

## Ravi- ja nõustamisteenuste tööühma materjal alkoholipoliitika rohelse raamatu jaoks

Sisukord:

Faktid: .....	1
Praegune olukord ja probleemid Eestis:.....	2
Lahendused: .....	4
Faktid: .....	4
Sihtgrupp .....	5
Esmatasandi abi korraldus.....	5
Spetsialiseeritud abi korraldus .....	6
Ravi põhimõtted, juhised, ravimid .....	6
Personal, koolitus .....	7
Patsientide tugirühmad, sotsiaalsüsteem .....	8
Teavitatus.....	9
Rahastus .....	9
Monitooring.....	10
Seadusandlus.....	10
Lisad .....	11
Kasutatud kirjandus.....	15

### **Faktid:**

- 25% 16-64 aastastest inimestest (43% meestest, 12% naistest, kokku umbes 240 000 inimest) Eestis tarvitab 1 kord kuus või sagedamini alkoholi kahjustaval viisil. <sup>1</sup>
- Alkoholi tarvitamine on otseselt või kaudselt seotud ~ 60 erineva haigusseisundi ja tervisehäire tekkega. Neist sagedasemad on maksa alkoholtõbi ja alkoholisõltuvus. <sup>2</sup>
- Aastatel 1992-2008 suurenes Eestis oluliselt suremus maksa alkoholtõve tõttu. <sup>3</sup>
- Alkoholisõltuvus on somaatiliste, käitumuslike ja kognitiivsete avalduste kompleks, mille korral alkoholi tarvitamine saavutab inimese käitumises prioriteedi käitumisavalduste suhtes, mis on kunagi olnud suurema väärtusega. Sõltuvussündroomi olulisim joon on tung tarvitada sageli alkoholi <sup>4</sup>. Alkoholisõltuvuse teket mõjutavad paljud geneetilised tegurid koosmõjus keskkonnateguritega, mis inimest ümbritsevad. Eriti oluline on keskkonnategurite mõju laste ja noorukite puhul <sup>5</sup>.

- Täpsed andmed alkoholisõltuvuse levimuse kohta Eestis puuduvad. Hinnanguliselt kannatab alkoholisõltuvuse all umbes 6% Euroopa Liidu täiskasvanud elanikkonnast <sup>6</sup>. Ekspertide hinnangul on alkoholisõltuvuse levimus Eestis vähemalt samasugune. Hiljuti avaldatud raportist selgub, et alkoholisõltuvuse levimuseks 18-64 aastaste inimeste hulgas Eestis hinnati 2004.a meestel 11% ja naistel 2,1% <sup>7</sup>. See teeb alkoholisõltuvusega inimeste arvuks kuni 55000 inimest. Vaid väike osa (u 10%) alkoholisõltuvusega inimestest nii Euroopas kui Eestis saab ravi alkoholisõltuvuse tõttu.
- Alkoholi tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäirete raviks pakkus 2011 aastal ravikindlustuse vahenditest rahastatud ambulatoorseid psühhiaatrilisi teenuseid 47 raviasutust, statsionaarseid teenuseid 9 haiglat.
- 2011 aastal oli ravikindlustuse kulu alkoholitarvitamisest tingitud psüühikahäirete ambulatoorsele psühhiaatrilisele ravile 122 000 € ja statsionaarsele psühhiaatrilisele ravile 198 000 €.

### ***Praegune olukord ja probleemid Eestis:***

1. Huvi alkoholiprobleemidega peremeditsiinis tegeleda on tagasihoidlik. Üheks põhjuseks võib pidada toimiva tervikliku ravi- ja nõustamissüsteemi puudumist sõltuvusprobleemidega patsientide aitamiseks. Perearst on sageli patsiendi alkoholiprobleemi lahendamisel üksi, spetsialiste ja koostööpartnereid on keeruline leida ning sõltuvushäirete ravi on suures osas patsiendile tasuline. Alkoholiprobleemidest ülesaamine eeldab reeglina meeskonnatööd, vajalik on kaasata erinevaid spetsialiste (sotsiaaltöötaja, psühholoog, psühhiaater jt).
2. Perearstid ja pereõed on vähekoolitatud sõltuvusprobleeme ära tundma (skriinima) ja käsitlema. Kuna patsiendid pöörduvad perearstile sagedamini kehalise kaebuse kui alkoholi liigtarvitamise murega, jääb alkoholiprobleem perearsti vastuvõtul kergesti varjatuks.
3. Tööealised inimesed käivad regulaarselt töötervishoiuarsti vastuvõtul ning perearsti poole pöörduvad harvem (eriti nooremad mehed). Alkoholiprobleeme võib leida töötervishoiu tervisekontrollis, sageli on inimesed nõus probleemist rääkima. Töötervishoiuarstide vastuvõtuaeg on limiteeritud ega võimalda patsiendi alkoholisõltuvuse osas pikemalt nõustada. Töötervishoiuarstidel puudub teave, kuhu suunata alkoholisõltuvusega patsient edasisele ravile.
4. Alkoholitarvitamisest avatult rääkimiseks on oluline arsti ja õe hea suhtlemisoskus ning usalduslik ravisuhe patsiendiga. Vajalik on arstide ja õdede täiendõpe nõustamisoskuste suurendamiseks ning kindlustunde saavutamiseks.
5. Sõltuvushäirega patsiendi ravieesmärkide saavutamine eeldab koostööd ja head infovahetust pere- ja eriarstide vahel. Üheks ravi järjepidevust takistavaks teguriks on see, et perearstidel puudub sageli info psühhiaatri poolt antud ravisoovituste kohta.
6. Vaatamata sellele, et alkoholiprobleemiga patsiendi nõustamine on vajalik tegevus perearstikeskuses, ei ole perearsti rahastamismudeli väljatöötamisel arvestatud

alkoholiprobleemidega (üldse sõltuvushäiretega) patsientide nõustamisega (puudub teenuse kood tervishoiuteenuste loetelus).

