

Soveltuvatko mini-interventio-suositukset käytäntöön?

JOHDANTO: Alkoholin riskikäyttäjiin kohdistuvan mini-intervention käyttöönotto on ollut hidasta. Tutkimusten mukaan mini-interventiota on käytetty eri puolilla maailmaa parhaimmillaan-kin vain muutamassa prosentissa potilaskontakteista. Siksi on epäilty tämän tutkimustilanteissa tehokkaaksi todetun toiminnan soveltuvuutta käytäntöön. Käypä hoito -suositus Alkoholi-ongelmaisen hoito sisältää mini-intervention kuvauksen. Selvitimme tässä tutkimuksessa ohjeiden käyttökelpoisuutta Helsingin perusterveydenhuollossa osana valtakunnallista alkoholin suurkuluttajiin kohdistettua mini-interventio-projektia (VAMP).

AINEISTO JA MENETELMÄT: Kaikkien Helsingin terveysasemien työntekijät keräsivät vähintään yhden päivän aikana samalla viikolla kolmena perättäisenä vuotena (2006–2008) tiedon mini-intervention käytöstä lomakkeella, joka sisälsi myös AUDIT-kyselyn (Alcohol Use Disorders Identification Test).

TULOKSET: Tietoa kertyi lähes 18000 potilaskontaktista. AUDIT-lomakkeen oli täyttänyt 56 % potilaista. Riskipotilaiden (AUDIT-pistemäärä yli 8) osuus oli 16 %. Heistä lähes kaikki saivat suullista neuvontaa ja valtaosa myös kirjallista aineistoa. Enemmistö lääkäreistä ja hoitajista raportoi seurantapäivien potilaskontakteista.

PÄÄTELMÄT: AUDIT-kyselyyn oli vastattu odotettua useammin, ja henkilökunta noudatti hyvin Käypä hoito suositusta mini-interventiotoiminnassaan. Kyseistä suositusta voidaan näin pitää myös AUDIT-kyselyn käytön osalta hyvin käytäntöön soveltuvana silloin, kun riittävä koulutus ja toiminnan tuki on varmistettu.

Alkoholin riskikäyttö on huomattava terveysongelma. Terveystieteiden ja erityisesti perusterveydenhuollon hoitokontakteissa siihen voidaan tutkimusten mukaan vaikuttaa merkittävästi (Whitlock ym. 2004, Bertholet ym. 2005, Kaner ym. 2007, Aalto 2009). Tärkeintä on riskikäytön varhainen havaitseminen ja siihen puuttuminen. Valtakunnalliset suositukset tarkoituksenmukaisista käytännöistä ovat tarpeen kaikille potilastyötä tekeville. Jotta he voisivat ja haluaisivat noudattaa suosituksia työssään, on suositusten oltava käytäntöön soveltuvia (TAULUKKO 1).

Päivitettyssä suosituksessa (2010) päälinjaukset ovat mini-intervention osalta vuoden 2005 suosituksen kaltaiset. Laboratorio-kokeita käsittelevän tekstin määrä on suurempi kuin haastattelua käsittelevän ja strukturoitujen kyselylomakkeiden, mutta jälkimmäisten menetelmien paremmuus tuodaan kuitenkin selkeästi esiin.

Tutkimusnäytöstä huolimatta mini-intervention käyttöön ottaminen terveydenhuollossa on ollut hidasta (Roche ja Freeman 2004, Nielsen ym. 2006). Suomessa mini-interventiota on käytetty terveydenhuollossa jo pitkään (Seppä ja Kuokkanen 2008). Viimeisen vuosikymmenen aikana Suomi on ollut mukana WHO:n kansainvälisen mini-interventiotutkimushankkeen neljännessä vaihees-

TAULUKKO 1. Mini-intervention keskeiset osat (Alkoholi-ongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2005).

Alkoholin käyttöä on kysyttävä potilailta riskikulutuksen tunnistamiseksi

Potilaille voidaan antaa suullista neuvontaa

Riskipotilasta motivoidaan kulutuksen vähentämiseen sekä suullisin että kirjallisin ohjein

Interventio voi käsittää yhden tai useamman käynnin

sa, jossa on selvitetty edistämiskeinojen esteitä (Aalto ym. 2001, Aalto ja Seppä 2003 ja 2004, Seppä ja Aalto 2006).

