



ALKOHOLI LIIGTARVITAMISE VARAJANE AVASTAMINE JA LÜHISEKKUMINE

Abimaterjal perearstile ja pereõele

Tervise Arengu Instituut

**ALKOHOLI
LIIGTARVITAMISE
VARAJANE
AVASTAMINE JA
LÜHISEKKUMINE**

Abimaterjal perearstile ja pereõele

2017



Alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine ja lühisekkumine. Abimaterjal perearstile ja pereõele.

Koostanud: Liina Üksik

Täname koostöö eest: Anneli Rätsep, Jane Alop, Helen Lasn, Katrin Martinson, Kätlin Kosula, Maria Ratassepp, Reet Laidoja.

Materjal on koostatud Euroopa Liidu Euroopa Sotsiaalfondi toetuse andmise tingimuste „Kainem ja tervem Eesti” raames.

Trükis on valminud Tervise Arengu Instituudi tellimusel 2017.

Igasugune materjali reprodutseerimine ja levitamine on keelatud ilma Tervise Arengu Instituudi nõusolekuta.

ISBN 978-9949-461-73-8 (trükis)

ISBN 978-9949-461-74-5 (pdf)

Kujundanud ja trükkinud: Puffet Invest OÜ

Sisukord

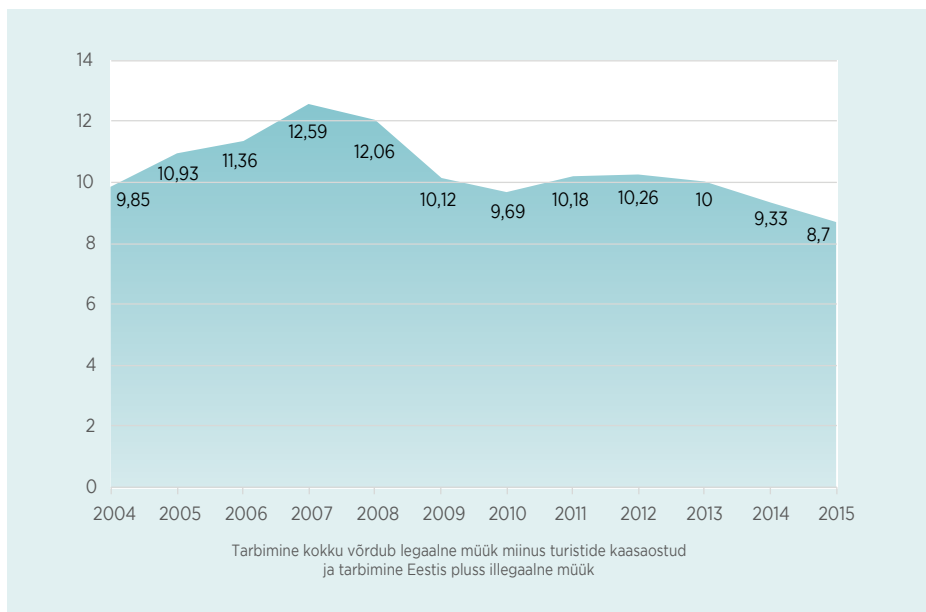
1. Tarbimisest sekkumiseni	4
Alkoholikahjud, roheline raamat ja ravijuhend	4
ALVALi mõiste ja efektiivsus	7
ALVAL üldarstiabis ja teistel tasanditel	8
2. Alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine	8
Kas alkoholi tarvitamisest on sobilik rääkida?	8
Millised on madala riski piirid?	9
Millised on takistused alkoholi teema tõstatamisel?	10
Kuidas jaguneb alkoholitarvitamise riskitase?	11
Millega sõeluda?	12
3. Lühisekkumine alkoholi liigtarvitajatele	14
Mis on lühisekkumine?	14
Mitu korda peaks lühisekkumist tegema?	17
Kuidas aru saada, kas lühisekkumine toimis?	17
Millal uuesti sõeluda?	17
4. Kuritarvitamine ja võimalik sõltuvus	18
Mida teha nende patsientidega, kelle puhul lühisekkumine muutust esile ei toonud või viitas AUDIT võimalikule sõltuvusele?	18
Kui patsiendil on diagnoositud kuritarvitamine või sõltuvus	18
Millal ja kuhu suunata?	19
5. Kokkuvõte	19
6. Viited	20

1. Tarbimisest sekkumiseni

Alkoholikahjud, roheline raamat ja ravijuhend

Ilmselt ei tule kellelegi uudisena, et alkoholi tarvitamise tase on Eestis kõrge ning sellest tulenevad kahjud ületavad oluliselt tarbimisest tulenevat majanduslikku kasu. Levinud on ka Maailma Terviseorganisatsiooni seisukoht, mille kohaselt on alkoholist tulenevad kahjud suuremad kui kasu juhul, kui tarbitakse üle kuue liitri absoluutalkoholi elaniku kohta aastas (World Health Organization Regional Office for Europe 1999). Eestis on alkoholi tarbimine aastate jooksul stabiilselt kõrge olnud, ligikaudu 10 liitrit absoluutalkoholi elaniku kohta (Eesti Konjunkturiinstituut 2016).

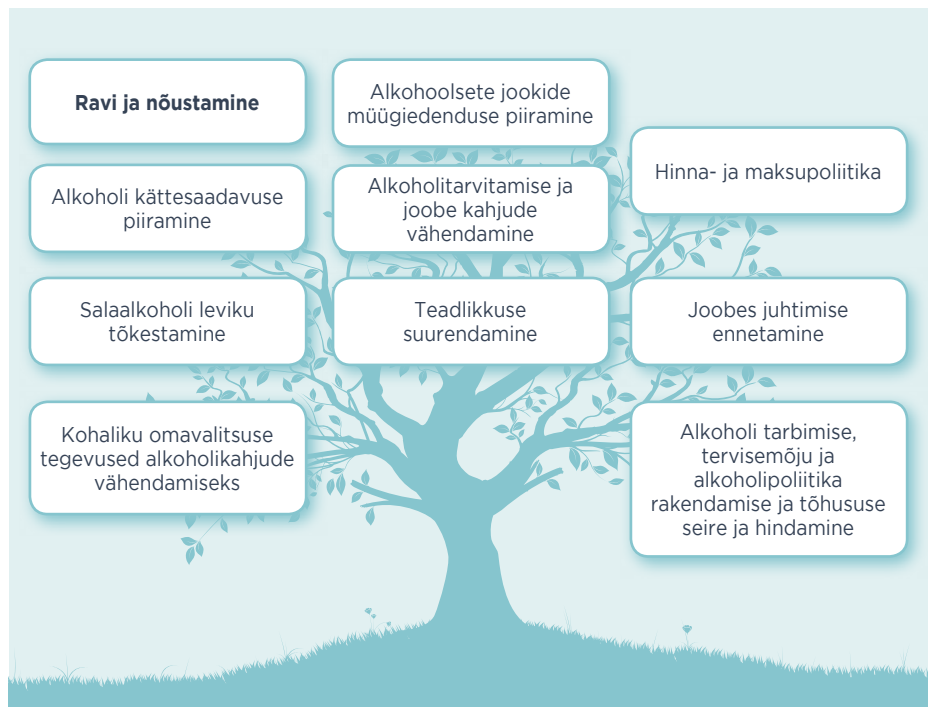
Joonis 1. Eesti elanike poolt tarbitud alkohol aastatel 2004-2015 (liitrit absoluutalkoholi elaniku kohta) (Eesti Konjunkturiinstituut 2016)



