

Alkoholitarvitamise häire ravi Eestis arstide ning patsientide vaatenurgast. Kvalitatiivuuring 2015.

Aruande koostajad: Esta Kaal, Kärt Pärtel



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti
tuleviku heaks



Tervise Arengu Instituut
National Institute for Health Development

SISUKORD

SISUKORD	2
Eessõna	3
Sissejuhatus	4
Mõistevara	5
PÕHITULEMUSED JA JÄRELDUSED	6
TULEMUSED	8
1. Alkoholi liigtarvitamise probleem Eestis	8
2. Hinnangud alkoholitarvitamise häire ravisüsteemile 2015	9
2.1. Teadmised abi võimalustest	11
2.2. Abi kättesaadavus ja tõhusus.....	13
2.2.1. Kitsaskohad teenuse osutajate vaatenurgast	13
2.2.2. Kitsaskohad patsientide vaatenurgast.....	16
2.3. Koostöö ja rahastus	19
3. Subjektiivset laadi kitsaskohad	24
3.1. Teadlikkus	25
3.2. Eelarvamused.....	28
3.3. Motivatsiooni puudus.....	31
4. Varajane avastamine perearsti tasandil	35
4.1. Eriarstide vaatenurk	36
4.2. Perearstide vaatenurk	37
4.3. Patsientide vaatenurk.....	39
4.4. AUDIT-test kui riskipiiride hindamise vahend.....	41
4.5. Ootused ja ettepanekud varajase avastamise teemal	44
Kasutatud allikad	48
Lisad	49
Lisa 1. Uuringu meetoodika, valim ja eetika	49
Lisa 2. Tekstianalüüs.....	52

Eessõna

Alkoholi liigtarvitamine on Eestis üks suurimaid rahvatervise probleeme, tuues kaasa negatiivseid tagajärgi nii tarvitajale kui ühiskonnale laiemalt. Alkohol liigtarvitamine on otseselt või kaudselt seotud enam kui 60 haigusseisundi või häirega. Aastas pöördub arsti poole alkoholi liigtarvitamisega otseselt seotud haiguste tõttu üle 13000 isiku ning sureb ligikaudu 500 inimest. Alkoholiga seotud haiguste ravikulud moodustavad keskmiselt 3 miljonit eurot aastas. (Orro, Martens, Lepane 2014). Lisaks otsesele tervisekahjule mängib alkohol põhjuslikku rolli paljudes sotsiaalsetes probleemides ja õigusrikkumistes.

Võrguväljaanne Terviseinfo.ee sedastab, et alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenust (ehk lühisekkumist alkoholi liigtarvitamise vähendamiseks, edaspidi „lühisekkumine“) on aastatel 2010–2013 osutatud 17 perearstikeskuses kokku ligi 700 patsiendile. Aastatel 2014–2020 on kavas arendada lühisekkumist alkoholi liigtarvitamise vähendamiseks ning arendada välja alkoholtarvitamise häire ravi süsteem Eestis.

Perearstikeskustes alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja lühinõustamise teenust saanud patsientide ja teenust pakkunud perearstide ning -õdede küsitluse (vastas 265 patsienti ning 15 perearsti ja -õde) tulemused näitasid, et alkoholi liigtarvitamise varane testimine ja nõustamine on sobilikud perearstisüsteemis kasutamiseks. Vajalikud on aga peremeditsiini spetsiifikaga arvestavad täienduskoolitused õdede ja arstide nõustamisoskuse suurendamiseks. (Saame *et al.* 2011:216). Alkoholitarvitamise häirega patsientide ravikogemust kirjeldavat uuringut Eesti kohta avaldatud uurimistööd 2015. aasta seisuga ei leidu. Küll on teemat käsitletud Teelia Rolko üliõpilasuuringus, kus autor 2011 aastal küsitles standardiseeritud ankeedi vormis Wismari Haigla 28-t patsienti.

Alkoholitarvitamise häire ravisüsteemi kui tervikut käsitlevat uuringut ei ole Eestis patsientide, perearstide, psühhiaatrite ega kliiniliste psühholoogide seas seni läbi viidud.

