



**Tervise
Arengu
Instituut**



**Programmi „Kainem ja tervem
Eesti“ mõju TAI
lepingupartneriteks olevate
keskuste praktikale ALVAL
teenuse osutamisel**



Tõnu Jürjen

Tallinn 2021



Tervise Arengu Instituudi missioon on olla teaduspõhiste tervislike valikute kujundaja.

Trükis on valminud Tervise Arengu Instituudi tellimusel 2021. a. Igasugune materjali reprodutseerimine ja levitamine on keelatud ilma Tervise Arengu Instituudi nõusolekuta.

Sisukord

Sisukord.....	3
Joonised.....	4
Tabelid.....	4
Lühendid.....	4
Lühikokkuvõte.....	5
Summary.....	6
1 Sissejuhatus.....	7
2 Metoodika.....	9
3 Tulemused.....	10
3.1 Ülevaade osutatud ALVAL-teenusest.....	10
3.2 Ülevaade keskustevahelistest erinevustest teenuse osutamisel.....	12
3.3 Ülevaade teenuse osutamist mõjutavatest teguritest.....	13
3.3.1 Teenuse osutamist toetavad tegurid.....	13
3.3.2 Teenuse osutamist takistavad tegurid.....	16
4 Järeldused.....	19
Kasutatud kirjandus.....	22

Joonised

Joonis 1. Integreeritud käitumuslik mudel.....	9
--	---

Tabelid

Tabel 1. ALVAL-teenuse osutamise maht ja sooline jaotus.....	10
Tabel 2. AUDIT-testi tulemuste jaotus sõelumisel riskitasemete kaupa	10
Tabel 3. AUDIT-testi tulemuste riskitasemete jaotus kordustestimisel sugude kaupa	11
Tabel 4. AUDIT-testi tulemuste jaotus riskitasemete kaupa sõelumisel ja kordustestimisel	11
Tabel 5. ALVAL-teenuse osutamist toetavad tegurid.....	13
Tabel 6. ALVAL-teenuse osutamist takistavad tegurid	16

Lühendid

ALVAL	Alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja lühisekkumise teenus
KTE	Programm „Kainem ja tervem Eesti“
RHK-10	Rahvusvaheline Haiguste Klassifikatsioon, 10. versioon
TAI	Tervise Arengu Instituut
WHO	Maailma Terviseorganisatsioon

Lühikokkuvõte

Analüüsi eesmärk on kirjeldada programmi KTE mõju TAI lepingupartneriteks olevate keskuste praktikale alkoholi liigtarvitamise varajasel avastamisel ja lühisekkumisel ning anda ülevaade teenuse osutamist soodustavatest ja takistavatest teguritest esmatasandi tervishoiuteenuse osutajate vaates. Analüüsis on kombineeritud kvantitatiivne ja kvalitatiivne lähenemine. Analüüsi kaks esimest osa tuginevad Tervise Arengu Instituudile laekunud andmestikule lepingupartnerite osutatud teenuse kohta ajavahemikus 01.07.2016 kuni 30.09.2020. Analüüsi kolmas osa tugineb kvalitatiivsele sisuanalüüsile. Valimi moodustasid 20 esmatasandi tervishoiutöötajat, keda intervjueriti ajavahemikul november 2020 kuni jaanuar 2021.

Analüüsitaval perioodil viisid TAI lepingupartneriks olnud perearstikeskused läbi sõelumisi 13 693 korral. Valdav enamus patsientidest (76,7% meestest ja 95,8% naistest) tarvitas sõelumise ajal alkoholi madala riski piirides. Lühisekkumiste osakaal oli vastavuses madala riski piiri ületanud sõelumiste osakaaluga. Kordusteste viidi läbi 327, mis on oluliselt vähem, kui madala riski piiri ületavate sõelumiste arvu (N=2021) pinnal võiks eeldada. Võimaliku sõltuvusega patsientidest jõudis poole aasta jooksul raviteenusele iga seitsmes patsient. Patsientide grupis, kelle kohta olid andmed nii sõelumise, lühisekkumise kui kordustestimise kohta kuus kuud hiljem, langes grupi keskmine AUDIT-skoor (12,44 punktilt sõelumisel 6,87 punktini kordustestimisel) ning vähenes madala riski piiri ületavate isikute osakaal 62%.

Lepingupartneriks olnud 31 perearstikeskust erinesid nii läbi viidud sõelumiste arvu kui sõelumisel saadud AUDIT-skoori tulemuse poolest. Keskuste kaupa varieerus nii sõelutud isikute keskmine vanus kui meeste proportsioon sõelutute seas. Kõrgem AUDIT-skoor seostus tugevalt suurema meeste osakaaluga sõelutute seas. Kõigis 31 keskuses viidi läbi kokku 1927 lühisekkumist, s.o 14 lühisekkumist 100 sõelumise kohta. Keskused, kus sõelumise käigus avastati enam madala riski piire ületavat tarvitamist, viidi läbi ka enam lühisekkumisi. Kõige märkimisväärsemad erinevused keskuste vahel ilmnisid kordustestimiste arvu osas. 12 keskuses ei viidud läbi ühtegi kordustestimist ning kõigist lepingupartneriks olnud keskustest vaid seitsmes viidi läbi enam kui kümme kordustestimist. Perearstikeskuste esitatud andmed viitavad, et lepingupartnerite praktika varieerus eelkõige nii sõelutavate patsientide valikus kui kordustestimiste läbi viimises.

Teenuse osutamist toetas töötaja rollipilt, mis väärtustas esmatasandi tervishoiutöötajat kui ennetustöö tegijat ning alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ühiskondlikku tähtsust. Selle rolli täitmist toetasid nii koolitused kui abimaterjalid, aga ka igapäevase töö käigus tekkinud kogemused patsientidega, mis töötajate enesekindlust kasvasid. Teenuse osutamise käepärasust kasvas selle osutamise hõlpsus nii kohaliku keskuse kui meditsiinisüsteemi tasandil ning selle infotehnoloogiline kasutajamugavus.

Peamiste ALVAL-teenuse osutamist takistavate teguritena ilmnisid hoiakud ja kogemused alkoholi liigtarvitavatest patsientidest, kes on oma käitumisviisis rigiidsed ning tervishoiutöötaja suhtes umbusklikud. Takistav võis olla ka alkoholi liigtarvitava patsiendi abistamise komplekssus ning enda oskuste piiratus kohast abi pakkuda. Läbivalt toodi välja ka esmatasandi tervishoiu korralduslikud küsimused, mis ei võimalda ennetustööle piisaval määral keskenduda. Patsiendi edasisuunamise vajadusel kogeti probleeme ka koostöö osutajaga.

Summary

A mixed methods analysis was conducted to describe the impact of the KTE program on the practice of the family doctor centers that were contracted by NIHD to provide alcohol screening, brief intervention and referral to treatment services. Also, the analysis aims to give an overview of factors that both facilitate and hinder service provision from the perspective of primary care providers. The first two parts of the analysis are based on the data of the services provided by the contract partners in the period from July 2016 to September 2020. The third part of the analysis is based on a qualitative content analysis. The sample consisted of 20 primary care professionals interviewed between November 2020 and January 2021.

During the analyzed period, the family doctor centers that were a partner of the NIHD carried out 13,693 screenings. The vast majority of patients (76.7% of men and 95.8% of women) scored 0-7 points on the AUDIT. In 2012 initial screenings an AUDIT score of 8 or above was obtained. Only 327 follow-up tests were performed to those patients five to seven months after the initial screening. In the group of patients (N=196) for whom screening, brief intervention and follow-up data were available, the group's mean AUDIT score decreased (from 12.44 points to 6.87 points on re-testing). The proportion of low-risk subjects increased to 62%. One in seven patients with potential dependence was referred to treatment and contacted a treatment service within six months after initial screening.

The 31 centers that were contracted differed both in the number of screenings performed and in the result of the mean AUDIT score obtained during the screening. The average age of the screened persons and the proportion of men varied by centers. A higher AUDIT score was strongly associated with a higher proportion of men screened. A total of 1927 brief interventions were performed. Centers where more at-risk use was detected during screening conducted more short-term interventions. The most significant differences between the centers were in the number of follow-up testing. 12 centers did not perform follow-up testing and in only seven centers more than ten people were re-tested. Data provided by the centers suggest that their practice varied, especially in the selection of patients for screening and in the approach to follow-ups.

From the perspective of practitioners providing the service was supported by their understanding of their role with an emphasis on prevention and the importance of the early detection of alcohol misuse. This understanding was supported by training, produced materials and experience of providing the service to patients, which increased staff confidence. The application of the service was enhanced by the ease of providing it at the level of both the local center and the medical system at large, as well as its IT user-friendliness.

The main factors hindering the provision of the service were the attitudes and experiences about patients who abuse alcohol, who are rigid in their behavior and distrustful of the healthcare professional. The complexity of assisting a patient with alcohol misuse and the limited ability to provide appropriate help were also an obstacle. Organizational issues in primary health care were also highlighted. Time pressure and lack of resources did not allow for a sufficient focus on prevention. If there was a need to refer the patient, problems were also experienced in cooperation with other healthcare providers.

1 Sissejuhatus

Alkoholi liigtarvitamise negatiivne mõju nii alkoholi tarvitajale endale, tema lähiümbrusele kui ühiskonnale laiemalt on märkimisväärne. Lisaks tarvitaja füüsilise ja vaimse tervise probleemidele võib kaasneda märkimisväärne kahju isiku igapäevases toimetulekus ja sotsiaalses elus. Negatiivset mõju üksikisikule ja ühiskonnale on ka laialt uuritud [1], [2], [3], [4]. Mitmetes uuringutes on näidatud, et tarvitajate suremusrisk kasvab kõverjooneliselt koos tarvitatud alkoholi koguste kasvuga. Sellised uuringud on enamasti läbi viidud meeste seas [2]. Näiteks, suitsiidirisk on kõrgem alkoholi kuritarvitajate seas ning ka populatsioonides, kus tarbimine on suurem, esineb suitsiide rohkem. Seosed nii üksikisiku kui populatsiooni tasandil on meestel tugevamad kui naistel [1]. Selge põhjuslik seos esineb RHK-s otseselt alkoholi tarvitamisega seotud haiguste ja vigastuste ning tarvitatud koguste vahel, kuid need seosed ei ole kõigi alkoholi tarvitamisega osaliselt seotud haiguste puhul lineaarsed. Osaline mõju alkoholi tarvitamisel haiguse väljakujunemisele või kulule on kirjeldatud mitmete kasvajate, südame-veresoonkonna- ja seedeelundkonnahaiguste puhul ning mitmete nakkushaiguste ja neuropsühhiaatriliste häirete korral [3]. Alkoholsõltuvuse puhul on kahjustatud haige funktsioneerimine kõigis eluvaldkondades ning lisanduva depressiooni korral on kahjud veelgi ulatuslikumad [4]. Kahjusid alkoholi tarvitaja lähedastele on oluliselt vähem uuritud [3].