Alkoholist tulenevad kahjud ei puuduta ainult alkoholi kuritarvitajaid või sõltlasi, vaid palju suuremat gruppi inimesi. Väga palju leidub inimesi, kes tarvitavad igapäevaselt alkoholi ohustavates kogustes, mille puhul terviseprobleeme ei pruugi veel olla, kuid risk nende tekkeks on suurenenud. Lisaks on ka inimesi, kes ise ehk ei tarvita üldse alkoholi, kuid on mõjutatud oma lähedal olevatest inimestest, kellel on alkoholist tulenevad probleemid. Seega on kahjude vähendamiseks vajalik tegutseda mitmel tasandil. Eesmärgiga vähendada alkoholitarbimisest tulenevat sotsiaalset, majanduslikku ja

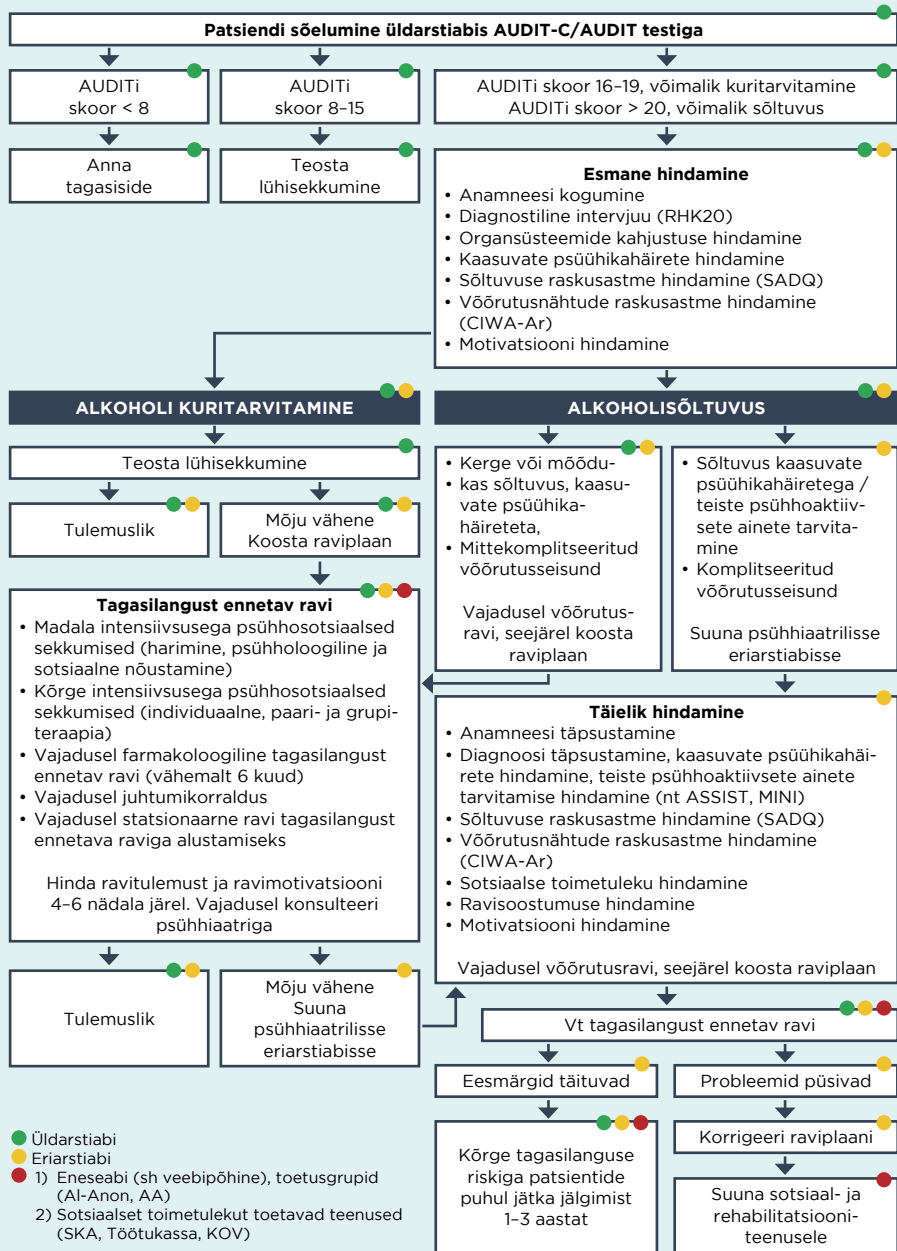
tervisekahju, tagada lastele ja noortele toetav keskkond kasvuks ja arenguks ning muuta elukeskkond kõigi inimeste jaoks turvalisemaks, loodi alkoholipoliitika roheline raamat (Sotsiaalministeerium 2014). Sellesse raamatusse on koondatud kõik tegevused, mille elluviimisel väheneks alkoholi tarbimine Eestis märgatavalt. Järgnevalt on välja toodud rohelse raamatu 10 tegevusvaldkonda.


Joonis 2. Alkoholipoliitika rohelse raamatu 10 tegevusvaldkonda



Kümnest tegevusvaldkonnast puudub tervishoiu valdkonda kõige otsesemalt ravi ja nõustamise osa. Alkoholi liigtarvitamise vähendamiseks on oluline luua kõiki tasandeid hõlmav võrgustik, kuhu on kaasatud erinevate valdkondade spetsialistid. Sellest tulenevalt hakati 2014. aastal koostama ravijuhendit „Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitus“ (Ravijuhendite nõukoda 2015). Peamiselt pühendub ravijuhend kuritarvitava ja sõltuvusega patsiendi ravimeetoditele, kuid toob välja ka patsiendi kogu teekonna tervishoiusüsteemis ning puudub ohustava alkoholi tarvitamise käsitus. Leheküljel 6 on välja toodud patsiendi teekonda kirjeldav ravijuhendi algoritm.

Joonis 3. Alkoholi liigtarvitava patsiendi käsitluse algoritm (Ravijuhendite nõukoda 2015)





Nagu joonisel 3. näha, algab kõik üldarstiabi tasandil varajasesst avastamisest ehk patsiendi alkoholitarvitamise hindamisest. Kui hindamisel selgub, et patsient on ohustav tarvitaja või kuritarvitaja, jätkatakse temaga üldarstiabis. Kui kuritarvitamisele lahendusi ei leita või on tekkinud kahtlus alkoholisooleltuvuse suhtes, alustatakse ravitegevustega. Ravijuhendis on toodud detailne info alkoholitarvitamise häire diagnoosimise ja ravi kohta, kuid varajase avastamise ja lühisekkumise sisu ning eesmärk on ravijuhendis välja toodud vaid lühidalt. See materjal püüab muuhulgas vastata küsimustele:

- Mis on lühisekkumine?
- Kellele on lühisekkumine suunatud?
- Kes lühisekkumist võiks teha?
- Kuidas lühisekkumist teha?


ALVALi mõiste ja efektiivsus

Alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine ja lühisekkumine (ALVAL) on maailmas laialt levinud tõenduspõhine sekkumisviis alkoholist põhjustatud kahju vähendamiseks. Teaduskirjanduses on ALVALile enamjaolt viidatud kui *Alcohol Brief Intervention (ABI)* või *Screening and Brief Intervention (SBI)*. Nii nagu varieerub lühisekkumise mõiste, erinevad ka riikide valikud sekkumise rakendamisel.

Alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine tähendab, et hinnatakse alkoholitarvitamise riskitaset ning seejärel otsustatakse vastavalt riskitasemele, kuidas edasi tegutseda. Kui selgub, et inimene tarvitab alkoholi ohustavalt või kahjustavalt, on sobiv sekkumisviis lühisekkumine, kindla struktuuriga lühike ja motiveeriv vestlus.

Lühisekkumise kohta on mitmeid teaduslikke materjale, milles on uuritud selle mõju ja efektiivsust. On korduvalt tõestatud, et lühisekkumine on efektiivne sekkumisviis ohustava ja kahjustava alkoholitarvitamise korral. 2014. aastal avaldatud süstemaatilises ülevaates (O'Donnell et al. 2014) leiti, et keskmiselt väheneb lühisekkumise mõjul alkoholitarvitamine 3,8 alkoholiühiku võrra nädalas. Cuijpers et al (2004) leidis, et aastas peab tegema lühisekkumise 282 inimesele, et hoida ära üks alkoholist tulenev surmajuhtum (Cuijpers, Riper & Lemmers 2004). Selle põhjal võib hinnanguliselt järeldada, et kui iga Eesti perearst ja pereõde teeks iga päev ühele inimesele lühisekkumise, hoiaksid nad ära hinnanguliselt vähemalt 1000 surma aastas.

Lisaks on oluline välja tuua, et lühisekkumine ei pea olema ilmtingimata pikk ja kogu visiidi aega nõudev vestlus. SIPS (*Screening and Intervention Programme for Sensible drinking*) uuring hindas 2013. aastal erinevate sekkumisviiside mõju. Võrreldi kolme erinevat sekkumisviisi: tagasiside ja infovoldik alkoholi liigtarvitamise kohta, 5-minutiline lühisekkumine ja 20-minutiline pikem lühisekkumine. Uuringus leiti, et aasta jooksul vähendas oma alkoholitarvitamist märgatavalt 15-21% inimestest olenevalt



sekkumisviisist. Samas leidsid autorid, et nende sekkumisviiside efektiivsuses ei ole statistilist erinevust. See tähendab, et pole märgatavaid erinevusi, kas üksnes tõstatada teema ja anda infomaterjal, rääkida patsiendiga 5 minutit või 20 minutit (Kaner et al. 2013).

Lühisekkumine on ka üks viis inimeste teadlikkuse tõstmiseks, mille abil saame ennetada kuritarvitajate ja sõltlaste juurdekasvu. Eestis on hinnanguliselt umbes 10 000 naist ja 50 000 meest, kes on alkoholisõltlased, ning koos kuritarvitajatega on see arv palju suurem. See kinnitab, et lühisekkumisel peaks tervishoiusüsteemis olema senisest palju suurem roll (Rehm et al. 2012).

ALVAL üldarstiabis ja teistel tasanditel

Lühisekkumise efektiivsus on kõige kindlamalt tõestatud üldarstiabi tasandil. Osalt on selle põhjuseks teiste valdkondade ja tasanditega võrreldes oluliselt suurem hulk uuringuid. Lühisekkumise edukust esmatasandil võib selgitada mitme asjaoluga. Ühe põhjusena tuuakse välja perearsti ja/või -õe pikaajalist ja usalduslikku suhet patsiendiga. Samuti on kordusvisiitide hulk oluliselt suurem kui eriarstiabis, kus patsient käib harva. Lühisekkumine võib üldarstiabis olla lihtsam ka seetõttu, et enamjaolt ei vaja üldarstiabisse pöörduvad patsiendid kiiret sekkumist nagu näiteks erakorralises meditsiinis (O'Donnell et al. 2014).

Lisaks esmatasandile on lühisekkumise efektiivsust uuritud ka erakorralise meditsiini üksuses, ambulatoorses ja statsionaarses eriarstiabis, kriminaalsüsteemis, sotsiaalhoolekandes, kõrgkoolides jne. Ühtset seisukohta lühisekkumise efektiivsusest nendel tasanditel ei ole tekkinud, kuid teatud mõju on erinevates uuringutes leitud.

2. Alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine

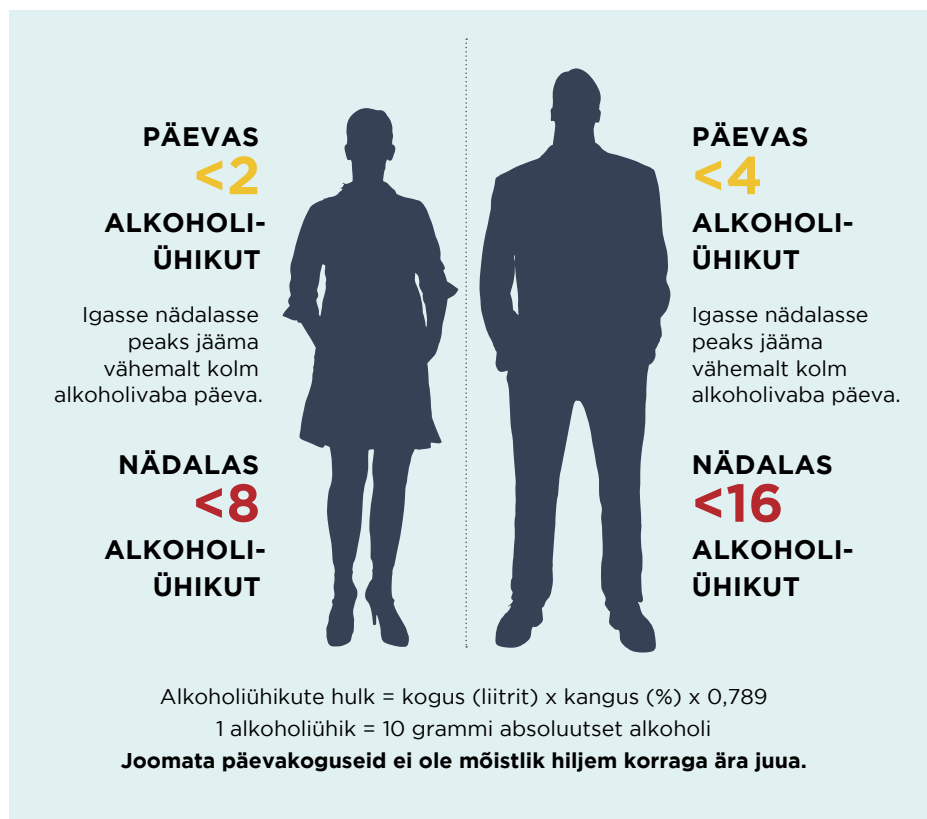
Kas alkoholi tarvitamisest on sobilik rääkida?

