuvonta voi riittää ikääntyntä muuttamaan alkoholinkäyttöään.

8 Jatkotutkimusehdotukset

Tähän tutkielmaan valittujen tutkimusten interventiot säilyttivät usein saman vaikutuksen eri seurantapisteissä. Lisäksi interventio saattoi olla ohi jo yhden istunnon myötä. Tämän vuoksi olisi syytä tutkia kvantitatiivisin menetelmin interventiota, jonka toteutus jakautuu pidemmälle aikavälille ja katsoa, muuttuuko sen vaikutus 12 kuukauden kohdalle. Seuranta-aika voisi olla tätäkin pidempi.

Lisäksi olisi mielenkiintoista selvittää kvalitatiivisin menetelmin sekä ikääntyneiden että intervention antajien kokemuksia interventiosta ja puheeksi ottamisesta ja katsoa, mitä niistä voitaisiin ammentaa interventioiden kehittämiseen ja kouluttamiseen sekä ikääntyneiden alkoholinkäytön vähentämiseksi. Ikääntyneiden kokemuksia koskevassa jatkotutkimuksessa tulisi yhtenä tekijänä huomioida motivaatio, jonka huomiotta jättäminen oli nimettynä tässä tutkielmassa mukana olleiden kahden tutkimuksen luotettavuutta heikentävänä tekijänä.

Lähteet

- Aalto M. & Holopainen A. (2008) Ikääntyneiden alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen ja hoito. *Duodecim* **124**, 1492–8.
- Aalto M. & Seppä K. (2007) Mini-interventio – terveydenhuollon keino vähentää alkoholihaittoja. Kansanterveyslaitoksen *Kansanterveys* **3**, 14–15.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101976/kansanterveys307final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Barry K. & Blow F. (2016) Drinking Over the Lifespan: Focus on Older Adults. *Alcohol Research: Current Reviews* **38**(1), 115-120.
- Blow F. & Barry K. (2002) Use and Misuse of Alcohol among Older Women. *Alcohol Research & Health* **26**(4), 308-315.
- Blow F. & Barry K. (2012) Alcohol and Substance Misuse in Older Adults. *Current Psychiatry Reports* **14**(4), 310-319.
- Bright S. & Williams C. (2018) Evaluation of Australia's first older-specific early intervention for reducing alcohol-related harm. *Australian Health Review* **42**(6), 676-679.
- Coulton S., Bland M., Crosby H., Dale V., Drummond C., Godfrey C., Kaner E., Sweetman J., McGovern R., Newbury-Birch D., Parrot S., Tober G., Watson J. & Wu Q. (2017) Effectiveness and Cost-effectiveness of Opportunistic Screening and Stepped-care Interventions for Older Alcohol Users in Primary Care. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)* **52**(6), 655-664.
- Fink A., Elliot M., Tsai M & Beck J. (2005) An Evaluation of an Intervention to Assist Primary Care Physician in Screening and Educating Older Patients Who Use Alcohol. *Journal of the American Geriatrics Society* **53**(11), 1937-1943.
- Fink A., Kwan L., Osterweil D., Van Draanen J., Cooke A. & Beck J. (2016) Assessing the Usability of Web-Based Alcohol Education for Older Adults: A Feasibility Study. *JMIR Research Protocols* **5**(1), e11.
- Fleming M., Manwell L., Barry K., Adams W. & Stauffacher E. (1999) Brief Physician Advice for Alcohol Problems in Older Adult – A Randomized Community-Based Trial. *The Journal of Family Practice* **48**(5), 378-384.

