

ALKOHOLIN SUURKULUTTAJIEN PREVALENSSI JA TUNNISTAMINEN KAUPUNKITERVEYSASEMALLA

KOKEMUKSIA LAHTI-PROJEKTISTA

JOHDANTO

Alkoholin suurkulutus on mittava kansanterveydellinen ongelma. Suomessa on laskutavasta ja rajauksena käytetystä alkoholimäärästä riippuen arvioitu olevan 200 000–600 000 alkoholin suurkuluttajaa (mm. Simpura 1985; Sillanaukee & al. 1993a). Alkoholin aiheuttamien sairauksien suorat sairaalahoitokustannukset arvioidaan noin puoleksi miljardiksi markaksi vuodessa. Sama summa kuuluu alkoholisairauksien ja alkoholin käytöstä aiheutuneiden vammojen perusteella maksettaviin työkyvyttömyyseläkkeisiin ja sairauspäivärahoihin (Salomaa 1993). Kaiken kaikkiaan alkoholin käytön kokonaishaittakus-

—
Kiitämme Lahden kaupunkia, sosiaali- ja terveysvirastoa ja kansanterveystyön johtavaa lääkäriä Hannu Hyväristä Lahti-projektin suurkuluttajien interventio terveydenhuollossa -tutkimuksen edistämisestä ja Launeen terveyskeskuksen koko henkilökuntaa saamastamme avusta. Suurkuluttajien interventio terveydenhuollossa -tutkimuksen organisoivat projektityöryhmä koostui seuraavista jäsenistä: Pekka Sillanaukee (puh.joht.), Ritva Teräväinen (sihteeri), Raija Forsström, Margit Kainlauri, Markku Kiviluoto, Marja-Leena Kyllönen, Pirkko Laine, Pekka Mattila, Heikki Mustonen, Sirkka-Liisa Mäkelä, Hannu Pulkkinen, Jaakko Ripatti, Mia Raikaa, Kirsti Ruuth, Ritva Salminen ja Marja-Leena Silkkari.

Lisäksi kiitämme teknisestä avusta Tuula Mäkelää ja Arja Mikkelistä.

tannukset on arvioitu yli 10 miljardiksi markaksi vuonna 1990, kun välittömien kustannusten lisäksi myös tuotantomienetykset otetaan huomioon (Salomaa 1993).

Alkoholiongelma on usein vaikeasti havaittavissa etenkin potilailla, jotka eivät ole valmiita myöntämään ongelmaansa. Vain kolmasosalla potilaista arvioidaan olevan selvä alkoholiriippuvuus, ja muilla ongelma peittyi erilaisten oireiden ja löydösten taakse. Tästä syystä alkoholia liikaa käyttävien potilaiden tunnistaminen on tärkeä mutta vaatelias tehtävä terveydenhuollolle. Lääkärin haastattelu on tunnistamisen perusta (Poikolainen 1994). Haastattelussa voidaan käyttää apuna strukturoituja kyselylomakkeita kuten neljän kysymyksen CAGE-testiä (Mayfield & al. 1974). Kliininen tutkimus ja laboratoriolöydökset tarkentavat osaltaan alkoholin suurkuluttajan tunnistamista (Saunders & Conigrave 1990).

Terveydenhuollon palvelujen käytöstä ei alkoholin suurkuluttajien osalta ole tarkkaa tietoa. Ulkomaisten arvioiden mukaan yleis- ja psykiatrisiin sairaaloihin hakeutuvista potilaista 10–30 prosentilla on alkoholiongelma (Taylor & al. 1986; Moore & al. 1989). Tampereen yliopistollisessa sairaalassa vuonna 1992 tehdyssä yhden vuorokauden kestäneessä kartoituksessa jokainen yli 16-vuotias potilas sai täytettäväkseen alkoholin käyttöä kysyvän lomakkeen (Seppä & Mäkelä 1993).

Mahdollinen suurkulutus määriteltiin itse ilmoitetun alkoholin kulutuksen (≥ 280 g miehillä ja ≥ 140 g naisilla), CAGE-testin (≥ 3 miehillä ja ≥ 2 naisilla) ja lääkärin arvion perusteella. Tutkimuksen perusteella prevalenssiksi erikoissairaanhoidossa saatiin 27 prosenttia miehillä ja 11 prosenttia naisilla.

Suurkuluttajien prevalenssista perusterveydenhuollossa on ulkomailla tehty muutama tutkimus. Englannissa ja Skotlannissa noin 63 000:lle yleislääkärin vastaanotolla käyneelle potilaalle tehdyssä elämäntapakyselytutkimuksessa 12 prosenttia miehistä ja 3 prosenttia naisista luokiteltiin suurkuluttajaksi. Suurkulutuksen raja oli 315 g/viikko miehille ja 190 g/viikko naisille (Wallace & al. 1987). Norjassa noin 400 perusterveydenhuollon lääkäriltä kysyttiin lähes 3 500:sta yli 15-vuotiaasta potilaasta, tiesivätkö tai epäilivätkö he, että 1) alkoholi oli merkittävästi vaikuttanut potilaan terveyteen tai että 2) alkoholi oli ainakin osittain syy lääkärissä käyntiin tai että 3) potilas kävi vastaanotolla toisen henkilön alkoholiongelman vuoksi. Ensimmäiseen kysymykseen lääkärit antoivat varman tai epäilevän vastauksen 9,3 prosentista potilaista. Miesten osuus (17 %) oli suurempi kuin naisten (4,6 %). Toiseen kysymykseen lääkärit antoivat myönteisen vastauksen 4,0 prosentilla potilaista; osuudet olivat tällöin 7,4 prosenttia miehillä ja 1,7 prosenttia naisilla. Kaikkiaan lääkäri oli antanut epäilevän tai varman positiivisen vastauksensa johonkin kolmesta kysymyksestä 11 prosentista potilaista; heistä oli miehiä 18 prosenttia ja naisia 7,0 prosenttia. Ongelmat olivat yleisimpiä 40–49-vuotiaiden miesten ryhmässä. Heistä noin joka neljännellä oli alkoholiin liittyvä ongelma. Potilailta itseltään kysytyessä 5 prosenttia kertoi alkoholin syyksi lääkärissäkäyntiin (Bruusgard & al. 1984).

