Alkoholi ja perusterveydenhuolto

# Riskikulutuksen varhainen tunnistaminen ja mini-interventio

## – hoitosuosituksen yhteenveto

PHEPA

Englanninkielinen alkuteos

Anderson, P., Gual, A., Colom, J. (2005).
Alcohol and Primary Health Care:
Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions.
Department of Health of the Government of Catalonia:
Barcelona.

Suomen oloihin sovellettu käännös

Kaija Seppä

Julkaisija Työterveyslaitos ja
Sosiaali- ja terveysministeriö,
Alkoholiohjelma

Ulkoasu Xavier Cañadell
Taitto Arja Tarvainen

ISBN (kirja) 951-802-693-9
(PDF) 951-802-694-7

Painopaikka Suomen Printman Oy, 2006

# PHEPA

## – Primary Health Care European Project on Alcohol

PHEPA-projekti on Euroopan komission ja Katalonian hallituksen terveysosaston rahoittama monikansallinen hanke. Hankkeen päämääränä on ollut edistää mini-intervention eli alkoholin suurkuluttajiin kohdennetun varhaisvaiheen neuvonnan tekemistä perusterveydenhuollossa. Päämäärän saavuttamiseksi hankkeessa on tuotettu nyt kädessäsi oleva hoitosuositus. Lisäksi hankkeen internetsivuilta (www.phepa.net) löytyy ajankohtaista tietoa aihepiiriin muun muassa yhteisistä tapaamisista ja kongresseista. Internetsivustosta löytyy myös kouluttamisen tueksi tehty käsikirja ja siihen liittyvä diasarja.

PHEPA-hankkeeseen on osallistunut 17 Euroopan maata; 12 partnerina ja viisi tarkkailijana. Partnereita ovat olleet Belgia, Espanja, Englanti, Hollanti, Italia, Irlanti, Portugali, Ranska, Ruotsi, Saksa, Suomi ja Tanska, tarkkailijoita Bulgaria, Puola, Slovenia, Tsekin tasavalta ja Unkari. Suomen virallinen partneri on ollut professori Kaija Seppä (TaY, STM). Asiantuntijajäseninä ovat olleet LT Mauri Aalto (KTL) ja LKT Martti Kuokkanen (TTL). Hankkeen internetsivuilta löytyvät kunkin mukana olleen maan yksityiskohtaiset toimet mini-intervention juurruttamiseksi oman maansa perusterveydenhuoltoon ja myös kunkin maan kohdalta laajasti tietoa maan alkoholioloista.

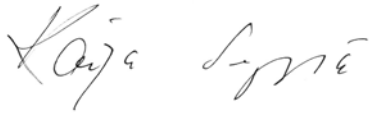
Suomessa mini-intervention juurruttamiseksi perusterveydenhuoltoon on pitkä historia niin tieteellisen tiedon kuin käytännön toiminnan tasolla. Mini-intervention tehoa on tutkittu kolmessa väitöskirjatasoisessa tutkimuksessa, ja erilaisia paikallisia hankkeita on ollut lukuisia. Pirkanmaalla on ollut tavoitteena mini-intervention juurruttaminen perusterveydenhuoltoon 1990-luvun alkupuolelta lähtien, ja Tampereen perusterveydenhuolto on ollut kohdealueena Suomen osallistuessa Maailman terveysjärjestön monikansallisen mini-interventiohankkeen IV vaiheeseen (www.who-alcohol-phaseiv.net). Työterveyshuollon piirissä on niin ikään toimittu pitkäjänteisesti toiminnan käynnistämiseksi ja tukemiseksi julkaisemalla muun muassa työterveyshuoltoa varten kehitetty toimintamalli ja kouluttamalla toimijoita valtakunnallisesti.