Alkoholipoliitika roheline raamat [5] esitab kokkuvõtlikult need ulatuslikud mõjud Eestis: alkoholi tarvitamisest põhjustatud otsene majanduskahju on hinnanguliselt 1,6–2,5% sisemajanduse koguproduktist (tarvitamisest tingitud enneaegsetele surmadele ja haigustele lisanduvad õnnetused ja kuriteod), kaudselt on mõjutatud liigtarvitajaid ümbritsevad lähedased ning nende elukvaliteet.

Kuigi esmatasandi tervishoiutöötajad tunnevad alkoholi liigtarvitava patsiendi ära, kui ta on eakas, tema tarvitamise määr on kõrge või tal on kaasuvad somaatilised haigused, siis mitmed patsiendid, kelle alkoholi tarvitamine võib olla tervist ohustav või kahjustav, võivad tavapraktika raames jääda märkamatuks [6]. Seetõttu nähakse ka Eestis [5] ühe olukorda leevendava meetmena laiaulatuslikus tegevuste kompleksis alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise süsteemi väljaarendamist esmatasandi tervishoius. Sedalaadi süsteemid hõlmavad klassikaliselt patsientide sõelumist ja vajadusel lühisekkumise läbiviimist ning sõltuvuse kahtluse korral ravile suunamist. Hoolimata lähenemise tõenduspõhisusest on selle rakendamine kliinilises praktikas harv [6].

Kuigi lühisekkumised on oma mõju esmatasandi meditsiinis näidanud, tuleb nende tulemuslikuks ja laialdaseks juurutamiseks leida igasse riiki kõige paremini sobituv mudel ning vaadelda neid pigem arenevate ja arendamisväärsete sekkumistena kui millegi valmisolevana [7]. Ühe sekkumisviisi üleviimisel teise konteksti tuleb arvestada kultuuriliste ja ühiskondlike erinevustega. Seetõttu ei saa olla kindel, et ühes riigis toimiv süsteem töötab sama efektiivselt uues kontekstis. Eestis alustati alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja lühisekkumise (ALVAL) teenuse süsteemse arendamise ja laiapinnalise juurutamisega 2014. aastal programmi „Kainem ja tervem Eesti“ raames.

Eestis seni läbi viidud uuringud [8], [9], [10] viitavad, et ALVAL-teenus võiks Eesti oludesse sobituda. Esmatasandi tervishoiutöötajad leiavad, et teenus võiks Eesti perearstisüsteemi sobituda [8] ning patsientidel on valmisolek oma perearsti või pereõega alkoholi tarvitamisest ja selle vähendamisest rääkida [9]. Siiski on uuringuid läbi viidud vähe, uuritavate arv on nendes olnud pigem väike ning seetõttu tuleks neid tulemusi käsitleda esialgsetena.

93 patsiendiga läbi viidud prospektiivses uuringus selgus, et 82%-l patsientidest vähenes alkoholi tarvitamist hindav AUDIT-skoor võrreldes aasta tagasi läbi viidud hindamisega [10]. Samas esitati programmi vahehindamisel [11], mis käsitles aastaid 2015–2018, kokkuvõtvalt järgnevad raskused teenuse juurutamisel. ALVAL-teenuse koolitusi tervishoiutöötajatele on toimunud planeeritust vähem (mh gruppide mittetäitumise tõttu) ja teenuse osutamine

on toimunud planeeritust väiksemal määral. Toimunud oli 49 koolitust ning ALVAL-teenust oli osutatud umbes 5500 inimesele. Teenuse kättesaadavus on piiratud ning teenusepakkujad toovad programmis osalemise barjääradena välja järgmist: aja- ja inimressursipuudus, alkoholi tarvitamise ennetuse madalam prioritseerimine võrreldes teiste ülesannetega, tervishoiutöötajate vähene motiveeritus ning töö madal tasustatus.

Alkoholi liigtarvitamist ennetavate teenuste juurutamisel on soovitatud arvestada viie tasandiga: teenuse olemus, teenuse osutamise koht, teenuse osutajat iseloomustavad tegurid, patsiendipopulatsiooni iseloom ja programmi juhtimine ning administreerimine [12]. Vahehindamise tulemused viitavad mitmes aspektis just barjääridele tervishoiuteenuse osutaja tasandil.

Programm "Kainem ja tervem Eesti" (KTE) loodi eesmärgiga vähendada alkoholist tulenevaid kahjusid Eesti ühiskonnas spetsiaalsete teenuste ning teadlikkuse tõstmise kaudu. Programmi raames alustati 2014. aastal kahe teenuse arendamist, milleks on ALVAL-teenus ning alkoholitarvitamise häire ravi teenus. ALVAL-teenuse pakkujateks on üldarstiabi osutajad ning teenuse saajateks perearsti nimistutesse kuuluvad patsiendid. Teenust osutatakse patsiendile üldise tervishoiuteenuse osutamise raames ning see võtab aega umbes 20 minutit. Teenust on arendatud paralleelselt alkoholitarvitamise häire ravi teenusega, et luua integreeritud süsteem alkoholi liigtarvitava patsiendi käsitluseks. Teenused põhinevad ravijuhendil "Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitlus", mis valmis 2015. aasta lõpus ning ajakohastati 2020. aastal [13]. Käesolevalt osutab ALVAL-teenust 18 lepingupartnerit. Erinevatel hankeperioodidel on lepingupartneriks olevates perearstipraksistes olnud muutusi. Mõned praksised on osalenud mitmes hankes, mõned vaid ühes. Programm pidi algelt lõppema 2020. aastal, kuid tegevusi ja rahastust on pikendatud 2021. aasta lõpuni.

Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitlus [13] näeb riskirühma kuuluvate isikute abistamiseks sobiva meetodina esmatasandil just lühisekkumist. Alkoholi liigtarvitamise varase avastamise raames kasutatakse liigtarvitajate avastamisvahendina AUDIT-testi (ingl *k Alcohol Use Disorder Identification Test*) [14], mis on maailmas sagedasti kasutatavaks ja usaldusväärseks sõeltestiks. Käsitluses on toodud ka AUDIT-testist tulenevad riskitasemed ja edasised tegutsemisjuhised. Testis 0–7 punkti saanud isikut peetakse madala riskiga tarvitajaks, kellele antakse soovitus koguseid mitte tõsta. 8–15 punkti saanud patsienti peetakse tervist ohustaval määral tarvitajaks ning 16–19 punkti saanut tervist kahjustaval määral tarvitajaks. 20 või enam punkti saanud patsiendile tuleb teha täiendavad uuringud ning suunata vajadusel ka eriarsti juurde. Madala riski piire ületavate patsientidega toimub ka lühinõustamine ning soovituslikud on korduvad konsultatsioonid mõne nädala jooksul pärast esmast sekkumist [15].

Programmi raames tasustati ALVAL-teenuse arendamise käigus lepingupartnereid kolme teenuse osutamise eest, mille osutamise kohta TAI ka andmed on saanud. Nendeks on patsiendi sõelumine, lühisekkumine ja patsiendi kordustestimine kuus kuud pärast esmast sõelumist.

Analüüsi eesmärk on kirjeldada programmi mõju TAI lepingupartneriteks olevate keskuste praktikale alkoholi liigtarvitamise varajasel avastamisel ja lühisekkumisel ning anda ülevaade teenuse osutamist soodustavatest ja takistavatest teguritest esmatasandi tervishoiuteenuse osutajate vaates.

Analüüsi tulemused on esitatud kolmes osas. Esmalt antakse ülevaade osutatud ALVAL-teenusest ning vastatakse järgmistele küsimustele: (a) millistele patsientidele ja millises mahus on ALVAL-teenust osutatud? ning (b) milline oli patsientide alkoholi tarvitamise riskitase sõelumisel ja kordushindamisel? Järgnevalt kirjeldatakse keskustevahelisi erinevusi ALVAL-teenuse osutamisel.

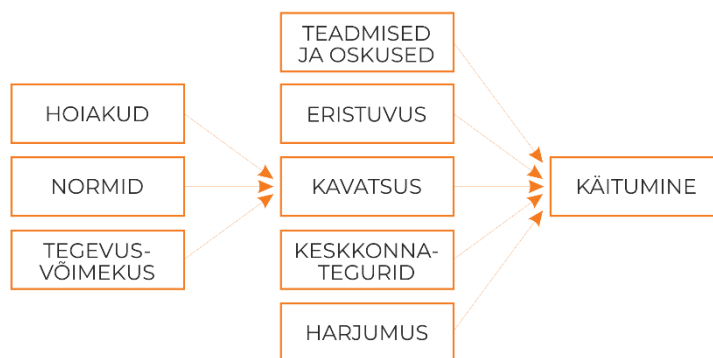
Kolmandaks antakse ülevaade teenuse osutamist soodustavatest ja takistavatest teguritest esmatasandi tervishoiutöötajate vaates. Analüüs otsib vastust kahele küsimusele: (a) millised on teenuse osutamist toetavad tegurid, mida säilitada? ja (b) millised takistused vajavad ALVAL-teenuse jätkusuutlikkuse tagamiseks ületamist?

2 Metoodika

Analüüsis on kombineeritud kvantitatiivne ja kvalitatiivne lähenemine. Analüüsi kaks esimest osa tuginevad Tervise Arengu Instituudile laekunud andmestikule lepingupartnerite osutatud teenuse kohta. Osutatud teenuse komponentideks on patsiendi sõelumine AUDIT-testiga, lühisekkumine ja kordustestimine AUDIT-testiga. Andmestikus on iga teenuse osutamise episoodi kohta esitatud selle toimumise kuupäev, teenust osutava lepingupartneri nimi ning patsiendi vanus ja sugu ning testimise toimumise korral AUDIT-testi skoor. Uuringu valim on kõikne, analüüsi on haaratud kõik osutatud teenuse episoodid ajavahemikus 01.07.2016 kuni 30.09.2020. Lühisekkumise järel toimunud alkoholi tarvitamise muutuse kirjeldamiseks on eraldi välja toodud patsiendid, kelle kordustestimine toimus umbes kuus kuud (150–210 päeva) pärast esmase sõelumise ja lühisekkumise toimumist. Kirjeldavale statistikale lisaks on analüüsis kasutatud Pearsoni korrelatsioonanalüüsi ja šansside suhte esitamist.

