

ALKOHOLIHAITTOJEN HALLITSEMINEN - KOHDERYHMÄKSI SUURKULUTTAJAT

Alkoholijuomien kulutuksen ohjaamisessa keskeisimpiä ja tehokkaimpina pidettyjä keinoja ovat Suomessa olleet alkoholin saatavuuteen ja hintaan vaikuttavat toimet. Niiden käyttöarvo ja -mahdollisuudet ovat kuitenkin merkittävästi vähenemässä. Alkoholijuomien saatavuutta helpotettiin lainmuutoksella vuonna 1969, mikä lisäsi alkoholin kulutusta viidessä vuodessa 100 prosenttia. Vuoden 1969 jälkeen myös alkoholin anniskelu- ja myyntipisteiden määrä on kasvanut huomattavasti ja alkoholimyymälöiden ja ravintoloiden aukiolokäytäntö on muuttunut siinä määrin, että alkoholin saatavuutta ei voida pitää enää alkoholin kulutusta merkittävästi rajoittavana tekijänä. Kulutusta hillitsevä korkeahintajärjestelmä on myös tulossa tiensä päähän, sillä alkoholijuomien hinnan alentamiseen on näkyvissä paineita mm. Euroopan yhdentymiskehityksen seurauksena. Vaikka taloudellinen laskusuhdanne rajoittaa kulutusta vielä lähivuosina, on nähtävissä, että taloudellisen tilanteen kohentuessa alkoholin kulutus kääntyy uudelleen nousuun.

Kolmas keskeinen kulutuksen ohjauksessa käytetty keino on alkoholitiedotus. Sääntelytoimien käyttömahdollisuuksien vähetessä on syytä kiinnittää entistä enemmän huomiota koko väestöön ja erilaisiin kohderyhmiin suunnattuihin tiedotus-, valistus- ja kasvatustoimiin. Koko väestöön suunnatuille toimille saattaa nykyisessä taloudellisessa tilanteessa ja resurssipulassa kuitenkin olla vaikea saada

tukea ja kannatusta. Niitä on myös pidetty tehostomina, koska ne eivät kohdistu yksilöön. Tehokkaampana sen sijaan pidetään erilaisiin kohderyhmiin vaikuttamista.

Koska suurin osa alkoholin aiheuttamista niin terveydellisistä kuin sosiaalisistakin haittoista kasaantuu suurkuluttajiin, nämä muodostavat keskeisen kohderyhmän, johon vaikuttaminen voi tuoda apua haittojen hallintaan ja tulisi siksi ottaa osaksi alkoholipolitiikkaa. Suurkuluttajiin kohdistuvien toimien käyttöä puoltavat lukuisista interventiotutkimuksista saadut tulokset (Saunders 1990; Babor & Grant 1992; Suokas 1992; Bien & al. 1993; Saunders & al. 1993). Niiden merkityksestä kokonaishaittojen vähentämisessä on tosin myös esiintynyt kriittisiä ääniä (ks. Sillanaukee & Sinclair & Kiiänmaa tämän numeron sivuilla 265–270).

Seuraavassa esitämme näkökohtia alkoholin suurkuluttajista ja heihin kohdistuvista toimista, jotka mielestämme puoltavat suurkuluttajien ottamista tärkeimmäksi kohderyhmäksi pyrittäessä hallitsemaan alkoholin aiheuttamien haittojen määrää yhteiskunnassamme.

SUURKULUTTAJAT - ENITEN JUOVA VÄESTÖNOSA

Koska viidennes suomalaisista juo 3/4 kaikesta kulutetusta alkoholista (Simpura 1985),

suurkuluttajat muodostavat eniten alkoholia käyttävän väestönosan. Alkoholin suurkulutus merkitsee samalla, että alkoholin käyttö ylittää haitallisena pidetyt rajat (Sillanaukee & al. 1992). Suomessa alkoholin suurkuluttajia on arvioitu olevan noin 250 000, mikäli suurkulutuksen alarajana pidetään 30:tä litraa 100-prosenttista alkoholia vuodessa, mutta mikäli rajaksi otetaan tämänhetkisiä riskirajoja vastaavasti miehillä 18,5 litraa ja naisilla 12,5 litraa (Sillanaukee & al. 1992), suurkuluttajia on todennäköisesti kaksinkertainen määrä. Valtaosa suurkuluttajista on keski-ikäisiä miehiä (Simpura 1985), mutta naisten osuus on ilmeisesti kasvamassa (Seppä & Sillanaukee 1992).

