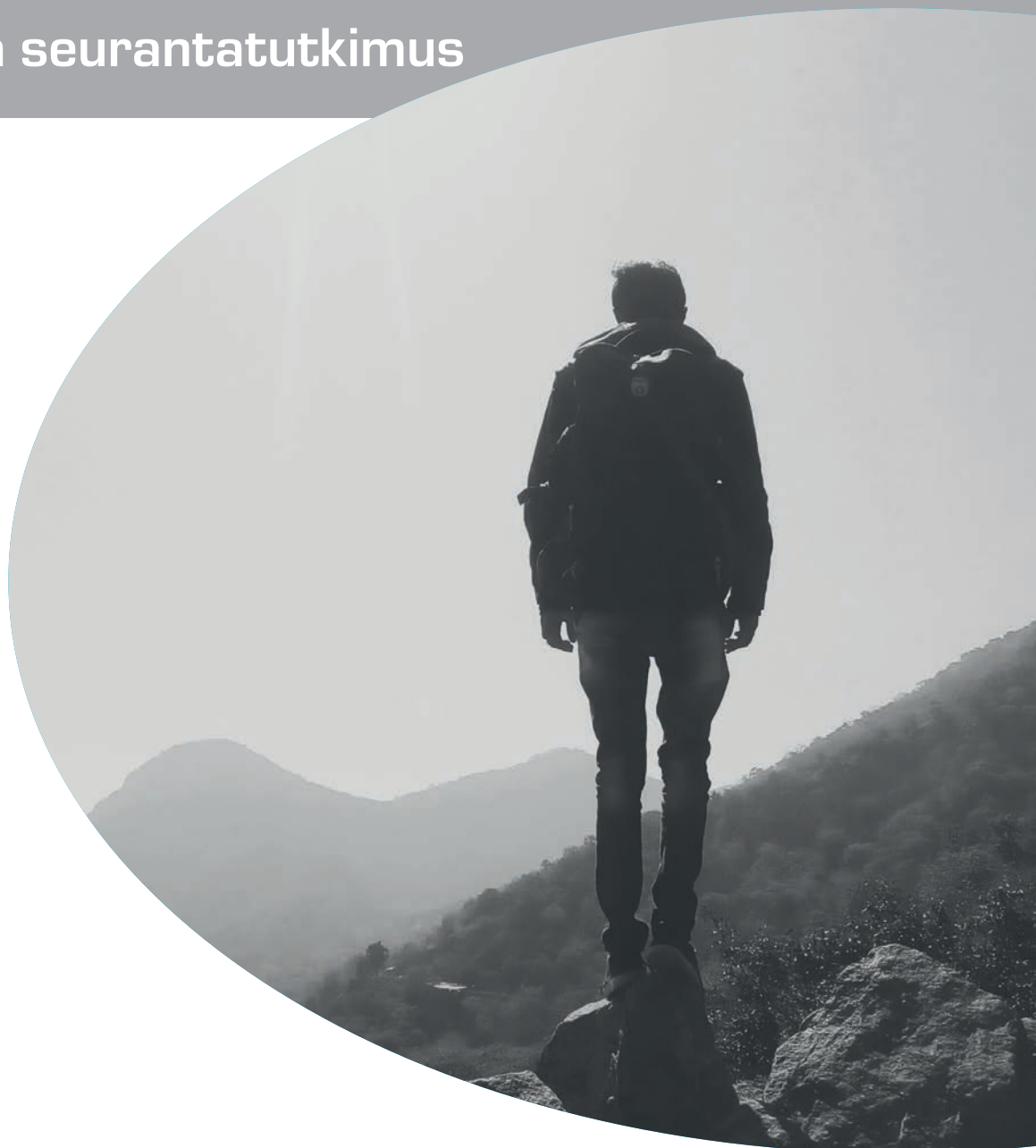


Tuuli Pitkänen, Teemu Kaskela ja Jouni Tourunen
**Päihdehoidon asiakaskunta
ja päihdeongelmaan liittyvä
ennenaikaisen kuoleman riski:
hoito- ja rekisteritietoihin
perustuva seurantatutkimus**



Tuuli Pitkänen, Teemu Kaskela ja Jouni Tourunen

Päihdehoidon asiakaskunta ja päihdeongelmaan liittyvä ennenaikaisen kuoleman riski: hoito- ja rekisteritietoihin perustuva seurantatutkimus

A-klinikkasäätiön raporttisarja 66

Helsinki 2017

Copyright: © Pitkänen, Kaskela & Tourunen. Julkaisu on vapaasti käytettävissä ja levitettävissä, kunhan kirjoittajat ja alkuperäinen lähde mainitaan.

Kansien taitto: Totti Nykvist

Muu taitto: Netta Auvinen & Tiina Laurila

ISBN 978-952-5587-46-3 (painettu)

ISBN 978-952-5587-75-3 (pdf)

ISSN 1239-1360 (painettu)

ISSN 1459-3939 (verkkopainettu)

Tiivistelmä

Digitalisaation myötä hoito- ja rekisteritiedot tulevat uudella tavalla mahdollisiksi tutkimuskohteisiksi. Palvelujen kautta kertyvän tiedon avulla voidaan tutkia palvelujen tarpeita ja käyttöä sekä tavoittaa asiakasryhmiä, joiden tarpeiden kartoittamiseen perinteiset menetelmät soveltuvat huonosti.

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää päihdehoidon asiakaskunnassa ja hoidossa tapahtuneita muutoksia 20 vuoden aikana. Erityisesti selvitettiin asiakaskunnan tilannetta, päihdeongelmaisten henkilöiden kuolleisuutta sekä hoito- ja rekisteritietojen soveltuvuutta tutkimuskäyttöön.

Tutkimuksen kohteena olivat vuosien 1990 ja 2009 välillä A-klinikkasäätiön Järvenpään sosiaalisairaalassa sekä Helsingissä Kettutien A-poliklinikalla ja Arabianrannan päihdekliniikalla asioineet potilaat (n=10 898). Tutkimuksen seurantajakson alkuvaiheessa 1990-luvulla asiakkaat hakeutuivat päihdehoitoon pääasiassa alkoholin käyttöön liittyvien ongelmien takia. Alkoholi-ongelmat jatkuivat 2000-luvulla, mutta päihdeiden sekakäyttö lisääntyi olennaisesti. Avohoidossa sekakäyttäjien ja huumeiden käyttäjien osuus kasvoi voimakkaammin naisten kuin miesten keskuudessa. Laitoshoitoon hakeutui sen sijaan vuoden 2002 jälkeen suhteellisesti enemmän naisia kuin miehiä ainoastaan alkoholi-ongelman takia. Päihdeongelmaiset naiset ja miehet poikkesivat toisistaan hyvin monella tavalla, mm. mielenterveysongelmat olivat naisilla yleisempiä mutta rikollisuus vähäisempää kuin miehillä. Tutkimustulokset vahvistivat sitä, että päihdetutkimuksessa on erittäin tärkeä tarkastella naisia ja miehiä omina ryhminään.

Päihdeongelmaisten kuolleisuus oli väestöön verrattuna suurta. Seurannan aikana kolmannes miehistä ja joka viides nainen oli kuollut. Alkoholi oli ensisijaisena tai myötävaikuttavana tekijänä lähes joka toisessa kuolemassa. Erityisesti nuoremmissa ikäluokissa myrkytykset ja itsemurhat olivat yleisimpiä kuolinsyitä, vanhemmissa ikäluokissa sekä alkoholiperäiset että muut sairaudet. Toisin kuin väestössä yleensä, päihdeongelmaisilla naisilla itsemurhan tehneiden osuus oli miehiä suurempi. Laitoshoiton keskeytyminen lisäsi kuolleisuuden riskiä neljän seuraavan vuoden aikana erityisesti miehillä. Tutkitulla ajanjaksolla päihdehoidon asiakkaiden kuolleisuus viiden vuoden sisällä hoitoon hakeutumisesta väheni.

Hoito- ja rekisteritutkimus tuotti paljon uutta tietoa, jolla on merkitystä päihdeongelmiin liittyvien muutosten ymmärtämisen ja hoitotyön kehittämisen kannalta. Hoitotietoja tulisi hyödyntää järjestelmällisesti tutkimustyössä. Kertyvän tiedon järjestelmällisyyteen ja laatuun panostamalla voitaisiin tehokkaasti saada uutta tietoa ajankohtaisista hoidon tarpeista, selvittää hoitotyön tuloksellisuutta ja hoidon vaikutusta asiakkaiden elämään. Hoitotutkimusta varten tulisi luoda rahoitusjärjestelmä, jotta tutkijat voisivat osallistua digitaalisen tiedon käytettävyyden suunnitteluun ja tiedon analysointiin sekä tulosten raportointiin.

Avainsanat: päihdehoito, asiakaskunta, kuolleisuus, rekisteritutkimus, hoitotutkimus, seurantatutkimus

Sisällys

Esipuhe.....	1
1 Päihteiden käyttö ja kuolleisuus Suomessa	3
1.1 Päihteiden käyttö Suomessa 1990–2009	3
1.2 Päihde-ehdoiset asiakkuudet.....	4
1.3 Kuolleisuus.....	6
2 Rekisteritutkimusaineisto.....	8
2.1 Tutkittavien valinta	8
2.2 Kansalliset rekisterit.....	13
2.3 Tutkimusluvut.....	15
2.4 Aineiston analyysi	16
2.5 Tutkimuskysymykset.....	16
3 Laitos- ja avohoidon asiakaskunta 1990–2009.....	18
3.1 Sosiaalisairaala.....	18
3.2 Avohoito	23
4 Eri vuosikymmenien miehet ja naiset päihdehoidon asiakkaina	27
4.1 Naisia kolmannes asiakkaista.....	27
4.2 Käytetyt päihteet	30
4.3 Mielenterveysongelmat.....	32
4.4 Avo- ja laitospotilaiden väliset erot	34
4.5 Helsinkiläiset ja etelä-suomalaiset asiakkaat	37
4.6 Koulutus	38
4.7 Työtilanne	41
4.8 Rikollisuus.....	43
5 Päihdeongelmaisten kuolleisuus	47
5.1 Kuolleisuus verrattuna väestöön.....	47
5.2 Päihdeongelmaisten kuolinsyyt	48
5.3 Kuolleisuus viiden vuoden sisällä hoidon aloituksesta	55
5.4 Laitoshoidon keskeytyminen ja kuolleisuusriski	61
6 Millaista tietoa hoito- ja rekisteritutkimus tuotti.....	63
6.1 Asiakaskunta muuttui tutkimuksen kuluessa	63
6.2 Miehet ja naiset ovat erilaisia päihdehoidon asiakkaita.....	64
6.3 Päihdeongelmaisten varhaisen kuolleisuuden riski on suuri	66
6.4 Hoito- ja rekisteritutkimuksen edut ja haitat	67
6.5 Hoito- ja rekisteritutkimuksen kasvava merkitys tulevaisuudessa	69
Lähteet.....	71

Esipuhe

Päihdeongelmat ovat suomalaisten keskuudessa kaikissa väestö- ja ikäryhmissä yleisiä. Ongelmakäyttö on usein yhteydessä erilaisiin sekä yksilöllisiin että yhteiskuntaan liittyviin tekijöihin, kuten työllisyyteen, mielen hyvinvointiin ja rikollisuuteen. Eri ikäluokkien ja sukupuolten päihteiden käytössä on eroja, ja päihteidenkäyttö muuttuu ajan myötä. Vuosien 1990 ja 2009 välillä päihteidenkäyttö ja käytettyjen päihteiden kirjo Suomessa lisääntyivät, mikä vaikutti monella tavalla myös päihdehoitoon.

Päihdehoidon asiakkaiksi kirjautuu vain pieni osa päihteiden ongelmakäyttäjistä. Asiakkaille on yhteistä se, että päihdeongelma on jollakin tasolla tunnistettu ja siihen on haettu apua. Päihdehoidon asiakaskunta muuttuu yhteiskunnan muuttuessa. Muutokset voivat liittyä niin päihdekulttuuriin kuin päihdehoitojärjestelmään. Päihdehoidon yksiköissä hoitajat tuntevat hyvin asiakkaansa ja heidän erityisen tilanteensa, mutta yleisempää tietoa tarvitaan päihdehoidon suunnittelun ja arvioimisen tueksi. Kehittämistyön kannalta on tärkeä saada laaja-alaista pitkän aikavälin tietoa suuresta joukosta päihdehoidon asiakkaita. Päihdehoidon asiakaskunnasta on haastavaa saada luotettavaa seurantatietoa kyselylomakkeiden tai haastattelujen avulla, sillä tutkimuksiin on vaikea saada osallistujia ja osallistuvien edustavuutta on vaikea arvioida. Rekistereihin kertyneiden tietojen avulla on mahdollista tehdä kattavia seurantoja.

Tutkimuksen kohteena olivat vuosien 1990 ja 2009 välillä A-klinikkasäätiön Järvenpään sosiaalisairaalassa, Kettutien A-poliklinikalla ja Arabianrannan päihdekliniikalla päihdehoidossa olleet potilaat (N=10 898). Aineisto on osa A-klinikkasäätiön laajempaa tutkimushanketta nimeltä *Rekisteri- ja hoitotietoihin perustuva seurantatutkimus päihdehuollon avo- ja laitospotilaiden elämäntilasta* (RIPE). Tutkimuksessa selvitettiin rekisteritietojen avulla sitä, millaiset ihmiset ovat tulleet päihdehoidon asiakkaiksi kahden vuosikymmenen aikana ja mitä heille oli pitkällä aikavälillä tapahtunut. Erityisesti selvitettiin päihdehoidosta apua hakeneiden kuolleisuuden riskiä.

Lyhyessä kirjallisuuskatsauksessa keskitytään kuvaamaan suomalaisten päihteidenkäyttöön, päihdehoitoon asiakkuuksiin ja kuolleisuuteen keskeisesti liittyviä kysymyksiä tutkimuksen kohteena olevana ajanjaksona. Kirjallisuutta on kuvattu tarkemmin Rikosseuraamuslaitoksen julkaisemassa raportissa, joka pohjautuu tähän samaan tutkimusaineistoon (Pitkänen ym. 2016).

Kolmannessa luvussa esitellään tutkimusaineisto. Aineisto sisälsi kolmen päihdehoitoyksikön potilaat lähes kahdenkymmenen vuoden ajalta. Hoitotietoihin yhdistettiin tiedot mahdollisesta kuolemasta, tulo- ja pääomaverotuksesta, sairaalapalveluiden käytöstä sekä rikollisuudesta. Rekisterien tietosisällöt, rekisterien käyttöön liittyvät lupaprosessit ja eettiset kysymykset on kuvattu lyhyesti. Kolmannen luvun loppuun on koottu tämän raportin tutkimuskysymykset sekä käytetyt tutkimusmenetelmät.

Neljännessä luvussa tarkastellaan sitä, millaista tietoa päihdehoidon asiakaskunnasta ja hoidosta on ollut hoitokirjauksista saatavissa. Laitoshoidon osalta tarkastelu kohdistuu Järvenpään sosiaalisairaalaan vuosina 1990–2009. Tutkittuja avohoitopaikkoja olivat pääasiallisesti Kettutien A-poliklinikka ja Arabianrannan päihdekliniikka Helsingissä.

Viidennessä luvussa tarkastellaan päihdehoitoon hakeutuneiden asiakkaiden (N=10 898) tilannetta. Erityisesti selvitetään eri vuosikymmenillä syntyneiden naisten ja miesten välisiä eroja ja yhtäläisyyksiä. Asiakaskunnan taustatietoja selvitetään suhteessa hoidon ajankohtaan, käytettyyn päihteeseen ja hoitomuotoon.

Kuudennessa luvussa on syvennytty tarkastelemaan niitä päihdehoidossa olleita potilaita (n=3 216), jotka olivat kuolleet vuoden 2013 loppuun mennessä, ja niitä (n=1 190), jotka olivat kuolleet viiden vuoden sisällä ensimmäisestä käytettävissä olleesta hoitomerkinästä. Päihdehoidosta apua hakeneiden kuolleisuus kuvaa ensisijaisesti kuolleisuuden ja päihdeongelmien välistä yhteyttä, sillä hoitotapojen osuus elämäntilanteissa on pieni ja vaikeasti määriteltävissä.

Viimeisessä luvussa arvioidaan tutkimustulosten merkitystä sekä rekisteri- ja hoitotietojen käytettävyyttä seurantatutkimuksessa. Rekisteritutkimusaineiston kokoamisessa ja analysoitavaksi muokkaamisessa on suuri työ. Vasta tutkimuksen kuluessa saadaan tarkempaa tietoa aineiston käytettävyydestä.

Haluamme kiittää kaikkia tätä rekisteritutkimustyötä tukeneita. Taloudellisesta tuesta kiitämme Helsingin kaupunkia, Yrjö Jahnessonin säätiötä, oikeusministeriön kriminaalipoliittista osastoa, Alkoholitutkimussäätiötä ja A-klinikkasäätiötä.

1 Päihteiden käyttö ja kuolleisuus Suomessa

Tässä luvussa tarkastellaan lyhyesti aiempaan kirjallisuuteen ja tilastotietoihin perustuen päihdeongelmiin ja kuolleisuuteen liittyviä keskeisiä muutos- ja kehitystrendejä tutkimusaineistoa koskevalta noin kahden vuosikymmenen ajalta 1990–2009. Kirjallisuuskatsauksessa tavoitteena on kuvata yleisiä aikakauteen, sukupolviin ja sukupuoleen liittyviä trendejä seurantatutkimuksen tulosten tulkinnan pohjaksi. Yhteiskunnan ilmiöt ovat osaltaan vaikuttaneet myös tutkimusaineiston potilaisiin ja potilasryhmien välisiin eroihin. Perusteellisempi kirjallisuuskatsaus on esitetty rikollisuutta koskevan raportin yhteydessä (Pitkänen ym. 2016).

1.1 Päihteiden käyttö Suomessa 1990–2009

Alkoholi on edelleen selvästi yleisin Suomessa käytetty päihde, mutta alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttö sekä huumeidenkäyttö ovat viime vuosikymmeninä yleistyneet. Alkoholin kokonaiskulutus kasvoi Suomessa vuosien 1990 ja 2009 välillä 9 litrasta 10 litraan asukasta kohti. Vuonna 2008 aikuisväestöstä noin 90 % ilmoitti käyttävänsä alkoholia. Suurkuluttajien määrän, heidän juomansa alkoholin määrän ja alkoholinkäyttöön liittyvien haittojen arvioidaan kasvaneen 2000-luvulla. Kokonaisuudessaan haittojen kasvu näytti kuitenkin pysähtyneen ja osin kääntyneen laskuun, sillä sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla kirjattiin vuonna 2009 alkoholiin liittyviä hoitojaksoja vähemmän kuin aikaisemmin 2000-luvulla. Alkoholinkäyttöön liittyvät sairaudet ja alkoholimyrkytykset ovat silti olleet yleisimpiä työikäisten kuolinsyitä. (Mäkelä ym. 2009; Mäkelä ym. 2010; Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 16.)

Alkoholin kulutus jakautuu väestössä epätasaisesti, sillä vuoden 2008 juomatapatutkimuksessa arvioitiin alkoholia eniten kuluttavan kymmenyksen juovan noin puolet kaikesta alkoholista. Suurkuluttajiksi määriteltyjä miehiä (yli 24 alkoholiannosta viikossa) oli 8 % alkoholinkäyttäjistä ja naisia (yli 16 annosta viikossa) 5 % (Mäkelä ja Mustonen 2010). Naisten ja miesten välillä on todettu paljon eroja erityisesti humalajuomisen ja päihdeongelmien yleisyydessä sekä niihin liittyvissä taustatekijöissä (mm. Pitkänen 2006).

Huumeidenkäytön voimakasta lisääntymistä 1960-luvulla on kutsuttu Suomen ensimmäiseksi huumeaalloksi. Ilmiöön liittyi yhteiskunnallisia murroksia sekä yhteiskunnallista liikehdintää ja nuorisokulttuurin rakentumista kansainvälisten vaikutteiden pohjalta. Huumeiden käyttäjien lukumäärä kasvoi, sillä kannabiksen käyttö yleistyi erilaisissa nuorisoryhmissä. Ensimmäinen pääasiassa kannabiksen käyttöön keskittynyt huumeaalto laimeni 1970-luvulle tultaessa, mutta sen vaikutuksesta mm. huumausainekysymys määritettiin ensikertaa sosiaalisesti ongelmaksi, salakuljetukseen perustuvat huumemarkkinat syntyivät ja huumausainelaki (1972) säädettiin huumausainekomitean (1969) mietinnön pohjalta. (Hakkarainen 1992, 58; Kainulainen 2009, 35–42.)

Huumausainetilanteen vakavoitumista 1990-luvulla on kutsuttu Suomen toiseksi huumeaalloksi. Taustalla vaikuttivat jälleen niin kansainväliset kuin kotimaiset yhteiskunnalliset tekijät sekä myös huumekaupan ja -tuotannon organisoituminen. Markkinoille ilmaantui monia uusia huumevalmisteita, kuten ekstaasi, poltettava heroini ja opioidien lääkkeellisessä korvaushoidossakin käytettävä buprenorfiini. Myös uudenlainen huumeiden viihdekäyttö sai jalansijaa. Toinen huumeaalto oli ensimmäisen tapaan vahvasti sukupolvi-ilmiö, sillä käyttäjiä olivat ennen kaikkea 1970–1980-luvuilla syntyneet ”märän sukupolven lapset”. Huumeidenkäyttö näyttää sittemmin jääneen pysyväälle, aiempaa korkeammalle tasolle ja onkin alettu puhua aallon sijaan pysyvästä vedenpinnan noususta (Hakkarainen ym. 2015). Huumeidenkäytön lisääntyminen näkyi mm. huumausainerikoksista epäiltyjen ja vankilaan tuomittujen, takavarikoitujen huumeiden, huumekuolemien ja hoitopalvelujen asiakasmäärien kasvuna. Vaikka huumeidenkäytön kasvu tasaantui 2000-luvulle tultaessa, huumeiden aiheuttamat haitat jäivät aikaisempaa korkeammalle tasolle. (Hakkarainen & Metso 2003; Kainulainen 2009; Partanen & Metso 1999; Salasuo 2004.)

Tutkimusten mukaan huumekeoilut ja huumeiden käyttö ovat 2000-luvulla olleet huomattavasti yleisempiä kuin 1990-luvulla. Huumeita kokeilneiden osuus kasvoi 1990-luvun loppuun asti, jonka jälkeen kasvu selvästi tasoittui. Huumekeoilut lähtivät voimakkaammin liikkeelle miesten keskuudessa, kun taas naisilla kokeilut yleistyivät vasta vuosikymmenen puolenvälin jälkeen. 2000-luvun alkupuolella käyttäjämäärien havaittiin jälleen lisääntyneen. Ilmiötä selitti osittain 1990-luvulla ja sen jälkeen huumekeoilunsa aloittaneen nuorisokupolven osuuden kasvu huumekeoiluja mittaavien väestökyselyjen otosjoukossa, samalla kun joukosta poistuivat vanhemmat ikäpolvet, joilta huumeiden käyttökokemus puuttui kokonaan. Kasvu painottui väestötasolla selvästi kannabiksen käyttöön, sillä muiden huumeiden osalta ei ollut tapahtunut merkittävää kasvua (Tanhua ym. 2011; Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 24). Viranomaisrekistereihin perustuvan arvion mukaan Suomessa oli vuonna 2005 noin 14 500–19 000 amfetamiinin tai opioidien ongelmakäyttäjää, pääasiassa miehiä, joista noin 5 000–8 000 pääkaupunkiseudulla (Partanen ym. 2007, 555–556).

1.2 Päihde-ehdoiset asiakkuudet

Päihdeongelman myötä henkilön riski fyysiseen ja psyykkiseen sairastavuuteen sekä ennenaikaiseen kuolemaan kasvaa (esim. Mustonen & Simpura 2006). Alkoholin käyttö muodostaa toiseksi suurimman yksittäisen terveystarpeen Euroopassa (World Health Organization 2011).

Päihdehuollon erityispalvelut

Päihdehuollon järjestämisvastuu kuuluu kunnille (Päihdehuoltolaki 3 §). Päihdehuollon kaikissa katkaisu- ja kuntoutusyksiköissä hoidossa olleiden asiakkaiden ja hoitopäivien määrät ovat 1990-luvun alun lamavuosien jälkeen kasvaneet ja pysyneet suhteellisen vakaina 2000-luvulla. Naisten määrä ja naisten hoitovuorokaudet ovat kasvaneet suhteessa miehiä enemmän. Päihdehuollon erityispalveluiden käytön kasvu on viime vuosina pysähtynyt ja kääntynyt joidenkin palvelujen osalta laskuun. Päihdehuollon erityispalveluissa asioi vuonna 2010 kaiken kaikkiaan 73 311 asiakasta. A-klinikoiden ja nuorisosiemien asiakasmäärät vähenivät hieman edellisestä vuodesta, samoin kuin laitospäihdehuollon asiakasmäärä ja hoitovuorokaudet. Sen sijaan katkaisuhoidon asiakasmäärä ja hoitovuorokaudet lisääntyivät.

A-klinikkasäätiön A-klinikoiden asiakaskäyntien määrä pysyi varsin tasaisena vuosina 2000–2009, mutta kuntoutusyksiköiden ja katkaisuhoidotusyksiköiden hoitovuorokausien määrät kasvoivat kääntymään ensin laskuun vuosikymmenen lopulla. Vuonna 2009 A-klinikkasäätiön A-klinikoilla asioi 13 301 asiakasta, joista 19 % oli uusia asiakkaita. Asiakkaille kertyi vuoden aikana lähes 133 000 asiointikertaa. Asiakkaista kolmannes oli naisia, alle 30-vuotiaita vajaa viidennes ja yli 60-vuotiaita 15 %. Puolet asiakaskäynneistä oli sairaanhoitajan toteuttamia ja neljä viidestä tapaamisesta yksilökäyntejä. (A-klinikkasäätiön vuosikertomus 2009, 60–61.)

Päihdehuoltoon hakeutuneiden huumeasiakkaiden ongelmat eivät rajoitu vain yhteen päihteeseen, vaan useiden eri päihteiden käyttö on yleistä (Kuussaari & Ruuth 2008). Huumeasiakkaista 37 % mainitsi alkoholin kolmen ensimmäisen päihteiden joukossa, ja alkoholin käyttö on yleistä erityisesti kannabiksen tai lääkkeiden kanssa. Vuonna 2010 päihdehuollon huumeasiakkaista 32 %:lla oli pääpäihteinä buprenorfiini ja 23 %:lla jokin muu opioidi. Suomalaiselle päihdekulttuurille ominaista on myös se, että valtaosa amfetamiinien ja opioidien ongelmakäyttäjistä on käyttänyt ainetta pistämällä. Useiden eri päihteiden käyttö oli yleistä, sillä 62 % asiakkaista oli ilmoittanut ainakin kolme hoitoon hakeutumiseen liittyvää ongelmapäihdettä. Huumehoidon tietojärjestelmän mukaan vuonna 2010 huumehoitoon hakeutuneet olivat aikaisempaan tapaan nuoria aikuisia. Iältään hoitoon hakeutuneet miehet olivat keskimäärin 30-vuotiaita ja naiset keskimäärin 28-vuotiaita. Heidän koulutustasonsa oli matala ja työttömyys oli yleistä (60 %). Asiakkaista 9 % oli asunnottomia. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 208; Tanhua ym. 2011, 82; Väänänen 2011.)

Vuoden 2007 päihdetapauskasvuun tulosten mukaan päihdehuollon palvelurakenteessa oli tapahtunut muutoksia edelliseen laskentaan verrattuna. Kun vuoden 2003 päihdelaskennassa päihdeasiakkaita tavattiin yleisimmin asumispalveluissa tai ensisuojuissa, oli vuoden 2007 laskennassa yleisin paikka A-klinikka tai vastaavan tyyppinen avohoitoyksikkö. Kotipalveluissa tavattiin päihteitä

käytäviä asiakkaita aikaisempaa useammin, mikä kertonee vanhusten päihdeongelmien lisääntymisestä. Päihdeasiointikäynneistä 62 % oli avohuoltokäyntejä ja 38 % laitos- ja asumispalvelukäyntejä. Päihdehuollon erityispalveluiden osuus asiointikäynneistä oli 46 %. Kolmannes kaikista päihde-ehdoisista käynneistä oli terveystalvelukäyntejä. (Nuorvala ym. 2008.)

Terveydenhuollon laitoshoido

Terveydenhuollon alaisessa laitoshoidossa oli 14 043 asiakasta alkoholisairauksien ja 5 149 asiakasta huumesairauksien takia vuonna 2010. Alkoholisairauksien vuoksi kertyi 187 550 ja huumesairauksien 34 942 hoitovuorokautta. (Päihdetilastollinen vuosikirja 105, 106.) Alkoholisairauksien vuoksi vuodeosastoilla hoidetuista enemmistö oli miehiä (79 %). Alkoholisairauksien takia hoidettiin eniten 45–64-vuotiaita (60 %). Alkoholisairauksien hoitotaksot muodostavat noin neljä viidennestä kaikista sairaaloiden päihdehoitotaksista. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 21.)

Huumesairauden vuoksi terveydenhuollon vuodeosastoilla hoidetuista 61 % oli miehiä ja 39 % naisia. Valtaosa hoidetuista oli alle 35-vuotiaita. Huumehoitotaksien osuus oli noin viidennes kaikista sairaaloiden päihdehoitotaksista, mutta yli puolet hoitotaksista, kun kyseessä olivat alle 35-vuotiaat. (Emt., 27.) Aikavälillä 1990–2009 alkoholiriippuvuuden perusteella toteutettujen sairaalahoitotaksien määrä vähentyi 1990-luvun puolivälin jälkeen, kun taas huumeriippuvuuden perusteella toteutettujen hoitotaksien määrä sairaaloissa kasvoi vuosituhannen vaihteeseen saakka ja jälleen vuosina 2008–2009 (Päihdetilastolliset vuosikirjat 2006 ja 2011).

Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen korvaushoido

Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen korvaushoido on erityinen asetuksella säädely hoitomuoto, jossa tavoitteena on ”joko kuntouttaminen ja päihdeettömyys, tai haittojen vähentäminen ja potilaan elämän laadun parantaminen” (STM 33/2008). Hoidon peruseriaatteena on, että laittomasti kadulta hankittu opioidi (heroiini, Suomessa yleensä buprenorfiini) korvataan lääkärin annostelemalla, kontrolloidusti jaettavalla ja suun kautta otettavalla opioidilääkkeellä. Lääkkeenä käytetään yleensä metadonia tai buprenorfiinia tai buprenorfiini-naloksoni-yhdistelmävalmistetta. Pääsääntöisesti korvaushoitopotilas ottaa lääkkeen klinikalla päivittäin. Jos hoito etenee hyvin, potilas voi hakea korkeintaan viikon annoksen lääketä mukana kotiinsa. Hoidon aikana potilas sitoutuu todistamaan päihdeettömyytensä huumeetesteillä ja puhalluskokeella. Hoito voi jatkua intensiivisenä useita vuosia.

Korvaushoido on ollut Suomessa mahdollista vuodesta 1997 lähtien, joskin ennen tätäkin toteutettiin joitakin pienimuotoisia kokeiluja ja projekteja. Suomessa etenkin 1990-luvun lopussa ja 2000-luvun alussa hoitoon liittyi keskeisenä osana psykososiaalinen kuntoutus. Sittemmin painopiste on muuttunut vähemmän kontrolloiduksi haittojen vähentämiseen tähtääväksi hoidoksi. Vuonna 2010 korvaushoidossa oli noin 2 000 potilasta. Korvaushoitopaikat, samoin kuin ongelmat, ovat keskittyneet pitkälti pääkaupunkiseudulle (1 300–2 400 opioidien ongelmakäyttäjää), jossa arviolta yli 40 % kaikista korvaushoitopotilaista on saanut hoitoa. (Partanen ym. 2007.)

Korvaushoido luetaan usein niin sanottuihin haittoja vähentäviin hoitoihin. Uusimman korvaushoidoa säätelevän asetuksen (33/2008) mukaan: ”Korvaushoido vähentää laittomien huumeiden käyttöä, rikollisuutta, oheissairauksia kuten hepatiitteja ja HIV-infektioita, parantaa elämänlaatua ja mahdollistaa psyykkisen ja fyysisen kuntoutumisen. Hoito on kallista, mutta kustannusvaikuttavaa vähentäessään muiden sosiaali- ja terveydenhuollon ja vankeinhoidon kustannuksia.”

Suomalaisten tutkimusten ja selvitysten mukaan potilaat kiinnittyvät sekä buprenorfiini- että metadonihoitoon hyvin, opioidien ja muiden päihdeiden käyttö useimmiten vähenee ja potilaiden sosiaalisen tilanteen paranemiselle pystytään luomaan edellytyksiä, mutta vain pieni osa potilaista onnistuu vieroittautumaan korvaushoitolääkkeestä. Tutkimukset ovat osoittaneet myös potilaskunnan moniongelmaisuu den, sosiaalisen huono-osaisuuden, rikollisuuden sekä päihdeiden sekakäytön ja mielenterveysongelmien yleisyyden, mikä asettaa erityisiä vaatimuksia hoidon toteuttamiselle. (Aalto ym. 2011; Pitkänen ym. 2016; Tourunen & Pitkänen 2010; Tourunen ym. 2009; Vormaa ym. 2005 ja 2009.)

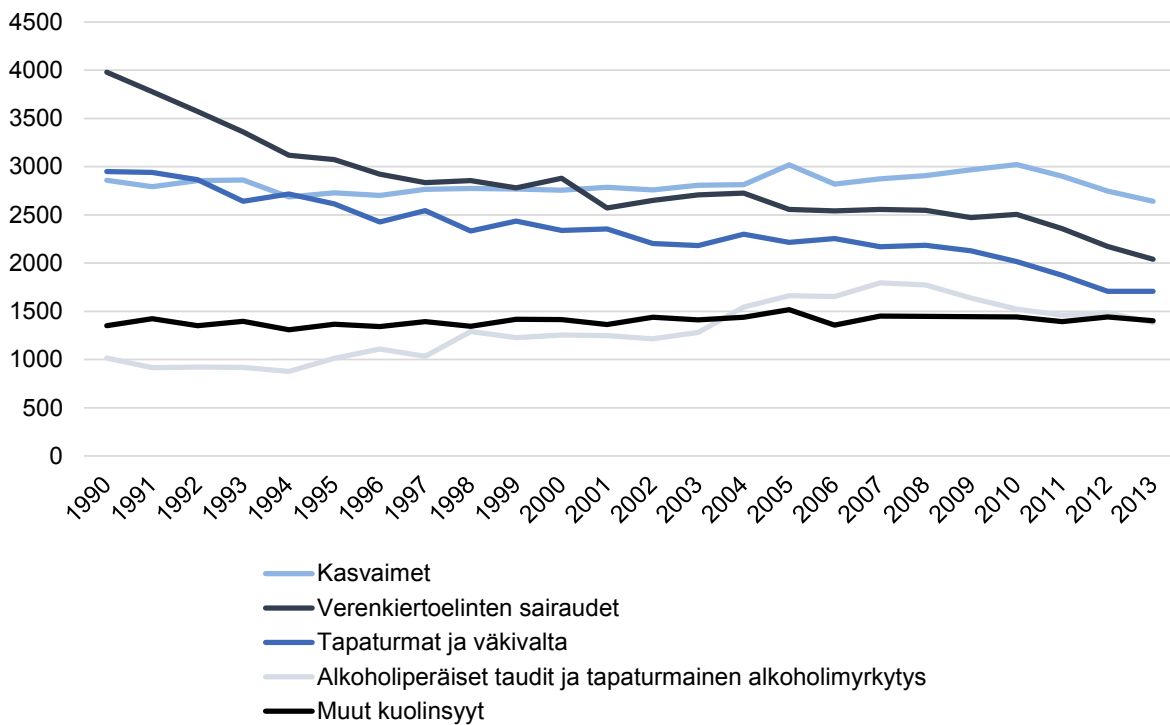
1.3 Kuolleisuus

Eliniän odote Suomessa vuonna 1971 syntyneille naisille oli 74,2 vuotta ja miehille 65,9 vuotta; kaksikymmentä vuotta myöhemmin syntyneiden eliniän odote oli molemmilla sukupuolilla noussut viisi vuotta (SVT kuolleet, 2015). Tilastokeskuksen sivuilta on saatavissa tarkat tiedot suomalaisesta väestöstä ja kuolleisuudesta (SVT; pxnet2.stat.fi). Näiden tietojen perusteella vuoden 2013 loppuun mennessä 1980–1992 syntyneistä suomalaisista miehistä oli kuollut 1,1 % ja naisista 0,6 %, mutta 1920-luvulla syntyneistä miehistä oli kuollut 76,2 % ja naisista 58,8 %. Kuolleiden osuus on luonnollisesti suurempi vanhemmissa kuin nuoremmassa ikäluokissa, joten kuolleisuutta tarkasteltaessa on tärkeä ottaa huomioon syntymävuosi tai ikäryhmä.

Suomen virallisen tilaston mukaan (SVT; pxnet2.stat.fi) yleisimmät kuolinsyyt 15–34-vuotiaiden suomalaisten miesten keskuudessa vuosina 1990–2013 olivat itsemurhia (35 % kuolleista) ja tapaturmia (23 %); myös nuorilla naisilla itsemurhat olivat yleisin kuolinsyy (25 %). Seuraavassa ikäryhmässä (35–64-vuotiaat) sekä miehillä että naisilla yleisimmät kuolinsyyt liittyivät verenkiertoelimistön häiriöihin (32 % kuolleista miehistä ja 20 % naisista) ja kasvaimiin (sis. syövät 22 % miehistä ja 43 % naisista), mutta naisilla kasvaimet olivat yleisempi kuolinsyy kuin verenkiertoelinten sairaudet. Yli 64-vuotiaista lähes puolella kuolleista syy liittyy verenkiertoelinten sairauksiin (46 % miehistä ja 49 % naisista), tapaturmien osuus oli 3 % ja itsemurhien osuus alle prosentin.

Päihteiden käytön seurauksena kuolleiden osuudet olivat pieniä yli 64-vuotiailla: alkoholi oli kuolinsyynä 1,3 %:ssa miesten ja 0,3 %:ssa naisten kuolemista. Myös muiden kuin alkoholimyrkytysten osuus oli pieni (0,1 %) sekä naisilla että miehillä. Keskimmaisessä ikäryhmässä alkoholisairaudet ja -myrkytykset olivat merkittävä kuolinsyy sekä miehillä (15 %) että naisilla (9 %). Lisäksi muiden myrkytysten osuus oli 2 %. Nuorimmassa ikäryhmässä alkoholiin liittyi 6 % miesten ja 3 % naisten kuolinsyistä, mutta muihin aineisiin liittyviin myrkytyksiin oli kuollut peräti 8 % miehistä ja 5 % naisista. Vuosina 1990–2013 oli kuollut yhteensä 583 941 suomalaista miestä ja 594 814 naista.

Kuolleisuuden osalta tutkimuksen kohteena olleella ajanjaksolla (1990–2013) alkoholiperäisiin tauteihin ja myrkytyksiin kuolleiden määrä hieman nousi, vaikka verenkiertoelinten sairauksiin sekä tapaturmien ja väkivallan seurauksena kuolleiden henkilöiden määrät laskivat (kuvio 1.1). Esimerkiksi vuonna 2010 alkoholin käytön seurauksena kuoli koko väestöstä 2 729 henkilöä, joista 1 966 alkoholisairauteen tai -myrkytykseen (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 111). Alkoholimyrkytysten määrä vähentyi 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä: vuonna 2004 alkoholimyrkytykseen kuoli noin 600 henkeä ja vuonna 2010 noin 400 (Vuori ym. 2012, 1736).



Kuvio 1.1 Suomalaisten 15–64-vuotiaiden alkoholiperäinen kuolleisuus eroteltuna muusta kuolleisuudesta vuosina 1990–2013 (Henkilöiden määrä; lähde Suomen virallinen tilasto: Kuolemansyyt).

Kuolemantapauksiin liittyvissä oikeuslääketieteellisissä lääke- ja huumausainetutkimuksissa huumausaineiden löydökset lähes kaksinkertaistuivat vuodesta 1997 vuoteen 2000. Tämän jälkeen löydösten määrä tasaantui muutamaksi vuodeksi, pääasiassa siksi, että heroiinin tarjonta tyrehtyi markkinoilla ja heroiinikuolemien määrä väheni. 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä sekä oikeuslääketieteellisissä ruumiinavauksissa tehtyjen huumausainelöydösten määrä että kuolemansyytilaston mukaiset huumekuolemat ovat lisääntyneet. Vuoden 2007 huumeisiin liittyvien kuolemien (N=234) tarkemmassa tutkimuksessa huomio kiinnittyi opioidien ja eri päihteiden sekakäytön merkittävään rooliin. Buprenorfiinin lisäksi metadonia ja muita lääkkeitä käytettäviä opioideja löydetään entistä enemmän ruumiinavauksissa. Erityisesti alkoholin ja bentsodiatsepiinien yhteiskäyttöä esiintyy yhä useammin kuolemantapauksissa. (Salasuo ym. 2009, 47–48) Naisten osuus huumeisiin kuolleista on ollut noin 15 % (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011; Vuori ym. 2012).

Pekka Saarnio (2013) on tutkinut miesalkoholistien kuolleisuutta 24 vuoden seuranta-aikana. Tutkimusaineiston muodostivat vuosina 1987 ja 1988 Lammin huoltolassa hoidossa olleet miesalkoholistit (N=175). Seurantajakson lopussa 66 % tutkimushenkilöistä oli kuollut. Noin kolme neljäsosaa kuolemista liittyi alkoholiin. Elämäntapaan liittyvät kuolemat (mm. tapaturmat, myrkytykset, henkirikokset) olivat hieman yleisempiä kuin sairauksiin liittyvät kuolemat (mm. maksakirroosi, sydäntaudit, syövät). Siviilisäädyltä havaittiin olevan merkitsevä yhteys kuolleisuuteen: eronneiden tai asumuserossa olleiden miesten kuolleisuus oli selvästi suurempi kuin parisuhteessa eläneiden kuolleisuus. Parisuhteessa eläneiden alkoholinkäyttö oli myös ennen hoitoa ollut vähemmän haitallista kuin eronneilla.