WHO:n tutkimuksen jälkeen Suomi on osallistunut PHEPA EU-hankkeeseen (Primary Health Care European Project on Alcohol) mini-intervention valtakunnallisen käyttöönoton edistämiseksi (www.phepa.net). Aikaisemmin kerätyn taustatiedon pohjalta osallistujamaissa pyrittiin toteuttamaan omiin olosuhteisiin soveltuva hanke. Tällöin huomioitiin, että toteutus edellyttää laajalajaisia toimia (Hulscher ym. 2005). Suomessa toteutetussa valtakunnallisessa alkoholin suurkuluttajiin kohdistetussa mini-interventioprojektissa (VAMP) toiminnan esteet on pyritty huomioimaan ja jatkuvuutta on tuettu erimuotoisin tempauksin ja muistutustoimin (Seppä 2008). Hankkeen puitteissa on kerätty aineistoja terveyskeskusten mini-interventio-toiminnasta. Helsingin alueelta on raportoitu tuloksia kolmelta vuodelta hankkeen alusta lähtien (Kuokkanen ym. 2008). Nyt on käytettävissä tietoa neljävuotisen hankkeen koko ajalta.

Alkoholiongelmaisen hoitoa koskevan suosituksen soveltuvuutta käytäntöön ei ole selvitetty, mutta asiasta on esitetty epäilyjä (Alho ym. 2008). Tässä tutkimuksessa selvitettiin Helsingin kaupungin VAMP-hankkeen aineiston avulla Käypä hoito -suosituksen mukaisesti seuraavat asiat: kysytäänkö Helsingin terveysasemilla potilaiden alkoholinkäytöstä, onko riskipotilaille annettu suullista neuvontaa, kirjallisia ohjeita ja apuvälineitä ja ovatko mini-interventiot yhden tai useamman käyntikerran mittaisia.

Aineisto ja menetelmät

Helsingin terveyskeskuksen terveysasemilta kerättiin tietoa mini-intervention toteutumisesta perusterveydenhuollon vastaanotoilla viikon aikana vuosina 2006, 2007 ja 2008. Vuonna 2008 Helsingissä oli 26 terveysasemaa ja kahta vuotta aikaisemmin kaksi enemmän. Kahden tänä aikana suljetun aseman tiedot sisällytettiin niiden asemien tietoihin, joihin kyseiset asemat oli yhdistetty.

Kysely kohdennettiin kaikkiin kyseisellä viikolla työssä olleisiin lääkäreihin ja hoitajiin (Kuokkanen

ym. 2008). Kyselylomakkeet täytettiin vastaanotolla tai heti sen jälkeen. Ohjeena oli, että vähintään yhden tavallisen vastaanotto päivän 15 vuotta täytäneiden potilaiden tiedot kirjataan yksinkertaiseen työntekijäkohtaiseen lomakkeeseen. Lomake sisälsi Alcohol Disorders Identification Testin (AUDIT, KUVA LOMAKKEESTA SEURAAVALLA SIVULLA) pistemäärän määrityksen, joka mahdollistaa myös varhaisvaiheiden riskikulutuksen toteamisen (Saunders ym. 1993). Riskipotilaaksi katsottiin potilas, jonka AUDIT-pistemäärä oli kahdeksan tai enemmän (Saunders ym. 1993, Babor ym. 2001, Reinert ja Allen 2002, 2007). Lisäksi pyydettiin kirjaamaan, oliko potilas saanut lyhytneuvontaa ja mitä se sisälsi.

Potilaiden saaman suullisen neuvonnan, kirjallisen aineiston ja sovitun uusintakäynnin osuutta verrattuna riskipotilaiden osuuteen käytettiin perusteena arviolle Käypä hoito -suositusten toteutumisesta Helsingin terveyskeskuksen terveysasemilla.

Tulokset

Tutkimusviikolla töissä olleet lääkärit ja hoitajat kirjasivat tietoja keskimäärin kahdelta vastaanotto päivältä. Alkoholinkäytöstä kysyminen AUDIT-lomakkeen avulla oli tutkimusviikoilla varsin yleistä. Tiedot saatiin useimmilta tutkimusajankohtana terveysasemilla työskennelleiltä lääkäreiltä (53–70 %) ja hoitajilta (85–95 %), ja tietoa kertyi 17910 potilaskontaktista. AUDIT-pisteet olivat tiedossa vastaanottotilanteessa 55,7 %:lta (9974) tutkituista potilaista. Riskipotilaiden (pistemäärä vähintään kahdeksan) osuus lomakkeen täytäneistä potilaista oli 16,4 % (1636).