SUURKULUTUS – MERKITTÄVÄ TERVEYDELLINEN RISKITEKIJÄ

Alkoholin suurkulutus on merkittävä riskitekijä, joka lisää sekä sairastuvuutta että kuolleisuutta (Eckardt & al. 1981) ja joka on syyppää valtaosaan yhteiskunnan kantamasta haittakuormasta.

Viime vuosina alkoholin aiheuttamia sairaalahoitokertoja on ollut lähes 400 vuodessa 100 000:ta asukasta kohti. Vuonna 1991 alkoholisairaus oli kuolinsyy 1 341 tapauksessa (Alkoholitilastollinen vuosikirja 1992). Alkoholisairauksiin kuolleiden määrä on kasvanut viime vuosina ja esimerkiksi maksakirroosiin kuolleiden määrä kaksinkertaistui vuosina 1984–1990. Edellisten lisäksi tapaturmaisesti alkoholin vaikutuksen alaisena tai väkivalan uhrina kuoli 1 074 ihmistä. Tapaturmat ja alkoholimyrkytykset ovatkin Suomessa yliedustettuja johtuen humalahakuisesta, viikonloppuihin keskittyvästä juomatavasta.

Kaikista kuolemista alkoholin aiheuttamia on vajaat 5 prosenttia, mutta kysymyksessä ovat kuitenkin pääasiassa suhteellisen nuoret, parhaassa työiässä olevat miehet. Esimerkiksi Ruotsissa keski-ikäisille miehille tehty seurantatutkimus osoitti, että 31 prosenttia kuolemantapauksista johtui alkoholista (on-

nettomuudet, elinvauriot, itsemurhat, myrkytykset, keuhkokuume) ja että 39 prosenttia kaikista kuolleista oli alkoholin suurkuluttajia (Peterson & al. 1982).

Alkoholin suurkulutus onkin usein ilmeinen mutta huomiotta jäävä sairastumisriskiä lisäävä osatekijä ja merkittävä sairauksien sekä tapaturmien taustalla oleva tekijä. Niin kutsuttuja maskeerautuneita alkoholisairauksia löytyy eniten mielenterveyshäiriöistä, tapaturmista, hengityselinten sairauksista ja infektioista, sydän- ja verisuonitaudeista sekä hermoston ja mahasuolikanavan sairauksista.

Ulkomaisissa tutkimuksissa on mm. havaittu, että yleis- ja psykiatriisiin sairaaloihin haakeutuneista potilaista jopa 30 prosentilla on alkoholiongelmia. Näistä puolestaan vain kolmanneksella on selvästi diagnostisoitava alkoholiriippuvuus ja loppujen ongelma peittyi erilaisten oireiden ja löydösten taakse (Moore & al. 1989; Towle 1988; Vital and health statistics, 1989). Esimerkiksi kaikista pysyvästi kohonneista verenpainetapauksista alkoholin aiheuttamiksi arvioidaan 11–30 prosenttia (Beilin 1991). Yleinen tuntuma Suomenkin terveydenhuollossa on, että sairaaloissa ja terveyskeskuksissa alkoholilla on merkittävä osuus hoitoon johtaneiden sairauksien etiologiassa. Tuoreen Tampereen yliopistollisessa sairaalassa tehdyn kartoituksen mukaan sairaalan miespotilaista jopa 25 prosenttia ja naispotilaista 11 prosenttia osoittautui alkoholin suurkuluttajiksi (Seppä & Mäkelä 1993).

Vaikka edellä oleva tarkastelu on painottunut alkoholin aiheuttamiin terveyshaittoihin, ei ole syytä epäillä, etteivätkö alkoholin aiheuttamat sosiaaliset haitat myös kasaantuisi suurkuluttajiin.

PRIMAARI- JA TERTIAARIPREVENTIO

Päihdehaittojen ehkäisy on Suomessa perinteisesti painottunut koko väestöön kohdistuviin toimiin (primaaripreventio) ja alkoholistien hoitoon (tertiaaripreventio). Primaaripre-

ventiossa pyritään vähentämään koko väestön alkoholin kulutusta ja näin ehkäisemään haittojen syntyä ennakolta. Perinteinen Suomessa harjoitettu alkoholipolitiikka edustaa primaaripreventiota puhtaimmillaan, ja se tunnustetaan yleisesti tehokkaimmaksi keinoksi haittojen hallinnassa.