7. Olemasolev tööjõuressurs pereinstitutes ei ole piisav selleks, et rakendada pereinstitutesüsteemis laialdaselt alkoholi liigtarvitamise varast avastamist ja lühinõustamist efektiivses mahus.
8. Sõltuvusravi kättesaadavus Eestis on halb. Alkoholi tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäirete (F10) psühhiaatrilise abi eest tasuvad suures osas patsiendid ise. 2009 aastal moodustasid ravikindlustuse vahenditest ambulatoorset psühhiaatrilist abi saanud alkoholiprobleemidega patsiendid 65% kõigist ambulatoorset abi saanud alkoholiprobleemidega patsientidest. Statsionaarset psühhiaatrilist abi sai ravikindlustuse vahenditest 14% kõigist ravil viibinud alkoholiprobleemidega patsientidest.<sup>8</sup> Viimaste aastatega on alkoholisõltuvuse ravivõimaluste kättesaadavus pigem vähenenud. Puudub kaasaegne tõenduspõhine alkoholisõltuvuse diagnostika ja ravijuhis.
9. Alkoholisõltuvuse statsionaarne ravi eriarstiabisüsteemis piirdub vaid lühiaegse detoksikatsiooniga alkoholivõõrutusseisundi korral. Detoksikatsiooni käigus ei kavandata edasisi tegevusi alkoholitavitamise vähendamiseks või lõpetamiseks. Praegu ravikindlustuse eelarves olemasoleva psühhiaatrilise abi mahu juures ei saa pakkuda sõltuvushäirete raviks vajalikke teenuseid. Puudub võimalus pikemaajaliseks statsionaarseks raviks alkoholisõltuvuse korral.
10. Kaasaegsete tõenduspõhiste alkoholisõltuvuse ravimite kättesaadavus Eestis on piiratud ja nende kasutamine on seotud mitmete probleemidega (patsient peab tasuma ravimi täishinna, puudub alkoholisõltuvuse ravimite kompenseerimise mehhanism; ravimid on saadaval vaid eriloaga, mistõttu pikeneb oluliselt ravimi patsiendini jõudmise aeg; olemasolevate ravimite näidustused piirnevad ainult abstinentsiga).
11. Arstidel ja õdedel puudub võimalus saada süstemaatiliselt kaasaegset sõltuvushäirete alast täiendkoolitust. Vaimse tervise õdede spetsialiseerumiskursuseid on projektipõhiselt läbi viidud, hetkel koolitust ei toimu. Praegu Riigikogus menetluses oleva psühhiaatrilise abi seaduse muudatuse kohaselt otsustab sõltuvusravi vajaduse psühhiaater. Psühhiaatrite arv Eestis on väike ja pigem kahaneb. Teiste riikide kogemusele tuginedes tuleks ka Eestis sõltuvusravisüsteemi kaasata erikoolituse saanud üld-, pere- ja teisi eriarste.
12. Sõltuvusseisundite psühholoogilise abi võimalused ei vasta vajadustele, alkoholisõltuvuse osas need aga praktiliselt puuduvad.
13. Sotsiaalsüsteemis puuduvad alkoholisõltuvusest vabanemist või sõltuvuse kontrolli all hoidmist ning sõltuvusega isiku sotsiaalse toimetuleku parandamist soodustavad rehabilitatsiooni- või erihoolekandeteenused. Kehtiv seadusandlus välistab riigieelarvest rahastatavate erihoolekandeteenuste osutamise isikule, kellel on sõltuvus alkoholist või narkootilisest ainest juhtiva psüühikahäirena.<sup>9</sup> Tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi sidusus sõltuvusprobleemide lahendamisel on nõrk.
14. Alkoholiprobleemidega ravikindlustamata isikutele on plaaniline üldarstiabi ja plaaniline eriarstiabi kättesaadav ainult tasulise tervishoiuteenusena.

15. Alaealiste hulgas on alkoholarvitamine levinud, kuid puuduvad juhised, kuidas käsitleda alaealiste alkoholarvitamist esmatasandi tervishoius (perearsti juures, koolitervishoius või noorte seksuaaltervise nõustamiskabinettides). Mõistlik on tähelepanu pöörata ja toimivaid meetodikaid leida alaealiste alkoholarvitamise ennetamiseks ja vähendamiseks.
16. Inimeste üldine teadlikkus alkoholi ohtlikkusest ja alkoholisõltuvusest kui haigusest on madal. Mittetõenduspõhiste meetodite kasutamise levik patsientide ja ka spetsialistide seas takistab teaduspõhiste meetodite rakendamist. Tõsise alkoholi probleemiga inimest kaldutakse häälmärgistama. Vähene teadlikkus ja topeltmoraal alkoholarvitamise suhtes ühiskonnas takistab probleemide tekkimise puhul abi otsimist.
17. Puuduvad käitumissoovitused ja nõustamisteenused alkoholisõltuvusega inimese lähedastele ja pereliikmetele.
18. Ka olemasoleva alkoholisõltuvuse abi korralduse ja teenuse osutajate kohta puudub patsientidel ja tervishoiutöötajatel ülevaatlik süstematiseeritud informatsioon.

## ***Lahendused:***

### ***Faktid:***

- Alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise laialdane rakendamine esmatasandi tervishoius on efektiivne alkoholist tingitud tervisehäirete ja -kahjude ennetamisel.<sup>10</sup>
- WHO on määratlenud alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja lühinõustamise teenuse osutamise eesmärkidenä osutada esmatasandi tervishoius teenust 30%-le kuni 60%-le kõrgeenenud riskiga (s.o. ohustava ja kahjustava alkoholi tarvitamisega) inimestest.<sup>11</sup>
- Alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise laialdast rakendamist soodustab tegevuse rahastamine.<sup>12</sup>
- Alkoholisõltuvusega inimestele on vajalik pakkuda abi, mida nad vajavad alkoholarvitamise vähendamiseks ja kainuse säilitamiseks.<sup>13</sup>
- Mitmed käitumisteraapiad ning ravimid on efektiivsed alkoholisõltuvuse ravis, alkoholarvitamise vähendamisel ning tagasilanguse ennetamiseks. Medikamentoosne ravi aitab alkoholisõltuvuse raviefektiivsust suurendada kuni 25%.<sup>14</sup>
- Võimaldades kuni 40%-le alkoholisõltuvusega patsientidest tõenduspõhiselt efektiivset ravi, on võimalik oluliselt vähendada alkoholarvitamisest tingitud suremust ja kahjusid.<sup>7</sup>
- Eestis on koostatud meetodiline juhendmaterjal perearstidele ja pereõdedele alkoholi liigtarvitava patsiendi varajaseks avastamiseks ja nõustamiseks<sup>15</sup>. Aastatel 2010-2011 on Tervise Arengu Instituudi korraldatud alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise koolituse läbinud ca 200 pereõde- ja perearsti<sup>16</sup>.

## Sihtgrupp

1. Alkoholi liigtarvitamise varajast avastamist tuleb regulaarse skriininguna ja lühinõustamisena rakendada perearsti- ja töötervishoiusüsteemis järgmistes gruppides<sup>17</sup>:
  - a. Aktiivselt tervisekontrolliks pöörduvad patsiendid koos teiste terviseriskide hindamisega.
  - b. Patsiendid, kellel esinevad vaevused, sümptomid, uuringutulemused ja haigused võivad olla seotud alkoholi tarvitamisega (nt arteriaalne hüpertensioon, südame rütmihäired, depressioon, ärevushäire, düspepsia, teadmata põhjusega epileptilised hood, sage traumatism).
2. Alkoholi liigtarvitamise skriiningut koos nõustamisega on vajalik rakendada teistes erikäsitlust vajavates gruppides (nt kutsealused, kinnipeetavad, tuberkuloosiravi saavad patsiendid).
3. Sõltuvushäirete ravi- ja taastusabi teenused peavad olema kättesaadavad järgmistele  motiveeritud isikutele<sup>18</sup> :
  - a. Kellel esineb alkoholist tingitud tervisekahjustus või alkoholisõltuvus;
  - b. kes on joobes sõidukijuhtimisega tekitanud teistele isikutele kahju või kes on korduvalt joobes olles sõidukit juhtinud (vajalikud on kindlad nõuded juhtimisõiguse ennistamiseks; vajalik on kontroll alkoholitarvitamise suhtes teatud perioodi jooksul);
  - c. kelle alkoholitarvitamise tõttu vajavad perekonnaliikmed kaitset (nt vanemlike õiguste äravõtmise korral).

