

Tomi Lintonen, Solja Niemelä ja Pia Mäkelä

Vuoden 2016 Juomatapatutkimuksen tuloksia

Alkoholinkäytön hälytysrajan ylittäviä käyttäjiä on Suomessa vähintään viisi prosenttia väestöstä

JOHDANTO. Terveysthuollolla on keskeinen asema alkoholiongelmien ehkäisyssä, havaitsemisessa ja hoidossa. Vuoden 2015 Alkoholiongelmaisen hoito Käypä hoito -suositukseen perustuvia riskikäytön yleisysarvioita ei ole esitetty.

MENETELMÄT. Aineistonamme on 15–79-vuotiaaseen väestöön kohdistunut Juomatapatutkimus 2016, johon osallistui 2 285 henkilöä.

TULOKSET. Kohtalaisen riskin rajat (naiset ≥ 7 annosta, miehet ≥ 14 annosta viikossa) ylitti 15–79-vuotiaista naisista 10 % ja miehistä 17 %. Naisista hälytysrajan, 20 g päivässä tai 12 annosta viikossa, ylitti 3 % ja miehistä (40 g päivässä tai 23–24 annosta viikossa) 7 %. AUDIT-seulontarajan ylitti naisista (≥ 6) 21 % ja miehistä (≥ 8) 31 %. Nuori ikä, ilman parisuhdetta eläminen ja asuminen eteläisessä Suomessa lisäsivät riskijuomista.

PÄÄTELMÄT. Terveysthuollon puuttumista edellyttävää, hälytysrajan ylittävää alkoholinkäyttöä esiintyy ainakin 210 000 suomalaisella. AUDIT-seulontaväline osoittaa ainakin miljoonan suomalaisen alkoholinkäytön antavan aiheutta tarkempaan intervention tarpeen kartoitukseen.

Runsas alkoholinkäyttö on yksi keskeisimmistä terveysuhista länsimaissa (1). Alkoholinkäytön ja alkoholihaittojen välillä on selvä yhteys: riskijuomisen kynnyksen ylittyttyä haitat lisääntyvät suhteessa käyttömäärään (2,3). Alkoholinkäyttöön liittyvien haittojen ehkäisemiseksi riskikäyttö olisi hyvä tunnistaa mahdollisimman varhain.

Riskikäytöllä tarkoitetaan yleensä alkoholinkäyttöä, joka todennäköisesti aiheuttaa käyttäjälleen terveydellistä haittaa (2). Käytön keskimääräisen tason lisäksi muun muassa juomatavan – erityisesti humalakäytön – sekä tilannetekijöiden on katsottu vaikuttavan käytöstä koituviin riskeihin (4).

Riskikäytön määritelmät ja raja-arvot vaihtelevat maittain (5), kuten myös ”alkoholiannoksen” koko ja riskikäytön grammamääräiset rajat (4). Siksi riskikäytön esiintyvyyttä kannattaa arvioida paitsi laskemalla grammamääräinen kulutus viikkotasolla, myös seulomalla alko-

holiin liittyvää riskikäyttäytymistä. Tehokkaita tapoja seuloa alkoholin ongelmakäyttöä terveydenhuollossa ovat Alcohol use disorders identification test (AUDIT) (6) ja sen lyhyt, kolmen kysymyksen versio AUDIT-C (7,8).

Vuonna 2015 päivitettyssä Alkoholiongelmaisen hoito Käypä hoito -suosituksessa otettiin käyttöön uudet alkoholinkäytön riskirajat (2). Uudessa suosituksessa kohtalaiseksi riskiksi määriteltiin viikkotasolla miehille 14 annosta tai enemmän, ja naisille seitsemän annosta tai enemmän. Suomessa käytetyn määritelmän mukaan yksi alkoholiannos on noin 12 grammaa alkoholia. Jos alkoholinkäyttö jatkuu tällä tasolla, maksan glutamyyli transferaasi (GT) -arvojen nousu on todennäköistä. Vuoden 2015 suosituksessa suureksi riskiksi on määritely miehillä 23–24 annosta viikossa (säännöllisesti 40 grammaa sataprosenttista alkoholia päivittäin) tai enemmän ja naisilla 12–16 annosta viikossa tai enemmän (säännöllisesti

20 grammaa päivittäin). Tällä tasolla erilaiset terveyshaitat ovat merkittävästi suurentuneet. Tätä suuren riskin tasoa kutsutaan suosituksessa hälytysrajaksi, jonka ylittyessä terveydenhuollon tulee viimeistään jollain tavalla puuttua käyttöön.

Aiemmin 2000-luvun alkupuolella on arvioitu, että haitallisen juomisen, alkoholin väärinkäytön tai alkoholi riippuvuuden kriteerit täyttivät 30–64-vuotiaista 11 %:lla (9). Tuolloin alkoholin riskikäytön raja-arvoina käytettiin 24 annosta miehille ja 16 annosta naisille. Uuden suosituksen mukaisia, grammamääräiseen alkoholin kulutukseen perustuvia arvioita alkoholin riskikäytön esiintyvyydestä Suomessa ei ole aikaisemmin tutkittu.