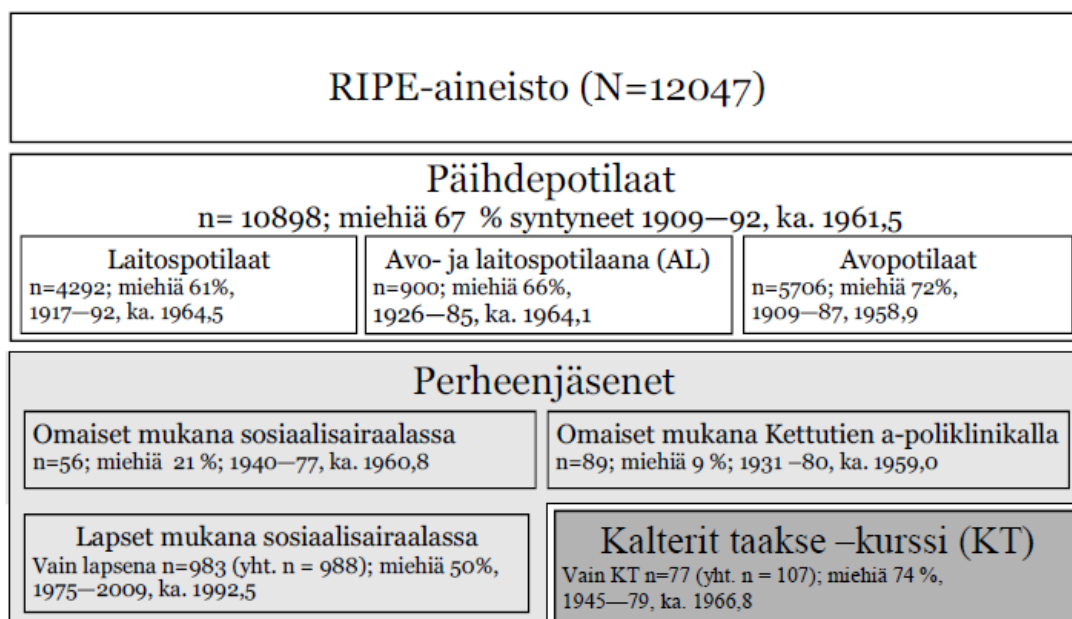
2 Rekisteritutkimusaineisto

Rekisteri- ja hoitotietoihin perustuva seurantalutkimus päihdehuollon avo- ja laitospotilaiden elämäntilasta (RIPE) on laaja tutkimushanke, jonka aineisto koostuu 12 047 Järvenpään sosiaalisairaalassa tai kahdella helsinkiläisellä poliklinikalla (Kettutiellä ja Arabianrannassa) vuosina 1990–2009 asioineen asiakkaan anonymisoiduista tiedoista. Tutkimuksen tavoitteena on ollut tuottaa tietoa päihdehoidossa olleiden potilaiden tilanteesta seurantajakson aikana. Potilaiden elämäntilasta ja yhteiskuntaan integroitumisen tarkastelua varten hoitotietoihin yhdistettiin kansallisista rekistereistä tietoa kyseisten henkilöiden rikollisuudesta, sairaalahoitajaksista, koulutuksesta, verotuksesta sekä mahdollisesta kuolemasta. Tutkimukseen saatiin rekisterinpitäjien sekä Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen luvat. A-klinikkasäätiön tutkimuseettinen toimikunta on hyväksynyt hankkeen.

2.1 Tutkittavien valinta

Tutkimusaineistoon otettiin mukaan kaikki Järvenpään sosiaalisairaalassa sekä Kettutien ja Arabianrannan hoitoyksiköissä päihdeongelman takia asioineet henkilöt, joiden henkilötunnus oli kirjattu hoitotietoihin. Rekisteriaineiston 10 898 päihdekuntoutujasta tuli aineistoon mukaan 4 292 laitostuntoutuksessa, 5 706 avohoidossa ja 900 sekä avo- että laitoshoidossa asioinutta henkilöä (kuvio 2.1).

Tämä raportti keskittyy päihdeongelman takia hoitoon hakeutuneisiin asiakkaisiin. Tutkimusaineisto on kokonaisuudessaan hieman laajempi, mutta tarkastelun ulkopuolelle rajattiin peliriippuvaiset, perheenjäsenet ja kurssilla olleet vangit. Peliriippuvuusdiagnoosilla oli ollut laitoshoidossa viisi ja avohoidossa seitsemän asiakasta. Perheenjäseniin sisältyi 33 avohoitoon mukaan seurannutta omaista, 56 kuntoutuksen seurana laitoshoidossa ollutta puolisoa sekä 988 laitoshoidoksella mukana ollutta lasta. Lapsista viisi oli tosin kirjautunut aineistoon myöhemmin myös oman päihdehoitonsa takia. Aineistoon sisältyneet 77 vankia olivat osallistuneet Järvenpään sosiaalisairaalassa järjestetyille Kalterit taakse® -kurssille vuosien 1997 ja 1998 aikana. Näistä henkilöistä ei ole hoitomerkitöitä. Samalle kurssille oli osallistunut myös 15 henkilöä, jotka olivat aineistossa avoklinikan kautta ja toiset 15 laitostuntoutuksen kautta. Kurssille osallistuneita ei käsitellä tässä raportissa, heistä on kirjoitettu erillinen artikkeli (Kaskela ym. 2015). Myös päihdekuntoutujien lapsista on valmisteilla erillinen julkaisu.

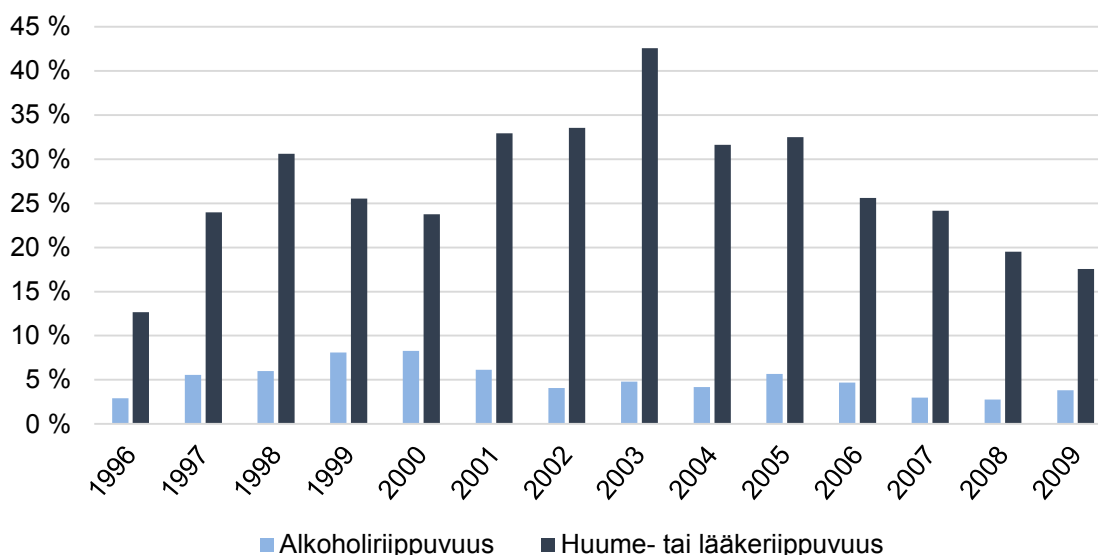


Kuvio 2.1 Tutkimusaineiston asiakkaat vuosilta 1990–2009. Laitos- ja avohoidossa olleet potilaat ja perheenjäsenet sekä Kalterit taakse -kurssin vangit; kustakin ryhmästä lukumäärä, miesten osuus sekä syntymävuoden minimi, maksimi ja keskiarvo.

Järvenpään sosiaalisairaala

Järvenpään sosiaalisairaala on valtakunnallinen päihdesairaala, joka on yli 60 vuotta tuottanut hoito- ja kuntoutuspalveluja päihde- ja riippuvuusongelmallisille ja heidän läheisilleen. Sosiaalisairaalan toiminta käynnistyi valtion perustamana alkoholistien vastaanottokeskuksena 8.9.1951. Järvenpään sosiaalisairaala -nimi otettiin käyttöön vuonna 1962. A-klinikkasäätön yksikkönä sairaala on toiminut vuodesta 1994 lähtien.

Sosiaalisairaala on Suomen ainoa päihdehoitoon erikoistunut sairaala. Siellä on hoidettu Suomen sairaaloiden hoitajaksoista noin joka kahdeskymmenes niistä, joissa alkoholi-ongelma on ollut päädiagnoosina, ja joka neljäs niistä jaksoista, joissa päädiagnoosina on ollut sekakäyttö tai huumeet (kuvio 2.2). 2000-luvun alussa ns. toisen aallon huumeongelmat heijastuivat voimakkaasti sosiaalisairaalan asiakaskuntaan; vuosina 2001–2005 sosiaalisairaalassa hoidettiin yli 30 % kaikista sairaalahoidossa sekakäyttö- tai huumeidiagnoosilla olleista potilaista. Suomesta puuttui silloin huumehoitopaikkoja, joten sosiaalisairaala ryhtyi aktiivisesti tarjoamaan kunnille huumehoitoa, mm. huumevieroitusta ja opioidiriippuvaisten korvaushoitoa. Erityisesti opioidiriippuvaisten osuus kasvoi niin, että vuonna 2008 opioidiriippuvaisia oli 43 % potilaista.

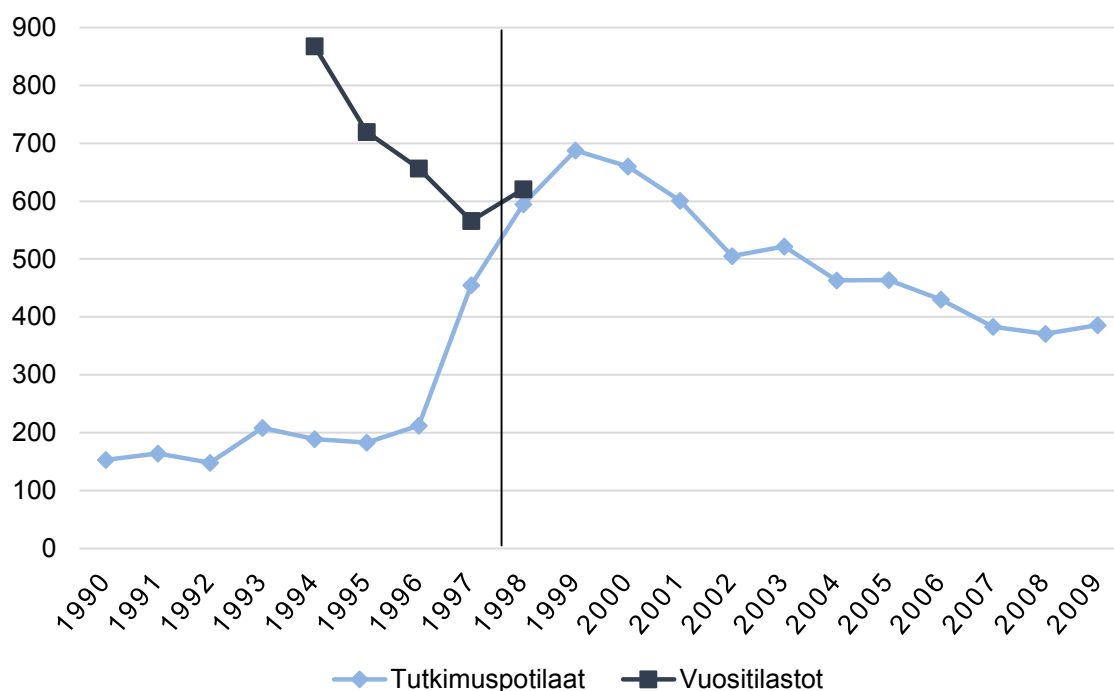


Kuvio 2.2 Tutkimusaineistoon kuuluvien sosiaalisairaalan hoitajaksojen (n=12 453) osuus kaikista Suomen sairaalahoitajaksoista, joissa alkoholiriippuvuus tai huume- tai lääkeriippuvuus päädiagnoosina vuosina 1996–2009.

Sosiaalisairaalan tarjontaan on kuulunut katkaisu- ja vieroitushoitoa, päihde- ja mielenterveysongelmaisten yhdistettyä kuntoutusta, perhekuntoutusta ja vuodesta 1998 alkaen opioidiriippuvaisten korvaushoitoa. Hoito on sisältynyt hoidon tarpeen ja lääkityksen arvioinnin, hoitosuunnitelman laatimisen yhdessä potilaan, läheisten ja kotikunnan työntekijöiden kanssa, laituskuntoutusjakson ja jatkohoidon suunnittelun, verkostokokouksia sekä tarvittaessa intervallijaksoja. Hoitotoiminta on perustunut Käypä hoito -suositukseen, kognitiiviseen viitekehykseen ja moniammatilliseen yhteistyöhön. Sairaalan perustoiminnot pysyivät tutkimuksen kohteena olleiden vuosien aikana melko samoina, mutta toimintatavat, toiminnalliset rakenteet ja potilasaineisto muuttuivat jonkin verran. Sairaalan paikkamäärä vaihteli 71–110 asiakaspaikan välillä ja henkilökunnan määrä 60–120 työntekijän välillä. Hoidossa oli joitakin itse maksavia asiakkaita, mutta pääasiallisesti hoitoon tulo edellytti potilaan kotikunnan sosiaali- tai terveystoimen lähetettä ja maksusitoumusta.

Tutkimusaineisto kattaa kaikki asiakastietojärjestelmään kirjatut asiakkaat maaliskuusta 1997 alkaen sekä valikoidun otoksen vuosilta 1990–1996. Tästä syystä osassa kuvioita on merkitty viiva kohtaan 1997, josta alkaen aineisto käsittää kaikki sairaalan potilaat (kuvio 2.3). Yhteensä 4 560 päihdehoidossa olleen potilaan, 570 mukana seuranneen lapsen ja 22 omaisen tiedot koottiin

sähköisistä järjestelmistä¹. Aineistoa täydennettiin paperiarkistosta manuaalisesti vuosina 1975–1991 syntyneiden vanhempiensa mukana vuosina 1990–1997 sosiaalisairaalassa olleiden lasten tiedoilla. Paperiarkistosta kerätty aineisto sisältää tiedot 402 lapsesta (synt. 1975–1991), 337 hoidossa olleesta vanhemmasta, 34 mukana seuranneesta puolisoista ja 16 vuosina 1992–1996 syntyneestä hoidossa mukana olleesta sisaruksesta. Sosiaalisairaalajaksoja koskeva aineisto täydentyi myös silloin, kun rekisteritietoja yhdistettiin. Kansallisen Hoitoilmoitus (Hilmo) -rekisterin tietojen perusteella sosiaalisairaalassa oli vuosina 1990–1997 (ennen sairaalan sähköisen hoitorekisterin käyttöönottoa) ollut hoidossa 295 tutkimukseen kuulunutta avopotilasta.



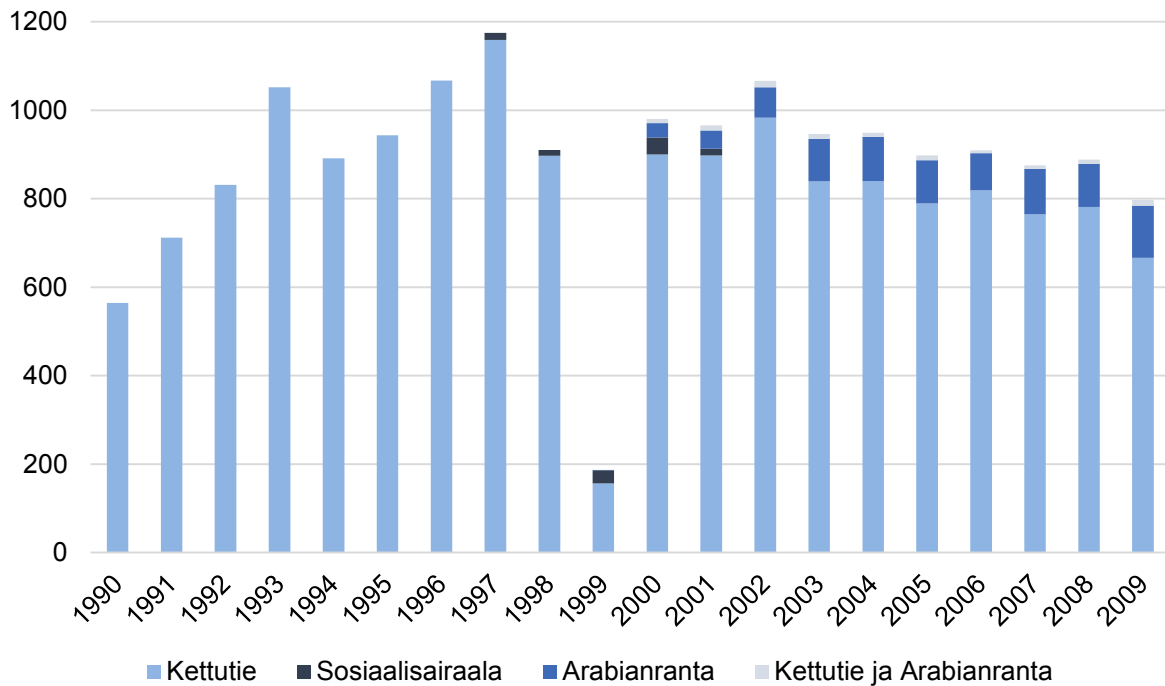
Kuvio 2.3 Tutkimukseen kuuluvien sosiaalisairaalalan potilaiden määrä hoitovuosittain. Vuodet 1990–1997 sisältävät kaksi otosta, vuodet 1998–2009 sosiaalisairaalalan kaikki laitospotilaat. Lisäksi vuosien 1994–1998 osalta sairaalan vuositilastojen mukaiset potilasmäärät (Ovaska 1999).

Järvenpään sosiaalisairaalassa potilaiden hoitotietojen kirjaamiseen oli käytetty vuosien varrella eri menetelmiä muuttuvine ohjeineen. Sairaalan hoitokertomuksista oli kaikilta saatavissa numeerisessa muodossa potilaan hoitajaksot, sukupuoli ja ikä sekä lisäksi vaihtelevalla tarkkuudella päihteiden käyttöä koskevia tietoja ja taustatietoja, kuten siviilisääty, asuinkunta, koulutus, työ- ja asumistilanne. Hoitokertomuksiin on kirjautunut paljon henkilön elämäntilanteeseen, historiaan, kokemuksiin ja tavoitteisiin liittyvää tietoa, jota RIPE-tutkimuksissa on analysoitu laadullisia menetelmiä käyttäen vain osittain ja vain osalta potilaista.

Avohoitoyksiköt

Avohoittoa koskevaan tutkimusaineistoon sisältyivät kaikki asiakasrekisteriin kirjatut päihdepotilaat (n=6 606) sekä 33 omaista kahdesta A-klinikkasäätiön avohoitoyksiköstä Helsingistä vuosilta 1990–2009 sekä Järvenpään sosiaalisairaalassa vuosina 1997–2001 asioineet poliklinikka-asiakkaat. Tutkimuksen kohteena olleet avopotilaat olivat pääasiassa Kettutien A-poliklinikan asiakkaita, 2000-luvulla Arabianrannan päihdeklinikan osuus oli noin 10 % hoidossa käyneistä potilaista (kuvio 2.4).

¹ Seniori 3/1997–12/2001 ja Mediatr 2002–2009. Sähköiseen tietojärjestelmään oli sosiaalisairaalassa tarkoitus siirtää vuoden 1997 alusta, mutta todennäköisesti siirtyminen tapahtui täysin vasta maaliskuusta 1997 alkaen.



Kuvio 2.4 Avopotilaiden (n=6 606) potilastietojärjestelmään merkityt käynnit vuosina 1990–2009, vuonna 1999 tietojärjestelmän vaihtamisen takia osa kirjauksista puuttui sähköisestä järjestelmästä.

A-klinikkasäätiön Kettutien A-poliklinikka aloitti toimintansa 2.5.1990. Vuosina 1990–2009 klinikka oli päihderiippuvuusongelmien tutkimiseen ja hoitoon erikoistunut terveydenhuollon avohoitoyksikkö. Poliklinikka palveli Helsingin sosiaaliviraston itäisen sosiaaliaseman Herttoniemen toimialueella asuvia pääasiassa yli 23-vuotiaita päihdeongelmaisia ja heidän läheisiään sekä rajoitetusti muita helsinkiläisiä. Klinikalla kävi vuosittain noin 700 potilasta. Poliklinikka on tarjonnut myös päihdekoulutusta ja koulutuspaikkoja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle.

Arabianrannan päihdekliniikka perustettiin 1.1.2006 yhdistämällä kaksi vuosituhannen alkupuolelta Helsingissä toiminutta A-klinikkasäätiön korvaushoitoyksikköä (Vieroitusohitopoliklinikka ja K-klinikka). Arabianrannan päihdekliniikalla on ollut noin 70 potilaspaikkaa. Vuosina 2000–2009 näillä opioidiriippuvuuksiin erikoistuneilla klinikoilla on toteutettu sosiaali- ja terveysministeriön asetusten mukaista lääkkeellistä korvaushoitoa, jota on tuettu kognitiivisesti suuntautuneella psykososiaalisella työotteella. Klinikalla on pyritty tukemaan potilaiden päihderiippuvuuden hallintaa ja yhteiskuntaan integroitumista. Keskeisiä tavoitteita ovat olleet huumeriippuvuuden hoito, päihteiden käytön ja siihen liittyvien terveysriskien ehkäiseminen ja vähentäminen, syrjäytymis- ja rikoskierteiden katkaiseminen tai lieventäminen, ihmissuhteiden ja sosiaalisten verkostojen elvyttäminen sekä ammatillisen kuntoutuksen edistäminen.

Hoitopaikoittain tarkasteltuna avohoidon asiakkaiden kokonaismäärät jakautuivat seuraavasti: Kettutien A-poliklinikka 6172 potilasta ja 33 omaista (2.5.1990–14.9.2009), Arabianrannan päihdekliniikka 232 potilasta (2000–14.9.2009), Järvenpään sosiaalisairaalan poliklinikka 95 potilasta (20.1.1997–12.12.2001) ja sekä Arabianrannassa että Kettutiellä hoidossa olleet 107 potilasta (kuvio 2.5). Kettutien ja Arabianrannan potilaista 900 oli ollut myös laitoshoidossa sosiaalisairaalassa.

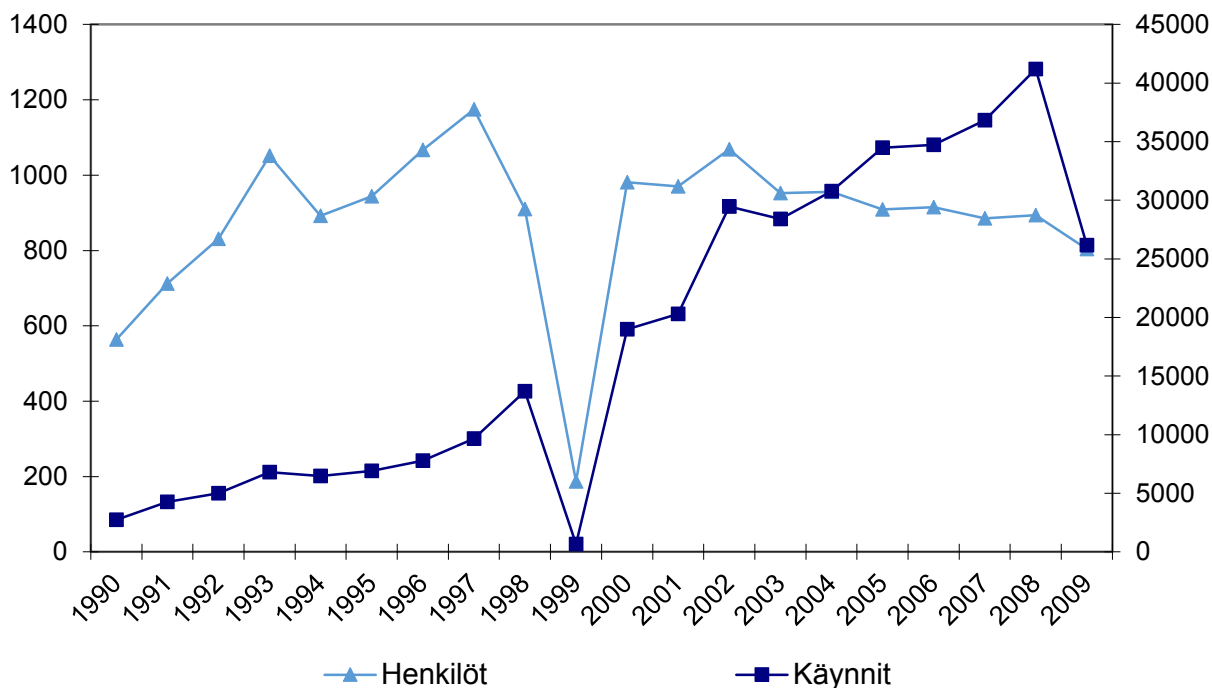
Avo- ja laitospotilaana (AL)	Avopotilaat
n=900; miehiä 66%, syntymävuosi (ka.) 1965	n=5706; miehiä 72%, syntymävuosi (ka.) 1959
Kettutien a-poliklinikka n=723; miehiä 65 %, syntymävuosi (ka.) 1962	Kettutien a-poliklinikka n=5449; miehiä 72 %, syntymävuosi (ka.) 1959
Kettutie ja Arabianranta n=53; miehiä 59 %, syntymävuosi (ka.) 1974	Kettutie ja Arabianranta n=54; miehiä 83 %, syntymävuosi (ka.) 1974
Arabianranta n=124; miehiä 73 %, syntymävuosi (ka.) 1975	Arabianranta n=108; miehiä 81 %, syntymävuosi (ka.) 1974
	Sosiaalisairaalan avopotilaat n=95; miehiä 82 %, syntymävuosi (ka.) 1963

Kuvio 2.5 Avopotilaat (n=6 172) hoitopaikoittain.

Kettutien A-poliklinikalla potilaiden hoitotietojen kirjaamiseen käytettiin sähköistä tietojärjestelmää (Paradox 1990–1999 ja Hoitorekisteri 2000–2009). Vanhoja tietoja ei siirretty uuteen sähköiseen tietojärjestelmään. Vuonna 1999, järjestelmien vaihtumisen aikaan, tapahtumia oli poikkeuksellisen vähän, mikä viittaa siihen, että tietoja puuttuu. Arabianrannan päihdekliniikalla kaikkien potilaiden perustiedot on tallennettu Hoitorekisteriin, mutta alkuvuosina (2000–2002) kirjattiin vain hyvin niukasti muuta tietoa. Ensimmäinen ja viimeinen tutkimuksen kohteena ollut vuosi oli vajaa, koska Kettutien klinikka avattiin vasta 2.5.1990 ja koska aineistot haettiin jo 14.9.2009. Lukuun ottamatta poikkeuksellisia vuosia tutkimusaineiston avopotilaiden määrä (jokainen asiakas esiintyy kunakin vuonna vain yhteen kertaan) vaihteli vuosittain 700 ja 1 200 asiakkaan välillä (kuvio 2.4). Eniten eri potilaita oli käynyt vuonna 1997.

Kirjausten määrä ei ollut yhteydessä hoidossa olleiden henkilöiden määrään, vaan järjestelmään merkittyjen käyntikirjausten määrä kasvoi, kun järjestelmään merkittiin hoitoa koskevia tietoja tarkemmin (kuvio 2.6). Etenkin vuosina 1990–2000 Kettutien A-poliklinikalla käytetty merkitsemiskäytäntö oli enemmän asiakasrekisterityyppinen. Viimeisimmässä avohoidon ohjeistuksessa jokainen käynti ja soitto merkittiin omaksi kirjaukseksi. Kirjaukskäytäntöjen eroja tasoittaa hieman se, että aineistoa analysoitaessa samalle henkilölle on laskettu vain yksi käyntikirjaus yhdelle päivälle, näin laskettuna kirjauksia oli yhteensä 365 298.

Poliklinikoiden hoitokertomuksista oli saatavissa numeerisessa muodossa joitakin potilaan perustietoja (sukupuoli, ikä, siviilisäätty, koulutus, työ- ja asumistilanne) sekä päihteiden käyttöön ja hoitoon liittyviä tietoja, kuten hoitokirjaukset. Lisäksi hoitokertomuksiin oli kirjautunut paljon henkilön elämäntilanteeseen ja -historiaan, kokemuksiin sekä tavoitteisiin liittyvää tietoa, jota on RIPE-aineistosta toistaiseksi analysoitu hyvin vähän resurssien puutteen vuoksi.



Kuvio 2.6 Vuosittainen määrä avopotilaita (yhteensä 6 179 potilasta; asteikko vasemmalla) ja heille tehtyjä käyntikirjauksia (enintään yksi kirjaus samasta asiakkaasta per päivä, yhteensä 365 298; asteikko oikealla).

2.2 Kansalliset rekisterit

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää päihdeongelmaisten elämäntilannetta rekisteritietojen avulla. Hoitokertomustietoihin yhdistettiin tietoja koulutuksesta, rikollisuudesta, sairastavuudesta, verotuksesta ja kuolleisuudesta. Taulukkoon 2.1 on merkitty, kuinka suurella osalla tutkimuksen kohteena olleista päihdehoidon asiakkaista oli vähintään yksi merkintä kussakin rekisterissä. Taulukkoa tarkasteltaessa on syytä ottaa huomioon, että taulukko ei anna todellista kuvaa verotietojen ja viimeaikaisen rikollisuuden osalta, koska kuolleiden osuutta ei tässä taulukossa ole poistettu.

Taulukko 2.1 Päihdehoidossa olleiden henkilöiden esiintyminen eri rekistereissä, prosenttiluokko.

	Laitospotilaat	Avo- ja laitospotilaat	Avopotilaat	Kaikki potilaat
<i>n</i>	4 292	900	5 706	10 898
Kuollut 31.12.2013 mennessä	27	29	31	30
Vähintään toisen asteen koulutus	52	43	49	50
Verotiedot 2004–2008	94	86	87	89
Sairaalahoito HILMO 1990–2009*	97	98	91	94
Tuomiolauselmarekisteri 2004–2010	42	44	28	35
Sakkorekisteri 2006–2010	41	45	31	36
Rikosrekisteri 17.11.2010	27	30	18	23
Vankitietojärjestelmä (VATI) 1991–2014	32	49	31	33

* Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (Hilmo) luvuista on poistettu Järvenpään sosiaalisairaalan osuus.

Kuolintiedot

Tiedot kuolleista, kuolinpäivästä ja kuolinsyistä haettiin Tilastokeskuksesta. Muiden hoito- ja rekisteritietojen käytettävyyden kannalta oli erityisen tärkeää tietää, ketkä potilaista olivat kuolleet ja milloin. Tilastokeskukseen oli 31.12.2013 mennessä saapunut tieto 3 216 tutkimuksen kohteena olleen henkilön kuolemasta. Lähes kolmannes päihdehoidossa olleista potilaista oli kuollut.

Pääasiallinen kuolinsyy ja korkeintaan neljä muuta kuolemaan vaikuttanutta syytä oli kirjattu rekisteriin ICD-10-koodeja käyttäen lukuun ottamatta vuosia 1990–1996, jolloin käytössä oli ICD-9-luokitus. Joissakin tapauksissa kuolinsyytieto puuttui, koska tieto ei ollut hakupäivään mennessä ehtinyt saapua Tilastokeskukseen.

Koulutustiedot

Tiedot suoritetuista tutkinnoista ja koulutusalaista haettiin Tilastokeskuksesta. Tutkintotiedot sisältävät tietoja vähintään toisen asteen koulutuksen suorittaneista; tilastokeskukseen oli 31.12.2013 mennessä saapunut tieto 5 876 tutkimuksen kohteena olleen henkilön vähintään toisen asteen koulutuksesta. Puolet päihdehoidossa olleista asiakkaista oli suorittanut toisen asteen koulutuksen (taulukko 2.1). Tutkintorekisteritietojen lisäksi hoitotietoihin oli merkitty toisen asteen koulutustieto 435 henkilölle ja korkeakoulututkinto 16 henkilölle.

Sairaalapalveluiden käyttöön ja sairastavuuteen liittyvät tiedot (Hilmo)

Terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteriä (Hilmo) ylläpitää Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL; Laki terveydenhuollon valtakunnallisista rekistereistä 4 §; esim. Hilmo 2006). Vuoteen 1993 asti oli käytössä tietosisällöltään suppeampi Poistoilmoitusrekisteri. Terveydenhuollon rekistereistä haettiin tiedot tutkittavien kaikista sairaalahoidoista vuosilta 1990–2009. Rekistereistä pyydettiin mm. tiedot hoitojakson alkamispäivämäärästä, hoitojakson pituudesta sekä päädiagnooseista ja kahdesta sivudiagnoosista. Diagnoosit oli kirjattu vuosina 1990–1995 käyttäen ICD-9-luokitusta ja vuodesta 1996 alkaen käyttäen ICD-10-luokitusta. Yhteensä 95 % tutkituista potilaista oli asioinut suomalaisessa sairaalassa vuosina 1990–2009, ja luku oli lähes yhtä korkea (94 %) ilman sosiaalisairaalan hoitojaksoja.

Vankitietojärjestelmä (VATI)

Rikosseuraamuslaitoksen vankitietojärjestelmästä (VATI) haettiin tietoja siitä, keillä tutkittavista oli vankeus- tai yhdyskuntapalvelujaksoja. Lisäksi haettiin tietoja jaksojen ajoituksesta ja sisällöistä sekä vankeuteen johtaneista rikoksista. VATIsta saatiin järjestelmällisesti tiedot vankeus-, sakko-, nuoriso- ja tutkintavankeuksista sekä yhdyskuntapalveluista ja nuorisorangaistuksista ajalta 1.1.1992–1.1.2015. Tietojärjestelmä kattaa peittävästi kaikki rangaistus- ja tutkintavankeuskaudet vuodesta 1992 alkaen. Tietojärjestelmään on kirjattu myös osittain henkilöiden tietoja ennen vuotta 1992. Jaksoista 13 % ajoittui vuosille 1953–1989 ja 5 % vuosille 1990–1991.

Kolmanneksella tutkituista päihdepotilaista oli merkintä vankitietojärjestelmässä 1992–2010. Tutkimusaineistoon kuuluneiden vankilassa olleiden potilaiden (sisältäen vankeusvangit, sakkovangit ja tutkintavangit) osuus vaihteli kuuden ja yhdeksän prosentin välillä kaikista Suomen vankiloissa olleista vangeista, ja he olivat keskimäärin kaksi vuotta muita vankeja nuorempia (Pitkänen ym. 2016).

Oikeusrekisterikeskuksen alaiset tiedot

Viimeaikaisesta rikollisuudesta tietoja haettiin Oikeusrekisterikeskuksen alaisista tuomiolauselmajärjestelmän ja rangaistusmääräysrekisterin tiedoista sekä rikosrekisteritiedoista. Merkintä näissä rekistereissä vaati rikoksen tekemistä, eli jo rekistereissä esiintyminen kuvaa rikollisuuden määrää. Näitä rekistereitä koskevat kuitenkin tiukat vanhenemissäännökset, joten näiden rekisterien sisältämää tietoa voidaan käyttää vain viimeaikaisen rikollisuuden tutkimiseen. Potilaista 16 %:lla oli merkintä sekä rikosrekisterissä että tuomiolauselma- ja rangaistusmääräysrekisterissä. Yli puolella tutkituista potilaista (53 %) ei ollut merkintää yhdessäkään näistä rekistereistä.

1) Tuomiolauselmarekisteri sisältää tiedot rikoksista, joista käräjäoikeus on antanut tuomion. Käytettävä tutkimusaineisto sisältää tuomiotiedot ajalta 1.11.2004–16.11.2010. Kolmannes tutkimukseen kuuluvista potilaista löytyi tästä rekisteristä.

2) Rangaistusmääräysrekisteri sisältää tietoa syyttäjän ilman oikeuden päätöstä vahvistamista sakoista (vähäinen rike). Tutkimusaineisto sisältää tiedot ajanjaksolla 1.1.2006–19.11.2010 määrätystä sakoista. Tutkimuksen kohteena olleista henkilöistä reilu kolmannes löytyi tästä rekisteristä.

3) Rikosrekisteri on kansallinen keskusrekisteri, johon on kirjattu tiedot tuomioista, jotka ovat johtaneet ehdolliseen ja ehdottomaan vankeuteen tai yhdyskuntapalveluun. Tiedot poistetaan rekisteristä tietyin määräajoin rangaistuksen vakavuusasteen mukaan, lisäksi poistetaan kuolleiden henkilöiden tiedot. Tutkimusaineisto sisältää ainoastaan tiedon siitä, oliko henkilöllä rikosrekisterissä rangaistusmääräys 17.11.2010. Vajaalla neljänneksellä (23 %) tutkimusaineiston päihdepotilaista oli kyseisenä päivänä merkintä tässä rekisterissä.

Verotiedot

Verohallinnosta haettiin tiedot vuosien 2004–2008 verotettavasta ansiotulosta, pääomatulon määrästä ja verotuskunnasta. Tiedot oli mahdollista saada vain viideltä viimeiseltä vuodelta, jolta verotus oli vahvistettu. Tietojen avulla pyrittiin karkeasti erottelamaan työelämässä ja pääasiassa sosiaaliturvan piirissä olevat tutkimushenkilöt. Kotikuntatieto kertoi aineiston edustavuudesta sekä tutkittavien alueellisesta liikkuvuudesta.

Verottajalta puuttui tieto 11 %:lta henkilöistä, mikä selittyi lähes kokonaan sillä, että henkilö oli kuollut tai hän oli ollut alaikäinen vuosina 2004–2008. Mainittakoon, että osalla kuolleista oli merkintöjä verottajan rekisterissä. Ulkomaille muuttaminen tai yhteiskunnasta syrjäytyminen saattoi olla syynä rekisteristä puuttumiseen muutamien henkilöiden (0,2 %) kohdalla.

2.3 Tutkimusluvut

Tutkimuksessa analysoidaan hyvin arkaluontoista tietoa. Tämän vuoksi eettiset näkökulmat on otettu tutkimusta suoritettaessa huolellisesti huomioon. Hoito- ja rekisteritietojen käyttöön haettiin tutkimusluvut rekisterinpitäjien, tietosuojavaltuutetun toimiston, sosiaali- ja terveysministeriön sekä A-klinikkasäätiön ohjeiden mukaisesti. Aineistoa käsittelevät ainoastaan vaitiolovelvollisuuteen sitoutuneet työntekijät.

Kettutien A-klinikka ja Järvenpään sosiaalisairaala sekä sen alainen Arabianrannan päihdekliniikka olivat tutkimuksessa käytettävien rekisterien osalta yksityisiä terveydenhuollon toimintayksiköitä (PotL 13 §). Hyväksynyt tutkimuksen toteuttamiselle saatiin 13.8.2009 Järvenpään sosiaalisairaalasta ja 4.9.2009 Kettutien A-klinikalta. Tutkimus käsiteltiin A-klinikkasäätiön eettisessä toimikunnassa 16.12.2009, ja tutkimuslupa saatiin myös A-klinikkasäätiöltä 2.2.2010. Hoitotietojen käytön lupaprosessiin liittyen tutkijat tapasivat tietosuojavaltuutettu Reijo Aarnion 7.12.2009. Lupa hoitotietojen käyttöön sekä toisiin rekisteritietoihin yhdistämiseen haettiin 18.12.2009 sosiaali- ja terveysministeriöstä, koska tiedot koskettivat useamman sairaanhoitopiirin potilaita. Lupaviranomainen vaihtui hakemuksen käsittelyaikana, joten tutkimusluvan myönsi lopulta Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 12.10.2010. Jatkolupa on myönnetty 9.6.2015. Tutkimusaineistoa koskeva rekisteriseloste on nähtävissä A-klinikkasäätiöllä.

Lupa tuomiolauselmajärjestelmän rikosasiainrekisterin ja rangaistusmääräysrekisterin tietoihin haettiin Oikeusrekisterikeskuksesta (JulkisuusL 24 § ja 28 §; HeTiL 14 §). Tutkimuslupa saatiin 20.10.2009, jonka jälkeen pidettiin kokous tietojen luovuttamisesta (10.12.2009). Kokouksen perusteella lupaa päädyttiin täydentämään siten, että se koskee myös rikosrekisteritietoja (Rikosrekisterilaki 9 §). Täydennyslupa rikosrekisteritietojen käyttämiseen myönnettiin 30.12.2009.

Vankitietojärjestelmän tietojen käyttöön haettiin lupaa Rikosseuraamusvirastosta, nykyisin Rikosseuraamuslaitos (JulkisuusL 24 § ja 28 §; HeTiL 14 §; Laki henkilötietojen käsittelystä rangaistusten täytäntöönpanossa 16 § 3 momentti). Tutkimuslupa myönnettiin 12.10.2009. Jatko- ja täydennyslupa myönnettiin 26.5.2015.

Lupaa tietoihin kuolleista, kuolinpäivästä ja kuolinsyistä haettiin Tilastokeskuksesta seuraaviin lakeihin perustuen: Laki kuolemansyyn selvittämisestä (15 § 3 mom.), Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta (24 § ja 28 §) ja Tilastolaki (13 §). Lupa myönnettiin 8.1.2010. Tietojen jatkokäyttölupa sekä täydentäminen tutkintotiedoilla saatiin 8.6.2015.

Terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteriä (Hilmo, ent. Sairaalan poistoilmoitusrekisteri) ylläpitää Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (Laki terveydenhuollon valtakunnallisista rekistereistä 4 §). Lupa tietojen käyttöön haettiin sosiaali- ja terveysministeriöstä. Lupaviranomainen vaihtui hakemuksen käsittelyaikana, joten tutkimusluvan myönsi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 12.10.2010. Jatkolupa myönnettiin 9.6.2015.

Verotiedot haettiin Verohallinnosta erillisellä tietolupahakemuksella (Laki verotustietojen julkisuudesta ja salassapidosta 5 §, JulkisuusL 16 §). Tietojen luovutuksesta oli päätetty asiantuntijapäätöksellä soveltaen erityisesti lakia verotustietojen julkisuudesta ja salassapidosta. Lupa myönnettiin 14.6.2010.

Selvyyden vuoksi mainittakoon, että vaikka tutkimuksessa käsiteltiin potilaiden terveystietoja, kyseessä ei ole lääketieteellinen tutkimus vaan tieteellinen tutkimus, jossa käsitellään arkaluonteisia tietoja. Tutkittavien henkilökohtaisen suostumuksen hankkiminen ei ollut mahdollista tutkittavien määrän ja yhteystietojen puuttumisen vuoksi, joten lupa arkaluonteisten tietojen ja henkilötunnusten käyttöön perustui tieteellistä tutkimusta varten henkilötietolaissa säädetyille poikkeuksille (HeTiL 12 §, 13 § ja 14 §) sekä aiemmin mainituille erityislaeille kuolin-, potilas-, rikos- ja vankitietojen käytöstä.

Aineistojen analysointi tapahtuu nimettömästi. Tutkijoiden käytössä olevat tutkimustietokannat eivät sisällä henkilötietoja, vaan henkilöille on luotu satunnaiset tutkimusnumerot tietojen käsittelyä varten. Raportista ei voi tunnistaa ketään yksittäistä henkilöä.

2.4 Aineiston analyysi

Hoitotiedoista ja rekisteritiedoista on koottu SPSS-tietokannat, jotka eivät sisällä tutkittavien henkilötietoja. Analyysissä on käytetty pääasiassa tilastollisia perusmenetelmiä. Ristiintaulukoinnissa merkitsevyydestinä on käytetty Pearsonin χ^2 -testiä ja neliluokkaisissa taulukoissa Fischerin eksaktia testiä. Lisäksi yksittäisiä prosentiosuuksien välisiä eroja testattiin käyttämällä 2-suuntaista z-testiä. Keskiarvojen testaamiseen on käytetty t- ja F-testejä. Riskitehtävien suhdetta on tarkasteltu Coxin regressioanalyysin avulla ja vetosuhteiden tarkastelemisessa on käytetty logistista regressioanalyysiä.

Taulukoissa on raportoitu erojen tilastollinen merkitsevyydestä *-merkintöjä käyttäen: $*0,01 < p < 0,05$; $**0,001 < p < 0,01$; $*** p < 0,001$. Tekstissä kerrotut ryhmien väliset erot ovat tilastollisesti merkitseviä vähintään merkitsevyydestasolla $p < 0,05$. Tarkasteltaessa yli 10 000 henkilön aineistoa voivat hyvin pienetkin erot tulla tilastollisesti merkitseviksi, tällöin prosentiosuuksien välisen eron merkitystä pitää arvioida sisällön kautta.

2.5 Tutkimuskysymykset

Tutkimuksen kohteena olivat vuosien 1990 ja 2009 välillä A-klinikkasäätiön Järvenpään sosiaalisairaalassa, Kettutien A-poliklinikalla ja Arabianrannan päihdekliniikalla päihdehoidossa olleet potilaat (n=10 898). Tutkimuksessa selvitettiin rekisteritietojen avulla millaiset ihmiset tulevat päihdehoidon asiakkaiksi ja mitä heille seuranta-aikana on rekisteritietojen perusteella tapahtunut. Tutkimuskysymykset muodostavat kolme kokonaisuutta.