Paljudel tervishoiutöötajatel on kõhkclusi, kas ja kuidas oma patsiendiga alkoholist rääkida. Kõhklema siiski ei peaks, kuna tegemist on terviseriskiga, mille haiguskoormus on ulatuslik. Siinkohal on paslik tuua näide sigarettide suitsetamisest. Oli aeg, mil sigarette reklaamisid isegi arstid. Sellest ajast, kui arusaam muutus, on suitsetamine olnud langustrendis. Suitsetamise vähendamisele suunatud tegevusi on mitmeid: on rakendatud erinevaid poliitikameetmeid, tegeletakse meediakampaaniatega ning ei leidu ilmselt ühtki arsti, kes soovitaks krooniliste tervisemuredega patsiendil suitsetamisega jätkata. Enamik tervishoiuspetsialiste ei kardata patsiendile selgitada suitsetamisega

kaasnevaid tervisehädasid ja soovitada tal suitsetamisest loobuda. Aga miks on alkoholi tarvitamisest rääkides ebamugavus oluliselt suurem? Alkoholi liigtarvitamine on **seotud enam kui 200 erineva haigusega ning on üks olulisi tegureid krooniliste haiguste kulus** (World Health Organization 2015). Kui tervishoiutöötaja mõtleb enda jaoks läbi, milliste haiguste kulgu saaks mõjutada alkoholi tarvitamise vähendamisega, muutub teema tõstatamine lihtsamaks. Tihti piisab riskide maandamiseks juba sellest, kui patsient tarvitatavaid koguseid vähendab. Selleks on kasutusele võetud mõiste **madala riski piirid**, mille raames püsides on risk erinevate haiguste tekkeks väike. Loomulikult ei ole olemas täiesti ohutut alkoholikogust ning on olukordi ja haigusi, mille puhul peaks alkoholi tarvitamisest täielikult hoiduma. Enamiku inimeste puhul piisab siiski koguste vähendamisest.

Millised on madala riski piirid?

Joonis 4. Alkoholitarvitamise madala riski piirid



Millised on takistused alkoholi teema tõstatamisel?

Paljud tervishoiutöötajad kinnitavad, et tõstatavad alkoholi teema oma töös igapäevaselt. Siiski on palju ka neid, kes on toonud erinevaid põhjusi, miks teema tõstatamine on keeruline.

Levinumad **takistused, miks spetsialistid oma patsientidega alkoholi tarvitamisest ei räägi** (Aira et al. 2003, Wilson et al. 2011):

- alkoholiteema tundlikkus;
- veendumus, et patsiendid ei võta nõua kuulda;
- arsti/õe arvamus, et ta teab oma patsientide alkoholitarvitamisega seonduvat;
- ebapiisav pädevus/vähe oskusi alkoholiteema käsitlemisel;
- ajanappus.

Tervise Arengu Instituut on varasemalt läbi viinud kaks alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja lühisekkumise projekti. Projektidest selgus, et peaaegu kõik patsiendid on valmis vastama alkoholiga seotud küsimustele. Enamik patsientidest nõustus, et kui alkoholi tarvitamine on seotud nende terviseprobleemidega, võiks arst/õde ka vastavat nõu anda. Lisaks selgus ka tõsiasi, et tegelikkuses ei olnud tervishoiutöötajatel täit ülevaadet oma patsientide alkoholitarvitamisest ning nii mõnegi patsiendi tarvitavad kogused olid üllatuseks nii patsiendile kui spetsialistile (Kriipsalu, Gluškova & Tähepõld 2015, Saame et al. 2011). Vähesed oskused alkoholiteema tõstatamisel on samuti paljude mureks, kuid õnneks leidub alati erinevaid enesetäiendamise võimalusi. Erinevad koolitused, raamatud ja internet pakub hulgaliselt infot, mille seast tuleb vaid leida endale vajalik info. Viimasena välja toodud takistus, ajanappus, on tõenäoliselt kõige keerukam. Arvestades üldarstiabi kasvavat koormust, tundub vahel lootusetu leida aega patsiendiga alkoholi teemal vestlemiseks. Paraku tekitavad esmatasandil enim koormust just kroonilised haiged ning paljude krooniliste haiguste kulgu mõjutab ka alkoholitarvitamine. Leides aega alkoholiteema tõstatamiseks, võib spetsialist võita tulevikus aega teiste murede ennetamise arvelt. Kindlaid meetodeid kasutades ja neid pidevalt rakendades võib kogunud spetsialistil lühisekkumine aega võtta vaid mõned minutid. Siinkohal on oluline rõhutada, et patsiendi alkoholitarvitamine ei ole pöördvõrdelises seoses ajaga, mis spetsialist kulutab temaga alkoholist rääkimise peale. Vahel piisab ka sellest, et teema on tõstatatud ja patsient on selle peale kasvõi korra mõelnud.

Teema tõstatamise võimalused:

- patsient ise soovib oma alkoholitarvitamisest rääkida või mainib alkoholitarvitamist mõne muu jutu sees;
- spetsialist tõstatab teema seoses konkreetsete märkidega, mis võivad viidata

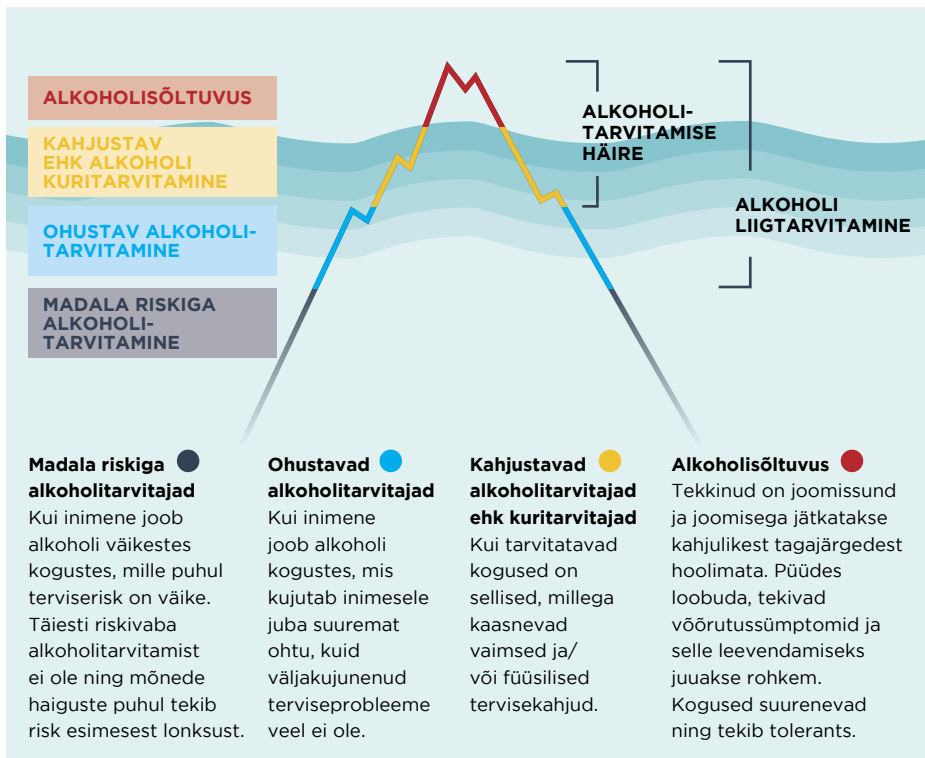
liiga suurtele alkoholikogustele (õnnetusjuhtumid, tervise-, tööalased, sotsiaalsed probleemid jne);

- spetsialist tõstatab teema kõigi patsientidega ja annab ka vastava sõnumi, et tegemist on rutiinse tegevusega (NHS Health Scotland 2016).

Kuidas jaguneb alkoholitarvitamise riskitase?