Suullista neuvontaa lääkärit ja hoitajat ilmoittivat antaneensa 18,4 %:lle potilaista eli useammalle kuin riskipotilaiden osuus oli (TAULUKKO 2). Asemien välillä oli eroja: kaudella asemalla neuvontaa saaneiden osuus oli pienempi kuin riskipotilaiden osuus, yhdeksällä suurempi ja 11 asemalla osuudet olivat yhtä suuria.

Kirjallisia ohjeita olivat juomapäiväkirja ja opaskirjanen. Lääkärit ja hoitajat ilmoittivat antaneensa juomapäiväkirjan 12,9 %:lle potilaista (TAULUKKO 2). Opaskirjasta annettiin 10,1 %:lle. Valtaosaan potilaista kohdistettiin yhden käyntikerran mini-interventio. Seurantakäyntejä teki vain 3 % potilaista ja hajonta oli suuri.

Rastita se vaihtoehto, joka lähinnä vastaa omaa tilannettasi.

1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskivolua tai tilkan viiniä.

- 0 ei koskaan
- 1 noin kerran kuussa tai harvemmin
- 2 2-4 kertaa kuussa
- 3 2-3 kertaa viikossa
- 4 4 kertaa viikossa tai useammin

2. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?

- 0 1-2 annosta
- 1 3-4 annosta
- 2 5-6 annosta
- 3 7-9 annosta
- 4 10 tai enemmän

3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

- 0 en koskaan
- 1 harvemmin kuin kerran kuussa
- 2 kerran kuussa
- 3 kerran viikossa
- 4 päivittäin tai lähes päivittäin

Menikö pitkäksi?

4. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?

- 0 ei koskaan
- 1 harvemmin kuin kerran kuussa
- 2 kerran kuussa
- 3 kerran viikossa
- 4 päivittäin tai lähes päivittäin

Jäikö jotain tekemättä?

5. Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisesi vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?

- 0 en koskaan
- 1 harvemmin kuin kerran kuussa
- 2 kerran kuussa
- 3 kerran viikossa
- 4 päivittäin tai lähes päivittäin

Ryypyllä käyntiin?

6. Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?

- 0 en koskaan
- 1 harvemmin kuin kerran kuussa
- 2 kerran kuussa
- 3 kerran viikossa
- 4 päivittäin tai lähes päivittäin

Morkkis?

7. Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?

- 0 en koskaan
- 1 harvemmin kuin kerran kuussa
- 2 kerran kuussa
- 3 kerran viikossa
- 4 päivittäin tai lähes päivittäin

Menikö muisti?

8. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?

- 0 en koskaan
- 1 harvemmin kuin kerran kuussa
- 2 kerran kuussa
- 3 kerran viikossa
- 4 päivittäin tai lähes päivittäin

Kolhitko itseäsi tai muita?

9. Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukanut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?

- 0 ei
- 2 on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
- 4 kyllä, viimeisen vuoden aikana

Tuliko sanomista?

10. Onko joku läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut että vähentäisit juomista?

- 0 ei koskaan
- 2 on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
- 4 kyllä, viimeisen vuoden aikana

Päätelmät

Terveyskeskusten henkilökunta seuroi kampanjapäivänä yli puolet potilaista käyttäen strukturoitua AUDIT-alkoholikyselyä. Riskikuluttajiksi osoittautuneisiin kohdistettiin poikkeuksetta mini-interventio, ja useat saivat myös juomapäiväkirjan ja kirjallista materiaalia. Suurimmalla osalla riskikäyttäjistä mini-interventio käsitti vain yhden käyntikerran.

