

## Ikääntyneiden alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen ja hoito

Alkoholin suurkulutus muodostaa jatkumon, josta voidaan erottaa kolme osaa: riskikulutus, haitallinen käyttö ja riippuvuus. Suomessa on kymmeniätuhansia ikääntyneitä suurkuluttajia ja väestön vanhetessa määrä tulee edelleen kasvamaan. Terveystieteiden tutkimuksessa ikääntyneiltä tulisi selvittää alkoholinkäyttö ja huomioida, että suurkulutuksen raja on heillä alhaisempi kuin muulla aikuisväestöllä. Mini-interventio on suositeltava riskikulutuksen ja haitallisen käytön hoitomuoto myös ikääntyneiden ryhmässä. Vieroitushoito on ikääntyneillä vaativampaa ja vastetta tulee seurata huolellisesti. Muualla kuin päihdepotilaiden hoitoon erikoistuneissa yksiköissä suositeltavia psyykkisen alkoholiriippuvuuden hoitoja ovat mm. naltreksonilääkitys, motivoiva haastattelu ja AA-ryhmiin ohjaaminen. Alkoholiriippuvuus on usein pitkäaikainen ja osalla kroonistunut tila, jonka hoidossa myös haittojen vähentämisellä on tärkeä sija.

Ikääntyneiden alkoholin suurkulutukseen ja sen hoitoon liittyy piirteitä, jotka ovat erilaisia kuin muussa aikuisväestössä. Suurkulutuksen raja on ikääntyneillä alhaisempi, ja heillä alkoholin aiheuttamat haitat voidaan tulkita väärin vanhenemisesta tai jostain sairaudesta johtuviksi. Ikääntyneisyydelle ei voida asettaa yksiselitteistä rajaa yksilöllisten erojen vuoksi. Yhdysvaltain geriatrian yhdistys on käyttänyt 65 vuoden rajaa antaessaan suositusta ikääntyneiden suurkulutuksesta (Clinical guidelines for alcohol use disorders in older adults 2003), mutta muitakin ikärajoja on esitetty (Substance Abuse Among Older Adults 1998). Ikärajan suhteellisuuden vuoksi kliinikon tehtävänä on arvioida jokaisen potilaan tapauksessa erikseen, missä määrin tämän katsauksen tietoja voidaan soveltaa.

Alkoholinkäyttö vähenee keskimäärin ikääntymisen myötä (Johnson 2000). Tätä on erityisesti selitetty sillä, että ikääntyneillä on enemmän sairauksia ja tämä antaa synnyn vähentää alkoholinkäyttöä tai lopettaa sen kokonaan

(Moos ym. 2005). Lisäksi alkoholin suurkulutukseen liittyvä ylikuolleisuus vaikuttaa samansuuntaisesti. Ikääntyneiden suurkuluttajien määrän ennustetaan tulevaisuudessa kasvavan. Vaikka esiintyvyys pysyisikin samana, ikääntyneiden alkoholin suurkuluttajien absoluuttinen määrä kasvaa väestön vanhetessa. Lisäksi on todennäköistä, että myös ikääntyneiden alkoholinkäyttö yleensä ja myös suurkulutuksen esiintyvyys kasvavat (Johnson 2000, Sulander ym. 2006). Tämä perustuu siihen, että nyt keski-iässä olevat ovat tottuneet käyttämään enemmän alkoholia kuin aiemmat sukupolvet, ja todennäköisesti he jatkavat näin myös eläkkeelle jäämisen jälkeen. Onkin tärkeätä, että ikääntyneiden suurkulutukseen kiinnitetään tulevaisuudessa enemmän huomiota.