Analüüsi kolmas osa tugineb kvalitatiivsel sisuanalüüsil. Valimi moodustasid 20 esmatasandi tervishoiutöötajat, keda intervjueriti ajavahemikul november 2020 kuni jaanuar 2021. Intervjuud viidi läbi telefoni või veebi teel, need salvestati ning transkribeeriti. Valimis oli 8 arsti ja 12 õde. 12 vastajat olid intervjuerimise ajal AVAL teenust osutava keskuse töötajad, 3 vastajat varasemalt TAI lepingupartneriks olnud tervishoiutöötajad ning 5 vastajat ei olnud TAI lepingupartnerid. Valimi moodustamisel arvestati, et kaasatud oleks erineva suurusega perearstikeskused ning erinevates Eesti piirkondades asuvad keskused. Valimi moodustamisel lähtuti põhimõttest, et vastajad oleksid eriilmelised ning lõppvalim oleks heterogeenne, millest tulenevalt tehti uuringus osalemiseks perearstikeskustele otsepakkumised. Nii teenust osutavate, sellest loobunud kui mitte osutanud tervishoiutöötajate kaasamine võimaldas hõlmata erinevaid vaatepunkte teenuse osutamist puudutavatele teguritele.

Transkribeeritud intervjuud analüüsiti QCMap tarkvara abil. Analüüsil kombineeriti induktiivset ja deduktiivset lähenemist. Analüüsis lähtuti eeldusest, et uue teenuse juurutamisel on muutuse tegijaks tervishoiutöötaja. Esmalt määrati intervjuus avalduvatele toetavatele ja takistavatele teguritele esialgne kood. Seejärel paigutati koodid sisulise tähenduse kokkulangevuse alusel integreeritud käitumusliku mudeli [16] kategooriatesse (joonis 1).



Joonis 1. Integreeritud käitumuslik mudel.

Mudel jaotab praktika muutust mõjutavad tegurid kahte gruppi. Esmalt on iga uue tegevuse algatamiseks vajalik kavatsus teatud viisil tegutseda. See valmisolek sõltub tegutseja (meie juhtumil tervishoiutöötaja) hoiakutest käitumisviisi suhtes, tema poolt tajutavatest sotsiaalsetest normidest ning tema tegevusvõimekusest. Kui isikul on kavatsus käitumisviisi rakendada, siis sõltub käitumisviisi rakendamine tegija teadmistest ja oskustest, harjumustest, käitumisviisi eristuvusest ja silmatorkavusest ning keskkondlikest teguritest.

3 Tulemused

3.1 Ülevaade osutatud ALVAL-teenusest

Analüüsi aluseks oleval ajavahemikul osutati KTE-projekti raames ALVAL-teenust järgmises mahus: sõelumisi viidi läbi 13 693, lühisekkumisi 1927 ning kordustestimisi 327. Teenust osutas kokku 31 lepingupartnerit. Teenuse osutamise sooline jaotus on esitatud tabelis 1.

Tabel 1. ALVAL-teenuse osutamise maht ja sooline jaotus

Teenus	Osutatud hulk	Neist meestele	Neist naistele
Sõelumine	13693	7551	6142
Lühisekkumine	1927	1665	262
Kordustestimine	327	274	53

Kokku viidi sõelumisi läbi 13 021 patsiendile. 12 365 patsiendil on sõelumine registreeritud üks kord. Kaks korda on sõelutud 640 patsienti ja kolm korda 16 patsienti. Analüüsis on lähtutud osutatud teenuse episoodidest, kuna mitmeaastase perioodi jooksul võib patsiendi alkoholi tarvitamises toimuda muutus ning patsiendi sõelumine AUDIT-testiga korduvalt on sisuliselt põhjendatud.

Sõelumise ajal oli patsiendi keskmine vanus 49,8 aastat (meestel 49,2 ja naistel 50,5 aastat). Meestele viidi läbi 55,1% kõigist sõelumistest. Esmase sõelumise ajal oli AUDIT-testi keskmine tulemus 3,83 (SH=4,57), meestel 5,17 (SH=5,20) ja naistel 2,18 (SH=2,92). Riskitasemete kaupa on tulemuse jaotus esitatud tabelis 2.

Tabel 2. AUDIT-testi tulemuste jaotus sõelumisel riskitasemete kaupa

AUDIT-testi tulemus	Sõelumiste arv (%)	Meestele teostatud sõelumised (%)	Naistele teostatud sõelumised (%)
Madal risk (0-7)	11 672 (85,2%)	5791 (76,7%)	5881 (95,8%)
Ohustav tarvitamine (8-15)	1587 (11,6%)	1392 (18,4%)	195 (3,2%)
Kahjustav tarvitamine (16-19)	230 (1,7%)	197 (2,6%)	33 (0,5%)
Võimalik sõltuvus (20-...)	204 (1,5%)	171 (2,3%)	33 (0,5%)
KOKKU	13 693 (100%)	7551 (100%)	6142 (100%)

Meeste seas läbi viidud sõelumiste puhul on võrreldes naiste tulemustega madalat riski ületavat tarvitamist leitud proportsionaalselt rohkem. Meessoost patsiendi sõelumisel oli madala riski piiri ületava tarvitamise avastamise šanss 6,85 (95%CI_{OR} 5,98; 7,84) võrreldes naissoost patsiendi sõelumisega. Madala riski piiri ületava tarvitamise korral oli ohustava tarvitamise määr kõige sagedasem mõlema soo lõikes.

Lühisekkumisi viisid läbi 31 keskust, keskmiselt viidi iga saja sõelumise kohta läbi 14 lühisekkumist. Lühisekkumine viidi läbi 1927 korral ning 1625 unikaalsele patsiendile. 1382 patsiendile viidi läbi üks lühisekkumine. Harva toimus ühe patsiendiga rohkem kui üks lühisekkumine: 186 patsiendile viidi läbi kaks lühisekkumist, 55 patsiendile kolm ning 2 patsiendile neli lühisekkumist. Meeste seas viidi lühisekkumisi läbi 6,3 korda rohkem kui naiste seas. Patsiendi keskmine vanus sekkumise läbiviimise ajal oli 45,6 aastat (meestel 45,8 ja naistel 44,8 aastat).

Uuritaval perioodil viis kordustestimisi läbi 19 lepingupartnerit. Kogu valimi lõikes on keskmiselt 100 lühisekkumise kohta läbi viidud 17 kordustestimist. Kokku on uuritaval ajavahemikul läbi viidud 327 kordustesti, neist 274 meestele ja 53 naistele. Kordustestimisel oli patsiendi keskmine vanus 46,9 aastat. AUDIT-testi tulemus oli kordustestimisel

keskmiselt 7,70 (SH=6,00) ning 57% juhtudest oli see madala riski piirides. Riskitasemete alusel on tulemuse jaotus esitatud tabelis 3.

Tabel 3. AUDIT-testi tulemuste riskitasemete jaotus kordustestimisel sugude kaupa

AUDIT-testi tulemus	Kordustestide arv (%)	Meestele teostatud kordustestid (%)	Naistele teostatud kordustestid (%)
Madal risk (0–7)	186 (56,9%)	156 (57,3%)	30 (56,6%)
Ohustav tarvitamine (8–15)	110 (33,6%)	91 (33,2%)	19 (35,8%)
Kahjustav tarvitamine (16–19)	14 (4,3%)	12 (4,4%)	2 (3,8%)
Võimalik sõltuvus (20–...)	17 (5,2%)	15 (5,5%)	2 (3,8%)
Kokku	327 (100%)	274 (100%)	53 (100%)

Tervise Arengu Instituudi andmetel pöördus analüüsi aluseks olevast 12 365 patsiendist 121 pärast sõelumist raviteenusele, neist 67 tegid seda kuue kuu jooksul pärast sõelumist perearstikeskuses. Poole aastal raviteenusele jõudnud inimesest 4-l (6%) oli skriinimisel AUDIT-skoor madala riski piirides, 13-l (19,4%) oli skoor vahemikus 8–15 punkti, 21-l (31,3%) oli skoor vahemikus 16–19 punkti ning 29-l (43,3%) viitas tulemus võimalikule sõltuvusele.

Järgnevas analüüsis on kaasatud vaadeldavast ajavahemikust kõik patsiendid, kes vastasid järgmistele kriteeriumitele:

- patsiendi sõelumisel registreeriti AUDIT-skoor, mis ületab madala riski piire;
- sõelumisele järgnes lühisekkumine;
- sõelumisele järgneva 150–210 päeva (5–7 kuu) jooksul on registreeritud kordustestimine.

Sellistele kriteeriumitele vastas 196 patsienti (165 meest ja 31 naist) keskmise vanusega 46 eluaastat kokku 13 perearstikeskusest. Tabelis 4 on esitatud patsientide jaotus riskitasemete kaupa sõelumisel ja kordustestimisel.

Tabel 4. AUDIT-testi tulemuste jaotus riskitasemete kaupa sõelumisel ja kordustestimisel

AUDIT-testi tulemus	Sõelumiste arv (%)	Kordustestide arv (%)
Madal risk (0–7)	0 (0%)	121 (61,73%)
Ohustav tarvitamine (8–15)	158 (80,61%)	66 (33,67%)
Kahjustav tarvitamine (16–19)	34 (17,35%)	8 (4,08%)
Võimalik sõltuvus (20–...)	4 (2,04%)	1 (0,51%)
KOKKU	196 (100%)	196 (100%)

Sõelumise ajahetkel ületas 196 patsiendi AUDIT-testi tulemus madala riski piire, kordustestimiseks oli selliseid patsiente 75 ehk 38%. Sõelumisel oli AUDIT-testi keskmine tulemus 12,44 (SH=3,79), mis langes kordustestimisel 6,87 (SH=4,71) punktini. Erinevusi sugude vahel ei ilmnenud.