Tutkimuksemme aineisto oli naturalistinen ja sillä on etuja ja puutteita. Hyvänä puolena oli, että tietoa saatiin kattavasti kaikilta Helsingin terveysasemilta ja useimmilta tutkimusviikolla työssä olleilta lääkäreiltä ja hoitajilta heidän tavallisen työpäivänsä potilaista. Puutteena oli se, että kyselylomake sisälsi vain pienen määrän kysymyksiä eikä yksittäisiä potilaita voitu identifioida. Potilaiden ikää ja sukupuolta ei ollut tiedossa. Tietoisuus tutkimuksesta on kiistatta vaikuttanut henkilökunnan aktiivisuuteen. On tiedossa, että aktiivisuuden säilyttäminen edellyttää tukitoimia. Jatkotutkimuksia tarvitaan sen selvittämiseksi, kuinka pitkä teho yksittäisellä kampanjaviikolla on aktiivisuuden säilyttämisessä. Tällaisen tutkimuksen tekeminen ilman osallistujien informoimista on nykyainsäädännön puitteissa mahdotonta. Jos mini-interventio kirjaimiskäytäntö saadaan juurrutetuksi, voidaan aktiivisuutta kenties seurata helpommin potilasasiakirjojen perusteella.

Hyvänä tuloksena voidaan pitää sitä, että tutkimusaikana yli puolet potilaista täytti AUDIT-lomakkeen. Näin oli mahdollista havaita myös varhaisvaiheen riskikulutus (Saun-

YDINASIAT

- ▶ Käypä hoito -ohjeiston mukaan mini-interventio sisältää runsaan alkoholinkäytön toteamisen, suullisen ja kirjallisen lyhyen neuvonnan sekä tarvittaessa muutaman seurantakäynnin.
- ▶ Alkoholin riskikuluttajiin kohdistuva mini-interventio on tehokas mutta liian vähän käytetty väline terveydenhuollossa.
- ▶ AUDIT-kyselylomake toimii riskikäytön varhaisessa tunnistamisessa perusterveydenhuollossa.
- ▶ Käypä hoito -ohjeet soveltuvat hyvin perusterveydenhuoltoon, mutta niiden lisäksi tarvitaan henkilökunnan jatkuvaa tukemista ja koulutusta.

ders ym. 1993). Tiedossa ei ole, millä perusteella henkilökunta valitsi rekisteröintipäivän. Koska potilaiden taustatietoja ei ollut käytettävissä, emme voi tietää, kuinka hyvin kerätty aineisto edustaa viikon kaikkia potilaita. Rekisteröinnit tehtiin kuitenkin päivän jokaisesta potilaasta, joten ei ollut todennäköistä, että ”hankalat potilaat”, kuten alkoholia runsaasti käyttävät, olisi jätetty aineiston ulkopuolelle. Siihen viittaa myös AUDIT-pistemäärien jakauma (Kuokkanen ym. 2008).

Tutkimusaikana Helsingin terveysasemien vastaanotoilla riskipotilaidiksi todettiin suurin piirtein sama määrä kuin aikaisemmassa perusterveydenhuollossa tehdyssä tutkimuksessa (Aalto ym. 1999). Kun otetaan huomioon

TAULUKKO 2. Mini-intervention eri osioiden toteutuminen 9974 potilaan aineistossa Helsingin terveysasemilla 2006–2008.

	Potilaita	%	Vaihteluväli	Keskihajonta
Riskipotilaita ¹	1636	16,4	6,9–31,1	5,0
Suullista neuvontaa	1833	18,4	8,5–34,4	5,4
Juomapäiväkirja	1283	12,9	4,6–22,1	4,5
Opas	1008	10,1	3,5–18,2	3,4
Seuranta	208	2,1	0,4– 6,3	1,4

¹AUDIT-pistemäärä vähintään kahdeksan

väestön lisääntynyt alkoholinkulutus (Stakes 2008), riskikuluttajia olisi voinut olla enemmän kuin 16 %. Toisaalta terveysasemien potilaskunta on vanhusvoittoista, mikä saattaa osittain selittää löydöstä.