### Suurkulutus käsitteenä

Alkoholin suurkulutus muodostaa jatkumon, josta voidaan erottaa kolme osaa: riskikulutus, haitallinen käyttö ja riippuvuus (Saunders 2006)

**TAULUKKO 1.** Alkoholin suurkulutuksen alaryhmät.

Riskikulutus	Riskirajat ylittävä alkoholin kulutus, mutta ei merkittäviä alkoholihaittoja tai riippuvuutta
Haitallinen käyttö	Merkittäviä alkoholinkäytön aiheuttamia haittoja mutta ei riippuvuutta Tautiluokituksen kriteerien tulee täytyä
Alkoholiriippuvuus	Oireyhtymä, jonka tyypillisiä piirteitä ovat pakonomaisuus, vieroitusoireet, toleranssin kasvu ja juomisen jatkuminen haitoista huolimatta Tautiluokituksen kriteerien tulee täytyä

(taulukko 1). Jako perustuu siihen, että eri ryhmien kliininen kuva, ennuste ja hoito poikkeavat toisistaan. Riskikulutuksen erottaa kohtuuskäytöstä selvittämällä, kuinka paljon potilas käyttää alkoholia.

Yhdysvaltain geriatrian yhdistyksen suositusten mukaan 65 vuotta täyttänyt on suurkuluttaja, jos hän käyttää kahdeksan alkoholiannosta tai enemmän viikossa (Clinical guidelines for alcohol use disorders in older adults 2003), ja sosiaali- ja terveysministeriön (2006) opas suosittelee tätä samaa rajaa. Toisin kuin työikäisten ryhmässä raja on sama sekä miehillä että naisilla. Esitetyt rajat ovat vain ohjeellisia, ja niitä sovellettaessa tulee aina huomioida yksilölliset tekijät, kuten sairaudet ja lääkitykset.

### Varhain ja myöhään alkava suurkulutus

Alkoholin suurkulutus voi alkaa missä iässä tahansa. Osalla ikääntyneistä suurkuluttajista ongelmat ovat alkaneet kymmeniä vuosia aiemmin (Vaillant 2003, Holbert ja Tueth 2004). Joskus on saattanut olla vähemmän juomisen vaiheita, mutta alkoholinkäyttö on ollut toistuvasti runsasta. Joillakin suurkulutus alkaa vasta myöhemmällä iällä. Näillä alkoholi on saattanut johtaa avioeroon, sairastumiseen, eläkkeelle jäämiseen tai muihin muutoksiin elämässä (Substance Abuse Among Older Adults 1998). Sen sijaan myöhemmin suurkulutuksen aloittaneilla

**TAULUKKO 2.** Myöhään alkavan suurkulutuksen piirteitä (Substance Abuse Among Older Adults 1998, Holbert ja Tueth 2004).

Ikä	Alkaa 55 ikävuoden jälkeen
Sukupuoli	Enemmistö naisia
Sukuritus	Suvussa vähemmän alkoholiongelmia kuin varhain alkavan suurkulutuksen ryhmään kuuluvilla
Vieroitusoireet	Osalla ei esiinny merkittävästi toimintakykyä heikentäviä vieroitusoireita
Alkoholihaitat	Yleensä psykososiaaliset ja terveyshaitat vähäisemmät kuin varhain alkavassa suurkulutuksessa, ja siksi suurkulutus on vaikeammin havaittavissa Syyinä vähäisempiin haittoihin on suurkulutuksen lyhyempi kesto
Hoitomyoöntyyvyys	Mahdollisesti parempi kuin varhain alkavassa suurkulutuksessa

ransas juominen on usein alkanut näiden muutosten yhteydessä. Tämä ryhmä näyttää olevan psyykkisesti keskimäärin terveempiä kuin varhain suurkulutuksen aloittaneet. Heillä alkoholihaitat ovat useimmiten vähäisempiä ja myös suurkulutus voi olla vaikeammin havaittavissa. Ikääntyneistä suurkuluttajista noin kolmasosalla alku on ollut myöhäinen (Holbert ja Tueth 2004). Taulukossa 2 esitetään myöhään alkavan suurkulutuksen piirteitä.

### Ikääntyneiden suurkulutuksen esiintyvyys Suomessa

Alkoholinkäyttö on yleistä myös ikääntyneillä. Kansanterveyslaitoksen vuonna 2005 tekemän kyselyn mukaan alkoholia kertoi käyttäneensä viimeisen vuoden aikana 78 % 65–84-vuotiaista miehistä ja 53 % samanikäisistä naisista (Sulander ym. 2006).