Kui patsient on positiivse vastukaja andnud ning on valmis teemaga jätkama, siis tuleb järgmiseks kindlaks teha, milline on patsiendi alkoholitarvitamise riskitase ehk kui suur oht on tal alkoholist tingitud probleemide tekkeks. Levinud on arusaam, et alkoholi tarvitamise osas jagunevad inimesed suures jaos kahte gruppi: inimesed, kellel on kõik korras, ja inimesed, kes vajavad ravi. Olukord ei ole siiski must-valge ja probleemid tekivad järk-järgult. Oluline on „kinni püüda“ väikeste probleemidega inimesed, et väikestest ei saaks suured probleemid. Lisaks on oluline välja tuua, et vaid üsna väike osa sõelututest vajab edasist abi ja nõu (Raistrick, Heather & Godfrey 2006). Hinnanguliselt on neid inimesi umbes 30% (Rehm et al. 2012).

Joonis 5. Alkoholi liigtarvitajate jagunemine (Ravijuhendite nõukoda 2015)



Millega sõeluda?

Alkoholi tarvitamise hindamiseks on olemas palju erinevaid teste, millest tuntumad on **AUDIT** (*Alcohol Use Disorders Identification Test*); **FAST** (*Fast Alcohol Screening Test*) ja **CAGE**. AUDIT on välja töötatud Maailma Tervise Organisatsiooni poolt ning üle maailma kõige laialdasemalt kasutusel. Selle testi usaldusväärsus on kõrge, AUDIT suudab tuvastada alkoholi liigtarvitamise ligikaudu 90%-l juhtudest. AUDIT koosneb kümnest küsimusest, mille seas on küsimusi nii tarvitamise sageduse kui koguste kohta, aga ka kahjustava käitumise ning sõltuvusele viitavate tegurite kohta (Babor et al. 2001). Kuna kümnest küsimusest koosnev test võib teatud olukordades olla liiga pikk ja aeganõudev, on kasutusel ka AUDIT-C versioon, milles on AUDITi kolm esimest küsimust. AUDIT-C-l on hinnatud erinevate löikepunktide valiidsust. Löikepunktide usaldusväärsus varieerub vastavalt soole ning sellele, kus testi kasutatakse (Bradley et al. 2007). Eestis on kasutusel löikepunktid 4 naistel ja 5 meestel.

Joonis 6. AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*)

AUDIT-C (AUDITi lühendatud versioon)

Küsimused	Punktid					Teie punktid
	0	1	2	3	4	
1. Kui sageli sa tarvitad alkoholi sisaldavaid jooke?	Mitte kunagi	Umbes kord kuus või harvem	2-4 korda kuus	2-3 korda nädalas	4 korda nädalas või enam	
2. Mitu ühikut sa tavaliselt korraga jood? Alkoholiühiku arvutusvalem: kogus (liitrit) x kangus (%) x 0,789 = alkoholiühikute hulk. Näiteks: 0,5 l õlut x 5,2 (kangus protsentides) x 0,789 = 2,1 alkoholiühikut.	1-2	3-4	5-6	7-9	10+	
3. Kui sageli oled joonud korraga 6 või enam ühikut?	Mitte kunagi	Harvem kui kord kuus	Kord kuus	Kord nädalas	Iga päev või peaaegu iga päev	

Palun jätkka testi täitmist juhul, kui:

- a) oled **naine** ja sinu testi punktisumma on suurem või võrdne **4-ga**
- b) oled **mees** ja sinu testi punktisumma on suurem või võrdne **5-ga**

Kui said väiksema punktisumma, siis jääb see sinu lõplikuks tulemuseks. Vaata seletust järgmiselt leheküljelt.

PUNKTISUMMA

Järgnevad AUDITI küsimused

Küsimused	Punktid					Teie punktid
	0	1	2	3	4	
4. Kui sageli on sul viimase aasta jooksul juhtunud nii, et kui tavitad alkoholi, ei suuda sa alkoholi tarvitamist enam peatada?	Mitte kordagi	Harvem kui kord kuus	Kord kuus	Kord nädalas	Iga päev või pea-aegu iga päev	
5. Kui sageli on sul viimase aasta jooksul jäänud alkoholi tarvitamise tõttu tegemata midagi, mida sult oodati?	Mitte kordagi	Harvem kui kord kuus	Kord kuus	Kord nädalas	Iga päev või pea-aegu iga päev	
6. Kui sageli oled viimase aasta jooksul vajanud rohke alkoholi tarvitamise järgsel hommikul mõnd alkoholi sisaldavat jooki, et saada üle pohmellist?	Mitte kordagi	Harvem kui kord kuus	Kord kuus	Kord nädalas	Iga päev või pea-aegu iga päev	
7. Kui sageli on sind viimase aasta jooksul vaevanud pärast alkoholi tarvitamist süü- või kahjutunne?	Mitte kordagi	Harvem kui kord kuus	Kord kuus	Kord nädalas	Iga päev või pea-aegu iga päev	
8. Kui sageli on sul viimase aasta jooksul juhtunud nii, et alkoholi tarvitamisele järgnenud hommikul ei mäletanud sa eelmisel öhtul toimunut?	Mitte kordagi	Harvem kui kord kuus	Kord kuus	Kord nädalas	Iga päev või pea-aegu iga päev	
9. Kas sa ise või keegi teine on saanud sinu alkoholi tarvitamise tõttu vigastada?	Ei		On, aga mitte viimase aasta jooksul		Jah, viimase aasta jooksul	
10. Kas mõni sinu lähedane, sõber, arst või keegi muu on olnud mures sinu alkoholi tarvitamise pärast või on soovitanud sul alkoholi tarvitamist vähendada?	Ei		On, aga mitte viimase aasta jooksul		Jah, viimase aasta jooksul	

Punktisumma seletus:

0-7 madal risk. Tõenäosus sama alkoholitarvitamise taseme juures tervisekahjustuse tekkeks on väike. Soovitav mitte suurendada tarvitavaid alkoholikoguseid.

8-15 ohustav tarvitamine. Sellise alkoholitarvitamise taseme juures on suurenenud risk tervisehäirete tekkeks. Soovitav on alkoholi tarvitamist vähendada.

16-19 kahjustav ehk kuritarvitamine. Selline alkoholitarvitamise tase kahjustab vaimset või füüsilist tervist. Vajalik on alkoholi tarvitamist vähendada.

20+ võimalik sõltuvus. Selline alkoholitarvitamise tase kahjustab vaimset või füüsilist tervist. Vajalik on alkoholi tarvitamist vähendada või sellest loobuda.

**PUNKTISUMMA
KOKKU
AUDIT-C +
küsimused 4-10**

Tõlgitud ja kujundatud väljaandja loal juhendist "The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care: AUDIT, second edition." Genf, Maailma Tervise Organisatsioon, 2000 (lk 31, http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf, külastatud 23.05.2016).

3. Lühisekkumine alkoholi liigtarvitajatele

Mis on lühisekkumine?

Lühisekkumine on suunatud inimestele, kes tarvitavad alkoholi **ohustavalt või kuritarvitavalt**. Oluline on meeles pidada, et lühisekkumine **ei ole** tõendus põhine meede **alkoholisõltuvusega inimestele!**

Lühisekkumine on **kindla struktuuriga lühike ja motiveeriv vestlus**, mis järgib motiveeriva intervjuerimise põhitõdesid ning akronüümi **FRAMES** (*Feedback; Responsibility; Advice; Menu; Empathic interviewing; Self-Efficacy*) (NHS Health Scotland 2016).

