

Alkoholin suurkulutuksen varhainen tunnistaminen ja hoito

Päihdehoidon haasteena on hahmottaa alkoholin suurkulutuksen kirjo ja ottaa hoidon piiriin myös alkoholin haitoista lievemmin kärsiviä. Suurkulutus voidaan jakaa kolmeen ryhmään: riskijuominen, haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus. On olemassa ohjeellisia suosituksia liiallisen alkoholin käytön rajoista. Potilastyössä esitetyt suurkulutuksen rajat ovat vain yksi kliiniseen harkintaan vaikuttava näkökohta. Haastattelu ja AUDIT-kyselely (Alcohol Use Disorders Identification Test) ovat luotettavia tapoja selvittää potilaan alkoholin käyttöä. Alkoholin suurkulutuksen varhaisvaiheessa oleville tulisi antaa lyhytneuvontaa (mini-interventio) vastaanottokäynnin yhteydessä. Yksi kymmenestä suurkuluttajasta hyötyy tästä, ja hoitovaikutus kestää ainakin 1–2 vuotta. Mikäli lyhytneuvonta ei vähennä juomista ja potilas on valmis työstämään asiaa, niin sanottu motivoiva haastattelu on suositeltava menetelmä.

Mitä suurkulutuksella tarkoitetaan?

Alkoholin liialliseen käyttöön liittyvä termistö ei ole Suomessa kaikilta osin vakiintunut. Tässä katsauksessa suurkulutusta käytetään yläkäsitteenä kattamaan ne eri alkoholin kulutuksen muodot, joista joko jo on haittaa tai joihin liittyy merkittävä riski haitasta. Suurkulutus muodostaa jatkumon, joka voidaan jakaa kolmeen ryhmään: riskijuominen, haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus (TAULUKKO 1)

(Babor ja Higgings-Biddle 2001). Jako on kliinisessä työssä hyödyllinen, koska se kuvaa potilaan riskiä alkoholin suhteen ja auttaa hoidon valinnassa.

Yksinkertaisimmillaan suurkulutus on määritelty sen perusteella, kuinka paljon henkilö käyttää alkoholia. Suomessa suurkulutuksen rajan katsotaan ylittyvän, jos mies juo vähintään 24 alkoholiannosta viikossa tai 7 annosta kerralla (Sillanaukee ym. 1992). Vastaavat luvut naisille ovat 16 ja 5 annosta. Yksi annos on 33 cl keskiolutta, 12 cl mietoa viiniä tai 4 cl väkeviä juomia. Näitä rajoja määriteltäessä on hyödynnetty epidemiologista tutkimusta alkoholin terveyshaitoista. Tutkimusten tulkinna ei kuitenkaan ole yksiselitteistä, koska eräät terveyshaitat näyttävät suurenevan suorassa suhteessa kulutukseen ilman turvallista kynnyksarvoa (Alkoholiongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2005) ja varovaisuusperiaatetta voidaan painottaa eri tavoin. Tästä syystä eri tahojen suositukset poikkeavat toisistaan (Alkoholiongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2005). Suomalaiset suurkulutuksen rajat eivät pyri määrittelemään turvallista juomisen rajaa.

Sillanaukee ym. (1992) toteavat, että alkoholin suurkulutuksen rajat tulisi mieltää ohjeellisina. Syynä tähän ovat edellä kuvattu rajojen suhteellisuus mutta myös yksilölliseen vaihteluun liittyvät tekijät. Esitetyt rajat eivät sovellu esimerkiksi ikääntyneille (Aalto ja Holopainen 2008), raskaana oleville (Autti-Rämö ym. 2008), alkoholiriippuvaisille tai

TAULUKKO 1. Alkoholin suurkulutuksen luokat

Luok	ICD-koodi	Lyhyt määritelmä	Esiintyvyys Suomessa (Halme ym. 2008)	
			Miehet %	Naiset %
Riskijuominen	–	Suurkulutuksen rajat ylittävä alkoholin kulutus mutta ei merkittäviä alkoholi-haittoja tai riippuvuutta	8,5	3,1
Haitallinen käyttö	F10.1	Merkittäviä ja selvästi määriteltävissä olevia alkoholin käytön aiheuttamia haittoja mutta ei riippuvuutta	0,9	0,1
Alkoholi-riippuvuus	F10.2	Oireyhtymä, jonka tyypillisiä piirteitä ovat juomishimo, vieroitusoireet, toleranssin kasvu ja juomisen jatkuminen haitoista huolimatta	8,0	1,8

tiettyjä lääkkeitä käyttäville.