Ensimmäinen tutkimuskysymysten kokonaisuus kohdistuu siihen, millaisia muutoksia päihdehoidon asiakaskunnassa ja heidän hoidossaan tapahtui vuosien 1990 ja 2009 välillä tutkimuksen kohteena olleissa avo- ja laitoshoitopaikoissa (luku 3). Samalla selvitettiin hoitotietojärjestelmään kertyneiden tietojen informaatioarvoa tutkimustyön kannalta. Tarkempia tutkimuskysymyksiä oli kolme:

I Millaisia vaihteluita avo- ja laitoshoidon asiakkaiden määrässä on seuranta-aikana tapahtunut ja miten muutokset ovat yhteydessä ikään, sukupuoleen ja pääasialliseen ongelmapäihhteeseen?

II Millaisia muutoksia avo- ja laitoshoidossa on tapahtunut seuranta-aikana hoitojen määrän, pituuden, keskeytymisten, intervallihoitojen ja jatkohoidon osalta?

III Millaista tietoa päihdehoidosta ja asiakaskunnasta on ollut saatavissa tutkimuskäyttöön hoitotietojen avulla?

Toinen tutkimuskysymysten ryhmä liittyi siihen, millaisia eroja päihdehoidon asiakasryhmien välillä on ja millaista päihdehoidon asiakaskuntaan liittyvää tietoa hoito- ja rekisteritiedoista on saatavissa (luku 4). Tarkempia tutkimuskysymyksiä oli kolme:

IV Millaisia ovat eri vuosikymmenillä syntyneiden päihdehoidossa asioineiden naisten ja miesten väliset erot ja yhtäläisyydet päihdeiden käytön, mielenterveysongelmien, koulutuksen, työtilanteen ja rikollisuuden osalta?

V Miten avo- ja laitoshoidon asiakkaat poikkeavat toisistaan ja toisaalta niistä asiakkaista, jotka olivat olleet sekä avo- että laitoshoidossa?

VI Millaista tietoa hoito- ja rekisteritiedoista oli saatavissa asiakaskunnasta ja miten eri tietolähteet vastasivat ja täydensivät toisiaan?

Kolmas tutkimuskohde oli päihdehoidossa asioineiden henkilöiden kuolleisuuden yleisyys ja kuolinsyyt sekä kuolleisuuteen yhteydessä olevat taustatekijät (luku 5). Tutkimusaineiston lisäksi hyödynnettiin vertailuaineistona Tilastokeskuksen Suomen väestöstä koskevia tietoja. Tarkempia tutkimuskysymyksiä oli neljä:

VII Kuinka suuri osa päihdeongelmien takia hoitoon hakeutuneista naisista ja miehistä on kuollut vuoden 2013 loppuun mennessä verrattuna saman ikäisiin suomalaisiin yleensä?

VIII Mitkä olivat päihdeongelmaisten henkilöiden yleisimmät kuolinsyyt ja kuinka paljon päihdeillä oli osuutta kuolemissa?

IX Millaiset tekijät ennustivat kuolleisuutta viiden ensimmäisen vuoden aikana ensimmäisestä hoitomerkinästä, mitkä olivat yleisimmät kuolinsyyt ja minkälaisia muutoksia kuolleisuudessa oli vuosien varrella tapahtunut?

X Ketkä laitoshoidon asiakkaista olivat kuolleet neljän vuoden sisällä päihdehoidon päättymisestä?

3 Laitos- ja avohoidon asiakaskunta 1990–2009

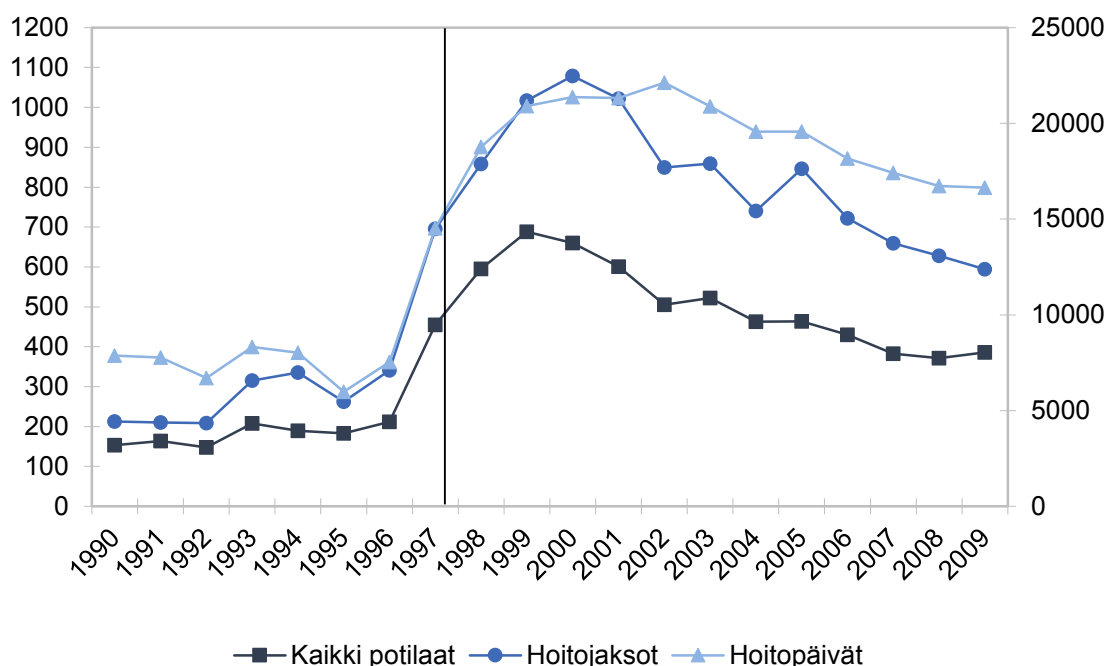
Tutkimuksessa selvitettiin Järvenpään sosiaalisairaalan ja kahden helsinkiläisen avohoitoyksikön asiakaskunnassa ja heidän hoidossaan tapahtuneita muutoksia kahden vuosikymmenen aikana. Toisena tavoitteena oli selvittää hoitotietojen käytettävyyttä tutkimustyössä. Laitos- ja avohoitoyksiköitä tarkastellaan erikseen hoitajaksojen erilaisen rakenteen takia.

3.1 Sosiaalisairaala

Tutkimus kohdistui Järvenpään sosiaalisairaalassa laitoshoidossa olleisiin 5 192 potilaaseen, joilla oli vuosina 1990–2009 yhteensä 12 453 hoitajaksoa (kuvio 3.1). On tyypillistä, että erityisesti katkaisu- ja vieroitushoidossa käydään useita kertoja. Lisäksi monien kuntoutujien hoitosuunnitelmaan on kuulunut yksi tai useampi jälki- eli intervallijakso perusjakson jälkeen. Puolet asiakkaista (52 %) oli ollut hoidettavana kerran, viidennes (19 %) kaksi kertaa ja toinen viidennes (21 %) 3–5 kertaa. Pieni osa asiakkaista (4 %) oli ollut sairaalassa vähintään kahdeksan kertaa, yksi henkilö yli 50 kertaa.

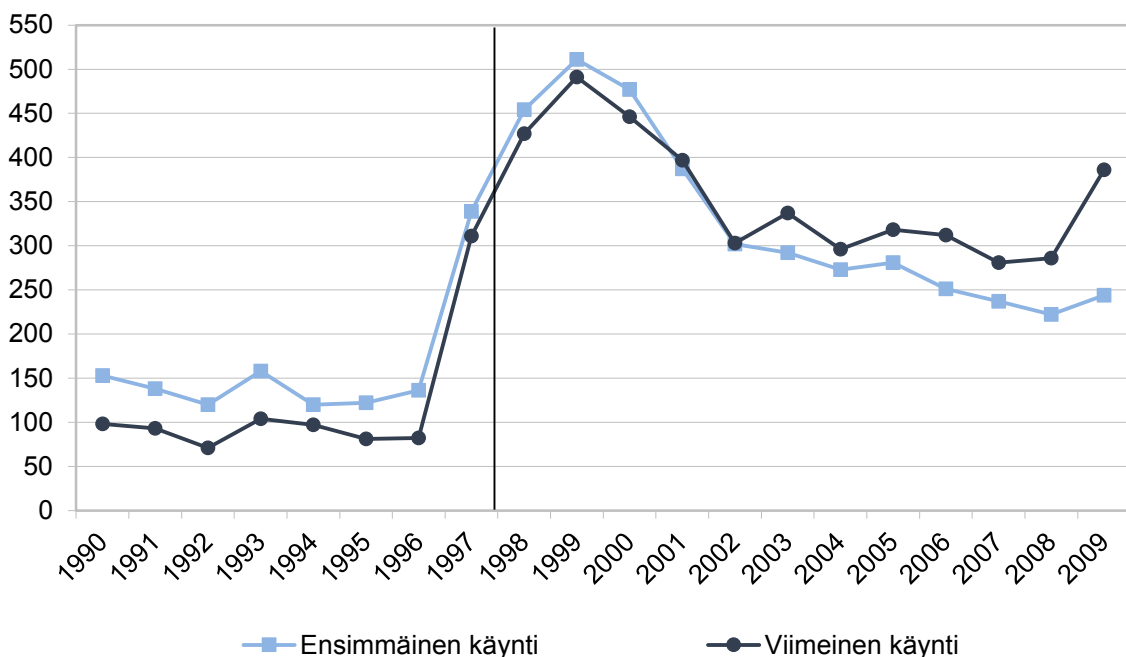
Hoitajaksojen keskimääräinen pituus oli vähän yli kolme viikkoa (24 vrk), mutta jaksojen pituus vaihteli vajaasta vuorokaudesta 280 vuorokauteen (mediaani 15 vrk ja moodi 7 vrk). Potilaiden kaikista jaksoista yhteenlaskettu hoitopäivien määrä oli keskimäärin vajaa kaksi kuukautta (55 vrk, mediaani 39 vrk ja moodi 27 vrk), enimmillään lähes kaksi vuotta (660 vrk). Potilaista 29 (0,6 %) oli ollut sairaalassa alle vuorokauden. Kaikkien potilaiden yhteenlasketuista hoitopäivistä kertyi yhteensä 300 157 hoitopäivää.

Eniten hoitopäiviä oli vuonna 2002 ja vähiten vuonna 2009. Hoitopäivien määrä laski 2000-luvulla tasaisesti, myös hoitajaksojen määrä väheni. Hoidettavien potilaiden hoitajakset lyhentyivät ja myös intervallihoidojen määrä väheni.



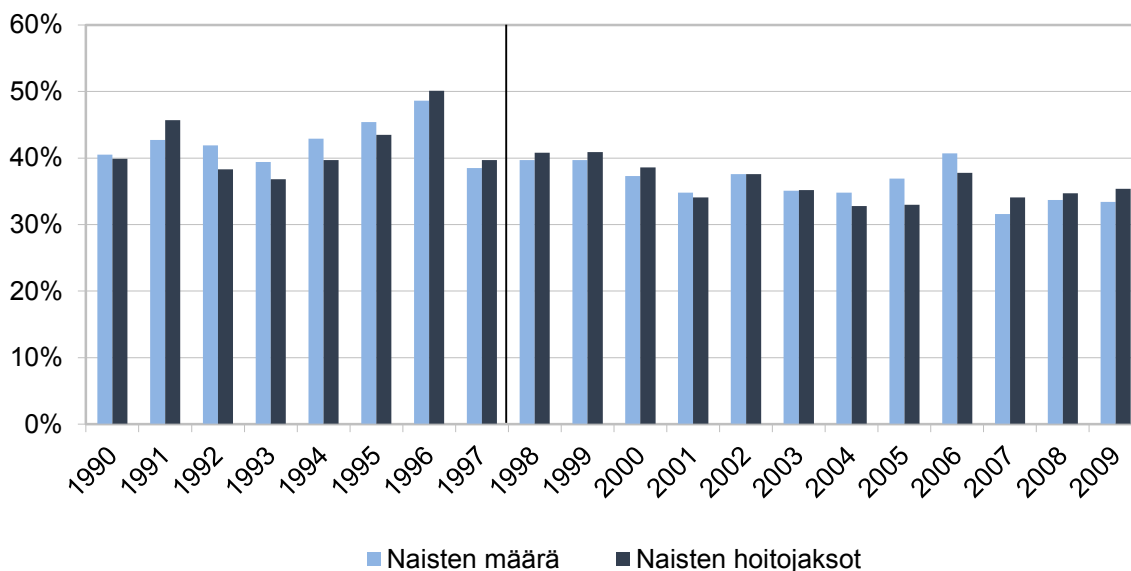
Kuvio 3.1 Hoitajaksojen ja potilaiden (asteikko vasemmalla) sekä hoitopäivien (asteikko oikealla) määrä hoidon päättymisvuoden mukaan.

Ensimmäisen hoitajakson alkaminen ja viimeisen hoitajakson päättyminen sijoittuivat suurimmalla osalla asiakkaista samalle kalenterivuodelle (kuvio 3.2). Suurin osa asiakkaista oli ollut hoidossa yhden (70 %) tai kahden (19 %) kalenterivuoden aikana. Alle prosentti potilaista oli ollut hoidossa 6–12 kalenterivuoden aikana. Naisilla oli keskimääräisesti hieman useampia hoitajaksoja (2,6) kuin miehillä (2,4).



Kuvio 3.2 Ensimmäisen hoitojakson alkaminen ja viimeisen hoitojakson päätyminen sosiaalisairaalassa vuosina 1990–2009.

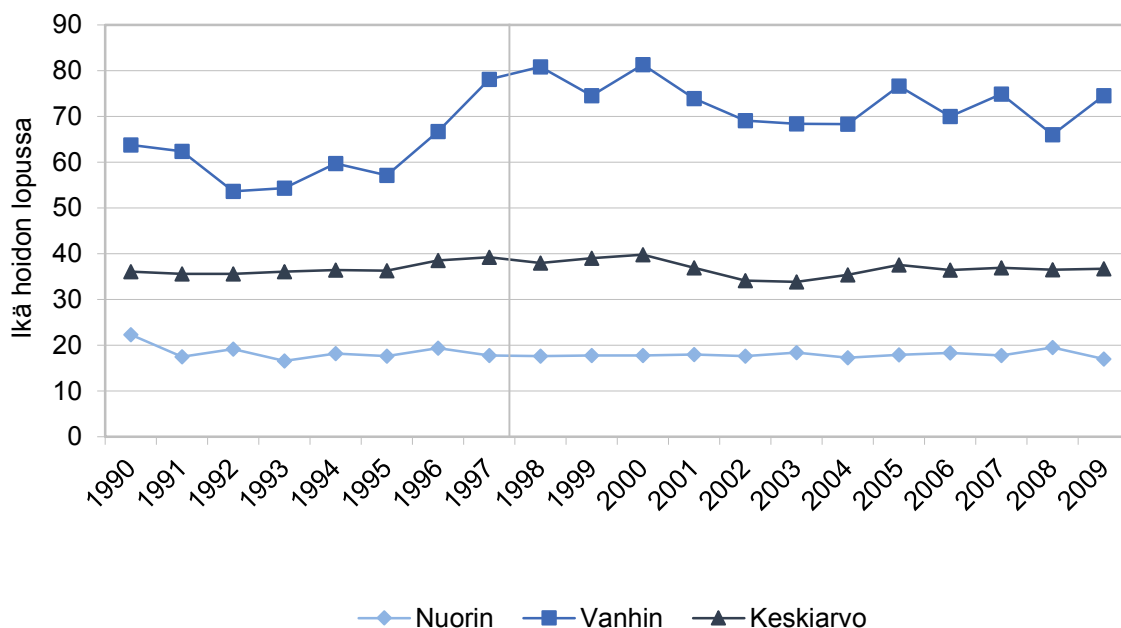
Potilaista oli naisia reilu kolmannes (kuvio 3.3). Naisten hoitojaksojen osuus laski 2000-luvulla hieman vuosista 1998–1999. Vuosina 1990–1997 naisten osuus oli tutkimusaineistossa korkeampi kuin todellisuudessa, koska aineistoa täydennettiin paperiarkistosta lapsiperheiden osalta. Vuosina 1994–1998 naisten osuus tutkimusaineistossa vaihteli välillä 39–49 %, mutta Ovaskan (1999) sairaalan vuositilastoihin perustuvan raportin mukaan naisten osuus sairaalan potilaista oli 33–40 %.



Kuvio 3.3 Naisten osuus sosiaalisairaalan potilaista sekä naisten hoitojaksojen osuus kaikista hoitojaksoista hoitovuoden mukaan. Vuodesta 1998 alkaen tutkimusaineisto sisältää kaikki sairaalan potilaat ja hoitojaksot, mutta ennen sitä vain otoksen asiakkaista. Huom. Lukumäärä sisältää kunkin potilaan vain kerran vuodessa, mutta hoitojaksoja samalla potilaalla on voinut olla useita.

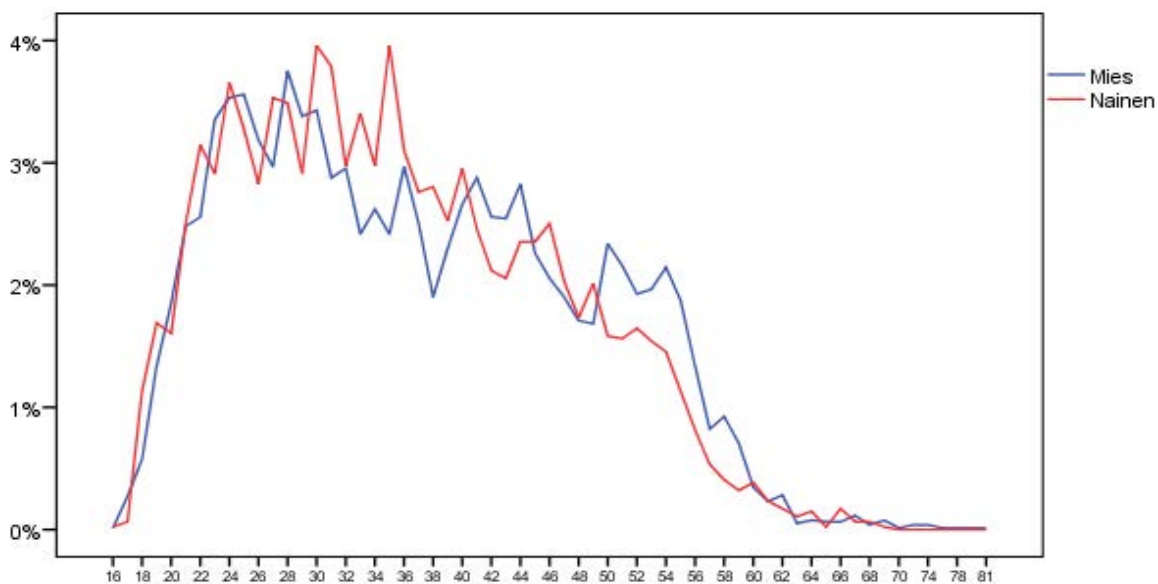
Hoitojaksoilla olleiden potilaiden keski-ikä pysyi 20 vuoden ajan lähes samana (kuvio 3.4). Korkeimmillaan keski-ikä oli 39,8 vuotta (2000) ja matalimmillaan 34,1 vuotta (2002). Vuosina 2002 ja

2003 sosiaalisairaalassa reagoitiin monia hoitopaikkoja nopeammin huumeiden käytön yleistymiseen ja korvaushoitojen aloittamiseen, joten näinä vuosina hoidossa oli poikkeuksellisen paljon nuoria huumeiden käyttäjiä.



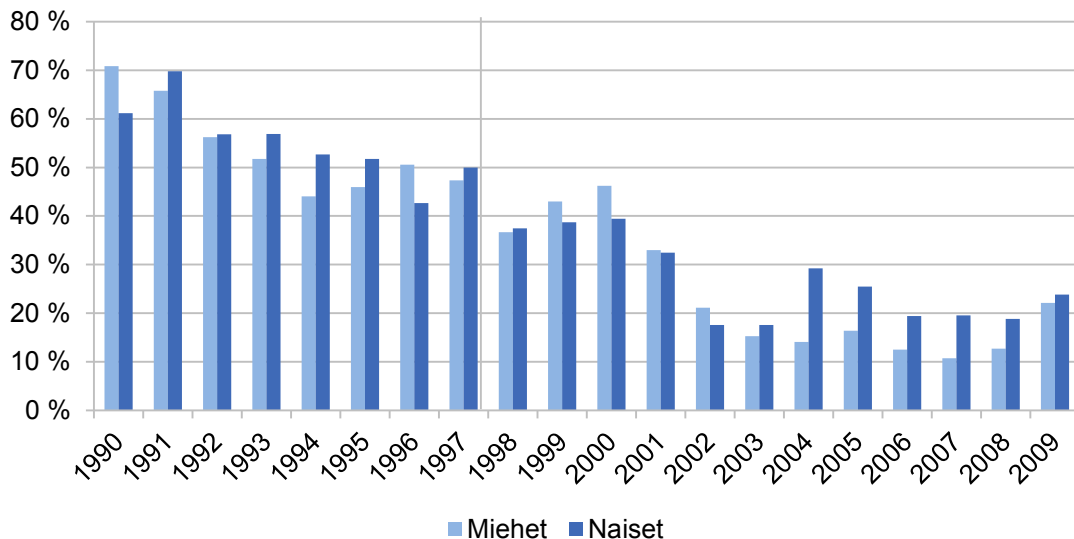
Kuvio 3.4 Sosiaalisairaalan potilaiden keski-ikä ja iän vaihteluväli hoitjakson lopussa vuosina 1990–2009.

Sosiaalisairaalaan hoitoon tullessaan potilaat olivat 16–81-vuotiaita (kuvio 3.5). Laitoshiitoon on otettu pääsääntöisesti vain täysi-ikäisiä, mutta vuosien varrella 17 alaikäistä oli aloittanut hoidon. Naiset olivat hoitoon tullessa keskimäärin hieman nuorempia (36,2 vuotta) kuin miehet (37,3 vuotta).



Kuvio 3.5 Eri-ikäisten osuus sosiaalisairaalan hoitjakson alkaessa vuosina 1990–2009 sukupuolittain: naisilla 4672 ja miehillä 7781 hoitjaksoa.

Naiset olivat hoitajaksolla hieman useammin ainoastaan alkoholin ongelmakäytön takia (34 %) kuin miehet (30 %). Sosiaalisairaalassa vain alkoholin käytön takia kuntoutuksessa olleiden hoitajaksoiden osuus laski huomasti 20 vuoden aikana sekakäyttäjien ja huumeiden käyttäjien osuuden vastaavasti noustessa (kuvio 3.6).



Kuvio 3.6 Ainoastaan alkoholia käyttäneiden naisten ja miesten laitoshaksojen osuus kaikista hoitojaksoista vuosina 1990–2009.

Jatkohoito oli kirjattu hoitoilmoitusohjeistuksen (esim. Hilmo 2006) takia järjestelmällisesti vuosina 1994–2009. Kaikkiaan 11 506 hoitojaksoa 87 % päättyi kotihoitoon, 12 % laitossiirtoon ja alle prosentti potilaista siirtyi ympärivuorokautiseen palveluasumiseen. Hoidon päättyessä täysin tai lähes omatoimiseksi oli arvioitu lähes joka neljäs (23 %) lähtijä. Ajoittaisen hoidon tarpeessa oli 34 %, lähes toistuvan hoidon tarpeessa 30 %, toistuvan hoidon tarpeessa 12 % ja jatkuvan, ympärivuorokautisen hoidon tarpeessa 2 % lähtijöistä. Muutama hoitojakso päättyi potilaan kuolemaan.

Vuosilta 1998–2009 oli hoitotietoihin merkitty tieto siitä, miten hoitojakso päättyi. Useampi kuin kaksi kolmesta hoitojaksoista päättyi suunnitellusti ja joka kahdeskymmenes jakso päättyi laitos- tai sairaalasiirtoon (taulukko 3.1). Hoitojaksoista keskeytyi joka neljäs joko siihen, että potilas keskeytti hoidon, jäi palaamatta sovitulta lomalta tai koska hoito keskeytettiin sääntörikkomuksen vuoksi. Tieto päättymissyystä puuttui 138 hoitojaksoa (1 %).

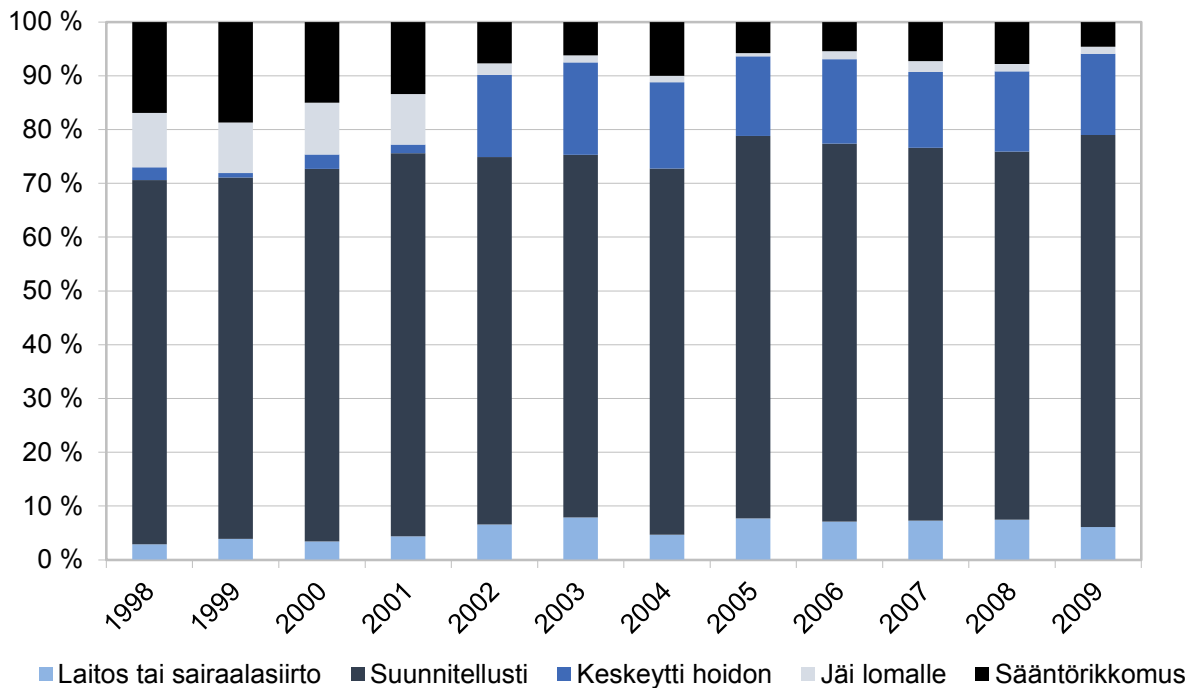
Taulukko 3.1 Miesten ja naisten hoitojaksojen päättymisen tapa prosenttiosuuksina vuosien 1998–2009 hoitojaksoista.

	Mies	Nainen	Yhteensä	Sig.
n	6179	3556	9735	
Suunnitellusti	69	70	70	
Laitos tai sairaalasiirto	5	7	6	***
Keskeytti hoidon	10	9	9	**
Jäi lomalle	5	4	5	*
Sääntörikkomus	11	11	11	

*0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

Miesten jaksot keskeytyivät hieman useammin kuin naisten (taulukko 3.1). Naisten hoitoja päättyi enemmän laitossiirtoon, mikä oli yhteydessä siihen, että raskausaikana hoidossa olleita naisia on siirtynyt synnytysairaalaan. Alkoholiongelman takia hoidossa olleiden kuntoutujien jaksot olivat keskeytyneet harvemmin (10 %) kuin niiden, joilla oli huumeiden käyttöä tai useiden aineiden käyttöä (31 %). Vain alkoholia käyttäneillä potilailla oli keskimäärin vähemmän laitoshaksoja sosiaalisairaalassa (2,2 jaksoa) kuin muiden päihteiden käyttäjillä (2,7).

Keskeyttämisprosentti vaihteli hoitovuosittain 21 % ja 30 % välillä (kuviot 3.7). Ainoastaan vuosi 1998, jolloin oli eniten keskeytyksiä, poikkesi merkittävästi vuodesta 2005, jolloin keskeytyksiä oli vähiten. Kolmasosa (32 %) keskeytyneistä jaksoista keskeytyi ensimmäisen viikon aikana (keskeytymisajankohdan mediaani 13 vrk ja keskiarvo 19,2 vrk).



Kuvio 3.7 Hoitojaksojen päätyminen hoitovuosittain 1998–2009.

Äskeinen tarkastelu koski hoitojaksoja, henkilöittäin tarkasteltuna vähintään yksi hoitojakso oli keskeytynyt 41 % kuntoutujista. Ainoastaan alkoholin takia hoidossa olleilla jokin jakso oli keskeytynyt joka viidennellä (19 %) mutta joka toisella (50 %) muiden päihteiden takia hoidossa olleista.

Naisista oli pienempi osuus (37 %) joskus keskeyttänyt hoitojaksonsa miehiin (43 %) verrattuna. Suunnitellusti päättyneiden jaksojen kohdalla ei naisten ja miesten välillä ollut eroa hoitojaksojen lukumäärässä.

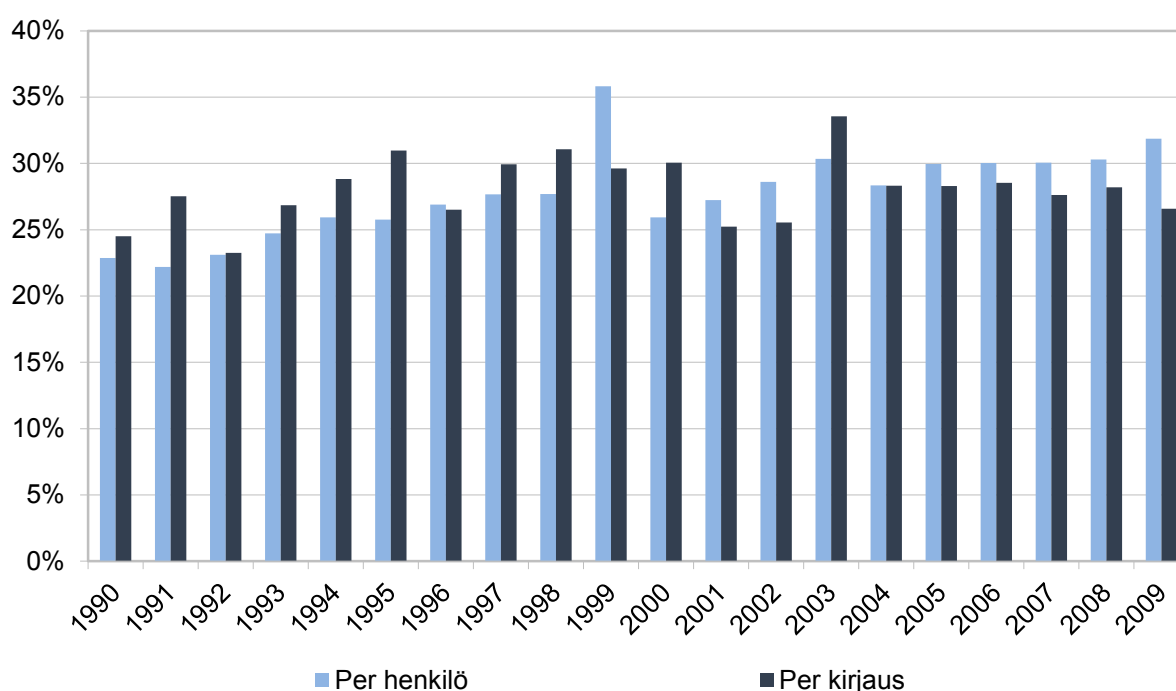
Sosiaalisairaalassa usealla jaksolla hoidossa olleista potilaista (n=4 192) joka neljännellä (24 %) ei ollut sellaista hoitojaksoa, joka olisi päättynyt sovitusti. Niistä potilaista (n=3 202), joilla oli vähintään yksi sovitusti päättynyt hoitojakso, joka viidennellä (22 %) oli myös ainakin yksi keskeytynyt hoitojakso. Sovitusti sosiaalisairaalan hoitojakson päättäneistä puolet oli ollut sairaalassa vain kerran.

Potilaista, joiden viimeisen jakson päätymissyy oli tiedossa (n=4 213), viimeinen hoitojakso oli päättynyt keskeytykseen lähes joka kolmannella (31 %), miehillä hieman useammin (33 %) kuin naisilla (28 %). Vain alkoholin takia hoidossa olleiden viimeinen jakso oli päättynyt keskeytykseen harvemmin (16 %) kuin muiden päihteiden käyttäjillä (38 %). Potilailla, joilla oli useampia jaksoja, viimeinen hoitojakso oli harvemmin päättynyt keskeytykseen; viimeisen jakson keskeyttäneillä oli hoitojaksoja keskimäärin 2,2, kun viimeisessä jaksossa onnistuneilla jaksoja oli keskimäärin 2,7.

3.2 Avohoito

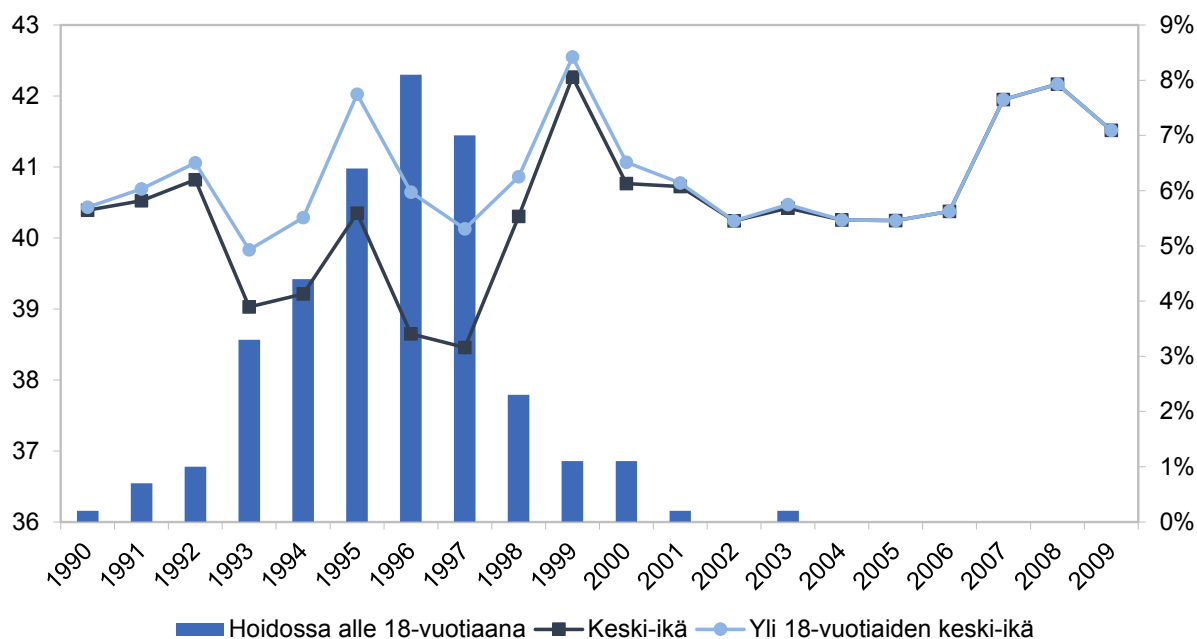
Tutkimuksen kohteena olleet avopotilaat olivat pääasiassa Kettutien A-poliklinikan asiakkaita (kuvio 2.4). Hoitopaikoittain tarkasteltuna avohoidon asiakkaiden kokonaismäärät jakautuivat seuraavasti: Kettutien A-poliklinikka 6 172 potilasta, Arabianrannan päihdekliniikka 232 potilasta, Järvenpään sosiaalisairaalan avohoidon poliklinikka 95 potilasta ja sekä Arabianrannassa että Kettutiellä hoidossa olleet 107 potilasta (kuvio 2.5). Kettutien ja Arabianrannan potilaista 900 oli ollut myös laitoshoidossa sosiaalisairaalassa, joten he sisältyvät sekä avo- että laitoshoidon tarkasteluihin.

Tutkittujen avohoidon asiakkaiden määrä oli kaikkiaan 6 606 ja heille oli tehty käyntikirjauksia yhteensä 365 298 päivänä. Naisten osuus avopotilaista kasvoi vuosittain suhteellisen tasaisesti 1990-luvun alun hieman yli 20 %:sta 2000-luvun 30 %:n osuuteen (kuvio 3.8). Vuonna 1991 naisten osuus oli pienin (poikkesi vuosista 1997, 1999 ja 2002–2009) ja vuonna 2009 suurin (poikkesi vuosista 1990–1995, 2000).



Kuvio 3.8 Naisten osuus avopotilaista vuosittain ja päivistä, joille oli tehty käyntikirjaus. Vuosi 1999 ei ole vertailukelpoinen koska tietoja puuttui kirjausjärjestelmän vaihdon takia.

Täysi-ikäisten avopotilaiden keski-ikä pysyi varsin vakaasti 40 vuoden tuntumassa (kuvio 3.9). Etenkin 1990-luvun puolivälin jälkeen hoidossa oli suhteellisen paljon alaikäisiä asiakkaita; nuorin potilas oli 12-vuotias. Vuoden 2003 jälkeen alaikäisiä asiakkaita ei ollut lainkaan (nuorin 18,4 vuotta, vuodet 2004–2009). Hakalan (2014) pro gradu -työssä on tarkasteltu erillisenä joukkona alaikäisenä avohoidossa käyneitä tämän rekisteritutkimusaineiston asiakkaita.



Kuvio 3.9 Avohoidon asiakkaiden keski-ikä hoitovuoden mukaan (asteikko vasemmalla) sekä alle 18-vuotiaana avohoidossa asioineiden osuus vuosittain (asteikko oikealla).

Avohoitoasiakkaiden käyntien tiheydessä ja määrässä oli suurta vaihtelua. Kettutiellä kontaktit vaihtelivat yksittäisistä käynneistä vuosia kestäneisiin hoitoihin. Pitkät hoidot olivat usein katkonaisia: välillä asiakkaat kävivät intensiivisesti, välillä he saattoivat olla käymättä pidempiä aikoja.

Päihdeongelmalle on tyypillistä, että tilanne vaihtelee sisältäen parempia ja huonompia jaksoja. Osa asiakkaista kävi myös muilla A-klinikoilla tai muiden palveluntarjoajien järjestämissä hoidoissa muualla, mutta järjestelmällistä tietoa suomalaisesta avohoidosta ei valitettavasti ole saatavissa. Opioidikorvaushoidot poikkesivat muista päihdehoidoista siten, että ne olivat tyypillisesti jaksomaisia ja intensiivisiä.

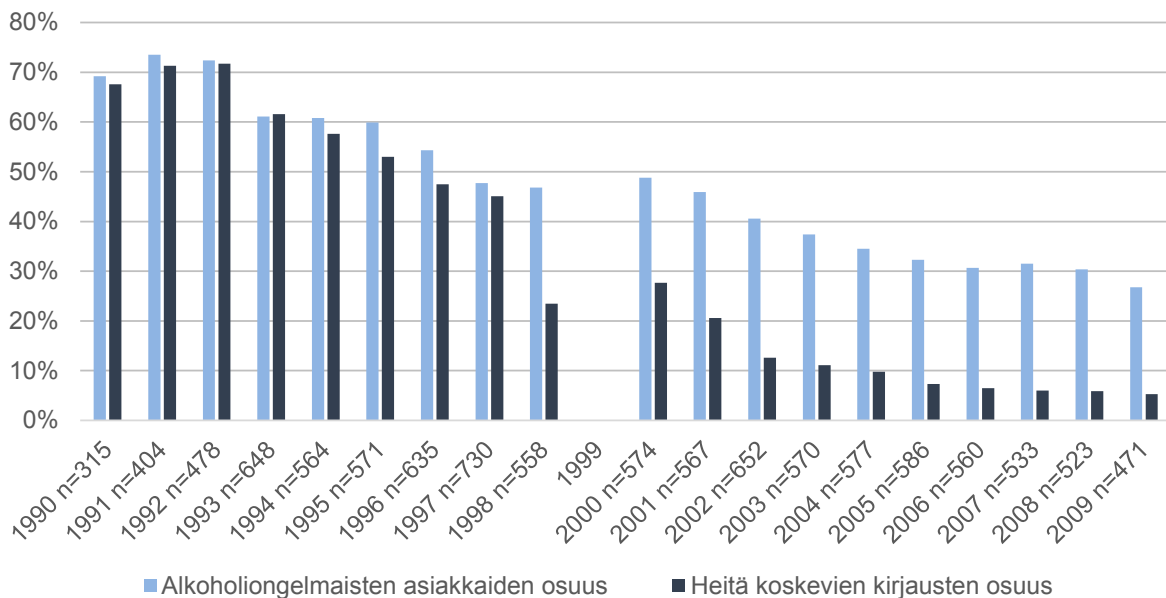
Aikaväli ensimmäisestä viimeiseen hoitomerkinään vaihteli merkittävästi. Kettutien A-poliklinikan keskiarvo (935 vrk) ei poikennut Arabianrannan päihdekliniikalla käyneiden keskiarvosta (1023 vrk), mutta hajonta oli selvästi suurempi Kettutiellä. Arabianrannan asiakkailla puolet hoitokontakteista kesti lähes kaksi vuotta (mediaani 662 vrk) ja Kettuteillä alle vuoden (mediaani 291 vrk). Myös käyntitapahtumien määrä Arabianrannassa oli suurempi kuin Kettutiellä. Erot johtuivat paljolti siitä, että Arabianrannassa suurin osa asiakkaista kävi tiiviisti jatkuvassa opioidien korvaushoidossa mutta Kettutiellä asioi monenlaisia asiakkaita.

Kettutien A-poliklinikan osalta käyntien määrässä oli joitakin eroja sekä naisten ja miesten että eri päihteiden käyttäjien osalta. Miehillä avohoidon keskimääräinen kesto oli hieman pitempi (974 vrk) kuin naisilla (841 vrk), mutta käyntitapahtumien määrässä ei ollut eroa. Kettutiellä muiden päihteiden käyttäjillä oli enemmän käyntitapahtumia kuin alkoholin ongelmakäyttäjillä (ka. 45 käyntiä [SD=104] ja 27 käyntiä [SD=56]). Hoidon kokonaiskestossa ei kuitenkaan ollut suurta eroa alkoholi-ongelmaisten (ka. 1 071 vrk) ja muiden päihteiden käyttäjien (ka. 1 214 vrk) välillä.

Käytettyä päihdettä koskevissa tarkasteluissa ovat mukana vain ne 3 419 avopotilasta, joille käytetyt päihteet oli kirjattu hoitotietoihin. Lähes puolelle (48 %) avopotilaista ei ollut merkitty tietoa käytetyistä päihteistä. Toisin kuin laitospotilaille, avopotilaille ei ole vaadittu asetettavaksi diagnoosia. Potilaita tapaavat pääasiassa muut ammatilliset kuin lääkärit, eivätkä kaikki potilaat käy klinikan lääkärin vastaanotolla. Klinikalta haetaan apua monenlaisiin ongelmiin, eikä aina ole kyse diagnoosikriteerit täyttävästä päihdeongelmasta. Hoitotietoihin oli kuitenkin ohjeistettu merkitsemään tieto käytetyistä päihteistä.