Joonis 7. FRAMES (NHS Health Scotland 2016)

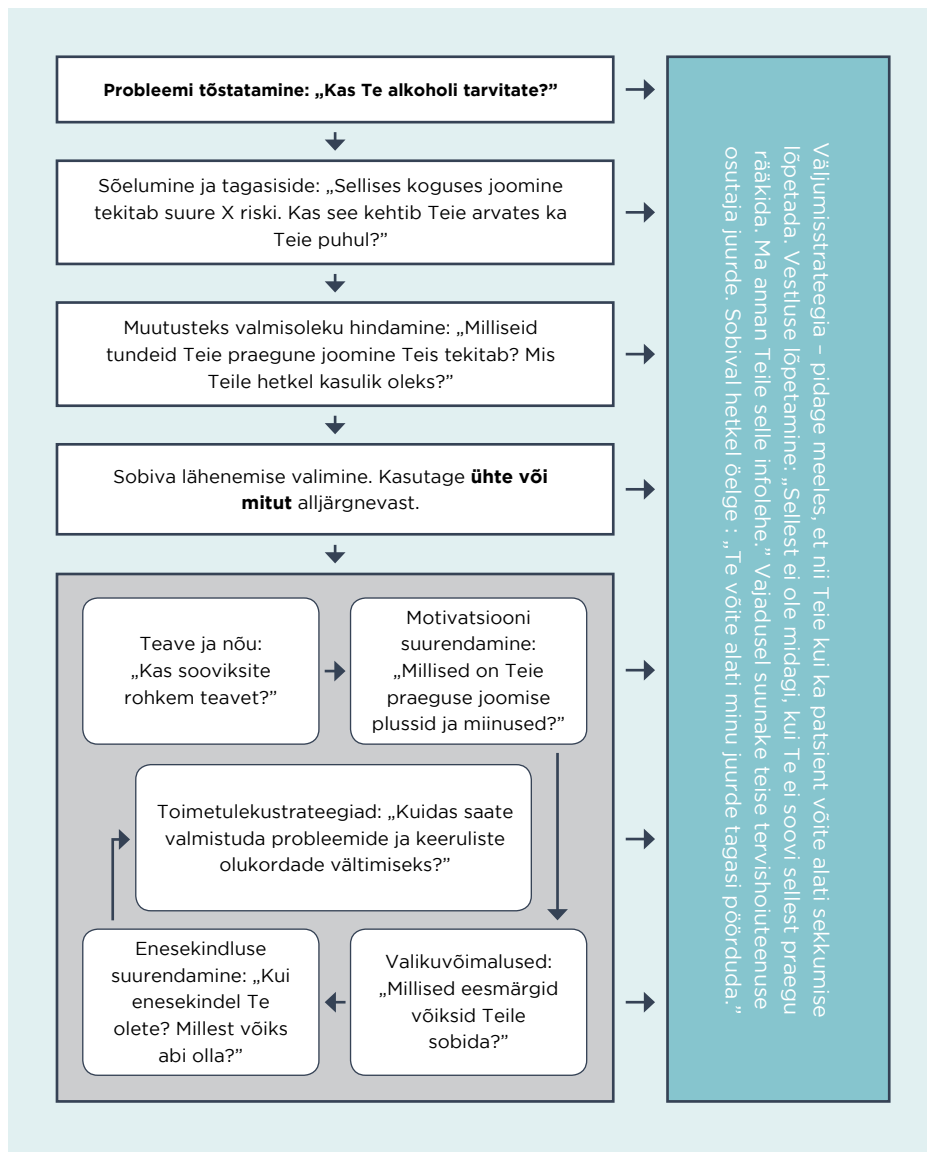
F (<i>Feedback</i>)	<u>Tagasiside</u> andmine patsiendi personaalse riski kohta (AUDITi tulemus ja selle seostamine terviseprobleemidega.)
R (<i>Responsibility</i>)	<u>Vastutuse</u> andmine patsiendile (otsuse selle kohta, kas, millal ja kuidas teha muudatusi alkoholi tarvitamises, saab teha patsient.)
A (<i>Advice</i>)	<u>Nõuannete</u> jagamine (kui patsient on oma nõusoleku andnud, siis spetsialist annab nõu, kas koguseid vähendada või loobuda täielikult.)
M (<i>Menu</i>)	<u>Toimetuleku võimaluste</u> pakkumine (koos patsiendiga arutatakse, kuidas tarvitamist vähendada, nt koguste või sageduse vähendamine või alkoholivaba periood.)
E (<i>Empathic interviewing</i>)	<u>Empaatiline</u> intervjuerimine (spetsialist kuulab patsienti empaatiliselt, peegeldades ilma vastandumiseta. Spetsialisti eesmärk ei tohiks olla keelata või veenda, vaid aidata patsiendil jõuda arusaamiseni muutuse vajalikkusest.)
S (<i>Self-Efficacy</i>)	<u>Enesekindluse suurendamine</u> (spetsialist suhtleb patsiendiga viisil, mis suurendab tema suutlikkust muutuda.)

FRAMES selgitab üldist lähenemist, mis põhimõtete kohaselt lühisekkumist läbi viia, kuid ei too välja konkreetseid etappe. Šoti Rahvuslik Tervishoiusüsteem (*NHS Health Scotland*) on välja töötanud mudeli, mis kirjeldab lühisekkumist etappide kaupa. See on kokkuvõtvalt esitatud lühisekkumise koolitusmaterjalis (NHS Health Scotland 2016).

Joonis 8. Lühisekkumise etapid (NHS Health Scotland 2016)

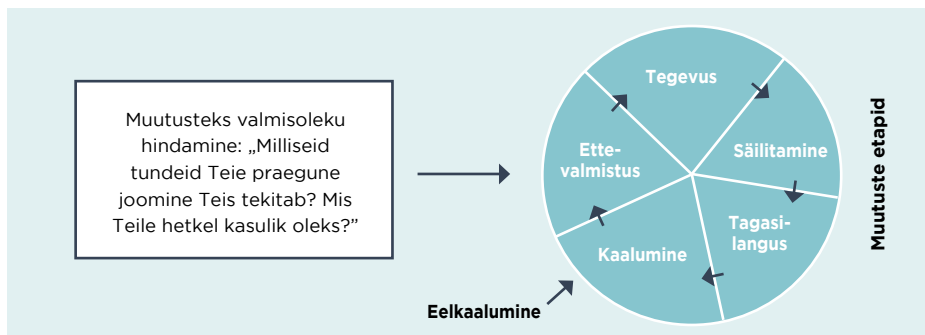
Ärge unustage kogu lühisekkumise vältel:

- säilitada usaldust ja empaatiat;
- rõhutada patsiendi isiklikku vastutust oma otsuste eest.



Lühisekkumine peab alati algama probleemi tõstatamisega ning sõelumise ja tagasiside andmisega. Seejärel on vaja hinnata, milline on patsiendi reaktsioon ning edasine valmisolek muutuse elluviimiseks. Valmisolekut hinnatakse muutuste mudeli abil (Prochaska, DiClemente 1983). On oluline mõista, et inimesed ei pruugi neid etappe järjest läbida ning tagasilangus võib esineda mis tahes etapis.


Joonis 9. Muutuse mudel (Prochaska, DiClemente 1983)



Järgnev lähenemisviis tuleks valida vastavalt sellele, mis muutuste etapis patsient on. Allpool on toodud lühike tabel, millist lähenemisviisi kasutada konkreetse etapi juures. Tähtis on meeles pidada, et alati ei pea kõiki lühisekkumise etappe läbi tegema ning proovida võib ka teisi lähenemisviise.