Valtioneuvoston periaatepäätökseen pohjautuen Suomen alkoholipolitiikan tavoitteena on muun muassa alkoholin riskikäytön ja siitä aiheutuvien haittojen merkittävä vähentäminen. Tuonti- ja hintasääntelyn mahdollisuuksien kavennuttua mini-interventioon on kohdistunut aikaisempaa enemmän

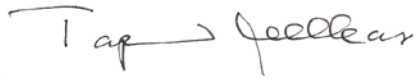
odotuksia. Toiminnan aktivoimiseksi sosiaali- ja terveysministeriö rahoittaa kahta merkittävää valtakunnallista mini-interventiohanketta, toinen perusterveydenhuollossa (VAMP) ja toinen työterveyshuollossa. Nämä hankkeet toimivat kiinteässä yhteistyössä keskenään ja Alkoholiohjelman kanssa. VAMP on Suomen edustaja PHEPA-hankkeessa. VAMP-hankkeen ohjausryhmä on myös PHEPA-hankkeen Suomen yhteistyöelin, jonka puheenjohtajana toimii johtaja Tapani Melkas (STM).

PHEPA-hankkeen loppuraportin ovat kirjoittaneet Peter Anderson, Antoni Gual ja Joan Colom (Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Department of Health of the Government of Catalonia, Barcelona 2005). Loppuraportin yhteenveto-osan Suomen oloihin sovellettu käännös on osa hankkeen edellyttämää yhteistyötä. Tämä suositus on yksityiskohtaisempi, mutta perussanomaltaan samansuuntainen kuin Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin alkoholiongelmaisen hoitoa koskevan Käypä hoito -suosituksen mini-interventio-osio. Toivomme näiden näyttöön perustuvien katsausten edistävän mini-interventiotoimintaa terveydenhuollon jokapäiväisenä työvälineenä ja täten johtavan päihteidenkäytön vähenemiseen potilaskunnassa.

Helsingissä toukokuussa 2006



Kaija Seppä
*Professori, Tampereen yliopisto*
*PHEPA-hankkeen Suomen partneri*



Tapani Melkas
*Johtaja, Sosiaali- ja terveysministeriö*
*PHEPA-hankkeen Suomen ohjausryhmän puheenjohtaja*

# Sisällys

Johdanto 4

Hoitosuosituksen valmistelu 4

Alkoholin kulutuksen ja alkoholihaittojen kuvaus 5

Alkoholi ja terveys 6

Riskikäytön tunnistaminen 7

Mini-intervention teho 8

Mini-intervention kustannukset ja kustannustehokkuus 9

Mini-interventio-ohjelmien juurruttaminen 10

Alkoholin aiheuttamien haittojen ja alkoholiriippuvuuden arviointi 11

Vieroitusoireiden hoito 11

Alkoholiriippuvuuden hoito 11

## Johdanto

Kaikista maailman alueista Euroopan unionissa on eniten alkoholia käyttäviä henkilöitä ja korkein väestömäärään suhteutettu alkoholin kulutus. Tupakan ja korkean verenpaineen jälkeen alkoholi on kolmanneksi suurin ennenaikaiselle kuolemalle ja sairaudelle altistava tekijä, joka ohittaa korkean kolesterolin ja ylipainon. Sen lisäksi, että alkoholi voi aiheuttaa riippuvuuden ja noin 60 erilaista sairautta ja vammaa, se on syynä merkittäviin sosiaalisiin, mielenterveydellisiin ja henkisiin haittoihin kuten rikoksiin ja perheväkivaltaan. Näistä koituu yhteiskunnalle mittavat kustannukset. Alkoholi vahingoittaa käyttäjänsä ohella hänen läheisiään kuten lapsia (unohtamatta syntymättömiä), muita perheenjäseniä ja rikosten, väkivallantekojen tai rattijuopumusten uhreja.

Perusterveydenhuollon tehtävänä on tunnistaa ja hoitaa potilaita, joiden terveyden alkoholinkulutus saattaa vaarantaa. Alkoholin käytöstä kysyminen ja mini-interventio mahdollistavat sen, että potilaille voidaan kertoa haitallisen alkoholinkäytön riskeistä. Tieto alkoholinkäytön määrästä ja tiheydestä saattaa johtaa potilaan vaivojen taustalla olevan todellisen diagnoosin löytymiseen. Tämä tieto voi myös havahduttaa lääkärin antamaan oikeanlaisia ohjeita potilaille, joiden alkoholin käyttö on saattanut haitata lääke- tai muuta hoitoa. Erityisen tärkeää tunnistamisessa ja mini-interventiossa on, että henkilöt, jotka eivät ole alkoholiriippuvaisia, saattavat vähentää tai lopettaa alkoholin juomisen, kun heitä sopivalla tavalla tuetaan.