Ravisüsteemi kui keeruka ja paljude seotud osapooltega nähtuse objektiivne ja detailisesse süvenev kaardistus eeldab mitmeetapilist ja kombineeritud uuringumetoodika kasutamist. Käesoleva töö läbiviijad on teadlikud kvalitatiivse uurimisviisi piirangutest ning asjaolust, et üks uuring ei saa vastata kõigile arendustöö käigus tekkivatele küsimustele.

Käesoleva uuringu väärtus seisneb ravisüsteemi peamiste osapoolte alkoholitarvitamise häire ravi kohta käivate arvamuste ja uskumuste avatud kirjelduses, sh. nende erisuste ja ühisosa selgitamises. Levinud sotsiaalsetest või isiklikest praktikatest mõjutatud uskumused võivad olla nii muutuste barjääriks kui ka mootoriks. Levinud uskumuste tundmine võimaldab olukorda paremini mõista ning pakub sisendit tervisevaldkonna poliitikakujundajate, ravi- ja tugiteenuste osutajate ning arendajate tegevusotsusteks.

Aruande autorid tänavad valdkonna eksperte Jane Alop ja Liina Üksik, kes töö kriitilise lugemise järel jagasid meiega oma tähelepanekuid teksti vastuoludest või mitmetimõistetavustest.

Sissejuhatus

Tegemist on programmi „Kainem ja tervem Eesti“ raames läbi viidud kvalitatiivuuringuga, mille käigus kogutav informatsioon on mõeldud toetama nii lühisekkumise teenuse kui alkoholitarvitamise häire raviteenuse arendust Eestis. Samuti on see sisendiks alkoholi liigtarbimise vähendamisega seotud teavitustöö ning sotsiaalkampaaniate planeerimisel.

Uuringu sihtrühmadena määrati programmi peamised osapooled: perearstid ja –õed, psühhiaatrid, kliinilised psühholoogid ning endised, praegused ja potentsiaalsed patsiendid.

Uuringu eesmärgiks on sihtrühmade esindajate kogemuse toel:

- selgitada praeguse alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ning sõltuvusravi süsteemi tugevusi ja kitsaskohti arstide ja patsientide silmis;
- avada võimalusi ja barjääre varajase avastamise ja lühisekkumise teostamiseks perearsti tasandil.

Käesolev ülevaade toetub 24 arsti ja 13 eraisiku poolstruktureeritud intervjuu käigus antud vabas vormis vastustele. Uuringus osalenud arstid praktiseerisid Eesti erinevates regioonides ja tüüpi meditsiinasutustes. Eraisikutest vastajate seas oli nii nn kaineid kui praktiseerivaid alkohoolikuid ja mõõdukaid alkoholitarvitajaid mõlemast soost ning erinevas vanuses (26 kuni 64 eluaastani). Täpsem valimi kirjeldus on esitatud ülevaate lisa 1.

Intervjuud toimusid ajavahemikul 14. juuni kuni 5. oktoober 2015.

Käesoleva aruande esimeses kolmes peatükis avame alkoholitarvitamise häire ravisüsteemi kitsaskohti nii arsti kui abivajaja (patsiendi) perspektiivist. Peatükk 4 on pühendatud varajase avastamise (sh sõelumise ja lühinõustamise) juurutamise võimaluste ja barjääride avamisele perearsti tasandil. Töö lisades on detailsemalt avatud uuringu meetodika, valimi ning eetiliste aspektidega seonduv.

Aruande koostasid intervjuude läbiviijad Esta Kaal, Tallinna Ülikooli lektor ja Tervise Arengu Instituudi ekspert ning Kärt Pärtel, TAT „Kainem ja tervem Eesti“ töörühma liige Tervise Arengu Instituudist.

Uuringu läbiviimist rahastati Euroopa Sotsiaalfondist.

Uuringu põhitulemuste esmaettekanne toimus 3. detsembril 2015 Tallinn Radisson Blu Hotel Olümpias tervishoiutöötajatele suunatud konverentsil „Alkoholitarvitamise häire ravi Eestis“.