Terveys 2000 -tutkimuksen aineistossa 0,7 %:lla 65 vuotta täyttäneistä oli viimeisten 12 kuukauden aikana diagnosoitavissa joko alkoholin haitallinen käyttö tai alkoholiriippuvuus (Pirkola ym. 2005). Absoluuttiseksi luvuksi muunnettuna tämä tarkoittaa, että Suomessa olisi noin 6 100 ikääntynyttä, joilla haitallisen käytön tai riippuvuuden kriteerit täyttyvät. On syytä olettaa, että tutkimukseen osallistumattomien joukossa on esiintynyt enemmän alkoholi-ongelmia. Jos tässä joukossa haitallista käyttöä

ja riippuvuutta olisi ilmennyt kaksinkertaisesti, kriteerit täyttäviä olisi Suomessa noin 7 600.

Samassa aineistossa selvitettiin myös riskikulutuksen esiintyvyyttä (Jukka Halme, suullinen tiedonanto). Kriteerinä oli, etteivät haitallisen käytön ja riippuvuuden kriteerit täytyneet ja ilmoitettu keskimääräinen alkoholinkäyttö oli miehillä 24 ja naisilla 16 alkoholiannosta viikossa. Suurkulutuksen rajat olivat siis samat kuin työikäisille on suositeltu. Seitsemänkymmentä vuotta täyttäneiden naisten ryhmässä ei tämän määritelmän mukaan ollut riskikuluttajia, mutta 70–79-vuotiaista 4,5 % oli sellaisia ja vielä 80 vuotta täyttäneistäkin 4,1 %. Absoluuttisena lukuna tämä tarkoittaa noin 26 000:ta riskikuluttajaa. Myös tämä luku on luultavasti todellisuudessa suurempi. Syynä on edellä kuvattu suurkuluttajien kasautuminen niihin, jotka eivät osallistu väestötutkimuksiin. Lisäksi ihmiset usein ilmoittavat käyttävänsä alkoholia vähemmän kuin he todellisuudessa käyttävät. Luku olisi myös huomattavasti suurempi, jos riskikulutuksen rajana olisi käytetty kahdeksaa annosta.

## Suurkulutuksen toteaminen

Ikääntyneiden alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen voi olla erityisen haasteellista. Sekä potilas että lääkäri saattaa arvioida alkoholin aiheuttamien haittojen johtuvat ikääntymisestä tai jostain sairaudesta. Näin voidaan suhtautua esimerkiksi masennukseen ja muistiongel-

miin. Lisäksi asuminen yksin sekä vähentyneet sosiaaliset ja ammattiin liittyvät velvollisuudet saattavat viivästyttää alkoholinkäyttöön liittyvän toimintakyvyn heikentyneisyyden havaitsemista. Terveystieteiden työntekijä saattaa pitää potilaan alkoholinkäyttöä henkilökohtaisena ja arkaluonteisena asiana, ja tämä saattaa ikääntyneiden kohdalla vielä korostua, kun kyseessä on ikääntynyt. Ikääntyneiden suurkulutukseen suhtaudutaan ehkä moralisoivammin kuin nuorempien. Myös yleinen mutta aiheeton, päihdeongelmiin liittyvä hoitopessimismi voi korostua ja estää avun pyytämistä ja tarjoamista.

**Strukturoidut kyselyt.** AUDIT-kysely on strukturoitu kymmenen kysymyksen sarja, johon vastaamiseen menee yleensä vain pari minuuttia. Se on erittäin tehokas tapa seuloa alkoholin suurkulutusta työikäisessä väestössä (Alkoholi-ongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2005, Reinert ja Allen 2007). Näyttää siltä, ettei AUDIT toimi ikääntyneiden ryhmässä riittävän hyvin (Culbertson 2006, Reinert ja Allen 2007), vaikka myös rohkaisevia tuloksia on raportoitu (Gomez ym. 2006). Tämän takia CAGE-kyselyä on suositeltu ensisijaiseksi vaihtoehdoksi ikääntyneiden suurkulutuksen seulontaan (Substance Abuse Among Older Adults 1998, Culbertson 2006). CAGE tunnistaa kuitenkin huonosti riskikulutuksen. Suositeltavaa olisikin, että ikääntyneiden alkoholin suurkulutuksen arvioissa käytettäisiin ensisijaisesti haastattelua ja kyselytestit olisivat täydentäviä menetelmiä.