Menetelmät

Juomatapatutkimus on vuodesta 1968 alkaen kahdeksan vuoden välein toteutettu väestöä edustava haastattelututkimus, jonka viimeisin tiedonkeruu toteutettiin syksyllä 2016 (10). Otantatodennäköisyys oli 15–29-vuotiailla kaksinkertainen verrattuna 30–79-vuotiaisiin, jotta vastanneiden joukkoon saataisiin riittävästi nuoria aikuisia, joiden vastausaktiivisuuden tiedetään olevan muita heikompi (11). Otantatodennäköisyyksien ero otettiin huomioon analyyseissä painokertoimilla, joilla lisäksi korjattiin sukupuolen, iän ja alueen mukaisia vastausaktiivisuuseroja niin, että tulokset edustavat Manner-Suomen asuntokuntiin kuuluvaa väestöä.

Aineisto kerättiin käyntihaastatteluilla, jotka tekivät Tilastokeskuksen ammattihaastattelijat syys–lokakuussa 2016. Vastaajia oli kaikkiaan 2 285; heistä naisia oli 1 114 ja miehiä 1 171. Tutkimukseen osallistui sekä naisista että miehistä 60 % otokseen poimituista. Kadon yleisin syy oli kieltäytyminen (54 % kadosta); 29 % otoksesta ei tavoitettu lainkaan (10).

Viikoittaisen alkoholinkäytön määrä laskettiin portaittainen juomistiheys (Graduated Frequency, GF) -mittarin perusteella, jossa kysytään eri alkoholimäärien (1–2, 3–4, jne. annosta päivässä) käytön useutta. Saatu arvio vuosikulutuksesta jaettiin keskimääräiseksi viikkokulutukseksi (grammaa viikossa). Alko-

holinkäytön suuren sekä kohtalaisen riskin rajat määriteltiin vuonna 2015 päivitetyn Alkoholi-ongelman Käypä hoito -suosituksen perusteella, jossa kohtalaisen käytön raja-arvoksi on määritelty naisilla 84 (7 x 12) ja miehillä 168 (14 x 12) grammaa sataprosenttista alkoholia viikossa. Suuren riskin rajat eli hälytysrajat olivat naisilla 140 (7 x 20) ja miehillä 280 (7 x 40) grammaa sataprosenttista alkoholia viikossa.

Grammamääräisen kulutusarvion lisäksi vastaajilta kerättiin tietoja kymmenen kysymyksen AUDIT-kyselyllä, johon vastasi 94 % haastatelluista (10). Analyyseissä tutkittiin myös mittarin kolmesta ensimmäisestä kysymyksestä laskettua alkoholinkäytön määrää ja taajuutta kartoitettavaa AUDIT-C-mittaria. AUDIT-pisterajana käytettiin miehillä ≥ 8 ja naisilla ≥ 6 , AUDIT-C -rajoina miehillä ≥ 6 ja naisilla ≥ 5 (2).