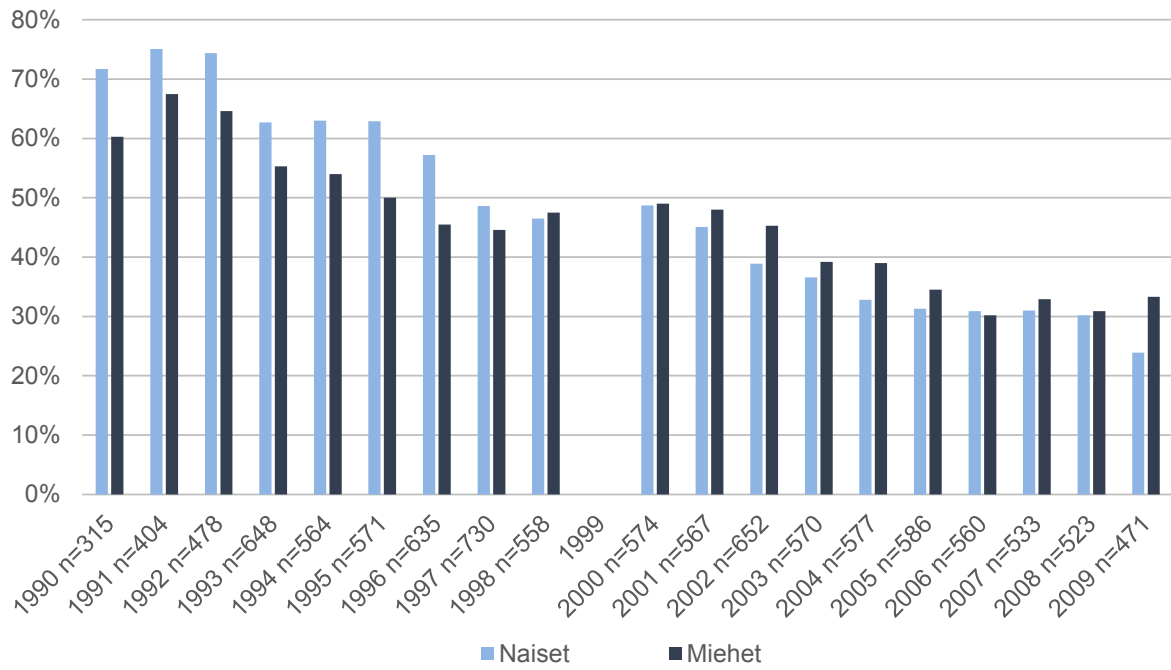
Pääpähde oli tiedossa suurella osalla Arabianrannassa asioineista potilaista, koska kyseessä oli korvaushoitoon erikoistunut yksikkö. Kolmelta neljästä sosiaalisairaalan avohoidon potilaasta puuttui tieto käytetyistä päihteistä. Kettutien A-poliklinikan asiakkaista tieto puuttui puolelta eikä merkintää päihteiden käytöstä löytynyt muistakaan rekistereistä. Kettutien potilailta päihdetieto puuttui useammin potilailta, joilla oli vain yksi käyntipäivä (56 %) kuin useammin käyneiltä (49 %, $p < 0,001$). Vuosien välillä oli jonkin verran eroja päihdetietojen merkitsemisessä, mutta selkeää muutosta kohti tarkempaa kirjaamista ei havaittu.

Huumeita ja/tai lääkkeitä käyttäneiden potilaiden osuuden lisääntyminen vastasi yleistä trendiä 2000-luvulle mentäessä. Kun 1990-luvun alkuvuosina avopotilaista jopa 70 % oli hoidossa ainoastaan alkoholinkäytön takia, 2000-luvun loppuun mennessä heidän osuutensa oli enää noin 30 % (kuvio 3.10). Alkoholiongelmaisia potilaita koskevien kirjauspäivien määrän henkilömäärää suurempi lasku kertoo siitä, että päihdehoidon resurssit kohdistuivat 2000-luvulla suurimmaksi osaksi huumeita ja lääkkeitä väärinkäyttäviin potilaisiin ja alkoholiongelmasta potilasta kohti käytettiin vähemmän resursseja kuin aikaisemmin. Huumeita ja lääkkeitä käyttäviä potilaiden intensiivinen hoito on koostunut osin opioidien lääkkeellisestä korvaushoidosta, jota on säädelty laissa ja viimeksi asetuksella vuonna 2008 (STM 33/2008).



Kuvio 3.10 Vain alkoholin takia hoidossa olleiden potilaiden ja heitä koskevien hoitokirjausten osuus kahdessa avohoitoyksikössä vuosina 1990–2009.

Avohoitoon 1990-luvulla hakeutuneista naisista oli miehiä suurempi osuus alkoholiongelmaisia (kuvio 3.11). 2000-luvulle mentäessä huume- tai lääkeongelmisten osuus kasvoi vielä voimakkaammin sekä naisten että miesten keskuudessa toisin kuin sosiaalisairaalassa (vrt. kuvio 4.6).



Kuvio 3.11 Vain alkoholia käyttäneiden osuus avohoidon asiakkaista vuosittain niistä avohoidon asiakkaista, joilla päihdetieto oli.

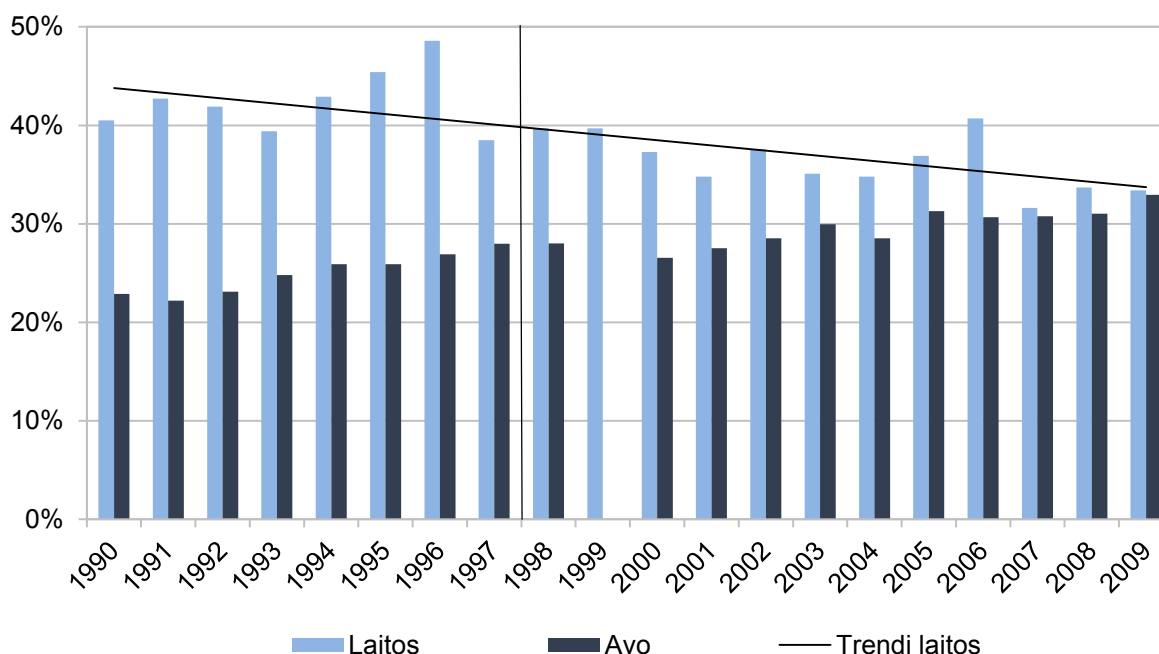
4 Eri vuosikymmenien miehet ja naiset päihdehoidon asiakkaina

Tutkimuksen kohteena oli 10 898 henkilöä, jotka olivat asioineet päihdeongelman takia avo- ja/tai laitoshoidossa vuosina 1990–2009. He olivat heterogeeninen joukko eri-ikäisiä ihmisiä lähes 20 vuoden ajalta. Asiakkaiden väliset erot olivat osin yhteydessä sukupuoleen ja syntymävuoteen sekä hoitoon hakeutumisen ajoittumiseen.

Tutkimuksessa oli tavoitteena selvittää, minkälaisia olivat eri vuosikymmenillä syntyneiden päihdehoidossa asioineiden naisten ja miesten väliset erot ja yhtäläisyydet päihteiden käytön, mielenterveysongelmien, koulutuksen, työtilanteen ja rikollisuuden osalta. Lisäksi selvitettiin, minkälaisia eroja esiintyi avo- ja laitoshoidon asiakaskuntien välillä. Tutkimus perustuu ainoastaan anonyymeihin hoito- ja rekisteritietoihin; yhtenä keskeisenä tavoitteena on ollut hoito- ja rekisteritietojen laadun ja käytettävyyden arvioiminen.

4.1 Naisia kolmannes asiakkaista

Kaksi kolmannesta (67 %) päihdehoidossa olleista potilaista oli miehiä. Naisten osuus pysyi vuosittain tarkasteltuna varsin vakaana (31 %, vaihteluväli 26–34 %). Tutkimusjakson aikana tapahtui kuitenkin merkittävää muutosta: naisten osuus laitospotilaista väheni ja avopotilaista kasvoi (kuvio 4.1). On oletettavaa, että tämä muutos on yhteydessä siihen, että naisten päihteiden käytön yleistyessä naisten ja miesten hoitokäytännöt mukautuivat yhtenäisemmiksi.



Kuvio 4.1 Naisten osuus tutkimuskeskusten avo- ja laitospotilaista. Vuosina 1998–2009 myös laitoshoido kattaa kaikki asiakkaat, tosin vuodelta 1999 avohoidon tiedot puuttuvat.

Naisten ja miesten väliset erot olivat monissa asioissa suuria (taulukko 4.1), mutta sukupuolten välisiä eroja tulkittaessa on erittäin tärkeä ottaa huomioon, että erot voivat johtua kolmannesta tekijästä, kuten syntymävuodesta, hoitomuodosta ja käytetyistä päihteistä. Tutkimusaineiston miehet olivat tulleet päihdehoidon piiriin keskimäärin puoli vuotta naisia aikaisemmin ja miehistä oli ollut suurempi osa avohoidossa ja pienempi osa laitoshoidossa kuin naisista. Koska avohoitopaikat sijaitsivat pääasiassa Helsingissä, miesten joukossa oli naisia enemmän myös helsinkiläisiä. Lisäksi taulukossa näkyvät erot mm. kuolleisuuden ja C-hepatiitin osalta johtuivat eroista hoitomuodosta (vrt. taulukko 4.5 luvussa 4.4). Toinen tuloksia arvioitaessa huomioon otettava asia on se, että näin suurella

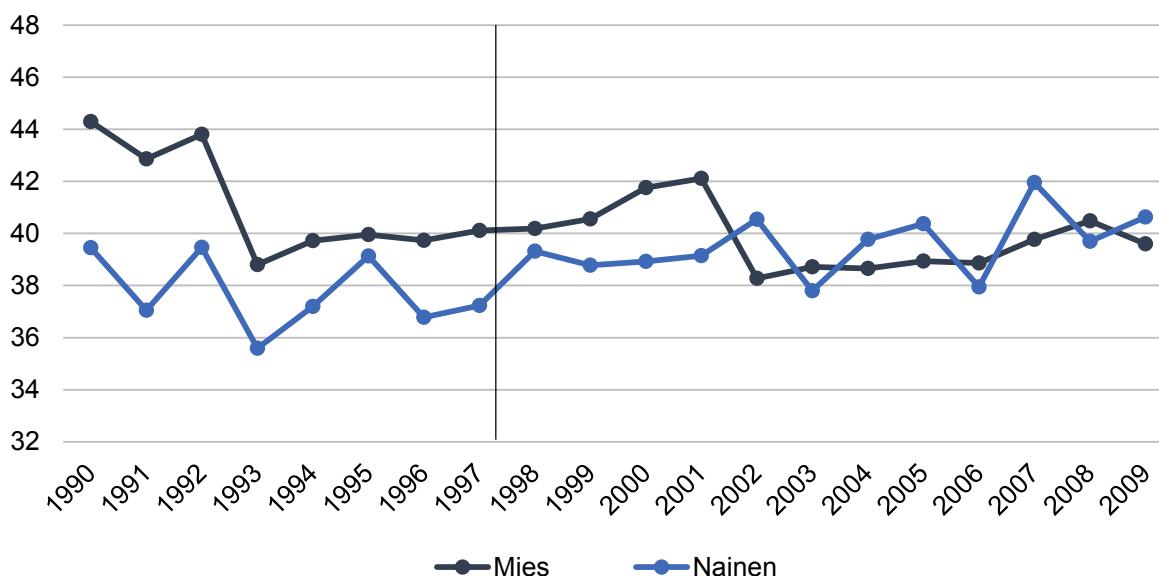
tutkimusjoukolla hyvin pienetkin erot (1–2 %) tulevat tilastollisesti merkitseviksi, joten prosenttiosuuksien välisten erojen käytännöllinen merkitys pitää arvioida sisällön kautta.

Taulukko 4.1 Päihdehoitoon hakeutuneiden miesten ja naisten tausta- ja hoitotiedot.

	n	Mies 7337	Nainen 3561	Yht. 10898	sig.
Syntymävuosi	ka.	8/1961	9/1962	1/1962	***
Ensimmäinen tiedossa oleva päihdehoito	ka.	5/1999	10/1999	7/1999	***
Elossa 31.12.2013	%	66	79	70	***
Ikä kuollessa (n=3 216)	ka.	50	49	50	*
Eteläsuomalaisia	%	91	90	90	
Helsinkiäisiä	%	60	55	58	***
Vain avohoidossa	%	56	45	52	***
Vain laitoshoidossa	%	36	47	39	***
Avo- ja laitoshoidossa	%	8	9	8	
Opioidikorvaushoitopotilas	%	7	6	7	**
Mielenterveysdiagnoosi (ei sis. päihteitä)	%	44	55	48	***
HIV-diagnoosi	%	1	1	1	
C-hepatiitti diagnoosi	%	12	14	12	***

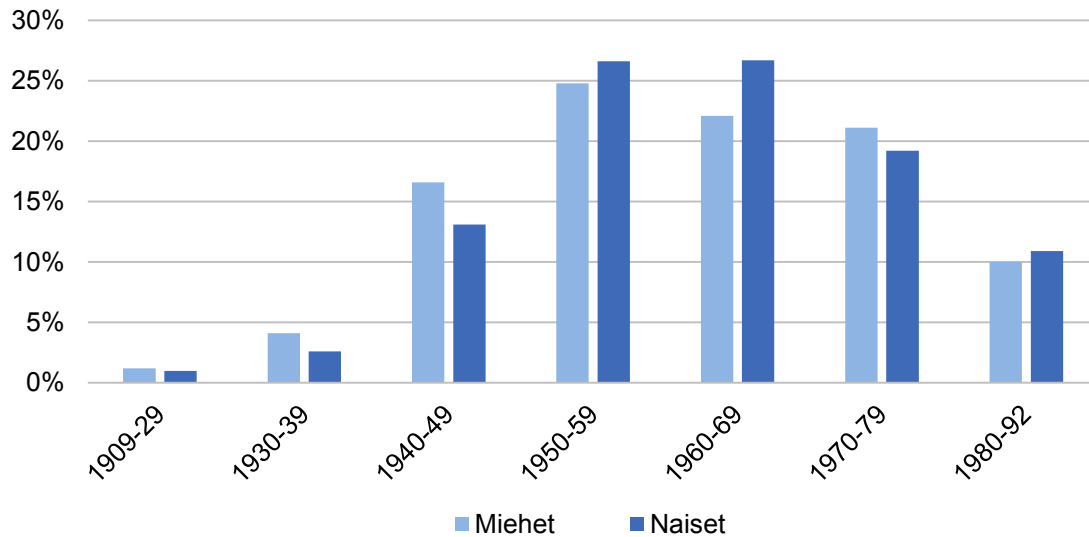
*0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

Tutkimusaineiston päihdeongelmaiset naiset olivat keskimäärin syntyneet vuotta myöhemmin kuin miehet (taulukko 4.1). Sukupuolten keskimääräinen ikäero oli merkittävä 1990-luvulla, mutta 2000-luvulla ikäero katosi (kuvio 4.2), kun huumeita ja lääkkeitä käyttäneiden asiakkaiden osuus lisääntyi. Vain alkoholia käyttäneet naiset olivat syntyneet keskimäärin myöhemmin (4/1957) kuin miehet (4/1953). Muiden päihteiden käyttäjien kohdalla ei ollut sukupuolten välistä eroa, he olivat syntyneet keskimäärin 1/1970. On muistettava, että ennen vuotta 1997 laitoshoidosta oli käytettävissä vain otos, joka ei edusta kaikkia potilaita.



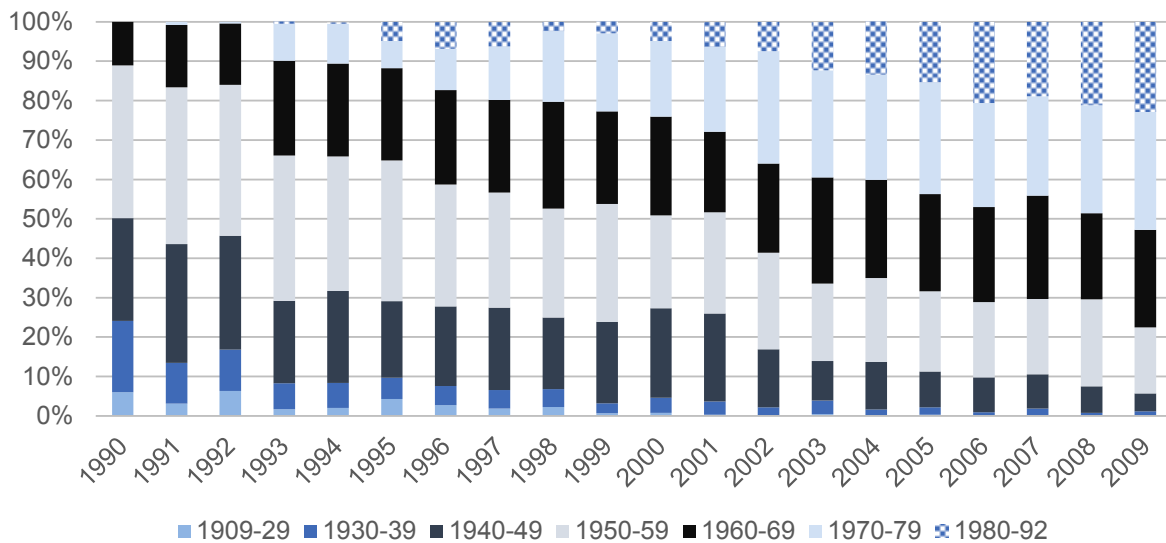
Kuvio 4.2 Naisten ja miesten keski-ikä hoidon päättyessä. Vuoden 1998 jälkeen aineisto sisältää kaikki asiakkaat, sitä ennen vain osan asiakkaista.

Tutkittavien syntymävuosien jakaumaa tarkasteltiin vuosikymmenittäin. Puolet (49 %) asiakkaista oli syntynyt vuosina 1950–1969 (kuvio 4.3). Miehistä oli naisia suurempi osuus syntynyt ennen vuotta 1950, ja naisista oli hieman useampi syntynyt vuosina 1950–69. Vuoden 1970 jälkeen oli syntynyt yhtä suuri osuus naisista ja miehistä.



Kuvio 4.3 Tutkittujen naisten (n=3 561) ja miesten (n=7 337) jakautuminen eri vuosikymmenillä syntyneisiin.

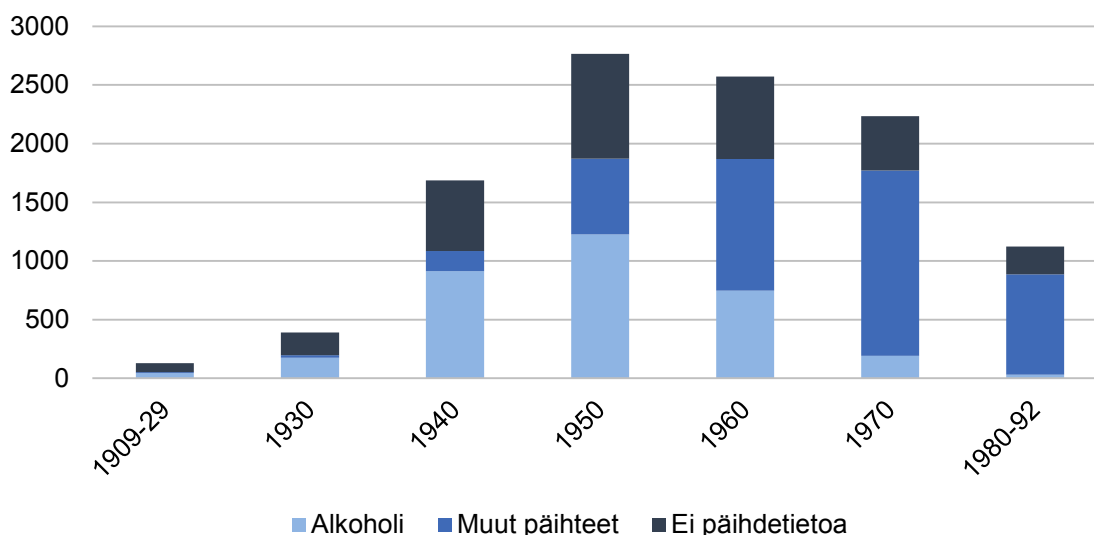
Eri vuosikymmenillä syntyneiden osuus hoitovuosittain muuttui ajan myötä (kuvio 4.4). 1930–1950-luvulla syntyneiden osuudet vähenivät ja myöhemmin syntyneiden osuudet lisääntyivät tutkimuksen aikana. Ennen 1930-lukua syntyneitä oli 2000-luvulla asiakkaina enää muutama, ja 1980-luvulla syntyneistä ensimmäinen asioidi vuonna 1993 alaikäisenä asiakkaana.



Kuvio 4.4 Eri vuosikymmenillä syntyneiden prosenttiosuus viimeisen hoitovuoden mukaan.

4.2 Käytetyt päihteet

Ainoastaan alkoholinkäytöstä löytyi merkintä vajaalta puolelta (43 %) päihdehoidossa olleelta asiakkaalta, jolta tieto käytetyistä päihteistä oli käytettävissä. Nämä vain alkoholia käyttäneet potilaat olivat keskimäärin 10 vuotta vanhempia kuin muita päihteitä käyttäneet. Ongelmia aiheuttaneita päihteitä ei ollut kirjattu kaikille avohoidon asiakkaille, vaan päihdetieto puuttui 2 133 mieheltä ja 1 034 naiselta. Tieto puuttui yhtä suurelta osuudelta (29 %) sekä naisia että miehiä, mutta useammin vanhemmilta kuin nuoremmilta asiakkailla (kuvio 4.5). Seuraavat tarkastelut koskevat vain niitä (n=7 731), joilta päihdetieto oli käytettävissä.



Kuvio 4.5 Eri vuosikymmenillä syntyneiden päihdehoidon asiakkaiden (n=10 898) käyttämät päihteet hoitotietojen perusteella.

Suurimmalle osalle (52 %) asiakkaista oli merkitty sekä alkoholin että huumeiden ja/tai lääkkeiden käyttöä. Asiakkaita, joille oli merkitty päihdeongelman syyksi ainoastaan lääkeriippuvuus tai huumeiden käyttö, oli vähän (taulukko 4.2). Naisille oli miehiä useammin kirjattu lääkkeiden sekä lääkkeiden ja alkoholin väärinkäyttöä, kun taas miehille oli kirjattu useammin huumeiden sekä alkoholin ja/tai lääkkeiden käyttöä.

Taulukko 4.2 Naisten ja miesten käyttämät päihteet.

n	Mies	Nainen	Yhteensä	Sig.
Vain alkoholi	43	44	43	-
Lääkkeet	1	2	1	***
Alkoholi ja lääkkeet	7	13	9	***
Huumeet	4	5	4	*
Huumeet sekä alkoholi ja/tai lääkkeet	46	37	43	***

*0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

Tarkasteltaessa päihteitä käytetyn aineen mukaan avo- ja laitospotilaita oli käsiteltävä erikseen, koska laitospotilaita koskeva tieto perustui järjestelmällisesti diagnooseihin, mutta avotietoja oli kirjattu eri tavoin. Diagnooseihin ja hoitotietoihin kirjattuihin pääpäihteisiin rekisteröityvät ne aineet, joita potilas oli käyttänyt, mutta on todennäköistä, että keskeisiä päihteitä on myös jäänyt kirjaamatta. Sedatiivien, stimulanttien ja opioidien käyttö oli rekisterien perusteella yleisempää laitos- kuin avopotilaina olleilla, mutta on siis mahdollista, että tämä ero johtui osin kirjaamistavoista.

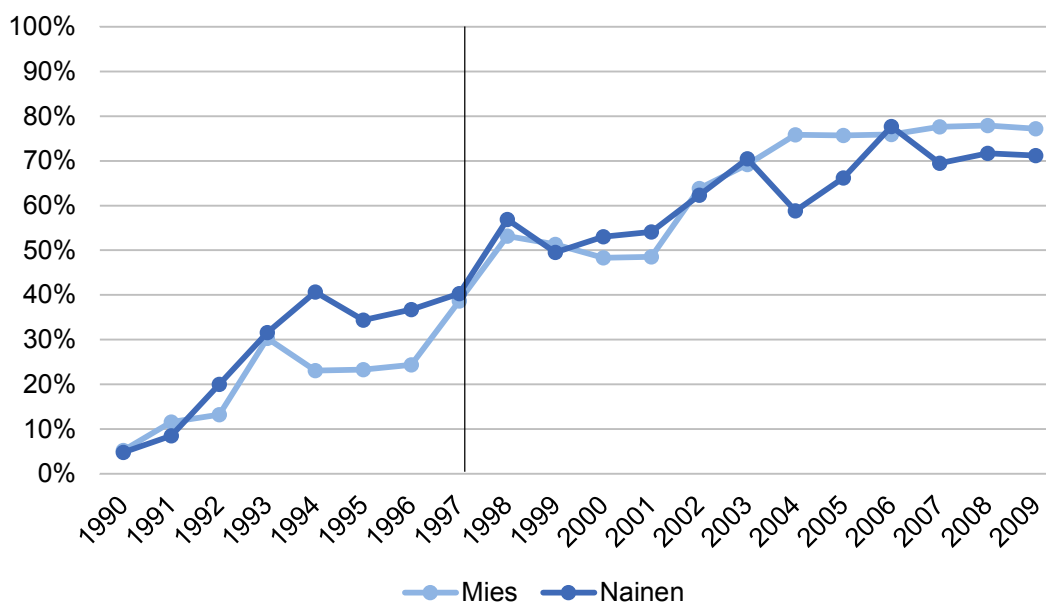
Laitoshoidossa olleista miehistä oli naisia useampi käyttänyt sedatiiveja, opioideja, stimulantteja, kannabista, hallusinogeeniä sekä liuottimia ja harvempi ainoastaan alkoholia (taulukko 4.3). Avohoidossa olleiden naisten ja miesten välillä ei ollut eroja yhdenkään päihteen kohdalla. Alkoholin (74 %) jälkeen yleisin päihde olivat sekä miehillä että naisilla sedatiivit (36 %).

Taulukot 4.3. Osuudet laitos- ja avohoidossa olleista naisista ja miehistä, joille oli kirjattu kyseisen päihteen väärinkäyttöä.

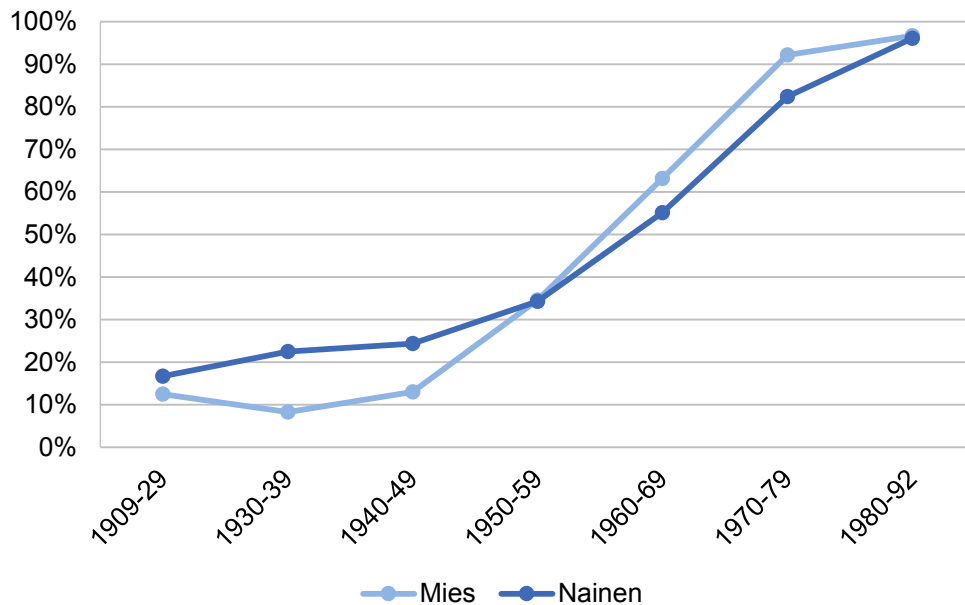
n	Laitoshoidossa olleet			Vain avohoidossa olleet		
	Miehet 3223	Naiset 1962	sig.	Miehet 1972	Naiset 565	sig.
Sedatiivit %	46	40	***	19	20	
Opioidit	35	25	***	22	22	
Stimulantit	29	25	***	17	18	
Kannabis	24	15	***	15	14	
Hallusinogeenit	2,9	0,8	***	1	0,9	
Liottimet	0,8	0,4	*	1	0,4	
Alkoholi	73	74		75	72	
Vain alkoholi	34	40	***	57	56	

*0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

Päihteen käytössä tapahtui muutosta tutkimusjakson aikana: vielä 1990-luvun alussa huumeiden käyttö oli vähäistä, mutta vakiintui 2000-luvulla osaksi suomalaista päihdekulttuuria. Tarkastelujakson alkuvuosina hoitonsa päättäneistä lähes kaikki oli kirjattu ainoastaan alkoholin ongelmakäyttäjiksi, mutta vuonna 2009 hoitonsa päättäneistä vajaa kolmannes oli hoidossa ainoastaan alkoholin käytön takia (kuvio 4.6). Vastaavasti eri vuosikymmenillä syntyneiden välillä oli eroja pääpäihteen kohdalla. Ennen vuotta 1960 syntyneistä suurin osa oli hoidossa alkoholin käytön takia, ja myöhemmin syntyneistä useimmat käyttivät myös muita päihteitä (kuvio 4.7). Sukupuolten ja hoitomuotojen välisiä eroja tulkittaessa on muistettava, että kahden vuosikymmenen tarkastelujakson aikana päihdehoidon asiakaskunnan käyttämät päihteet lisääntyivät erityisesti nuoremmissa ikäluokissa.



Kuvio 4.6 Muiden kuin ainoastaan alkoholia ongelmallisesti käyttäneiden asiakkaiden osuuden kasvu viimeisen hoitotietomerkinän kohdalla niiden asiakkaiden osalta, joilta on tieto käytetyistä päihteistä (n=7 731). Vuodesta 1998 alkaen aineisto sisältää kaikki laitospotilaat.



Kuvio 4.7 Muiden kuin ainoastaan alkoholia ongelmallisesti käyttäneiden asiakkaiden osuuden kasvu niiden eri vuosikymmenillä syntyneiden asiakkaiden osalta, joilta on tieto käytetyistä päihteistä (n=7 731).

4.3 Mielenterveysongelmat

Mielenterveysongelmat olivat päihdehoidossa olleilla naisilla yleisempiä kuin miehillä. Käytössä olleet mielenterveysdiagnoosit oli asetettu suomalaisissa sairaaloissa 1990–2009 (Hilmo). Depressio tai muu mielialan vaihteluun liittyvä diagnoosi oli asetettu yli kolmannekselle (39 %) naisista ja neljännekselle (27 %) miehistä. Myös ahdistuneisuutta, persoonallisuus- ja syömishäiriöitä oli diagnosoitu naisille suhteellisesti enemmän kuin miehille, mutta sopeutumishäiriöihin liittyvien diagnoosien kohdalla ei sukupuolten välillä ollut eroa (taulukko 4.4). Skitsofreniaan liittyvä diagnoosi oli asetettu laitospotilaista hieman useammin miehille ja avopuolella naisille. On todennäköistä, että päihdehoidossa laitoksessa olleiden potilaiden mielenterveyttä on arvioitu järjestelmällisemmin kuin avohoidossa, mikä osittain selittää mielenterveysdiagnoosien pienempää määrää avohoidon asiakkaiden keskuudessa.

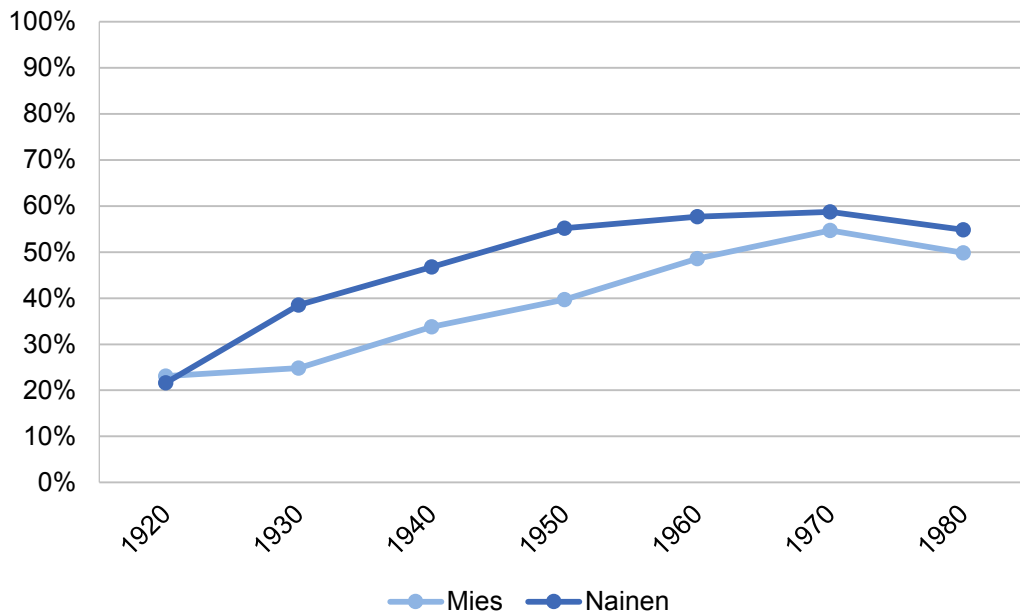
Taulukko 4.4 Päihdehoidossa laitos- ja avohoidossa olleille miehille ja naisille (n=10 898) sairaalahoidossa asetetut mielenterveysdiagnoosit.

Häiriöryhmä (ICD9-koodi) ¹	n	Laitos			Avo		
		Mies	Nainen	sig.	Mies	Nainen	sig.
Depressio (296.2 296.3 300.4 ja 311)		3226	1966	***	4111	1595	***
Muut mielialahäiriöt (296) pl. depressio		12	20	***	4	7	***
Neuroottiset häiriöt (300)		39	48	***	13	22	***
Persoonallisuushäiriöt (301)		19	26	***	5	10	***
Syömishäiriö (307.1 307.5)		26	32	***	10	12	*
Sopeutumishäiriö (ulkoisen syy, 309)		0,2	4	***	0,1	0,7	***
Skitsofrenia tai harhaluuloisuushäiriö (295, 297)		10	10		6	6	
Jokin mielenterveysdiagnoosi (ICD9)		9	7	**	4	6	*
		63	70	***	29	36	***

*0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

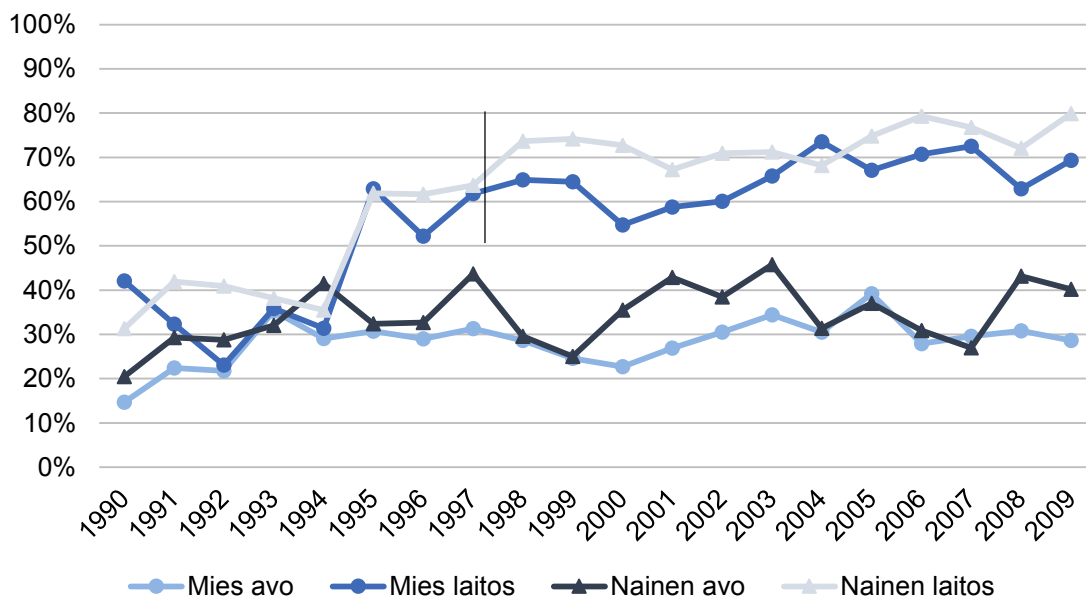
¹ICD10-diagnoosit ovat Hilmo-rekisterissä saatavissa myös ICD9-muodossa

Diagnosoitujen mielenterveysongelmien yleisyys oli suurempi myöhemmillä vuosikymmenillä syntyneillä, miehillä vuoden 1950 jälkeen ja naisilla vuoden 1960 jälkeen (kuvio 4.8). Naisilla oli miehiä enemmän mielenterveysongelmia kaikissa ikäluokissa.



Kuvio 4.8 Eri vuosikymmenillä syntyneiden henkilöiden osuus, joille oli laitoshoidossa diagnosoitu muuhun kuin päihteisiin liittyvä mielenterveysongelma.

Laitoshoidon asiakkaiden keskuudessa kaksoisdiagnoosipotilaiden osuus kasvoi hieman vuosituhatosen ensimmäisellä vuosikymmenellä (kuviot 4.8 ja 4.9). Diagnoosien yleisyyden kasvu laitoshoidossa 1990-luvulla ajoittuu kohtaan, jolloin siirryttiin ICD9-diagnosijärjestelmästä ICD10-järjestelmään. Avohoidon asiakkaiden keskuudessa mielenterveysongelmaisten asiakkaiden osuus pysyi melko vakaana vuodesta 1993 vuoteen 2009.

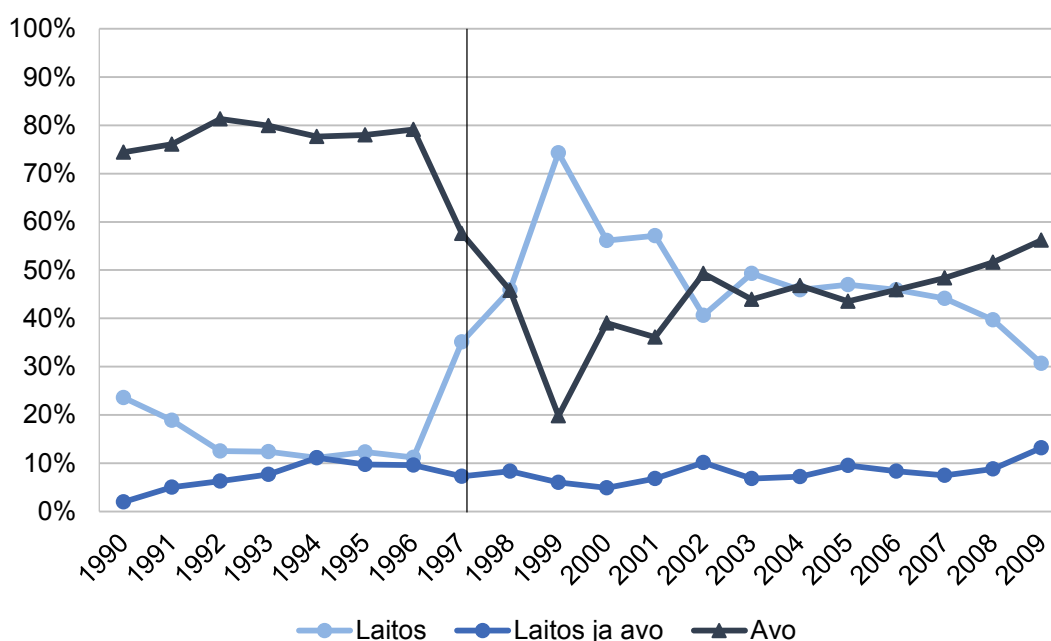


Kuvio 4.9 Päihdehoidon päättymisvuoden mukaan osuus niistä henkilöistä, joille oli laitoshoidossa diagnosoitu muuhun kuin päihteisiin liittyvä mielenterveysongelma. Vuoden 1997 maaliskuusta (musta viiva) myös laitoshoidon tiedot kattoivat kaikki asiakkaat.

4.4 Avo- ja laitospotilaiden väliset erot

Päihdehoidossa olleiden avo- ja laitospotilaiden osuudet vaihtelivat tutkimuksen kuluessa (kuvio 4.10). Sekä avo- että laitoshoidossa oli ollut yhteensä 900 asiakasta, ja heidän osuutensa pysyi melko vakaana kattaen vuosittain keskimäärin 8 % naisista ja miehistä. Moni heistä oli lähetetty avohoidosta tilanteen heikkenemisen takia kriisijaksolle sosiaalisairaalaan. Nämä sekä avo- että laitoshoidossa olleet asiakkaat poikkesivat monin tavoin muista asiakkaista (taulukko 4.5).

Ainoastaan laitoshoidosta oli merkintöjä lähes puolella (47 %) naisista ja kolmanneksella (36 %) miehistä. Ainoastaan avohoidossa oli ollut hieman vähemmän (45 %) naisia ja huomattavasti enemmän (56 %) miehiä. Naisten ja miesten osuudet laitos- ja avopotilaista vaihtelivat vuosittain hyvin samansuuntaisesti lukuun ottamatta vuosia 1990–1996, jolloin laitoshoidossa olleiden naispotilaiden osuus oli yliedustettuna, koska aineistoon otettiin mukaan käsiarkistosta pääasiassa perheosaston asiakkaita (ks. luku 2.1). Avopotilaat olivat keskimäärin vanhempia kuin laitospotilaat, mihin vaikutti osaltaan se, että avotiedot olivat kattavasti käytettävissä vuodesta 1990 ja laitos tiedot vasta vuodesta 1998.



Kuvio 4.10 Tutkittujen asiakkaiden (n=10 898) jakautuminen laitos- ja avohoitoon hoidon päättymisvuoden mukaan. Maaliskuusta 1997 laitoshoidon aineisto kattoi kaikki sosiaalisairaalan asiakkaat, mutta vuonna 1999 suuri osa avohoidon kirjauksista puuttui tietojärjestelmämuutoksen takia.