Perusterveydenhuollon osalta Suomessa ei ole vastaavia selvityksiä. Kuitenkin perusterveydenhuolto olisi luonteva paikka alkoholin suurkulutuksen varhaiseksi toteamiseksi ja mini-intervention toteuttajaksi (Sillanaukee & al. 1994a). Suomessa 75 prosenttia potilaan

ja lääkärin kontakteista tapahtuu perusterveydenhuollossa (Terveystieteiden tutkimuskeskus 1987). Lisäksi suurkulutuksesta aiheutuvien oireiden kirjo on laaja, joten yleislääkäri on todennäköinen ensikontakti terveydenhuollossa. Edelleen potilaat myöntävät yleensä vastamaan hyvin yleislääkärin tekemiin tiedusteluihin alkoholin käytöstä ja muista terveyden riskitekijöistä (Wallace & Haines 1984).

Lahti-projekti on Alkon (Alkoholipoliittinen tutkimuslaitos, Biolääketieteen osasto, Alkoholipoliittinen suunnittelu- ja tiedotusosasto) ja Lahden kaupungin välinen yhteistyöprojekti, joka tähtää päihdehaittojen vähentämiseen paikallistasolla. Lahti-projekti on hyväksytty WHO:n Euroopan aluetoimiston malliprojektiksi. Projekti jakautuu erilaisiin itsenäisiin osaprojekteihin. Suurkuluttajien interventio terveydenhuollossa -osaprojektissa pyritään tunnistamaan ja mini-intervention keinoin hoitamaan perusterveydenhuollon palveluja käyttäviä alkoholin suurkuluttajia (Sillanaukee 1993). Samalla on tarkoitus kartoittaa erilaisten laboratorio-osoittimien ja kyselytestien käyttökelpoisuutta suurkulutuksen tunnistamisessa ja hoitomotivaation lisäämisessä.

Arvioitaessa perusterveydenhuollon mahdollisuuksia toteuttaa alkoholin suurkuluttajien mini-interventioita on tärkeää selvittää alkoholin suurkuluttajien määrä. Siksi tässä tutkimuksessa keskityttiin, osana suurkuluttajien interventio terveydenhuollossa -osaprojektia, kartoittamaan mahdollisimman laajasti erään kaupunkiterveyskeskuksen 20–60-vuotiaat mies- ja naisuurkuluttajapotilaat kirjallisen kyselyn, haastattelun ja kliinisen tutkimuksen perusteella.

POTILAAT JA MENETELMÄT

Tutkimuksessa selvitettiin Lahdessa Launeen terveysasemalla helmi–syyskuussa 1993 käyneiden potilaiden alkoholin käyttöä. Selvitys koski kaikkia tänä ajanjaksona terveysasemalla käyneitä 20–60-vuotiaita potilaita.

Lahtelaisten terveydentila ja terveystalvelujen käyttö on samanlaista kuin muuallakin maassa. Launeen terveysaseman alueella asuu 23 600 henkilöä. Väestökyselyn perusteella 51 prosenttia heistä käyttää vuoden aikana terveysasemansa lääkäripalveluja. Tämä on selvästi enemmän kuin muissa Lahden kaupunginosissa (muiden keskiarvo 41 %). Kuitenkin esimerkiksi pitkäaikaissairastavuus ja psyykinen oireilu eivät olleet Launeella sen yleisempiä kuin muualla kaupungissa. Työttömiä ja lomautettuja oli Lahdessa satunnaisotannalla suoritettussa kyselytutkimuksessa eniten Launeen alueella (Lahden terveystalvelu 1991). Launeen terveysaseman toiminta on tyypillistä: se muodostuu lääkärien ajanvarausvastaanotosta ja päivystyksenä tulleiden potilaiden hoitamisesta. Iltapäivystystä ei asemalla ole.

Terveystalvelu antoi jokaiselle 20–60-vuotiaalle potilaalle täytettäväksi terveydentilaa selvittäneen lomakkeen. Kukin potilas täytti lomakkeen tutkimusajanjaksoilla ainoastaan kerran. Lomakkeessa esitettiin henkilötietojen lisäksi 16 terveydentilaa käsittelevää kysymystä, joihin sisältyivät kysymykset keskimääräisestä alkoholin käytön tiheydestä viikossa kahden viimeksi kuluneen kuukauden aikana ja keskimääräisestä käyttömäärästä yhdellä kerralla sekä neljä CAGE-kysymystä: Oletteko koskaan ajatellut, että teidän tulisi vähentää juomistanne? Onko juomistanne moitittu? Oletteko koskaan tuntenut syyllisyyttä juomiseen tähden? Oletteko koskaan ottanut krapularyyppyjä? (Mayfield & al. 1974). CAGE-kysymyksiin oli annettu vastausvaihtoehdoiksi kyllä ja ei.

Yhteensä haastattelulomakkeita jaettiin 2 370. Vastaus tulkittiin tyhjäksi, jos alkoholin kulutusta koskevat ja CAGE-kysymykset olivat jääneet vastausta vaille. Hyväksyttävästi täytettyinä saatiin takaisin 2 061 lomaketta; 198 jäi palauttamatta ja 111 palautettiin tyhjinä, joten vastausprosentti oli 87. Miespotilaiden vastauksia oli 828 (40 %) ja naispotilaiden 1 229 (60 %) ja 4 potilasta ei ilmoittanut sukupuoltaan.

Potilaat palauttivat lomakkeet lääkärielle, joka kontrolloi, olivatko suurkuluttajalle asetetut kriteerit (alkoholin kulutus miehillä vähintään 280 g/viikko ja naisilla vähintään 190 g/viikko [Sillanauke & al. 1992] tai CAGE-kysymyksissä kyllä-vastauksia miehillä vähintään 3 ja naisilla vähintään 2 [Seppä & Mäkelä 1993]) täyttyneet. Jos CAGE:n kyllä-vastaukset ylittivät suurkulutusrajan mutta itse ilmoitettu alkoholin kulutus ei, hoitava lääkäri otti kantaa mahdolliseen suurkulutukseen kokonaistilanteen (anamneesi, status tai muu syy) huomioon ottaen.