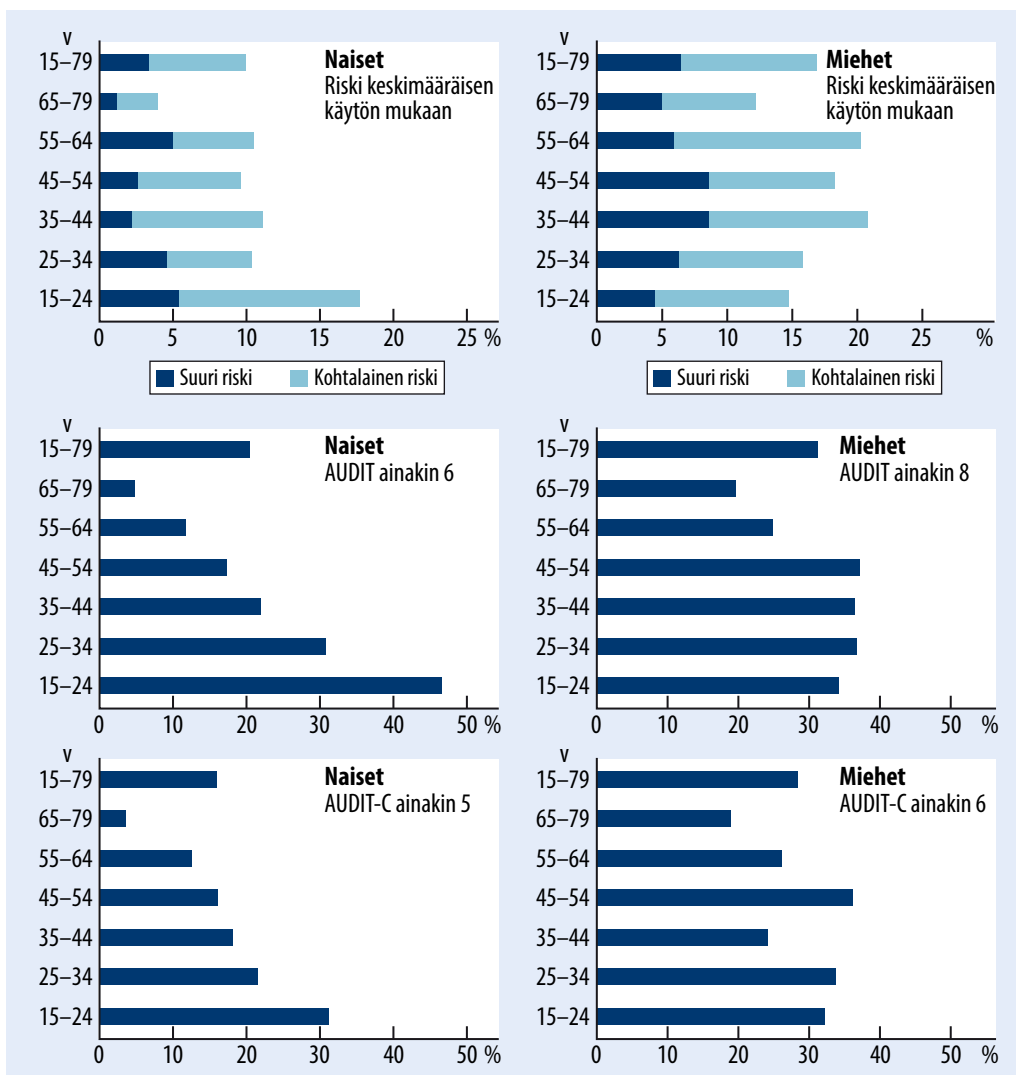
Vastaajien taustatiedot saatiin Tilastokeskuksen rekistereistä lukuun ottamatta ammattiasemaa, joka perustui vastaajan ilmoittaman ammatin luokitteluun (10).

Sukupuoli- ja ikäryhmittäiset erot riskiryhmiin kuulumisessa testattiin khiin neliötestillä. Taustatekijöiden vaikutuksia selvittävässä kolmesta riski-indikaattorista (viikoittainen juominen, AUDIT-pisterajan ylitys, AUDIT-C-pisterajan ylitys) muodostetuissa logistisissa regressiomalleissa oli samanaikaisesti mukana kaikki taustamuuttujat. Tilastollisen merkitsevyyden rajana käytettiin arvoa $p < 0,05$.

THL:n tutkimuseettinen työryhmä on antanut Juomatapatutkimuksen aineistonkeruu- ja tutkimussuunnitelmasta puoltavan lausunnon. Lisäksi aineistonkeruussa on sovellettu Tilastokeskuksen tilastoeettisen lautakunnan linjauksia. Tutkijoiden käyttöön luovutettu aineisto on anonyymiä, eikä siitä voida tunnistaa vastaajia.

Tulokset

Vuonna 2016 Alkoholi-ongelman hoito Käypä hoito -suosituksen kohtalaisen riskin, eli viikkotasolla naisilla seitsemän annosta tai enemmän ja miehillä 14 annosta tai enemmän, rajat ylittäneitä oli 15–79-vuotiaista naisista 10 % ja miehistä 17 %. Suuren riskin eli hälytysrajan, keskimäärin 20 g alkoholia päivässä tai



KUVA. Alkoholin riskikäytön rajat ylittävien osuudet suomalaisessa 15–79-vuotiaassa väestössä vuonna 2016. AUDIT = Alcohol Use Disorder Identification Test

12 annosta viikossa, ylitti 3 % naisista. Miehillä suuren riskin rajan, 40 g alkoholia päivässä eli 23–24 annosta viikossa, ylitti 7 % 15–79-vuotiaista miehistä (KUVA).

Kymmenen kysymyksen AUDIT-seulontarajan (miehillä 8, naisilla 6) ehdon täytti tai ylitti 15–79-vuotiaista naisista 21 % ja miehistä 31 % (KUVA). AUDIT-C-kyselyssä naisten rajan viisi pistettä täytti tai ylitti 16 % ja miesten rajan kuusi pistettä 28 %.

Kymmenvuotiskäryhmittäin tarkasteltuna suuren riskin käyttäjien osuus oli naisilla suurin 15–24-vuotiaiden ikäryhmässä ja pienin

eläkeikäisillä sekä työikäisistä 35–44-vuotiailla (KUVA). Miehillä suuren riskin käyttö oli yleisintä 35–44- sekä 45–54-vuotiailla. Miehillä sekä suuren että kohtalaisen riskin alkoholin käyttö oli harvinaisinta nuorimmassa ja vanhimmassa ikäryhmässä.