- Hallgren M., Hogberg P. & Andreason S. (2009) Alcohol consumption among elderly European Union citizen. Health effects, consumption trends and related issues. *Swedish Public Health 2009*.
- Han B. & Moore A. (2018) Prevention and Screening of Unhealthy Substance Use by Older Adults. *Clinics in Geriatric Medicine* **34**(1), 117-129.
- Helldán A. & Helakorpi S. (2014) Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2013 ja niiden muutokset 1993–2013. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, *Raportti 15/2014*.
- Heponiemi T., Kainiemi E. & Saukkonen P. (2023) Digitaalisuus haastaa ikääntyneiden yhdenvertaisen palvelujen saannin. Vanhustyön keskusliitto. <https://vtkl.fi/digitaalisuus-haastaa-ikaantyneiden-yhdenvertaisen-palvelujen-saannin>
- Hoitotyön tutkimussäätiö. (2023) Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI). <https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/>
- Immonen S. (2012) Perspectives on Alcohol Consumption in Older Adults. Faculty of Medicine University of Helsinki. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/2218c6e0-14e4-4e0f-b83e-946e4a27e7b0/content>
- Joshi P., Duong K., Trevisan L. & Wilkins K. (2021) Evaluation and Management of Alcohol use Disorder among Older Adults. *Current Geriatrics Reports* **10**(3), 82-90.
- Lin J., Tang L., Barry K., Blow F., Davis J., Ramirez K., Welgreen S., Hoffing M. & Moore A. (2010) Do health educator telephone calls reduce at-risk drinking among older adults in primary care? *Journal of general internal medicine*. **25**(4) 334-339.
- Menninger J. (2002) Assessment and Treatment of Alcoholism and Substance-related Disorders in the Elderly. *Bulletin of the Menninger Clinic* **66**(2), 166-183.
- Moore A., Blow F., Hoffing M., Welgreen S., Davis J., Lin J., Ramirez D., Liao D., Tang L., Gould R., Gill M., Chen O. & Barry K. (2010) Primary Care-based Intervention to Reduce At-risk Drinking in Older Adults: a Randomized Controlled Trial. *Addiction (Abing, England)* **106**(1), 111-120.

Moyer A. & Finney J. (2015) Brief Interventions for Alcohol Misuse. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne* **187**(7), 502-506.

O'Donnell A., Anderson P., Newbury-Birch D., Schulte B., Schmidt C., Reimer J. & Kaner E. (2014) The Impact of Brief Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews. *Alcohol & Alcoholism* **49**(1), 66-78.

Salo-Chydenius S. (2017) Ikääntyneet ja päihteidenkäyttö. Pähdelinkki.fi.

Salo-Chydenius S. (2018) Vanhusten päihdeongelmat ja mielen hyvinvointi – kuinka otan puheeksi? *Yleislääkäri – Allmänläkaren* **33**(5), 20–23.

Schonfeld L., King-Kallimanis B., Duchene D., Etheridge R., Herrera J., Barry K. & Lynn N. (2010) Screening and Brief Intervention for Substance Misuse among Older Adults: The Florida BRITE project. *American Journal of Public Health* **100**(1), 108-114.

Scott D., Petras H., Kalu N., Cain G., Johnson D., Sloboda Z. & Taylor R. (2020) Implementation of Screening, Brief Intervention and Referral for Treatment in the Aging Network of Care to Prevent Alcohol Recreational Drug and Prescription Medication Misuse. *Prevention Science* **21**(7), 972-978.

Simojoki K. (2016) Ikäihmisten alkoholinkäytön riskit, tunnistaminen ja hoito. *Suomen lääkärilehti – Finlands läkartidning* **71**(6), 403–407.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. (2018) Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus.
<https://www.kaypahoito.fi/xmedia/hoi/hoi50028.pdf>

Strand T., Aho K. & Rapeli S. (2022) Puheeksiotto on ajan antamista ikääntyneelle. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen *Ohjaus-sarja* **1**.
<https://www.julkari.fi/handle/10024/143961>

Stolt M., Axelin A. & Suhonen R. (toim.) (2016) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisusarja. Tutkimuksia ja raportteja. A: 73/2016.

Turun yliopisto (2023) Hoitotieteen tutkimusohjelma.
<https://www.utu.fi/fi/yliopisto/laaketieteellinen-tiedekunta/hoitotieteen-laitos/tutkimus/tutkimusohjelma>

Liitteet

Liite 1. Taulukko 2. Hakulausekkeet

PÄIVÄMÄÄRÄ	TIETOKANTA	HAKULAUSEKE	RAJAUKSET	TULOSMÄÄRÄ
5.10.2023	CINAHL	(MH "Aged+" OR elderl* OR "older adult*" OR senior*) AND (MH "Early Intervention+" OR "early intervention" OR "brief intervention" OR "alcohol brief intervention") AND (MH "Alcohol Drinking+" OR "alcohol drinking" OR "alcohol consumption" OR "alcohol us*")	ENGLANTI PEERVIEWED	162
5.10.2023	COCHRANE	(elderl* OR older NEXT adult* OR senior*) AND (early NEXT intervention OR brief NEXT intervention OR alcohol NEXT brief NEXT intervention) AND (alcohol NEXT drinking OR alcohol NEXT consumption OR alcohol NEXT us*)	ENGLANTI	16 (Trials)
5.10.2023	MEDIC	ikäänty* vanhu* iäk* senior* elderl* "older adult*" <p>alkoholinkäyt* "alcohol drinking" "alcohol consumption" "alcohol us*"</p> <p>puheeksiot* "puheeksi ottami*" "varhainen puuttuminen" interventio* "early intervention" "brief intervention" "alcohol brief intervention"</p>	ENGLANTI	3
5.10.2023	PSYCINFO	(elderl* OR "older adult*" OR senior*) AND (DE "Early Intervention" OR DE "Brief Interventions"	ENGLANTI PEERVIEWED	33