Analüüsitava perioodil viisid TAI lepingupartneriks olnud perearstikeskused läbi sõelumisi 13 693 korral. Valdav enamus patsientidest (76,7% meestest ja 95,8% naistest) tarvitas sõelumise ajal alkoholi madala riski piirides. Lühisekkumiste osakaal oli vastavuses madala riski piiri ületanud sõelumiste osakaaluga. Kordusteste viidi läbi 327, mis on oluliselt vähem, kui madala riski piiri ületavate sõelumiste arvu (N=2021) pinnal võiks eeldada. Võimaliku sõltuvusega patsientidest jõudis poole aasta jooksul raviteenusele iga seitsmes patsient. Patsientide grupis, kelle kohta olid andmed nii sõelumise, lühisekkumise kui kordustestimise kohta kuus kuud hiljem, langes grupi keskmine AUDIT-skoor (12,44 punktilt sõelumisel 6,87 punktini kordustestimisel) ning vähenes madala riski piiri ületavate isikute osakaal 62%.

3.2 Ülevaade keskustevahelistest erinevustest teenuse osutamisel

Sõelumisi viis analüüsitud perioodil läbi 31 lepingupartnerit (keskmiselt 442 sõelumist keskuse kohta). Viies keskuses viidi läbi üle 1000 sõelumise ja üheksas keskuses alla 100 sõelumise. Ülejäänud seitsmeteistkümnes keskuses jäi sõelumiste hulk 100 ja 1000 vahele.

Erinevate lepingupartnerite poolt sõelumise käigus saadud AUDIT-testi keskmised tulemused olid varieeruvad. Kõige madalam ühe keskuse patsientide AUDIT-testi keskmine tulemus sõelumisel oli 1,97 (SH=3,02). Kõige kõrgem keskuse patsientide keskmine tulemus oli 9,22 (SH=6,44). Seega võis sõelumisel keskustevaheline keskmine AUDIT-testi tulemus erineda kuni 4,7 korda.

Korrelatsioon sõelutud patsientide arvu ja keskuse keskmise tulemuse vahel oli -0,45 ($p < 0,05$). Ilmnes nõrk seos: mida vähem sõelumisi keskuses toimus, seda kõrgem oli keskuse keskmine AUDIT-testi tulemus. Meeste sõelumiste osakaal kõigist sõelututest varieerus keskuste kaupa vahemikus 39% kuni 81%. Korrelatsioon keskuse AUDIT-testi keskmise tulemuse ja sõelutud meeste osakaalu vahel oli 0,79 ($p < 0,05$), suurem meestele läbi viidud sõelumiste proportsioon seostus tugevalt kõrgema keskmise AUDIT-testi tulemusega keskuses. Keskuste sõelutud isikute keskmine vanus on vahemikus 35 kuni 59 eluaastat. Korrelatsioon keskuse keskmise AUDIT-skoori ja vanuse keskmise vahel oli -0,35 ($p = 0,05$). Patsientide kõrgem keskmine vanus sõelumisel seostus nõrgalt madalama AUDIT-testi tulemusega.

Lühisekkumisi viisid läbi 31 keskust. Viies keskuses viidi läbi alla 10 lühisekkumise ja kaheksas üle 100. Keskmiselt viidi iga saja sõelumise kohta läbi 14 lühisekkumist. Kuivõrd keskmiselt avastati iga saja sõelumise kohta 15 madala riski piiri ületavat tulemust, on avastatud isikute proportsioon lühisekkumiste osakaaluga võrreldav. Keskuses avastatud madala riski piiri ületavate isikute arv ning läbi viidud lühisekkumiste arv oli tugevas positiivses seoses, korrelatsioonikordaja väärtuseks on 0,96 ($p < 0,05$).

Kui keskmiselt viidi saja toimunud lühisekkumise kohta läbi 17 kordustestimist, siis keskuste kaupa varieerus see suhtarv vahemikus 0 kuni 43 kordustesti saja lühisekkumise kohta. Kuigi sõelumise käigus avastati madala riski piire ületavat patsiendi alkoholitarvitamist igas keskuses ning ka lühisekkumisi viidi läbi igas keskuses, oli kordusteste teinud 19 keskust. Ühtegi kordustesti ei tehtud 12 keskuses. Kordusteste läbi viinud keskustes oli nende hulk vahemikus 1 kuni 95 kordustesti. Kümme või enam kordustesti on läbi viidud seitsmes keskuses ning nende keskuste kordustestide hulk moodustab 87,8% kõigist kordustestidest. Korrelatsioon läbi viidud lühisekkumiste ja kordustestide arvu vahel oli 0,88 ($p < 0,05$), suurem lühisekkumiste arv oli tugevas seoses kordustestide arvuga.

Lepingupartneriks olnud 31 perearstikeskust erinesid nii läbi viidud sõelumiste arvu kui sõelumisel saadud AUDIT-skoori tulemuste poolest. Keskuste kaupa varieerus nii sõelutud isikute keskmine vanus kui meeste proportsioon sõelutute seas. Kõrgem AUDIT-skoor seostus tugevalt suurema meeste osakaaluga sõelutute seas. Kõigis 31 keskuses viidi läbi kokku 1927 lühisekkumist, s.o 14 lühisekkumist 100 sõelumise kohta. Keskused, kus sõelumise käigus avastati enam madala riski piire ületavat tarvitamist, viidi läbi ka enam lühisekkumisi. Kõige märkimisväärsemad erinevused keskustel vahel ilmsid kordustestimiste arvu osas. 12 keskuses ei viidud läbi ühtegi kordustestimist ning kõigist lepingupartneriks olnud keskustest vaid seitsmes viidi läbi enam kui kümme kordustestimist. Perearstikeskuste esitatud andmed viitavad, et lepingupartnerite praktika varieerus eelkõige nii sõelutavate patsientide valikus kui kordustestimiste läbiviimises.

3.3 Ülevaade teenuse osutamist mõjutavatest teguritest

3.3.1 Teenuse osutamist toetavad tegurid

Teenuse osutamist mõjutavad tegurid, mis sõnastati tervishoiutöötajatega toimunud intervjuude kvalitatiivse analüüsi tulemusena, on tulemuste struktureerituma esitusviisi huvides esitatud eraldi ALVAL-teenuse rakendamist toetavate ning takistavate teguritena. Toetavad tegurid on kokkuvõtvalt esitatud tabelis 5.

Tabel 5. ALVAL-teenuse osutamist toetavad tegurid

Kategooriad	Toetavad tegurid
Hoiakud	Sisukas ja rahuldust pakkuv suhe patsiendiga Töö tulemuslikkus Ühiskondliku probleemi lahendamine Esmatasandi tervishoiutöötaja ennetav roll Järjepidevus töös patsiendiga esmatasandil Patsiendilt saadav kvaliteetne info Patsiendi teadlikkuse kasv
Sotsiaalsed normid	Ühiskondlik norm toetab alkoholi tarvitamise piiramist Patsientide positiivne suhtumine Kolleegid väärtustavad ALVAL-teenust
Tegevusvõimekus	Julgus patsiendiga alkoholist kõneleda Enesekindlus enda nõustamisoskuste osas
Oskused ja teadmised	Praktilised oskused koolituselt Oma patsientide tundmine Töökogemus
Harjumus	Tekkinud kogemus
Eristuvus	Projektiga seotud teabe märkamise Selged sõelumise kriteeriumid keskuses
Töökeskkonna- tegurid	Tehniline mugavus Test toetajana Abivahendite (nt ketas) olemasolu

Vastajad väljendasid, et ALVAL-teenuse osutamise abil on neil võimalik kujundada patsiendiga rahulduspakkuvaid ning tähenduslikke suhteid, aga ka teha tulemuslikku tööd. Kasutusel olev metoodika andis vastajatele võimaluse patsientidega alkoholi tarvitamise teema avada ning sellest sisukalt kõneleda. Vastused viitasid sellele, et töötajad olid märganud, kuidas nende tegevus mõjutab patsiendi valmisolekut avameelselt oma tarvitamismustrit kirjeldada. Toodi ka välja, et patsiendid hindavad, et sedalaadi teenuse osutamine annab patsiendile võimaluse tunda, et tema tervisest ollakse huvitatud ja sellesse panustatakse.

V7: „Ma vaatan, et patsientidega on nagu lihtsam suhelda. See on asi, millest 90% ikkagi tahab rääkida. See ei ole niiviisi, et inimesed ei taha sellest rääkida, pigem on nad nõus, pigem see nagu avab neid. See nagu näitab, et inimese vastu huvi tuntakse. Mulle tundub, et see pigem muudab nad avatumaks. Eks mõni üksik on muidugi, kes kõike salgab või valetab, aga inimesed pigem räägivad ausalt.“

Vastajatel oli ka kogemus sellest, et ALVAL-teenus töötab ning korduvalt rõhutati nii AUDIT-testi väärtuslikkust kui ka alkoholiühikute koguse arvestamist hõlbustava ketta sobivust alkoholi liigtarvitamise varajasel avastamisel ning ennetamisel. Neil oli ootus, et tehtav töö täidab oma eesmärgi ning aitab kaasa elanikkonna teadlikkuse kasvatamisele.

ALVAL-teenuse osutamist toetavaid hoiakuid väljendati kahel tasandil: ühiskondlik kasu ja praktiline väärtus töös patsiendiga. Teenuse osutamisega nähti võimalust panustada ühiskonnas olulise probleemi lahendamisse. Vastajad tõid välja mitmeid alkoholi tarvitamise negatiivseid mõjusid, nende seas joores juhtide põhjustatud surmad või mõju peredele. Ühiskondliku valupunkti tunnetamise kõrval väljendati ka arusaama, et esmatasandi tervishoiul on eelkõige läbi ennetustöö oluline roll selle probleemi lahendamisel. Väärtusena toodi välja esmatasandi töötaja võimalust patsiendiga läbi aastate töötada, mis annab võimaluse nii patsienti paremini tundma õppida, kujundada toetavat suhet ja avaldada pikaajaliselt patsiendile mõju. Ennetustöö tähtsust hinnati kõrgelt nende inimeste seas, kel pole häiret välja kujunenud, ning noorukite seas. Ühe ALVAL-teenuse piiranguna toodi välja, et seda osutatakse vaid täisealistele, alternatiivse vanusepiirina pakuti 16. eluaastat.