Hoitomuotojen väliset erot sukupuolittain olivat suuremmat kuin sukupuolten väliset eroa (taulukko 4.5). Esimerkiksi syntymävuoden, hoidon ajankohdan ja keston, käytettyjen päihteiden, diagnosoitujen mielenterveysongelmien, C-hepatiitin yleisyyden sekä asuinalueen kohdalla osa sukupuolten välisistä eroista katosi, kun naisia ja miehiä tarkasteltiin kolmessa hoitomuodon mukaisessa ryhmässä.

Pisin keskimääräinen hoitoaika tiedossa olevasta päihdehoidon aloituksesta viimeiseen tiedossa olevaan käyntiin (6,8 vuotta) oli sekä avo- että laitoshoidossa olleilla potilailla. Toiseksi pisimpiä (2,9 vuotta) jaksot olivat vain avohoidon asiakkailla. Avopotilaista joka viides oli käynyt tutkimuslinikoilla vain kerran. Tiedossa oleva päihdehoidon pituus oli suurimmalla osalla laitospotilaista vain muutama kuukausi, mutta on tyypillistä, että laitospotilaalla on avohoitokontakti jossain ennen ja jälkeen laitosjakson. Tutkimusaineisto sisälsi tiedot ainoastaan kolmesta avohoitopaikasta.

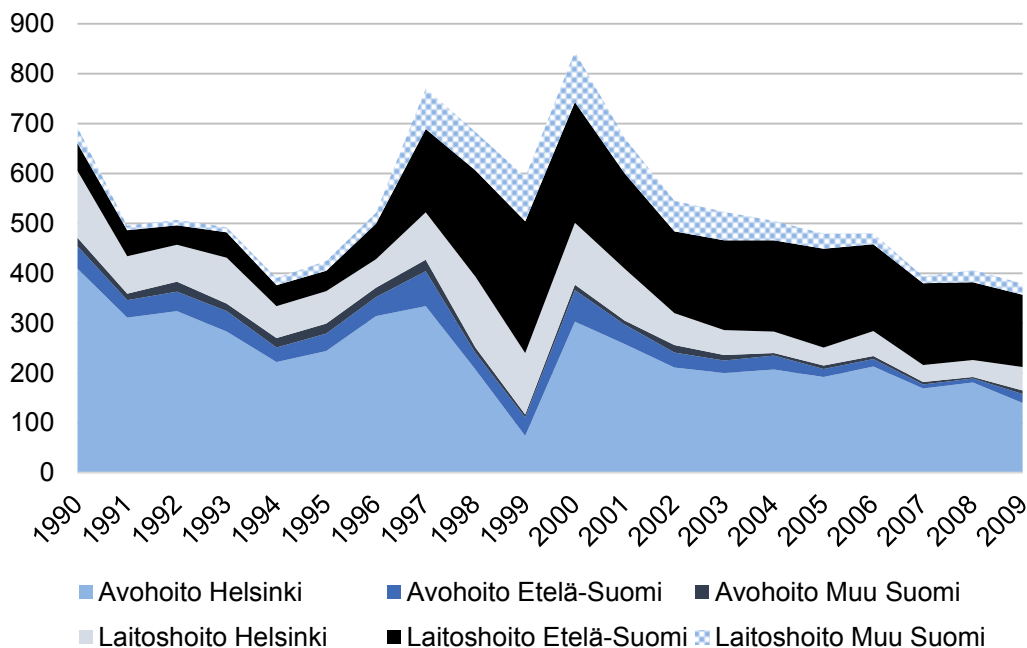
Avopotilaiden joukossa oli enemmän alkoholiongelmaisia miehiä kuin muissa ryhmissä. Opioidien ongelmakäyttö oli yleisintä sekä avo- että laitoshoidossa olleiden potilaiden joukossa miehillä ja naisilla. Ainoastaan avohoidossa olleilla asiakkailla oli muita harvemmin diagnosoitu mielenterveysongelma. Diagnooseissa esiintyneet erot johtuivat osin hoitomuodosta, koska laitoshoidossa diagnooseja asetetaan kaikille potilaille, mutta avohoidossa näin ei tehdä.

Taulukko 4.5 Laitos- tai avohoidossa sekä laitos- ja avohoidossa olleiden potilaiden vertailu sukupuolittain.

	Määrä	Laitos		Avo- ja laitos			Avohoito		Hoitomuotojen väliset erot		
		Mies	Nainen	Mies	Nainen	Mies	Nainen	Miehet	Naiset		
		2632	1660	594	306	4111	1595	F	F		
Syntymävuosi	10898 ka.	1/1965	11/1964		4/1964	4/1965	2/1959	12/1959	*	***	***
Ensimmäinen hoitovuosi	10898 ka.	10/2001	1/2001	***	10/1996	4/1996	5/1998	3/1999	***	***	***
Viimeinen hoitovuosi	10898 ka.	11/2002	1/2002	***	5/2002	10/2002	11/2000	4/2001	*	***	***
Kesto ensimmäisestä viimeiseen hoitomerkinään (vrk)	10898 ka.	397	366		2325	2389	916	764	***	***	***
Hoidon kesto 1 vrk	10898 %	0,8	0,4	*	0	0	18	21	*	***	***
Viimeinen laitosjakso keskeytyi (vain JSS)	4213 %	31	28	*	47	34			**	***	ns.
Vain alkoholiongelma (niistä joiltä päihdetieto on)	7731 %	36	43	***	28	25	57	56		***	***
Opioidikorvaushoitopotilaiden osuus	10898 %	10	6	***	23	21	3	2		***	***
Eteläsuomalaisia	10793 %	81	82		96	96	96	97		***	***
Helsinkiäisiä	10793 %	18	23	***	73	79	85	84		***	***
Ollut suomalaisessa sairaalahoidossa 1990 - 2009 (ei JSS)	10898 %	95	99	***	97	100	90	94	***	***	***
Sairaalassa diagnosoitu mielenterveysongelma	10898 %	63	70	***	65	69	29	36	***	***	***
Sairaalassa diagnosoitu HIV	10898 %	0,6	0,6		2,4	2,9	1	0,7		***	***
Sairaalassa diagnosoitu C-hepatiitti	10898 %	15	16		31	37	7	8		***	***
Ei toisen asteen koulutusta	10898 %	46	45		52	52	48	41	***	*	***
Kolmannen asteen koutus tai enemmän	10898 %	14	18	***	5	11	12	20	***	***	***
Verotettu tulo ylittää 11763 euroa vuonna 2004-2008	9660 %	42	40		28	30	48	57	***	***	***
Asunnottomuusmerkintä jossain rekistereistä	10898 %	5	2	***	32	22	24	8	***	***	***
Rikollisuudesta merkintä jossain rekisterissä	10898 %	66	46	***	79	59	58	28	***	***	***
Merkintä vankitietojärjestelmässä 1992-2014	10883 %	41	19	***	57	33	38	11	***	***	***
Rikosrekisterissä merkintä 17.11.2010	8295 %	43	21	***	50	23	31	10	***	***	***
Tuomiolauselmarekisterissä merkintä vuosina 2004-2010	8611 %	60	36	***	64	41	44	20	***	***	***
Sakkorekisterissä merkintä vuosina 2006-2010	8603 %	58	37	***	61	49	48	22	***	***	***
Elossa 1.1.2014	10898 %	31	21	***	34	20	36	21	***	***	ns.
Ikä kuollessa	3216 ka.	47	47		45	45	52	52		***	***
Vuosia ensimmäisestä hoitomerkinnästä	3216 ka.	6	7	**	10	11	8	8		***	***
Vuosia viimeisestä hoitomerkinnästä	3216 ka.	5,4	6,2	***	4,7	4,7	6	6,3		***	ns.

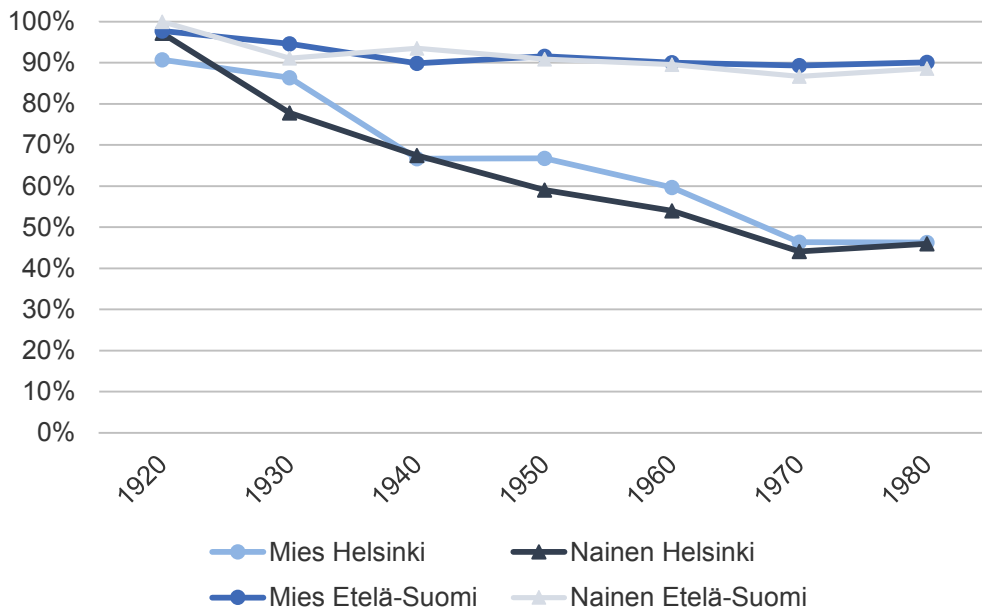
4.5 Helsinkiläiset ja etelä-suomalaiset asiakkaat

Avohoidossa olleet potilaat olivat suurimmaksi osaksi helsinkiläisiä (kuvio 4.11), sillä avoklinikat sijaitsivat Helsingissä. Sosiaalisairaalan toimialueena oli koko Suomi, mutta asiakkaista suurin osa oli Etelä-Suomesta. Helsinkiläisten määrä avo- ja laitoshoidossa laski vuosituhannen vaihteen jälkeen. Palvelujärjestelmässä tapahtui muutoksia toisen huumeaallon aikana ja sen jälkeen. Naisten ja miesten välillä ei ollut eroa siinä, kuinka suuri osa asiakkaista eri hoitomuodoissa oli etelä-suomalaisia. Helsinkiläisyyden osalta erot olivat pieniä (taulukko 4.5).



Kuvio 4.11. Helsinkiläisten, muiden etelä-suomalaisten ja muualla asuneiden määrä tutkituissa avo- ja laitoshoitopaikoissa ensimmäisen hoitovuoden mukaan. Maaliskuusta 1997 laitoshoidon aineisto kattoi kaikki sosiaalisairaalan asiakkaat, mutta vuonna 1999 suuri osa avohoidon kirjauksista puuttui tietojärjestelmämuutoksen takia.

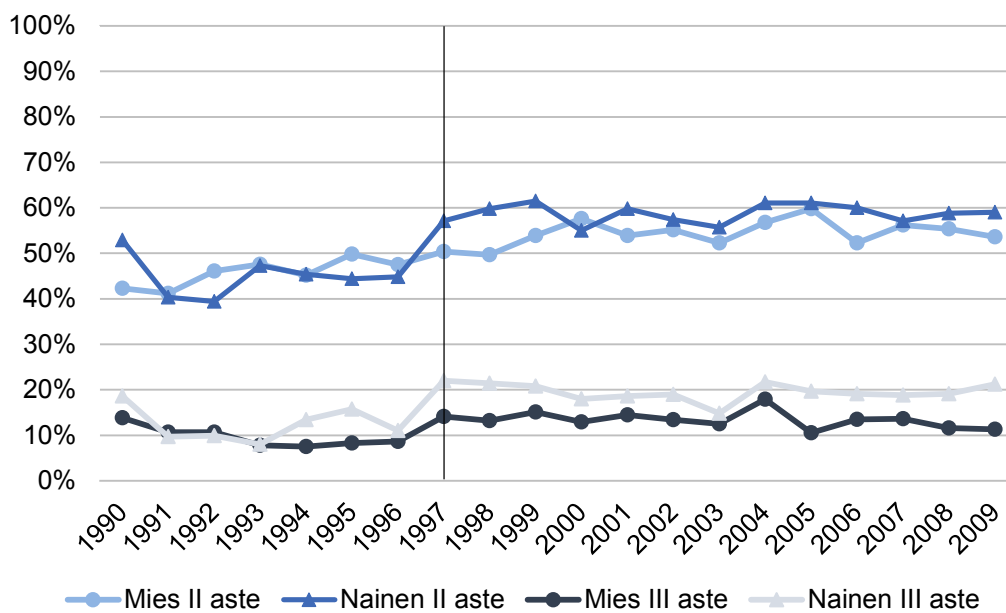
Helsinkiläisten osuus vanhemmista ikäluokista oli erittäin suuri (kuvio 4.12), mutta väheni tasaisesti niin, että 1980-luvun jälkeen syntyneistä vajaa puolet oli helsinkiläisiä. Etelä-suomalaisten osuus oli kaikissa ikäluokissa hyvin suuri.



Kuvio 4.12 Etelä-suomalaisten ja helsinkiläisten tutkittujen osuus eri vuosikymmenillä syntyneistä.

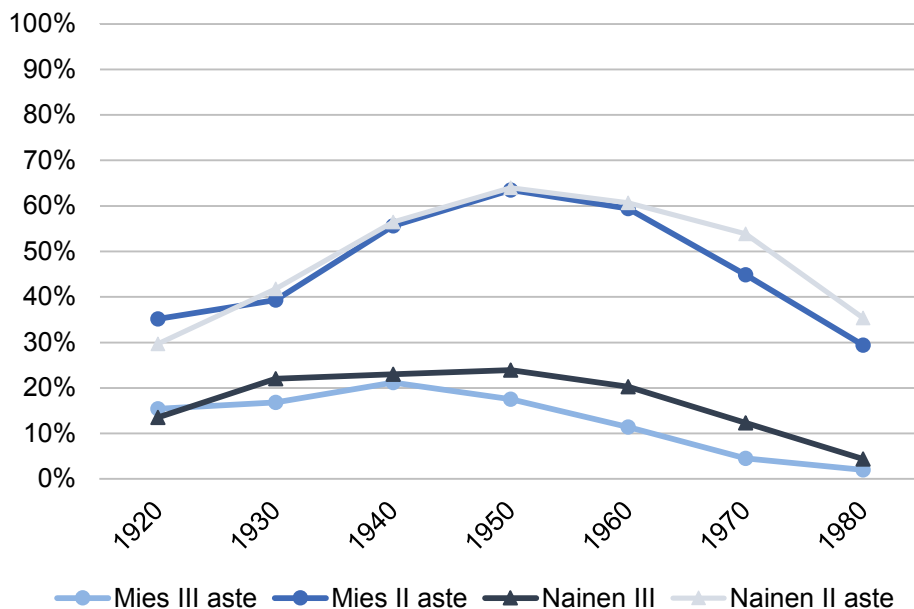
4.6 Koulutus

Vähintään kolmannen asteen koulutus oli hieman suuremmalla osalla päihdehoidossa olleista naisista (19 %) kuin miehistä (13 %). Miehillä puolestaan oli hieman useammin (40 %) toisen asteen koulutus kuin naisilla (38 %). Erityisesti naisilla toisen ja kolmannen asteen koulutuksen suorittaneiden osuus pysyi varsin vakaana vuodesta 1997 alkaen, jolloin tutkimusaineisto on myös laitoshoidon osalta kattanut kaikki asiakkaat (kuvi 4.13). Laitos- ja avohoidossa olleiden miesten välillä ei ollut eroja koulutuksen osalta, mutta naisten kohdalla oli pieniä eroja niin, että laitoshoidossa olleiden naisten joukossa oli hieman harvemmassa vähintään toisen asteen koulutus (taulukko 4.5). Sekä avo- että laitoshoidossa olleiden asiakkaiden joukossa oli eniten niitä, joilla oli vähän koulutusta.



Kuvio 4.13 Toisen ja vähintään kolmannen asteen koulutuksen omaavien osuus päihdehoidon päättymisvuoden mukaan.

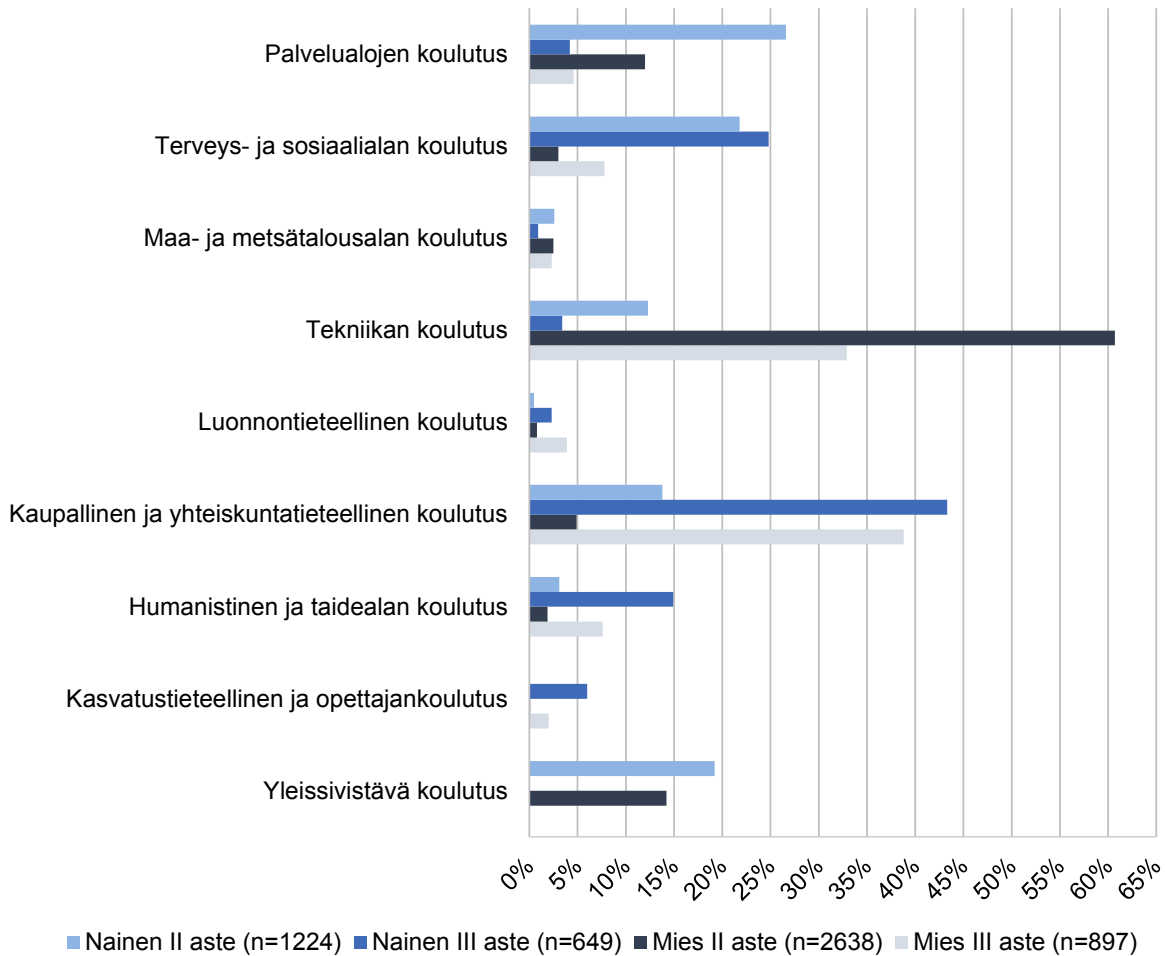
Koulutettujen osuudet vaihtelivat henkilön syntymäajan sekä käytetyn päihteen mukaan. Vuoden 1980 jälkeen sekä miesten osalta myös 1970-luvulla syntyneillä oli toisen asteen koulutus huomattavasti harvemmin kuin 1940–1960-luvuilla syntyneillä asiakkailla (kuvio 4.14). Myöhemmin syntyneillä oli myös harvemmin kolmannen asteen koulutus. Vähintään toisen asteen koulutuksen olisi ehtinyt hankkia kaikkien ryhmien tutkittavat vuoden 2013 loppuun mennessä, jolloin nuorimman ikäryhmän keski-ikä oli jo 31 vuotta.



Kuvio 4.14 Toisen ja vähintään kolmannen asteen koulutuksen omaavien osuus eri vuosikymmenillä syntyneistä päihdehoidon asiakkaista.

Vähintään toisen asteen koulutus oli 59 %:lla niistä naisista ja miehistä, joille oli merkitty ainoastaan alkoholin ongelmakäyttöä. Muiden päihteiden käyttäjillä oli hieman harvemmin toisen asteen koulutus, miehistä 44 %:lla ja naisista 50 %:lla. Vähintään kolmannen asteen koulutus oli ainoastaan alkoholia käyttäneistä naisista 21 %:lla ja miehistä 18 %:lla sekä muita päihteitä käyttäneistä naisista 13 %:lla ja miehistä vain 6 %:lla.

Toisen asteen koulutuksen suorittaneista miehistä lähes kaksi kolmesta oli kouluttautunut tekniikan alalle, naisilla yleisimpiä koulutusaloja olivat palvelualat sekä terveys ja sosiaali- ja sosiaaliala (kuvio 4.15). Vajaa viidennes toisen asteen koulutuksen käyneistä oli käynyt ainoastaan yleissivistävän koulutuksen. Vähintään kolmannen asteen suorittaneista sekä naisista että miehistä lähes puolet oli suorittanut kaupallisen tai yhteiskuntatieteellisen koulutuksen, naisilla terveys- ja sosiaaliala oli toiseksi suosituin ja miehillä tekniikan ala.



Kuvio 4.15 Päihdehoidon asiakkaiden koulutusala Tilastokeskuksen tutkintotietojen perusteella.

Yllä esitetyt tarkastelut perustuivat korkeimpaan rekisteröityyn koulutukseen käytössä olleet rekisteritiedot yhdistäen. Tilastokeskuksesta haetut tiedot sisälsivät tiedon, mikäli henkilö oli suorittanut vähintään toisen asteen tutkinnon vuoden 2013 lopussa. Puolet (50 %) tutkituista (N=10 898) löytyi Tilastokeskuksen rekisteristä: 35 % kaikista tutkituista oli suorittanut toisen asteen koulutuksen ja 14 % vähintään kolmannen asteen koulutuksen. Hoitotietoihin oli merkitty tieto suoritetusta koulutuksesta vajaalle kahdelle kolmannelle (62 %) tutkituista, joista kolmannes (33 %) oli suorittanut toisen asteen koulutuksen. Vain 6 %:lla oli korkeampi tutkinto. Hoitotietoihin oli merkitty korkeampi koulutus kuin Tilastokeskuksen tutkintorekisteriin 7 %:lle niistä asiakkaista, joille yleensäkin oli kirjattu koulutus hoitotietoihin. Ulkomailta hankittu koulutus selittää muutaman tapauksen, mutta muuta systemaattista selittäjää tälle eroavuudelle ei löytynyt.

Hoitotietoihin merkitty Tilastokeskuksen tietoa vähäisempi koulutus johtui todennäköisesti suurelta osin siitä, että koulutus oli suoritettu päihdehoitoon merkityn koulutuksen jälkeen. Toisen asteen koulutuksen oli suorittanut hoidon jälkeen lähes joka viides (18 %) niistä asiakkaista, joille koulutustieto oli hoitotietoihin merkitty. Lisäksi vähintään kolmannen asteen koulutuksen oli myöhemmin suorittanut 6 % miehistä sekä joka kymmenes nainen (11 %).

4.7 Työtilanne

Päihdehoidon yhteydessä oli kirjattu tieto työtilanteesta ja siviilisäädystä suurimmalle osalle potilaista ja ammattiasema joka toiselle (taulukko 4.6). Tietoja puuttui paljon mm. siksi, että kirjaamiskäytännöt olivat vaihdelleet ja osa potilaista oli asiointunut vain lyhyesti. Laitoshoidossa olleiden naisten kohdalla oli keskimäärin 10 % enemmän puuttuvia tietoja kuin miehillä, mikä osittain johtui siitä, ettei demografisia tietoja poimittu manuaalisesta arkistosta perheosaston otokselle vuosilta 1990–1997. Käytettävissä olleiden tietojen perusteella esitellään yleiskuva asiakaskunnan tilanteesta.

Taulukko 4.6 Prosenttiosuus niiltä päihdehoidon asiakkailta, joille oli kirjattu työtilannetta ja siviilisäätystä koskevia tietoja hoitotietojärjestelmään.

Tietosisältö	n	Laitos	Avo ja laitos	Avo	Yhteensä	
Työtilanne %		4292	900	5706	10898	***
Siviilisäätty %		71	86	74	74	***
Ammattiasema %		60	94	85	76	***
		58	58	43	50	***

Nais- ja miespotilaiden välillä oli eroja (taulukko 4.7). Miehistä puolet oli viimeisen merkinnän mukaan naimattomia, kun taas naisten keskuudessa oli enemmän sekä parisuhteessa eläviä että leskiä. Miehistä lähes viidennekseltä löytyi merkintä asunnottomuudesta.

Naisten joukossa oli enemmän toimihenkilöitä ja opiskelijoita, miehistä kolmannes oli ammattitaitoisia työntekijöitä. Kokoaika- tai osa-aikatyössä kävi viimeisimmän tiedon mukaan harvempi kuin joka neljäs. Työttömänä oli suurempi osuus miehistä kuin naisista. Kolmannes asiakkaista oli merkitty työvoiman ulkopuolella olevaksi.

Taulukko 4.7 Päihdehoidon asiakkaiden osalta viimeisin käytettävissä ollut tieto siviilisäädystä, työtilanteesta ja ammattiasemasta sekä tieto siitä, onko jossain vaiheessa ollut asunnoton.

Demografiset tiedot		Miehet	Naiset	Yhteensä	Sig.
Onko jossain vaiheessa merkintä asunnottomuudesta	n	7337	3561	10898	***
	%	18	6	14	***
Siviilisäätty (viimeisin tieto)	n	5728	2308	8236	
Naimaton	%	50	37	46	***
Avo-/Avioliitossa		23	33	26	***
Eronnut		25	26	26	
Leski		1	4	2	***
Työtilanne (viimeisin tieto)	n	5475	2533	8008	
Työssä	%	21	23	22	*
Työtön		48	41	46	***
Kotiäiti tai -isä		0,1	3	1	***
Työvoiman ulkopuolella		31	33	32	*
Ammattiasema (viimeisin tieto)	n	3975	1521	5496	
Toimihenkilöt	%	11	20	14	***
Eläkeläinen		14	12	14	*
Yrittäjä		3	2	3	***
Ammattitaidottomat työntekijät		25	22	24	**
Ammattitaitoiset työntekijät		35	30	33	***
Opiskelija		3	6	4	***
Muu		8	9	8	

Työtilannetta tarkastellaan lisäksi verotietojen avulla. Kaikkiaan 9 637 asiakkaalta (88 %) löytyi verotettuja ansiotuloja tai pääomatuloja vuosilta 2004–2008. Verotietoja puuttui kuoleman tai alaikäisyyden takia useammin avo- sekä avo- ja laitosasiakkailta (16 %) kuin ainoastaan laitoksessa asioineilta (8 %). Muusta syystä verotustiedot puuttuivat hyvin harvoilta (0,2 %).

Verotietojen avulla pyrittiin karkeasti erottelemaan työelämässä ja pääasiassa sosiaaliturvan piirissä olevat henkilöt. Erottelussa käytettiin Kelan määrittämää työssäoloehtoista, joka vuonna 2008 täyttyi, kun verotettava tulo oli vähintään 11 764 euroa. Tietoja verotettavasta ansiotulosta sekä pääomatulon

määrästä yhdistettiin siten, että vuosilta 2004–2008 valittiin vuosi, jolloin tulot olivat korkeimmat. Pääomatulot nostivat 97 eri-ikäistä asiakasta (1 %) Kelan työssäkäyntirajan yläpuolelle.

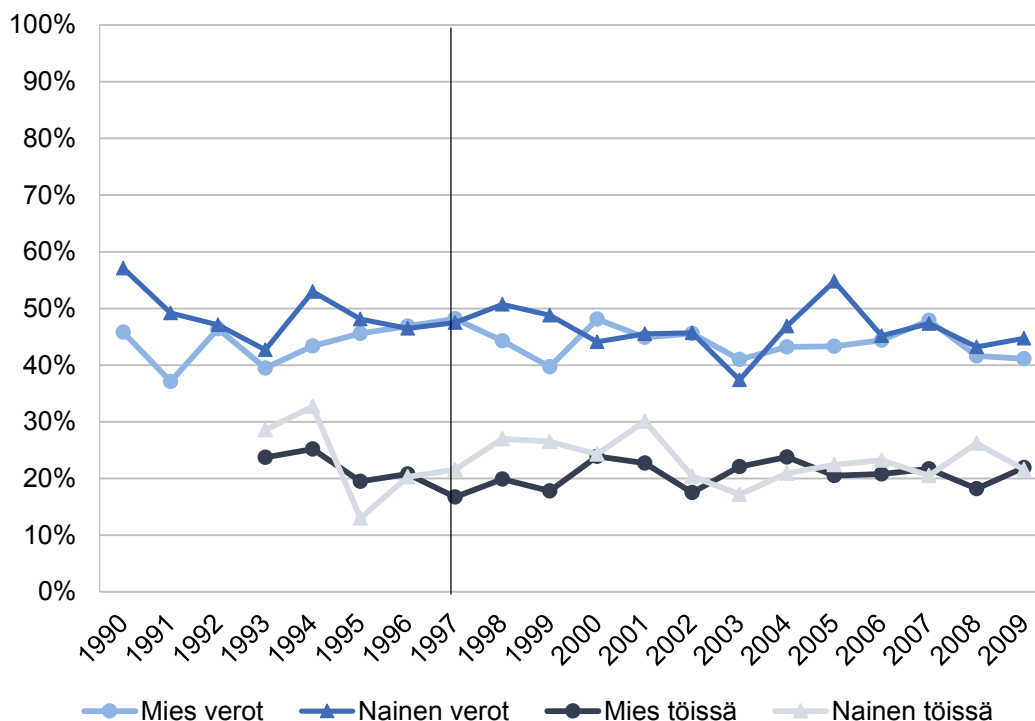
Laitoshoidossa olleiden asiakkaiden tulojen määrä oli keskimäärin matalampi kuin ainoastaan avohoidossa olleilla asiakkailla (taulukko 4.8). Ylimmässä tuloluokassa olevien osuus oli naisilla hieman pienempi kuin miehillä (4 %) kaikissa hoitomuodoissa. Avohoidon asiakkaista työssäoloehdon alapuolella oli suurempi osa miehiä (52 %) kuin naisia (43 %; $p < 0,001$).

Taulukko 4.8 Suurimmat verotetut tulot vuosilta 2004–2008 hoitomuodoittain (prosenttitaulukko).

	n	Avo ja		Yht.	Sig. ¹
		Laitos	laitos		
Tiedot käytettävissä	3 992	772	4896	9660	
Ei tuloja	2	6	4	3	***
1–11 763 euroa	57	66	46	52	***
11 764–22 527 euroa	23	17	24	23	***
Yli 22 527 euroa	19	12	27	22	***

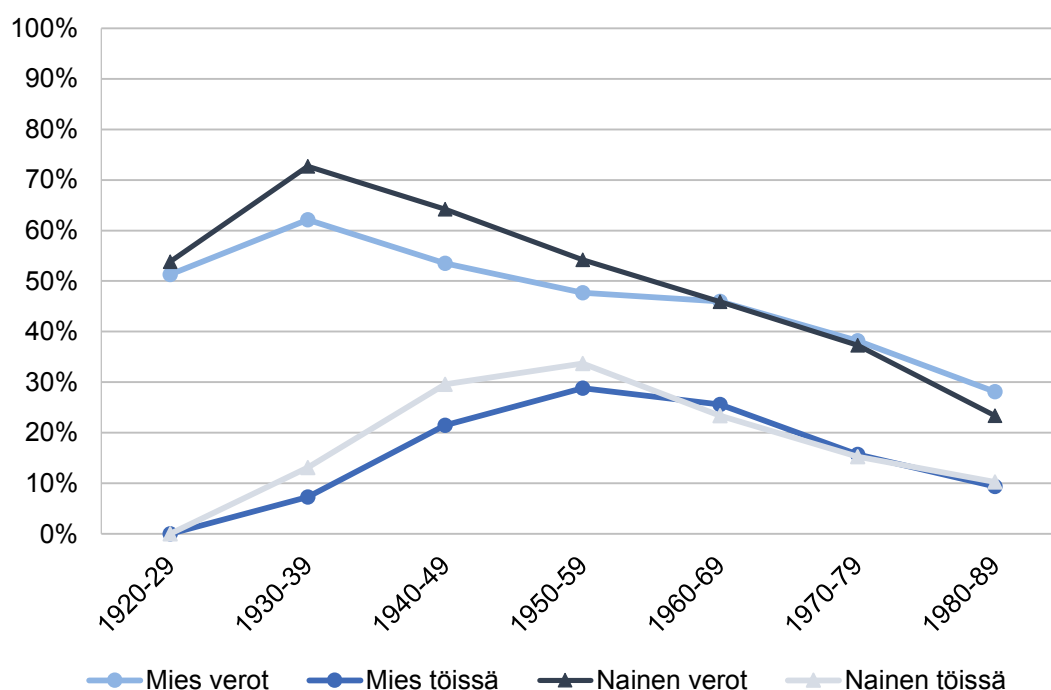
¹Tilastollinen merkitsevyytaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

Hoidon päättymisvuoden mukaan tarkasteltuna työssäoloehdon ylittävien osuus (keskimäärin 45 %) muuttui pitkällä aikavälillä varsin vähän (kuvio 4.16). Hoitotietojen perusteella töissä kävi vajaa neljännes (keskimäärin 22 %) asiakkaista ja hoitovuosien väliset erot olivat kokonaisuudessaan pieniä. Sekä verotiedot että hoidon aikainen työssäolotieto oli käytettävissä 7 344 asiakkaalta. Heistä vajaa viidennes (18 %) kävi töissä ja täytti myös Kelan määrittämän työssäoloehdon (vähintään 11 764 euron tulot). Puolet (50 %) oli molempien tietolähteiden mukaan työvoiman ulkopuolella. Osuudet olivat täsmälleen samat, kun tarkasteltiin vain niitä (n=2 750), joiden viimeinen hoitotieto oli vuosilta 2004–2008. Yleisesti ottaen naiset oli kirjattu molemmilla tavoilla työssä oleviksi hieman useammin (19 %) kuin miehet (16 %) ja avohoidon asiakkaat useammin (24 %) kuin laitosisiakkaat (12 %) ja sekä avo- että laitoshoidon asiakkaat (5 %).



Kuvio 4.16 Prosenttiosuudet naisista ja miehistä, joilla ylittyi Kelan työssäoloehto (11 764 euroa) verotietojen perusteella ja työssä käyvien osuudet hoitotietojen perusteella hoidon päättymisvuoden mukaan.

Toisin kuin hoitovuositaisessa tarkastelussa erot eri vuosikymmenillä syntyneiden välillä olivat suuret (kuvio 4.17). Hoitotietojen mukaan työssä käyviä oli eniten 1940–1960-luvulla syntyneiden joukossa, mutta osuus pieni huomattavasti vuoden 1970 jälkeen. Trendi oli samansuuntainen verotietojen kohdalla, mutta ennen vuotta 1950 syntyneiden kohdalla yli 11 763 euroa vielä vuosina 2004–2008 tienanneiden osuudet olivat paljon korkeammat kuin hoidon aikana työssä käyvien osuudet. Monilla alkoholiongelmista kärsivillä oli ennen hoitoon hakeutumista takana pitkä työura. Nuoremmat päihteiden käyttäjät olivat tässä suhteessa erilaisia.

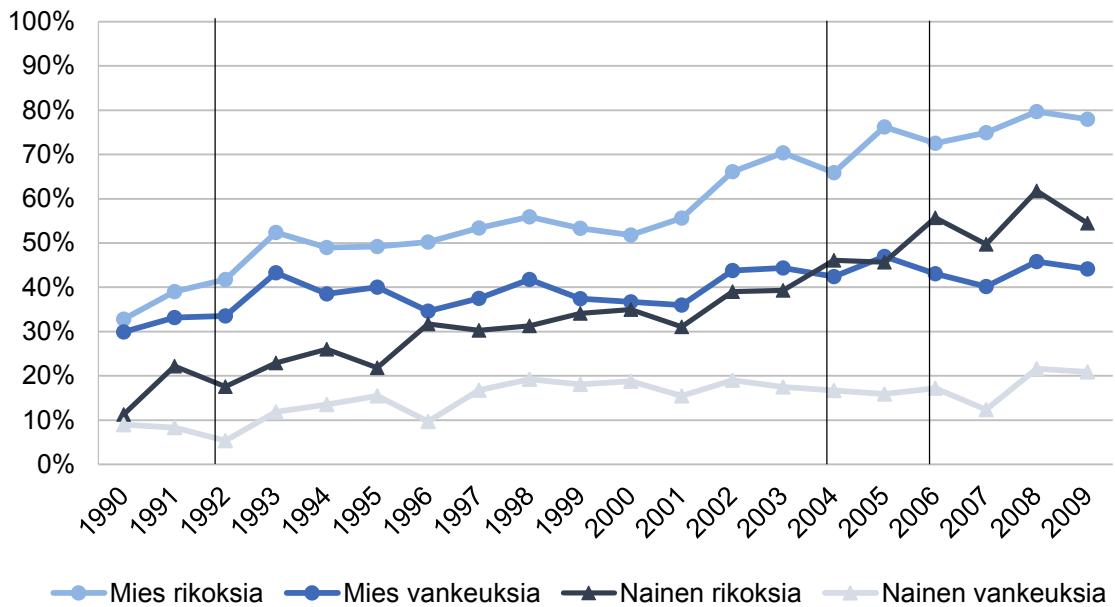


Kuvio 4.17 Prosenttiosuudet eri vuosikymmenillä syntyneistä naisista ja miehistä, joilla ylittyi Kelan työssäoloehto (11 764 euroa) verotietojen perusteella ja työssä käyvien osuudet hoitotietojen perusteella.

4.8 Rikollisuus

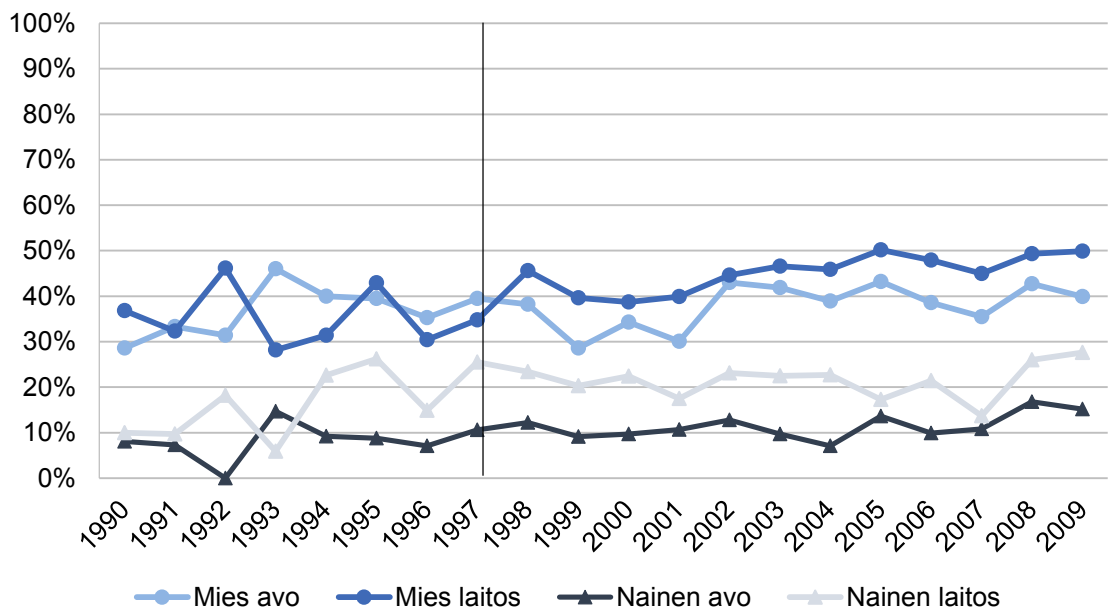
Rikollisuus on yleistä päihdehoidon asiakaskunnassa, miehistä lähes kahdella kolmesta (62 %) ja naisilla yli kolmanneksella (39 %) oli merkintä jossain käytettävissä olevista rekistereistä. Rikollisuutta koskevia tuloksia on julkaistu erillisesti aiemmin (Kaskela & Pitkänen 2016; Pitkänen ym. 2016).

Rikollisuutta koskevista rekisteritiedoista kattavimmat tiedot saatiin tutkimuskäyttöön vankitietojärjestelmästä (luku 2.2). Rikoksen tehneiden kokonaismäärä kasvoi tutkimusaineistossa ajan myötä, mikä oli yhteydessä siihen, että käytettävien rekistereiden määrä lisääntyi (kuvio 4.18). Kuitenkin myös vankitietojärjestelmään merkittyjen keskimääräinen osuus kasvoi tutkimuksen kuluessa hieman erityisesti miehillä.



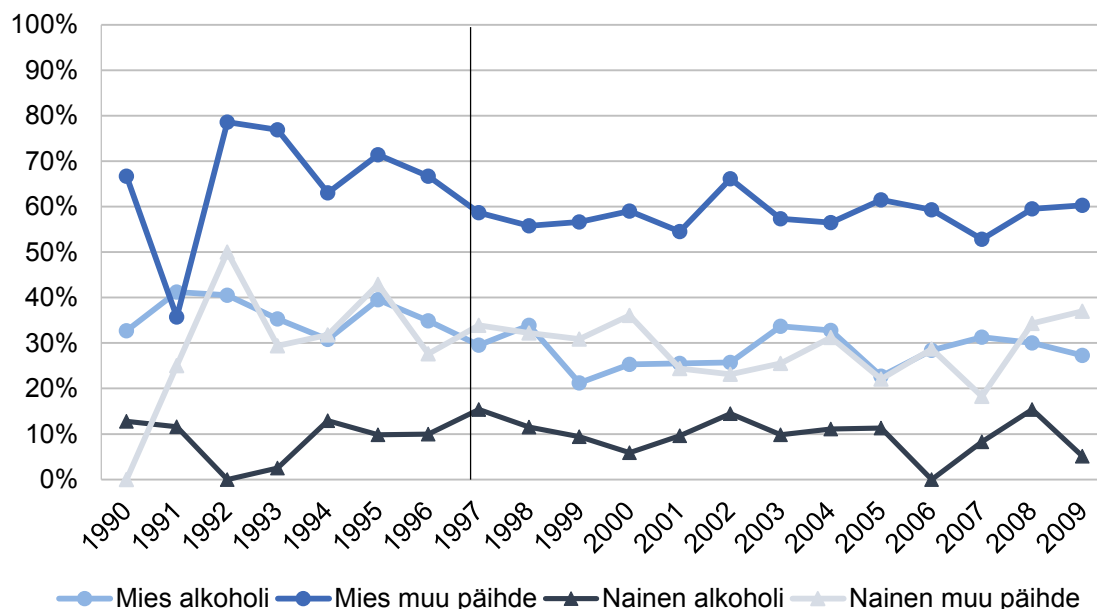
Kuvio 4.18 Osuudet vuosittain niiltä naisilta ja miehiltä, joilla oli merkintöjä jossakin tutkituista rikollisuutta koskevista rekistereistä. Vankitietojärjestelmän osuudet on merkitty lisäksi erikseen. Pystyviivat kuvaavat aineiston kattavuuden alkamista: vankitietojärjestelmä 1992, tuomiolauselmarekisteri 2004 ja rangaistusmääräysrekisteri 2006 alkaen.