Joonis 10. Lähenemisviisi valik vastavalt muutuse etapile

Etapp	Lähenemine
Kaalumisele eelnev: ei ole probleemist teadlik, ei ole muutumisest mõelnud. „Ma ei usu, et ma liiga palju joon.“	Tõstke teadlikkust – andke teavet ja nõu (kui selleks on luba antud) riskide vähendamise ja vähesema tarvitamise kasu kohta.
Muutusele mõtlemine: „Vahel tekitab joomine mulle probleeme.“	Uurige täpsemalt probleemide kohta, suurendage motivatsiooni .
Ettevalmistus: käitumise muutmise plaani tegemine, järkjärguliste eesmärkide seadmine. „Alates järgmisest nädalast hakkan vähem jooma.“	Pakkuge valikuvõimalusi . Arutlege eesmärkide ja strateegiate üle.
Tegevus: soovitud tegevuste jätkamine või perioodilise soovitusliku etapi/etappide kordamine. „Ma proovin vähem juua.“	Enesekindluse suurendamine – suurendage inimese usku suutlikkusesse muutuda.
Säilitamine: „Kardan, et võin hakata jälle vanaviisi käituma.“	Keskenduge toimetulekustrateegiatele ja tagasilanguse ennetamisele.



Tuleks silmas pidada, et kui patsient ei soovi enam edasi suhelda või koostööd teha, on alati võimalus lühisekkumisest väljuda. Antud juhul saab lühisekkumise lõpetada, andes patsiendile mõista, et spetsialist on valmis teemaga uuesti jätkama, kui patsiendil tekib selleks soov.

Mitu korda peaks lühisekkumist tegema?

Erinevad uuringud on püüdnud hinnata, mitu korda peaks lühisekkumist tegema ning kui kaua selle mõju kestab. Ühest vastust ei ole, kuid üldjuhul piirdub lühisekkumise kordade arv maksimaalselt neljaga (Moyer et al. 2002, Whitlock et al. 2004, Zoorob et al. 2014). Kordade arv sõltub arvukatest teguritest: spetsialisti oskused ja praktika lühisekkumise läbiviimisel, patsiendi vastuvõtlikkus ja motiveeritus, patsiendi teised tervisemured. Seejärel peaks kordade arvu iga spetsialist ise otsustama, võttes arvesse eelnimetatud tegureid.

Kuidas aru saada, kas lühisekkumine toimis?

Lühisekkumise mõju hindamiseks saab teha uuesti AUDITi. Lisaks sellele, et AUDIT on sõelumisinstrument, saab sellega hinnata ka sekkumise mõju. Taaskord ei ole ühest vastust, kui pika ajaperioodi jooksul lühisekkumised läbi viia ning millal hindamine teha. Teaduskirjandus ütleb, et kõige efektiivsem on lühisekkumised teha 6-12 kuu jooksul ning seejärel on lühisekkumiste efektiivsus kõige paremini näha (Kaner et al. 2007, Bertholet et al. 2005).

Millal uuesti sõeluda?

Lühisekkumiste mõju kestvuse osas on tulemused samuti erinevad, kuid kokkuvõtvalt võib öelda, et mõju kestab maksimaalselt kuni neli aastat ning hakkab vähenema peale esimest aastat (O'Donnell et al. 2014). Seetõttu võiks kaaluda uut sõelumist ühe aasta möödudes eelmisest sõelumisest.

4. Kuritarvitamine ja võimalik sõltuvus

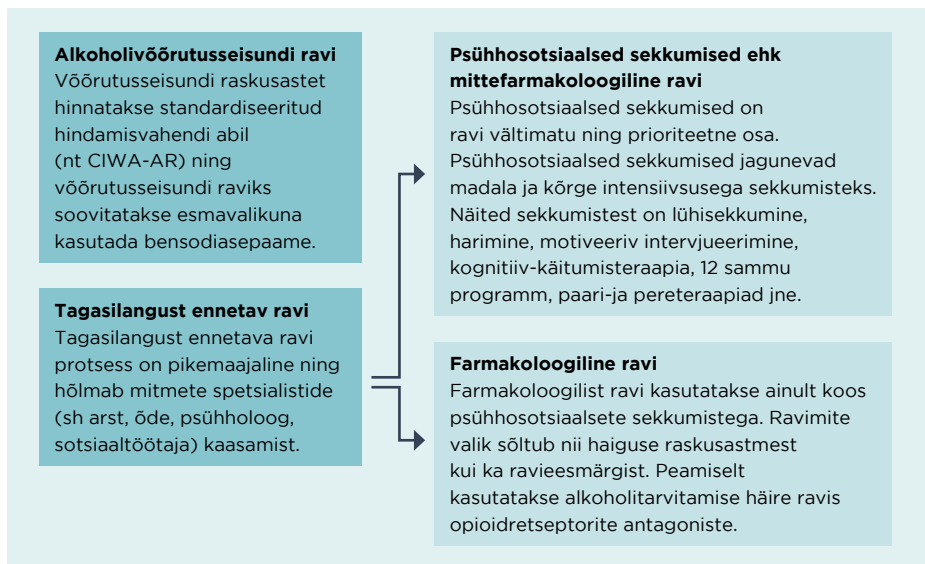
Mida teha nende patsientidega, kelle puhul lühisekkumine muutust esile ei toonud või viitas AUDIT võimalikule sõltuvusele?

AUDITi punktisumma 16 või rohkem võib viidata kuritarvitamisele või alkoholisõltuvusele. Kui patsiendi punktisumma on 16-19, soovitatakse esmalt läbi viia lühisekkumine. Kui lühisekkumine ei mõju või on patsiendi skoor koheselt 20 või rohkem, on vaja diagnoosi täpsustada. Selleks hinnatakse patsiendi seisundit kliinilise intervjuuga (Ravijuhendite nõukoda 2015).

Kui patsiendil on diagnoositud kuritarvitamine või sõltuvus

Diagnooside F10.1 (alkoholi kuritarvitamine) ja F10.2 (alkoholisõltuvus) ravi on pikaajaline ning eeldab meeskonnatööd. Ravi võib toimuda nii üldarstiabis kui ka eriarstiabis ning on eelkõige ambulatoorne. Alkoholitarvitamise häire ravi peamised osad on toodud alljärgnevas tabelis:

Joonis 11. Alkoholitarvitamise häire ravi peamised osad



Täpsem diagnoosimise ning ravisoovituste kirjeldus on leitav ravijuhendist „Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitus“¹ (Ravijuhendite nõukoda 2015).

¹ www.ravijuhend.ee (<http://www.ravijuhend.ee/juhendid/ravijuhendid/146/alkoholitarvitamise-hairega-patsiendi-kasitus>)

Millal ja kuhu suunata?

Kuigi alkoholi kuritarvitamise ja sõltuvuse puhul võib ravi korraldada ka üldarstiabi tasandil, võib tekkida olukordi, kus perearst vajab täiendavat abi. Probleeme võib olla mitmeid: patsient ei nõustu valitud ravimeetoditega; patsient soovib privaatseks jääda ja ravi mujal saada; perearst ei tunne end piisavalt pädevalt; perearst ei leia vajalikke koostööpartnereid (nt psühhiaater, psühholoog) vmt. Sellistes olukordades võiks kaaluda patsiendi edasisuunamist psühhiaatrilisse eriarstiabisse. Alates 2016. aastast on Eestis viis alkoholitartvitamise häire ravi pädevuskeskust: Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Tartu Ülikooli Kliinikum, Viljandi haigla, Lõuna-Eesti haigla ja Pärnu haigla. Need haiglad osutavad teenust „Kainem ja tervem Eesti“ programmi raames. Programmi raames planeeritakse leida ka lisanduvaid teenuseosutajaid, kes koostöös pädevuskeskustega pakuksid patsiendi elukohale lähemal võimalust alkoholitartvitamise häire ambulatoorseks raviks. Täiendavat infot abi saamise võimalustest leiab veebilehelt [www.alkoinfo.ee](http://alkoinfo.ee) (<http://alkoinfo.ee/kuhu-poorduda/alkoravi/kuhu-poorduda/>).