Potilastyössä suurkulutuksen rajoja voidaan usein käyttää vain yhtenä kliiniseen harkintaan vaikuttavana näkökohtana. Esimerkiksi hoitoon reagoimattomassa masennustilassa on syytä suositella muutaman viikon pidättymistä alkoholista, vaikkei ohjeellisia suurkulutuksen rajoja ylitetäkään. Alkoholin tiedetään aiheuttavan masennusoireita, mutta yksiselitteistä tähän vaikuttavaa raja-arvoa ei ole voitu määritellä (Rehm ym. 2003). Jos masennusoireisto selvästi helpottaa toteutuneen raittiin jakson jälkeen, alkoholin käyttö on ollut liiallista. Lääkärien asiantuntemus potilaskohtaisen suurkulutuksen rajan arvioissa voi parhaimmillaan tuoda huomattavaa terveyshyötyä.

Alkoholin käytön selvittäminen

Lääkäri saattaa pelätä vahingoittavansa hoitosuhdetta keskustelemalla alkoholista potilaan kanssa (Aalto ym. 2003). Tutkimuksista tiedämme kuitenkin, että lähes kaikki potilaat Suomessa hyväksyvät sen, että alkoholiasioita käsitellään vastaanotolla (Aalto ym. 2002). Tämä pätee myös suurkuluttajiin. Lisäksi alkoholinkäytön selvittäminen kuuluu osaksi niiden sairauksien hoitoa, joita alkoholi aiheuttaa tai pahentaa (Salaspuro ym. 2003). Tärkeää on myös tehdä merkintä potilaan alkoholin käytöstä sairauskertomukseen.

AUDIT-kysely (Alcohol Use Disorders Identification Test) on tehokas ja suositeltava menetelmä osana suurkulutuksen tun-

nistamista. AUDIT-lomake on vapaasti käytettävissä ja löytyy Käyvän hoidon internet-sivuilta (www.kaypahoito.fi/xmedia/extra/hoi/hoi50028b.pdf). Lomake sisältää kymmenen kysymystä, joihin vastaaminen kestää yleensä pari minuuttia. Jokainen kysymys pisteytetään nolasta neljään, ja siten kysymyssarjan maksimipistemäärä on 40.

Suurkulutuksen rajana on useimmiten käytetty kahdeksaa pistettä (Reinert ja Allen 2007). Valittu raja-arvo voi kuitenkin vaihdella käyttötarkoituksesta riippuen. Viimeaikaiset tutkimukset viittaavat siihen, että suurkulutuksen seulonnassa naisilla raja-arvon tulisi olla alhaisempi kuin kahdeksan pistettä (Aalto ym. 2006, Reinert ja Allen 2007). Pisteytyksen lisäksi on hyödyllistä katsoa itse vastauksia. Ensimmäinen kysymys selvittää juomisen tiheyttä, toinen tyypillistä käyttömäärää ja kolmas humalajuomisen toistumista. Kysymykset 4–6 selvittävät riippuvuusoireita, joita voi siis ilmetä jo ennen varsinaisen riippuvuusoireyhtymän kehittymistä. Kysymykset 7–10 selvittävät tyypillisiä alkoholista johtuvia haittoja.