## Esmatasandi abi korraldus

4. Perearstikeskustes skriinitakse eeltoodud patsientide grupe ning viiakse läbi lühinõustamist. Igas perearstimeeskonnas on vähemalt 1 koolituse läbinud spetsialist (perearst või pereõde), kes tunneb ja rakendab alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise metoodikat. Kui perearstimeeskonna tegevused ei ole soovitud raviefekti andnud, suunatakse alkoholiprobleemiga patsient ambulatoorse sõltuvusravi osutaja juurde.
5. Töötervishoiusüsteemis skriinitakse eeltoodud patsientide grupe ning viiakse läbi lühinõustamist. Vajadusel suunatakse patsient perearsti või ambulatoorse sõltuvushäirete ravimeeskonna juurde.
6. Suitsetamisest loobumise nõustamise (SLN) kabinetti pöörduvatele patsientidele osutatakse vajadusel ka alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise teenust. Kabinetti saavad skriinimiseks ja lühinõustamiseks pöörduda ka patsiendid, kes ei soovi alkoholiprobleemi oma perearstiga lahendada. Alkoholisõltuvuse ravi vajavad patsiendid suunatakse SLN kabinetist edasi ambulatoorse sõltuvushäirete ravimeeskonna juurde. (vt skeem 2).
7. Noorte riskiv seksuaalkäitumine on sageli seotud alkoholi tarvitamisega. Noorte nõustamiskeskustes on olemas kompetentne personal, kes valdab oskusi rääkida noortega delikaatsetel teemadel. Noored (kuni 26 a) on harjunud seksuaalrõõmu küsimustes pöörduma noorte nõustamiskeskustesse, mistõttu ei ole otstarbekas luua noortele eraldi alkoholi nõustamise

süsteemi. Noorte alkoholitarvitamise ennetamise ja nõustamise puhul tuleks kaasata olemasolev noorte seksuaaltervise nõustamiskeskuste süsteem.

8. Igas maakonnas on üks alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise esmatasandi tervishoiu kompetentsikeskus (nt perearstikeskus, tervisekeskus, SLN kabinet vm). Kompetentsikeskuses töötav nõustamiskogemustega spetsialist (nt vaimse tervise õde, pereõde, perearst vm) superviseerib kolleege antud maakonna teistes esmatasandi tervishoiuteenust osutavates üksustes eesmärgiga edendada kolleegide nõustamisoskuseid ja laialdaselt rakendada alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja lühinõustamise metoodika esmatasandi tervishoius.

### **Spetsialiseeritud abi korraldus**

9. Alkoholiprobleemidest ülesaamine eeldab erinevate ravietaappide koostööd (integreeritud abi) ja meeskonnatööd igas ravietaapis. Tervikliku sõltuvushäirete ravi- ja taastusabi osutamisel kaasatakse erinevaid spetsialiste (perearst, pereõde, sotsiaaltöötaja, psühholoog, psühhiaater, sõltuvusravikoolituse saanud arst, vaimse tervise õde). Ravijärjepidevuse tagamiseks on vajalik koostöö erinevate ravietaappide vahel.
10. Spetsialiseeritud arstiabi peab olema suuteline pakkuma terviklikku ravi- ja taastusabi teenust alkoholisõltuvusega patsientidele, kelle probleemide lahendamiseks ei piisa perearsti meeskonna tegevustest. Vt. Skeem 2.
11. Valdavalt ravitakse alkoholisõltuvusega patsiente ambulatoorselt (vt skeem 2). Kuna sõltuvusprobleemidega isikutel on teatud juhtudel sõltuvusest vabanemiseks vajalik teenuseid osutada teatud perioodi vältel kaitstud (kontrollitud) keskkonnas, siis on vajalik arendada ka statsionaarseid sõltuvusravi võimalusi (sõltuvusravikeskus). Ambulatoorse sõltuvushäirete ravimeeskonna ja sõltuvushäirete ravikeskuse tegevuste hulka kuuluvad seisundi hindamine, ravi- ja taastusabi plaani koostamine, sõltuvuse medikamentoosne ja psühholoogiline ravi, sh kaasuvate kehaliste haiguste ravi, raviga kombineeritud sõltuvusvastane taastusabi, lähedaste nõustamine jm (vt skeem 2). Näidismudelina sobib kasutada Soome A-kliinikute süsteemi, kus sõltuvusprobleemidega patsientidele (nii uimasti-, alkoholi kui ka muud sõltuvused) pakutakse statsionaarse ja ambulatoorse ravi võimalusi. Sõltuvusravikeskuste rajamiseks Eestis oleks võimalus ümber profileerida üldhaiglate juures asuvaid psühhiaatriaosakondi ja täiendada Wismari haigla teenuste valikut.
12. Kesk- ja regionaalhaiglate tasandil tuleb välja arendada võimekus kaksikdiagnoosidega patsientide raviks ja noorukitele osutatavaks abiks sõltuvusseisundite korral (nii ambulatoorne kui statsionaarne arstiabi).

### **Ravi põhimõtted, juhised, ravimid**

13. Täisealistele isikutele osutatakse alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise teenust ning alkoholisõltuvuse vastast ravi ja taastusabi vaba tahte alusel. Alaealiste puhul võib sõltuvusvastast ravi ja –taastusabi osutada teatud juhtudel seaduses sätestatud tingimustel ka tahtest olenemata.