Kymmenen kysymyksen AUDIT-seulontarajan ylittäminen oli naisilla sitä yleisempää, mitä nuoremmasta ikäryhmästä oli kyse. Nuorimmassa 15–24-vuotiaiden ikäryhmässä riskijuomisen seulaan jäi 47 % ikäryhmästä; 65–79-vuotiaiden ryhmässä osuus oli 5 % (KUVA). AUDIT-C-seulontarajaa koskevat

TAULUKKO. Taustatekijöiden yhteys (kerroinsuhde, OR) alkoholin riskikäytön kolmeen indikaattoriin: suuren riskin indikaattori eli hälytysrajan ylittävä kokonaiskulutus, AUDIT-indikaattori (pistemäärä naisilla ainakin 6 ja miehillä ainakin 8), sekä AUDIT-C-indikaattori (pistemäärä naisilla ainakin 5 ja miehillä ainakin 6).

	Suuri riski	95 %:n LV	AUDIT yli rajan	95 %:n LV	AUDIT-C yli rajan	95 %:n LV
Sukupuoli (ref. nainen)						
Mies	2,23	(1,31–3,80)	1,83	(1,42–2,36)	1,94	(1,49–2,54)
Ikäryhmä (ref. 65–79 v)						
15–24 v	0,95	(0,29–3,06)	3,47	(1,940–6,21)	2,82	(1,52–5,24)
25–34 v	1,12	(0,45–2,81)	2,44	(1,49–4,01)	2,49	(1,46–4,24)
35–44 v	1,10	(0,46–2,64)	2,54	(1,59–4,06)	2,08	(1,24–3,47)
45–54 v	1,33	(0,59–2,98)	2,41	(1,54–3,79)	2,92	(1,81–4,74)
55–64 v	1,17	(0,50–2,70)	1,27	(0,78–2,07)	1,82	(1,10–3,01)
Siviilisäätö (ref. parisuhteessa)						
Naimaton	1,48	(0,79–2,77)	1,82	(1,34–2,48)	1,82	(1,31–2,51)
Eronnut	2,08	(1,09–4,00)	1,72	(1,18–2,50)	1,98	(1,35–2,90)
Leski	1,05	(0,14–7,77)	0,92	(0,32–2,65)	1,16	(0,40–3,35)
Koulutusaste (ref. ylempi korkeakouluaste)						
Perus- ja keskiaste	0,60	(0,25–1,46)	1,24	(0,79–1,95)	1,06	(0,66–1,69)
Alin korkea-aste	0,49	(0,18–1,38)	1,10	(0,65–1,84)	0,79	(0,46–1,36)
Alempi korkeakouluaste	0,48	(0,18–1,30)	1,25	(0,79–1,97)	0,94	(0,58–1,52)
Ammattiasema (ref. ylempi toimihenkilö)						
Alempi toimihenkilö	1,72	(0,76–3,88)	1,00	(0,68–1,45)	0,92	(0,61–1,37)
Työntekijä	1,87	(0,78–4,48)	1,04	(0,68–1,59)	1,10	(0,71–1,71)
Muu	1,06	(0,40–2,82)	1,28	(0,83–1,97)	1,27	(0,81–1,99)
Suuralue (ref. Pohjois- ja Itä-Suomi)						
Helsinki–Uusimaa	2,15	(1,01–4,59)	1,42	(1,00–2,01)	1,59	(1,10–2,29)
Etelä–Suomi	2,22	(1,02–4,80)	1,31	(0,91–1,89)	1,34	(0,90–1,98)
Länsi–Suomi	1,27	(0,57–2,80)	0,91	(0,64–1,29)	1,11	(0,77–1,61)
Kaupunkiluokitus (ref. maaseutu)						
Kaupunkialue	0,97	(0,49–1,89)	1,07	(0,77–1,49)	0,96	(0,68–1,34)
Kehysalue	0,85	(0,38–1,92)	0,68	(0,45–1,03)	0,75	(0,49–1,14)

Kolme erillistä logistista regressiomallia (sarakkeet), joissa kaikki taustamuuttajat ovat mukana mallissa samanaikaisesti. LV = Luottamusväli.

tulokset olivat samansuuntaiset: osuus oli 15–24-vuotiailla 31 % ja 65–79-vuotiailla 3 %.

Miehilläkin AUDIT- ja AUDIT-C-seulontarajan ylittivät harvimmoin 65–79-vuotiaat (20 % ja 19 %), mutta tätä nuoremmassa ikäryhmissä erot eivät olleet niin systemaattiset kuin naisilla. Molemmat seulontarajat ylittyivät useimmin 45–54-vuotiailla (37 % ja 36 %).

Aiempiin tutkimuksiin vertailtavuuden vuoksi riskirajojen ylittäneiden yleisyyksiä tarkasteltiin myös ikäryhmässä 30–64-vuotiaat: suuren kokonaiskulutuksen riskirajan ylittäneitä naisia oli 4 % ja miehiä 8 %.