Vastanneiden nais- ja miespotilaiden ikäkauma on esitetty kuviossa 1. Miehiä oli eniten 45–49-vuotiaiden ryhmässä ja naisia 20–24-vuotiaiden ryhmässä. Potilaiden keski-ikä oli 38,7 vuotta; miehillä se oli 39,5 ja naisilla 38,1 vuotta.

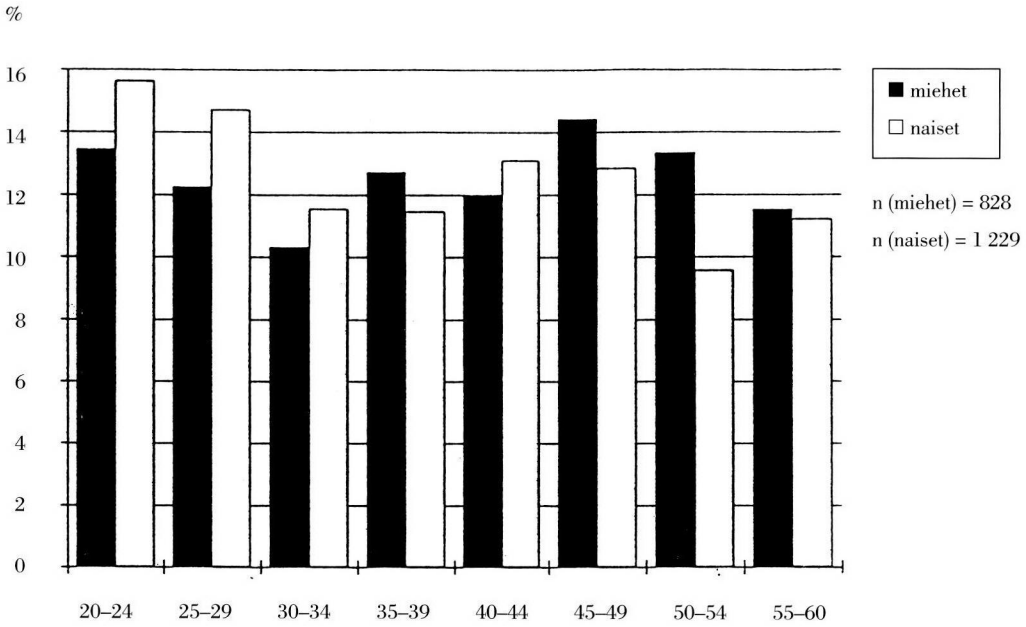
TULOKSET

Kuviossa 2 on esitetty omaan ilmoitukseen perustuvan alkoholin käyttömäärän jakaantuminen tutkimuksen nais- ja miespotilailla. Naisista yli 90 prosenttia ilmoitti käyttävänsä enintään 50 g/viikossa eli noin neljä ravintola-annosta. Miehistä 90 prosenttia ilmoitti alle 160 gramman eli alle 8 ravintola-annoksen viikkokulutuksen. Itse ilmoitetun kulutuksen perusteella alkoholin käyttö kasaantui suhteellisen pienelle osalle potilaista; eniten juovat 10 prosenttia miehistä käytti 52 prosenttia ja eniten juovat 10 prosenttia naisista 54 prosenttia itse ilmoitetusta alkoholista.

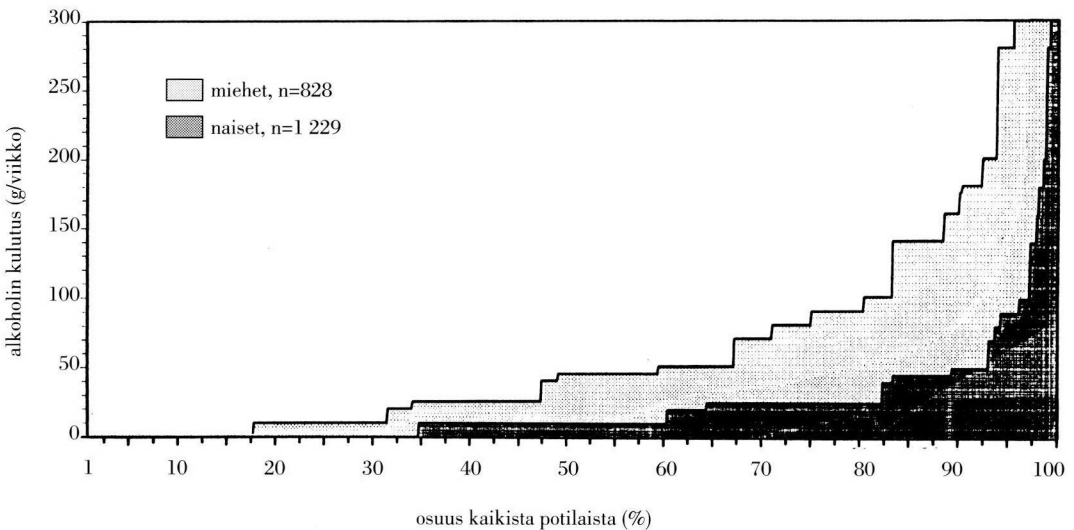
Pelkän itse ilmoitetun alkoholin kulutuksen (tiheys/määrä-kyselyn) perusteella 139 (17 %) miestä ja 421 (34 %) naista olisi ollut raittiita. Kuitenkin täysin raittiiksi luokiteltiin potilaat, jotka vastasivat itse ilmoitetun alkoholin käytön lisäksi myös CAGE-kysymyksiin antamalla nollavastauksen. Heitä oli miehistä 76 (9,2 %) ja naisista 248 (20 %).