Perusterveydenhuollon työntekijät kuitenkin usein pitävät potilaiden alkoholin käytöstä kysymistä ja mini-interventiota vaikeana. Syiksi on useimmiten mainittu ajan puute, riittämätön koulutus, pelko potilaiden loukkaantumisesta, kokemus, ettei mini-interventio sovellu perusterveydenhuollon työmuodoksi, ja usko siihen, etteivät alkoholiriippuvaiset hyödy interventioista.

## Hoitosuosituksen valmistelu

Tämän suosituksen tarkoituksena on koota näyttö alkoholin aiheuttamista haitoista ja siitä, miten hoitaa alkoholin riskikuluttajia perusterveydenhuollossa. Suositus sisältää myös kuvauksen alkoholiriippuvuudesta ja sen hoidosta, jotta perusterveydenhuollon työntekijät tietävät mitä tapahtuu, kun he lähettävät vaikeasti alkoholiriippuvaisia potilaita erikoissairaanhoitoon tai päihdehuoltoon.

Suosituksen ensisijainen tarkoitus on kertoa perusterveydenhuollon työntekijöille, mitä tiedetään eri hoitomuotojen tehosta alkoholin suurkuluttajien hoidossa. Suositus perustuu näytönastekatsauksiin ja suosituksen laadintaan nimetyn työryhmän kliiniseen kokemukseen. Ohjeet pohjautuvat hyvin suunniteltuihin tutkimuksiin. Jos tällaisia tutkimuksia ei ole, ohjeet perustuvat parhaaseen käytännön kokemukseen.

## Alkoholin kulutuksen ja alkoholihaittojen kuvaus

Alkoholin kulutus voidaan ilmoittaa grammoina tai juotujen vakioannosten (drinkkien) määränä. Suomessa drinkki sisältää noin 12 grammaa absoluuttista alkoholia; muualla Euroopassa drinkin koko on tavallisesti 10 grammaa.

Alkoholin varhaisvaiheen riskikulutuksella tarkoitetaan sellaista alkoholin käyttömäärää tai juomatapaa, joka jatkuessaan saattaa johtaa alkoholihaittoihin. Varhaisvaiheen riskikulutus (hazardous drinking) on Maailman terveysjärjestön (WHO) työnimi kulutukselle, joka naisella on yli 20 grammaa ja miehellä yli 40 grammaa absoluuttista alkoholia päivässä. Eri maissa omaksutut varhaisen riskikulutuksen neuvontarajat vaihtelevat jonkin verran. Suomessa yleisesti käytössä ovat naisille raja 190 g (16 annosta) ja miehille 280 g (24 annosta) viikossa.

Haitallisella alkoholin kulutuksella tarkoitetaan juomatapaa, joka on aiheuttanut fyysisen tai psyykkisen terveyshaitan. Humalajuomisella, johon liittyy erityisiä terveysriskejä, tarkoitetaan kerralla juotua, vähintään 60 gramman alkoholimäärää (naisilla määrä on pienempi ja miehillä suurempi; Suomessa yleisesti käytössä ovat rajaukset naisille $\geq$ 5 annosta ja miehille $\geq$ 7 annosta).

Alkoholiriippuvuus on fysiologisiin, kognitiivisiin ja käyttäytymistoimintoihin liittyvä ilmiörypäs, jolloin alkoholi muodostuu henkilön elämässä tärkeämmäksi kuin ne käyttäytymisen muodot, jotka aikaisemmin olivat tärkeitä.

Geeneillä on merkitystä alkoholin haitallisen käytön ja alkoholiriippuvuuden ilmaantumisessa siten, että jotkut niistä lisäävät, mutta toiset pienentävät riskiä. Geenien ja ympäristötekijöiden välillä on yhteys, ja sellaisilla henkilöillä, jotka juovat runsaasti alkoholia sekä elävät ympäristössä, missä alkoholin kulutus on runsasta, on suurin riski saada alkoholiehtoinen sairaus. Kaikilla kulutuksen tasoilla naisilla näyttäisi olevan miehiä suurempi komplikaatioriski; riskin määrä vaihtelee komplikaation tyypin mukaan.