AUDIT-kyselyn sensitiivisyys ja spesifisyys ovat erittäin hyvät työikäisillä (Aalto ym. 2006, Reinert ja Allen 2007). AUDIT-kyselystä kahdeksan pistettä saaneista keskimäärin noin 80 % on suurkuluttajia. Niistä, jotka kyselyn mukaan ovat suurkuluttajia, noin 20 % ei sitä todellisuudessa ole. Pelkästään AUDIT-kyselyllä ei voida luotettavasti erottaa riskijuomista, haitallista käyttöä ja alkoholiriippuvuutta toisistaan.

AUDIT-kyselystä on kehitetty useita lyhennettyjä versioita. Näistä tutkituin on AUDIT-C, joka sisältää alkuperäisen kyselyn kolme ensimmäistä alkoholin käyttömääriä ja -tapaa selvittävää kysymystä. Alustavien tutkimusten mukaan AUDIT-C näyttää toimivan lähes yhtä hyvin kuin alkuperäinen AUDIT (Aalto ym. 2006, Reinert ja Allen 2007, Tuunanen ym. 2007), mutta sitä käytettäessä ei saada tietoa alkoholin aiheuttamista haitoista. Potilastyössä onkin suositeltavaa toistaiseksi käyttää alkuperäistä AUDIT-kyselyä.

Alkoholianamneesi. Potilaan alkoholin käytön selvittäminen riittävän tarkasti on harjoituksen kautta saavutettava kliininen taito. Tärkeätä on sitoa alkoholiin liittyvät kysymykset vastaanotolla käsillä olevaan asiaa. Tämä yhdessä empaattisuuden kanssa luo pohjan luotettavalle anamneesille. Taitava haastattelija tunnistaa suurkulutuksen yleensä hyvin, vaikka aina se ei onnistu ensimmäisellä tapaamiskerralla. AUDIT-kyselyä voidaan käyttää haastattelun tukena. Haastattelu on kuitenkin ainoa tapa erotella eri suurkulutuksen luokat toisistaan (TAULUKKO 1).

On useita haastattelutapoja kartoittaa potilaan alkoholin käytön määriä. Joidenkin alkoholin käyttö on hyvin säännöllistä, ja niin sanotuilla määrä-tiheyskysymyksillä (Kuinka paljon yleensä juotte? Kuinka usein yleensä juotte?) päästään hyvään tarkkuuteen. Kyselyn tarkkuutta voidaan lisätä kysymällä eri juomalajien käyttömäärät (olut/siideri, viini ja väkevät juomat) (Feunekes ym. 1999). Kun potilas ei pysty vastaamaan määrä-tiheyskyselyyn, voidaan esimerkiksi käydä läpi viimeisen 2–4 viikon aikainen alkoholinkäyttö päivä päivältä kalenteria apuna käyttäen (Sobell ym. 1986). Tämä aloitetaan kysymällä, koska viimeksi potilas on juonut ja kuinka paljon, jonka jälkeen takautuvasti käydään läpi jokainen juomakerä. Toisena menetelmänä voidaan käyttää juomapäiväkirjaa, johon potilas merkitsee käyttämänsä alkoholimäärän tulevan 2–4 viikon aikana. Juomapäiväkirja on itsehavainnointiväline, jolla sinällään saattaa olla juomista vähentävä vaikutus.

Laboratoriokokeet eivät toimi riittävän hyvin alkoholin suurkulutuksen varhaisessa

YDINASIASAT

- ▶ Alkoholin suurkulutus voidaan jakaa riskijuomiseen, haitalliseen käyttöön ja alkoholiriippuvuuteen.
- ▶ Alkoholiin liittyvässä potilasneuvonnassa suurkulutuksen suositusrajojen lisäksi tulisi huomioida potilaan yksilöllinen tilanne.
- ▶ Haastattelu ja AUDIT-kysely (Alcohol Use Disorders Identification Test) ovat luotettavia tapoja selvittää potilaan alkoholin käyttöä.
- ▶ Joka kymmenes riskijuoja tai alkoholia haitallisesti käyttävä hyötyy lyhytneuvonnasta (mini-interventiosta).
- ▶ Motivoivalla haastattelulla vahvistetaan potilaan muutoshalukkuutta.