Kohtuukäyttäjää eli niitä, jotka eivät olleet täysin raittiita oman ilmoituksensa perusteella mutta vastasivat kuitenkin alle asetettujen

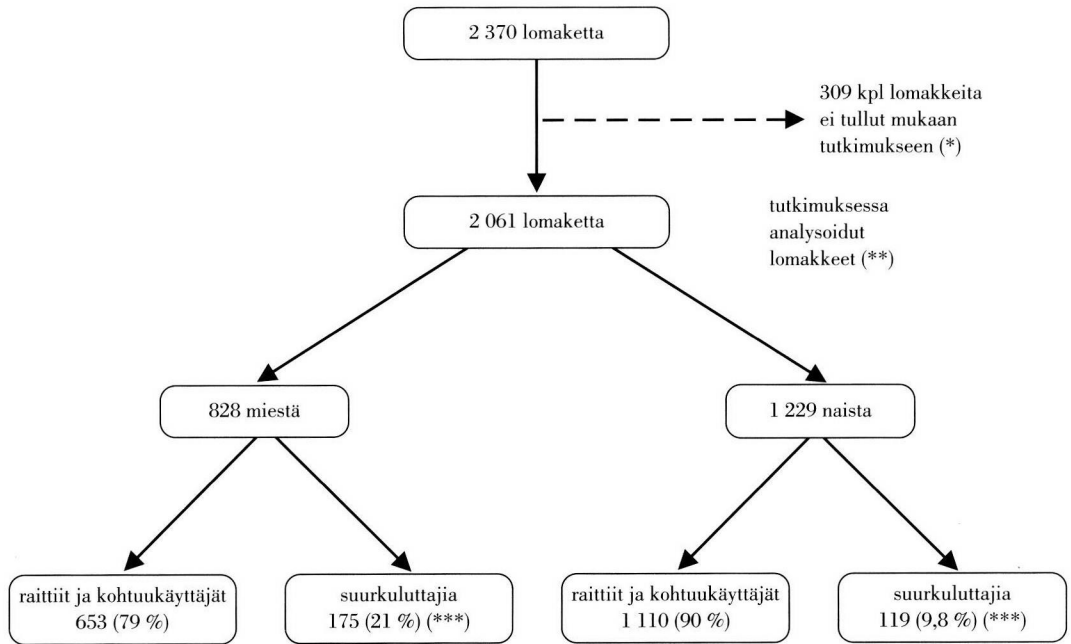
Kuvio 1. Launeen terveysasemalla käyneiden ja tutkimukseen osallistuneiden 20–60-vuotiaiden potilaiden ikä- ja sukupuolijakauma



Kuvio 2. Itse ilmoitetun alkoholin kulutuksen jakaantuminen mies- ja naispotilailla



Taulukko 1. Potilaan lomakkeiden käsittelyn eteneminen



(*) Lomaketta ei palautettu (198 kpl) tai se palautettiin tyhjänä (111 kpl)

(**) Vastausprosentti oli 87; 4 potilasta ei ilmoittanut sukupuoltaan

(***) CAGE- tai grammakriteerien perusteella mahdollisia suurkuluttajia

alkoholin suurkulutus-kriteerien, oli miehistä 577 (70 %) ja naisista 862 (70 %).

Itse ilmoitetun alkoholin kulutuksen perusteella 50 (6,0 %) miestä ja 20 (1,6 %) naista osoittautui suurkuluttajiksi; heistä 37 (74 %) miestä ja 17 (85 %) naista oli myös CAGE-kysymysten perusteella suurkuluttajia. CAGE-kyselyssä suurkulutuksen rajan ylitti 162 (20 %) miestä ja 116 (9,4 %) naista; heistä 37 (23 %) miestä ja 17 (15 %) naista oli myös itse ilmoitetun alkoholin kulutuksen perusteella suurkuluttajia. Pelkästään CAGE oli positiivinen 125 (15 %) miehellä ja 99 (8 %) naisella.

Mahdollisiksi alkoholin suurkuluttajiksi rajautui, joko CAGE- tai grammakriteerin perusteella, yhteensä 175 miestä (21 %) ja 119 naista (9,8 %) (taulukko 1). Koko aineistossa

mahdollisia alkoholin suurkuluttajia oli siis 294 (14 %). Suurkuluttajien keski-ikä oli miehillä 41,2 ja naisilla 39,0 vuotta. Suurkuluttajia oli suunnilleen yhtä paljon kaikissa ikäryhmissä sekä naisissa että miehissä (taulukko 2). Miesten keskinäisessä vertailussa eniten suurkuluttajia oli 35–54-vuotiaiden ryhmässä, vähiten puolestaan 20–24-vuotiaiden ryhmässä. Myös naisilla keski-ikäiset suurkuluttajat olivat suurimpana ryhmänä; vähiten suurkuluttajia oli 55–60-vuotiaissa naisissa.

Niistä potilaista, joilla ainoastaan CAGE oli positiivinen, lääkäri otti kantaa 61 miehen ($61/125 = 49\%$) ja 28 naisen ($28/99 = 28\%$) suurkulutukseen. Näistä tarkemmin evaluoiduista tapauksista lääkäri katsoi 27 miehen ($27/61 = 44\%$) ja 14 naisen ($14/28 = 50\%$)

Taulukko 2. Mies- ja naissuurkuluttajat ikäryhmittäin

ikäryhmä	miehet		naiset	
	suurkuluttajat/ kaikki miespotilaat		suurkuluttajat/ kaikki naispotilaat	
	lkm	%	lkm	%
20–24	11/111	9,9	14/191	7,3
25–29	20/110	18,2	14/180	7,8
30–34	17/76	20,0	13/141	9,2
35–39	24/105	22,9	18/140	12,9
40–44	28/99	28,3	19/160	11,9
45–49	28/114	24,6	16/157	10,2
50–54	28/115	24,3	15/117	12,8
55–60	19/95	20,0	8/137	5,8
yhteensä (*)	175/825	21	117/1 223	9,6

(*) 3 miestä ja 6 naista ei ilmoittanut ikäänsä

olevan kokonaistilanteen huomioon ottaen alkoholin suurkuluttaja (taulukko 3). Heistä miehillä itse ilmoitettu alkoholin kulutus oli 124 grammaa ja naisilla 73 grammaa viikossa. Lääkärin kysyessä alkoholin käyttöä uudelleen CAGE-positiivisilta miehiltä 20 (38 %) kertoi suuremman, 2 (4 %) pienemmän ja 31 (58 %) saman viikkokulutuksen kuin he olivat ilmoittaneet potilaslomakkeessa; 8 miehen kohdalta puuttui joko itse ilmoitettu tai lääkärin haastattelema grammamäärä. Naisilla luvut olivat vastaavasti 8 (31 %), 1(4 %) ja 17 (65 %); naisilla puutteellisia tietoja oli 2 lomakkeessa.