Mõistevara

Alkoholitarvitamise häire (*alcohol use disorder*) - Ameerika psühhiaatrite koostatud ja ka Eesti psühhiaatrite poolt diagnoosimiseks kasutatava süsteemi viiendas versioonis on selle diagnoosi alla kokku võetud kaks RHK-10s eraldi olevat haigust – alkoholi kuritarvitamine (F10.1) ja alkoholisõltuvus (F10.2).

Alkoholisõltuvus (*alcohol dependence*) – sündroom, mida iseloomustavad joomissund, võõrutussümptomid, taluvuse suurenemine ja joomise jätkamine hoolimata selle kahjulikest tagajärgedest (1). AUDIT-testi skoor 20 või enam. (7)

Alkoholi kuritarvitamine (või kahjustav) **tarvitamine** (*harmful drinking*) – on selgelt äratuntavaid ja määratletavaid alkoholikasutusest põhjustatud füüsilisi või psüühilisi kahjustusi või kahjusid, aga mitte sõltuvust (1). AUDIT-testi skoor 16-19. (7)

Ohustav alkoholi tarvitamine (*hazardous drinking*) – olukord, kus ohutu alkoholi tarvitamise piirid on ületatud, aga märkimisväärset alkoholist põhjustatud kahju või sõltuvust ei ole veel ilmnenud (1). AUDIT-testi skoor 8-15. (7)

Alkoholi liigtarvitamine – mõistet kasutame pidades silmas ühtaegu ohustavat tarvitamist, kuritarvitamist ning sõltuvust.

Alkoholi probleem – kasutame käesolevas dokumendis märkimaks nii alkoholi kahjustavat tarvitamist kui ka sõltuvust juhtudel, kui vestluse käigust ei selgunud, mis tarvitamistaset vastaja täpsemalt silmas pidas.

Alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja lühisekkumise (ALVALi) teenus– ALVALi teenus hõlmab käesoleva dokumendi kontekstis nii sõelumist, vajadusel lühisekkumist alkoholi liigtarvitamise vähendamiseks kui ka vajadusel kordustestimist

AUDIT (*Alcohol Use Disorder Identification Test*) – sõeltest alkoholi liigtarvitamise hindamiseks (2).

AUDIT C (*Alcohol Use Disorder Identification Test- Consumption*)- AUDIT-testi lühendatud versioon (AUDIT testi kolm esimest küsimust), mis mõõdab alkoholi tarvitamise koguseid ja sagedust (3).

Lühisekkumine (*brief intervention*) – kindla struktuuriga lühiseanss alkoholi liigtarvitamise vähendamiseks, mis võtab arvesse FRAMESi ja motiveeriva intervjuerimise põhimõtteid (4).

Sõelumine (*screening*) – AUDIT-C ja AUDIT testi abil alkoholi liigtarvitamise riskitaseme hindamine (2).

Eraisik – siin dokumendis kõik antud uuringu valimi liikmeid, kes ei ole tervishoiutöötajad. Eraisikutest valimiliikmete seas oli nii mitteohustava tarvitamisemega inimesi, ohustava tarvitamisemega, praktiseerivaid alkoholisõltlasi ning kaineid alkohoolikuid (püsinud aastaid kaine).

Patsient – siin dokumendis tähistatud eraisikutest valimiliikmeid, kes oma sõnul on otsinud ja/või vajanud arstiabi seoses oma alkoholi kuritarvitamisest või sõltuvusest tingitud terviseprobleemidega.

PÕHITULEMUSED JA JÄRELDUSED

Käesoleva uurimistöö eesmärgiks oli avada praeguse alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ning alkoholitarvitamise häire ravisüsteemi tugevusi ja kitsaskohti teenuse osutajate ja vajajate perspektiivist. Tulemused on üheks sisendiks Euroopa Sotsiaalfondi poolt rahastatud programmile TAT Kainem ja tervem Eesti, mille eesmärk on kahjude vähendamine varajase avastamise ja ravisüsteemi ülesehitamise kaudu. Avatud intervjuu vormis vesteldi 12 perearsti, 1 pereõe, 7 psühhiaatri ja 4 kliinilise psühholoogiga. Valimisse kuulus ka 13 eraisikut, kelle seas nii endisi kui praegusi alkoholitarvitajaid.