Tertiaaripreventiossa alkoholin jo aiheuttamien ongelmien, kuten alkoholismin, erilaisen hoitamatta jääneiden traumausten ja somaattisten sairauksien paheneminen pyritään estämään. Samalla katkaistaan ryyppyputki, helpotetaan vieroitusoireita ja alkoholista riippuvainen pyritään kuntouttamaan. Tertiaariprevention perimmäisenä tavoitteena on alkoholi-ongelman poistaminen kokonaan.

Alkoholisoituneen henkilön hoitaminen on kuitenkin tunnetusti vaikeaa, ja sairauden jo puhjettua hoitotuloksia voidaan pitää melko huonoina. Tertiaaripreventio on luonnollisesti äärimmäisen tärkeää jo alkoholisoituneille henkilöille. Tertiaaripreventio ei ole kuitenkaan osoittautunut käyttökelpoiseksi alkoholihaittojen vähentämisessä.

SEKUNDAARIPREVENTIO

Lisätehoa sekä haittojen ehkäisyyn että hoitoon voi saada sekundaaripreventiosta. Sillä tarkoitetaan suhteellisen yksinkertaisia suurkuluttajiin kohdistuvia toimenpiteitä, jotka tähtäävät alkoholin kulutuksen vähentämiseen ja juomisen hallitsemiseen. Sekundaariprevention tavoitteet ovat ennaltaehkäiseviä, koska sillä pyritään vähentämään alkoholismia, alkoholin aiheuttamia sairauksia ja rajusta kertajuomisesta aiheutuvia haittoja alkoholia eniten käyttävässä väestöosassa. Sekundaaripreventio tunnetaan myös nimillä interventio, mini-interventio, kevyt väliintulo ja alkoholismin varhaishoito.

Suomessa sekundaaripreventiivisiä toimenpiteitä on toistaiseksi käytetty päihdehaittojen ehkäisyssä suhteellisen vähän, vaikka sekä maailmalla (Kristenson & al. 1983; Chick & al. 1985; Wallace & al. 1988;

Persson & Magnusson 1989; Romelsjö & al. 1989; Anderson & Scott, 1992; Babor & Grant 1992) että Suomessa (Antti-Poika & al. 1988; Suokas 1992) intervention käytöstä on saatu rohkaisevia tuloksia.

Tutkimusten mukaan 20–48 prosenttia interventioon osallistuneista suurkuluttajista vähentää keskimääräistä juoma-annosta ja juomistiheyttä (Kristenson & al. 1983; Wallace & al. 1988; Babor & Grant 1992). Naisten keskuudessa interventiotulokset ovat yleensä olleet parempia kuin miesten keskuudessa (Wallace & al. 1988; Babor & Grant 1992). Interventioon osallistuvilla suurkuluttajilla on havaittu 4–6 vuoden seuranta-aikana olevan mm. 80 prosenttia vähemmän sairauspoissaoloja, 60 prosenttia vähemmän sairaalassakäyntejä ja 50 prosenttia pienempi kuolleisuus kuin suurkuluttajilla, jotka eivät osallistuneet interventioon (Kristenson & al. 1983). Näyttääkin siltä, että hyvin suunnitelluilla interventio-ohjelmilla kyetään merkittävästi vähentämään alkoholin käyttöä ja alkoholin aiheuttamia ongelmia. Tähän päädyttiin uudessa katsauksessa, jossa tarkasteltiin 32:ta yli 6 000 suurkuluttajaa kattanutta interventiotutkimusta (Bien & al. 1993).

INTERVENTIOIDEN KUSTANNUS/HYÖTY-SUHDE

Alkoholin ja etenkin suurkulutuksen aiheuttamat terveyshaitat ovat yhteiskunnalle huomattava menoaera. Juuri ilmestyneen arvion mukaan suorat alkoholin aiheuttamat terveyshaitat olivat Suomessa vuonna 1990 noin 25–33 prosenttia alkoholin aiheuttamasta kokonaishaitakuormasta. Hoitopäiväkustannuksien perusteella alkoholin aiheuttamiksi suoriksi terveyshaittakustannuksiksi saatiin noin miljardi markkaa (Salomaa 1993). Lisäksi on otettava huomioon, että alkoholin suurkuluttajat aiheuttavat merkittävän osan myös muista kustannuksista, kuten sosiaalikulusta, omaisuusvahingoista sekä rikollisuuskontrollin ja yleisen järjestyksen ylläpitokuluista.