Suurkuluttajien enimmäismääränä voidaan pitää potilaita, joilla joko itse ilmoitettu alkoholimäärä tai CAGE-testi olivat positiiviset. Suurkuluttajien vähimmäismääräksi taas voidaan arvioida tämä sama määrä korjattuna tiedolla, että lääkärin arvion mukaan CAGE-positiivisten potilaiden joukossa miehistä 44 prosenttia ja naisista 50 prosenttia oli suurkuluttajia. Vähimmäisprevalenssiksi saadaan siten miehillä 13 prosenttia ja naisilla 5,7 prosenttia (taulukko 4). Näin alkoholin suurkuluttajien todennäköinen määrä on miehillä

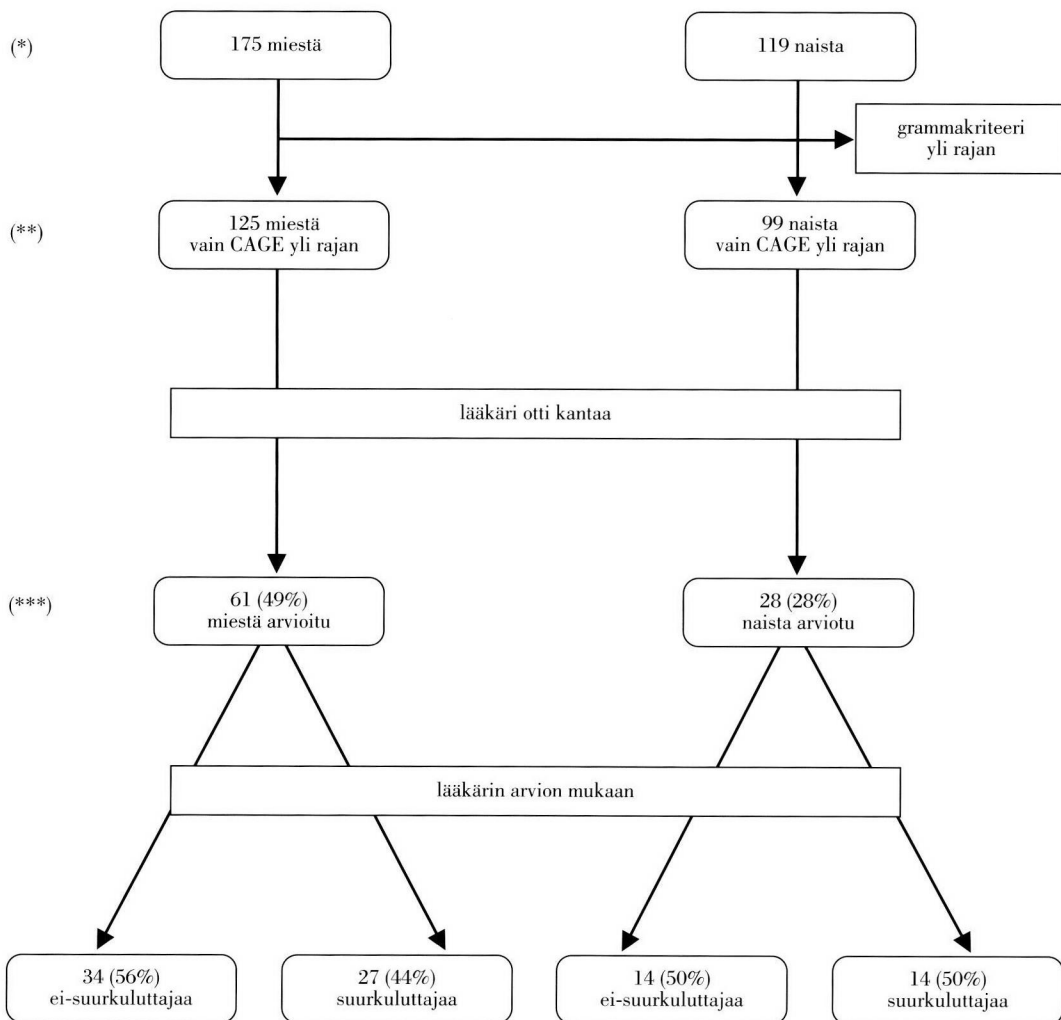
21–13 prosenttia ja naisilla 9,8–5,7 prosenttia.

POHDINTA

Launeen terveysasemalla tehdyn tutkimuksen otoksen koko oli 2 370 potilasta ja vastausprosentti 87. Tutkimukseen osallistumattomien potilaiden alkoholin käyttöä ei kartoitettu; muissa tutkimuksissa suurkuluttajien on todettu ottavan huonosti osaa alkoholin käyttöönsä koskeviin kyselyihin (Rosengren & al. 1987). Mahdollinen virhe on kuitenkin oletettava pieneksi nyt tehdyssä selvityksessä suuren vastausprosentin vuoksi.

Täysin raittiita oman ilmoituksensa ja CAGE:n perusteella oli tässä tutkimuksessa 9 prosenttia miehistä ja 20 prosenttia naisista. Nämä tulokset poikkeavat selvästi äskettäin, lähes vastaavin kriteerein TAYS:ssa tehdystä tutkimuksesta, jossa yli 16-vuotiaista miehistä 23 prosenttia ja naisista 47 prosenttia oli itse ilmoitetun kulutuksen, CAGE:n tai lääkärin arvion perusteella raittiita (Seppä & Mäkelä 1993). Yli kaksinkertainen ero TAYS:n

Taulukko 3. Alkoholin suurkuluttajien osuus potilaista, joihin lääkäri otti kantaa



(*) CAGE: miehet ≥ 3 , naiset ≥ 2 , tai grammakriteeri: miehet $\geq 280g$, naiset $\geq 190g$

(**) Lääkärit eivät täyttäneet lomaketta 64 (51%) mies- ja 71 (72%) naissuurkuluttajan kohdalla

(***) Lääkäri arvioi potilaan alkoholin kulutuksen kokonaistilanteen anamneesin, statuksen ja muiden syiden perusteella

tutkimukseen saattaa selittyä siitä, että TAYS:n kartoituksessa olivat mukana myös yli 60-vuotiaat potilaat, joita sairaalan potilaista on suhteellisen paljon. Edelleen sairaalassa on enemmän vaikeasti sairaita ja pitkäaikaipotilaita; heillä kaikilla voidaan alkoholista pidättäytymisen olettaa olevan keskimääräistä yleisempää. Nyt tehdyn selvityksen

tulos on kuitenkin yhdenmukainen vuonna 1992 tehdyn juomatapatutkimuksen kanssa, jossa 15–69-vuotiaista suomalaisista 10 prosenttia miehistä ja 18 prosenttia naisista oli raittiita (Simpura & al. 1993).