V10: „Mina arvan, et nemad [esmatasandi tervishoiutöötajad] võiksid olla esimesed, A ja O ju põhimõtteliselt, sest tegelikult ennetusega ju meie tegelemegi, võiksime tegeleda nii palju kui vähegi võimalik.“

Patsientidel võib olla kallutatud oma tarvitatud alkoholiühikuid alahinnata ning mõõdukat tarbimist ei seostata elanikkonnas tavapäraselt võimalike tervisekahjudega. ALVAL-teenuse väärtusena töös patsiendiga rõhutati patsiendilt saadava info kvaliteeti ja detailsust ning võimalust aidata patsiendil teadvustada oma tarvitamismustrit ning selle mõju enda tervisele.

Teenuse osutamist toetavana kogeti ühiskondlikku hoiakut, mis näeb liigset alkoholi tarvitamist probleemina ning kutsub üles seda piirama. Meediapildis on alkoholireklaami kõrval nähtavad ka sõnumid, mis räägivad alkoholi kahjustest. Noorte seas on tarvitajate kõrval ka terviseteadlik grupp, kes alkoholi väldivad. Vastajad märkasid, et ühiskonnas on terviseteadlikkus üldiselt kasvanud.

V1: „Inimesed on üha enam hakanud oma tervise vastu huvi tundma ja tahavad tervislikult elada.“

Toetavana nähti ka patsientide reaktsioone alkoholi tarvitamise teema püstitamisele tervishoiutöötaja poolt. Need reaktsioonid võtavad teema algatamist loomulikuna. Kuigi mõned patsiendid võivad olla esialgu üllatunud, et tervishoiutöötaja seda teeb, siis pärast selgitusi on nad valmis alkoholi tarvitamisest kõnelema. Vastajad tõid välja ka patsientide huvi normide vastu, rahulolu positiivsest tagasisidest või üllatusreaktsiooni, mis järgnes tarvitamise piirmääradest kuulates.

V9: „Ma ei saa nüüd rääkida terve Eesti keskmisest, ma pigem kasutaks seda meie perearstikeskuse patsiendi puhul, mida mina konkreetselt näen. Siis [paus] mina pigem ütlesin, et suhtumine on positiivne. [--] Inimestel oli tegelikult ka põnev selline asi, see oli pigem selline positiivne tagasiside inimestelt.“

Teenuse osutamist toetavana rõhutati kolleegidega ühiseid arusaamasid teenuse väärtusest. Alkoholi liigtarvitamise ennetamisega tegelemist peetakse kolleegide poolt tavapäraseks töö osaks, teenuse osutamisel tehakse praksisesiseselt koostööd ning üksteist ka julgustatakse ja toetatakse.

V9: „Meil perearstikeskuses on selles suhtes toetav üksteise töö poole pealt. Kasutame ise ja julgustame ka siis nii-öelda, et näeme hea meelega, et me kõik seda kasutame.“

Toetavate teguritena toodi välja ka töötaja julgus alkoholi teemat patsiendiga avada ning enesekindlus enda nõustamisoskuste osas. Kirjeldati patsiendi oletatava ebamugavuse kõrval teenuse osutaja enda ebalust alkoholi tarvitamise kohta küsida ning võimekust sellekohast vestlust patsiendiga juhtida. Tervishoiutöötaja kindlust ja patsienti aktsepteerivat hoiakut rõhutati patsiendilt usaldusväärse info saamise eeldusena. Osad vastajad väljendasid, et koolituste toel ja töökogemuse käigus on kindlus kasvanud. Tervishoiutöötaja ebakindlus toodi neil juhtudel välja barjäärina, mis on teenust osutades ületatud.

Teenuse osutamist toetava tegurina nimetati korduvalt koolitustel saadud oskusi patsiendi alkoholi tarvitamise määra hindamiseks ning sellele järgnevaks nõustamiseks. Koolituste juures hinnati nende informatiivsust, praktilisust ning võimalust oskusi harjutada. Toodi välja, et omandatud suhtlemisoskused ei ole kasulikud vaid alkoholarvitamise teema käsitlemiseks, vaid patsiendi nõustamiseks tervisekäitumise teemadel laiemalt. Samuti märgiti, et vestlused alkoholist on muutunud detailsemaks ja sisukamaks. Hinnati ka oskust jätkata patsiendiga usalduslikku vestlust, kui patsiendi esmane vastus on alkoholi tarvitamise määra pisendav.

V12: „Minu enda suhtumine alkoholi ja sellest tekitatud kahjudesse ja tervisehädadesse on ikka totaalselt muutunud. Ma olen seda [alkoholarvitamist] palju rohkem ka ise täpsustama hakanud.”

Abistavana nähti ka seda, et oma patsiente tuntakse. Teatakse nii patsienti, tema varasemat lugu kui igapäevaelu. Patsiendi varasemat haiguslugu ja elukäiku teades osatakse seostada patsiendi poolt erinevatel ajahetkedel saadud infot ning näha võimalikku kaebuse seost alkoholi tarvitamisega.

Toetava tegurina nähti ka pikaajalist töökogemust valdkonnas, mis annab julguse patsiendiga erinevaid teemasid tõstatada või oskuse patsiendile sobivat suhtlusstiili valida.

Mitmed teenust osutavad vastajad väljendasid, et sõelumine ja lühinõustamine on muutunud nende töö harjumuspäraseks osaks. Patsiendile esitatavaid küsimusi kirjeldati kui rutiinseid, mida automaatselt esitatakse. AUDIT-testi tegemist kirjeldati vastuvõtu sama loomuliku osana nagu vererõhu mõõtmist, mis ei eristu igapäevatoõ kulus. Väljendati ka seda, et lepinguperioodi lõppedes see harjumus tõenäoliselt ei kao. Teisalt toodi ka välja, et igapäevane praktika ja harjutamine on aidanud omandatud oskusi kinnistada.

Hoolimata sellest, kas vastajad olid TAI lepingupartnerid, väljendati, et info teenuse osutamise võimalusest ning koolitustest on perearstikeskusteni jõudnud. Toetavana märgiti seda, et info koolituste või ALVAL-teenusega seotud tegevustega jõuab esmatasandi töötajatele otse ning nad ei pea omalt poolt seda otsima või selle leidmiseks pingutusi tegema.

Teenuse osutamist toetavaks teguriks oli ka keskusesisene selge kokkulepe ja kriteeriumid, keda sõelutakse. Sõelumise kriteeriumite osas ilmnas kahte tüüpi lähenemine. Esimesel juhul sõnastas vastaja selgelt, millise kriteeriumi alusel patsiente sõelutakse. Kriteeriumiks võis olla patsiendi täisealisus ja sel juhul oli vastu võetud otsus, et kõik nimistu patsiendid, kes vastuvõtule jõuavad, üritatakse ka AUDIT-testi abil sõeluda. Osades keskustes oli valitud kitsam sihtrühm, keda sõelutakse. Selleks võis olla õe iseseisvale vastuvõtule tulev patsient või tervisetõendit taotlev patsient.

V18: „Absoluutselt kõik tegelikult [sõelutakse], kõik üle 18-aastased. Täitsa valimatult võtame, ma ei ole nüüd päris igat 90-aastast, seda ma just päris ei ole võtnud, aga ikkagi valimatult igas vanusegrupis on meil neid. Ja tõesti see oleneb päevast, kes parasjagu on juhtunud ja kuidas meil see vastuvõtu aeg on. Nii kui vähegi aega on, me teeme seda tegelikult.”

V2: „Üsna vähe [sõelumine], pean tunnistama, sellepärast, kuna me oleme kokku leppinud, et me kindlasti võtame need patsiendid, kes tulevad autojuhilubasid tegema.”

Teisel juhul tehti otsus sõelumiseks lähtuvalt patsiendi esitatud kaebusest ning tervishoitudõtaja kahtlusest, et alkoholi tarvitamine võib olla patsiendi terviseseisundit oluliselt mõjutav tegur.

V15: „No kaks poolt: kui mõni krooniline patsient on minu juurde sattunud, et selle käigus ma vähemalt olen üritanud või vähemalt, kui mul on kahtlus, sest ma alati ei jõua, kui ma ei kahtlusta, et see alkohol tagaplaanil. Või kui on siis mingisugused üldnäitajad väga normist väljas, kas ta siis pöördubki selle asjaga või pöördub mingisuguse üldkaebusega, kus ma näen, et ma ei tea, kas vererõhk või maksanäitajad või südametöö on mitte nii, et siis haaraks sellest härjal sarvist. Või teine grupp on ka, kes ärevust kurdavad, siis tahaks

kindlaks teha, kas seal selle liigse ärevuse taga võib olla ka alkohol või ongi see nõiarõng, kus on ärevus, seda üritatakse siis leevendada ja seda rohkem on siis ärevust jne [naer].“

ALVAL-teenuse osutamist toetavate teguritena toodi esile nii AUDIT-testi kui sobivat hindamisvahendit ning teisi abivahendeid (infomaterjalid ning ketas alkoholiühikute arvestamiseks). Testi eeliseks peeti konkreetseid asjakohaseid küsimusi ning hõlpsust selle läbiviimisel.

V15: „No mulle kõigepealt meeldib tegelikult see AUDIT-test. Ta ikkagi loob mingisuguse konkreetseuse, et palju see inimene alkoholi tarbib. Muidu see on jah siuke ujuv küsimus, kui seda küsida, et no kas te alkoholi tarbite, no palju siis nädalas, eks, ja see paneb nagu inimesi mõtlema sellele, et palju ta siis tegelikult joob, et noh muidu võibolla juuakse klaas veini ja klaas veini ja keegi ei mõtle palju, aga et see klaas veini on üks ühik, eks.“

Korduvalt rõhutati ühikute arvutamiseks ketta kasutamist ning selle ka patsiendile kaasa andmist. Ketta patsiendile andmise eelisena nähti ka seda, et lisaks patsiendile tema ümbritsevad kasutavad seda. Samas olid vastajad teadlikud, et vahendi patsiendile andmine loob patsiendile võimaluse, kuid ei kindlusta selle kasutamist.

Toetavana kogeti ka ALVAL-i kasutusmugavust. Eelkõige toodi välja, kui ALVAL-teenusega seonduv oli infotehnoloogiliselt töötaja jaoks hõlpsaks tehtud. Siinkohal mainiti nii testi tegemist kasutatavas tarkvaras, hõlpsust raviloo koostamisel, andmete salvestamist ja raviarvete koostamist. Samas hinnati ka teenuse meetoodilist sobilikkust.