		OR “early intervention” OR “brief intervention” OR “alcohol brief intervention”) OR (DE “Alcohol Use” OR “alcohol drinking” OR “alcohol consumption” OR “alcohol us*”)		
5.10.2023	PUBMED	(“Aged”[Mesh] OR elderl* OR “older adult*” OR senior*) AND (“Early Intervention, Educational”[Mesh] OR “early intervention” OR “brief intervention” OR “alcohol brief intervention”) AND (“Alcohol Drinking”[Mesh] OR “alcohol drinking” OR “alcohol consumption” OR “alcohol us*”)	ENGLANTI	282

Liite 2. Taulukko 3. Mukaan otetut tutkimukset

Tutkimuksen tekijä, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusasetelma	Osallistujat	Aineistonkeruu	Intervention sisältö ja keskeisimmät tulokset	Laadunarviointi
Bright & Williams 2018 Australia	Arvioida, liittyykö varhainen interventio alkoholinkulutuksen vähenemiseen ja/tai alkoholiin liittyvien haittojen kokemisen pienenemiseen.	Kvasikokeellinen tutkimus (uudelleentarkastelu datasta, joka aiemmin kerätty)	Yli 60-vuotiaat alkoholia vähintään yhden (1) annoksen viimeisen kuukauden aikana käyttäneet (n = 140)	Kysely (AUDIT-C ja A-ARPS)	OWL-käsikirjan mukainen interventio Kuuden kuukauden kohdalla havaittiin merkittäviä laskuja A-ARPS-luokituksessa ja AUDIT-C-pisteissä kaikkien tutkittavien keskuudessa riippumatta tapaamisten lukumäärässä tai interventionryhmästä.	JBI 6/9
Coulton ym. 2017 Englanti	Verrata vaiheittaisen hoidon intervention kliinistä tehokkuutta perusterveydenhuollon ikääntyvien vaarallisten alkoholinkäyttäjien hoitoon tarkoitettuun minimaaliseen interventioon.	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	Alkoholiseulonnassa vaarallisesta alkoholinkäytöstä positiivisen tuloksen saaneet yli 55-vuotiaat (n = 529)	Kysely (AUDIT, seitsemän kohdan juomaongelmaindeksi, SF12 lomake)	Motivoiva haastattelu Alkoholin kulutus väheni molemmissa ryhmissä, mutta ryhmien välillä ei ollut merkittävää eroa.	JBI 10/13
Fink ym. 2005 Yhdysvallat	Arvioida, vähentääkö lääkäreille ja ikääntyneille tarjotut henkilökohtaiset raportit alkoholinkäytön riskeistä ja hyödyistä sekä psykoedukaatio alkoholiin liittyviä riskejä ja ongelmia.	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	Lääkärit (n = 23) ja yli 65-vuotiaat potilaat (n = 665)	Kysely (CARPS)	Henkilökohtainen palauteraportti ja psykoedukaatio Perusterveydenhuollossa ikääntyneet voivat vähentää tehokkaasti alkoholinkäyttöään ja muita alkoholinkäyttöön liittyviä riskejä, kun heille annetaan	JBI 10/13