CAGE-testin tai itse ilmoitetun viikoittaisen alkoholin kulutuksen perusteella saadut suurkuluttajamäärät, miehillä 21 prosenttia

Taulukko 4. 20–60 -vuotiaiden suurkuluttajien enimmäis- ja vähimmäisprevalenssi kaupunkiterveyskeskuksessa

prevalenssi	miehet %	naiset %
enimmäisprevalenssi potilaan ilmoitus: - grammakriteeri* yli rajan tai - CAGE** yli rajan	21	9,8
vähimmäisprevalenssi potilaan ilmoitus: - grammakriteeri yli rajan tai - CAGE yli rajan ja lääkärien kannanotto (***)	13	5,7

(*) Miehillä ≥ 280 g ja naisilla ≥ 190 g/viikko

(**) Miehillä ≥ 3 , naisilla ≥ 2

(***) Ne potilaat, joilla pelkkä CAGE ylitti rajan (miehet 125 ja naiset 99), arvioitiin alkoholin suurkuluttajiksi lääkärin arvion mukaisesti: miehet 44 % ja naiset 50 %. Vähimmäisprevalenssi on siten miehillä $(125 \cdot 0,44 + 50) / 828 = 105 / 828 = 13$ % ja naisilla $(99 \cdot 0,5 + 20) / 229 = 70 / 229 = 5,7$ %.

ja naisilla 10 prosenttia, ovat varsin yhdenmukaisia aikaisemmin terveydenhuollossa tehtyjen tutkimusten tulosten kanssa. Norjalaisessa tutkimuksessa todettiin perusterveydenhuollossa 17 prosenttia miespotilaista ja 5 prosenttia naispotilaista alkoholin suurkuluttajiksi lääkärin arvioimana (Bruusgard & al. 1984). Näiden kahden tutkimuksen vertailua vaikeuttavat aika- ja kulttuuriero sekä käytettyjen kriteerien erilaisuus. TAYS:n potilaista 27 prosenttia miehistä ja 11 prosenttia naisista tunnistettiin suurkuluttajiksi itse ilmoitetun alkoholin käytön (naisilla eri raja, ≥ 140 grammaa), CAGE-kyselyn tai lääkärin käsityksen mukaan (Seppä & Mäkelä 1993). Hie-man suuremmat arvot suomalaisten sairaalapotilaiden keskuudessa voivat selittyä sillä, että lääkärin lisäarviota potilaan alkoholin kulutuksesta ei otettu huomioon nyt tehdyssä tutkimuksessa siten, että sen avulla olisi tunnistettu muuten tunnistamatta jääneitä suurkuluttajia. Toisaalta tätäkin vertailua vaikeuttaa tutkittujen potilaiden erilainen ikärakenne. Näyttäisi kuitenkin siltä, että alkoholin

suurkuluttajien prevalenssi perusterveydenhuollossa ei poikkea olennaisesti erikoissairaanhoidosta ja ikäkausiterveystarkastuksista saaduista prevalenssiarvoista (Seppä & al. 1990 & 1992; Seppä & Mäkelä 1993).

Lääkärien oli tarkoitus arvioida sitä potilaiden ryhmää, joilla CAGE oli positiivinen, mutta itse ilmoitettu alkoholimäärä alle suurkulutusrajojen. Kuitenkin he ottivat kantaa vain 40 prosenttiin näistä tapauksista ja arvioivat ainoastaan 44 prosenttia miehistä ja 50 prosenttia naisista alkoholin suurkuluttajiksi. Tämä tulos saattaa kertoa siitä, että lääkäri ei tunnistanut alkoholin suurkulutuksen yhteyttä potilaan vaivoihin, suurkulutus ei vielä ollut aiheuttanut oireita tai vaivoja tai että alkoholianamneesin tarkempi selvittäminen koettiin kiusalliseksi. Lisäksi osassa tapauksista haastattelussa ilmi tullut entinen, esimerkiksi 10 vuoden takainen, katkaisuhoido saattoi keskeyttää kirjaamisen. Samoin, jos potilas oli täysin alkoholisoitunut eikä siten soveltunut suurkuluttajille tarkoitettuun interventiotutkimukseen, saatettiin kirjaaminen jättää

puutteelliseksi. Lääkäreiden huono tunnistamis- ja osallistumisprosentti voi johtua myös motivaatiotekijöistä; aineiston kerääminen tehtiin pitkällä aikavälillä helmi–syyskuussa 1993, mikä on vaatinut lääkäreiltä pitkäjänteistä paneutumista asiaan. Vastaavanlaisia tuloksia on raportoitu muuallakin. Esimerkiksi TAYS:ssä tehdyssä tutkimuksessa lääkärit tunnistivat suurkuluttajiksi vain 43 prosenttia miehistä ja 26 prosenttia naisista CAGE-positiivisten tai itse ilmoitetun grammakriteerin ylittäneiden potilaiden ryhmästä (Seppä & Mäkelä 1993). Nyt tehdyssä tutkimuksessa lasketut suurkuluttajien enimmäis- ja vähimmäisprevalenssit, 20–60-vuotiailla miehillä 21–13 prosenttia ja naisilla 9,8–5,7 prosenttia, kartoittavat, mille välille suurkuluttajien määrä nyt tehdyssä tutkimuksessa asettuu. Kaiken kaikkiaan voidaan arvioida sekä CAGE-positiivisissa tapauksissa tehdyn puutteellisen selvityksen että alkoholiongelman tunnistamisen vaikeuden takia (esim. Reid & al. 1986), että todellinen prevalenssi tässä tutkimuksessa lienee lähempänä enimmäisarviota.