14. Alkoholisõltuvuse ravi tulemustlikkuse eelduseks on alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine. Varast diagnostikat ja nõustamist tuleb oluliseks pidada ja sellega peavad tegelema võimalikult paljud esmatasandi tervishoiutöötajad (perearstid, pereõed, töötervishoiuarstid- ja õed, kooliõed, noorte nõustamiskeskuste spetsialistid).
15. Alkoholisõltuvuse ravi nurgakiviks on psühhosotsiaalne teraapia (mh kognitiiv-käitumisteraapia, motiveeriv intervjuerimine jt), mida vajadusel kombineeritakse farmakoloogilise raviga. Vajalik on tagada tõenduspõhiselt efektiivsete alkoholisõltuvuse tagasilangust ennetavate ravimite kättesaadavus patsientidele.
16. Patsiendi alkoholisõltuvuse ravi toimub kindla raviplaani kohaselt, mis on koostatud koos patsiendiga ning mida järgivad nii patsient kui kõik patsiendiga tegelevad spetsialistid erinevates ravietappides. Raviplaani osaks on patsiendi ja spetsialistide koostöös tehtav regulaarne ravitulemuste hindamine, muudatuste tegemine raviplaanis, kõigi osapoolte teavitamine muudatustest. Kui patsient ei järgi raviplaanis kokkulepitut, on eelnevalt kokkulepitud kriteeriumide alusel võimalik antud raviepisoodi lõpetamine.
17. Sõltuvusravi- ja sõltuvusvastase taastusabi kvaliteedi ja efektiivsuse tagab kõigile kaasatud osapooltele (spetsialiseeritud ravimeeskond, perearst, sotsiaalsüsteem) suunatud ravijuhis. Vajalik on koostada tõenduspõhine alkoholisõltuvusega täisealise patsiendi alkoholisõltuvuse ravi- ja taastusabi juhend üldarsti- ja eriarstiabi tervishoiuteenuse ja sotsiaalteenuse osutajatele.
18. Laste ja noorte sõltuvusprobleemid vajavad eraldi käsitlust. Vajalik on koostada laste- ja noorte sõltuvushäirete, sh alkoholisõltuvuse varajase avastamise ja nõustamise ning ravi- ja taastusabi ravijuhend. Juhend on suunatud ennetus- ja ravitööks esmatasandi tervishoiutöötajatele (pereõde, perearst), koolitervishoiuteenuse osutajale, noorte nõustamiskeskuse spetsialistidele, eriarstiabi osutajatele, sotsiaaltöötajatele.

## **Personal, koolitus**

19. Oluline on koolitada olemasolevat personali esmatasandi tervishoiu ja eriarstiabi süsteemis. Tervishoiuteenuse osutajatel peab olema motivatsioon suunata personali alkoholi liigtarvitamist sh sõltuvust käsitlevatele koolitustele. Huvitatus suureneb, kui alkoholiprobleemidele suunatud teenuseid saavad osutada spetsiaalse väljaõppe saanud tervishoiutöötajad.
20. Alkoholi tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäirete korral eriarstiabi osutavad arstid peavad olema läbinud kaasaegse sõltuvushäirete alase väljaõppe. Vajalik on välja töötada õppekava ja koolitada üld-, pere- ja eriarste sõltuvusravi lisaspetsiaalsuse saamiseks.
21. Peavad jätkuma vaimse tervise õdede spetsialiseerumiskursused, mis edaspidi võiksid rohkem olla suunatud sõltuvusprobleemide käsitlemisele, sh terapeutiliste suhtlusviiside praktilisele omandamisele. Vaimse tervise õed leiavad nõustajatena rakendust ambulatoorses sõltuvusravi meeskonnas, SLN kabinetis, alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise rakendamise kompetentsikeskustes, noorte nõustamiskeskustes, sõltuvuskravikeskuses.
22. Koolitervishoiutöötajatel (kooliõed) ja noorte nõustamiskeskustes töötavatel spetsialistidel on vajalik omandada oskused noorte alkoholiprobleemide käsitlemiseks, probleemide varaseks

avastamiseks ja noorte nõustamiseks alkoholiprobleemide korral. Noorte nõustamiskeskused võiksid hakata pakkuma noortele alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise teenust.

23. Jätkatakse esmatasandi tervishoiutöötajatele mõeldud alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise koolituste pakkumist. Koolitus aitab saavutada eesmärgi, et iga perearsti nimistu juures on vähemalt 1 spetsialist (perearst või pereõde), kes on läbinud vähemalt 8-tunnise koolituse. Koolituste kättesaadavuse tagab Tervise Arengu Instituut.
24. Vajalik on õdede ja arstide baasõppesse sisse viia kursus nõustamise aluste tutvustamiseks ja esmaste nõustamisoskuste omandamiseks. Vajalik on nõustamisalase täiendkoolituse kättesaadavus õdedele ja arstidele nõustamisoskuste arendamiseks. Koolituste kättesaadavuse peaksid tagama arstidele ja õdedele täiendkoolitusi korraldavad asutused (Tartu Ülikool, Tartu Tervishoiu Kõrgkool, Tallinna Tervishoiu Kõrgkool).
25. Vajalik on sõltuvushäirete alase täiendkoolituse kättesaadavus arstidele ja õdedele. Täiendkoolituse koolituskava väljatöötamisel võiks Eesti oludele kohandada Soome A-kliinikute süsteemi täiendkoolituse õppekava ja koolituskogemuse.
26. Vajalik on koolitada ja suurendada psühhiaatrilisse ravimeeskonda kuuluvaid psühhoteraapia lisaväljaõppega spetsialistide arvu (kliiniline psühholoog).
27. Tervishoiusüsteemis on vajalik välja töötada sõltuvusvastase taastusabi osutamise võimalused täiskasvanutele. Sõltuvusvastane taastusabiteenus peab tuginema isikuga koostöös koostatud taastusabikavale.

## **Patsientide tugirühmad, sotsiaalsüsteem**

28. Kohaliku omavalitsuse (KOV) sotsiaaltöötaja peab võimaldama sotsiaalnõustamist alkoholiprobleemiga isikule eesmärgiga suurendada isiku motiveeritust sõltuvusravi- ja sõltuvusvastase taastusabi teenuse kasutamiseks ning ennetamaks isiku tagasilangust sõltuvusprobleemidesse.
29. Sotsiaalsüsteemis on vajalik välja töötada sõltuvusvastased sotsiaalteenused (nt sõltuvusvastane taastusabiteenus, toetatud elamise teenus, tugiisikuteenus, ravimivaba katkestuskeskus), teenuse osutamise tingimused ja kriteeriumid ning rahastada antud teenuste osutamist motiveeritud alkoholisõltuvusega isikutele.
30. Sotsiaalsüsteemi poolt pakutavatele teenuste osutamiseks tuleb välja töötada kvaliteedinõuded nii personali koosseisu ja väljaõppe kui ka teenuse osutamise tingimuste osas. Sõltuvusvastane taastusabiteenus peab tuginema isikuga koostöös koostatud taastusabikavale.
31. Alkoholisõltuvusega isikute eneseabigrupid (nt AA- liikumine) on alkoholisõltuvusega isikute tagasilanguse (joomasööstu) ennetamisel efektiivsemad kui igasuguse tegevuse puudumine. Seepärast on Eestis tegutsevate AA-gruppide tegevuse jätkusuutlikkuse toetamine põhjendatud.
32. Internetipõhised eneseabiprogrammid ilma spetsialisti sekkumiseta on efektiivsed täiskasvanute alkoholiprobleemide ohjamisel. Vajalik on välja töötada välja Eesti oludele kohandatud internetipõhine alkoholi liigtarvitamise vähendamisele suunatud skriining- ja sekkumisprogramm.