Taustatekijöiden ja riskikäytön yhteyden arvioimiseksi mallinsimme riski- ja seulontarajojen ylittämistä logistisilla regressiomalleilla (**TAULUKKO**) (6). Miesten kerroinsuhde (OR) naisiin verrattuna oli suuren riskin käytölle 2,2 (95 %:n luottamusväli, LV 1,2–3,8), AUDIT:lle 1,8 (95 %:n LV 1,4–2,4) ja AUDIT C:lle 1,9 (95 %:n LV 1,5–2,5) (**TAULUKKO**). Ikäryhmä ei ollut merkitsevä indikaattori suuren riskin viikkokäytön mallissa, mutta sekä AUDIT- että AUDIT-C-mittareiden seulontarajojen ylittäminen oli yleisempää nuoremmassa ikäryhmässä. Eronneilla oli parisuhteessa olevia suurempi

osuus niin viikoittaisen riskirajan (OR = 2,1; 95 %:n LV 1,1–4,0), AUDIT-rajan (OR = 1,7; 95 %:n LV 1,2–2,5) kuin myös AUDIT-C-rajan ylittäneitä (OR = 2,0; 95 %:n LV 1,4–2,9). AUDIT- ja AUDIT-C-riskikäytön seulontarajojen ylittäminen oli lisäksi yleisempää myös naimattomilla. Koulutusaste ja ammattiasema eivät olleet yhteydessä mihinkään kolmesta alkoholinikäytön riski-indikaattorista. Helsingin ja Uudenmaan alueella oli Pohjois- ja Itä-Suomeen verrattuna suurempi väestöosuus riski- ja seulontarajat ylittäviä, ja muualla Etelä-Suomessa oli lisäksi enemmän viikoittaisen riskirajan ylittäneitä (OR = 2,2; 95 %:n LV 1,0–4,8). Henkilön asuinpaikan kaupungistumisella ei ollut yhteyttä riskirajojen ylittämiseen.

Pohdinta

Vuonna 2015 päivitettyssä Alkoholi-ongelman Käypä hoito -suosituksessa määritellyjä uusia alkoholinikäytön riskirajoja sovellettiin Manner-Suomen väestöä edustavaan Juomatapatutkimuksen 2016 haastatteluaineistoon. Suomalaisista 15–79-vuotiaista naisista 3 % ylitti hälytysrajan 20 g päivässä ja miehistä hälytysrajan 40 g päivässä 7 %. Koko Suomen väestöön suhteutettuna tämä tarkoittaa sitä, että riskirajan ylittäviä 15–79-vuotiaita naisia oli vuonna 2016 Suomessa noin 74 000 ja miehiä 140 000 (12). Kohtalaisen riskin, eli viikottasolla naisilla seitsemän annosta tai enemmän ja miehillä 14 annosta tai enemmän, rajat ylittäneitä naisia oli 220 000 ja miehiä 360 000.

AUDIT-seulontarajat (6 ja 8) ylittäneitä suomalaisia 15–79-vuotiaita oli Juomatapatutkimuksen mukaan vuonna 2016 naisista 21 % ja miehistä 31 %. AUDIT-C:n osalta (rajat 5 ja 6) vastaavat luvut olivat 16 % ja 28 %. Henkilöluvumäärinä nämä osuudet vastaavat noin 440 000 (AUDIT) ja 350 000 (AUDIT-C) naista sekä 670 000 (AUDIT) ja 610 000 (AUDIT-C) miestä. Sotkanet.fi antaa AUDIT-C-pisterajojen ylittäneiden 20–64-vuotiaiden väestöosuusiksi käyttämillämme pisterajoilla vuonna 2016 naisista 25 % (ainakin 5 pistettä) ja miehistä 40 % (ainakin 6 pistettä). Luvut ovat Juomatapatutkimuksen tuottamia yleisyyksiä suurempia; syitä tähän lienevät sekä

Ydinasiat

- ▶ Hälytysrajan (naiset 20 g päivässä tai 12 annosta viikossa; miehet 40 g päivässä tai 23–24 annosta viikossa) ylitti 3 % naisista ja 7 % miehistä.
- ▶ Kymmenen kysymyksen AUDIT-seulan rajat ylittäneitä suomalaisia oli vuonna 2016 naisista 21 % ja miehistä 31 %.
- ▶ Nuori ikä ja ilman parisuhdetta eläminen olivat yhteydessä riskijuomiseen, koulutustaso ja ammattiasema eivät.
- ▶ Kaikki riskikäytön määritelmät osoittavat keskeiseksi riskiryhmäksi 15–24-vuotiaat naiset, joiden alkoholinikäyttöön tulisi puuttua opiskeluterveydenhuollossa.
- ▶ Miehistä riskikäyttö on yleisintä keski-ikäisillä, joiden alkoholinikäyttöä on syytä seurata esimerkiksi työterveyshuollossa.

erilainen ikärajaus että tutkimustiedon keruutavan erot.