Kaikki terveysasemien työntekijät eivät osallistuneet riskikulutuksen toteamiseen. Verrattuna ulkomaisiin tutkimuksiin osallistumisosuutta voidaan pitää erinomaisena, ja ainakin kampanjaviikolla mini-interventioita tekevien määrä oli kansainvälisesti aivan omaa luokkaansa (Nilsen ym. 2006). Myös ulkomaisissa tutkimuksissa henkilöstö on ollut tietoinen, että toimintaa tarkkaillaan, joten tutkimuksia voidaan tässä mielessä pitää vertailukelpoisina. Miltei kaikkiin riskipotilaisiin tuntui kohdistuneen mini-interventio ainakin tutkimusajankohtana. Heille annettiin suullista neuvontaa henkilökunnan ilmoitusten mukaan varsin kattavasti, ja sitä annettiin aika paljon niillekin, joiden AUDIT-pistemäärä oli alle kahdeksan. Tätä voidaan pitää asianmukaisena, sillä ulkomaisissa tutkimuksissa varhaisvaiheen riskikuluttajina on pidetty pienempiäkin AUDIT-pistemääriä saaneita.

Kirjallisia aineistoja annettiin paljon. Erityisesti juomapäiväkirjan suosio yllätti. Potilaille jaetussa ”Juomanlaskijan oppaassa” oli päiväkirjan lisäksi myös perustietoa alkoholin käytöstä ja sen riskirajoista. Seurantakäyntiä ehdotettiin ilmeisesti vain kaikkein vaikeimmissa tapauksissa (AUDIT-pisteitä 20 tai enemmän) (Babor ja Higgins-Biddle 2001). Helsingin terveysasemilla vallinnut käytäntö näyttäisi tällaisenaan soveltuvan erityisesti varhaisvaiheen riskikuluttajiin kohdistettavaksi mini-interventioksi. Pitemmälle ehtineet käyttäjät tarvitsisivat ehkä useamman käyntikerran interventiota (Babor ym. 2001).

Näyttää siltä, että mini-interventiosuositukset toteutuivat Helsingin terveysasemilla hyvin. Tätä voidaan pitää merkinä siitä, että perusterveydenhuollon henkilöstö valtaosin hyväksyy nämä suositukset ja soveltaa niitä työssään. Voidaan toki epäillä, onko tilanne näin hyvä koko ajan. Toisaalta varsin kattavan mini-interventio toiminnan toteutuminen ilman erityisjärjestelyitä ja lisäresursseja näyttäisi mahdolliselta Helsingin terveysasemilla ja

muillakin asemilla, joiden tilanne on vastaava.

Usein on epäilty, etteivät terveyskeskusten työntekijät ehdi kiireisessä työssään käyttää kymmenen kysymystä käsittävää AUDIT-lomaketta. Tämän tutkimuksen tulokset viittaavat kuitenkin muuhun. Koska yli puolessa rekisteröidyistä potilastapauksista oli täytetty koko AUDIT-lomake, tämä viittaa pikemmin siihen, että täyspitkän AUDITin käyttö onnistuu terveyskeskuksissa. Tulos on samansuuntainen kuin Aallon ja Sepän (2005) katuttavassa tutkimuksessa saatu. Kyseisessä tutkimuksessa 65,7 % perusterveydenhuollon lääkäreistä ilmoitti käyttävänsä AUDIT-lomaketta ainakin ajoittain. Käypä hoito -suosituksessa suurin tekstiosuus käsittelee laboratorio-tutkimuksia siitä syystä, että näiden tutkimusten historia ja julkaisujen kokonaismäärät ovat mittavampia kuin strukturoitujen kyselyiden. Käytännön toimijan on kuitenkin hyvä huomoida, että laboratoriotutkimusten teho riskikulutuksen varhaisessa tunnistamisessa on huomattavasti huonompi kuin kyselylomakkeiden (Aergeerts ym. 2001).

Lopuksi

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella Käypä hoito -suositusten sisältö oli mini-intervention osalta kohdallaan. Koska toiminta ei edelleenkaan ole terveydenhuollossa kattavaa, on toivottavaa, että asiasta järjestetään koulutusta ja henkilökuntaa tuetaan mini-intervention tekemisessä Käypä hoito -ohjeiston periaatteiden mukaan. ■

* * *

Tutkimusta ovat tukeneet sosiaali ja terveysministeriö sekä PHEPA EU-hanke (Primary Health Care Project on Alcohol) (www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/html/en/Du9/index.html).