tunnistamisessa. Yksin käytettyinä seerumin desialotransferriini (CDT), gammaglutamyyliitransferaasi (GT) ja veren kuvan osana tulostuva punasolujen keskitilavuus (MCV) osoittavat vain noin kolmanneksen riskijoujista (Sillanaukea ym. 1998). Tämän takia niitä suositellaan käytettäväksi suurkulutuksen tunnistamisessa vain yhdessä kyselylomakkeiden ja haastattelun kanssa. CDT:n herkkyys tunnistaa alkoholiriippuvuutta on kuitenkin noin 80 %, ja vääriä positiivisia tuloksia tulee vain vähän (Alkoholiongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2005). Testejä voidaan myös käyttää kannustimina muutokseen. CDT-arvon puoliintumisaika on noin kaksi viikkoa, joten määritys sopii juomisen muutosten seuraamiseen hyvin. Laboratoriotestit voivat olla jossain määrin avuksi, mutta niillä ei voida luotettavasti erottaa riskijuomista, haitallista käyttöä ja alkoholiriippuvuutta toisistaan.

Riippuvuuden toteaminen. Riippuvuuden oireyhtymän kriteerit kuvaavat monimuotoista käyttäytymisen häiriintymistä. Periaatteessa on helppo kysyä, onko potilaalla niitä oireita, jotka tautiluokituksessa kuvataan. Eri yksilöillä oireet painottuvat kuitenkin eri tavoin.

Riippuvuuden diagnosoimista hankaloittaa se, että suurkulutus muodostaa jatkumon ja raja

eri luokkien välillä on sopimuksenvarainen. Lisäksi potilaat eivät aina kerro kaikkia alkoholin käyttöön liittyviä seikkoja. Riippuvuus

Lyhytneuvonnan vaikutuksesta keskimäärin 10 % suurkuluttajista palaa kohtuukäyttöön tai lopettaa kokonaan

on edelleen varsin jyrkästi stigmatisoitu, mikä osaltaan selittää, miksi selvästi alkoholiriip-

puvaisille potilaille ei toisinaan ole rohjetta asettaa diagnoosia.

Riippuvuuden diagnosointiin tarvittavan tiedon kerääminen vaatii usein aikaa ja useita tapaamisia. Joskus vasta läheisten kutsuminen mukaan vastaanotolle, ja aiempien sairauskerptomusten läpikäyminen varmistaa diagnoosin (Connors ja Maisto 2003). On selvää, että lievemmissä alkoholiriippuvuuden muodoissa diagnoosia ei useimmiten voida tehdä, jos potilas ei ole halukas asiaa tarkastelemaan. Potilaan haastattelu on keskeinen työväline diagnoosiin pääsemiseksi, ja ammattitaitoinen työryhmä voi omilla havainnoillaan vahvistaa lääkärin käsitystä.

Lyhytneuvonta

Lyhytneuvonnalla (mini-interventio) tarkoitetaan vastaanottokäynnin yhteydessä tapahtuvaa terveysneuvontaa. Se on terveydenhuollossa käytettävä alkoholin suurkulutuksen hoitomuoto. Sen kohderyhmä ovat riskijuojat ja alkoholia haitallisesti käyttävät. Alkoholiriippuvuudessa alkoholin käyttöä ohjaa pakonomaisuus eikä lyhytneuvonta yleensä ole riittävä hoitomuoto. Niille alkoholiriippuvaisille, jotka eivät ole halukkaita muuhun hoitoon, lyhytneuvonta voi lisätä motivaatiota hoitoon ja on siten perusteltua.