Vankitietojärjestelmässä oli merkintä kahdella viidestä (41 %) miehestä ja lähes viidenneksellä (17 %) naisista vuoden 2013 loppuun mennessä. Erityisesti laitoshoidossa olleiden miesten keskuudessa vankitietojärjestelmään merkittyjen osuus kasvoi 2000-luvulla (kuvio 4.19). Lähes puolet (48 %) sekä avo- että laitoshoidossa olleista asiakkaista oli ollut jossain vaiheessa vankilassa tai yhdyskuntapalvelussa. Luku oli huomattavasti suurempi kuin vain avohoidossa (31 %) tai laitoshoidossa (32 %) olleilla asiakkailla. Kuviossa 4.19 avo- sekä laitoshoidossa olleet sisältyvät laitoshoidon asiakkaisiin, sillä heidän kokonaismääränsä oli pieni (8 % tutkituista).



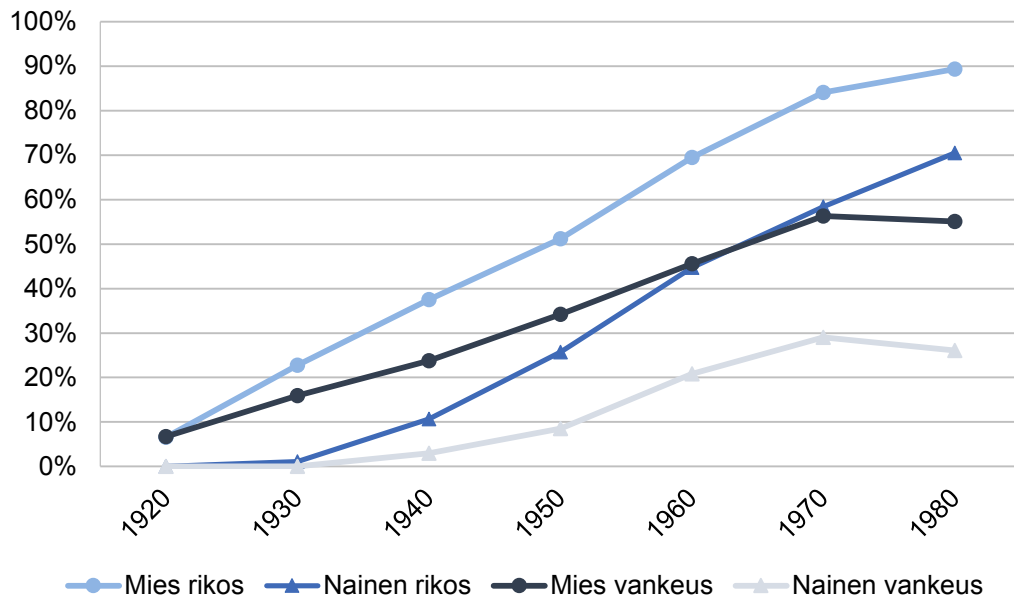
Kuvio 4.19 Vankitietojärjestelmään merkinnän saaneiden avo- ja laitoshoidossa olleiden naisten ja miesten osuudet vuosittain.

Miehillä vankeudessa olleiden osuuden nousu 2000-luvun alussa oli yhteydessä siihen, että vain alkoholia käyttäneiden osuus päihdehoidon asiakaskunnasta pieneni ja muiden päihteiden käyttäjien osuus vastaavasti suureni. Vain alkoholia ongelmallisesti käyttäneistä miehistä oli ollut vankilassa vajaa kolmannes (31 %) ja muiden päihteiden käyttäjistä kolme viidestä (59 %). Molemmissa ryhmissä tapahtui pientä vähenemistä tutkimuksen kuluessa (kuvio 4.20). Vain alkoholia käyttäneistä naisista vankilassa tai yhdyskuntapalvelua suorittamassa oli ollut joka kymmenes (10 %) ja muiden päihteiden käyttäjistä lähes joka kolmas (30 %). Vuosina 1990–1996 niiden osuus, joille oli kirjattu muiden päihteiden käyttöä, oli hyvin pieni (1–3 %), mikä vaikuttaa siihen, että vankilassa olleiden osuuksissa näkyy kuviossa suurta heittelettymistä.



Kuvio 4.20 Vankitietojärjestelmään merkinnän saaneiden osuudet käytetyn päihteen mukaan vuosittain. Vuodesta 1997 alkaen tietoja on saatavissa järjestelmällisesti laitoshoidosta.

Rikollinen toiminta vähenee tyypillisesti iän myötä. Vankeusrangaistukseen tuomittujen osuus oli huomattavasti suurempi 1960-luvulla ja sen jälkeen syntyneillä päihdehoidon asiakkailla aikaisempina vuosikymmeninä syntyneisiin verrattuna (kuvio 4.21). Sama ilmiö näkyi myös muiden tuomioiden ja rangaistusseuraamusten kohdalla. Tilanne olisi saattanut olla erilainen, jos tiedot olisi ollut saatavissa kattavasti kaikkien tutkittavien nuoruusvuosilta; nyt kahdenkymmenen vuoden seurantajakso ajoittui eri vuosikymmenillä syntyneillä erilaisiin elämänvaiheisiin.



Kuvio 4.21 Osuudet eri vuosikymmenillä syntyneistä päihdehoidon asiakkaista, joilla oli merkintöjä rikoksista tai vankeuksista.

Päihdehoitoon hakeutuneiden potilaiden vankeuteen tai yhdyskuntapalveluun johtanut rikollisuus oli yleisempää nuoruusiässä kuin vanhempana. Naiset olivat tehneet harvemmin ja vähemmän rikoksia kuin miehet. Sekä rikoksia tehneiden osuus että rikosten määrä vähenivät iän myötä miehillä nopeasti. Naisilla rikosten tekeminen jakaantui tasaisemmin eri ikäryhmiin. Tutkittujen päihdehoidossa olleiden asiakkaiden rikollisuutta on tarkasteltu yksityiskohtaisemmin erillisessä raportissa (Pitkänen ym. 2016).

5 Päihdeongelmaisten kuolleisuus

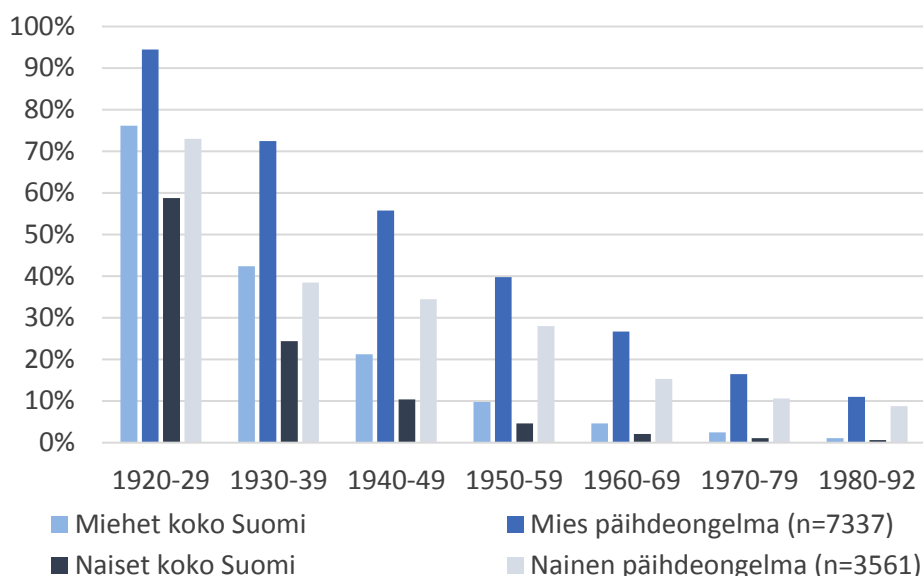
Päihdeongelmien tiedetään lisäävän ennenaikaisen kuoleman riskiä. Päihdehoitoon hakeutuneilla asiakkailla päihdeongelma on yleensä jatkunut pitkään. Hoito kestää usein lyhyen ajan suhteessa henkilön kokonaiselämäkaareen ja vuosiin, jolloin henkilö on käyttänyt runsaasti päihteitä. Osa tutkituista kävi päihdehoidossa vuosia, mutta 10 prosentilla asiakkaista oli merkintöjä päihdehoidosta vain yhtenä päivänä. Päihdehoitoon hakeutuneiden kuolleisuusriskin arvioimisessa ei ole kyse päihdehoidon vaikuttavuuden arvioinnista, koska tutkimusaineisto ei sisällä tietoa tutkittujen päihdeongelman kokonaiskestosta ja laadusta eikä kaikista päihdehoidoista vain ainoastaan tutkimuksen kohteena olleista hoitopaikoista. Tässä luvussa tavoitteena on kuvata päihdehoidossa asioineiden kuolleisuuden yleisyyttä ja syitä.

Ensimmäisenä tavoitteena oli selvittää päihdeongelman takia hoidossa olleiden kuolleisuutta verrattuna suomalaisen väestön kuolleisuuteen. Toiseksi tutkittiin päihdeongelmaisten naisten ja miesten kuolinsyitä sekä päihteiden osuutta kuolemissa suhteessa henkilön ikään ja päihdehoidon ajankohtaan. Kolmanneksi tarkasteltiin päihdeongelmaisten naisten ja miesten kuolleisuutta viisi vuotta ensimmäisen hoitomerkin jälkeen sekä laitoshoidon osalta myös neljä vuotta hoidon päättymisen jälkeen.

5.1 Kuolleisuus verrattuna väestöön

Päihdeongelman takia hoitoon vuosina 1990–2009 hakeutuneista henkilöistä oli vuoden 2013 loppuun mennessä kuollut 3 216 henkeä. Kolmannes (34 %) miehistä ja joka viides (21 %) nainen oli kuollut. Kuolleiden ikä vaihteli 18 vuodesta 94 vuoteen, keskimääräinen ikä oli 50 vuotta. Ainoastaan avohoidossa asioineet olivat kuolleet keskimäärin viisi vuotta vanhempana kuin laitoksessa asioineet (taulukko 4.5).

Tilastokeskuksen StatFin-aikasarjataulukoista haettiin (Tilastokeskus 2016) tiedot kaikkien suomalaisten kuolleisuudesta vuosilta 1990–2013. Päihdeongelmista kärsineistä henkilöistä oli samanikäiseen suomalaiseen väestöön verrattuna kuollut huomattavasti useampi kaikissa ikäluokissa (kuvio 5.1). Väestössä yleensä nuorten kuolleisuus on erittäin vähäistä, mutta päihdeongelmaisten kuolleisuus oli moninkertaista. Päihdeongelmaisista vuosina 1930–1959 syntyneistä miehistä kuolleiden osuus oli väestöön verrattuna yli 30 % suurempi ja vuosina 1940–1959 syntyneistä naisista yli 20 % suurempi. Vanhimmassa ikäryhmässä kuolleiden osuus on luonnollisistakin syistä suuri; mainittakoon, että kaikki ennen vuotta 1925 syntyneet asiakkaat (n=47) olivat kuolleet vuoteen 2014 mennessä.



Kuvio 5.1 Vuoteen 2014 mennessä kuolleiden osuus eri vuosikymmenillä syntyneistä tutkimusaineiston päihdeongelmaisista henkilöistä (henkilömäärä vuosikymmenittäin) ja Tilastokeskuksen tietojen perusteella kaikista suomalaisista.

5.2 Päihdeongelmaisten kuolinsyyt

Käytettävissä ollut seuranta-aika ensimmäisestä hoitomerkinästä kuolleisuustietojen viimeiseen päivämäärään (31.12.2013) vaihteli 4,1 vuodesta 24,8 vuoteen, keskiarvo oli 14,5 vuotta. Keskimääräinen aika ensimmäisestä hoitomerkinästä kuolemaan oli 7,9 vuotta, vaihdellen asiointipäivästä 24,1 vuoteen. Viimeisestä hoitomerkinästä kuolemaan oli kulunut keskimäärin 5,8 vuotta, mutta viimeisen hoitomerkinän käyttäminen tutkimuksessa on ongelmallista, koska osalla henkilöistä hoito loppui kuoleman takia.

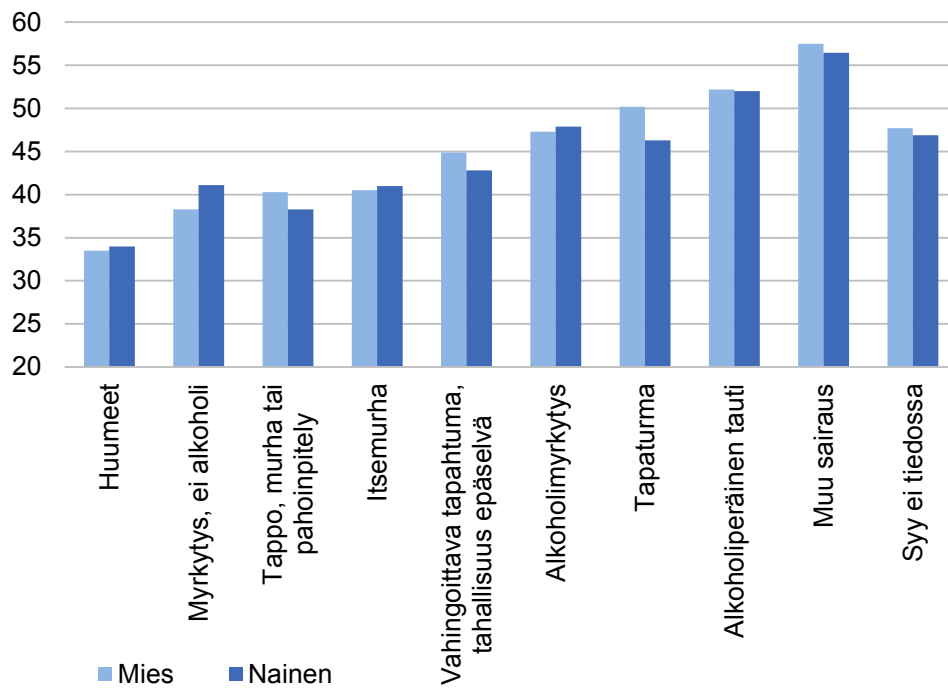
Suurin osa kuolemista oli ennenaikaisia. Alkoholiperäinen tauti tai alkoholimyrkytys oli merkitty ensisijaiseksi kuolinsyyksi hieman useammalle kuin joka neljännelle kuolleelle (taulukko 5.1). Tapaturman, väkivaltaisen tai muuten vahingoittavan tapahtuman tai itsemurhan seurauksena oli kuollut lähes joka neljäs. Naisten ja miesten ensisijaisen kuolinsyyden välillä oli eroa ainoastaan siten, että naisista oli miehiä useampi tehnyt itsemurhan ja miesten kuolemista oli useampi luokiteltu muihin kuin päihde-ehdoisiin sairauksiin. Verenkiertoelinten tauteihin kuolleiden osuus kaikista kuolemista oli miehillä 19 % ja naisilla 12 %. Syövän osuus oli miehillä 8 % ja naisilla 9 %.

Taulukko 5.1 Päihdeongelmaisten miesten ja naisten ensisijainen kuolinsyy (prosenttitaulukko). Tilastokeskuksen luokitus.

	n	Mies 2476	Nainen 740	Yhteensä 3216	Sig. ¹
Alkoholiperäinen tauti	%	19	19	19	
Itsemurha		10	16	11	***
Myrkytys, muu kuin alkoholi		11	11	11	
Tapaturma		10	8	9	
Tapaturmainen altistuminen alkoholille		6	7	7	
Huumeet		3	2	2	
Tappo, murha tai pahoinpitely		2	2	2	
Vahingoittava tapahtuma, tahallisuus epäselvä		1	1	1	
Muu sairaus (ei päihde-ehdotoin)		37	32	36	*
Syy ei tiedossa		2	2	2	

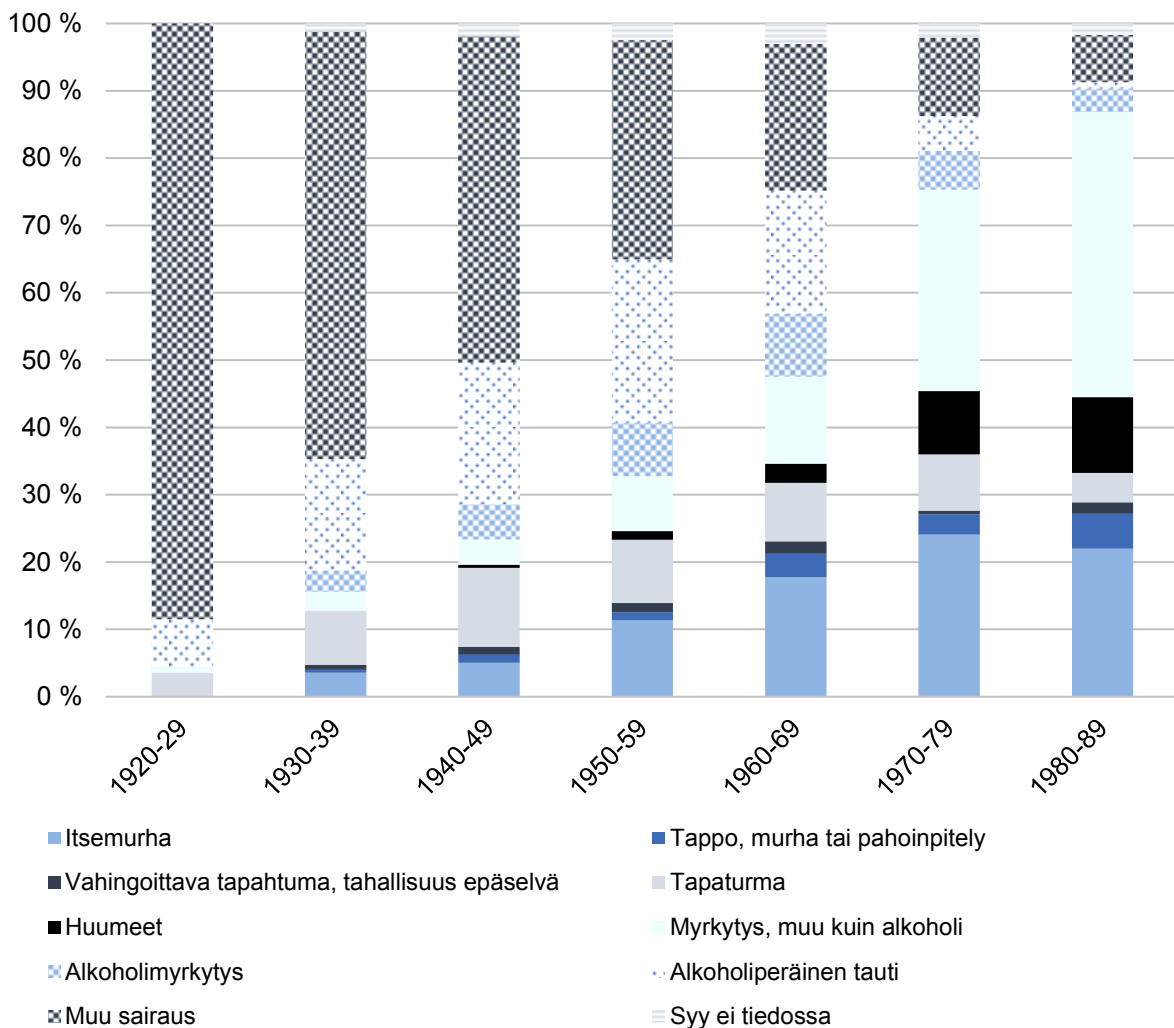
¹Tilastollinen merkitsevyytaso *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001

Keskimääräinen ikä kuollessa vaihteli kuolinsyyn mukaan (kuvio 5.2). Nuorimpia olivat ne, jotka olivat kuolleet huumeiden tai lääkkeiden, väkivallan teon tai itsemurhan seurauksena. Tapaturmiin, alkoholisyihin sekä muihin sairauksiin kuolleet olivat hieman vanhempia. Sukupuolten välillä oli eroa ainoastaan tapaturmien kohdalla ($p < 0,017$).



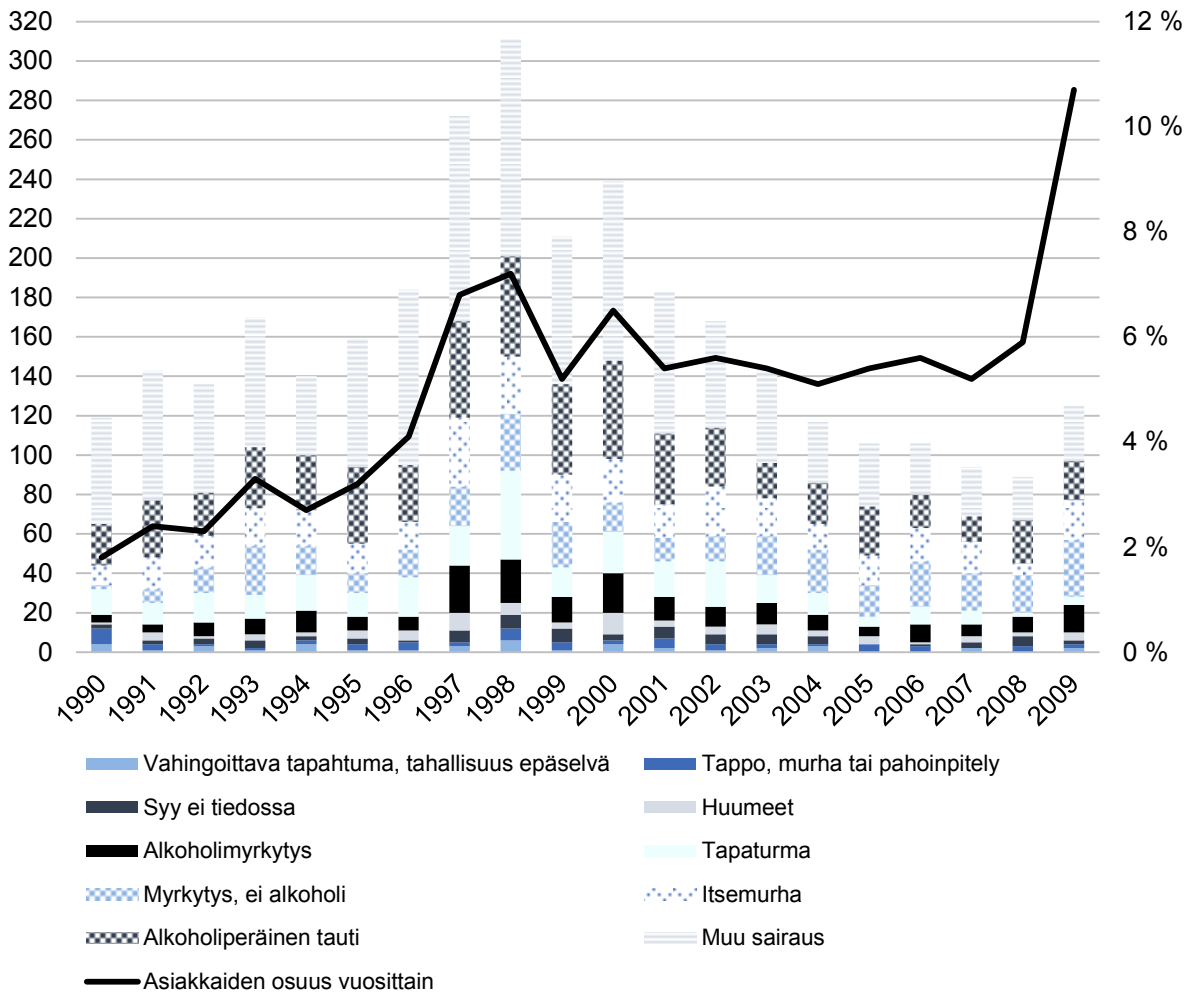
Kuvio 5.2 Keskimääräinen ikä kuollessa kuolinsyyn mukaan ($n=3\ 216$).

Eri vuosikymmenillä syntyneiden päihdeongelmaisten yleisimmät kuolinsyyt poikkesivat toisistaan. Vanhimmissa ikäluokissa sekä alkoholiperäiset syyt että muut sairaudet olivat yleisimpiä kuolinsyitä (kuvio 5.3). 1970-luvulla ja sen jälkeen syntyneillä huumeisiin ja lääkkeisiin liittyvien syiden ja myrkytysten osuus nousi ja myös itsemurhien osuus kasvoi.



Kuvio 5.3 Eri syistä kuolleiden osuudet eri vuosikymmenillä syntyneiden päihdeongelmaisten henkilöiden (n=3 216) joukossa vuoden 2013 loppuun mennessä.

Viimeisen hoitomerkin mukaan tarkasteltuna kuolleiden määrissä oli vuosittain suuria eroja (kuvio 5.4). Vuosina 1997 ja 1998 hoidossa olleista oli kuollut suurempi osuus kuin muina vuosina hoidossa olleista, mikä oli jossain määrin yhteydessä siihen, että näinä vuosina asiakkaita oli myös enemmän. Vuonna 2000 hoidossa olleiden kohdalla huumekuolemien määrä oli 11 ja myöhemmin hoidossa olleiden kohdalla vuosittain yhdestä viiteen. Alkoholiperäisten sekä muiden sairauksien määrä väheni myöhemmin hoidossa olleiden kohdalla, mutta myrkytysten osuudet lisääntyivät 2000-luvulla. Itsemurhien osuus pysyi melko samana, mutta tapaturmien määrä pieneni.



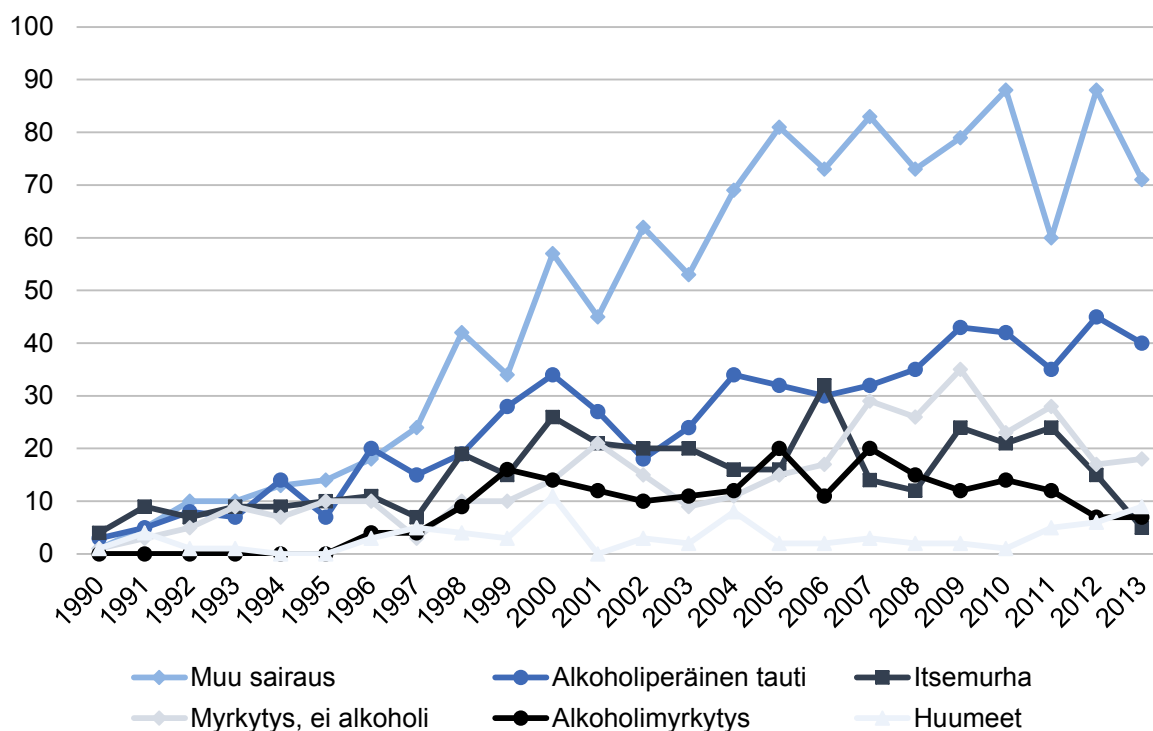
Kuvio 5.4 Eri syistä kuolleiden lukumäärä viimeisen hoitovuoden mukaan. Viiva kuvaa niiden prosentiosuutta, joiden viimeinen hoitomerkitä oli kyseisenä vuonna, tosin vuosi 2009 sisältää kyseisenä vuonna päättäneiden hoitajaksojen lisäksi myös vuoden lopussa kesken olleet hoidot.

Käytetyt päihteet olivat yhteydessä kuolinsyyhyn: alkoholin käyttäjät olivat useammin kuolleet alkoholiperäisiin ja muihin tauteihin, kun taas muiden päihteiden käyttäjät olivat useammin kuolleet huumeisiin, myrkytyksiin ja itsemurhiin. Lähes puolet niistä päihdeongelmien takia avohoidossa asioineista naisista ja miehistä, joille ei ollut merkitty päihteiden käyttöä koskevaa diagnoosia, olivat kuolleet muihin kuin päihde-ehdoisiin sairauksiin. Alkoholiongelmaiset miehet ja naiset samoin kuin ne, joille avohoidossa ei ollut merkitty päihdetietoa, olivat yleisesti ottaen syntyneet varhemmin ja kuolleet keskimäärin kymmenen vuotta vanhempina kuin muiden päihteiden käyttäjät.

Taulukko 5.2 Ensisijainen kuolinsyy pääpäihteen mukaan päihdeongelmallisilla miehillä ja naisilla (kuolleiden lukumäärä), lisäksi kuolleiden osuus sekä keskimääräinen ikä kuollessa.

	Miehet			Naiset			Kaikki yhteensä
	Alkoholi	Muu päihde	Ei päihdetietoa	Alkoholi	Muu päihde	Ei päihdetietoa	
Muu sairaus	442	169	302	112	48	80	1153
Alkoholiperäinen tauti	274	73	111	82	25	32	597
Itsemurha	85	114	51	43	53	20	366
Myrkytys, ei alkoholi	54	171	41	19	47	14	346
Tapaturma	112	50	75	28	22	8	295
Alkoholimyrkytys	82	50	26	30	14	8	210
Huumeet	2	52	11	0	11	2	78
Syy ei tiedossa	22	19	12	9	6	3	71
Tappo, murha tai pahoinpitely	10	20	14	6	5	4	59
Vahingoittava tapahtuma, tahallisuus epäselvä	18	8	6	5	3	1	41
Yhteensä	1101	726	649	334	234	172	3216
Kuolleiden osuus	49 %	24 %	30 %	30 %	16 %	17 %	30 %
Kuolleiden keski-ikä	54,0	42,0	54,0	52,0	41,3	53,5	49,8

Kuolemia tarkasteltiin päihde-ehtoisten sekä muiden yleisimpien kuolinsyyden osalta myös kuolinvuoden mukaan (kuvio 5.5). Toinen huumeaalto 2000-luvun alussa ilmeni pienenä piikkinä huume- ja myrkytyskuolemista. Tutkittavien ikääntyminen seuranta-aikana on yhteydessä muihin kuin päihde-ehdoisiin sairauksiin liittyvien kuolemien lisääntymisessä. Sama koskee alkoholiperäisiä kuolemia, mutta myös veropolitiikalla on todennäköisesti ollut vaikutusta. Vuoden 2004 alusta alkoholin tuontimäärärajoitukset EU-maista poistuivat ja Viro liittyi EU:iin sekä eduskunta laski väkevien alkoholiveroa 44 %, oluiden 32 % ja viinin 10 % muutokseen reagoiessaan (Österberg 2005). Vuoden 2004 veronalennuksen jälkeen alkoholiveroa on korotettu vuosina 2008, 2009, 2012 ja 2014. Vuoden 2004 veronalennus näkyi alkoholiperäisen kuolleisuuden nousuna. Alkoholimyrkytysten määrä laski veronkorotusten jälkeen. Alkoholin välillinen osuus kuolemista ei ollut tässä tarkastelussa mukana.



Kuvio 5.5 Kuolleiden lukumäärä vuosittain niiden ensisijaisten kuolinsyyden mukaan, jotka liittyivät päihteisiin, itsemurhiin ja muihin kuin päihde-ehdoisiin sairauksiin.

Alkoholin osuus kuolemissa

Alkoholin osuutta tarkasteltiin ensisijaisen kuolinsyyn ohella myös myötävaikuttavana tekijänä Tilastokeskuksen suppean luokituksen avulla. Kaikkiaan alkoholilla oli osuutta lähes joka toisessa (47 %) kuolemassa. Alkoholiiin liittyvät syyt olivat ensisijaisia joka neljännessä kuolemassa (25 %) ja alkoholi oli myötävaikuttavana tekijänä joka viidennessä (20 %) kuolemassa. Alkoholipäihtymys oli merkitty myötävaikuttavaksi ainoastaan yhdessä prosentissa kuolemista. Naisten ja miesten välillä ei ollut eroja siinä, miten suuressa osassa kuolemista alkoholilla oli osuutta.

Alkoholilla oli osuutta yli puolessa niistä kuolemista, joissa ensisijainen kuolinsyy oli vahingoittava tapahtuma, tapaturma tai väkivalta (taulukko 5.3). Alkoholi oli merkitty myötävaikuttavaksi tekijäksi myös joka neljännessä itsemurhassa ja kuolemissa, joiden syynä oli muu kuin päihdeperäinen sairaus. Päihtymys oli ollut myötävaikuttava tekijä joka kymmenennessä väkivaltaisessa kuolemassa ja vahingoittavaa tapahtumaa seuranneessa kuolemassa.

Taulukko 5.3 Alkoholin osuus päihdeongelmaisten henkilöiden kuolemissa (Tilastokeskuksen suppea luokitus).

	Ensi- sijainen	Myötävaikuttavana alkoholi	päihtymys	Ei merkitty	n
Itsemurha	0 %	25 %	3 %	72 %	366
Tappo, murha tai pahoinpitely	0 %	41 %	10 %	49 %	59
Myrkytys, ei alkoholi	0 %	16 %	0 %	84 %	348
Vahingoittava tapahtuma, tahallisuus epäselvä	0 %	49 %	13 %	39 %	39
Tapaturma	0 %	51 %	5 %	44 %	295
Tapaturmainen altistuminen alkoholille	100 %	0 %	0 %	0 %	210
Alkoholiperäinen tauti	100 %	0 %	0 %	0 %	597
Huumesyy	0 %	6 %	0 %	94 %	78
Muu sairaus	0 %	26 %	1 %	74 %	1153

Muut kuin päihde-ehdoiset sairaudet (n=1 153)

Verenkiertoelinten tauti oli ensisijainen kuolinsyy joka toisella miehellä ja reilulla kolmanneksella niistä naisista, jotka olivat kuolleet muuhun kuin päihde-ehdoiseen sairauteen (taulukko 5.4). Joka neljäs (24 %) oli kuollut syöpään. Keuhkosityöpä oli yleisin, ja naisilla seuraavaksi yleisin oli rintasyöpä. Muihin kuin päihde-ehdoisiin sairauksiin kuolleista joka neljännelle oli merkitty myötävaikuttavaksi syyksi alkoholi (taulukko 5.3).

Taulukko 5.4 Muihin kuin päihde-ehdoisiin sairauksiin kuolleiden osuudet sukupuolittain (prosenttitaulukko).

	Mies	Nainen
	913	240
Verenkiertoelinten taudit, yhteensä	50,8	38,3
27 Iskeemiset sydäntaudit (I20-I25)	29,4	15
28 Muut, paitsi reumaattiset ja alkoholiset sydäntaudit (I30-I425, I427-I52)	10,4	10,4
29 Aivoverisuonien sairaudet (I60-I69)	7,2	9,6
30 Muut verenkiertoelinten taudit (I00-I15, I26-I28, I70-I99)	3,8	3,3
Syöpä, yhteensä	23	29,2
11 Kurkunpään, henkitorven ja keuhkon syöpä (C32-C34)	7,7	8,8
13 Rintasyöpä (C50)	0	6,3
09 Primaarinen maksasyöpä (C22)	2,2	1,3
10 Haimasyöpä (C25)	1,4	2,1
04 Huulen, suuontelon ja nielun syöpä (COO-C14)	1,9	0,8
05 Ruokatorven syöpä (C15)	1,3	0,8
08 Peräsuolen ja peräaukon syöpä (C20-C21)	1,1	0
14 Kohdunkaulan syöpä (C53)	0	1,7
16 Munasarjasyöpä (C56)	0	2,1
17 Eturauhasen syöpä (C61)	1,5	
20 Imu- ja vertamuodostavien kudosten syöpä (C81-C96)	1	0,8
21 Muut syövät	4,9	4,5
Muut keuhkoihin liittyvät, yhteensä	10,9	10,9
32 Keuhkokuume (J12-J18, J849)	6	4,2
33 Keuhkoputkentulehdus ja keuhkolaajentuma (J40-J44, J47)	4,7	5
34 Astma (J45-J46)	0,2	1,7
Muut sairaudet, yhteensä	14,9	21,6
36 Ruuansulatuselinten sairaudet pois lukien alkoholiperäiset	3,6	8,3
23 Diabetes (E10-E14)	2,3	5,4
03 Muut tartunta- ja loistaudit (A00-A09, A20-B19, B25-B89, B91-B99)	1,3	1,7
25 Dementia, Alzheimerin tauti (F01, F03, G30, R54)	1,4	1,7
26 Muut hermoston ja aistimien taudit	3	1,3
Muut sairaudet	3,3	3,2

Alkoholiperäiset taudit tai tapaturmainen altistuminen alkoholille (n=807)

Naisten ja miesten välillä ei esiintynyt eroja alkoholiperäisten kuolinsyiden osalta. Yleisiä diagnooseja oli viisi. Kaikkein yleisin (29 %) oli alkoholin aiheuttama maksakirroosi (K703) ja toisena (26 %) tapaturmainen altistuminen alkoholeille (X45). Joka kymmenennelle (10 %) oli kirjattu rasvamaksa (K70.0) ja saman verran oli syyksi kirjattu alkoholiriippuvuutta (F10.2). Viidenneksi yleisimpänä (5 %) kuolinsyynä oli merkitty alkoholisydänlihassairaus (I42.6). Lisäksi kymmenen diagnoosia (K860, K8600, E851A, 5712A, F107, K704, G312, G4051, K701, K702) esiintyi 1–2 %:lla alkoholiperäisiin tauteihin kuolleista ja viisitoista diagnoosia esiintyi vielä harvemmin.

Huumeet sekä muut myrkytykset kuin alkoholi (n=426)

Puolet (51 %) miesten ja vajaa kolmannes (29 %) naisten myrkytyskuolemista liittyi opioideihin tai hallusinogeeneihin (X42, ICD10 kuolemansyylokuitus). Vastaavasti puolet naisten (51 %) ja kolmannes miesten (35 %) myrkytyksistä liittyi rauhoittaviin tai unilääkkeisiin (X41). Muiden käytettyjen aineiden osuus oli alle 2 % myrkytyksiin kuolleista. Joka kymmenennestä myrkytyksestä puuttui tieto käytetystä aineesta.

Huumeisiin liittyvistä kuolinsyistä useimmin oli merkitty F19 (Useiden lääkeaineiden ja muiden psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt). Miehistä se oli merkitty 62 %:lle ja naisista 39 %:lle. Naisilla opioidit (F11) oli merkitty lähes puolelle (46 %) ja miehistä joka neljännelle (25 %). Seuraavaksi yleisimpiä olivat piristeet (F15; naisilla 15 % ja miehillä 3 %) ja rauhoittavat aineet (F13; miehillä 9 % ja naisilla 0 %).

Itsemurha (n=366)

Itsemurhan tehneistä naisista puolet (49 %) ja miehistä vajaa kolmannes (29 %) oli käyttänyt psykotrooppisia lääkkeitä (X61). Toiseksi yleisin tapa oli hirttäytyminen, miehistä näin oli toiminut joka viides (21 %) ja naisista joka kymmenes (10 %). Seuraavaksi yleisimpiä (4–5 %) olivat itsemurha korkealta hyppäämällä (X80), liikkuvan esineen alle jättäytymällä (X81) ja huumeita tai psykodysleptisillä lääkkeitä käyttäen (X62). Alkoholilla oli osuutta useammassa kuin joka neljännessä itsemurhassa (taulukko 6.2). Päihdeongelmallisista naisista oli suurempi osuus tehnyt itsemurhan kuin miehistä (taulukko 6.1), vaikka yleisesti ottaen suomalaiset miehet tekevät naisia useammin itsemurhan.

Tapaturmat (n=295)

Tapaturma oli merkitty ensisijaiseksi kuolinsyiksi joka kymmenennelle (taulukko 5.1), ja alkoholi oli merkitty myötävaikuttavaksi tekijäksi useammassa kuin joka toisessa tapauksessa (taulukko 5.3). Kuolemaan johtavista tapaturmista puolet oli miehillä kaatumisia tai putoamisia, naisilla joka kolmas (taulukko 5.5).

Taulukko 5.5 Päihdeongelmaisten naisten ja miesten tapaturmaiset kuolemat tapaturmatyypeittäin.

	Miehet	Naiset
42 Maaliikennetapaturmat	237	58
43 Muut maakuljetustapaturmat	11	10,3
44 Vesikuljetustapaturmat (V90-V94)	1,3	0
46 Tapaturmaiset kaatumiset ja putoamiset (W00-W19)	1,3	3,4
47 Hukkumistapaturmat (W65-W74)	47,7	32,8
49 Muut tapaturmat ja tapaturmien myöhäisvaikutukset	8,9	10,3
	30	43,1

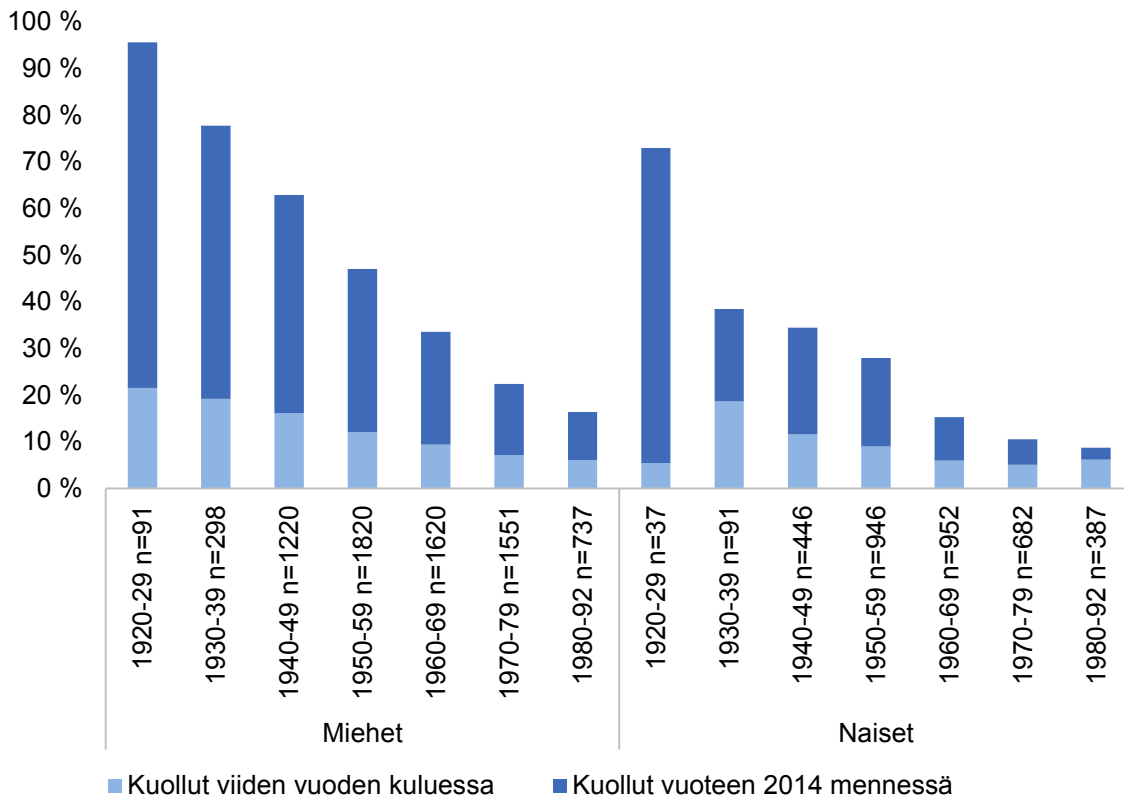
Tappo, murha, pahoinpitely tai vahingoittava tapahtuma (n=98)

Tapon, murhan, pahoinpitelyn tai epäselvän vahingoittavan tapahtuman seurauksena oli kuollut 23 naista ja 75 miestä. Alkoholilla oli osuutta yli puolessa tapauksista. Sekä naisilla että miehillä yleisimmin (51 %) esiintyi tappo tai murha terävällä esineellä, miehillä seuraavaksi yleisin (14 %) oli tappo tai murha tylpällä esineellä. Naisista joka viides oli tullut kuristetuksi, miehistä 7 %. Hukkuminen oli yleinen kuolinsyy niissä tapauksissa, joissa tahallisuus oli epäselvä.