Vaikka useissa tutkimuksissa ja käytännön työkokemuksen kautta on osoitettu, että alkoholi kuormittaa terveydenhuoltoa, terveydenhuollon henkilöstö suhtautuu silti yleisesti epäilevästi alkoholin suurkuluttajiin kohdistuvien hoitotoimenpiteiden kustannus/hyöty-suhteeseen.

Hoidon kustannukset kasvavat yleensä hoidon tehokkuuden lisääntyessä, mutta alkoholismien hoidossa ei välttämättä näin ole. Tutkittaessa alkoholin suurkulutuksen ja alkoholismien hoidon kustannustehokkuutta ja tuloksellisuutta vertaamalla 21:tä erilaista hoitomuotoa havaittiin kuitenkin yllättäen käänteinen yhteys hoidon kustannusten ja tehokkuuden välillä (Holder & al. 1991). Interventioissa käytettävä motivoiva neuvonta osoittautui yhdeksi tehokkaimmista hoitomuodoista. Samassa yhteydessä interventioon perustuvien hoitojen havaittiin sijoittuvan halvimpaan viidestä hoitokustannusryhmästä.

Otaen huomioon alkoholin terveyshaittojen kokonaiskustannukset, kustannusten pääasialliset aiheuttajat sekä se, että suurkuluttajien juomiseen ja siitä aiheutuviin haittoihin voidaan ilmeisesti vaikuttaa suhteellisen yksinkertaisilla ja terveydenhuoltoa kuormittamattomilla toimenpiteillä, ei liene syytä epäillä interventioiden kustannus/hyöty-suhteen kannattavuutta.

INTERVENTION TOTEUTTAMINEN

Valmiudet interventio-ohjelman ottamiseksi terveydenhuollon rutiinitoimintaan ovat jo olemassa. Tehokkaaseen interventioprosessiin kuuluvat a) suurkulutuksen tunnistaminen, b) tiedottaminen alkoholin käyttöön liittyvistä haitoista, c) motivointi kulutustottumusten muuttamiseksi, d) henkilökohtaisten tavoitteiden asettaminen, e) apuneuvojen antaminen tavoitteen saavuttamiseksi ja f) alkoholin käytön seuranta.

Suurkulutuksen tunnistamisessa voidaan käyttää anamneesin (potilastiedot) ja statuksen (potilaan tila) lisäksi alkoholin suurkulu-

tuksen laboratorio-osoittimia ja strukturoituja kyselytestejä (Saunders 1990). Alkoholin suurkulutuksen osoittimia käytetään suurkulutuksen tunnistamisen ja hoitoonohjauksen lisäksi selvitetäessä alkoholin mahdollista osuutta potilaan sairauksien aiheuttajana ja taustatekijänä. Niillä on käyttöarvoa myös hoidon tukena, seurannassa ja hoitomotivaation lisäämisessä.

Yhdistämällä eri tunnistamiskeinoja ja pitämällä alkoholin suurkulutuksen etiologia mielessä päästään kohtuullisen suureen tunnistamisprosenttiin. Alkavan suurkulutuksen tunnistamiseksi ei toistaiseksi kuitenkaan ole olemassa riittävän herkkää ja spesifistä keinoja (Sillanaukee 1992a). Onneksi uudet osoittimet, kuten niukkahiilihydraattinen transferriini (Löf & al. 1993) ja proteiinien asetaldehydiadduktit (Sillanaukee 1992b), antavat apua lähitulevaisuudessa.

Seuraavat vaiheet interventiossa ovat tiedon antaminen alkoholin käyttöön liittyvistä haitoista sekä motivointi kulutustottumusten muuttamiseksi. Tieto lisää yleensä motivaatiota ja tiedon antaminen on siksi tärkeä osa hoitoa (Rollnick & al. 1991). Interventiossa opetetaan hallittua alkoholin käyttöä. Tavoitteena on niin viikko- kuin päiväkohtaisen alkoholin käytön vähentäminen. Ääritapauksissa hoidettavaa kehoitetaan pidättäytymään kokonaan alkoholista.

Juomisen hallitsemiseen pyritään asettamalla henkilökohtainen tavoite ja antamalla apuneuvoja tavoitteen saavuttamiseksi. Keskeisellä sijalla on oman alkoholin käytön seuranta. Siinä käytetään apuna esimerkiksi juomapäiväkirjoja ja tavoitellaan alkoholin käytöstä kertovien laboratorioarvojen, ts. suurkulutuksen osoittimien, normalisoitumista.