Tämä johtuu etupäässä naisten pienemmästä koosta sekä jossain määrin myös naisten miehiä pienemmästä elimistön vesipitoisuudesta. Kun verrataan alempaan sosioekonomiseen luokkaan kuuluvia miehiä muihin miehiin, jopa neljännes lisääntyneestä kuolemanriskistä saattaa selittyä alkoholinkulutuksella.

Kohtuukäyttö, varhainen suurkulutus, haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus ovat jatkumo. Yksittäinen tila ei ole pysyvä, vaan ihmiset voivat elämänsä aikana siirtyä jatkumolla tilasta toiseen.

## Alkoholi ja terveys

Alkoholi lisää monien sosiaalisten haittojen riskiä annosriippuvaisessa suhteessa. Mitään kynnysarvoa ei ole todettu olevan: mitä suurempi kulutus on, sitä suurempi on myös riski. Juojan muille aiheuttamat haitat vaihtelevat pienestä epämukavuudesta, kuten yöunen häiriintyminen, avio-ongelmiin, lasten pahoinpitelyyn, rikoksiin, väkivaltaan ja pahimmillaan henkirikoksiin. Mitä vakavampi rikos tai vamma on, sitä todennäköisemmin yleensä alkoholi on mukana. Muille aiheutetut haitat ovat vahva syy puuttua alkoholin riskikäyttöön.

Alkoholi aiheuttaa vammoja, mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöitä, maha-suolikanavan oireita, syöpiä, sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksia, immunologisia häiriöitä, tukirankaperäisiä sairauksia, hedelmällisyyteen liittyviä ongelmia ja syntymättömään lapseen kohdentuvia haittoja. Alkoholi lisää näitä haittoja annosriippuvaisesti, ilman kynnysarvoa: mitä suurempi on alkoholin kulutus, sitä suurempi on riski.

Pieni alkoholin kulutus vähentää sepelvaltimotaudin riskiä, vaikka edelleen keskustellaan muutoksen suuruudesta ja tähän tarvittavasta alkoholimäärästä. Hyvät tutkimukset, joissa on huomioitu muut mahdollisesti vaikuttavat tekijät, ovat päätyneet varsin pieneen riskin pienenemään ja pienillä alkoholimäärillä. Suurin riskin pieneneminen saavutetaan juomalla keskimäärin 10 grammaa absoluuttista alkoholia joka toinen päivä; määrän ylittäessä 20 grammaa päivässä sepelvaltimotaudin riski suurenee, joskin edellä kuvatut rajaukset vaihtelevat sukupuolen, iän ja yksilöllisten riskien mukaan. Näyttää siltä, että riskin pieneneminen ei aiheudu mistään erityisestä juomalaadusta, vaan alkoholista itsestään. Runsas juominen kerralla lisää rytmihäiriöiden ja äkillisen sydänkuoleman riskiä.

Alkoholin aiheuttaman kuoleman riski tasapainottelee alkoholin aiheuttamien sairauksien ja vammojen sekä alkoholin pienentämän sepelvaltimotautiriskin välillä. Lukuun ottamatta iäkkäitä ihmisiä pieneenkin alkoholin käyt-

töön liittyy riski. Alle 65-vuotiaille naisilla pienin riski liittyy täysraittiuteen. Vähintään 65-vuotiailla naisilla riski on pienin, jos päivittäinen alkoholin käyttö on vähemmän kuin 5 grammaa absoluuttista alkoholia. Alle 35-vuotiailla miehillä pienin riski liittyy täysraittiuteen. Keski-ikäisten miesten riski on pienin, jos kulutus on noin 5 grammaa absoluuttista alkoholia päivässä ja 65-vuotiailla tai iäkkäämmillä 10 grammaa päivässä.

Terveys kohentuu käytön vähentyessä tai loppuessa kokonaan. Akuutit riskit häviävät täysin käytön loppuessa. Jopa krooniset alkoholisairaudet, kuten maksakirroosi tai alkoholin käyttöön liittyvä masentuneisuus, usein lieventyvät nopeasti käytön vähetessä tai loppuessa.

Koska alkoholi aiheuttaa erittäin lukuisan määrän fyysisiä tai psyykkisiä ongelmia annosriippuvaisessa suhteessa, on perusterveydenhuollon toimijoilla mahdollisuus tunnistaa ne henkilöt, joiden alkoholin kulutus aiheuttaa riskejä. Perusterveydenhuollossa hoidetaan useita yleisiä fyysisiä ja psyykkisiä oireita ja sairauksia. Siksi on tärkeää selvittää alkoholin mahdollinen osuus näihin. Erityisen tärkeää on pyrkiä vähentämään muille ihmisille koituvia haittoja.