Uuringus osalenud tõdesid, et alkoholi liigtarvitamine on Eesti ühiskonnas väga tõsine probleem ja selle lahendamisel on süsteemsed ja patsiendi kesksed lähenemised väga olulised. Arstide sõnul on tervishoiusüsteemis pädevaid ja pühendunud spetsialiste, kasutusel on tõendatult efektiivsed psühhoterapeutilised ja –sotsiaalsed sekkumised; varajase avastamise ja ravi seisukohast sobivad sõelumismeetodid (testid) on kättesaadavad ning olulistel ravimitel müügiluba.

Sellele vaatamata ei hinnanud küsitatud 2015 aasta seisuga süsteemi tulemuslikult toimivaks: patsient ei tunne, et oleks saanud oma alkoholiprobleemi lahendamisel abi ning arstid tunnevad, et ei saa sageli alkoholitarvitamise häirega patsienti aidata. Kitsaskohtadena mainiti oma puudulikke teadmisi abi osutamise/saamise kõigist võimalustest; abi kättesaadavust patsiendile (ravijärjekorrad ning ligipääs kaugpiirkonnast), abi tõhusust, koostöö vähesust arstide seas jt abiosutajate vahel; arstide poolt mainiti ka teenuse rahastamist.

Süsteemse ravikäsitluse ja patsiendikeskse tervikvaate puudumist alkoholi liigtarvitamise ja alkoholitarvitamise häire ravis mainiti otseselt või kaudselt kõigis arstidega läbiviitud intervjuudes. Ühtlasi peeti seda nii ravi kättesaadavuse kui selle tõhususega seotud puudujääkide tagamaaks. Arstide sõnul on oleks tulemuslik süsteem, mis ühendab tervikuks varajase avastamise, ravi-, võõrutus- ja võimalikult mitmekesises vormis rehabilitatsiooni teenused.

Uuringu tulemuste näitavad, et ravisüsteemi tulemuslikkuse tõhustamisel ei piisa ainult objektiivset laadi (so korraldust ja ressursse puudutavate) barjääride kaotamisest. Äärmiselt oluline on ka subjektiivset laadi barjääride maandamine. Viimaseid esines kõigi vastanute kommentaarides, sageli läbipõimunult eelnimetatud objektiivset laadi barjääridega, mistõttu võib neid näha kui süsteemi mittetoimimise juurpõhjuseid. Nendeks on:

1. madal teadlikkus alkoholi liigtarvitamisest ja vähesed teadmised selle piiride hindamisest,
2. eelarvamused ja hirmud seoses alkoholitarvitamise häire ravi ja patsiendiga,
3. motivatsiooni puudus, sh patsiendil lahenduse leidmisel ja arstil abi osutamisel.

Kõik eelnimetatud kitsaskohad loovad liigtarvitajale takistusi oma probleemi teadvustamisel ja abi otsimisel ning teistele tema ümber (nt pereliikmed, kolleegid, tervishoiu-, sotsiaaltöötajad jt) barjääre probleemi õigeaegseks märkamiseks ja abi osutamiseks. Hiline märkamine vähendab aga positiivse ravitulemuse saavutamise tõenäosust.

Alkoholitarvitamise häire varajast avastamist peeti seetõttu arstide poolt väga oluliseks ning sobivaks esmatasandile (perearstisüsteemile). Mõnel juhul oldi siiski kahtlevad tegevuse tulemuslikkuse osas, kuna tegemist on patsiendi poolt varjatava probleemiga ning perearsti praksises on vähe võimekust (on aja- ja nõustamisoskuste nappus) sellega tegelda. Perearstid ise mainisid lisaks takistustena oma teadmatust, kuidas toimida alkoholi kuritarvitamise või sõltuvuse avastamise korral; milliseid võimalusi ravisüsteem üldse pakub ning millised eriarstid (nimeliselt) on pädevad ja soovivad probleemiga tegelda. Mõistmine, et alkoholi kuritarvitaja või sõltlase tulemuslik ravi on vajab juhtumikorralduslikku lähenemist, mis omakorda tavarutiinist erinevaid tegevusi, pärsib samuti perearsti valmisolekut selle terviseprobleemiga tegelemiseks.