Vaikuttavuus. Terveydenhuollossa on tehty yli 40 lyhytneuvonnan tehoa selvittänyttä kontrolloitua tutkimusta. Niihin on osallistunut yli 10 000 alkoholin suurkuluttajaa ympäri maailmaa. Lyhytneuvonnan vaikuttavuus on todettu useissa katsauksissa ja meta-analyyseissä (Alkoholiongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2005, Kaner ym. 2007). Käypä hoito -suo-

situksen mukaan lyhytneuvonnan vaikutuksesta keskimäärin 10 % suurkuluttajista palaa kohtuukäyttöön tai lopettaa kokonaan (NNT 10) (Alkoholiongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2005). Hoitovaikutus näyttää säilyvän melko pitkään, ainakin 1–2 vuotta. Kymmenettuhannet suurkuluttajat kohtuullistaisivat juomisensa Suomessa, jos lyhytneuvontaa toteutettaisiin terveydenhuollossa laajasti.

Lyhytneuvonta on kustannusvaikuttavaa. Vuonna 2004 Suomessa tehtyjen laskelmien mukaan yhtä lyhytneuvonnan saanutta kohden kustannukset olivat 84–241 euroa (Seppä ym. 2004). Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan 1 000 dollarin sijoitus lyhytneuvontaan henkilökuntaa kouluttamalla ja työpanosta lisäämällä sai aikaan säästöjä 5 600 dollarin edestä ensiapukäyntien, sairaalapäivien, liikenneonnettomuuksien ja järjestyshäiriöiden vähenemisen ansiosta (Fleming ym. 2000). Säästöt jakautuivat siis terveydenhuollon lisäksi muille yhteiskunnan aloille.

Miten neuvoa tehokkaasti? Lyhytneuvonnan pituus on vaihdellut eri tutkimuksissa. Yhden tutkimuksen mukaan jopa vain viisi minuuttia kestävä neuvonta vähentää alkoholin käyttöä (WHO Brief Intervention Study Group 1996). Yleensä neuvontaan käytetään kuitenkin 10–15 minuuttia. Suositeltavaa on myös järjestää ainakin yksi seurantakäynti. Neuvonnan voi sovittaa tavanomaisten vastaanottokäyntien yhteyteen. Koska kyseessä ei ole alkoholiriippuvuus, tavoitteena on yleensä kohtuukäyttö lopettamisen sijaan.

Ei ole tiedossa, mikä tekee lyhytneuvonnasta tehokkaan hoitomuodon. Eri tutkimuksissa neuvonnan sisältö on vaihdellut, mutta niissä on myös yhteisiä piirteitä. Voidaan puhua vain periaatteista, joita käytetään soveltaen (TAULUKKO 2).

Keskeistä lienee neuvonnan ajoitus ja vuorovaikutuksen onnistuminen. Tärkeä tavoite on saada potilas kokemaan vuorovaikutus hyväksi. Mikäli alkoholista keskustelu näyttää hämmentävän potilasta liiaksi, voidaan asian käsittelyä siirtää tuonnemmaksi. Näin voidaan osoittaa empaattisuutta, jonka jälkeen potilas on yleensä valmiimpi keskustelemaan hänelle hankalista asioista. Joissakin tilanteissa voi myös avoimes-

TAULUKKO 2. Lyhytneuvonnan keskeinen sisältö

1. Selvitä alkoholin kulutus riittävän yksityiskohtaisesti.
2. Jos suurkulutuksen kriteerit ylittyvät:
Anna tilanteeseen sopivaa palautetta kertomalla juomisen vähentämisen vaikutuksista terveyteen.
Anna potilaan ottaa vastuu muutoksen tekemisestä ja luota häneen.
Anna suullista ja kirjallista tietoa alkoholiin liittyvistä terveyshaitoista.
Kannusta muutokseen.
Sovi tavoitteista yhdessä potilaan kanssa, esim. juomisen rajoittamisesta viikonloppuihin.
Ole empaattinen ja kunnioita potilaan valintoja.
3. Kirjaa tiedot.
4. Sovi 1–3 seurantakäyntiä.

ti kysyä, haluaako potilas keskustella enemmän alkoholiin liittyvistä kysymyksistä, ja toimia potilaan vastauksen mukaisesti. Ainakin puolet suurkuluttajista haluaa keskustella alkoholista (Aalto ja Sillanaukee 2000).