Itse ilmoitettu alkoholin kulutus ylitti vain harvoin asetetun suurkulutus-kriteerin. Sen sijaan GAGE oli varsin usein positiivinen. Ne potilaat, joiden alkoholin kulutus ylitti asetetun grammakriteerin, antoivat yleensä positiivisen vastauksen myös CAGE-testissä: miehet 74 prosentissa ja naiset 85 prosentissa. TAYS:ssä tehdyssä tutkimuksessa vastaavat prosenttiluvut olivat 66 ja 88 (Seppä & Mäkelä 1993). On mahdollista, että alkoholin kulutusta ei muisteta tai ei haluta ilmoittaa. Toinen mahdollisuus on, että CAGE-kyselyn kartoittamia ongelmia alkoholin käytöstä tulee useille potilaille jo pienemmällä kulutusmäärällä kuin niillä, jotka olivat tämän tutkimuksen kriteereinä. Edellinen vaihtoehto tuntuu jälkimmäistä todennäköisemmältä, koska itse ilmoitettu alkoholin kulutus on usein havaittu epäluotettavaksi (vrt. Midanik 1982) ja koska väestötutkimuksissakin saadaan selville vain noin kolmasosa kulutetusta alkoholista (Sim-pura 1985).

Yhteensä 35 prosenttia potilaista ilmoitti lääkärille suuremman alkoholin kulutuksen kuin olivat ilmoittaneet kyselylomakkeeseen. Molemmilla sukupuolilla havaittiin samanlainen taipumus kertoa lääkärille suurempia kulutusmääriä; lääkärin suullisesti tekemä kysely alkoholin käytöstä näyttäisi näin kasvattavan tunnistuslukuja antaen siten alkoholin käytöstä kyselylomaketta totuudenmukaisemman kuvan. Tätä tukevat aikaisemmat havainnot, jotka osoittavat, että luottamuksellisessa ilmapiirissä toteutettu henkilökohtainen haastattelu tuottaa hyvän kuvan potilaan alkoholin käytöstä (vrt. Rollnick & al. 1992; Poikolainen 1994).

Alkoholin suurkulutus jakautui eri-ikäisillä miehillä melko tasaisesti. Nuorten miespotilaiden ryhmässä (20–24-vuotiaat) suurkuluttajia oli kuitenkin vähän (10 %) ja keski-ikäisten ryhmässä eniten (28 %). Tampereella terveystarkastuksen yhteydessä tehdyssä tutkimuksessa havaittiin 40-vuotiaista miehistä 29 prosentin olevan alkoholin suurkuluttajia (Seppä & al. 1990). Samoin erikoissairaanhoidossa havaittiin alkoholidiagnooseja eniten keski-ikäisillä (Sillanaukee & al. 1994b). Vastaavanlaisia tuloksia on saatu myös muissa aikaisemmissa selvityksissä (Taylor & al. 1986; Antti-Poika 1988). Naisilla suurkuluttajien osuudet ikäryhmittäin olivat miehiä pienemmät ja tasaisemmin jakaantuneet. Ainoastaan 20–24-vuotiaiden ikäryhmässä nais- ja miessuurkuluttajia oli yhtä paljon.

Loppuyhteenvetona voidaan todeta tutkimuksen tukevan sitä käsitystä, että alkoholin suurkuluttajia on paljon myös perusterveydenhuollon asiakkaiden keskuudessa; ensimmäinen joka viides mies- ja joka kymmenes naispotilas voitiin tunnistaa nyt tehdyssä selvityksessä alkoholin suurkuluttajaksi 20–60-vuotiaista terveysaseman potilaista. Alkoholin suurkuluttajien prevalenssi ei eroa paljoa sairaalapotilaissa tai ikäkausiterveystarkastuksissa todetuista määristä. Eniten suurkuluttajia oli kummallakin sukupuolella keski-ikäisten potilaiden ryhmissä; suurkuluttajien ikäjakauma oli kuitenkin sekä miehillä että

naisilla tasainen. Itse ilmoitettu alkoholin kulutus osoittautui epäherkäksi tunnistimeksi; sen mahdollisuudet kuitenkin paranivat, jos alkoholin käytöstä kysyttiin henkilökohdaisesti lääkärin toimesta. CAGE-testi tunnisti herkästi alkoholin suurkuluttajia ja soveltuu lyhytensä takia hyvin kliiniseen käyttöön. Ottaen huomioon suurkuluttajien preva-

lenssi ja alkoholin terveyshaittavaikutukset voidaan arvioida, että alkoholi on noin joka seitsemännän potilaan kohdalla mahdollinen lääkäriässäkäynnin syy. Siksi pitäisi kiinnittää huomiota alkoholianamneesiin ottamiseen ja käyttää kulutusmäärän ohella myös muuntyyppisiä alkoholin käytön seuraamuksia kartoittavia kysymyksiä.

KIRJALLISUUS

Antti-Poika, I.: Alcohol intoxication and abuse in injured patients. Väitöskirja. Helsinki 1988

Bruusgaard, D. & Rutle, O. & Aasland, O. G.: Alkoholproblemer i almenpraksis. Tidsskr. Nor. Laegefor. 104 (1984), 1431–1435

Lahden terveystutkimus 1991. Lahti: UKK-instituutti ja Lahden terveystutkimuskeskus, 1991

Mayfield, D. & McLeod, G. & Hall, P.: The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. Am. J. Psychiatry 131 (1974), 1121–1123

Midanik, L.: The validity of self-reported alcohol consumption and alcohol problems: a literature review. Br. J. Addict. 77 (1982), 357–382

Moore, R. D. & Bone, L. R. & al.: Prevalence, detection and treatment of alcoholism in hospitalized patients. JAMA 261 (1989), 403–407

Poikolainen, K.: Paljonko potilaani juo. Duodecim 110 (1994), 870–876

Reid, A. L. A. & Webb, G. R. & Hennrikus, D. & al.: General practitioners' detection of patients with high alcohol intake. Br. Med. J. 239 (1986), 735–737

Rollnick, S. & Heather, N. & Bell, A.: Negotiating behaviour change in medical setting: the development of brief motivational interviewing. Journal of Mental Health 1 (1992), 25–37