Eriarstid tõstsid hetkel (2015) valitseva probleemina lauale ühtse vaate puudumist sõltuvuskäitumistele: on neid, kes peavad seda haiguseks ning neid, kes lihtsalt valedes sotsiaalsete praktikate tagajärjeks. Tõdeti, et alkoholi (ka teiste ainete) sõltuvusravi ei ole psühhiaatrias populaarne tegevusvaldkond: arstiõppes pööratakse sellele vähe tähelepanu, vähe on mentorlust, koostööd arstide vahel ning edukogemust ravis.

AUDIT-testi peeti arstide poolt heaks ja oluliseks abivahendiks varajase avastamise tegevustes, kuid hinnati patsiendi poolt kergesti manipuleeritavaks. Kuna testi kasutamine ei ole kõigi perearsti patsientide puhul vajalik, siis ei peetud selle kohustuslikuks muutmist asjakohaseks. Uuringus osalenud eraisikute sõnul on nad avatud perearsti küsimustele nende alkoholi tarvitamisharjumuste kohta.

Tuginedes eelöeldule näevad töö autorid alkoholitarvitamise häire ravisüsteemi arendamisel ja subjektiivsete laadi barjääride kaotamises järgmisi olulisi tegevusfookusi:

- 1) Patsiendi keskse ja tervikliku alkoholitarvitamise häire käsitlemise loomine ja selle järjepidev rakendamine tervishoiu ja sotsiaaltöö valdkonna üleses poliitikakujunduses ning praktikas.
- 2) Liigtarvitamise varajase avastamise tõhustamiseks on oluline tõsta elanike teadlikkust liigtarvitamise piiridest, enesehindamise ja –abi võimalustest ning toetavatest sotsiaal- ja tervishoiuteenustest.
- 3) Tervishoiuvaldkonnas on varajases avastamises võtmeroll perearstidel, kellele tuleks pakkuda motiveeriva nõustamise koolitusi, mille käigus tuleks käsitleda teraapia teenuse ja toetusgruppide sisu ning tõhusust nii, et see toetaks perearste patsientide veenmisel. Samuti tuleks perearste toetada infoga psühhoterapiateenuse ja toetusgruppide kohainfoga ehk kes, kus, millal, mida piirkonnas pakub.
- 4) Alkoholisõltlase ja sõltuvusravi kuvand tuleb de-stigmatiseerida.

TULEMUSED

1. Alkoholi liigtarvitamise probleem Eestis

Alkohol liigtarvitamine on otseselt või kaudselt seotud enam kui 60 haigusseisundi või häirega. Aastas pöördub arsti poole alkoholi liigtarvitamisega otseselt seotud haiguste tõttu üle 13000 isiku ning sureb ligikaudu 500 inimest. Alkoholiga seotud haiguste ravikulud moodustavad keskmiselt 3 miljonit eurot aastas. (Orro, Martens, Lepane 2014)

Ka käesolevas uuringus **intervjueeritud arstide** hinnangul on alkoholi liigtarvitamise levimus ühiskonnas liigsuur (ohustav), seda kinnitasid kõik vastanud. Arvestades probleemi peidetust erinevate, sh nii arstide kui eraisikute eelarvamuste tõttu (vt lähemalt peatükis 3.2. Eelarvamused) leidsid mõned vastajad, et praegused hinnangud selle levimusele võivad olla isegi pigem alahinnatud.

Mina näen seda, et ega see sõltuvuse probleemiga inimene väga ei jõua abi järgi. /.../ neid inimesi on ikkagi vähem mu patsientidest. Arvestades, et suhteliselt suure erakeskuse kohta olen ma üks väheseid, kellele neid suunatakse. /.../ Ma arvan, et see on väga delikaatne teema, et inimesed sellega ei tule naljalt välja. /intervjuu 10, kliiniline psühholoog/.