Intervention tuloksellisuuden esteenä on yleensä se, ettei suurkulutusta havaita riittävän ajoissa. Interventioista ei juuri ole hyötyä niille, jotka jo ovat vakavasti alkoholisoituneita. Eniten hyötyvät ne, joiden suurkulutus havaitaan ajoissa ja jotka ovat halukkaita ottamaan vastaan tietoa juomisen hallinnasta. Suurkuluttajat usein myös vierastavat perin-

teisiä hoitoonohjausmuotoja. Kevyt puuttuminen juomatapaan heidän on helpompi hyväksyä, sillä potilas voi itse valita, lopettaako hän juomisen kokonaan vai vähentääkö hän sitä. Hyväksymistä helpottaa myös se, että interventio tapahtuu tavallisen terveyskeskusvastaanoton yhteydessä ja liittyy suurkuluttajan muuhun hoitoon. Näin interventiot eivät myöskään leimaa suurkuluttajia.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Alkoholin suurkulutus on merkittävä terveysriski, joka lisää sekä sairastuvuutta että kuolleisuutta. Siksi suurkulutus pitääkin rinnastaa muihin terveysriskeihin, kuten kohonnee-

seen verenpaineeseen ja korkeaan kolesteroliiniin. Tämänhetkisen tiedon ja kokemuksen valossa suurkuluttajiin kohdistuvilla ehkäisy- ja hoitotoimenpiteillä alkoholin aiheuttamia terveydellisiä ja sosiaalisia haittoja voitaisiin vähentää siten, että kustannus/hyöty-suhte on kohtuullinen. Koska sekundaaripreventio tarjoaa lupaavan keinon haittojen hallitsemiseksi primaariprevention keinojen käyttömahdollisuuksien kavetessa, sen käyttöönoton valmistelu olisi aloitettava. Tähän tulee kuulua suurkulutukseen liittyvistä haittoista tiedottaminen, terveydenhuoltohenkilöstön valmentaminen ja puitteiden luominen interventioiden toteuttamiseksi mm. sisällyttämällä suurkulutuksen osoittimien käyttö osaksi rutiininomaisia terveystarkastuksia.

KIRJALLISUUS

Alkoholitilastollinen vuosikirja 1992. Helsinki: Oy Alko Ab, 1993

Anderson, P. & Scott, E.: The effect of general practitioner's advice to heavy drinking men. *British Journal of Addiction* 87 (1992), 891–900

Antti-Poika, I. & Karaharju, E. & Roine, R. & Salaspuro, M.: Intervention of heavy drinking – a prospective and controlled study of 438 consecutive injured male patients. *Alcohol and Alcoholism* 23 (1988), 115–121

Babor, T. F. & Grant, M.: Programme on substance abuse: Project on identification and management of alcohol-related problems. Report on phase II: a randomized clinical trial of brief interventions in primary health care. World Health Organization, WHO/PSA/91.5, 1992

Beilin, L.: Alcohol and hypertension: implications for management. *Bulletin of World Health Organization* 69 (1991), 377–382

Bien, T. H. & Miller, W. R. & Tonigan, J. S.: Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 88 (1993), 315–336

Chick, J. & Lloyd, G. & Crombie, E.: Counseling problem drinkers in medical wards: a controlled study. *British Medical Journal* 290 (1985), 965–967

Eckardt, M. J. & Harford, T. C. & Laelber, C. D. & Parker, E. S. & Rosenthal, L. S. & Ryback, R. S. & Salmoiraghi, G. C. & Vanderveen, E. & Warren, K. R.: Health hazards associated with alcohol con-

sumption. *Journal of the American Medical Association* 246 (1981), 648–666

Holder, H. & Longabaugh, R. & Miller, W. R. & Rubonis, A. V.: The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation. *Journal of Studies on Alcohol* 52 (1991), 517–540

Kristenson, H. & Öhlin, H. & Hulten-Nosslin, M.-B. & Trell, E. & Hood, B.: Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men: Results and follow-up of 24–60 months of long-term study with randomized controls. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 7 (1983), 203–209

Löf, K. & Seppä, K. & Lindros, K. & Sillanaukee, P.: Transferrini ja alkoholinkäyttö. *Duodecim* 109 (1993): 8, 647–650

Moore, R. D. & Bone, L. R. & Geller, G. & Mamon, J. A. & Stokes, E. J. & Levine, D. M.: Prevalence, detection and treatment of alcoholism in hospitalized patients. *Journal of the American Medical Association* 261 (1989), 403–407