Rosengren, A. & Wilhelmsen, L. & Berglund, G. & Elmfeldt, D.: Non-participants in a general population study of men, with special reference to social and alcoholic problems. Acta Med. Scand. 221 (1987), 243–251

Salomaa, J.: Alkoholin käytön haittakustannukset ja verotaso Suomessa. Tutkimusraportti nro 22. Helsinki: Oy Alko Ab, 1993

Saunders, J. B. & Conigrave, K. M.: Early detection of alcohol problems. Can. Med. Assoc. J. 143 (1990), 1060–1069

Seppä, K. & Sillanaukee, P. & Koivula, T.: The efficiency of a questionnaire in detecting heavy drinkers. Br. J. Addict. 85 (1990), 209–215

Seppä, K. & Koivula, T. & Sillanaukee, P.:

Drinking habits and detection of heavy drinking among middle-aged women. Br. J. Addict. 87 (1992), 1703–1709

Seppä, K. & Mäkelä, R.: Heavy drinking in hospital patients. Addiction 88 (1993), 1377–1382

Sillanaukee, P.: Lahti project: Reducing alcohol and drug problems at the community level – Focus on primary health care. Työpaperiteita nro. 8, joulukuu 1993. Helsinki: Lahti-projekti, Alkoholipoliittinen tutkimuslaitos, 1993

Sillanaukee, P. & Kiianmaa, K. & Roine, R. & Seppä, K.: Alkoholin suurkulutuksen kriteerit. Suomen Lääkärelehti 47 (1992), 2919–2921

Sillanaukee, P. & Sinclair, D. & Kiianmaa, K.: Alkoholihaittojen hallitseminen – kohderyhmäksi suurkuluttajat. Alkoholipoliittikka 58 (1993): 4, 259–264. 1993a

Sillanaukee, P. & Sinclair, D. & Kiianmaa, K.: Onko preventiivinen paradoksi itekin paradoksi? Alkoholipoliittikka 58 (1993): 4, 265–270. 1993b

Sillanaukee, P. & Sillanaukee, P. A. & Suokas, A. & Kiianmaa, K. & Seppä, K.: Alkoholihaittojen sekundaaripreventio – perusterveydenhuollon tärkeä haaste. Suomen Lääkärelehti 49 (1994): 7, 671–677. 1994a

Sillanaukee, P. A. & Sillanaukee, P. & Seppä, K.: Päihdehaitat erikoissairaanhoidossa: terveystaloustieteellinen näkökulma, osa I. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 4, 1994. 1994b

Simpura, J.: Alkoholin vuosikulutus ja sen jakautuminen. S. 55–57. Teoksessa: Simpura, J. (toim.): Suomalaisen juomatavat. Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja nro 34. Helsinki 1985

Simpura, J. & Mustonen, H. & Paakkanen, P.: Uudet juomat, uudet tilanteet. Juomatapojen muutokset Suomessa ja EY-maissa 1980-luvun puolivälin jälkeen. Alkoholipoliittikka 58 (1993): 4, 245–257

Taylor, C. L. & Kilbane, P. & al.: Prospective study of alcohol-related admissions in an inner-city hospital. Lancet ii: 265–268, 1986

Terveydenhuolto 1987. Helsinki: Lääkintöhallitus, 1989

Wallace, P. & Haines, A. P.: General practitioners and health promotion: what patients think. *Br. Med. J.* 289 (1984), 534–536

Wallace, P. & Brennan, P. J. & Haines, A. P.: Drinking patterns in general practice patients. *J. Royal Coll. Gen. Pract.* 37 (1987), 354–357.

ENGLISH SUMMARY

Pekka Sillanaukee – Ari-Pekka Kukkonen – Pekka Mattila – Pirkko Laine – Kaija Seppä: Detection and prevalence of heavy drinkers in a typical urban primary health care center – experiences from the Lahti-Project (Alkoholien suurkuluttajien prevalenssi ja tunnistaminen kaupunkiterveysasemalla. Kokemuksia Lahti-projektista)

As a part of the multi-component community action project, called the Lahti-Project, which has been conducted as a collaboration project of the WHO, the drinking habits of consecutive 20–60 year old patients admitting for treatment in the Laune primary health care center between February–August 1993 were investigated. One purpose was to study the prevalence of heavy drinkers (drinkers who have a high risk for alcohol-related health problems) among men and women. This information is useful in estimating i) the role of alcohol as an etiological factor of disease and ii) characterizing the group which is the target for brief intervention.

While waiting for treatment, the patients filled in a health questionnaire which included questions regarding alcohol consumption (Quantity-frequency and CAGE). The limit for heavy drinking among men was set at ≥ 280 g/week (self-report) or ≥ 3 positive answers in the CAGE and among women at ≥ 190 g/week or ≥ 2 , respectively. If patients had only the CAGE positive, the physician determined whether or not the patient was an alcohol abuser by taking into account the clinical findings and symptoms.

The health questionnaire was filled out by 2 061 patients, and the attendance rate was 87%. The prevalence of alcohol abstinence was 9% among men and 20% among women. Social drinkers constituted 70% of both sexes. The number of potential heavy drinkers (CAGE or self-reported alcohol consumption positive) was 294 (14%); among men 21% and among women 10%. Taking also into account the physician's estimation the proportion of heavy drinkers was smaller giving the prevalence 13% among men and 6% among women. The greatest concentration of heavy drinkers was among middle-aged (35–54 years) patients.

Self-reported alcohol consumption amounts remained small. The mean self-reported alcohol consumption was only 124 g/week among male and 73 g/week among female heavy drinkers. Thus, it seems that the use of other types of detection methods like CAGE-questionnaire in parallel with the self-reported alcohol consumption is useful when estimating heavy drinking. The self-reported alcohol consumption, however, increased in every third heavy drinker patient when the physician asked about alcohol consumption.

The present study indicated that up to every fifth male and every tenth female patient in primary health care uses alcohol to an extent to risk their health. Because alcohol is such a common etiological factor of different diseases and symptoms, detection of these alcohol abusers at an early phase is an important challenge in primary health care to make brief intervention possible.

KEY WORDS:

Detection, heavy use, health care center, prevention, brief intervention, Finland