2000-luvun alussa kerätystä aineistosta raportoitiin, että haitallisen juomisen, alkoholin väärinkäytön tai alkoholinriippuvuuden kriteerit täyttyivät 5 % 30–64-vuotiaista naisista ja 17 % miehistä (9). Nyt saman ikäryhmän vuonna 2015 asetetut kokonaiskulutuksen hälytysrajat ylitti naisista 4 % ja miehistä 8 %. Kokonaiskulutuksen raja-arvoina käytettiin vuonna 2000 miehille 24 annosta (~ sama raja) ja naisille 16 annosta (suurempi raja). Ajallista vertailtavaa vähentävät useat menetelmiin liittyvät eroavaisuudet.

Taustatekijöiden osalta tulokset olivat samansuuntaisia kuin aiemmissa riskikäyttöä kartoittaneissa yleisväestötutkimuksissa. Ikä ja sosiaaliset taustatekijät huomioon ottaen miehillä riskikäyttö oli noin kaksi kertaa niin yleistä kuin naisilla (13). Suuren riskin kokonaiskulutuksessa ei ollut ikäryhmittäisiä eroja, mutta AUDIT- ja AUDIT-C-pisterajojen ylittäminen oli yleisempää nuoremmassa kuin vanhemmissa ikäryhmissä, ja tämä ikäryhmien ero oli erityisen suuri naisilla. Sekä AUDIT että AUDIT-C



-pistemäärät ylittyivät naimattomilla ja eronneilla useammin kuin parisuhteessa olevilla, mutta hälytysrajan ylittäneillä siviilisäädyn mukaiset erot olivat pieniä. Koulutus ja ammattiasema eivät erotelleet alkoholinkäyttöön liittyviä riskejä. Aiemmissa suomalaistutkimuksissa vähemmän koulutetut näyttäsivät käyttävän enemmän alkoholia (14), mutta heikon sosio-ekonomisen aseman on myös havaittu olevan yhteydessä vähäisempään alkoholinkäyttöön (15). Eteläisessä Suomessa, erityisesti Uudenmaan alueella, kaikki alkoholinkäytön riskindikaattorit olivat hieman pohjoista ja itäistä Suomea suurempia, mutta asuinalueen kaupungistumisaste ei ollut yhteydessä riskijuomiseen.

Juomatapatutkimuksen aineistosta laskettu väestön alkoholin kokonaiskulutusarvio vastaa indikaattorin mukaan kolmasosaa tai puolta myyntitilastojen ja haastattelujen perusteella arvioidusta alkoholin kokonaiskulutuksesta (16,17). Juomatapatutkimuksen aineiston perusteella laskettujen kokonaiskulutusarvioiden pienuus johtuu todennäköisesti siitä, että paljon alkoholia käyttävät eivät osallistu tutkimukseen, sekä siitä, että tutkimukseen osallis-

tuneet ovat joko tietoisesti tai tiedostamattaan raportoineet todellista pienempiä juomismääriä (18). Juomatapatutkimuksen kattavuusprosentti on hyvin linjassa muissa Euroopan maissa tehtyjen kyselyjen kanssa (19). Alhainen kattavuus heijastuu arvioihin riskijuojien väestöosuuksista niin, että edellä esitetyt arviot riskikäytön yleisyyksistä väestössä ovat todennäköisesti aliarvioita.

Alkoholiongelmaisen hoito Käypä hoito -suositus keskittyy työikäisten alkoholinkäytön riskirajoihin, mutta sisältää myös yleisluontoisia toteamuksia alkoholin riski- ja ongelmakäytöstä yhtäältä hyvin nuorilla ja toisaalta ikääntyneillä. Suosituksessa todetaan, että alle 18-vuotiaille ei voida asettaa suositusta alkoholinkäytön riskirajoista, vaan heillä kaikki juominen on riskijuomista (2). Ikääntyneiden osalta todetaan, että alkoholinkäytön riskit kasvavat jo vähäisemmällä käytöllä kuin työikäisillä. Käypä hoito -suositus ei kuitenkaan näytön vähyyden vuoksi anna kummankaan erityisryhmän osalta tarkkaa osviittaa siitä, mitä olisivat ikäryhmäkohtaiset riskikäytön grammamääräiset rajat tai AUDIT-kyselyn eri versioiden käytettävyys katkaisupisteineen. Ikääntyneiden riskirajojen määrittämistä mutkistaa se, että ikääntyminen ja mahdolliset sairaudet heikentävät elimistön kykyä sietää alkoholia ja myös se, että mahdolliset lääkehoidot vaikuttavat haitallisesti yhdessä alkoholin kanssa (2,20,21).