MARTTI KUOKKANEN, LKT, erikoislääkäri
Topeliuksenkatu 15 A 4
00250 Helsinki

KAIJA SEPPÄ, LKT, professori, ylilääkäri
TAYS:n psykiatrian klinikka ja Tampereen yliopiston lääketieteen laitos
33014 Tampereen yliopisto

KIRJALLISUUTTA

- Aalto M. Alkoholien suurkulutuksen varhainen tunnistaminen ja hoito. *Duodecim* 2009;125:891–6.
- Aalto M, Pekuri P, Seppä K. Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs regarding brief intervention for heavy drinkers. *Addiction* 2001;96:305–11.
- Aalto M, 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, Seppä K. Usefulness, length and content of alcohol-related discussions in primary health care: the exit-poll survey. *Alcohol Alcohol* 2004;39:532–5.
- Aalto M, Seppä K. Use of laboratory markers and the AUDIT-questionnaire by primary care physicians to detect alcohol abuse by patients. *Alcohol Alcohol* 2005;40:520–3.
- Aalto M, Seppä K, Kiianmaa K, Sillanauke P. Drinking habits and prevalence of heavy drinking among primary health care outpatients and general population. *Addiction* 1999;94:1371–9.
- Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *Br J Gen Pract* 2001;464:206–17.
- Alho H, Aalto M, Fabritius C, ym. Päihdelääketieteen yhdistys huolissaan: Käypä hoito -suositus unohdettu? *Duodecim* 2008;124:812.
- Alkoholiongelmaisen hoito [verkko-dokumentti]. Käypä hoito -suositus. Päihdelääketieteen yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen

- Lääkäri-seura Duodecim 2005 [päivitetty 21.4.2010]. www.kaypahoito.fi. Teksti viite: (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2005).
- Babor TF, Higgins-Biddle JC. Brief intervention for hazardous and harmful drinking. A manual for use in primary care. WHO 2001.
 - Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition, WHO 2001.
 - Bertholet N, Daepfen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2005;165:986–95.
 - Hulscher MEJL, Wensing M, van der Weijden T, Grol R. Interventions to implement prevention in primary care. The Cochrane Collaboration, John Wiley & Sons 2005.
 - Kaner EFS, Beyer F, Dickinson HO, ym. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD004148. DOI: 10.1002/14651858.CD004148.pub3.
 - Kuokkanen M, Ahola I, Seppä K. Mini-interventio kaikille alkoholien riskikäyttäjille. *Suom Lääkäril* 2008;63:771–4.
 - Nilsen P, Aalto M, Bendtsen B, Seppä K. Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary health care – a systematic review. *Scand J Primary Health Care* 2006;24:5–15.
 - Päihdetilastollinen vuosikirja. STAKES 2008.
 - Reinert DF, Allen JP. The alcohol use dis-

- orders identification test (AUDIT). A review of recent research. *Alcohol Clin Exp Res* 2002;26:272–9.
- Reinert DF, Allen JP. The alcohol use disorders identification test. An update of research findings. *Alcohol Clin Exp Res* 2007;31:185–99.
 - Roche AM, Freeman T. Brief interventions: good in theory but weak in practice. *Drug Alcohol Rev* 2004;23:11–8.
 - Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction* 1993;88:791–804.
 - Seppä K, toim. Mini-intervention jalokauttamisen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:10.
 - Seppä K, Aalto M. Finland. Kirjassa: Heather N, toim. WHO collaborative project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care. Geneva: World Health Organization, 2006.
 - Seppä K, Kuokkanen M. Implementing brief alcohol intervention in primary and occupational health care. Reflections on two Finnish projects. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 2008;25:505–14.
 - Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: A summary of the evidence for the US preventive services task force. *Ann Intern Med* 2004;140:557–68.

SIDONNAISUUDET

Martti Kuokkanen, Kaija Seppä: Ei sidonnaisuuksia.

Summary

Are brief intervention recommendations feasible?

Primary health care contacts are a suitable arena to reduce patients' risky drinking. We studied whether the clinical guidelines are followed and thus considered feasible by nurses and physicians. A naturalistic material in Helsinki primary health care was collected in 2006–2008. Most professionals participated giving information on 18 000 primary health care patients, of whom 56 % had fulfilled the AUDIT-test. Most risky drinkers (AUDIT ≥ 8) were given advice, 80 % even booklets or other material, as recommended in the guidelines. Thus, brief intervention recommendations, including the use of the AUDIT, seem to be feasible in primary care settings.