Alkoholi liigtarvitamisest põhjustatud elukvaliteedi langust, tervisekahjusid, meditsiinüsteemi otsest ja kaudset koormust, tööjõu kadu ja/või kvaliteedi langust, noorte alkoholism jms. peeti tõsisemateks probleemideks, mille levik vajab kiiret ja senises tõhusamat tõkestamist erinevate osapoolte ja meetmete toel. Lisaks patsiendile on probleemist puudutatud alkoholi kuritarvitaja või sõltlase pereliikmed, kes on sageli nii suure pinge all, et vajavad psühhiaatrilist tuge. Lahendused eeldavad riigi tervisepoliitikas selgeid prioriteete.

Valik iseloomulikke tsitaate intervjuudest.

Lahendused eeldaks ka mingisugust laiemat tunnistamist, et tegelikult probleem on suur ja siis et selle pinnalt /tekivad otsused/. Et tõenäoliselt kui riik hoolib oma kodanikest, siis ta tahab seda, et nad oleksid tervemad. Noh, neid sõnumeid on ju läbi jooksnud ka, et kui me joome vähem siin Eesti riigis, siis me oleme vähem haiged, et me oleme tööjulisemad ja lõpuks võidavad kõik. /eriart 10/

Väga noored inimesed väga suurtes kogustes joovad ja see festivali põhiidee – et on kontsert – minu arust sellel ei ole juba üldse mingit tähtsust. Tähtis on noortel see, et kogunetakse ja saab palju juua ja pärast räägitakse neid kogemusi. Või kuuled siis, mis õnnetused on juhtunud selle tagajärjel. Nii et Eestis on probleem kindlasti alkoholi liigtarvitamine. /perearst 8/

Minu arvates on see tõsine probleem ja ausalt öeldes, arstina ei ole mul nendele patsientidele väga abi pakkuda. Ja veel suurem probleem on perekondadel, kus mõnel pereliikmel, kes on 40/50 aasta vanuses, on tõsine alkoholiprobleem tekkinud. /perearst 2/

Ei ole tööd –ei ole sellepärast, et ta joob. See on nõiaring. Inimestel on raske /.../ ja esimene asi mille järele nad haaravad, on millegipärast alkohol. /.../ Tartus on päris noori kodutuid näiteks, kes on alkoholiprobleemiga. Nii et väga kurb on. /perearst 5/.

Intervjueeritud 13st **eraisikust** tõdes 11, et Eestis juuakse alkoholi oluliselt rohkem kui peaks ning vähemalt noorte alkoholitarvitamise piiramisega tuleks kindlasti tegeleda. Ainult üks vastaja ei väljendanud kogu intervjuu jooksul arvamust, et alkoholitarvitamine Eestis oleks probleem, isegi noorte seas. Selleks oli 55-aastane mees, kelle intervjuu käigus tehtud audit testi tulemus andis tulemuseks maksimaalsed 40 punkti. Nimetatud vastaja oli ka ainus kõrge audit-testi skooriga vastanutest, kes ei kinnitanud oma motiveeritust või aktiivsust oma probleemiga tegelemiseks.

Sõltumata olukorra kujunemise põhjusest on alkoholi kuritarvitamine ja -sõltuvus kahtlemata inimlik tragöödia nii jooja kui tema lähedaste (nõ kaassõitlaste) seisukohast.

Tahan öelda ainult üht, et inimesed peaksid igasuqusest sellisest kraamist eemale hoidma. Minul on nii, et kui ma 4 päeva ei saa juua, siis mu jalad ei kuula enam sõna, hingata ei saa... /.../ Viljandi (so sõltuvusravi keskus) on minu viimane lootus. /M35_s35, Ida-Virumaa/

Järgnevas kahes peatükis vaatleme, millised on praeguse ravisüsteemi võimalused ja kitsaskohad alkoholi kuritarvitaja või sõltlase ravis ja/või sellele motiveerimisel.

2. Hinnangud alkoholitarvitamise häire ravisüsteemile 2015

Uuringu põhieesmärk oli koguda sisendit lahendust vajavate probleemide kohta ja sellest lähtuvalt keskenduti intervjuudes eelkõige olukorra kitsaskohtadele ja muutusvajadusele. Tervishoiusüsteemi hetkevõimalusi alkoholitarvitamise raviks puudutati seetõttu vaid põgusalt.