Tuore suomalaistutkimus suosittaa 12–19-vuotiaille AUDIT-rajaksi ≥ 5 ja AUDIT-C-rajaksi ≥ 3 (22). Vuoden 2015 Käypä hoito -suositus lähtee kuitenkin siitä, että alle 18-vuotiailla kaikki alkoholinkäyttö on potentiaalisesti ongelmallista ja siihen pitäisi puuttua. Kuusikymmentäviisi vuotta täyttäneillä toimiviksi rajoiksi on suomalaisessa aineistossa todettu AUDIT:n osalta ≥ 5 ja AUDIT-C:n osalta ≥ 4 (23). Yhdysvalloissa National Institute of Alcohol, Abuse and Alcoholism suosittaa terveille yli 65-vuotiaille, jotka eivät syö lääkkeitä, enintään 3,5 annosta kerralla ja enintään kahdeksaa annosta viikossa (24). Tulososassa esitetyt luvut perustuvat työikäisten riskirajojen soveltamiseen myös 15–17-vuotiaille sekä 65 vuotta täyttäneille. Osuudet olisivat siis suurempia, jos kriteerinä olisi käytetty edellä esitettyjä nuor-

ten ja eläkeikäisten suosituksia. Sotkanet.fi-tietokannassa on käytetty AUDIT-C-kyselyn osalta 65 vuotta täyttäneille katkaisurajaa ≥ 4 pistettä, jonka mukaan vuonna 2016 ikääntyneistä miehistä 50 % ja naisista 17 % ylitti riskikäytön rajat. Nämä osuudet ovat huomattavasti suuremmat kuin käytettäessä työikäisten rajoja 6/5 pistettä (tässä tutkimuksessa 19 % 65–79-vuotiaista miehistä ja 3 % naisista). Erillisten suositusten antamiseksi ikääntyneille ei ole vielä riittävästi näyttöä, mutta hoitosuosituksia päivitetäessä näytön taso on tarpeen jälleen arvioida.

Lopuksi

Koska riskikäyttö on suomalaisessa väestössä erittäin yleistä, tulisi alkoholin riskikäyttöä seuloa ja ottaa puheeksi systemaattisesti sosiaali- ja terveyspalveluissa. Riskikäytön toteamiseen on olemassa luotettavia keinoja ja puuttumiseen tehokkaita hoitoja (2). Riskikäytön puheeksiotto mini-intervention keinoin on kustannusvaikuttavaa alkoholiongelmien ehkäisyä: mini-

intervention NNT-luku, eli arvioitu potilasmäärä, joka on hoidettava, jotta yksi hyötyisi, on 10 (2). Suurimpana haasteena on, että puheeksiotto tehdään aivan liian myöhään, yleensä vasta kun juominen on jo ehtinyt kehittyä ongelmalliseksi. Lisäksi on otettava huomioon, että samoin kuin tutkimushaastatteluissa, myös lääkärin vastaanotolla potilaat todennäköisesti vähättelevät alkoholinkäyttöään. Jos rajat tästä huolimatta ylittyvät, puheeksiotto ja tarkempi tilannearvio Käypä hoito -suosituksen mukaisesti ovat erityisen tärkeitä.

Tuleviin alkoholiongelmaisen hoitoa koskeviin Käypä hoito -suosituksiin olisi hyvä saada mukaan ikäryhmäkohtaiset suositukset alkoholinkäytön riskirajoista sekä riskikäytön seulonnasta. Toivoa sopii, että ikääntyneiden alkoholinkäytön riskirajoista tehdään empiiristä tutkimusta lähivuosina. Käyttämällä työikäisille suunnattuja seulontarajoja erityisesti yli 65-vuotiaiden osalta merkittävä osa riskikäytöstä jää vaille huomiota. ■

TOMI LINTONEN, FT, terveyden edistämisen dosentti, tutkimusjohtaja

Alkoholitutkimussäätiö, Tampereen yliopisto

SOLJA NIEMELÄ, LT, psykiatrian dosentti, päihdelääketieteen klininen opettaja, ylilääkäri

Turun yliopisto, VSSHP Psykiatria, Riippuvuuspsykiatrian yksikkö, Turun yliopisto

PIA MÄKELÄ, VTT, sosiologian dosentti, tutkimusprofessori

THL, Helsingin yliopisto

SIDONNAISUUDET

Tomi Lintonen: Ei sidonnaisuuksia

Solja Niemelä: Korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Sunovion), luento-/asiantuntijapalkkio (Shire)

Pia Mäkelä: Ei sidonnaisuuksia

VASTUUTOIMITTAJA

Jaana Suvisaari

SUMMARY

At least five percent of the Finnish population are high risk alcohol users. Results from the Drinking Habits Survey 2016.

BACKGROUND. Health care services have a key role in the prevention, identification and treatment of alcohol problems. Prevalence estimates for risky drinking have not been reported based on the Current Care Guidelines (2015) for the treatment of patients with alcohol problems.

METHODS. General population sample of 15 to 79 year-old people in Finland in 2016 (n = 2 285).