## Riskikäytön tunnistaminen

Todellinen ennaltaehkäisevä lähestymistapa merkitsee, että kaikilta aikuispotilailta kysytään alkoholin käyttöä, myös humalajuomista. Jos näin ei voida toimia, voi kysymisen mahdollisesti kohdentaa johonkin riskiryhmään (esim. nuorten ja keski-ikäisten miesten ryhmät) tai kysyä alkoholin käyttöä joissain tietyissä tilanteissa. Ei ole tutkimustietoa siitä, miten usein kysyminen kannattaisi toistaa. Ellei ole erityistä kliinistä syytä tehdä toisin, ei kysymistä kannata toistaa tiheämmin kuin kerran neljässä vuodessa.

Yksinkertaisinta on kysyä alkoholin käyttömääriä. Maailman terveysjärjestön (WHO) AUDIT- testin (Alcohol Use Disorders Identification Test) kolmesta ensimmäisestä kysymyksestä (AUDIT-C), jotka kehitettiin riskikäytön tunnistamiseksi perusterveydenhuollossa, on luotettavaa tutkimustietoa. Ensimmäinen kysymys selvittää juomisen tiheyttä, toinen tyypillisenä juomispäivänä juodun alkoholin määrää ja kolmas humalajuomisen tiheyttä. Varhaisen riskikäytön tunnistaminen toimii parhaiten, kun se on rutiiniluonteinen osa normaalia kliinistä toimintaa. Tämä merkitsee kysymistä esimerkiksi kaikilta uusilta potilailta heidän tullessaan vastaanotolle, kaikilta terveystarkastukseen tulijoilta ja kaikilta 18–44-vuotiailta vastaanotolle tulevilta miehiltä. Ei ole näyttöä siitä, että systemaattinen kysyminen kaikilta johtaisi ei-toivottuihin seuraamuksiin, kuten potilaiden kiusaantumiseen tai tyytymättömyyteen.

Miespotilaiden, joiden AUDIT-C-pistemäärä on 5 tai enemmän tai joiden alkoholin kulutus on vähintään 280 grammaa absoluuttista alkoholia viikossa, ja naispotilaiden, joiden AUDIT-C pistemäärä on vähintään 4 tai jotka juovat 190 grammaa tai enemmän absoluuttista alkoholia viikossa, olisi täytettävä koko AUDIT-lomake asian perusteellisemmaksi selvittämiseksi.

Biokemiallisia laboratoriokokeita, joiden avulla pyritään tunnistamaan alkoholin riskikäyttö, ovat muun muassa maksaentsyymit (esim. seerumin γ-glutamyylitransferaasi (GGT) ja aminotransferaasit), niukkahiilihydraattinen transferriini (CDT) ja punasolujen keskitilavuus (MCV)). Nämä testit eivät ole hyödyllisiä seulonnassa, koska huonon herkkyyden takia niillä pystytään tunnistamaan vain pieni osa varhaisvaiheen suurkuluttajista.

## Mini-intervention teho

Näyttöön perustuen suositellaan, että perusterveydenhuollossa annettaisiin mini-interventio niille miespotilaille, joiden AUDIT-pistemäärä on 8–15 tai joiden viikoittainen alkoholin kulutus on vähintään 280 grammaa absoluuttista alkoholia viikossa, sekä naispotilaille, joiden AUDIT-pistemäärä on 8–15 tai joiden viikoittainen alkoholin kulutus on vähintään 190 grammaa absoluuttista alkoholia viikossa. AUDIT-pistemäärä 8–15 yleensä, joskaan ei aina, merkitsee, ettei potilaalla ole alkoholihaittoja tai riippuvuutta. Mini-interventio voi sisältää seuraavanlaisia osioita:

- palautteen antaminen siitä, että potilaan juomamäärät ovat niin suuret, että hän on riskikäyttäjä
- tiedon antaminen siitä, millaisia riskejä tällaisen juomisen jatkuminen saattaa aiheuttaa
- tavoitteen asettaminen juomisen vähentämiseksi
- neuvonta riskirajoista juomisen vähentämiseksi alle 280 grammaan viikossa miehille ja alle 190 grammaan naisille
- rohkaisu, että riskikäyttö ei tarkoita riippuvuutta ja että on mahdollista tässä vaiheessa muuttaa juomatapoja.