Lyhytneuvonnan keskeinen elementti on tiedon jakaminen. Jos lääkäri kykenee välttämään sen, että potilas tulkitsee alkoholista keskustelun moralistisena kannanottona, potilaat ovat yleensä hyvin kiinnostuneita alkoholin terveyshaitoista. Hyödyllistä on verrata alkoholia muihin elämäntapariskeihin. Usein tietoa jaetaan myös kirjallisesti esimerkiksi Vähennä vähäsen -oppaan muodossa (www.alkoholihjelma.fi).

Entä jos lyhytneuvonta ei auta?

Lyhytneuvonnan käyttöönotto on ollut melko hidasta (Seppä 2008). Ehkä tämän takia vielä ei ole juuri kiinnitetty huomiota siihen, miten toimia, jos lyhytneuvonta ei auta. Toistuvien lyhytneuvontojen merkitystä ei vielä tunneta. On viitteitä siitä, että neuvontakertojen lisääminen ei hyödytä (Aalto ym. 2000, Kaner ym. 2007).

Jos potilas on valmis työstimään asiaa, mutta lyhytneuvonta ei ole johtanut riittävään tulokseen, niin sanottu motivoiva haastattelu on suositeltava menetelmä (Miller ja Rollnick 2002, Holmberg 2008). Menetelmän käyttö vaatii kouluttautumista, mutta sen käyttäjän ei tarvitse olla päihdehoidon erityisosaaja. Menetelmää voidaan soveltaa myös muuhun ongelmakäyttäytymiseen. Motivoiva haastattelu on keskustelua hyödyntävä menetelmä, jonka tavoitteena on edistää potilaan motivaatiota

muutokseen. Kyseessä on lyhyt yleensä muutamia keskusteluja sisältävä interventio, mutta kerralla käytetään yleensä aikaa enemmän kuin lyhytneuvonnassa.

Motivaation voimistaminen tapahtuu siten, että tutkitaan suurkulutuksen ja potilaan tavoitteiden välistä ristiriitaa. Keinona ovat esimerkiksi kysymykset sekä alkoholin käytön että sen vähentämisen tai lopettamisen hyödyistä ja haitoista. Tarkoitus on, että potilas saadaan puhumaan itse muutoksen tarpeen puolesta. Tämän oletetaan vahvistavan motivaatiota. Motivoiva haastattelu vähentää alkoholin käyttöä erityisesti riskijuojilla, alkoholia haitallisesti käyttävillä ja lievästi alkoholiriippuvaisilla (Vasiliki ym. 2006).

Lopuksi

Suomessa arvioidaan olevan noin 500 000 alkoholin suurkuluttajaa (Halme ym. 2008). Osan näistä kykenee muuttamaan alkoholinkäyttöään tarvittaessa suhteellisen helposti. Osalla kysymys on tautiluokituksen määritelmän mukaisesta riippuvuudesta, joka on parhaiten ymmärrettävissä sairautena. On todennäköistä, että alkoholin suurkulutuksen varhainen tunnistaminen ja hoito ehkäisee vaikean riippuvuuden syntyä, vaikka tutkimusta asiasta ei liene ole tehty.

Päihdehoidon keskeinen haaste on hahmottaa alkoholin suurkulutuksen koko kirjo ja ottaa hoidon piiriin myös sen lievempiä muotoja. Tähän asti palvelujärjestelmässä on painotettu kohtuuttoman paljon erityistason päihdehoitoja. ■