5.3 Kuolleisuus viiden vuoden sisällä hoidon aloituksesta

Kuoleman ajoittuminen suhteessa ensimmäiseen hoitomerkinntään vaihteli yhdestä päivästä 23 vuoteen. Tutkimuksen seuranta-ajaksi valittiin viisi vuotta, koska viiden vuoden seurantatieto oli saatavissa lähes kaikille (97 %) tutkittavista, vuoden 2009 aikana ensimmäisen kerran asioineilla neljän ja viiden vuoden välille. Ensimmäinen hoitomerkinntä ei tarkoita ensimmäistä päihdehoitoa, vaan se koskee ainoastaan tutkimuksen kohteena olleita klinikoita. Lisäksi henkilö oli voinut asioida näillä klinikoilla jo ennen seurantajakson alkua. Tulosten perusteella ei siis voi arvioida päihdehoidon vaikuttavuutta, koska asiakkaiden päihde- ja hoitohistoriasta ei ollut järjestelmällisesti tietoa käytettävissä. Viiden vuoden tarkastelujakso tasoittaa kuitenkin seurantajakson pituuden ja henkilön iän vaikutusta kuolleisuuteen.

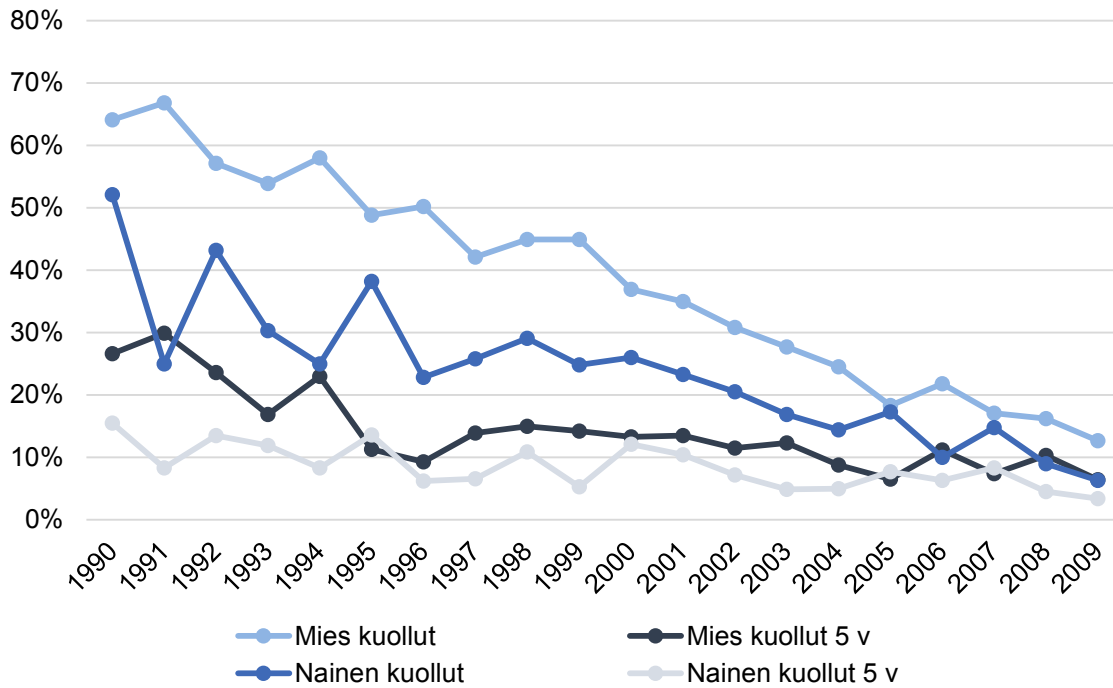
Joka kymmenes asiakas (11 %) oli kuollut viiden vuoden sisällä ensimmäisestä käytettävissä olleesta hoitomerkinntästä, miehistä useampi (13 %) kuin naisista (8 %). Viiden vuoden sisällä ensimmäisestä hoitomerkinntästä kuolleet olivat keskimäärin 43-vuotiaita ja aikaa ensimmäisestä hoitomerkinntästä kuolemaan oli kulunut keskimäärin 2,4 vuotta. Miesten kohdalla aiemmilla vuosikymmenillä syntyneet olivat kuolleet nuorempia useammin viiden vuoden sisällä ensimmäisestä hoitomerkinntästä, mutta naisten kohdalla ei vuosina 1960–1992 syntyneiden välillä ollut eroja (kuvio 5.6).



Kuvio 5.6 Eri vuosikymmenillä syntyneiden päihdeongelmaisten lukumäärät ja kuolleiden osuus vuoteen 2014 mennessä, erikseen viiden vuoden sisällä ensimmäisestä hoitomerkinästä kuolleiden osuus.

Ennen vuotta 1930 syntyneistä naisista (n=37) suuri osa oli tutkimuksen aikana kuollut. He olivat kuolleet keskimäärin 10 vuotta ensimmäisen hoitomerkinän jälkeen. Vuosina 1930–1959 syntyneistä naisista oli kuollut joka kolmas (31 %) keskimäärin 8 vuotta ensimmäisen hoitomerkinän jälkeen. Nuoremmissa ikäluokissa seuranta-aika jäi lyhyeksi.

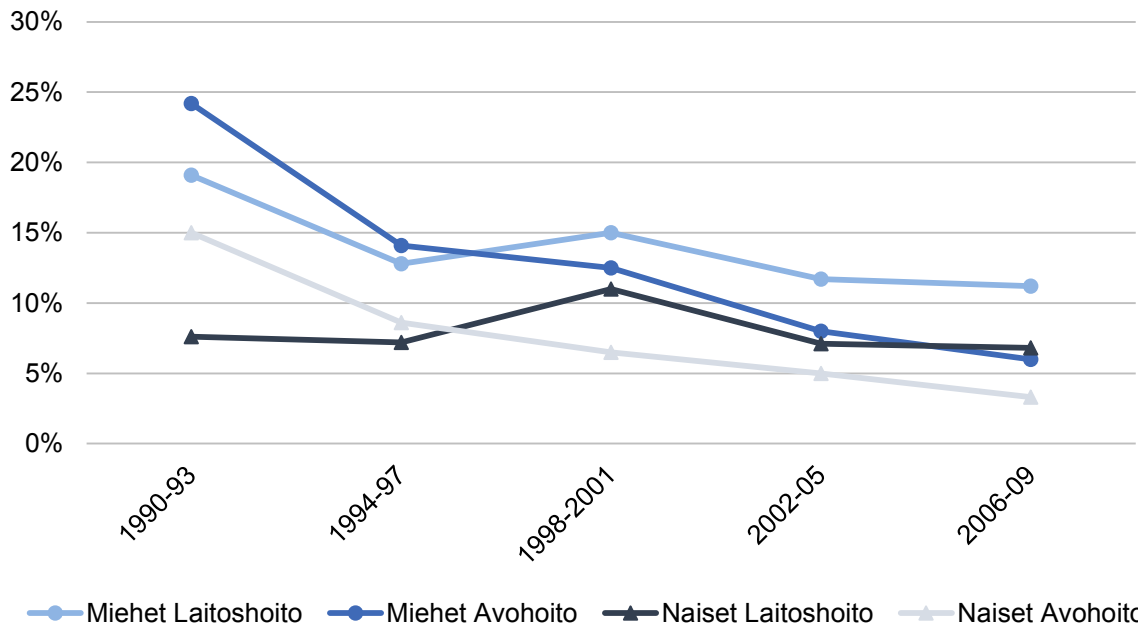
Niiden osuus, jotka olivat kuolleet viiden vuoden sisällä hoitoon tulosta, vähentyi tutkimuksen kohteena olleiden vuosien aikana sekä naisilla että miehillä (kuvio 5.7). 1990-luvun alussa hoidossa olleiden henkilöiden keski-ikä oli hieman korkeampi, mutta se ei yksin selitä kuolleiden osuuden laskua viiden vuoden sisällä hoidon aloittamisesta. Osa eroista johtui tutkimusaineiston ominaisuuksista. Ensimmäisinä tutkimusvuosina asioineista ei ole saatavissa aikaisempia käytintietoja, joten henkilö oli saattanut aloittaa päihdehoidon jo vuosia aikaisemmin. Lisäksi laitoshoidon osalta aineisto on vertailukelpoinen vasta maaliskuusta 1997 alkaen ja vuoden 1999 osalta avohoidon merkinnät olivat puutteellisia. Vuoden 2009 osalta seuranta-aika jäi neljän ja viiden vuoden välille.



Kuvio 5.7 Viiden vuoden sisällä ensimmäisestä päihdehoidon merkinnästä kuolleiden naisten ja miesten osuus viimeisen hoitovuoden mukaan.

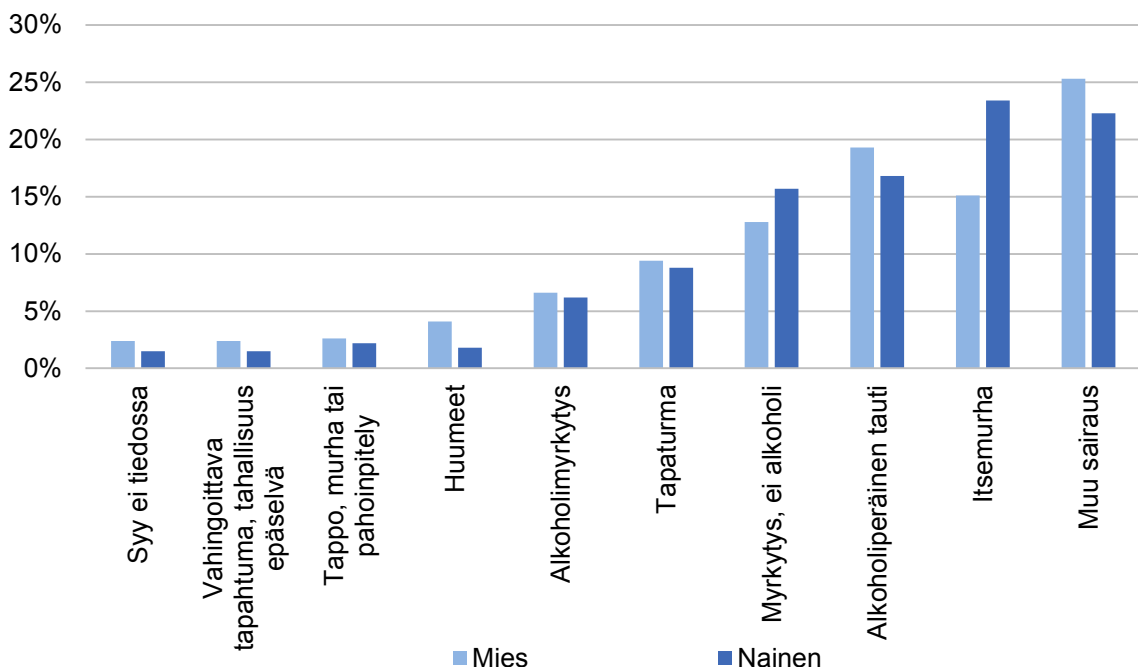
Avohoidossa olleiden asiakkaiden kuolleisuuden riski viiden vuoden sisällä ensimmäisestä hoitomerkinästä laski seuranta-aikana sekä naisilla että miehillä (kuvio 5.8). Laitoshoidossa olleilla naisilla toisen huumeaallon alussa oli kuolleisuus hieman kohonnut. Avo- ja laitoshoitoon hakeutuneiden asiakkaiden välisiä eroja tarkasteltaessa on jälleen muistettava tutkimusaineiston rajoitukset.

Tarkasteltaessa avo- ja laitoshoidossa olleiden välisiä eroja mainittakoon, että sekä avo- että laitoshoidossa olleet naiset ja miehet poikkesivat muista (taulukko 4.5). Tämä pieni ryhmä naisia ja miehiä esiintyi tasaisesti kaikkina hoitovuosina ja heillä oli monenlaisia vaikeuksia (luku 4.4). Heidän hoitonsa kesti keskimääräisesti pitempään ja kuolleiden osalta hoidon alkamisesta kuolemaan oli kulunut keskimääräisesti pitempi aika kuin muilla (taulukko 4.5). Pitkällä hoidolla vaikutti heidän kohdallaan olevan merkitystä, sillä sekä avo- että laitoshoidossa olleiden todennäköisyys kuolla viisi vuotta ensimmäisen hoitomerkinän jälkeen oli pienempi (6 %) kuin muilla (11 %). Tosin neljä vuotta viimeisen hoitomerkinän jälkeen sekä avo- että laitoshoidossa olleista oli kuollut 17 % ja muista asiakkaista 13 %.



Kuvio 5.8 Päihdeongelman takia hoitoon hakeutuneiden kuolleisuus hoitotyyppiin mukaan viisi vuotta ensimmäisen hoitomerkin jälkeen hoidon päättymisvuoden mukaan (sekä avo- että laitoshoidossa olleet sisältyvät laitosasiakkaisiin).

Kuolinsyitä viiden vuoden sisällä ensimmäisestä hoitomerkinästä tarkasteltaessa itsemurhien ja muiden kuin alkoholimyrkytysten osuus oli suuri erityisesti naisilla (kuvio 5.9). Alkoholiiin ensisijaisesti liittyviin syihin, sisältäen sekä alkoholimyrkytksen että alkoholiperäiset taudit, oli kuollut lähes joka neljäs. Kolmannelle neljännekselle oli kirjattu muihin kuin päihde-ehdoisiin sairauksiin liittyviä kuolinsyitä.



Kuvio 5.9 Kuolinsyyt viiden vuoden sisällä ensimmäisestä hoitomerkinästä kuolleilla naisilla (n=274) ja miehillä (n=916).

Naisilla itsemurhan tehneiden osuus oli suurempi kuin miehillä kaikissa ikäryhmissä ja riski oli suurempi nuoremmilla kuin vanhemmilla asiakkailla. Viiden vuoden seuranta-aikana miehistä oli tehnyt itsemurhan 15 % ja naisista 24 %. Miehillä itsemurhariski oli 2,4 kertaa ja naisilla 3,1 kertaa suurempi niillä, joilla oli laitoksessa diagnosoitu mielenterveysongelma kuin niillä, joilla ei ollut diagnoosia².

Viiden vuoden sisällä ensimmäisestä hoitomerkinästä kuolleita verrattiin muihin naisiin ja miehiin muiden muassa hoitoa, koulutusta, verotusta, rikollisuutta ja kuolleisuutta koskevien tietojen osalta (taulukko 5.6). Taulukkoa tarkastellessa on tärkeä muistaa, että osa ilmenevistä eroavaisuuksista johtui esimerkiksi syntymävuodesta, käytetystä pähteestä ja hoitomuodosta kuten tässä raportissa on aiemmin kirjoitettu (luvut 3 ja 4). Viiden vuoden sisällä kuolleet naiset ja miehet olivat syntyneet keskimäärin kuusi vuotta aiemmin kuin muut. Esimerkiksi eteläsuomalaisten ja helsinkiläisten suurempi kuolleisuus oli yhteydessä ikään.

Taulukko 5.6 Viiden vuoden sisällä ensimmäisestä hoitomerkinästä kuolleiden taustatiedot verrattuna muihin päihdeongelmaisiin naisiin ja miehiin.

	Määrä		Mies			Nainen		
			Kuollut 916	Ei 6421		Kuollut 274	Ei 3287	
Syntymävuosi	10898	ka.	3/56	6/62	***	10/58	1/63	***
Vuosi jolloin ensimmäinen päihdehoitomerkinä	10898	ka.	2/99	6/99		10/99	10/99	
Viimeinen päihdehoitomerkinä	10898	ka.	11/99	12/01	***	4/00	11/01	***
Kesto ensimmäisestä viimeiseen hoitomerkinästä (vrk)	10898	ka.	268	926	***	198	761	***
Hoidon kesto 1 vrk	10898	%	13	10	**	10	10	
Viimeinen laitosjakso keskeytyi (vain JSS)	4213	%	34	33		33	28	
Ei tietoa pähteestä	10898	%	27	30		23	30	*
Vain alkoholiongelma (niistä joilta päihdetieto on)	7731	%	54	41	***	51	43	*
Opioidikorvaushoitopotilaiden osuus	10898	%	2	8	***	2	6	***
Eteläsuomalaisia	10793	%	95	90	***	94	90	**
Helsinkiläisiä	10793	%	59	68	***	60	55	
Ollut suomalaisessa sairaalahoidossa 1990 - 2009 (ei sis. JSS)	10898	%	92	92		97	92	
Sairaalassa diagnosoitu mielenterveysongelma	10898	%	41	45	*	60	54	*
Sairaalassa diagnosoitu HIV	10898	%	1	1		0	1	
Sairaalassa diagnosoitu C-hepatiitti	10898	%	6	12	***	8	15	***
Ei toisen asteen koulutusta	10898	%	42	48	*	45	46	
Kolmannen asteen koulutus tai enemmän	10898	%	15	12	**	17	18	
Verotettu tulo 2004–2008 ylitti 11 763 euroa	9660	%	45	44		39	47	
Avio/avoliitossa	2141	%	21	23		31	33	
Eronnut	3092	%	34	24	***	32	26	
Asunottomuusmerkintä jossain rekistereistä	10898	%	18	18		4	7	
Rikollisuudesta merkintä jossain rekisterissä	10898	%	41	65	***	19	41	***
VATI merkintä 1992–2014	10883	%	30	42	***	9	17	***
Elossa 1.1.2014	10898	%	0	66		0	79	
Ikä kuollessa	3216	ka.	43	53	***	44	53	***
Vuodet ensimmäisestä hoitomerkinästä kuolemaan	3216	ka.	2,4	11,2	***	2,4	11,2	***
Vuodet viimeisestä hoitomerkinästä	3216	ka.	1,7	8,1	***	1,9	8,6	***

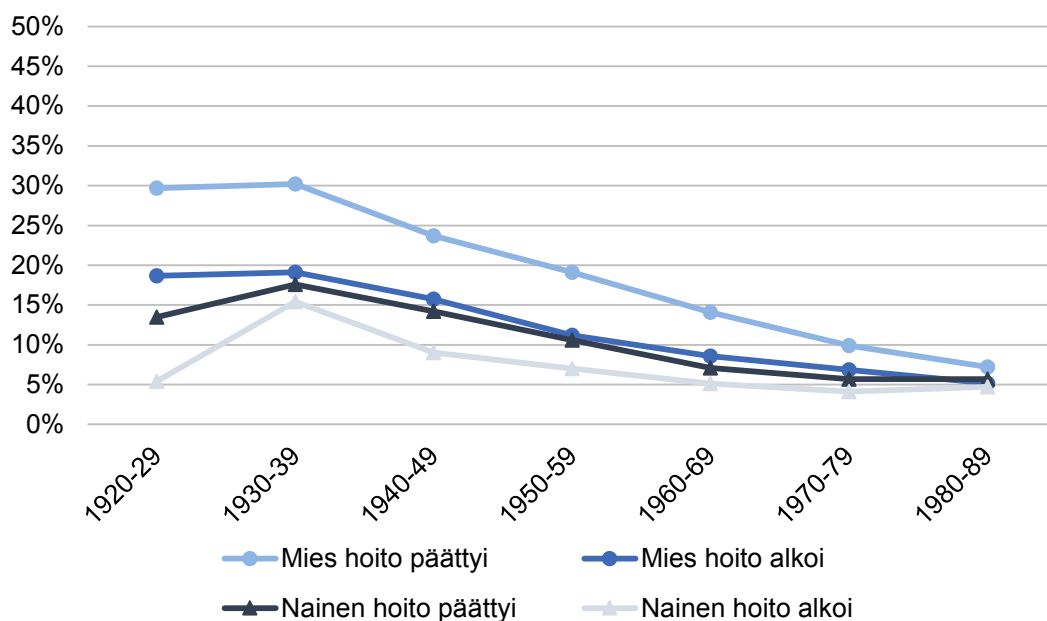
¹JSS eli Järvenpään sosiaalisairaala

² Logistinen regressioanalyysi, miehet B = 0,866 S.E.=0,137 Wald = 40,076 df = 1 Sig. p < 0,001 Exp(B) = 2,377 95% C.I.for EXP(B) 1,818- 3,108 ja naisilla B = 1,129 S.E.=0,237 Wald = 22,698 df = 1 Sig. p < 0,001 Exp(B) = 3,094 95% C.I.for EXP(B) = 1,944 - 4,923]

Ensimmäisen päihdehoitomerkin ajankohdan osalta kuolleet eivät poikenneet muista, mutta heidän hoitonsa oli kestänyt vähemmän aikaa, mikä puolestaan saattoi johtua kuolemasta. Alkoholiongelman takia hoitoon hakeutuneiden osuus oli kuolleiden joukossa suurempi kuin muiden päihteiden kohdalla; korvaushoitopotilaiden osuus oli kuolleiden joukossa pieni. Kuolleiden joukossa oli hieman enemmän naisia, joilla oli diagnosoitu mielenterveysongelma, mutta hieman vähemmän miehiä. Eronneista miehistä oli kuollut 15 %, mutta avio- tai avoliitossa olleista joka kymmenes.

Kuolleiden miesten joukossa oli hieman vähemmän niitä, joilta puuttui keskiasteen tutkinto, ja enemmän niitä, joilla oli kolmannen asteen tutkinto. Verotetuilla tuloilla tai asunnottomuudella ei käytettyjen muuttujien perusteella ollut yhteyttä kuolleisuuteen. Rikollisuuden kohdalla havainnollistuu se, että eri aikoina kootut tiedot vaikuttavat tuloksiin. Kokonaisrikollisuus sekä vankeusrangaistukset olivat kuolleiden keskuudessa vähäisempiä, mikä johtui osittain siitä, että kuolleiden kohdalla seuranta-aika oli lyhyempi. Rikosrekisteriä sekä tuomiolauselma- ja rangaistusmääräysrekisteriä koskevien lukuja ei voitu tarkastella, koska ne olivat saatavissa vain rajatulle ajalle. Päihdeongelman laatu oli tutkimuksen aikana muuttunut alkoholinkäytöstä sekakäyttöpainotteiseksi, joten 2000-luvun rikollisuus ei ole verrannollista päihdeongelmaisten rikollisuuteen 1990-luvulla ja sitä ennen.

Hoidon aloittamisen lisäksi tarkasteltiin kuolleisuutta hoidon päättämisen jälkeen. Kaikille tutkituille saatavissa oleva seuranta-aika hoidon päättämisen jälkeen oli neljä vuotta. Miehillä kuolleiden osuus kasvoi iän myötä viimeisen hoitomerkin jälkeen enemmän kuin naisilla. Hoidon lopusta ja alusta laskettuna osuuksien erotus vaihteli miehillä kahdesta yhteentoista prosenttia ja naisilla yhdestä kahdeksaan (kuvio 5.10).



Kuvio 5.10 Kuolleiden osuus ikäluokittain neljän vuoden seuranta-aikana ensimmäisestä ja viimeisestä hoitomerkinästä avo- tai laitoshoidossa.

Tarkastelua viimeisestä hoitomerkinästä mahdolliseen kuolemaan ei jatkettu avohoitoon hakeutuneiden kohdalla, koska käytettävissä olevissa tiedoissa oli paljon ongelmia. Avohoidon osalta ei ollut saatavissa tietoa siitä, oliko viimeinen merkintä viimeinen suunniteltu käynti, sillä avohoidoista suuri osa ei ollut sovittuja jaksoja, vaan ne koostuivat yksittäisistä käynneistä. Myöskään ei tiedetä, milloin kuolema esti seuraavalle käynnille saapumisen.

5.4 Laitoshoidon keskeytyminen ja kuolleisuusriski

Laitoshoidossa olleiden asiakkaiden (n=5 192) osalta selvitettiin kuolemanriskiä lisääviä ja vähentäviä tekijöitä neljän vuoden aikana viimeisestä hoitomerkinästä. Laitoshoidossa olleista naisista oli neljän vuoden seuranta-aikana kuollut 9 % ja miehistä 16 %, keskimäärin 42-vuotiaana. Kuolleet olivat syntyneet keskimäärin neljä vuotta aikaisemmin ja he olivat tulleet hoitoon kolmisen vuotta vanhempina kuin muut (taulukko 5.7). Kuolleiden joukossa oli ollut hieman suurempi osuus alkoholin ongelmakäyttäjistä ja pienempi osuus korvaushoitopotilaita kuin elossa olleiden joukossa. Kolmannen asteen koulutus oli suuremmalla osuudella kuolleita kuin muita miehiä, mikä oli yhteydessä asiakaskunnan muutokseen seurantajakson aikana: 1990-luvulla laitoshoidon hakeutui alkoholi-ongelman takia vanhempia miehiä, joista useilla oli koulutusta ja työura. 2000-luvulla kouluttamattomien sekakäyttäjien osuus asiakaskunnasta lisääntyi huomattavasti.

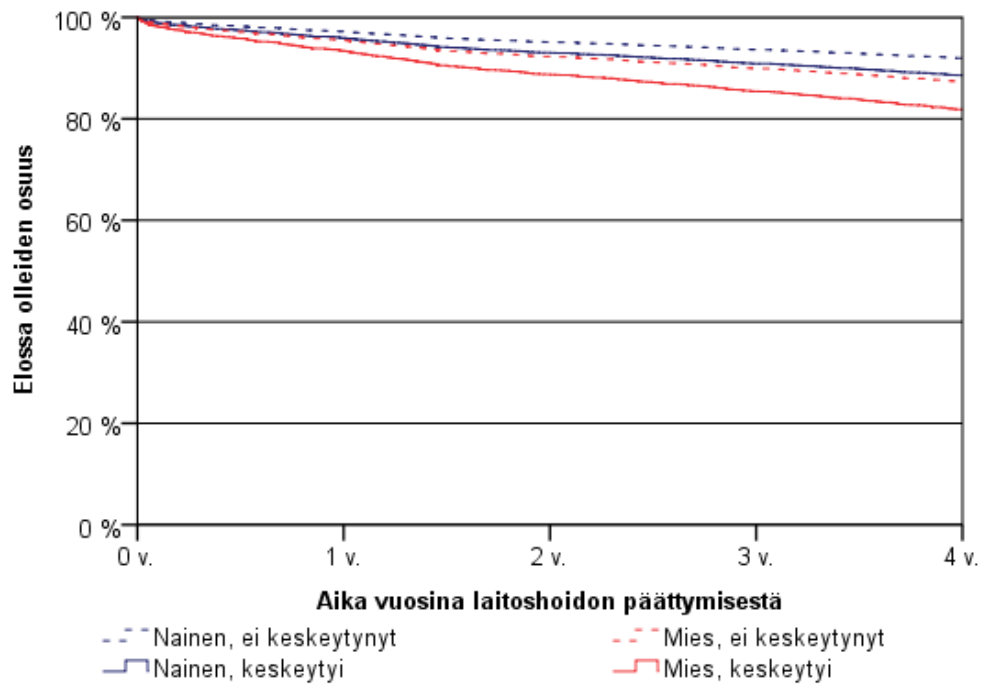
Taulukko 5.7 Neljän vuoden sisällä laitosjakson päättymisestä kuolleiden taustatiedot verrattuna muihin päihdeongelmisiin naisiin ja miehiin.

	Määrä		Mies			Nainen		
			Kuollut 510	Ei 2716		Kuollut 179	Ei 1787	
Syntymävuosi	5192	ka.	1960	1965	***	1961	1965	***
Kuukausi ja vuosi jolloin ensimmäinen laitoshoitomerkinä	5192	ka.	5/00	3/01	***	2/00	8/00	
Viimeinen laitoshoitomerkinä	5192	ka.	8/01	4/02	**	6/01	9/01	
Kesto ensimmäisestä viimeiseen hoitomerkinästä (vrk)	5192	ka.	724	900	**	806	666	
Viimeinen laitosjakso keskeytyi (vain JSS ¹)	4213	%	36	33		31	28	
Joku laitoshoito keskeytyi (vain JSS)	4224	%	45	43		41	37	
Vain alkoholi-ongelma	5185	%	40	33	***	43	40	
Opioidikorvaushoitopotilaiden osuus	5192	%	5	14	***	5	9	*
Eteläsuomalaisia	5104	%	91	83	***	90	84	*
Helsinkiläisiä	5104	%	39	26	***	38	31	*
Ollut suomalaisessa sairaalahoitossa 1990–2009 (ei sis. JSS)	5192	%	97	96		99	99	
Sairaalassa diagnosoitu mielen-terveysongelma	5192	%	65	63		75	69	
Ei toisen asteen koulutusta	5192	%	44	47		45	46	
Kolmannen asteen koulutus tai enemmän	5192	%	18	12	***	21	17	
Verotettu tulo 2004–2008 ylitti 11 763 euroa	4764	%	41	39		39	39	
Avio/avoliitossa	867	%	20	22		36	33	
Eronnut	763	%	27	20	*	27	25	
Asunnottomuusmerkintä jossain rekistereistä	5192	%	10	10		5	5	
Kuollut 1.1.2014 mennessä	5192	%	100	19	***	100	13	***
Ikä kuollessa	1425	ka.	42	52	***	42	50	***
Vuodet ensimmäisestä laitoshoitomerkinästä kuolemaan	1425	ka.	4,2	10,4	***	3,7	10,9	***
Vuodet viimeisestä hoitomerkinästä	1425	ka.	1,6	8,9	***	1,6	9,3	***

¹JSS eli Järvenpään sosiaalisairaala

Viimeisen hoitajakson keskeytymistä koskeva tieto oli saatavissa 4 213 asiakkaalle eli neljälle viidestä laitoshoitossa olleesta asiakkaasta. Hoito oli keskeytynyt lähes joka kolmannelta, miehistä 33 %:lla ja naisista 28 %:lla. Varhainen syntymävuosi³ ja viimeisen hoitajakson keskeytyminen lisäsivät olennaisesti kuolleisuuden riskiä neljän vuoden sisällä laitoshoitajakson päättymisestä sekä naisilla että miehillä (kuvio 5.12).

³ Syntymävuoden vaikutus $\text{Exp}(B) = 0,970$; 95,0 % CI for $\text{Exp}(B)$ 0,964 - 0,977



Kuvio 5.12 Kuolleisuus viimeisen laitoshoidon jälkeen suhteessa siihen, päättyikö viimeisin laitohoito suunnitellusti vai keskeytykö hoito (syntymävuoden vaikutus vakioitu); COX regressioanalyysi (n=4 213).

6 Millaista tietoa hoito- ja rekisteritutkimus tuotti

Tutkimuksen kohteena olivat vuosien 1990 ja 2009 välillä A-klinikkasäätiön Järvenpään sosiaalisairaalassa, Kettutien A-poliklinikalla ja Arabianrannan päihdekliniikalla päihdehoidossa olleet potilaat (n=10 898). Laitoshoidon asiakaskunnan osalta tutkimuksen otos kuvaa jossain määrin vakavista riippuvuusongelmista kärsiviä suomalaisia, sillä Järvenpään sosiaalisairaala (nykyisin Päihdesairaala) on Suomen ainoa riippuvuuksien hoitoon erikoistunut sairaala ja palvelee koko maata. Sosiaalisairaalan hoitojaksojen osuus oli tutkimuksen kohteena olleina vuosina noin neljännes kaikista huumeidiagnoosia ja joka kahdeskymmenes alkoholidiagnoosia koskevista sairaalahoidoista Suomessa. Avohoidon asiakaskunnan osalta tutkitut klinikat edustivat vain pientä esimerkkiä laajasta avohoidon yksiköiden kirjosta. Molemmat avohoitopaikat sijaitsivat Helsingissä. Arabianranta oli erikoistunut opioidiriippuvuuden lääkkeelliseen korvaushoitoon, ja Kettutien A-poliklinikka palveli monenlaisia asiakkaita.

Asiakkaiden anonymisoitujen hoito- ja rekisteritietojen avulla saatiin paljon uutta tietoa siitä, millaiset ihmiset hakeutuvat päihdehoidon asiakkaiksi ja mitä heille seuranta-aikana rekisteritietojen perusteella tapahtui. Tutkimuksessa tarkasteltiin kahden vuosikymmenen aikana tapahtuneita muutoksia päihdehoidon toimintaympäristössä, asiakasryhmien välisiä eroja, päihdeongelmaisten kuolleisuutta ja kuolinsyitä sekä arvioitiin hoito- ja rekisteritietojen käytettävyyttä tutkimuksessa.

6.1 Asiakaskunta muuttui tutkimuksen kuluessa

Suomalaisten vuosittainen alkoholinkulutus kasvoi tarkastelujakson aikana yhdeksästä kymmeneen litraan. 1990-luvun lopun toinen huumeaalto toi markkinoille uusia huumeita sekä lisäsi käyttäjien määrää ja käytön aiheuttamia haittoja. Myös päihdehoito muuttui. Uudet hoitomuodot, kuten huumeiden käyttäjien terveysneuvonta ja opioidiriippuvuuden korvaushoito, yleistyivät. Tutkimuksen kohteena olleissa päihdehoitopaikoissa hoidettiin aikaisemmin pääasiassa alkoholiongelmaisia potilaita, mutta 2000-luvulla korvaushoitopotilaiden sekä muiden huumeongelmaisten potilaiden osuudet kasvoivat. Muutokseen vaikuttivat huumeiden käytön lisääntymisen ohella muun muassa se, että kunnat olivat yhä enemmän siirtyneet hoitamaan alkoholiongelmaisia potilaita omissa yksiköissään. Monissa kunnissa laitostuntoutukseen pääsy on vaikeutunut ja kuntoutusjaksot ovat lyhentyneet.

Avo- ja laitoshoidossa olleiden asiakkaiden osuuksissa tapahtui muutoksia tutkimuksen aikana. 2000-luvun alun huumeaalto näkyi laitoshoidon asiakkaiden osuuden nousuna, mutta vuosikymmenen loppua kohti hoito muuttui avohoitopainotteisemmaksi. Esimerkiksi korvaushoidon aloituksia tehtiin ensin vain laitoshoidossa. Vuoden 2008 asetuksen jälkeen aloitukset siirtyivät pääasiassa avohoitoon (STM 2008/33). Koska tutkimuksen kohteena olleet klinikat sijaitsivat Helsingissä, helsinkiläisten osuus oli avohoidossa suuri. Erityisesti vanhemmat asiakkaat olivat helsinkiläisiä ja heidän joukossaan oli paljon ainoastaan alkoholia käyttäneitä sekä niitä, joiden päihdetieto oli jätetty merkitsemättä. Tutkimuksen kuluessa helsinkiläisten määrä sekä avo- että laitoshoidossa väheni, mikä johtui palvelujärjestelmässä tapahtuneista muutoksista. Etelä-suomalaisten osuus oli tasaisesti suuri.

2000-luvulla sekä avo- että laitoshoidon asiakkaiden määrä väheni. Laitoshoidossa väheneminen näkyi henkilömäärän lisäksi myös hoitopäivien ja -jaksojen sekä intervallihoidojen määrän vähenemisenä. Monet kunnat siirtyivät käyttämään ensisijaisesti omia palveluitaan ja myös kilpailuttaminen lisääntyi. Asiakkaiden oli 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen lopussa entistä vaikeampi saada maksusitoumuksia laitostuntoutukseen.

Muutoksista huolimatta täysi-ikäisten asiakkaiden keski-ikä pysyi 20 vuoden aikana melko vakaana sekä laitos- että avohoidossa: keski-ikä oli laitoshoidossa hieman alle ja avohoidossa hieman yli 40 vuotta. Ennen 1960-lukua syntyneiden asiakkaiden joukossa asioimisen syynä olivat useimmiten alkoholiongelmät, myöhemmin syntyneillä muut päihteet ja päihteiden sekakäyttö. Tutkitut naiset olivat keskimäärin syntyneet vuotta myöhemmin kuin miehet. Sukupuolten välinen ikäero oli suurempi alkoholiongelmiaisten kuin muiden päihdeongelmiaisten kohdalla.

Alkoholi pysyi päihdeongelmaisten yleisesti käyttämänä päihteenä, mutta alkoholin rinnalle tuli yhä enemmän muita pähteitä. Huumeiden käyttäjien joukossa oli paljon asiakkaita, joiden elämään oli varhain kasautunut monenlaisia vaikeuksia ja jotka tarvitsivat paljon tukea. Tämä näkyi avohoidossa siten, että hoitotyön kirjausten määrä lisääntyi suhteellisesti enemmän muiden kuin ainoastaan alkoholia käyttäneiden kohdalla.

Yli puolella päihdeongelmien takia hoitoon hakeutuneista asiakkaista oli vähintään toisen asteen koulutus. Asiakaskunta muuttui seuranta-aikana koulutuksenkin osalta. Koulutus oli vähäisempää myöhemmin syntyneillä ikäluokilla, erityisesti miehillä ja muiden päihteiden kuin ainoastaan alkoholin käyttäjillä. Tyypillisesti monilla alkoholiongelmien takia hoitoon hakeutuneilla oli ollut koulutusta, työ ja perhe. Huume- ja sekakäyttöongelmat olivat alkaneet varhemmin, jolloin koulutus oli jäänyt lyhyeksi eikä työuraa ollut syntynyt.

Avohoidossa mielenterveysongelmaisten asiakkaiden osuus pysyi melko vakaana vuodesta 1993 vuoteen 2009. Laitoshoidossa kaksoisdiagnoosipotilaiden osuus kasvoi hieman vuosituhaten vaihteen jälkeen, mihin vaikuttivat osaltaan sekakäytön lisääntyminen ja kirjaamiskäytäntöjen tarkentuminen. Mielenterveyttä koskevia avohoidon tietoja ei ollut saatavissa, joten suomalaisessa sairaalassa vuosien 1990 ja 2009 välillä asetettu mielenterveysdiagnoosi antaa kuvaa ainoastaan laitoshoidon vaatimien mielenterveysongelmien yleisyydestä kaikkien tutkittavien osalta sekä samanaikaisten päihde- ja mielenterveysongelmien esiintyvyydestä laitoshoidon asiakkailla.

Aineiston avo- ja laitospotilaiden välillä oli eroja, jotka johtuivat osittain valikoitumisesta: aineisto sisälsi kaikki avopotilaat vuodesta 1990 asti, mutta laitospotilaiden osalta aineisto oli täydellinen vasta vuodesta 1998 alkaen. Laitospotilaat olivat keskimäärin nuorempia ja heitä oli kuollut avopotilaita harvemmin. Avohoidossa oli käynyt suurempi osuus miehiä ja vain alkoholia käyttäneitä asiakkaita.

Avohoidon asiakaskunnassa kasvoi voimakkaammin päihteiden sekakäyttäjien ja huumeiden käyttäjien osuus naisten kuin miesten keskuudessa. Laitoshoidon hakeutui kuitenkin vuoden 2002 jälkeen suhteellisesti enemmän naisia kuin miehiä ainoastaan alkoholiongelman takia. Naisia on todennäköisesti ohjattu laitoshoidon alkoholiongelman vuoksi herkemmin kuin miehiä lastensuojelun toimesta.

Perheosaston toiminta muuttui vuosien varrella varsin paljon. 1990-luvulla laitoshoidossa oli tukijana mukana 56 puolisoa, joilla ei itsellään ollut päihdeongelmaa. 2000-luvulla maksusitoumuksia ei enää myönnetty puolisoille. 1990-luvulla sosiaalisairaalassa oli vanhempien mukana myös runsaasti lapsia, joille oli järjestetty päivähoito ja mahdollisuus koulunkäyntiin. 2000-luvulla lapset olivat nuorempia. Hoito muuttui myös taloudellisten tekijöiden vuoksi yksilökeskeisempään suuntaan. Ahosen (2005) kirjoittama sosiaalisairaalan historia kuvaa tapahtuneita muutoksia laajemmin ja kattaa myös tutkimuksen kohteena olleen ajanjakson.

6.2 Miehet ja naiset ovat erilaisia päihdehoidon asiakkaita

Tutkimuksen kohteena oli 7 337 miestä ja 3 561 naista, jotka olivat asioineet päihdeongelman takia avo- ja/tai laitoshoidossa vuosina 1990–2009. He olivat heterogeeninen joukko eri-ikäisiä ihmisiä. Asiakasryhmien väliset erot olivat yhteydessä sukupuoleen, syntymävuoteen sekä hoitoon hakeutumisen ajoittumiseen. Lisäksi ainoastaan alkoholia käyttäneet asiakkaat poikkesivat monin tavoin muiden päihteiden käyttäjistä. Myös avo- ja laitoshoidon asiakkaat olivat erilaisia.

Laitoshoidon potilaat olivat hoitoon tullessaan keskimäärin 37-vuotiaita. Laitospotilaista reilu kolmannes oli naisia. Potilaiden hoitojaksojen keskimääräinen pituus oli kolme viikkoa. Kolme neljästä laitosjaksosta päättyi suunnitellusti tai laitossiirtoon. Naisten jaksoista keskeytyi hieman pienempi osuus kuin miesten jaksoista. Alkoholiongelman takia hoidossa olleilla potilailla oli tyypillisesti vähemmän hoitojaksoja ja heidän hoitonsa keskeytyivät harvemmin kuin muiden päihteiden käyttäjillä. Moni keskeyttänyt palasi hoitoon uudelleen toisessa elämäntilanteessa. Vaikeasta päihdeongelmasta toipuminen onkin nähtävä prosessina, joka vaatii monilla paljon aikaa (Koski-Jännes 2000; Tourunen ym. 2009).

Avohoidon asiakkaat olivat keskimäärin laitospotilaita hieman vanhempia, keski-ikä vaihteli vuosittain 39–43 vuoden välillä. Naisten osuus asiakkaista oli 1990-luvun alussa 20 % ja 2000-luvulla 30 %. Merkittävän muutoksen asiakaskuntaan tuotti opioidiriippuvuuden korvaushoidon alkaminen 1990-luvun lopulla. Opioidiriippuvuuden korvaushoidossa olleita asiakkaita on kuvattu enemmän toisaalla (Pitkänen ym. 2016; Tourunen & Pitkänen 2010).

Avo- ja laitoshoidon asiakkaiden profiilit olivat erilaisia. Eniten muista poikkesi pieni ryhmä (vuosittain vajaa kymmenesosa asiakkaista), joka oli ollut kyseisissä hoitopaikoissa sekä avo- että laitoshoidossa. Heistä moni oli laitoshoidossa avohoidon tukijaksolla ja joka viides korvaushoidossa. Näillä asiakkailla esiintyi erilaisia ongelmia enemmän kuin muilla ryhmillä, kuten C-hepatiittia, asunnottomuutta, pienituloisuutta, laitoshakson keskeytymistä ja rikollisuutta. Kuolleiden osuus ei poikennut muista, mutta kuolleiden keski-ikä oli nuorempi kuin muissa ryhmissä.