**Alkoholianamneesi.** On monia hyviä tapoja kartoittaa potilaan alkoholinkäytön määrää ja siitä mahdollisesti aiheutuvia haittoja. Joidenkuiden alkoholinkäyttö on hyvin säännöllistä, ja näissä tapauksissa niin sanotulla määrä-tiheyskysymyksillä (Kuinka paljon yleensä juotte? Kuinka usein yleensä juotte?) päästään hyvään tarkkuuteen. Määrä-tiheyskyselyn tarkkuutta voidaan lisätä sillä, että kysytään käyttömäärät juomalajeista erikseen (miedot alkoholijuomat, viini ja väkevät).

### YDINASIAT

- Haastattelu on ensisijainen tapa selvittää ikääntyneen potilaan alkoholinkäyttöä.
- Mini-interventio on suositeltava riskikulutuksen ja haitallisen käytön hoitomuoto myös ikääntyneillä.
- Vieroitusoireita hoidettaessa tulee kiinnittää huomiota bentsodiatsepiinin valintaan ja sopivaan annokseen.
- Suositeltavia ikääntyneiden psyykkisen riippuvuuden hoitoja ovat mm. naltreksonilääkitys, motivoiva haastattelu ja AA-ryhmiin ohjaaminen.

Kun potilas ei pysty vastaamaan määrä-ti-heyskyselyyn tai hän on vastauksissaan hyvin epävarma, on syytä selvittää alkoholinkäyttöä muulla tapaa. Hyväksi havaittu menetelmä on käydä läpi viimeisten 2–4 viikon alkoholinkäyttö. Tämä aloitetaan kysymällä, milloin potilas on viimeksi juonut ja kuinka paljon, ja tämän jälkeen käydään takautuvasti läpi jokainen juomakerta. Lisäksi voidaan käyttää juomapäiväkirjaa, johon potilas merkitsee käyttämänsä alkoholimäärät tulevien 2–4 viikon aikana.

## Sekundaaripreventio

Alkoholin osalta sekundaaripreventiolla tarkoitetaan pyrkimyksiä ehkäistä riskikulutuksesta koituvia haittoja. Mini-interventio on tehokas sekundaariprevention muoto (Alkoholiongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2005), jonka on osoitettu vähentävän myös ikääntyneiden suurkulutusta (Fleming ym. 1999, Culbertson 2006).

Mini-intervention kohderyhmä ovat erityisesti riskikuluttajat. Se sopii myös alkoholia haitallisesti käyttävien ensisijaiseksi hoidoksi. Sen sijaan alkoholiriippuvuudessa käyttöä ohjaa pakonomaisuus eikä mini-interventio yleensä ole riittävä hoitomuoto. Lisäksi riippuvuudessa alkoholinkäytön jatkaminen muodostaa siinä määrin välittömän uhan terveydelle, että on aiheellista käyttää laajempaa psykososiaalista interventiota tai lääkehoitoa tai molempia. Kuitenkin niille alkoholista riippuvaisille, jotka eivät ole halukkaita pidempiin hoitoihin, voidaan tarjota neuvontaa mini-intervention muodossa.

Mini-interventio on nimensä mukaisesti lyhyt. Tutkimusten mukaan jopa viisi minuuttia kestävä neuvonta vähentää suurkulutusta. Yleensä mini-interventioon käytetään kuitenkin 10–15 minuuttia. Suositeltavaa on myös järjestää seurantakäynti, jossa tarkastellaan tavoitteisiin pääsyä. Taulukossa 3 kuvataan mini-intervention sisältöä tarkemmin.