## Teavitus

33. Vajalik on koondada ühtsesse andmebaasi avalikult kättesaadav ajakohastatud info sõltuvusraviteenuseid ja sõltuvusvastaseid taastusabiteenuseid pakkuvate asutuste ja patsientide eneseabigruppide kohta. Nimetatud info võiks olla koondatud lehele [www.alkoinfo.ee](http://www.alkoinfo.ee). Veebilehe uuendamise ja hoidmise eest vastutab Tervise Arengu Instituut (TAI), eelnimetatud teenuseid osutavad asutused ja teenuste rahastajad peaksid regulaarselt edastama ajakohastatud info TAI-le.
34. Spetsialistidele mõeldud alkoholi liigtarvitamist ja alkoholisõltuvust käsitlevad metoodilised juhendid, ravijuhendid, patsiendi infomaterjalid jm on avaldatud veebilehtedel [www.terviseinfo.ee](http://www.terviseinfo.ee), [www.tai.ee](http://www.tai.ee), [www.haigekassa.ee](http://www.haigekassa.ee), [www.alkoinfo.ee](http://www.alkoinfo.ee).
35. Avalikkusele suunatud info alkoholi liigtarvitamise ja alkoholisõltuvuse problemaatika kohta on avaldatud veebilehel [www.alkoinfo.ee](http://www.alkoinfo.ee).

## Rahastus

36. Alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenust esmatasandi tervishoius (sh perearstikeskused, noorte nõustamiskeskused, SLN kabinetid, tervisekeskused) rahastatakse ravikindlustuse eelarvest. Olemasolev üldarstiabi rahastamise mudel seda tegevust ei sisalda, seetõttu vajab üldarstiabi rahastamismudel nimetatud tegevuse osas muudatust ja täiendavat rahastust. Hinnanguliselt on kulu teenuse osutamisel 30%-le kuni 60%-le kõrgenenud riskiga inimesele 892 800 -1 785 600 EUR aastas.
37. Eelpoolnimetatud arengud sõltuvusravi- ja sõltuvusvastase taastusabi teenuse osutamisel eeldavad täiendavate ressursside lisandumist psühhiaatrilises eriarstiabis. Arvestades alkoholisõltuvusest tingitud kahju otsest seost alkoholitarbimise ja -müügiga, on otstarbekas kaaluda alkoholisõltuvuse ravi- ja taastusabi teenuste osutamise rahastamist alkoholilt makstava aktsiisi arvelt. Suurendades aastas ambulatoorseid ravijuhte 10% ja statsionaarseid ravijuhte 20% võrreldes 2011 aasta tasemega, suureneb ravikulu aastaks 2019 kokku 1,4 milj. Euronit.
38. Töötatakse välja vajalike teenuste kirjeldused ja lisatakse need vastavatesse loeteludesse või tegevuskavadesse (nt tervishoiuteenuste loetelu, rahvaterviseprogrammid).
39. Vajalik on leida täiendavaid vahendeid, et kompenseerida motiveeritud alkoholisõltuvusega patsientidele tõenduspõhiselt efektiivne farmakoloogiline ravi tagasilanguse ennetamiseks ja alkoholitarvitamise vähendamiseks ning tagada ravimite püsiv soodustingimustel kättesaadavus. Tagasilangust ennetavate ja alkoholitarvitamist vähendavate ravimite kogukulu 1900-le patsiendile on aastas kokku ca 730 000 EUR.
40. Vajalik on rahastada maakonna kompetentsikeskuses töötava nõustamiskogemustega spetsialisti (õde või perearst) maakondlikku ja võrgustikutöö alast tegevust. Tegevust koordineerib TAI, rahastamine rahvaterviseprogrammist. Hinnanguline kulu ca 30 000 EUR aastas.

41. Vajalik on rahastada noorte nõustamiskeskuste poolt osutatavat alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenust noortele. Tegevust koordineerib TAI, rahastamine ravikindlustuse eelarvest.
42. Vajalik on rahastada suitsetamisest loobumise nõustamiskabinetis töötava spetsialisti tegevust . Tegevust koordineerib TAI, rahastamine ravikindlustuse eelarvest. Hinnanguline lisakulu ca 10 000 EUR aastas.
43. Vajalik on rahastada alkoholisõltuvuse taastusabi teenuste osutamist sotsiaalsüsteemis. Vajalik on leida täiendavat rahastust riigieelarvest sotsiaalsüsteemi vahendite või alkoholilt makstava aktsiisi arvelt.
44. Vajalik on jätkata alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise koolituste pakkumist. Aastas osaleb koolitusel ca 150 esmatasandi tervishoiutöötajat. 2015 a lõpuks võiks koolitatud spetsialistide arv katta perearsti nimistute vajaduse (ligikaudu 800 inimest). Lisaks on vajalik koolitada töötervishoiuspetsialiste (ca 130 inimest), noorte nõustamiskeskuste spetsialiste, koolitervishoiuteenuse osutajaid (õdesid ca 117). Esmaste koolitustega on vajalik jätkata kuni 2017 a lõpuni, edaspidi on vajalik koolitus uutele tervishoiutöötajatele. Koolituste kulu ca 15000 € aastas. Tegevust koordineerib TAI, rahastamine rahvatervise programmist.
45. Vajalik on välja töötada Eesti oludele sobiv internetipõhine alkoholiprobleemide nõustamissüsteem. Tegevust koordineerib TAI, rahastamine rahvatervise programmist.

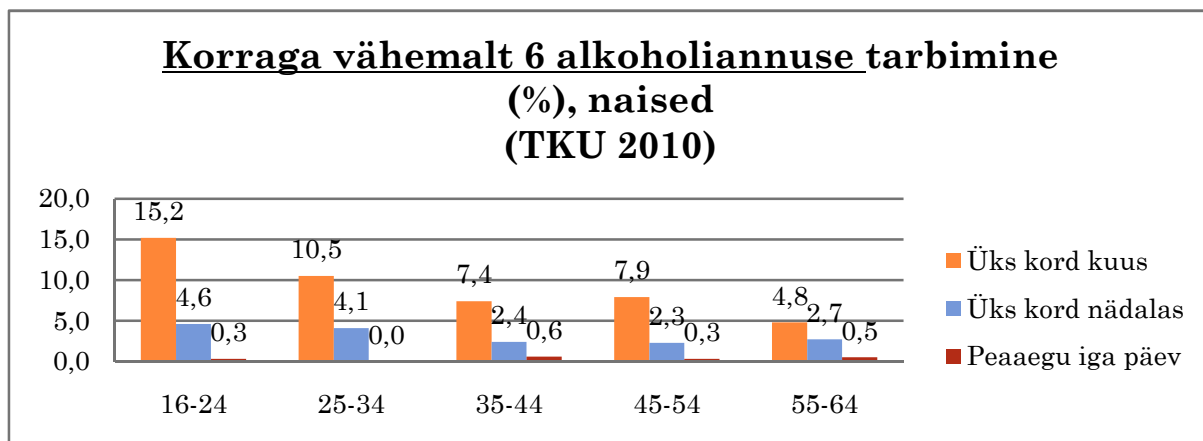
## **Monitooring**

46. Ravijuhiste olemasolul on võimalik ravikvaliteedi edendamiseks läbi viia kliinilisi auditeid.
47. Teenusepõhise rahastamise korral hinnata alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenuse levikut esmatasandi tervishoiu ja erinevates patsiendigruppides. Võimaldab hinnata ka seda, mil viisil ja mil määral on koolitustel õpitud teadmised- ja oskused rakendunud praktikas.