Perusteellisempi mini-interventio olisi annettava potilaille, joiden AUDIT-pistemäärä on 16–19. Vaikka alkoholiriippuvuuden kriteerit tässä ryhmässä täyttyvät joidenkin potilaiden kohdalla, voivat he silti hyötyä perusteellisesta mini-interventiosta. Perusteellinen mini-interventio voi sisältää seuraavanlaisia osioita:

- mini-interventio kuten yllä
- arviointi ja neuvonnan räätälöinti muutosvaiheen mukaisesti siten, että potilaan ollessa esiharkintavaiheessa neuvonnan olisi hyvä olla pääasiassa palautetta potilaan muutosmotivaation lisäämiseksi

- jos potilas jo on harkinnut muutosta (harkintavaihe), neuvonta voisi sisältää keskustelua vähentämisen hyödyistä, odotettavissa olevista haitoista, jos juominen jatkuu ennallaan, ja keinoja, miten onnistua vähentämisessä
- jos potilas on toimintavaiheessa, voidaan sopia tavoitteista, tukea sitoutumista muutokseen ja sopia seurannasta
- seuranta, johon alusta asti sisällytetään tuen ja palautteen antaminen sekä apu realististen tavoitteiden asettamisessa, saavuttamisessa ja ylläpitämisessä. Jos potilaalla on usean kuukauden ajan vaikeuksia saavuttaa tai ylläpitää tavoitteitaan, olisi harkittava potilaan lähettämistä päihdepotilaiden hoitoon erikoistuneeseen yksikköön.

Kestoltaan 10–15 minuutin pituiset mini-interventiot ovat perusterveydenhuollon ympäristössä tehokkaita keinoja vähentää varhaisvaiheen alkoholin riskikäyttöä. Jotta yksi potilas hyötyisi, on neuvonta annettava kymmenelle. Tulos on parempi kuin neuvottaessa perusterveydenhuollossa tupakoitsijoita: jotta yksi hyötyisi, on neuvonta annettava 20 tupakoitsijalle. Annos-vaikutussuhteesta on vähän tutkimuksia, ja näyttää siltä, ettei tehokkaampi neuvonta ole parempi kuin mini-interventio. Teho säilyy varmasti ainakin vuoden ja mahdollisesti jopa neljä vuotta.

Mini-interventio näyttää olevan yhtä tehokas sekä miehille että naisille, nuorille ja vanhoille. Teho on paras, kun ongelmat ovat lieviä. Nykytiedon mukaan interventiot raskauden aikana ovat teholtaan heikkoja.

Ei ole olemassa näyttöä siitä, että mini-interventio johtaisi ei-toivottuihin seuraamuksiin kuten potilaiden kiusaantumiseen tai tyytymättömyyteen.

## Mini-intervention kustannukset ja kustannustehokkuus

Jos yleislääkäri tekisi EU:n alueella mini-intervention 1000 potilaalle, tämä aiheuttaisi arviolta keskimäärin 2200 € vuosikustannuksen. On myös arvioitu, että jos sairastuvuuden ja kuolleisuuden vähentämiseksi sijoitettaisiin 1900 € vuodessa, niin kaikista haitallisen alkoholinkäytön vähentämiseen tarkoitetuista keinoista mini-interventio on yksi edullisimmista lääketieteellisistä, terveyden ylläpitämiseen tähtäävistä toimista. Toisin sanoen mini-intervention käyttöönotosta perusterveydenhuollossa saataisiin paras hyöty kohdeväestölle, kun sitä verrataan miltei mihin tahansa muuhun noin kymmenen minuuttia kestävään toimintaan.

## Mini-interventio-ohjelmien juurruttaminen

Tuen tarjoaminen ja ammatillinen jatkokoulutus ovat välttämättömiä perusterveydenhuollon työntekijöiden työskennellessä alkoholiongelmaisten potilaiden kanssa. Tukea antavassa työympäristössä työskentelevät yleislääkärit suhtautuvat myönteisemmin työskentelyyn alkoholiongelmaisten kanssa ja hoitavat enemmän potilaita verrattuna muihin lääkäreihin.