Persson, J. & Magnusson, P.-H.: Early intervention in patients with excessive consumption of alcohol: a controlled study. *Alcohol* 6 (1989), 403–408

Peterson, B. & Krantz, P. & Kristenson, H. & Trell, E. & Sternby, N. H.: Alcohol-related death: a major contributor to mortality in urban middle-aged men. *Lancet* ii (1982), 1088–1090

Rollnick, S. & Heather, N. & Bell, A.: Negotiating behaviour change in medical settings: the de-

velopment of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health* 1 (1991), 25–37

Romelsjö, A. & Andersson, L. & Barrner, H. & Borg, S. & Granstrand, C. & Hultman, O. & al.: A randomized study of second prevention of early stage problem drinkers in primary health care. *British Journal of Addiction* 84 (1989), 1319–1327

Salomaa, J.: Alkoholin käytön haittakustannukset ja verotaso Suomessa. Tutkimusseloste nro 22. Helsinki: Oy Alko Ab, Alkoholipoliittinen suunnittelu ja tiedotus, 1993

Saunders, B.: Early identification of alcohol problems. *Canadian Medical Association Journal* 143 (1990), 1060–1069

Saunders, J. B. & Aasland, O. G. & Amundsen, A. & Grant, M.: Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO Collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-I. *Addiction* 88 (1993), 349–362

Seppä, K. & Mäkelä, R.: Alkoholin suurkuluttajat sairaalapotilaissa. *Suomen Lääkärilehti* 48 (1993), 684–686

Seppä, K. & Sillanaukee, P.: Alkoholin suurkulutus keski-ikäisillä naisilla. *Alkoholipoliittikka* 57 (1992): 5, 394–399

Sillanaukee, P.: Diagnostic value of a discriminant score as detecting of alcohol abuse. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine* 116 (1992), 924–929. 1992a

Sillanaukee, P.: Hemoglobini-acetaldehydi- adducts: Determination and use as a biological marker of alcohol abuse. University of Tampere, *Acta Universitatis Tamperensis*, Ser A, 347 (1992), 114. 1992b

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

Simpura, J.: Alkoholin vuosikulutus ja sen jakautuminen. S. 55–76. Kirjassa: Simpura, J. (toim.): Suomalaisten juomatavat. Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja 34. Helsinki: Alkoholitutkimussäätiö, 1985

Suokas, A.: Brief intervention of heavy drinking in primary health care: Hämeenlinna study. Academic dissertation. Helsinki, University of Helsinki, 1992

Towle, L. H. & Stinson, F. H. & Dufour, M.: Assessment of the potential for surveillance of alcohol related casualties using national hospital discharge survey data. *Public Health Report* 103 (1988), 597–605

Wallace, P. & Cutler, S. & Haines, A.: A randomised controlled trial of general practitioner intervention on patients with excessive alcohol consumption. *British Medical Journal* 297 (1988), 663–668

Vital and health statistics. National Hospital Discharge Survey: Annual summary 1987. Series 13, no. 99, 1989.

ENGLISH SUMMARY

Pekka Sillanaukee & David Sinclair & Kaler-vo Kiianmaa: Controlling the harm from alcohol – Heavy drinkers as the appropriate target group (Alkoholihaittojen hallitsemisen – kohderymäksi suurkuluttajat)

A major tool of Finnish alcohol policy for minimizing the medical and social harm from alcohol has been control over the price and availability of alcoholic beverages. The cost to society is thus reduced by limiting the total consumption of the entire population. Finland within the E.C., however, may no longer be permitted to employ this tool. Consequently, alternative methods should now be given increased attention. Furthermore, the cost/effectiveness of the methods will have to be a major consideration.

In Finland, 20 % of the people are responsible

for 75 % of the total alcohol intake. Such heavy drinking is a clear health risk in itself and interacts with other risk factors such as high blood pressure and elevated cholesterol intake. Heavy drinking also frequently leads to alcoholism and the multitude of medical, psychological, and social problems connected with it.

Secondary prevention, meaning identification of heavy drinkers and subsequent intervention, both as a direct treatment and as a means for preventing the development of alcoholism and alcohol-caused organ damage or psychological problems, appears to hold high potential as a cost-effective method for limiting alcohol problems. Meeting this potential requires further development of accurate identification procedures, including markers, for heavy drinking and of the methods as part of the intervention.

KEY WORDS:

Heavy use, mini-intervention, prevention, results