					henkilökohtaista tietoa alkoholinkäytöstä ja terveydestä.	
Fink ym. 2016 Yhdysvallat	Tarkastella verkkopohjaisen opetuksellisen intervention toteutettavuutta vähintään 55-vuotiaiden yhteisössä asuvien nykyisten alkoholinkäyttäjien otoksessa ja tarkastella sen vaikutuksia alkoholikäytön määrään ja tiheyteen, alkoholikäytön yleisten ohjeiden noudattamiseen ja alkoholiin liittyviin riskeihin.	Kvasikokeellinen tutkimus	Yli 55-vuotiaat itsenäisesti yhteisössä asuvat (n = 96)	Kysely (ARPS)	Verkkopohjainen koulutusohjelma Neljän viikon seurannassa interventioryhmä ilmoitti käyttäneensä alkoholia vähemmän. Yhteisössä asuvat ikääntyneet ovat vastaanottavaisia verkossa tapahtuvalle psykoedukaatiolle.	JB1 8/9
Fleming ym. 1999 Yhdysvallat	Testata lääkärin lyhytneuvonnan tehokkuutta alkoholikäytön vähentämisessä 65-vuotialle ja sitä vanhemmilla ongelmakäyttäjillä.	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	Vähintään 65-vuotiaat alkoholin ongelmakäyttäjät (n = 158)	Arviointihaastattelu (mm. alkoholinkäyttö, humalahakuisen alkoholinkäyttäjaksot, raittiit viikot, vieroitusoireet ja alkoholiongelmien hoito)	Terveyskirjanen ja lääkärin lyhytneuvonta Lääkärin lyhytneuvonta voi vähentää ikääntyneiden alkoholinkäyttöä yhteisöllisessä perusterveydenhuollossa.	JB1 10/13
Lin ym. 2010 Yhdysvallat	Selvittää, onko terveyskasvattajan puhelinpohjainen interventio tehokas vähentämään alkoholin riskikäyttöä ikääntyvien keskuudessa perusterveydenhuollossa.	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	Perusterveydenhuollon ikääntyvät potilaat (n = 310)	Kysely (CARET)	Terveyskirjanen, henkilökohtainen palauteraportti, lääkärin neuvot ja terveyskasvattajan soitot Terveyskasvattajan puhelinpohjainen interventio oli kohtalaisen tehokas vähentämään riskialtista alkoholinkäyttöä ikääntyvien	JB1 9/13

					keskuudessa kolmen kuukauden kohdalla, jotka saivat monitahoista hoitoa perusterveydenhuollossa.	
Moore ym. 2010 Yhdysvallat	Tarkastella vähentääkö monipuolinen interventio perusterveydenhuollossa ikääntyvien alkoholin riksikäyttäjien alkoholin riskikäyttöä ja kulutusta.	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	Yli 55-vuotiaat, jotka ovat alkoholin riskikäyttäjii (n = 631)	Kysely (CARET, TLFB)	Henkilökohtainen palauteraportti, juomapäiväkirja, suulliset ja kirjalliset neuvot perusterveydenhuollon tarjoajalta Monipuolinen interventio ikääntyvien alkoholin riskikäyttäjien keskuudessa perusterveydenhuollossa ei vähennä riskikäyttäjien tai runsaiden alkoholinkäyttäjien osuutta, mutta vähentää alkoholinkäyttöä 12 kuukauden kohdalla.	JB1 9/13
Schonfeld ym. 2010 Yhdysvallat	Kehittää ja tarkastella Florida Brief Intervention and Treatment for Elders (BRITE) -projektin tehokkuutta, joka on valtion rahoittama kolmivuotinen pilottiohjelma ikääntyvien päihteiden väärinkäyttäjien seulontaa ja lyhytinterventiota varten.	Kvasikokeellinen tutkimus	Ikääntyneet (n = 3497)	Kysely (esiseulontahaastattelu, AUDIT, SMAST-G, kysymykset resepti- ja käsikauppalääkkeiden käytöstä, kartoitus laittomien huumeidenkäytöstä, SGDS)	BRITE Health Promotion Workbook-työkirjan mukainen interventio Lyhytintervention saaneilla oli parannusta alkoholinkäytön, lääkkeiden väärinkäytön ja masennuksen suhteen.	JB1 6/9
Scott ym. 2020 Yhdysvallat	Dokumentoida SBIRT:n käyttöönoton esteitä ja edistäjiä sekä arvioida, voidaanko ikääntyneitä rekrytoida ja pitää	Kvasikokeellinen tutkimus	60–90-vuotiaat (n = 302)	Kysely (AUDIT-C ja DAST)	Lyhytinterventio sisältäen palautteenannon, psykoedukaation Ikääntyviä on mahdollista rekrytoida ja pitää heidät	JB1 6/9

	mukana tässä ohjelmassa.				mukana kuuden kuukauden ajan. Päähteiden käyttöaste väheni ajan myötä.	
--	--------------------------	--	--	--	--	--