V9: „Ja samas ütleme, et ta jääb meil ka arvutisse jääb jälg selle tegemise kohta, mis on informatiivne edaspidiseks tulemuse hindamiseks, kui tehakse korduvhindamine ALVAL-i poole pealt, et hinnata, kas on muutunud see patsiendi käitumine, mõlemas suunas võib see ju toimuda. Selles suhtes me perearstikeskuses kasutame hea meelega asju, mis on ka patsiendi ja oma töö lihtsustamiseks [paus] igal juhul vajalikud. Ta on ka kergesti kasutatav ja lihtsad küsimused. [paus] See teeb selle heaks.“

Teenuse osutamist toetas töötaja rollipilt, mis väärtustas esmatasandi tervishoiutöötajat kui ennetustöö tegijat ning alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ühiskondlikku tähtsust. Selle rolli täitmist toetasid nii koolitused kui abimaterjalid, aga ka igapäevase töö käigus tekkinud kogemused patsientidega, mis töötajate enesekindlust kasvatasid. Teenuse osutamise käepärasust kasvatas selle osutamise hõlpsus nii kohaliku keskuse kui meditsiinisüsteemi tasandil ning selle infotehnoloogiline kasutajamugavus.

3.3.2 Teenuse osutamist takistavad tegurid

Toetavate tegurite kõrval ilmnesid ka ALVAL-teenuse osutamist takistavad tegurid, mis on kokkuvõtvalt esitatud tabelis 6.

Tabel 6. ALVAL-teenuse osutamist takistavad tegurid

Kategooriad	Takistavad tegurid
Hoiakud	Patsiendi käitumise püsivus Patsiendi usaldamatus tervishoiutöötaja suhtes
Sotsiaalsed normid	Alkoholi tarvitamist toetavad ühiskondlikud normid Kolleegide skeptilisus teenuse mõttekuse osas
Oskused ja teadmised	Pädevuste piiratus Töötaja jätkutoe vajadus
Eristuvus	Testimise ja kordustestimise meeldetuletuse puudus
Töökeskkonna-tegurid	Ressursside piiratus Vähene koostöö ravikeskustega

ALVAL-teenuse osutamist takistavate teguritena ilmnes osadel vastajatel eeldus, et alkoholi liigtarvitava patsiendi käitumise osas on raske saavutada muutust. Kui tervishoiutöötaja

hinnangul oli patsient alkoholi kuritarvitaja või sõltuvuses, peetakse ebatõenäoliseks, et tema abistamine on tulemuslik.

Samuti oli takistav ootus, et patsientidel puudub valmisolek oma alkoholi tarvitamist esmatasandi tervishoiutöötajaga käsitleda. Patsienti võidi tajuda ka ebasiirana, tarvitatud alkoholi koguseid varjavana või tervishoiutöötajat mitteusaldavana. Vastajad tõid välja, et patsiendi esitatud vastused küsimusele ei ole ausad ning seetõttu pole testiskoor usaldusväärne; seda eriti olukordades, kus patsiendi huvi probleemi varjata on suur, näiteks autojuhilubade tarvis tervisetõendit küsides. Samuti toodi välja, et testi küsimused ei pruugi igale patsiendirühmale olla sobivad ning neid tuleb kohandada.

V2: „Et võib-olla see juhilubade tegemise ajal ei ole ikkagi väga otstarbekas. Võib-olla see ei ole kõige parem viis testida inimest alkoholile.“

Vastajad oletasid, et patsiendile on alkoholist rääkimine ebamugav ning nad ei soovi oma perearsti või -õega sel teemal suhelda. Ilmnes ka arvamus, et patsient ei näe alkoholiga seotud nõustamist esmatasandi tervishoiutöötaja rolli osana. Mõned vastajad olid kogunud, et ka kolleegid võivad seda arvamust jagada.

V5: „Tihti on ikkagi ka see, et nad väga usinad käijad ei oleks. Ma pean neid ikkagi nagu natuke taga ajama või peaks seda tööd sel juhul öde tegema. Ütleme, et niimoodi korrapaar ma saan küll neid siia tagasi kutsuda. Aga siis tundub juba neile ka... patsiendile tunduks imelik, kui perearst hakkaks teda ainult selle alkoholijutu pärast tagasi kutsuma. Mul on selline arvamine. Võib-olla inimestes on ikkagi see hoiak, et see ei ole arsti töö. Arst tegeleb nagu muude asjadega.“

Teenuse osutamist piirava tegurina toodi välja ka pädevuste piiratust. Õed tõid välja raskusi töös alkoholi kuritarvitavate või sõltuvuses patsientidega ning sel juhul nähti käepärase lahendusena perearsti kaasamist. Nii arstide kui õdede poolt esitati kaks valdkonda, milles pädevuste piiratus ilmneb. Ühelt poolt nähti alkoholiprobleemide seost teiste vaimse tervise probleemidega, millega tegelemiseks ettevalmistus on väiksem, ning väljendati ootust, et tulevikus on võimalik vaimse tervise õdede abil komorbiidseid patsiente enam aidata. Teiseks toodi välja raskused patsiendi nõustamisel ja ALVAL-teenuse rakendamisel, näiteks alkoholiühikute arvutamisel.

Korduvalt väljendati vajadust esmase koolituse järgse jätkutoe järele. Välja toodi nii supervisioone ja kovisioone kui ka jätkukoolitusi. Vastajate hinnangul on enesekindluse kasvu ja teenuse juurutamise jaoks vajalik pikemaajalisem ja järjepidev õppimine.

V7: „Ja siis see motiveeriv nõustamine käiks sinna kindlasti juurde. Ma arvan, et see motiveeriv nõustamine, see on nagu keeleõpe, et see peaks käima pidevalt. Mitte, et käid ühel paaripäevasel koolitusel, sellega sa saad ainult aimu, mis see on, aga sellega sa ennast sisse ei harjuta. Sellega peab pikemalt ja järjepanu tegelema.“

Vastajad tajusid ka seda, et alkoholi tarvitamise häirega patsiendi nõustamine võib tekitada jõuetust või süütunnet tervishoiutöötajas ning raskuste normaliseerimiseks ning tööga jätkamiseks võib olla vajalik tugi neile endile.

Teenuse osutamist takistavaks teguriks oli ALVAL-teenuse osutamise varju jäämine erinevate tavapärase esmatasandi tervishoiutöötajate tegevuste vahel. Ühelt poolt seisnes takistus esmase sõelumise läbiviimise madalas prioritseerimises ning AUDIT-testi tegemisele väheses tähelepanu pööramises. Toodi ka välja, kuidas meeldetuletavad märgid infosüsteemides võiks aidata fookust ALVAL-teenusel hoida.

V2: „Endale peab ilmselt need prioriteedid esiteks selgeks tegema ja ajast me juba rääkisime. Aga tõesti võib-olla struktureerida paremini, et millal ma võiksin seda teha. Et mul tekiks kohe nagu selline klikk ära, et okei, täna mul tuleb.“

Teisalt oli takistuseks kordustestide läbiviimine nende inimeste seas, kelle sõelumise tulemus seda nõuaks. Keerukusena nähti patsiendiga taas ühenduse võtmist, kui patsient ise perearsti poole ei pöördu. Omapoolset kontaktivõttu nähti ajakulukana ning kergelt

ununevana. Kaheldi ka patsiendi soovis kordustestimisel osaleda ning väljendati, et selle läbiviimine fikseeritud ajal (kuus kuud) pärast sõelumist on praktikas väga piirav tingimus.

Enim rõhutasid vastajad takistava tegurina piiratud ajaressurssi ning eriilmelisi ülesandeid, millega alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine võistleb. Perearstide ja -õdede ressursse kirjeldati nõudmistega mitte vastavuses olevana. Seda kirjeldati eriti väiksemates praksistes ning maapiirkondades. Toodi välja ka, et nimistu demograafiline koosseis mõjutab oluliselt, millele töötajate aeg kulub. Samuti märgiti, et nõustamise läbiviimist võib takistada privaatse vestlusruumi puudumine, kus tervishoiutöötaja ja patsiendi vestlus segamatult saab toimuda.

V3: „Jah, olen küll kuulnud [ALVAL-teenusest], aga kuna on ressursipuudus, personaliressursi puuduse tõttu ei ole ma oma kõrvu liigutanud. [---] Aga mina olen jõudnud sellesse staadiumisse, kus minu jaoks raha ei mängi enam mitte mingisugust rolli. Sest füüsiliselt ma enam ei jõua. Vot see on see, miks ma ei ole ühegi sellise rohkem asjaga liitunud, lihtsalt nimistud on siin nii suured.“

Häiriva tegurina nimetati kehva koostööd alkoholtarvitamise häire ravi teenust osutavate asutustega. Vastajate meelest on oluline, et patsient, kes raviteenust vajab, saaks sinna hõlpsalt ja mõistliku aja jooksul. Toodi välja ka raviteenusele jõudmise logistilisi raskusi maapiirkondades.

V6: „Mis minu enda negatiivne kogemus on, on see, et kui päris algselt öeldi, et kolme päevaga peaks saama jutule – vist oli kolm päeva – no ma ei tea ühtegi korda, kui nad oleks saanud kolme päevaga, ma tõesti ei tea. Minu arust nad on olnud pigem kuu aega ja niimoodi järjekorras, see on hästi suur murekoht. Sest kui ma olen ta saanud juba nõusse ja ta on nõus sinna minema, siis selle kuu ajaga võib see ära lahtuda.“

Väljendati ka vajadust raviasutusega sisulist koostööd teha. Perearst vajab infot, kas patsient on ravile jõudnud, mis ravi patsient on saanud ning millist tuge ta võib perearstilt vajada. Samuti nähti koostööd raviteenust osutavate asutustega kui võimalust ise õppida ja arened.

Peamiste ALVAL-teenuse osutamist takistavate teguritena ilmnesid hoiakud ja kogemused alkoholi liigtarvitavatest patsientidest, kes on oma käitumisviisis rigiidsed ning tervishoiutöötaja suhtes umbusklikud. Takistav võis olla ka alkoholi liigtarvitava patsiendi abistamise komplekssus ning enda oskuste piiratus kohast abi pakkuda. Läbivalt toodi välja ka esmatasandi tervishoiu korralduslikud küsimused, mis ei võimalda ennetustööle piisaval määral keskenduda. Patsiendi edasisuunamise vajadusel kogeti probleeme ka koostöös raviteenuse osutajaga.