## Vieroitushoito

Vieroitushoidossa pyritään lievittämään pitkittyneen alkoholinkäytön lopettamiseen liittyviä oireita ja ehkäisemään komplikaatioita. Usein

### TAULUKKO 3. Mini-intervention sisältö.

---

Kartoita alkoholin kulutus riittävän yksityiskohtaisesti
Jos suurkulutuksen kriteerit ylittyvät
anna potilaan henkilökohtaiseen tilanteeseen sopivaa palautetta («Verenpaineenne todennäköisesti alenee jos vähennätte juomista»)
anna potilaalle vastuu muutoksen tekemisestä ja luota häneen
anna suullista ja kirjallista tietoa alkoholiin liittyvistä terveyshaitoista
kannusta muutokseen
sovi tavoitteista yhdessä potilaan kanssa («Yksi mahdollisuus olisi, että pyrkisitte käyttämään alkoholia enintään joka toinen päivä päivittäisen käytön sijasta»)
ole empaattinen ja kunnioita potilaan valintoja
Kirjaa tiedot
Sovi 1–3 seurantakäyntiä

---

puhutaan myös katkaisuhoidosta. On muistettava, että vieroituksessa hoidetaan vain fyysistä riippuvuutta, joka useimmiten ei ole riittävä toimenpide psyykkisen riippuvuuden hoidoksi.

Erityisesti ikääntyneiden alkoholivieroituksen liittyviä hoitotutkimuksia ei ole julkaistu. Yleisesti kuitenkin ajatellaan, että ikääntyneiden vieroitushoito on riskialttiimpaa kuin nuorempien (Kraemer ym. 1999). Siinä joudutaan soveltamaan yleisiä suosituksia (Alkoholiongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2005), mutta joitakin erityispiirteitä on syytä pitää mielessä. Vieroitushoidon tarkoituksena on lievittää oireita, ehkäistä vieroituskouristuksia ja delirium tremensia sekä tarjota mahdollisuus siirtyä psyykkisen riippuvuuden hoitoon. Ikääntyneiden ryhmässä tavoitteena on myös muiden vieroitukseen usein liittyvien haittojen kuten kaatumisten ja muistiongelmien ehkäisy (Kraemer ym. 1999).

Myös ikääntyneillä bentsodiatsepiinit ovat ensisijaisia lääkkeellisistä hoitomuodoista (Substance Abuse Among Older Adults 1998, Kraemer ym. 1999). Usein esitetty suositus on, että bentsodiatsepiinien annos olisi puolet tai jopa kolmasosa tavanomaisesta (Substance Abuse Among Older Adults 1998). Lääkevästetä tulee kuitenkin seurata huolellisesti ja tarpeen mukaan säätää annosta asteittain. On esitetty, että ikääntyneille tulisi määrätä keskipitkävaikutteisia bentsodiatsepiineja pitkävaikutteisten

sijaan (Kraemer ym. 1999). Yksiselitteistä suositusta ei voida kuitenkaan tutkimustiedon puuttessa antaa. Tärkeätä olisi selvittää, millä bentsodiatsepiinilla ja millä annoksella vieroitusoireita on aiemmin turvallisesti hoidettu. Yleensä muutaman päivän bentsodiatsepiinihoito on riittävä. Taulukossa 4 esitetyt seikkoja tulee punnita lääkettä valittaessa. Vieroituksen yhteydessä annetulla tiamiinilla voidaan mahdollisesti ehkäistä Wernickin enkefalopatiaa (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2005).

## Psyykkisen riippuvuuden hoito

**Lääkehoidot.** Suomessa on käytettävissä kaksi myyntiluvallista lääkettä alkoholiriippuvuuden hoitoon: disulfiraami ja naltreksoni. Käypä hoito -suosituksen (Alkoholiongelmaisen hoito 2005) mukaan molemmat ovat tehokkaita. Alkoholiriippuvuuden ensisijaiseksi lääkkeeksi ikääntyneille on usein suositeltu naltreksonia (Substance Abuse Among Older Adults 1998, Barrick ja Connors 2002, Holbert ja Tueth 2004).

Tutkimuksissa disulfiraamilääkitys on ollut tehokas vain valvottuna. Ikääntyneillä sen tehoa ei ole tutkittu erikseen. Koska sydän- ja verisuonisairaudet ovat tässä ryhmässä yleisiä, disulfiraami-etanolireaktioon («antabusreaktio») liittyä todennäköisesti suurempi riski kuin nuoremmilla (Barrick ja Connors 2002). Disulfiraami on maksatoksinen ja maksa-arvoja tulee seurata kaikissa ikäryhmissä. Disulfiraami saattaa aiheuttaa ikääntyneille maksaongelmia useammin kuin nuoremmille. Suurentuneen haittavaikutusriskin takia on suositeltu, että ikääntyneiden hoidossa

disulfiraamia käytetään valikoiduissa tilanteissa (Substance Abuse Among Older Adults 1998).