Koulutus ja tuki on todettu hyödyllisiksi. Yhden vastaanotolle suuntautuneen koulutuskäynnin ja puhelimitse tapahtuvan tuen on todettu lisäävän tunnistamis- ja mini-interventioaktiviteettia miltei puolella, kun taas pelkällä hoitosuositusten lähettämisellä ei ole juurikaan todettu olevan tehoa. Koulutuksen antaminen ja vastaanotoille jaettava tukimateriaali ovat yhtä tehokkaita, mutta näiden yhdistäminen lisää aktiviteettia enemmän kuin jompi kumpi yksinään. Tuen intensiteetti ei välttämättä ole suhteessa toiminnan aktivoitumiseen.

Tuesta ei ole tehoa tai se voi jopa pitkällä aikavälillä osoittautua haitalliseksi, ellei se ole mukautettu yleislääkäreiden tarpeisiin ja asenteisiin. Jotta yleislääkäreiden kokemus ja tehokkuus hoitaa alkoholiongelmaisia potilaita lisääntyisi, tarvitaan koulutusta, käytännön harjoittelua sekä tukea antava työympäristö lisäämään sitoutumista ja luottamusta omiin taitoihin. Helposti saatavissa olevat päihdehuollon erityispalvelut saattavat lisätä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työntekijöiden aktiivisuutta, koska tällöin ongelmallisissa tilanteissa on konsultaation ja eteenpäin lähettämisen mahdollisuus.

Koska mini-interventio on todettu tehokkaaksi ja kustannustehokkaaksi, terveydenhuollon rahoittajien olisi taattava perusterveydenhuoltoon tähän toimintaan tarvittava rahoitus. On laskettu, että mini-intervention laajaalainen juurruttaminen EU:n alueen perusterveydenhuoltoon siten, että 25 % riskiväestöstä tavoitettaisiin, vähentäisi alkoholin aiheuttamia ennenaikaisia kuolemia ja vammautumisia 9 %:lla ja aiheuttaisi vain 800 000 €:n vuosikustannukset. PHEPA-hanke on kehittänyt työvälineen riskijuojille tarjottavien palveluiden riittävyyden arvioimiseksi perusterveydenhuollossa (www.phepa.net).

## Alkoholin aiheuttamien haittojen ja alkoholiriippuvuuden arviointi

Alkoholin riskikäyttäjät, joilla on kliininen epäily alkoholin käyttöön liittyvästä haitasta tai jotka ovat alkoholiriippuvaisia, voivat hyötyä tarkemmasta arvioinnista. WHO:n kyselylomake AUDIT on ensisijainen työväline. Jos AUDIT-pistemäärä on 20 tai enemmän, se merkitsee alkoholiriippuvuutta ja potilas on mahdollisesti lähetettävä erityisyksikköön tarkempaa diagnostiikkaa ja hoitoa varten. Alkoholiriippuvuus voidaan diagnosoida käyttäen WHO:n ICD-10 diagnostisia kriteereitä. Niitä on kuusi, ja jos vähintään kolme niistä täyttyy, kyseessä on alkoholiriippuvuus. Suurentunut GGT ja aminotransferaasit, CDT ja MCV, johtuvat tavallisimmin alkoholista. Koska nämä kokeet usein otetaan biokemiallisen testaamisen yhteydessä, kliinikon olisi suurentuneiden arvojen kohdalla huomioitava alkoholin riskikulutuksen mahdollisuus.

## Vieroitusoireiden hoito

Fyysisesti alkoholiriippuvaiset henkilöt saavat vieroitusoireita 6–24 tuntia viimeisen alkoholiannoksen nauttimisesta. Diatsepaamia suositellaan ensisijaiseksi lääkkeeksi sen suhteellisen pitkän puoliintumisajan ja hyvän tehon vuoksi. Vakiintunut hoito sisältää diatsepaamia säännöllisesti annosteltuna kahdesta kuuteen päivään, muttei tämän jälkeen bentsodiatsepiiniriippuvuuden kehittymisen estämiseksi.