Uuringus osalenud arstide arvates **toetavad alkoholitarvitamise häire ravi tervishoiusüsteemis** täna järgmised asjaolud:

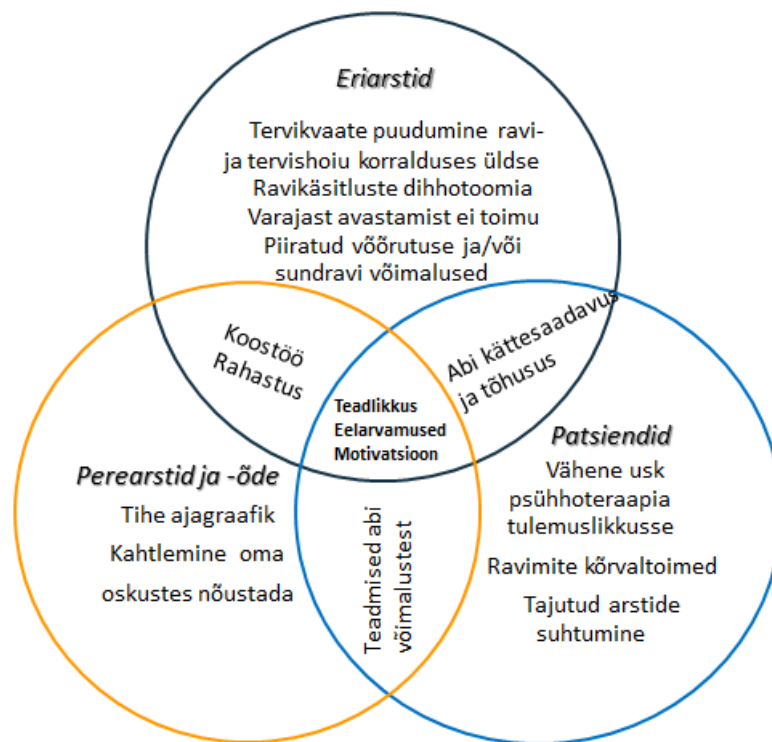
- alkoholi liigtarvitamisega kaasnevatest probleemidest ühiskonnas räägitakse ja märgatakse varasemast rohkem
- alkoholitarvitamise häirega patsiente ravitakse ja nõustatakse oma teadmiste ja võimaluste piires
- alkoholi sõltuvusravis on pädevaid ja pühendunud spetsialiste
- esindatud on nii tõendatud efektiivsed psühhoteraapilised sekkumised, kui muud teraapia koolkonnad
- enamik olulistest farmakoloogilistest vahendid on Eestis kättesaadavad
- on erinevaid häid probleemi sõelumismeetodeid (teste)
- on patsiente, kes peavad alkoholi liigtarvitamise probleemi tõstatamist perearsti poolt positiivseks

Siiski ei ole põhjust rahuloluks, sest kõik intervjueeritud arstid rääkisid intervjuude käigus eelkõige oma ravipraktika ja üldise olukorra probleemidest. Ainult üksikud arstid mainisid olukorra iseloomustamisel spontaanselt eelnimetatud positiivseid ja ravi toetavaid asjaolusid.

Alkoholitarvitamise häire ravi ja senise liigtarvitamise käsitluse kitsaskohad, mida järgnevalt vaatleme, on indutseeritud nii arstide otsestest ütlustest süsteemi puuduste kohta, kui ka oma igapäeva töö kirjeldustes mainitud raskustest.

Kitsaskohtade määramiseks teostati kõigi intervjuude tekstide avatud kodeerimine, mille käigus eristati esimese astme koodid¹, mis on esitatud Lisas 2. Edasisse detailsemasse analüüsi kaasatud kitsaskohad on valitud induktiivset lähenemist kasutades vastajate ütlustest, mitte intervjuu küsimustest lähtuvalt. Tõsi, nii selgunud probleemkohad kattusid suures osas deduktiivse (siin uuringu probleemipüstitusest lähtuva) vaatega.