Naltreksoni on opioidireseptorien antagonistin, ja se estää tai vähentää nousuhumalaan liittyvää mielihyvää. Sen on osoitettu lisäävän merkittävästi raittiiden päivien lukumäärää ja vähentävän retkahduksia (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2005). Lääkkeen tehoa on selvitetty erikseen yhdessä tutkimuksessa 50–70-vuotiailla, ja se näyttää vähentävän retkahduksia myös tässä ikäryhmässä (Oslin ym. 1997). Lisäksi hoito- ja lumeryhmän välillä ei havaittu eroja haittavaikutuksissa. Naltreksonia ei tule käyttää opiaatteja sisältävien lääkkeiden kanssa samanaikaisesti.

**Psykososiaaliset hoidot.** Useat psykososiaaliset menetelmät ovat osoittautuneet tehokkaimmiksi alkoholiriippuvuuden hoidossa (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2005). Ikääntyneiden osalta niitä on kuitenkin tutkittu niukasti, mutta näyttää siltä, että ne auttavat siinä missä nuorempiakin (O’Connell ym. 2003, Oslin 2005). Tutkimukset viittaavat siihen, että ryhmämuotoiset hoidot onnistuvat paremmin, jos ikääntyneet ovat omassa ryhmässään (Substance Abuse Among Older Adults 1998, Oslin ym. 2005). Hoitomuodoista motivoivan haastattelun ja AA-ryhmien toiminnan voidaan olettaa olevan tehokkaita myös ikääntyneillä. Molempia on helppo toteuttaa myös muualla kuin päihdehoitoon erikoistuneissa yksiköissä.

Motivoiva haastattelu on kognitiivis-behavioraalinen menetelmä, jonka tavoitteena on edistää potilaan motivaatiota muutokseen tutkimalla suurkulutukseen ja potilaan tavoittei-

**TAULUKKO 4.** Ikääntyneiden vieroituslääkkeen valinnassa huomioitavia seikkoja (Kraemer ym. 1999).

	Pitkävaikutteinen bentsodiatsepiini, esim. diatsepaami	Keskipitkävaikutteinen bentsodiatsepiini, esim. oksatsepaami
Eliminaatioaika	Pidempi ja pitenee iän myötä	Lyhyempi eikä muutu iän myötä
Lääkepitoisuuden vaihtelu	Pitoisuus pienenee tasaisesti ja hitaasti lääkemannosta vähennettäessä ja käytön lopettamisen jälkeen Toisaalta haittavaikutustilanteessa annoksen muutos vaikuttaa hitaammin	Annoksen muutos heijastuu pitoisuuteen nopeammin Vasteen seuranta on vaativampaa, ja sen epäonnistuneissa vieroitusoireet voivat uusia ja vieroituskouristusten riski saattaa lisääntyä
Muistitoiminnot vieroitus-hoidon aikana	Paradoksaalisesti mahdollisesti parempia	Mahdollisesti huonompi

siin sisältyvää ristiriitaa. Tarkoitus on, että potilas saadaan puhumaan itse muutoksen tarpeen puolesta. Kyseessä on lyhyt, yleensä muutamia keskusteluja sisältävä interventio. Menetelmän käyttäjän ei tarvitse olla päihdehoidon erityisosaaja, ja menetelmää voidaan soveltaa myös muuhun ongelmakäyttämiseen (Dunn ym. 2001). Tutkimukset viittaavat siihen, että motivoiva haastattelu on tehokas päihdeongelmien hoidossa (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2005, Dunn ym. 2001)

AA-ryhmien toiminta perustuu vertaistukeen ja ns. 12 askeleen ohjelmaan. AA-liikkeen varhaiset jäsenet laativat tämän ohjelman omien kokemustensa perusteella toipumisen avuksi. Siinä korostetaan muun muassa alkoholiongelman myöntämisen tärkeyttä, avun hyväksymistä ja sen antamista sekä pyrkimystä hyvään elämään (Humphreys 2003). »Kahdentoista askeleen» lisäksi AA:n toimintaa ohjaa »kaksitoista perinnettä». Askeleet muodostavat rungon hoito-ohjelmassa, jota AA:lainen pyrkii toteuttamaan. Perinteet ovat toimintaperiaatteita, jotka ohjaavat ryhmien ja liikkeen toimintaa.