## Alkoholiriippuvuuden hoito

Jotkut alkoholiriippuvaiset henkilöt selviävät ilman apua, eivätkä kaikki alkoholiriippuvaiset tarvitse erikoishoitoja, vaikka useille hoidot ovat välttämättömiä. Alkoholiriippuvainen henkilö voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa, jos

- hän suostuu lopettamaan alkoholin käyttönsä siitä huolimatta ettei pidä itseään alkoholiriippuvaisena
- hän kieltäytyy lähtemästä muuhun hoitopisteeseen
- hänellä ei ole vakavia psyykkisiä, fyysisiä tai sosiaalisia alkoholihaittoja.

Alkoholiriippuvainen potilas on lähetettävä erityisyksikköön, jos

- aikaisemmat hoitoyritykset ovat epäonnistuneet
- hänellä on vaikeita komplikaatioita
- hänellä on odotettavissa keskivaikea tai vaikea vieroitusoireyhtymä
- hänellä on jokin muu vakava sairaus tai kaksoisdiagnoosi tai
- perusterveydenhuollon hoitotiimi ei pysty häntä auttamaan.

Erityishoidot sisältävät käyttäytymisterapeuttisia lähestymistapoja ja lääkehoidon. Sosiaalisten taitojen opetteleminen, yhteisövahvistusohjelma ja perheterapia ovat eräitä tehokkaimmista terapiamuodoista etenkin, kun ne korostavat yksilön kykyä lopettaa juominen tai vähentää sitä opettelemalla itsehallinnan keinoja, lisäämällä motivaatiota ja vahvistamalla potilaalle annettavaa tukea. Akamprosaatti, disulfiraami ja opiaattiantagonisti naltreksoni ovat myös tehokkaita. Kouluttaminen, kovistelu, pelottelu ja keinot, jotka pyrkivät lisäämään ymmärrystä alkoholiriippuvuuden luonteesta tai sen syistä, kuten myös pakollinen osallistuminen AA-ryhmiin ovat tehottomia. On vain vähän näyttöä siitä, että hoitotulos paranee, jos potilaalle pyritään löytämään hänelle parhaiten sopiva hoitomuoto.

Ei tiedetä, millainen olisi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen paras toimintamalli, vaikka näiden organisaatioiden integroiminen näyttäisi johtavan parempiin hoitotuloksiin kuin jos ne toimivat toisistaan erillään. Seuranta saattaa vähentää retkahduksia. Täten perusterveydenhuollon on tärkeää ylläpitää kontaktia potilaisiin silloin, kun alkoholiongelman takia erityispalveluissa hoidetut alkoholiriippuvaiset potilaat on kotiutettu eikä kontaktia erityispalveluihin enää ole.

Valtioneuvoston periaatepäätökseen pohjautuen Suomen alkoholipolitiikan tavoitteena on muun muassa alkoholin riskikäytön ja siitä aiheutuvien haittojen merkittävä vähentäminen. Tuonti- ja hintasääntelyn mahdollisuuksien kavennuttua mini-interventioon on kohdistunut aikaisempaa enemmän odotuksia. Koska alkoholi aiheuttaa erittäin lukuisan määrän fyysisiä tai psyykkisiä ongelmia annosriippuvaisessa suhteessa, on perusterveydenhuollon toimijoilla mahdollisuus tunnistaa ja hoitaa henkilöitä, joiden alkoholin kulutus aiheuttaa riskejä.

Alkoholi ja perusterveydenhuolto: Riskikulutuksen varhainen tunnistaminen ja mini-interventio – hoitosuosituksen yhteenveto on Suomen oloihin sovellettu käännös PHEPA (Primary Health Care European Project on Alcohol) -hankkeen loppuraportin yhteenveto-osasta.

Tämän suosituksen tarkoituksena on koota näyttö alkoholin aiheuttamista haitoista ja siitä, miten hoitaa alkoholin riskikuluttajia perusterveydenhuollossa. Suositus sisältää myös kuvauksen alkoholi-riippuvuudesta ja sen hoidosta perusterveydenhuollon, erikois-sairaanhoidon ja päihdehuollon sujuvan yhteistyön edistämiseksi..

ISBN (kirja) 951-802-693-9
(PDF) 951-802-694-7

59.241
59.567

Alkoholi-ohjelma 2004–2007

PHEPA

Työterveyslaitos