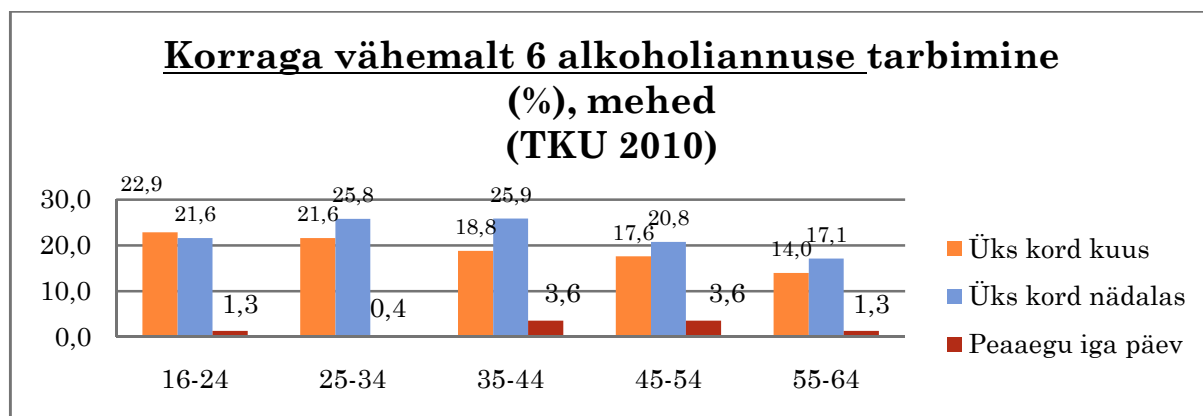
## **Seadusandlus**

48. Haiglavõrgu arengukava haiglatel (keskhaiglad, piirkondlikud haiglad) peab olema kohustus oma vastuspiirkonnas pakkuda sõltuvushäirete (sh alkohol, uimastisõltuvus) diagnostika- ja raviteenuseid;
49. Vajalik on muuta sotsiaalhoolekandeseadust viisil, et oleks võimalik riigieelarvest rahastada sotsiaalteenuse osutamist alkoholisõltuvusega isikutele.

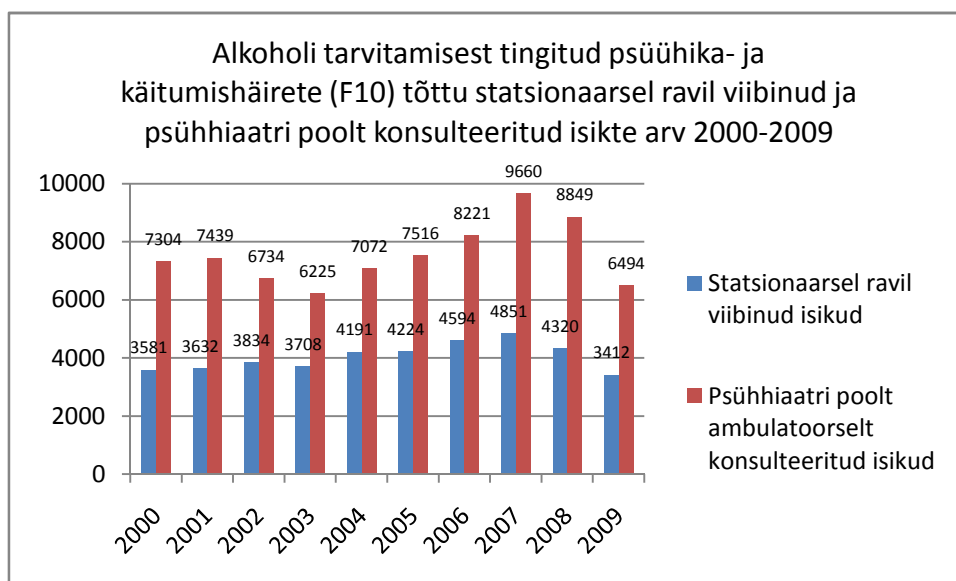
## Lisad



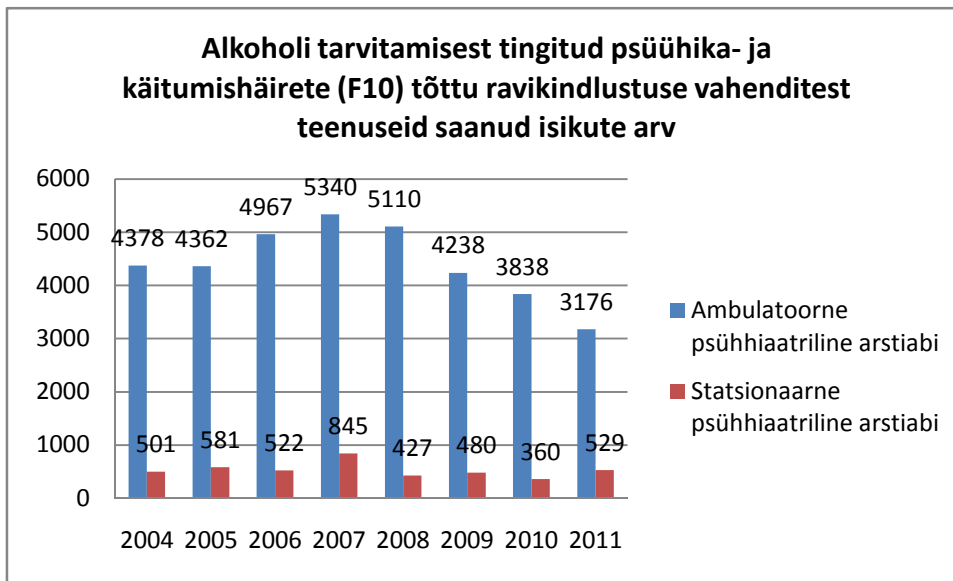
Joonis 1. Allikas: Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring (TKU) 2010, Tervise Arengu Instituut.