KIRJALLISUUTTA

- Aalto M, Holopainen A. Ikääntyneiden alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen ja hoito. *Duodecim* 2008;124:1492–8.
- Aalto M, Pekuri P, Seppä K. Obstacles to carrying out brief intervention for heavy drinkers in primary health care: a focus group study. *Drug Alcohol Rev* 2003;22:169–73.
- Aalto M, Pekuri P, Seppä K. Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking: a patient perspective. *Drug Alcohol Depend* 2002;66:39–43.
- Aalto M, Saksanen R, Laine P, ym. Brief intervention for female heavy drinkers in routine general practice: a 3-year randomised, controlled study. *Alcohol Clin Exp Res* 2000;24:1680–6.
- Aalto M, Sillanaukee P. Compliance rate and associated factors for entering an alcohol brief intervention treatment programme. *Alcohol Alcohol* 2000;35:372–6.
- Aalto M, Tuunanen M, Sillanaukee P, Seppä K. Effectiveness of structured questionnaires for screening heavy drinking in middle-aged women. *Alcohol Clin Exp Res* 2006;30:1884–8.
- Alkoholiongelman hoito [verkkoversio]. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2005 [päivitetty 24.3.2005].
- Autti-Rämö I, Fagerlund Å, Korkman M. Miten tunnista sikiön alkoholivauriot? *Suom Lääkäril* 2008;63:501–6.
- Babor TF, Higgs-Biddle JC. Brief intervention for hazardous and harmful drinking. A manual for use in primary care. WHO 2001.
- Connors GJ, Maisto SA. Drinking reports from collateral individuals. *Addiction* 2003;98 Suppl 2:21–9.
- Feunekes GI, van 't Veer P, van Staveren WA, Kok FJ. Alcohol intake assessment: the sober facts. *Am J Epidemiol* 1999;150:105–12.
- Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Med Care* 2000;38:7–18.
- Halme JT, Seppä K, Alho H, ym. Hazardous drinking: prevalence and associations in the Finnish general population. *Alcohol Clin Exp Res* 2008;32:1615–22.
- Holmberg N. Addiktio. Kirjassa: Kähkönen S, Karila I, Holmberg N, toim. Kognitiivinen psykoterapia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2008, s. 293–308.
- Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, ym. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(2):CD004148.
- Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people for change. New York: Guilford press, 2002.
- Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction* 2003;98:1209–28.
- Reinert DF, Allen JP. The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcohol Clin Exp Res* 2007;30:185–99.
- Salaspuro M, Kiianmaa K, Seppä K, toim. Päihdelääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2003.
- Seppä K, Lappeteläinen V, Aalto M. Mitä maksaa? Alkoholin suurkuluttajan lyhyt-neuvonnan kustannus perusterveydenhuollossa. *Sosiaalilääk Aikakaus* 2004;41:3–9.
- Seppä KL, toim. Mini-intervention jalkautuminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö 2008:10.
- Sillanaukee P, Aalto M, Seppä K. Carbohydrate-deficient transferrin and conventional alcohol markers as indicators for brief-intervention among heavy drinkers in primary health care. *Alcohol Clin Exp Res* 1998;22:892–6.
- Sillanaukee P, Kiianmaa K, Roine R, Seppä K. Alkoholin suurkulutuksen kriteerit. *Suom Lääkäril* 1992;47:2919–21.
- Sobell MB, Sobell LC, Klajner F, Pavan D, Basian E. The reliability of a timeline method for assessing normal drinker college students' recent drinking history: utility for alcohol research. *Addict Behav* 1986;11:149–61.
- Tuunanen M, Aalto M, Seppä K. Binge drinking and its detection among middle-aged men using Audit, Audit-C and Audit-3. *Drug Alcohol Rev* 2007;26:295–9.
- Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol Alcohol* 2006;41:328–35.
- WHO Brief Intervention Study Group. A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. *Am J Public Health* 1996;86:948–55.

MAURI AALTO, dosentti, ylilääkäri
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos,
PL 30, 00271 Helsinki

SIDONNAISUUDET:

Ei sidonnanaisuuksia

Summary

Early recognition and therapy of heavy use of alcohol

Heavy use of alcohol can be divided into three groups: at-risk drinking, problem drinking and alcohol dependence. Advisory recommendations for limits of excessive use of alcohol are available. In patient care, the limits stated for heavy alcohol intake constitute only one aspect affecting clinical consideration. Interview and the AUDIT questionnaire (Alcohol Use Disorders Identification Test) are reliable means of elucidating the patient's alcohol usage. Persons at an early stage of heavy alcohol drinking should be subjected to mini-intervention during the medical consultation.