AA-ryhmiin omatoimisesti hakeutuneiden toipumista ei voida satunnaistetuissa asetelmissä tutkia. Sen sijaan on tutkittu hoitomuotoa, jolla pyritään edistämään alkoholista riippuvaisen sitoutumista AA-ryhmiin. Ohjaaminen näyttää olevan tehokasta (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2005). Kliininen kokemus viittaa siihen, että suurkulutuksen myöhään aloittaneita on vaikeampi saada osallistumaan AA-ryhmiin kuin varhain aloittaneita.

## Laitoshoito

Ikääntyneen omatoimisuuden ja yleiskunnon heikentymisen taustalla saattaa olla runsas alkoholinkäyttö. Heikentyminen voi johtua jonkin sairauden hoidon laiminlyömisestä alkoholintakia. Myös suurkulutus sinänsä ja erityisesti yhdessä rauhoittavien lääkkeiden kanssa johtaa erilaisiin oireisiin, kuten virtsan- ja ulosteenpidätyskyvyn heikentymiseen. Näiden seurauksena ikääntynyt saattaa toistuvasti ohjautua sairaalahoitoon. Näissä tilanteissa on arvioitava huolellisesti mahdollisen suurkulutuksen tai jopa alko-

holiriippuvuuden merkitys kokonaistilanteessa ja tarvittaessa tulee varmistaa mahdollisuudet riittävän pitkälle raittiille jaksolle.

Ikääntyneiden alkoholin suurkuluttajien toipuminen saattaa viedä tavallista pitempään, ja liian aikainen kotiuttaminen voi johtaa tilanteen nopeaan uusiutumiseen. Akuuttivaiheen jälkeen on usein tarpeen ohjata potilas sellaiseen laitoshoitoon, jossa on valmiudet myös päihdekuntoutukseen. Tavoitteena on yleiskunnon palauttamisen ohella kiinnittää potilas päihtetömyyttä tukevaan kuntoutusohjelmaan. Usein ikääntyneiden hoito tällaisessa tilanteessa vaatii pitkäjänteisiä toimia, jotka vahvistavat valmiuksia pysyä erossa alkoholista. Näissä tilanteissa yksilöllisesti suunnitellut päihdekuntoutusohjelmat voivat parhaimmillaan ehkäistä toistuvia riskialttiita akuuttihoitajaksoja ja pysyviä laitossijoituksia.

## Lopuksi

Terveystieteiden tutkimuksissa ikääntyneiltä tulisi kysyä alkoholinkäytöstä. Mini-interventio on suositeltava riskikulutuksen ja haitallisen käytön hoitomuoto myös ikääntyneille. Ikääntyneiden vieroitushoito on joskus vaativa tehtävä. Bentsodiatsepiinin valintaan tulee kiinnittää huomiota ja hoitovastetta seurata huolellisesti. Muualla kuin päihdepotilaiden hoitoon erikoistuneissa yksiköissä suositeltavia psyykkisen riippuvuuden hoitoja ovat mm. naltreksonilääkitys, motivoiva haastattelu ja AA-ryhmiin ohjaaminen.

Alkoholiriippuvuus on usein pitkäaikainen ja osalla potilaista kroonistuva tila, jonka hoidossa oireiden ja haittojen vähentämisellä on myös tärkeä sija. Realististen hoitotavoitteiden asettaminen yhdessä potilaan kanssa vaatii erityisosaamista ja kliinistä kokemusta. Tarvittaessa tulisi hyödyntää päihdelääkärin tai muun päihdehoidon ammattilaisen konsultaatioita tai potilas ohjata päihdehoitoihin erikoistuneeseen avohoidon yksikköön tai laitoshoitoon.

\* \* \*

Katsaus on laadittu osana Raha-automaattiyhdistyksen rahoittamaa hanketta »Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi» hanketta ([www.tippavaara.info](http://www.tippavaara.info)).