Päihdeongelmien takia hoitoon hakeutuneiden naisten osuus väheni tarkastelujaksolla laitoshoidossa ja kasvoi avohoidossa. Naisten osuuksien muutoksia eri hoitomuodoissa selittänee se, että tutkimuksen kohteena olleen ajanjakson aikana suomalaisten naisten päihteiden käyttö lisääntyi ja ongelmat yleistyivät. Hoitoon hakeutuva nainen ei enää ollut erityistapaus.

Avohoidossa asioineiden naisten ja miesten välillä ei ollut eroja siinä, mihin aineryhmiin kuuluvia päihteitä he olivat käyttäneet. Laitoshoidossa olleista miehistä oli naisia useampi käyttänyt sedatiiveja, opioideja, stimulantteja, kannabista, hallusinogeeniä sekä liuottimia ja harvempi ainoastaan alkoholia. Kaikkiaan alkoholi oli aiheuttanut ongelmia lähes kolmelle neljästä päihdehoidon asiakkaasta. Rauhoittavat lääkkeet olivat aiheuttaneet ongelmia toiseksi yleisimmin, kahdelle viidestä laitoshoidon ja yhdelle viidestä avohoidon asiakkaasta. Reseptilääkkeisiin syntyvä riippuvuus ja sekakäyttö alkoholin kanssa jäivät helposti huomioimatta, mikäli asiasta ei erikseen kysytä. Hoitotyöntekijöiden mukaan monet hoitoon hakeutuneista asiakkaista eivät olleet tiedostaneet riippuvuuttaan reseptilääkkeisiin.

Päihdeongelmaisilla naisilla oli miehiä useammin mielenterveysdiagnoosi riippumatta siitä, oliko kyseessä avo- tai laitoshoido. Mielenterveysongelmia koskevien diagnoosien osuus kasvoi ikäluokittain, mutta 1970-luvulla tai sen jälkeen syntyneiden kohdalla sukupuolten välinen ero oli enää kapea.

Naisilla korkea-asteen koulutuksen hankkineiden osuus oli suurempi kuin miehillä. Naisilla yleisimpiä koulutusaloja olivat palvelualat sekä terveys- ja sosiaaliala, miehillä tekniikan ala. Päihdeongelmaisten naisten joukossa oli enemmän toimihenkilöitä ja opiskelijoita, miesten joukossa puolestaan ammattitaitoisia työntekijöitä. Ylimmässä tuloluokassa oli vähemmän naisia kuin miehiä. Verotulojen perusteella työelämässä vaikutti kuitenkin olevan yhtä suuri osuus naisista kuin miehistä. Avohoidon asiakkaista oli suurempi osuus työelämässä kuin laitoshoidon asiakkaista erityisesti naisten kohdalla. Työssä käyneiden ja koulutettujen osuudet olivat nuoremmilla ikäluokilla pienempiä kuin vanhemmilla.

Läheisiin ihmissuhteisiin sekä seksuaalisiin toimintoihin liittyvät ongelmat ovat aiempien tutkimusten mukaan yleisiä päihdeongelmien yhteydessä (Levola ym. 2014b; Pitkänen ym. 2016a).

Päihdeongelmien takia hoitoon hakeutuneista miehistä vajaa neljännes ja naisista kolmannes oli avo- tai avioliitossa. Eronneita oli joka neljäs sekä naisista että miehistä. Päihdeongelmien takia hoidossa olleiden äitien ja isien perheet ovat aiemman tutkimuksen mukaan keskimääräistä monimuotoisempia (Pitkänen ym. 2014).

Rikollisuus oli yleistä ja laitoshoidon asiakkaiden keskuudessa hieman yleisempää kuin avohoidon asiakkailla, miehillä yleisempää kuin naisilla ja muiden päihteiden käyttäjillä yleisempää kuin vain alkoholia käyttäneillä. Nuorempien asiakkaiden keskuudessa rikollisuus oli yleisempää kuin vanhempien; tämä iän ja rikollisuuden välinen yhteys on tunnettu yleisesti ja näkyi myös tutkimusaineistosta tehdyssä ikä-rikos-kurvissa. Naisilla rikollisuus väheni iän myötä hitaammin kuin miehillä. Jo aiemmin on todettu, että vankeudessa olleilla naisilla riski uusiksi rikoksiksi oli yhtä suuri kuin miehillä (Kaskela & Pitkänen 2016).

Vankitietojärjestelmässä oli merkintä kahdella viidestä miehestä ja lähes viidenneksellä naisista vuoden 2013 loppuun mennessä. Tutkimusaineiston osuus suomalaisista vangeista vaihteli vuosittain (1992–2009) kuudesta yhdeksään prosenttiin. Rikollisuutta on kuvattu tarkemmin erillisessä raportissa (Pitkänen ym. 2016).

Päihdeongelmaiset naiset ja miehet poikkesivat toisistaan hyvin monella tavalla. Suomalaisten naisten päihteiden käyttö lisääntyi 1900-luvulla olennaisesti, mutta naisten ja miesten päihteiden käytössä tiedetään olevan sukupuolten välillä määrään, laatuun sekä käytön syihin ja seurauksiin liittyviä eroja (mm. Pitkänen 2006). Tutkimustulokset vahvistivat sitä, että päihteiden käyttöä ja rikollisuutta tutkittaessa on erittäin tärkeä tarkastella naisia ja miehiä erikseen.

6.3 Päihdeongelmaisten varhaisen kuolleisuuden riski on suuri

Päihteisiin liittyvät ensisijaiset kuolinsyyt olivat tutkitulla ajanjaksolla väestön keskuudessa yleisiä. Esimerkiksi alkoholisyihin kuoli vuonna 2005 työikäisistä miehistä 17 % ja naisista 11 % (Suomen virallinen tilasto). Päihdeongelmaisten ihmisten kuolleisuuden tutkiminen ei kuitenkaan ole yksiselitteistä, koska päihdeongelmia ei kirjata kattavasti mihinkään. Seurannan kohteeksi valittiin päihdeongelmien takia avo- tai laitoshoitoon hakeutuneet asiakkaat (n=10 989). Tämä joukko ei edusta kaikkia päihdeongelmaisia, mutta antaa kuvaa henkilöistä, jotka ovat hakeneet apua päihdeongelmansa takia.

Seurannan aikana kolmannes miehistä ja joka viides nainen oli kuollut. Päihdeongelmaisista henkilöistä oli samanikäiseen suomalaiseen väestöön verrattuna kuollut huomattavasti suurempi osuus kaikissa ikäluokissa. Erityisen silmiinpistäviä erot olivat vuoden 1950 jälkeen syntyneillä, joilla kuolleisuus on normaaliväestön keskuudessa pientä. Nuorena kuolleiden päihdeongelmaisten yleisimpiä kuolinsyitä olivat huumeet, myrkytykset, väkivalta, itsemurhat ja muut vahingoittavat tapahtumat. Vanhemmissa ikäluokissa muut kuin päihde-ehtoiset sairaudet sekä alkoholiperäiset taudit olivat yleisimpiä kuolinsyitä.

Koko aineistossa kuolleiden määrä luonnollisesti kasvoi seuranta-ajan pidetessä: muihin kuin päihde-ehtoihin sairauksiin kuoli seuranta-ajan loppupuolella enemmän ihmisiä kuin alkuvaiheessa. Alkoholiveroon tehdyt muutokset heijastuivat päihdeongelmaisten kuolleisuuslukuihin alkoholimyrkytysten lisääntymisenä. Koko Suomen osalta alkoholiveron yhteys alkoholikuolleisuuteen on tuttu Tilastokeskuksen vuosittain tuottamista kuolemansyytilastoista (SVT).

Tarkasteltaessa ensisijaisten kuolemien lisäksi myötävaikuttavia tekijöitä alkoholilla oli osuutta lähes joka toisessa päihdeongelmaisen henkilön kuolemassa. Tapaturmissa ja väkivaltatapauksissa sekä itsemurhissa ja muissa sairauksissa alkoholin myötävaikuttava osuus oli huomattava. Ensisijaisena kuolinsyynä muista kuin päihde-ehtoisista sairauksista yleisimpiä olivat verenkiertoelinten taudit ja syövä, jotka olivat yleensäkin väestön keskuudessa yleisiä.

Päihdeongelmaisista naisista oli miehiä suurempi osuus tehnyt itsemurhan. Tämä on huomionarvoista, sillä yleensä väestössä miehillä on suurempi itsemurhariski (SVT). Päihdeongelmaisten naisten tilanteeseen olisi tärkeä pyrkiä etsimään ratkaisuja nykyistä voimakkaammin. Myös rikollisuutta koskevien tulosten perusteella päihdeongelmaisten naisten hätähuutoihin ei puututa riittävän ajoissa (Pitkänen ym. 2016).

Kuolleisuuden tarkastelu viiden vuoden sisällä ensimmäisestä hoitomerkinnästä vahvisti, että päihdehoitoon hakeutuneiden kuolleisuus oli vuosien 1990–2009 välillä vähentynyt asiakaskunnan muutoksen myötä. Seurantajakson alussa hoidossa oli ensisijaisesti alkoholia käyttäneitä vanhempia henkilöitä ja 2000-luvulla nuorempia päihteiden sekakäyttäjiä. Opioidikorvaushoitopotilaiden joukossa kuolleisuus oli keskimääräistä vähäisempää, mikä on todettu myös muissa tutkimuksissa (mm. Clausen, Anchersen & Waal 2008). Miehillä yleisimmät kuolinsyyt viiden vuoden seurannassa olivat alkoholiperäiset ja muut sairaudet, naisilla itsemurhat. Kuten Saarnion (2013) tutkimuksessa,

eronneista miehistä oli kuollut suurempi osuus kuin parisuhteessa olleista. Naisilla tilastollisesti merkitseviä eroja ei esiintynyt.

Laitoshoidossa olleiden asiakkaiden osalta tarkasteltiin kuolleisuutta myös neljä vuotta laitoshoidon päättymisen jälkeen. Avohoidossa vastaavaa tarkastelua ei voitu toteuttaa, koska käyntitietojen perusteella oli vaikea arvioida, oliko kyseessä yksittäinen käynti vai jakso ja olivatko käynnit päättäneet kuoleman takia. Neljän vuoden seuranta hoitojakson päättymisen jälkeen osoitti, että viimeisen laitoshoidon keskeytyminen lisäsi olennaisesti kuolemanriskiä erityisesti vanhemmilla miehillä.

Päihdehoidon asiakkaiden kuolleisuus kokonaisuudessaan väheni tutkitulla ajanjaksolla, eikä ero selittänyt seurantajakson pituudella. Asiakaskunta nuoreni tutkimuksen kuluessa. Tutkitun ajanjakson aikana muiden päihteiden käytön lisääntyminen näkyi myös kuolemista: alkoholisairauksiin ja muihin sairauksiin sekä tapaturmiin liittyvä kuolleisuus väheni ja muiden kuin alkoholiperäisten myrkytysten osuus kasvoi. Opioidiriippuvuuden korvaushoidon ja terveysneuvonnan lisääntyminen ovat voineet vaikuttaa kuolleisuuden vähenemiseen, kuten myös muut hoitoon ja hoitoonohjaukseen liittyvät tekijät. Kuolleisuutta koskevien tutkimustulosten perusteella ei kuitenkaan voida arvioida hoidon vaikuttavuutta. Päihdehoito kesti monilla vain pienen hetken suhteessa henkilön elämänkaaren kokonaisuuteen ja vuosiin, jolloin henkilö on käyttänyt runsaasti päihteitä. Tutkimuksen käytettävissä oli tiedot ainoastaan kolmelta klinikalta. Osa tutkituista oli asiakkaana vuosia, mutta 17 %:lla tutkituista oli käyntimerkintöjä vain yhdeltä päivältä tai muutamalta kerralta viikon sisällä.

6.4 Hoito- ja rekisteritutkimuksen edut ja haitat

Rekisteritutkimuksen kautta on saatu paljon tietoa pitkältä aikaväliltä. Tutkimuksen kohteena oli 10 898 päihdeongelman takia vuosina 1990–2009 hoitoon hakeutunutta henkilöä. Heitä yhdisti se, että heillä oli ollut päihteiden käyttöön liittyvä ongelma, johon he olivat hakeneet apua. Rekisteritutkimus tuotti seurantatietoa näiden ihmisten elämäntapahtumista. Hoidon vaikuttavuudesta ei tiettyjä poikkeuksia lukuun ottamatta voitu tutkimusaineiston perusteella tehdä tulkintoja, koska olennaista tietoa puuttui paljon. Olisi tarvittu järjestelmällistä tietoa hoitopolusta, hoitotapahtumien sisällöistä sekä päihdeongelman asteesta, jotta vaikuttavuutta olisi edes jollain tasolla voitu arvioida.

Hoito- ja rekisteritutkimuksella saatiin seurantatietoa laajasta joukosta ihmisiä, joiden tavoittaminen muilla keinoin olisi ollut vaikeaa ja kuolleiden osalta mahdotonta. Digitalisoituvassa yhteiskunnassa on mielekästä hyödyntää hoito- ja rekisteritietoja hoitotoiminnan kehittämiseen. Tutkimusta suunniteltaessa lupakäytäntöjen hoitamiseen kannattaa varata riittävästi aikaa. Hoito- ja rekisteritietojen käytössä on otettava tarkasti huomioon eettiset kysymykset tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkimus toteutettiin anonymisoidulla aineistolla, sillä tutkimustyössä ei tarvita asiakkaiden henkilötietoja.

Hoito- ja rekisteritietojen käyttö tutkimuksessa on kuitenkin monimutkaista ja tulkintoja tehdessä tuloksia on arvioitava kriittisesti. Yksittäiset tutkimusaineistosta tehdyt tilastot voivat johtaa virhepäätelmiin, jos kokonaisuuteen vaikuttavia tekijöitä ei tarkastella laajemmin. Tähän on koottu muutamia esimerkkejä tutkimukseen liittyneistä erityiskysymyksistä ja ongelmakohtista.

Tutkimuksen kohteena olivat pääasiassa vuodet 1990–2009 ja kuolleisuus-, vankeus- ja koulutustietojen osalta myös vuodet 2010–2013. Tutkittu ajanjakso sijoittui eri vaiheisiin tutkimusaineistoon kuuluneiden potilaiden elämänkaarella. Vuonna 1990 vanhin henkilö täytti 81 vuotta eivätkä kaksi nuorinta olleet vielä syntyneet. Eri vuosikymmenillä syntyneiden elin- ja toimintaympäristöt olivat erilaisia. Sukupuolten väliset erot, suuri ikähaitari, päihteiden käytössä tapahtuneet kansalliset muutokset ja niihin kaikkiin yhteydessä olleet muut tekijät vaikeuttivat rekisteriaineiston analyysiä ja tulkintaa. Kaikkea oli hankala ottaa yhtäaikaista selvityksen kohteeksi, joten tarkastelua toteutettiin useista näkökulmista monipuolisen kokonaiskuvan hahmottamiseksi.

Rekisteriaineistojen erityispiirteinä on, että tietoa ei ole alun perin kerätty tutkimuskäyttöä varten (Pitkänen 2009). Tietosisältö syntyy tietyistä rekisterinpitäjän tarpeista, ja kirjaamista ohjaavat myös lait. Nykyisin tiedon kirjaamista suunniteltaessa otetaan yhä enemmän huomioon myös tiedon mahdollinen käyttö kehittämis- tai tutkimustyössä. Silti erilaisia ongelmia esiintyy edelleen runsaasti esimerkiksi ohjeistusten muuttumiseen, ohjeiden tulkintaan ja ohjeiden puutteeseen liittyen. Tässä tutkimuksessa aineiston käyttöä rajoitti se, että tutkijoilla ei ollut käytettävissä kahdella vuosikymmenellä hoidossa annettuja ohjeistuksia. Hoidon sisällön tulkintaa häiritsi esimerkiksi se, että numerokoodien merkityksiä oli muutettu tutkimuksen kuluessa (esimerkiksi katkaisuosasto oli joinain vuosina merkitty numerolla 2 ja toisina numerolla 4).

Hoitorekistereistä puuttuu paljon tietoa, sillä tietoja jää kirjaamatta eri syistä sekä vahingossa että tarkoituksellisesti. Puuttuvaa tietoa ei voi tulkita niin, että asia ei koskisi kyseistä henkilöä. Kuolintiedot ovat rekisteritutkimuksessa tärkeitä, koska kuolleet poistetaan monista rekistereistä, eikä heille luonnollisista syistä enää kerry uusia merkintöjä.

Hoidon tarpeen aiheuttaneen päihdetiedon hakeminen järjestelmistä oli yllättävän vaikeaa. Avohoidossa monelta puuttui tieto ongelmia aiheuttaneista päihteistä. Hoitohenkilökunta perusteli tätä toisaalta sillä, että ihmistä ei ole haluttu leimata päihdeiden käyttäjäksi sekä sillä, että päihdeongelmaa hoidetaan riippumatta siitä, mikä aine päihtymyksen on aiheuttanut. Osa oli ehkä jättänyt alkoholinkäytön merkittämättä, koska 1990-luvulla suuri osa oli alkoholin käyttäjä ja merkitsemistä pidettiin tarpeettomana. Laitoshoidossa diagnoosit kirjattiin kaikilta, mutta siitä huolimatta ongelmia esiintyi. Moniongelmaisilla ihmisillä diagnooseja saattoi tulla runsaasti myös oheissairauksien takia, joten vain olennaisimmat kirjattiin. Lisäksi päihdeiden sekakäyttöä oli harmillisesti kirjattu erittelemättä käyttäen yleisdiagnoosia F19. Tutkimuksessa päädyttiin erittelemään ainoastaan alkoholia käyttäneet muista, mutta on todennäköistä, että osalla luokitelluista muut päihteet olivat vain jääneet kirjaamatta. Lisäksi päihdeongelmassa on monesti erilaisia vaiheita, joten suuri osa jotain huumetta tai lääkettä käyttäneistä potilaista oli todennäköisesti käyttänyt lisäksi alkoholia tai muita päihteitä ainakin jossain vaiheessa. Tätä havainnollistaa myös se, että diagnoosit poikkesivat eri hoitokerroilla. Joiltakin korvaushoitopotilailta ei löytynyt merkintää opioidien ongelmakäytöstä, vaikka opioidiriippuvuusdiagnoosi on korvaushoitoon pääsyn edellytys. Näistä syistä johtuen tiedot kuvasivat ennemminkin potilaita, jotka ovat varmasti käyttäneet kyseisiä päihteitä, vaikka monet potilaat ovat todennäköisesti käyttäneet useampia päihteitä.

Osa hoitomuotojen välillä ilmenneistä eroista johtui tutkimusaineiston ominaisuuksista. Avohoidon kirjauksien tulkinta oli vaikeampaa kuin laitoshoidoa koskevien. Laitoshoidot olivat selkeitä jaksoja ja niiden kirjaamista koskevat ohjeet oli sovittu johtuen myös kansallisista kirjaamiskäytännöistä (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja aiemmin Sairaaloitten poistoilmoitusrekisteri). Laitoshoidoista oli järjestelmällisesti käytettävissä esimerkiksi hoitoaikaan ja diagnooseihin liittyvät tiedot. Laitoshoitotietojen käytettävyyttä häiritsi kuitenkin se, että ensimmäisten vuosien osalta käytössä oli paperiarkisto ja sen jälkeen kaksi eri hoitotietojärjestelmää, joiden käyttöä oli ohjeistettu kirjavasti. Hoidon sisällöstä pystyttiin tutkimuksessa käyttämään vähemmän tietoa kuin tutkimusta suunniteltaessa ajateltiin.

Tuloksia arvioitaessa on jatkuvasti otettava huomioon aineiston rajoitteet. Esimerkiksi viisi vuotta ensimmäisestä hoitomerkinästä tietyssä hoitopaikassa ei ole sama asia kuin hoidon alkamisesta. On myös mahdollista, että asiakas oli asioinut tutkimuksen kohteenakin olleessa hoitopaikassa jo ennen seuranta-ajan alkua (vuosi 1990). Hoidon päättymisen valinta vertailuajankohdaksi on myös ongelmallinen. Avohoidossa ei ole hoitotietoihin merkitty sitä, mitä seuraavasta käynnistä on sovittu eikä myöskään jatkohoitoa koskevia tietoja. Erityisesti viimeisten vuosien kohdalla ei viimeinen hoitomerkinä välttämättä tarkoita sitä, että hoito olisi päättynyt, sillä osa avopotilaista kävi asioimassa harvakseltaan useiden vuosien kuluessa. Laitoshoidonkin osalta on syytä selvittää, että harvoin on kyseessä yksittäinen hoito ilman, että siihen liittyy edeltävää avohoitoa ja jatkohoitoa.

Päihdeongelmaisten sairastavuus oli suurta. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kansalliseen Hilmo-rekisteriin oli kertynyt tietoja suurimmalta osalta tutkituista. Vaikka sosiaalisairaala ja synnytykset poistettiin luvuista, useampi kuin yhdeksän kymmenestä tutkituista oli asioinut suomalaisessa sairaalassa vuosien 1990

ja 2009 välillä. Hoitoilmoitustietoihin kirjattuja diagnooseja käytettiin myös päihdetietojen täydentämisessä. Tosin hoitoilmoituksiin kirjattiin enintään kolme diagnoosia, joten moniongelmaisilla potilailla kaikki päihdediagnoosit eivät aina sisällyneet kolmen ensimmäisen joukkoon.

Verotiedot antoivat tietoa siitä, oliko henkilöllä ollut verotettavaa tuloa viiden vuoden aikana, miten tulot olivat kehittyneet ja oliko henkilö ylipäänsä verottajan tiedossa. Työssäkäynnin ja tulotason lähempi tarkastelu verotiedoista oli vaikeaa. Päädyimme yleensä käyttämään vain jakoa todennäköisesti työssä käyneisiin ja muihin käyttäen Kelan määrittelemää työssäkäynnin tuloarjaa eri vuosilta. Suurin osa (87 %) tutkittavista löytyi verottajan rekistereistä vuosina 2004–2008. Kelan työssäkäyntirajan ylittäneiden osuus oli huomattavasti suurempi kuin hoitotietoihin merkitty työssäkäyvien osuus.

Taustatietoja, kuten koulutus sekä työ- ja perhetilanne, oli kirjattu hoito- ja rekisteritietoihin niukasti, ja puuttuvan tiedon suuri määrä vaikeutti niiden käyttöä. Tietoja yhdistettiin eri rekistereistä, mutta silti tulkinnoissa on oltava varovainen. Taustatietoja oli kirjoitettu sanallisesti eikä valikkoja käyttäen. Lisäksi sanallisia tietoja oli kirjattu vain silloin, kun hoitohenkilö oli kokenut asian merkityksellisesti. Tutkimuksissa on työlästä hyödyntää sanallisia kirjauksia ja puuttuvien tietojen tulkinta on vaikeaa. Epäjärjestelmällisesti kertyvän tiedon käytettävyyssaste jää heikoksi. Tutkimustyössä pystyttiin käyttämään parhaiten järjestelmällisesti kirjattuja strukturoituja tietoja.

Päihdehoidosta on saatavissa yllättävän vähän pitkäaikaista seurantatietoa. Tietoja löytyy lähinnä palveluntarjoajien toimintakertomuksista. Huumehoitoa ja sen asiakaskuntaa koskevaa seurantatietoa syntyy kansallisessa Huumehoidon tiedonkeruussa, mutta yleistäminen on ongelmallista, koska tietoja tuotetaan vain osassa hoitopaikoista (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017). Väestötutkimuksia vertailukohtana käyttäen päihdehoidon asiakaskunta poikkeaa keskimääräisestä väestöstä monin tavoin (Perälä ym. 2014; Pitkänen & Tourunen 2016). Palvelujen kehittämistä ja arvioimista varten tarvitaan laaja-alaista ja pitkän aikavälin tietoa asiakaskunnasta.

Tutkimusaineistosta on kirjoitettu rikollisuutta koskeva raportti (Pitkänen ym. 2016) ja tieteellinen artikkeli (Kaskela & Pitkänen 2016), pro gradu -työ (Hakala 2014) sekä laajemmalle yleisölle suunnattuja lyhyitä artikkeleita muun muassa Tiimi-lehden Tutkittua-palstalle. Lisäksi on valmisteilla muutamia tieteellisiä artikkeleita kansainvälisiin lehtiin. Tätä seurantatutkimusta olisi mahdollista jatkaa Päihdesairaalassa ja Arabianrannassa. Kettutien A-poliklinikka on siirtynyt pois A-klinikkasäätiöltä. Tutkimuksen laajentaminen edellyttäisi uusien lupien hakemista sekä rahoitusta.

6.5 Hoito- ja rekisteritutkimuksen kasvava merkitys tulevaisuudessa

Tietojärjestelmien rooli hoitopalveluissa on kasvanut huomattavasti vuosista 1990–2009. Mikäli kirjattavan tiedon järjestelmällisyyteen ja laatuun panostetaan, on mahdollista saada nopeasti uutta tietoa ajankohtaisesta tilanteesta ja tarpeista sekä selvittää pitemmällä aikavälillä hoitopolkuja, hoitotyön tuloksellisuutta ja hoidon vaikutusta asiakkaiden elämään. Hoitotietoja tulisi hyödyntää järjestelmällisesti tutkimustyössä. On tärkeää, että tutkimuksen ammattilaiset ovat mukana tässä vaativassa kehittämistyössä.

Kansallisella tasolla on rakennettu yhteisiä kirjaamiskäytäntöjä ja luokituksia. Avohilmo on julkisessa terveydenhuollossa otettu käyttöön, jotta myös avohoidosta saataisiin järjestelmällisemmin kirjattua tietoa. Sosiaalipuolella kirjaamisen kehittäminen on edennyt hieman hitaammin. Päihdepalvelut sijoittuvat terveyden- ja sosiaalihuollon välimaastoon, niin että osa palveluista kuuluu eri järjestelmän piiriin kuin toiset, mikä hankaloittaa päihdetutkimuksen tekemistä.

Yhtenäisen kansallisen kirjaamisen ja tiedonvaihdon kehittämisessä on hoitotyön kannalta paljon etuja, mutta päihdehoidon kannalta myös suuria riskitekijöitä. Huonoimmassa tapauksessa halukkuus päihdehoitoon hakeutumiseen vähenee ja hoitoon hakeudutaan entistä myöhemmin. Jo nyt on ilmeistä, että päihdehoitoon hakeudutaan vasta kun ongelmat ovat jo kasautuneet varsin pitkälle.

Aiemmin päihdehoitoa koskevat tiedot pysyivät hoitopaikassa, tietojen käyttöoikeus oli rajattu hoitotyöhön osallistuville ja kirjaamiskäytännöt luotiin palvelemaan hoidon tarpeita. Lain mukaan hoidossa tulee kirjata vain hoidon kannalta merkityksellistä tietoa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista). Kansalliseen arkistointiin siirryttäessä tulee tarkkaan harkita, mitä päihdehoitoon liittyvää erityistä tietoa siirretään kansalliseen arkistoon. Riskinä on se, että hoitotyön kannalta tärkeää kirjaamista tulkitaan hoitoyhteydestä irrotettuna muiden kuin päihdehoidon ammattilaisten keskuudessa väärin. Erityisesti tulee ratkaista vakuutusyhtiöiden, mutta myös poliisin ja muiden viranomaisien, rooli kansallisen arkiston tiedon käyttäjinä.

Päihdehoidossa tarvitaan hoidon sisältöön sekä hoidon tavoitteisiin liittyvää kirjaamista, jotta hoidon tavoitteiden toteutumisesta ja mahdollisesti myös hoidon vaikuttavuutta voidaan arvioida. Muutoksesta saadaan tietoa vain, jos samaa asiaa tarkastellaan useissa eri vaiheissa. Hoitomuotokohtaisesti on tärkeä valita työn ja asiakkaan tilanteen seurannan kirjaamiseen parhaiten soveltuvat menetelmät. Menetelmien valinta, testaaminen ja juurruttaminen ovat kuitenkin varsin työläitä ja ammattitaitoa vaativia tehtäviä. Strukturoidut kysymyssarjat varmistavat saman sisällön toistumisen ja numeeriset arviot yhdistettynä sanalliseen kirjaamiseen tuovat monipuolista sisältöä seurantatiedon tulkintaan. Tutkijoita on tärkeä ottaa mukaan kirjaamisen kehittämistyöhön jo suunnitteluvaiheessa, jotta olennaiset tiedot kirjautuvat oikein ja niitä voi hyödyntää kehittämis- ja tutkimustyössä.

Hoitotyön kirjaamisen ei tule kehittyä digiloikkana tekniikan ehdoilla. Päihdehoito on prosessi, eikä siinä tavoitella täydellistä elämänmuutosta, vaan keskeisiä tavoitteita ovat elämänlaadun paraneminen ja haittojen vähentäminen (Pitkänen ym. 2016a). Päihdehoidon kirjaamisen tulee tukea asiakkaan hoitoprosessia. Kirjaamiseen tarvitaan yhteiset pelisäännöt, hyvä ohjeistus sekä toimintatapojen oppiminen ja juurruttaminen. Kaikki tämä on yhteydessä hoitotyön laatuun. Asiakastyön kannalta on tärkeää, että hoitohenkilökunta ymmärtää yhteisen kirjaamisen merkityksen sekä hoidon että työn kehittämisen kannalta ja tiedostaa myös virheellisten kirjausten aiheuttamat haitat. Yhteisesti sovitut kirjaamiskäytännöt tukevat moniammatillisuutta ja vähentävät samoja asioiden kysymistä ja kirjaamista moneen kertaan.

Hoito- ja rekisteritutkimuksen tekeminen on ollut hyvin työlästä ja opettavaista. Tutkimuksen yhtenä tavoitteena on ollut tiedon käytettävyyden arvioiminen ja kirjaamistarpeiden kartoittaminen. A-klinikkasäätiöllä on opittu tutkimuksen aikana paljon. Uuteen tietojärjestelmään siirryttäessä tutkimusryhmä on ollut mukana arvioimassa tietosisältöjä ja kirjaamiskäytäntöjä sekä ohjeistamassa ja kouluttamassa. Nykytekniikan monipuolinen hyödyntäminen vaatii hyvää suunnittelua sekä kiinteää yhteistyötä hoitotyötä tekevien ammattilaisten kanssa. Jatkovaa kirjaamistarpeiden seurantaa, ohjeiden päivittämistä ja koulutusta tarvitaan, jotta tietojärjestelmä tuottaa luotettavasti ajantasaista ja laadukasta tietoa hoito- ja kehittämistyön sekä hallinnon tarpeisiin.

Digitaalisten hoitotietojärjestelmien hyödyntämisen suurin kompastuskohta on rahoitus. Tekniikkaan ja sovelluksiin satsataan paljon, mutta suhteessa näihin investointeihin tiedon käytettävyys jää helposti vähäiseksi. Hoitotutkimusta varten tulisi luoda rahoitusjärjestelmä, jotta ammattitaitoiset tutkijat voisivat osallistua digitaalisen tiedon kertymisen suunnitteluun ja analysointiin sekä tulosten raportointiin. Koko yhteiskunnan kannalta olisi järkevää, että digitaalisia aineistoja hyödynnettäisiin huomattavasti nykyistä enemmän hoitotyön laadun parantamisessa ja kustannustehokkuuden arvioimisessa.

Lähteet

- Aalto, M., Visapää, J-P., Halme, J., Fabritius, C. & Salaspuro, M. (2011): Effectiveness of buprenorphine maintenance treatment as compared to a syringe exchange program among buprenorphine misusing opioid-dependent patients. *Nordic Journal of Psychiatry* 65(4): 238–43.
- Ahonen, J. (2005): Päihdehuoltoa rakentamassa. A-klinikkasäätiö 1955–2005. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 51.
- A-klinikkasäätiön vuosikertomukset 2001–2009. A-klinikkasäätiö, Helsinki.
- Clausen T., Anchersen, K. & Waal, H. (2008): Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): A national prospective cross-registry study. *Drug and Alcohol Dependence* 94 (1–3): 151–157.
- Hakala, S. (2014): Päihdenuoresta aikuiseksi: rekisteri- ja hoitotietoihin perustuva seurantatutkimus alaikäisten päihteidenkäyttäjien elämäntilasta. Psykologian pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto, Käyttätymistieteellinen tiedekunta 2014. www.a-klinikka.fi/tietopuu/tutkimustoiminta/2372
- Hakkarainen, P. (1992): Suomalainen huumeekysymys. Huumausaineiden yhteiskunnallinen paikka Suomessa toisen maailmansodan jälkeen. Helsinki: Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja nro 42.
- Hakkarainen, P. & Metso, L. (2003): Huumeiden käytön uusi sukupolvi. *Yhteiskuntapolitiikka* 68 (3): 244–256.
- Hakkarainen, P., Karjalainen, K., Ojajärvi, A. & Salasuo, M. (2015): Huumausaineiden ja kuntodopingin käyttö ja niitä koskevat mielipiteet Suomessa vuonna 2014. *Yhteiskuntapolitiikka* 80 (4): 319–333.
- Kainulainen, H. (2009): Huumeiden käyttäjien rikosoikeudellinen kontrolli. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 245, Helsinki.
- Kaskela, T., Pitkänen, T. & Tourunen, J. (2015): Miten on käynyt Kalterit taakse -kurssilaisille. *Tiimi* 1/2015: 26–27.
- Kaskela, T. & Pitkänen, T. (2016): The Effects of Gender and Previous Prison Sentence on the Risk of Committing Crime Among a Substance-Abusing Population. *Crime & Delinquency*. Advance online publication. doi: 10.1177/0011128716682229.
- Kaskela, T., Pitkänen, T., Solin, P., Tamminen, N., Valkonen, J. & Kaikkonen, R. (2017): Psykykinen kuormittuneisuus ja elämänlaatu 60–85-vuotiailla. *Tietopuu: Tutkimussarja* 2/2017: 1–15.
- Koski-Jännes, A. (2000): Miten riippuvuus voitetaan. Otava, Keuruu.
- Kuussaari, K. & Ruuth, P. (2008): Päihdehuollon huumeasiakkaat 2007. Helsinki, Stakes.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Levola, J., Aalto, M., Holopainen, A., Cieza, A. & Pitkänen, T. (2014a): Health-related quality of life in alcohol dependence: A systematic literature review with a specific focus on the role of depression and other psychopathology. *Nordic Journal of Psychiatry* 68 (6): 369–384.
- Levola, J., Holopainen, A., Kaskela, T., Sabariego, C., Tourunen, J., Cieza, A. & Pitkänen, T. (2014b): Psychosocial difficulties in alcohol dependence: a systematic review of activity limitations and participation restrictions. *Disability and Rehabilitation* 36 (15): 1227–39.
- Mustonen, H. & Simpura, J. (2006): Alcohol use. Teoksessa: Koskinen, S. & Aromaa, A. & Huttunen, J. & Teperi, J. (eds): Health in Finland. National Public Health Institute (KTL), National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) & Ministry of Social Affairs and Health: 42–44.
- Mäkelä, P., Mustonen, H. & Huhtanen, P. (2009): Suomalaisien alkoholinkäyttötapojen muutokset 2000-luvun alussa. *Yhteiskuntapolitiikka* 74 (3): 268–289.
- Mäkelä, P., Mustonen, H. & Tigerstedt, C. (toim.) (2010): Suomi juo. Suomalaisien alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL). Helsinki: Yliopistopaino. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80301/371e1e08-9bc1-47ea-81aa-68b04f27088c.pdf?sequence=1>

Nuorvala, Y., Huhtanen, P., Ahtola, R. & Metso, L. (2008): Päihdeasiakkaat entistä vanhempia: Yhä useampi sosiaali- ja terveyspalvelujen päihdeasiakas on yli 50-vuotias. *Dialogi* 3: 39–44.

Ovaska, I. (1999): Sairaalan vuositilastot – kertomus toiminnasta, potilaista ja päihteistä. Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisuja nro 32.

Partanen, J. & Metso, L. (1999): Suomen toinen huumeaalto. *Yhteiskuntapolitiikka* 64 (2): 143–149.

Partanen, P., Hakkarainen, P., Hankilanoja, A., Kuussaari, K., Rönkä, S., Salminen, M., Seppälä, T. & Virtanen, A. (2007): Amfetaaminien ja opiaattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2005. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (5): 553–561.

Perälä, M-L., Kanste, O., Halme, N., Pitkänen, T., Kuussaari, K., Partanen, A. & Nykänen, S. (2014): Vanhempi päihdepalveluissa – tuki, osallisuus ja yhteistoiminta. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 21/2014.* http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116150/URN_ISBN_978-952-302-214-0.pdf?sequence=1

Pitkänen, T. (2006): Alcohol drinking behavior and its developmental antecedents. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 293, University of Jyväskylä. <http://dissertations.jyu.fi/studeduc/9513926613.pdf>

Pitkänen, T. & Tourunen, J. (2016): Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen toimintoihin osallistuneiden kansalaisten hyvinvointi kahden kyselytutkimuksen perusteella. Julkaisussa: Murto J. & Pentala, O. (toim.): *Osallistuminen, hyvinvointi ja sosiaalinen osallisuus – ATH-tutkimuksen tuloksia.* THL Työpapereita 38/2016: 20–25.

Pitkänen, T. (2009): Hoito- ja rekisteritietojen käyttö päihdetutkimuksessa. Julkaisussa: Tammi, T., Aalto, M. & Koski-Jännes, A. (toim.): *Irti päihdeongelmista: Tutkimuksia hoidon ja ehkäisyn menetelmistä.* Porvoo, Edita: 172–194.

Pitkänen, T., Kaskela, T., Halme, N. & Perälä, M-L. (2014): Päihdehoidossa olevien vanhempien huolet ja tuen tarpeet sekä kokemukset palveluista. Julkaisussa: Lammi-Taskula, J. & Karvonen, S. (toim.): *Lapsiperheiden hyvinvointi 2014.* Helsinki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: 274–285.

Pitkänen, T., Kaskela, T., Halme, N. & Perälä, M-L. (2014): Päihdepalveluja käyttäneiden pienten lasten vanhempien tuen tarve, elämäntilanne ja kokemukset palveluista. Julkaisussa: Perälä, M-L. ym. (toim.): *Vanhempi päihdepalveluissa – tuki, osallisuus ja yhteistoiminta.* Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 21/2014: 53–97.

Pitkänen, T., Levola, J., Tourunen, J., Kaskela T. & Holopainen, A. (2016a): Aivotoiminnan häiriöiden yhteydessä yleisesti koetut psykososiaaliset vaikeudet: Paradise24-kysymyssarjan tutkimusperusta. Kela: Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 143. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/167298>

Pitkänen, T., Kaskela, T., Tyni, S. & Tourunen, J. (2016b): Päihdehoitoon hakeutuneiden rikollisuus: Rekisteri- ja hoitotietoihin perustuva seurantatutkimus vankeusrangaistukseen tuomituista päihdehoidon asiakkaista. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja 1/2016. http://www.rikosseuraamus.fi/material/attachments/rise/julkaisut-risenjulkaisusarja/YpkSA2YG1/RISE_paihdehuoltoon_hakeutuneiden_rikollisuus_verkko.pdf

Pitkänen, T., Perälä, J. & Tammi, T. (2016): Huumeiden käyttäjiä on monenlaisia: kahdensadan helsinkiläisen huumeiden aktiivikäyttäjän elämäntilanne ja päihteiden käyttö. *Tietopuu: Tutkimussarja 1:* 1–10. http://www.a-klinikka.fi/tiedostot/Tietopuu_Tutkimussarja_1_2016_is.pdf

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.

Päihdetilastollinen vuosikirja 2006: Alkoholi ja huumeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2007.

Päihdetilastollinen vuosikirja 2011. Alkoholi ja huumeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2012. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0f25bf0a-ad0c-4294-9e44-5ac2cf5fe544> (27.3.2012)

Saarnio, P. (2013): Miesalkoholistien kuolleisuus laitoshoidon jälkeen: Tulokset kahdenkymmenenneljän vuoden seurannasta. *Yhteiskuntapolitiikka* 78 (4): 395–401.

Salasuo, M., Vuori, E., Piispa, M. & Hakkarainen, P. (2009): Suomalainen huumekuolema 2007. Poikkitieteellinen tutkimus oikeuslääketieteellisistä kuolinsyysasiakirjoista. Nuorisotutkimusseura, julkaisu 99. THL:n raportti 43/2009.

Salasuo, M. (2004): Huumeet ajankuvana. Huumeiden viihdekäytön kulttuurinen ilmeneminen Suomessa. Helsinki, Stakes, tutkimuksia 149.

STM 33/2008 Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolleet [verkkajulkaisu]. ISSN=1798-2529. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 11.3.2016]. Saantitapa: <http://www.stat.fi/til/kuol/index.html>

Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolleet [verkkajulkaisu]. ISSN=1798-2529. 01 2014, Liitetaulukko 1. Vastasyntyneiden ja 65-vuotiaiden elinajanodote sukupuolen mukaan 1971–2014 . Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 11.3.2016]. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/kuol/2014/01/kuol_2014_01_2015-10-23_tau_001.fi.html

Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt [verkkajulkaisu]. ISSN=1799-5051. 2014, Liitekuvio 1. Työikäisten (15–64-vuotiaiden) ikävakioidu kuolleisuus eri kuolemansyihin 1990–2014 . Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 20.1.2016]. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/ksyyt/2014/ksyyt_2014_2015-12-30_kuv_001.fi.html

Tanhua, H., Virtanen, A., Knuuti, U., Leppo, A. & Kotovirta, E. (2011): Huumetilanne Suomessa 2011. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2017). Huumehoidon tiedonkeruu. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivu. [Viitattu 5.7.2017]. Saantitapa: <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tietoa-tilastoista/laatuselosteet/paihdehuollon-huumeasiakkaat>

Tourunen, J., Pitkänen, T., Harju-Koskelin, O., Häkkinen, A. & Holopainen, A. (2009): Korvaushoitopotilaiden kuntoutuminen on pitkä ja haasteellinen prosessi. K- ja Vieroitus-hoitopoliklinikoilla vuosina 2002–2003 hoitonsa aloittaneiden opioidiriippuvaisten potilaiden korvaushoidon seuranta. Yhteiskuntapolitiikka 74 (4): 421–428.

Tourunen, J. & Pitkänen, T. (2010): Opioidiriippuvaisten korvaushoito ja syrjäytymisen ehkäisy. Julkaisussa: Laine, T., Hyväri, S. & Vuokila-Oikkonen, P.: Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Tammi: 147–168.

Vorma, H., Sokero, P., Turtiainen, S. & Katila, H. (2005): Opioidikorvaushoito tehoaa. Korvaushoito Hyksin päihdepsykiatrian yksikössä 2000–2002. Suomen Lääkärilehti 60 (9): 1013–1016.

Vorma, H., Sokero, P., Turtiainen, S. & Katila, H. (2009): Opioidiriippuvuuden korvaushoito HYKS:n päihdepsykiatrian yksikössä 2003–2005. Suomen Lääkärilehti 64 (20): 1853–1857.

Vuori, E., Ojanperä, I., Launiainen, T., Nokua, J. & Ojansivu, R-L. (2012): Myrkytyskuolemien määrä on kääntynyt laskuun. Suomen Lääkärilehti 67 (22): 1735–1741.

Väänänen, T. (2011): Päihdehuollon huumeasiakkaat 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, tilastoraportti 24/2011.

World Health Organization (2011): Global Status Report on Alcohol and Health 2011. Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organisation, Geneva.

Österberg, E. (2005): Alkoholin kulutuksen kasvu Suomessa vuonna 2004. Yhteiskuntapolitiikka 70 (3): 283–294.