RESULTS. Among women, 3 % exceeded the high-risk limit for average daily intake of 20 g of pure ethanol, and 7 % among men exceeded the limit of 40 g per day. Of women, 21 % exceeded AUDIT ≥ 6 and 31 % of men exceeded AUDIT ≥ 8 . Young age and living without a spouse or in southern Finland increased the odds of risky drinking.

CONCLUSIONS. The Guidelines define 5 % of the population as being in need of evaluation for alcohol problems.

KIRJALLISUUTTA

1. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2018;392:1015–35.
2. Alkoholiongelman hoito. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2015 [päivitetty 21.08.2018]. www.kay-pahoito.fi.
3. Rehm J, Gmel G, Probst C, ym. Lifetime-risk of alcohol-attributable mortality based on different levels of alcohol consumption in seven European countries. Implications for low-risk drinking guidelines. Toronto, Ontario, Kanada: Centre for Addiction and Mental Health 2015. www.julkari.fi/handle/10024/125502.
4. Montonen M, Mäkelä P, Scafato E, ym. toim. On behalf of joint action RARHA's work package 5 working group. Good practice principles for low risk drinking guidelines. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.
5. Furtwaengler NA, de Visser RO. Lack of international consensus in low-risk drinking guidelines. *Drug Alcohol Rev* 2013;32:11–8.
6. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, ym. 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.
7. Kriston L, Hölzel L, Weiser AK, ym. Meta-analysis: are 3 questions enough to detect unhealthy alcohol use? *Ann Intern Med* 2008;149:879–88.
8. Aalto M, Alho H, Halme JT, ym. AUDIT and its abbreviated versions in detecting heavy and binge drinking in a general population survey. *Drug Alcohol Depend* 2009;103:25–9.
9. Halme JT, Seppä K, Alho H, ym. Hazardous drinking: prevalence and associations in the Finnish general population. *Alcohol Clin Exp Res* 2008;32:1615–22.
10. Mäkelä P, Savonen J, Hokka P, ym. Juomatapatutkimus 2016: menetelmäkuvaus, aineistot ja kysymyslomakkeet. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpaperi 25/2017.
11. Ahtinen S, Mäkelä P, Nevalainen J, ym. Juomatapatutkimuksen haastatteluaktiivisuus on laskenut – mitä vuosien 1968–2016 aikana on tapahtunut? *Yhteiskuntapolitiikka* 2018;83:191–8.
12. Suomen virallinen tilasto (SVT). Väestörakenne [verkkójulkaisu]. Vuosikatsaus 2016, Liitetaulukko 3. 15–81-vuotiaat miehet [naiset] iän ja elävänä syntyneiden lasten määrän mukaan 31.12.2016. Helsinki: Tilastokeskus 2016. www.stat.fi/til/vaerak/index.html.
13. Erol A, Karpyak VM. Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: contemporary knowledge and future research considerations. *Drug Alcohol Depend* 2015;156:1–13.
14. Vladimirov D, Niemelä S, Auvinen J, ym. Changes in alcohol use in relation to sociodemographic factors in early midlife. *Scand J Public Health* 2016;44:249–57.
15. Peña S, Mäkelä P, Valdivia G, ym. Socio-economic inequalities in alcohol consumption in Chile and Finland. *Drug Alcohol Depend* 2017;173:24–30.
16. Härkönen J, Savonen J, Virtala E, ym. Suomalaisten alkoholikäyttötavat 1968–2016. Juomatapatutkimusten tuloksia. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 3/2017.
17. Mäkelä P, Härkönen J. Suomalaisten alkoholinkulutus on vähentynyt – keiden ja millainen kulutus? *Yhteiskuntapolitiikka* 2017;82:513–26.
18. Gmel G, Rehm J. Measuring alcohol consumption. *Contemp Drug Probl* 2004;31:467–540.
19. Sieroslowski J, Moskalewicz J, Mäkelä P, ym. Alcohol consumption. Julkaisussa: Moskalewicz J, Room R, Thom B, toim. Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report. Varsova: Parpa 2016, s. 287–399.
20. Squeglia LM, Boissoneault J, Van Skike CE, ym. Age-related effects of alcohol from adolescent, adult, and aged populations using human and animal models. *Alcohol Clin Exp Res* 2014;38:2509–16.
21. Barry KL, Blow FC. Drinking over the life-span: focus on older adults. *Alcohol Res* 2016;38:115–20.
22. Liskola J, Haravuori H, Lindberg N, ym. AUDIT and AUDIT-C as screening instruments for alcohol problem use in adolescents. *Drug Alcohol Depend* 2018;188:266–73.
23. Aalto M, Alho H, Halme JT, ym. The alcohol use disorders identification test (AUDIT) and its derivatives in screening for heavy drinking among the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011;26:881–5.
24. NIAAA: special populations and co-occurring disorders: older adults. NIAAA recommendations. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/special-populations-co-occurring-disorders/older-adults.