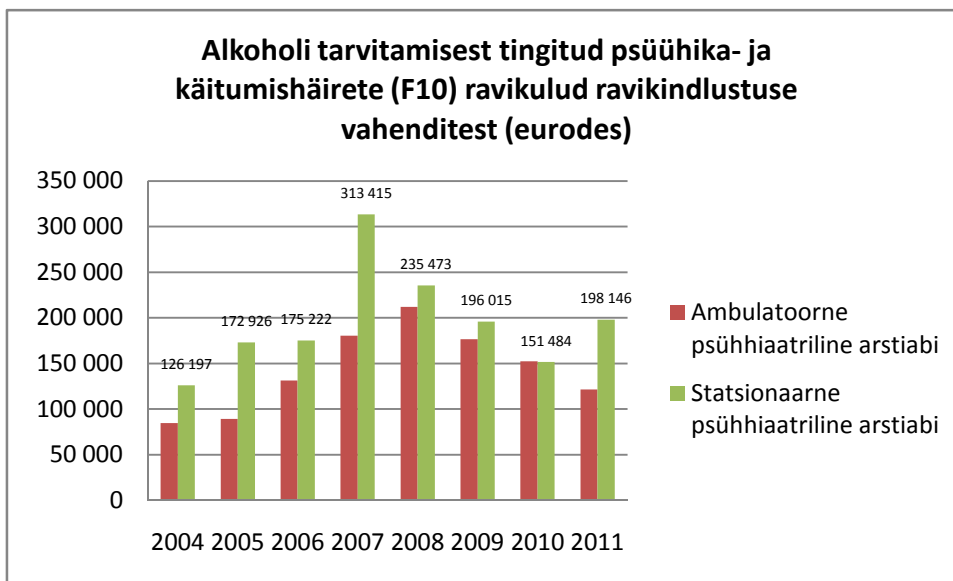
Joonis 2. Allikas: Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring (TKU) 2010, Tervise Arengu Instituut.



Joonis 3. Allikas: Tervise Arengu Instituut, aruanded

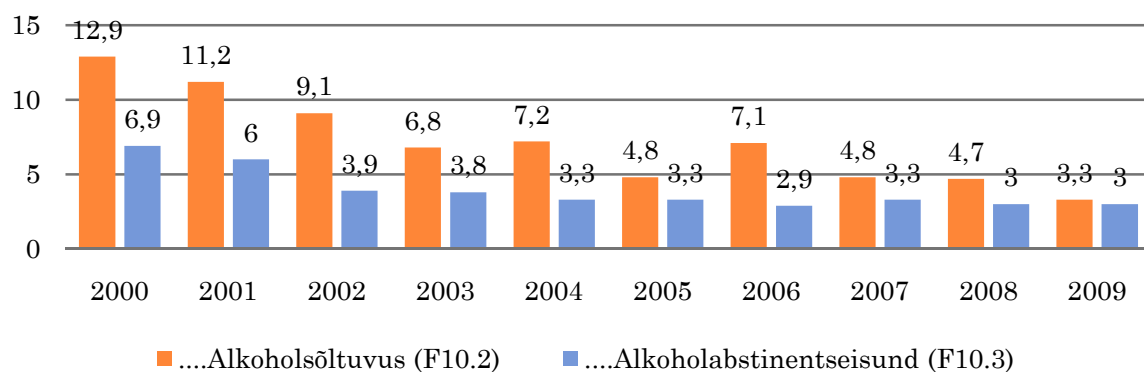


Joonis 4. Allikas: Eesti Haigekassa



Joonis 5. Allikas: Eesti Haigekassa.

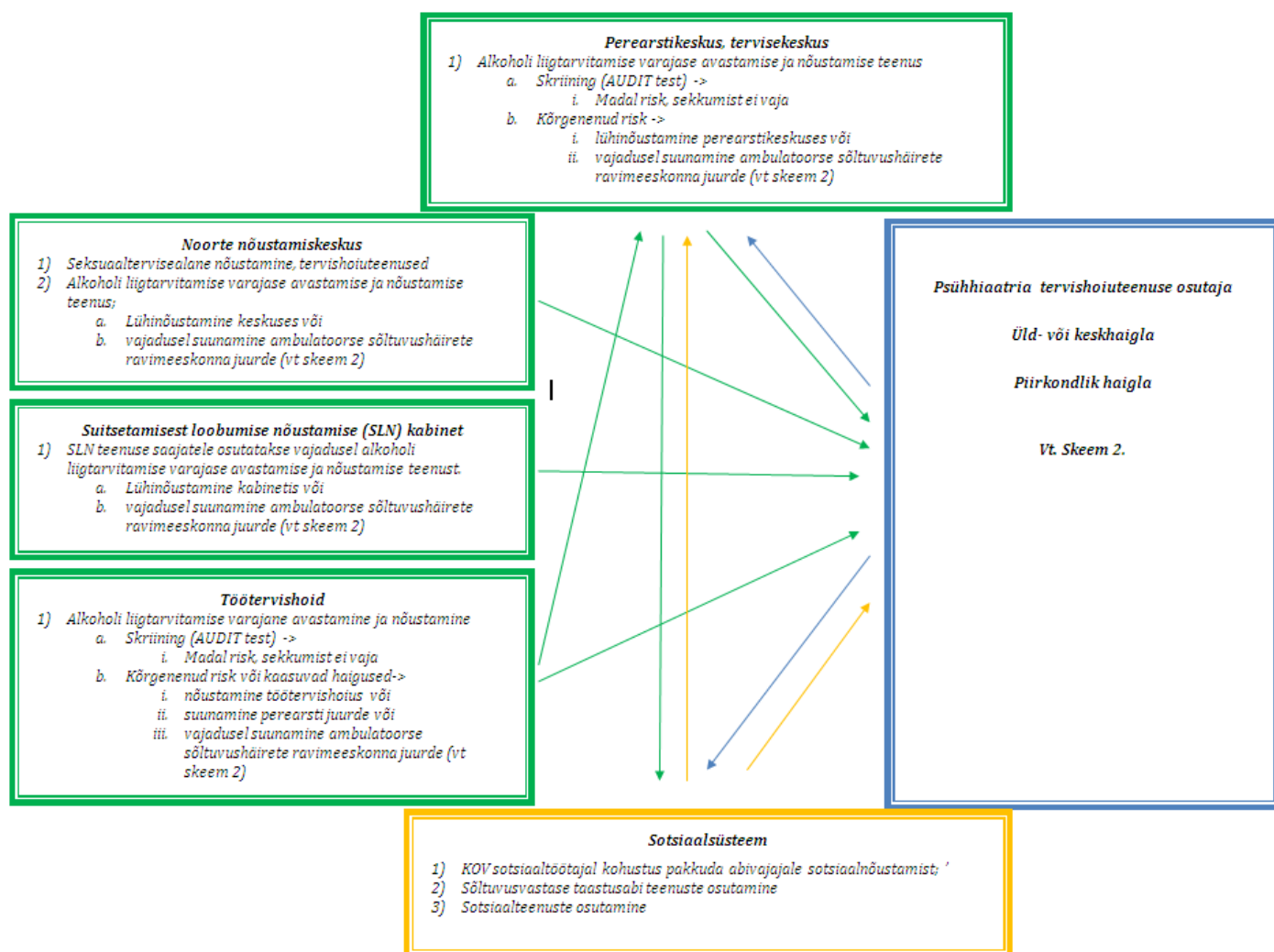
## Statsionaarse ravi kestus (F10.2, F10.3) 2000-2009



Joonis 6. Allikas: Tervise Arengu Instituut

Ravi- ja nõustamisteenuste korralduse skemaatiline kirjeldus.