5. Kokkuvõte

Käesolev materjal vastas muuhulgas küsimustele, mis on alkoholi liigtartvitamise varajane avastamine ja lühisekkumine (ALVAL), kellele see on suunatud ja kuidas seda teha. ALVAL on sekkumisviisi alkoholist põhjustatud kahjude vähendamiseks, sealhulgas tarvitavate koguste vähendamiseks ja sõltuvuse ennetamiseks. See algab sõelumisega, milleks saab kasutada AUDITit. Järgnev samm valitakse vastavalt sellele, milline on inimese alkoholitartvitamine. Ohustavale alkoholitartvitajale on soovitatav teha lühisekkumine. Lühisekkumine on struktuurne lühike vestlus, mille eesmärk on panna patsienti aru saama muutuse vajalikkusest, motiveerida ning aidata tal leida lahendusi muutuse elluviimiseks. Kui AUDIT viitab kuritarvitamisele, soovitatakse esmalt läbi viia lühisekkumine. Kui lühisekkumine ei mõju või viitab AUDIT võimalikule sõltuvusele, on vajalik diagnoosi täpsustada. Alkoholitartvitamise häire ravi on pikaajaline ning eeldab meeskonnatööd. Ravi võib toimuda nii üldarstiabis kui ka psühhiaatrilises eriarstiabis ning on eelkõige ambulatoorne.

Perearstidele ja pereõdedele pakub ALVAL ühe võimaliku viisi endi tööd lihtsamaks muuta. ALVAL ei pruugi anda kiireid tulemusi, kuid alkoholi liigtartvitamise varajane avastamine ja lühisekkumine on võimalus, mis aitab paljusid kroonilisi haigusi ennetada. Arsti-õe roll on ära tunda patsiendi vajadus muutuda, vastutus muutuse elluviimise eest on eelkõige patsiendil. Üldarstiabi osutades aitab ALVAL üles leida need inimesed, kellel ei ole veel välja kujunenud alkoholitartvitamise häiret, kuid kelle puhul ennetustöö on oluline. Terviklikus alkoholi liigtartvitamise käsitluses on üldarstiabil kandev roll ning selle rolli täitmiseks on ALVAL esimene võimalus.

6. Viited

1. Aira, M., Kauhanen, J., Larivaara, P. & Rautio, P. 2003, "Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study", *Family practice*, vol. 20, no. 3, pp. 270-275.
2. Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G. 2001, *AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition.*, World Health Organization, Geneva.
3. Bertholet, N., Daepfen, J.B., Wietlisbach, V., Fleming, M. & Burnand, B. 2005, "Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis", *Archives of Internal Medicine*, vol. 165, no. 9, pp. 986-995.
4. Bradley, K.A., DeBenedetti, A.F., Volk, R.J., Williams, E.C., Frank, D. & Kivlahan, D.R. 2007, "AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care", *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, vol. 31, no. 7, pp. 1208-1217.
5. Cuijpers, P., Riper, H. & Lemmers, L. 2004, "The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis", *Addiction (Abingdon, England)*, vol. 99, no. 7, pp. 839-845.
6. Eesti Konjunkturiinstituut 2016, „Alkoholi turg, tarbimine ja kahjud Eestis. Aastaraamat 2016.“, Atlex AS, Tallinn, Eesti.
7. Kaner, E., Bland, M., Cassidy, P., Coulton, S., Dale, V., Deluca, P., Gilvarry, E., Godfrey, C., Heather, N., Myles, J., Newbury-Birch, D., Oyefeso, A., Parrott, S., Perryman, K., Phillips, T., Shepherd, J. & Drummond, C. 2013, "Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial", *BMJ (Clinical research ed.)*, vol. 346, pp. e8501.
8. Kaner, E.F., Beyer, F., Dickinson, H.O., Pienaar, E., Campbell, F., Schlesinger, C., Heather, N., Saunders, J. & Burnand, B. 2007, "Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations", *The Cochrane database of systematic reviews*, vol. (2), no. 2, pp. CD004148.
9. Kriipsalu, I., Glušková, N. & Tähepõld, H. 2015, "Perearstikeskust külastavad patsiendid soovivad rääkida alkoholi tarvitamise teemal.", *Eesti Arst*, vol. 94, no. 7, pp. 404-410.
10. Moyer, A., Finney, J.W., Swearingen, C.E. & Vergun, P. 2002, "Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations", *Addiction (Abingdon, England)*, vol. 97, no. 3, pp. 279-292.
11. NHS Health Scotland 2016, „Lühisekkumine alkoholi liigtarvitamise. Koolitaja juhendmaterjal.“ Tervise Arengu Instituut, 2016.
12. O'Donnell, A., Anderson, P., Newbury-Birch, D., Schulte, B., Schmidt, C., Reimer, J. & Kaner, E. 2014, "The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews", *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, vol. 49, no. 1, pp. 66-78.
13. Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. 1983, "Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change", *Journal of consulting and clinical psychology*, vol. 51, no. 3, pp. 390-395.
14. Raistrick, D., Heather, N. & Godfrey, C. 2006, „Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems“, The National Treatment Agency for Substance Misuse, United Kingdom.
15. Ravijuhendite nõukoda 2015, „Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitlus, RJ-F/7.1-2015“, Puffet Invest OÜ, Tallinn, Eesti.
16. Rehm, J., Shield, K.D., Rehm, M.X., Gmel, G. & Frick, U. 2012, „Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence.“, Centre for Addiction and Mental Health, Canada.
17. Saame, I., Glušková, N., Viilmann, K. & Kalda, R. 2011, "Prooviuuring alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise meetodika hindamiseks Eesti perearstisüsteemis", *Eesti Arst*, vol. 90, no. 5, pp. 216-224.
18. Sotsiaalministeerium 2014, „Alkoholipoliitika roheline raamat“, Tallinn, Eesti.
19. Whitelock, E.P., Polen, M.R., Green, C.A., Orleans, T., Klein, J. & U.S. Preventive Services Task Force 2004, "Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force", *Annals of Internal Medicine*, vol. 140, no. 7, pp. 557-568.
20. Wilson, G.B., Lock, C.A., Heather, N., Cassidy, P., Christie, M.M. & Kaner, E.F. 2011, "Intervention against excessive alcohol consumption in primary health care: a survey of GPs' attitudes and practices in England 10 years on", *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, vol. 46, no. 5, pp. 570-577.
21. World Health Organization 2015, *Alcohol. Fact sheet*. Available: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/> [2016, 10/10].
22. World Health Organization Regional Office for Europe 1999, "Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region", World Health Organization Regional Office for Europe, Denmark.
23. Zoorob, R., Snell, H., Kihlberg, C. & Senturias, Y. 2014, "Screening and brief intervention for risky alcohol use", *Current problems in pediatric and adolescent health care*, vol. 44, no. 4, pp. 82-87.



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti
tuleviku heaks