4 Järeldused

Perearstipraksistes viidi analüüsiperioodil läbi 13 693 sõelumist AUDIT-testiga ning 15% juhtudest avastati madala riski piiri ületav alkoholi tarvitamine. Meeste seas läbi viidud sõelumistel leiti madala riski piire ületavat näitu 23% juhtudest ning naiste seas 4% juhtudest. Põlluste ja kolleegide [10] poolt läbi viidud uurimuses sõeluti 840 patsienti, kellest 133 (ehk 16%) said AUDIT-skoori 8 või enam. Prooviuringus ALVAL-teenuse sobivuse hindamiseks Eestis [8] ületas madala riski piiri 23% vastanutest (48% meestest ja 3% naistest). Kuigi madala riski piiri ületavate meeste proportsioon on prooviuringus saadud tulemustega võrreldes madalam, tuleb arvestada, et prooviuring toimus enam kui kümme aastat tagasi. Alkoholi liigtarvitamine on sagedasem meeste seas ning viimasel kümnendil on alkoholi tarvitamine Eestis olnud langustrendis [17]. Nende tulemuste valguses võib pidada AUDIT-testiga läbi viidud sõelumise tulemusi loomulikus igapäevase praktika keskkonnas ootuspäraseks. Siinne analüüs kinnitab ka Eestis läbi viidud prooviuringu [8] tulemust, et sõelumise ja nõustamise materjalid ja meetodika on tervishoiutöötajate hinnangul esmatasandil sobivad.

Lühisekkumise läbiviimine patsiendile, kes madala riski piiri ületas, oli sage. Lühisekkumisi viidi läbi enamasti ühele patsiendile ühel korral, mis viitab, et korduvat kontakti patsiendiga ei võetud. Sama kinnitab vähene kordustestimine. KTE-programmi raames ALVAL-teenust osutanud keskustes juurdus eelkõige sõelumine, millele lisandus vajadusel ühekordne lühisekkumine. Nii teenuse osutamist puudutavad arvandmed kui tervishoiutöötajate kogemus näitavad probleemkohana patsiendiga korduvat nõustamist ja kordustestimist. See on osaliselt selgitatav nii siin analüüsis kui varasemalt kirjeldatud [6], [11] inim- ja ajaressursi piiratusega.

Patsientide seas, kelle puhul viidi pärast sõelumist läbi lühisekkumine ja pool aastat hiljem kordustestimine, leiti teisel hindamisel tarvitamise langus madala riski piiridesse 62% juhtudest. Põlluste 93 uuritavast 76-l AUDIT-skoor vähenes ja 17 patsiendil suurenes. 46 patsienti (ehk 49%) said kordushindamisel aasta hiljem AUDIT-skoori madala riski piirides. Analüüsi tulemused on kooskõlalised praeguste teadmistega välisriikidest, et lühisekkumised võivad aidata vähendada tervist ohustaval või kahjustaval tasemel alkoholi tarvitavate patsientide seas [18], tõhusus on statistiliselt oluline nii kuus kuud kui üks aasta pärast sekkumist [19] ning hoolimata sellest, kas uuring on läbi viidud kontrollitud tingimustes või tavapärastes tervishoiuteenuse osutamise tingimustes [20]. Seega võib järeldada, et praegu kasutatava meetodika juurutamise jätkamine on põhjendatud.

Lepingupartneriks olnud perearstikeskused viisid sõelumisi läbi erinevas mahus. Sõelutud patsientide sooline jaotus ning AUDIT-testis registreeritud skoor viitavad selgelt keskuste erinevatele strateegiatele sõelutavate isikute valimisel. Kvalitatiivne analüüs viitab, et edukamad olid ALVAL-teenuse juurutamisel need keskused, kus eesmärk oli sõeluda kõiki täisealisi patsiente. Neis keskustes nähti ALVAL-teenuse peamist eesmärki alkoholi liigtarvitamise ennetamisena. Need tulemused viitavad, et sellistes keskustes oli toimunud paradigmuuutus võrreldes tavapraktiga, kus alkoholi liigtarvitamisega tegelemist nähakse väljaspool esmatasandi tervishoiu funktsioone olevat [6]. Suurem sõelutud patsientide kogum võimaldab tervishoiutöötajal algatada vestlusi patsiendi alkoholi tarvitamisest ka inimestega, kelle tarvitamine on madala riski piires ning anda neile sellekohast tagasisidet. Tervist ohustava tarvitamisega patsiendi nõustamisel aidatakse patsiendil teadvustada madala riski piire ning ennetada häire kujunemist. Vajalik võib olla tervishoiutöötajate jätkuv teavitamine, et enamasti on patsiendid valmis oma alkoholi tarvitamisest kõnelema ning näevad teema algatamist põhjendatuna [8], [9].

Kui valitud strateegiaks on vaid alkoholitarvitamise häirega patsientide avastamine, siis jääb olulisel osal patsientidest ALVAL-teenuse võimalik kasu saamata ning tervishoiutöötaja fookus on vaid ravi vajavatel isikutel, kellel muutuse saavutamine on raskem. Patsientide regulaarne sõelumine toetas tervishoiutöötajaid vilumuse saavutamisel ning harjumuse kujundamisel. Kuna esmatasandil on suur oht probleemse alkoholi tarvitamise

mittemärkamiseks ning samas suur potentsiaal sekkumiseks, soovitatakse vähemalt minimaalsel tasemel kõiki patsiente sõeluda [21]. Hetkel rakendatav metoodika võimaldab perearstil või -õel piirduda valdava enamiku patsientide puhul vaid kolme küsimusega, mille esitamise ajakulu on vähene.

Tervishoiutöötajad tajusid toetavana, kui keskuse meeskonnas oli ALVAL-teenuse suhtes positiivne hoiak. See toetab arstide ja õdede omavahelist suhtlust nii konkreetsete patsiendijuhtumite käsitlemisel, aga annab võimaluse ka informaalseks toe pakkumiseks ning keskuse töökorralduse kohandamisel nii, et teenuse osutamine oleks mugav.

Kaaluda võib ALVAL-teenuse eapiiri langetamist 16. eluaastale, kuna see sobitub ALVAL-teenuse ennetusliku põhimõttega ning tervishoiutöötajate hoiakutega alkoholi tarvitamise dünaamikast inimese elukaare jooksul. Teenuse osutamisel senisest nooremale sihtrühmale tuleb arvestada ka piirangutega (teenuse kujundamisel on lähtutud täisealistest patsientidest ning seni on kõik uuringud Eestis läbi viidud täisealiste populatsioonis). AUDIT-testi võib kasutada alaealiste noorte alkoholi tarvitamise hindamises [22] ning Ühendkuningriigis koheldakse alkoholitarvitamise häire käsitluses 16–17 aasta vanuseid noori täiealistega analoogselt [23]. Uuringud näitavad, et teismeliste seas läbi viidud lühisekkumiste tulemusena vähenevad tarvitatava alkoholi hulk ning tarvitamisega seonduvad probleemid [24]. Kuigi võrreldes täisealistega on alaealiste seas läbi viidud vähem uuringuid, nähakse lühisekkumistes ka selles eärühmas suurt potentsiaali, et tarvitamine võimalikult varakult avastada ning kahjusid ennetada [25].

Tulemused viitasid, et sõelumisel tuleks eelistada AUDIT-testi läbiviimist tavapäraste vastuvõtude käigus ning kaaluda sõelumise tulusust olukordades, kus patsiendil on selge motivatsioon oma alkoholi tarvitamist näidata minimaalsena (nt tervisetöendite taotlemisel).

Pärast programmi lõppu on oluline jätkata ALVAL-teenuse osutamiseks vajalike koolitustega, mida hinnati tervishoiutöötajate poolt arendavaks ja toetavaks. Koolituste praktilisust ja võimalust teenuse osutamiseks vajalikke oskusi kohapeal harjutada peeti väärtuslikuks. Kuigi antud analüüs ei võimalda teha järeldusi tervishoiutöötajate tegelike oskuste kohta, siis subjektiivselt nähti enesekindlust ja oskuslikkust patsiendiga alkoholi tarvitamisest vestelda väga olulise võtmetegurina, mis aitab teenuse edukale osutamisele kaasa. Sedalaadi koolitused peaksid toetama pädevusi, mis hõlmavad endas nii alkoholitarvitamise häire ennetuse ja patsiendi nõustamisega seonduvaid baasteadmisi, aga ka konkreetseid oskusi ALVAL-teenuse osutamiseks ja lühinõustamise läbiviimiseks. Väljaõppe olulisust teenuse osutajate hoiakute ja oskuste kujundamisel rõhutavad ka senised Eestis tehtud uuringud [8], [11].

Tervishoiutöötajaid toetavaks võib osutada koolitusejärgse jätkutoe (jätkukoolitused, supervisioonid ja kovisioonid) pakkumine viisil, et need oleksid teenuse osutajatele kättesaadavad ning korraldatud nii, et osavõtt oleks kerge. Hajutatud õppe kaalumist soovitas ka programmi KTE vahearuanne [11]. Kaaluda võib seejuures ka veebilahenduste kasutamist. Kuivõrd jätkutoe juures toodi välja nii selle vajadust kui selle rakendumisega seonduvaid barjääre, võib vajalik olla sihitatult sellise mudeli ja strateegia loomine, mis jätkutoe järjepidevuse kohalikke olusid arvestavalt tagaks.

Koolituste kõrval toetab teenuse osutamist abimaterjalide (nt infomaterjalid ja tarbitud alkoholiühikute kalkulaator) tootmine ja jagamine keskustele. Abivahendeid nähakse teenuse orgaanilise osana, mis toetab teenuse osutamist ning aitab ennetustöö ka arsti või õe kabinetist väljapoole viia. Keskused kirjeldasid elektrooniliste infosüsteemidega seotud takistusi ja nende ületamist. Vahearuanandes [11] kirjeldatud tehnilised takistused nimetati lahendatud olevat. Keskustes kasutatava tarkvara kasutajamugavus ALVAL-teenuse osutamiseks oli vastajate poolt kõrgelt tähtsustatud, kuna see aitab tagada töö sujuvuse ning võimaldab teenust osutada igapäevase töö rutiinse osana. Pärast programmi lõppu on oluline ka infotehnoloogilise toe ja arenduste pakkumine.