Skeem 1.



Skeem 2.

### **Psühhiaatria tervishoiuteenuse osutaja**

#### **1) Ambulatoorne sõltuvushäirete ravimeeskond**

- a. Esmasel patsiendil peab olema võimalus sõltuvushäirete ravimeeskonna juurde pöörduda võimalikult lühikese ooteajaga. Saatekirjata. Visiiditasu. (edaspidi võiks teenusel olla mõistlik patsiendi omaosalus).
- b. Õde (soovitavalt psühhiaatria või vaimse tervise õde) teeb triaaži, hinnates patsiendi ravivajadust, suunab patsiendi vajadusele vastavasse ravietappi.
- c. Ravimeeskonda kuuluvad psühhiaater või sõltuvusravi eriettevalmistuse saanud arst, psühholoog, psühhoterapeut, sotsiaaltöötaja, õde (soovitavalt psühhiaatria või vaimse tervise alal). Arst annab hinnangu ja teeb raviotsused 1-2 vastuvõtu käigus, patsiendiga tegelevad ja juhtumit kureerivad teised spetsialistid vastavalt meeskonna töökorraldusele.
- d. Koostatakse ravi- ja taastusabi plaan, toimub patsiendi nõustamine, individuaalne või rühmas psühhoteraapia, medikamentöosne ravi. Raviplaani täitmist hinnatakse teatud perioodi järel, koos patsiendiga tehakse edasised raviotsused.
- e. Ravijärjepidevuse tagamiseks ja kaasvate sotsiaalsete probleemide leevendamiseks ning sotsiaalse kaitse tagamiseks on iga juhtumi puhul ambulatoorset sõltuvushäirete ravimeeskonnal kontakt patsiendi perearsti ja KOV sotsiaaltöötajaga.

#### **2) Sõltuvusvastase taastusabi teenuste osutamine.**

### **Üldhaigla või keskhaigla**

#### **1) Ambulatoorne sõltuvushäirete ravimeeskond**

- a. Vt. Psühhiaatria tervishoiuteenuse osutaja.

#### **2) Sõltuvusvastase taastusabi teenuste osutamine.**

#### **3) Statsionaarne abi ja päevaravi sõltuvushäirete korral (sõltuvusravikeskus)**

- a. Detoksikatsioon-võõrutusravi, vajadusel intensiivravi, psühhiaatri või sõltuvusvastase ravi eriettevalmistuse saanud arsti konsultatsioon, sõltuvusravi- ja sõltuvusvastase taastusabi plaani koostamine, sõltuvusvastase ravi alustamine.
- b. Suunamine ambulatoorse sõltuvushäirete ravimeeskonna juurde (võimalikult lühikese ooteajaga).
- a. Saatekirjata. Voodipäevatasu. (edaspidi võiks teenusel olla mõistlik patsiendi omaosalus).

### **Piirkondlik haigla**

Lisaks käesoleva skeemi kohaselt üld- või keskhaigla tasemel osutatavatele sõltuvushäirete ravi- ja taastusabi teenustele peab piirkondlikus haiglas olema võimekus osutada statsionaarset psühhiaatrilist abi kaksikdiagnoosidega patsientidele (alkoholisõltuvus + raske psüühikahäire) ning sõltuvushäirete ravi – ja taastusabi noorukitele.

## Kasutatud kirjandus

---

- <sup>1</sup> Korraga vähemalt 6 alkoholiannuse tarvitamine, Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring (TKU) 2010.
- <sup>2</sup> Global Status Report on Alcohol 2004. Geneva: World Health Organization.
- <sup>3</sup> Pärna K, Rahu K. Dramatic increase in alcoholic liver cirrhosis mortality in Estonia in 1992–2008. *Alcohol & Alcoholism* 2010;45:548–551.
- <sup>4</sup> Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon (RHK-10) Psüühika- ja käitumishäired.  
<http://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>
- <sup>5</sup> VAN DER ZWALUW, C.S.; ENGELS, R.C.; VERMULST, A.A.; ET AL. Interaction between dopamine D2 receptor genotype and parental rule-setting in adolescent alcohol use: Evidence for a gene-parenting interaction. *Molecular Psychiatry* 15(7):727-735, 2010. PMID: 19238152.
- <sup>6</sup> Anderson P. Handbook for action to reduce alcohol-related harm. Geneva: World Health Organization; 2009.
- <sup>7</sup> Rehm J, Shield KD, Rehm MX, Gmel G, Frick U. 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. 2012.
- <sup>8</sup> Tervise Arengu Instituut, Eesti Haigekassa.
- <sup>9</sup> Sotsiaalhoolekandeseadus § 11<sup>18</sup> lg 2 p2.
- <sup>10</sup> Anderson P. Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. World Health Organization, 2009.
- <sup>11</sup> Anderson P. Handbook for action to reduce alcohol-related harm. Geneva: World Health Organization; 2009.
- <sup>12</sup> Anderson P. Handbook for action to reduce alcohol-related harm. Geneva: World Health Organization; 2009
- <sup>13</sup> Babor T, Caetano R, Casswell S et al. Alcohol – no ordinary commodity. Research and public policy. 2<sup>nd</sup> Edition. Oxford University Press, New York, 2010.
- <sup>14</sup> Current Care Guideline. Treatment of Alcohol Abuse, Duodecim, 21.04.2010.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/english/summaries/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028>
- <sup>15</sup> Tähepõld H, Veskimägi M, Kalda R jt. Alkoholi liigtarvitava patsiendi varajane avastamine ja nõustamine perearstipraksises. Metoodiline juhendmaterjal perearstidele ja pereõdedele. Tervise Arengu Instituut, 2011.
- <sup>16</sup> Tervise Arengu Instituut.
- <sup>17</sup> Tähepõld H, Veskimägi M, Kalda R jt. Alkoholi liigtarvitava patsiendi varajane avastamine ja nõustamine perearstipraksises. Metoodiline juhendmaterjal perearstidele ja pereõdedele. Tervise Arengu Instituut, 2011.
- <sup>18</sup> Babor T, Caetano R, Casswell S et al. Alcohol – no ordinary commodity. Research and public policy. 2<sup>nd</sup> Edition. Oxford University Press, New York, 2010.

---