## Kirjallisuutta

- Alkoholiongelman hoito [verkkodokumentti]. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2005 [päivitetty 24.3.2005]. [www.kaypa-hoito.fi](http://www.kaypa-hoito.fi)
- Barrick C, Connors GJ. Relapse prevention and maintaining abstinence in older adults with alcohol-use disorders. *Drugs Aging* 2002;19:583–94.
- Clinical guidelines for alcohol use disorders in older adults [verkkodokumentti]. The American Geriatrics Society. New York (päivitetty 11/2003). [www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/alcohol.shtml](http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/alcohol.shtml)
- Culbertson JW. Alcohol use in the elderly: beyond the CAGE. Part 2: screening instruments and treatment strategies. *Geriatrics* 2006; 61:20–6.
- Dunn C, DeRoo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction* 2001;96:1725–42.
- Fleming MF, Manwell LB, Barry KL, Adams W, Stauffacher EA. Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial. *J Fam Pract* 1999;48:378–84.
- Gomez A, Conde A, Santana JM, Jorin A, Serrano IM, Medina R. The diagnostic usefulness of AUDIT and AUDIT-C for detecting hazardous drinkers in the elderly. *Aging Ment Health* 2006;10:558–61.
- Holbert KR, Tueth MJ. Alcohol abuse and dependence. A clinical update on alcoholism in the older population. *Geriatrics* 2004;59:38–40.
- Humphreys K. Alcoholics anonymous and 12-step alcoholism treatment programs. *Recent Dev Alcohol* 2003;16:149–64.
- Johnson I. Alcohol problems in old age: a review of recent epidemiological research. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15:575–81.
- Kraemer KL, Conigliaro J, Saitz R. Managing alcohol withdrawal in the elderly. *Drugs Aging* 1999;14:409–25.
- Moos RH, Brennan PL, Schutte KK, Moos BS. Older adults' health and changes in late-life drinking patterns. *Aging Ment Health* 2005;9:49–59.
- O'Connell H, Chin AV, Cunningham C, Lawlor B. Alcohol use disorders in elderly people – redefining an age old problem in old age. *BMJ*. 2003;327:664–7.
- Oslin D, Liberto JG, O'Brien J, Krois S, Norbeck J. Naltrexone as an adjunctive treatment for older patients with alcohol dependence. *Am J Geriatr Psychiatry* 1997;5:324–32.
- Oslin DW, Slaymaker VJ, Blow FC, Owen PL, Colleran C. Treatment outcomes for alcohol dependence among middle-aged and older adults. *Addict Behav* 2005;30:1431–6.
- Oslin DW. Evidence-based treatment of geriatric substance abuse. *Psychiatr Clin North Am* 2005;28:897–911.
- Pirkola SP, Isometsä E, Suvisaari J, ym. DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population—results from the Health 2000 Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:1–10.
- Reinert DF, Allen JP. The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcohol Clin Exp Res* 2007;31:185–99.
- Saunders JB. Substance dependence and non-dependence in the diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) and the international classification of diseases (ICD): can identical conceptualization be achieved? *Addiction* 2006;101:48–58.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Esitteitä 2006:6. [www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/05/hl1146566769017/passthru.pdf](http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/05/hl1146566769017/passthru.pdf)
- Substance Abuse Among Older Adults [verkkodokumentti]. Consensus panel. Treatment improvement protocol (TIP) series 26. Rockville: U.S. Department Of Health And Human Services 1998 (luettu 30.8.2007). [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat5.part.22441](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat5.part.22441)
- Sulander T, Helakorpi S, Nissinen A, Uutela A. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2005 ja niiden muutokset 1993–2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B1/2006.
- Vaillant GE. A 60-year follow-up of alcoholic men. *Addiction* 2003;98:1043–51.

**MAURI AALTO, dosentti, ylilääkäri**  
Kansanterveyslaitos  
PL 33, 00251 Helsinki  
ja Järvenpään sosiaalisairaala

**ANTTI HOLOPAINEN, ylilääkäri**  
Järvenpään sosiaalisairaala  
Kuusitie 36  
04480 Haarajoki

### SIDONNAISUUDET:

Ei sidonnaisuuksia