Üle 13 000 sõelumise ja pea 2000 lühisekkumise kohta on läbi viidud 327 kordustestimist. Ka kvalitatiivne analüüs kinnitas, et kordustestimine pole juurdunud kõigis neis keskustes,

kus sõelumine ja lühisekkumine on saanud praktika tavapäraseks osaks. Osutatud teenuse andmestikust ilmnes, et lühisekkumine viidi läbi sõelumisega samal kuupäeval ning patsiendi tagasikutsumine korduvaks lühisekkumiseks polnud sage. Takistusi nähti patsiendist tulenevana (patsient ei soovi taas tulla või ei leia selleks aega), tervishoiutöötajakesksena (suure töökoormuse seas ei näi see prioriteetne või läheb meelest) või teenuse piiratusena (fikseeritud ajavahemik, mille jooksul kordustestida saab). Vajalik on tervishoiutöötajale motiveeriva toe kujundamine, mis võimaldaks jätkuvat suhtlust patsiendiga, kelle puhul see vajalik ja võimalik on. Lisaks on oluline rõhutada tervishoiutöötajate vabadust kordustestimise aja valikul, et see sobituks patsiendi vajaduste ja keskuse töökorraldusega. Suuremates keskustes on võimalik meeskonda täiendada vaimse tervise õega, kelle pädevusele tugineda, kui patsient korduvat lühisekkumist vajab. Vaimse tervise õe lisandumist esmatasandi meeskonda nägi ka programmi KTE vahearuanne [11] ühe võimalusena pakkuda patsiendile parimat abi ning tuua esmatasandi keskustesse lisaressurssi ning seda ka strateegiliselt jaotada.

ALVAL-teenuse osutamise seaduse infotehnoloogiline kasutajamugavus on oluline, et teenust osutataks. Lisaks tegevuse lihtsale fikseerimisele on töötajate jaoks oluline saada meeldetuletavaid teateid, millal on patsienti kohane taas testida.

Tervise Arengu Instituudi andmestiku alusel jõudis neist patsientidest, kes said sõelumisel võimalikule sõltuvusele viitava tulemuse, vaid iga seitsmes kuue kuu jooksul raviteenusele. Esmatasandi tervishoiutöötajate hinnangul oli koostöö ravikeskustega vähene, millele viidati ka programmi vahearuanne [11]. Eelkõige kirjeldati raskusi esmase vastuvõtu aja saamisel ning ravikeskusest tagasiside puudumist. Ravikeskusest saadava info vajadust kirjeldati patsiendile parima toe pakkumise lähtekohast. Patsient jääb ka ravi kestel ning pärast selle lõppu perearsti nimistusse ning esmatasandi tugi on patsiendile käepärane. Samuti nähti koostöö puudumisest tuleneva kasutamata võimalusena ravikeskusest õppimist. Oluline on jätkata tööd ravikeskuste ja esmatasandi sidususe parandamiseks. Võimalikuks ressursiks on siinkohal ravimeeskonna juhtumikorraldaja.

Programmi KTE raames ALVAL-teenust osutanud keskustes on toimunud oodatud paradigma nihe esmatasandis tavapäraselt praktikalt süsteemse alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise suunas. Kõige edukamalt on kinnistunud patsientide sõelumine ning ühekordse lühinõustamise osutamine. Jätkuv ALVAL-teenuse arendamine on vajalik, et toetada järjepidevust patsiendi nõustamises ja jälgimises ning koostööd esmatasandi tervishoiuteenuse osutaja ja raviteenuse osutaja vahel.

Analüüsi üheks piiranguks on piiratud andmed patsiendi alkoholi tarvitamise muutusest lühisekkumise järgselt. Kordustestimine on registreeritud vaid umbes kümnendikul patsientidest, kellele lühisekkumine läbi viidi. Olemasolevad andmed viitavad, et enam kui pooltel lühisekkumist saanud patsientidel langes AUDIT-skoor madala riski piiridesse. Andmestik ei võimalda aga hinnata, millest tulenevalt just neile patsientidele kordustestimine läbi viidi. Seetõttu tuleb tulemuste üldistamisse suhtuda ettevaatusega. Lisaks ei võimalda andmestik hinnata, millise kvaliteediga viidi läbi sõelumised ja lühisekkumised ning kuivõrd tervishoiutöötajate praktika vastas ALVAL-teenuse metoodikale. Samuti tuleb kvalitatiivse analüüsi tulemuste tõlgendamisel meeles pidada, et uuringus osalenud tervishoiutöötajate arvamused ja kogemused ei anna lõplikku loetelu kõigist teenuse osutamist mõjutavatest teguritest ning nende tähtsuse osakaalust teenuse osutamise edukusele. Samuti on analüüs läbi viidud tingimustes, kus teenuse osutajatele oli kättesaadav tugi Tervise Arengu Instituudist ning tagatud rahaline teenuse osutamise tasustamine.

Analüüsis on kombineeritud teenuse osutamise statistika valitud ajavahemikul ning erinevate ALVAL-teenuse osutamise kogemusega tervishoiutöötajate kogemused. Kuigi analüüsil on omad piirangud, võimaldab erinevate allikate sidumine anda mitmekülgse ülevaate KTE-programmi mõjust ALVAL-teenuse osutamise praktikale osalenud esmatasandi tervishoiuteenuse osutajate seas ning lubab sõnastada järeldused ja ettepanekud teenuse arendamiseks.

Kasutatud kirjandus

- [1] Norstrom T, Rossow I. Alcohol Consumption as a Risk Factor for Suicidal Behavior: A Systematic Review of Associations at the Individual and at the Population Level. *Archives of Suicide Research*. 2016;20(4):489-506.
- [2] Jayasekara H, English DR, Room R, MacInnis RJ. Alcohol Consumption Over Time and Risk of Death: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology*. 2014;179(9):1049-59.
- [3] Rehm J, Gmel GE, Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease: an update. *Addiction*. 2017;112(6):968-1001.
- [4] Levola J, Aalto M, Holopainen A, Cieza A, Pitkanen T. Health-related quality of life in alcohol dependence: A systematic literature review with a specific focus on the role of depression and other psychopathology. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2014;68(6):369-84.
- [5] Eesti. Sotsiaalministeerium. Alkoholipoliitika roheline raamat. Tallinn: Sotsiaalministeerium; 2014.
- [6] Rehm J. Alcohol consumption and mortality: What do we know and where should we go? *Addiction*. 2000;95(7):989-95.
- [7] Colom, J, Scafato, E, Segura, L, Gandin, C, Struzzo, P. Brief interventions implementation on alcohol from the European health systems perspective. *Frontiers in Psychiatry*. 2014;5:1-12.
- [8] Saame, I, Glušková, N, Viilmann, K, Kalda, R. Prooviuring alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise meetodika hindamiseks Eesti perearstisüsteemis. *Eesti Arst*. 2011;90: 216-224.
- [9] Kriipsalu, I, Glušková, N, Tähepõld, H. Perearstikeskust külastavad patsiendid soovivad rääkida alkoholi tarvitamise teemal. *Eesti Arst*. 2015;94:404-410.
- [10] Põlluste, K, Dudanova, V, Kaldoja, A, Kansil, H, Kask-Flight, L, Oja, I, Tammist, P, Lember, M. Alkoholi tarvitamise muutused lühinõustamise järel ja seos elukvaliteediga perearsti poole pöördunud patsientide hulgas. *Eesti Arst*. 2016;95:628-636.
- [11] Eesti. Sotsiaalministeerium. Programmi „Kainem ja tervem Eesti“ vahehindamine. Lõpparuanne. Tallinn: Sotsiaalministeerium, Civitta; 2019.
- [12] Del Boca FK, McRee B, Vendetti J, Damon D. The SBIRT program matrix: a conceptual framework for program implementation and evaluation. *Addiction*. 2017;112:12-22.
- [13] Ravijuhendite nõukoda. Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitlemine, RJ-F/7.1-2015. Tallinn: Ravijuhendite nõukoda; 2020.
- [14] Babor, TF, Higgins-Biddle, JC, Saunders, JB, Monteiro, MG. The Alcohol Use Disorders Identification Test. World Health Organization; 2001.
- [15] Tähepõld, H, Veskimägi, M, Kalda, R, Maaros H-I, Oona M. Alkoholi liigtarvitava patsiendi varajane avastamine ja nõustamine perearstipraktises: Meetodiline juhendmaterjal perearstidele ja pereõdedele. Tervise Arengu Instituut; 2012.
- [16] Montaño, DE, Kasprzyk, D. Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. In: Glanz, K, Rimer, BK, Viswanath, K (Eds.). *Health behavior: Theory, research and practice*. 5th ed. Jossey-Bass; 2015. p. 95-124.
- [17] Alkoholi turg, tarbimine ja kahjud Eestis. Aastaraamat 2020. Eesti Konjunktuuriinstituut, 2020.
- [18] Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, Daeppen JB, Saunders JB, Burnand B. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;2(2):CD004148.
- [19] Elzerbi C, Donoghue K, Drummond C. A comparison of the efficacy of brief interventions to reduce hazardous and harmful alcohol consumption between

- European and non-European countries: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Addiction*. 2015;110(7):1082-91.
- [20] Kaner EF, Dickinson HO, Beyer F, Pienaar E, Schlesinger C, Campbell F, Saunders JB, Burnand B, Heather N. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug Alcohol Rev*. 2009;28(3):301-23.
- [21] Fleming MF. Screening and brief intervention in primary care settings. *Alcohol Res Health*. 2004;28(2):57-62.
- [22] Knight JR, Sherritt L, Harris SK, Gates EC, Chang G. Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcohol Clin Exp Res*. 2003;27(1):67-73.
- [23] Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence. Clinical guideline [CG115] 2011.
- [24] Tanner-Smith EE, Lipsey MW. Brief alcohol interventions for adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *J Subst Abuse Treat*. 2015;51:1-18.
- [25] D'Souza-Li L, Harris SK. The future of screening, brief intervention and referral to treatment in adolescent primary care: research directions and dissemination challenges. *Curr Opin Pediatr*. 2016;28(4):434-40.