Paljud vastajate poolt tõstatatud probleemid ja kitsaskohad on omavahelises seoses või mitmetähenduslikud ja uurijal ei olnud kõikidel juhtudel üheselt tõlgendatavaid aluseid kodeerimisotsuse tegemiseks. Seega, peaks lugeja arvestama, et sama materjali korduskodeerimine ei pruugi anda probleemkohtade loendis täielikult kattuvat tulemust. Samas ei ole põhjust eeldada, et korduskodeerimise korral ilmneksid olulised erinevused kolme intervjueeritud raviteenuste osapoolte (eriarstid, perearstid ja eraisikud/patsiendid) poolt mainitud kitsaskohtade ühisosas², mis on esitatud Skeemil 1.



Skeem 1. Alkoholarvitamise häire varajase avastamise ja ravi kitsaskohad eriarstide, perearstide ja patsientide nägemuses: probleemistiku erinevused ja ühisosa. Koostatud autorite poolt.

¹ kitsaskohti tähistavat märksõnad, mis vastajate otsesõnu või öeldu konteksti arvestades tähistavad kitsaskohti nii alkoholarvitamise häire varajases avastamises ja ravis.

² Väide tugineb kahe autori paralleelse (üksteisest sõltumatu) kodeerimise tulemuste võrdlusele.

Tulemuste ülevaate temaatiline struktuur ja alapeatükkide teemad lähtuvad Skeem 1 esitatud kitsaskohtade ühisosast, sh.:

1) kitsaskohti, mida mainiti vähemalt kahes erinevas sidusrühmas kahe vastaja poolt, milleks olid:

- teadmised abi võimalustest Eestis (mainitud perearstide ja patsientide poolt)
- abi kättesaadavus (arstid ja patsiendid)
- abi tõhusus (arstid ja patsiendid)
- koostöö (eriarstid ja perearstid)
- teenuse rahastamine (eriarstid ja perearstid)

2) kõiki sidusrühmi ja eelmainitud kitsaskohti ühendavaid teemasid, mida seetõttu tinglikult võib nimetada süsteemi mittetoimimise juurpõhjusteks, milleks olid:

- madal teadlikkus alkoholi liigtarvitamisest ja vähesed teadmised selle piiride hindamisest,
- eelarvamused ja hirmud seoses alkoholitarvitamise häire ravi ja patsiendiga,
- motivatsiooni puudus, sh patsiendil lahenduse leidmisel ja arstil abi osutamisel.

Järgnevalt avame neid kitsakohti detailsemalt.

2.1. Teadmised abi võimalustest

„Teadmised“ antud uuringu kontekstis ei märgi kitsalt faktiteadmisi raviviiside ja -käsitluste kohta vaid laiemalt arusaama sekkumisvõimalustest Eesti tervishoiusüsteemis juhul kui on tegemist alkoholi kahjustava tarvitamise või sõltuvusega. **Perearstide** sõnul pöördub oma alkoholi probleemiga nende poole tavaliselt patsient, kes joomasööste ise enam kontrollida ei suuda. Selles situatsioonis eristus perearstide tavapärasest toimimisviisist kaks tüüpmustrit: a) patsient suunatakse edasi eriarstile, sest ennast tuntakse antud teemaga tegelemisel ebakindlat; b) määratakse ise ravim ja konsulteeritakse patsienti edasiste tegevuste suhtes. Uuringus osalenud perearstidest enamikule oli iseloomulik esimene toimimisviis.

Konkreetsete asutuste ja organisatsioonidena, mida patsiendile osatakse soovitada, mainisid perearstid Wismari haiglat, AA-gruppi või kohalikku psühhiaatria kliinikut. Mõnel juhul viitasid perearstid nimeliselt mõnele psühhiaatrile, kes teadaolevalt on spetsialiseerunud alkoholisõltuvuse probleemile. Üldistatud tasandil on seega teadmised olemas, kuid perearstide endi kommentaaridest võib välja lugeda ebakindlust oma teadmistes sõltuvusravi võimaluste kohta või siis vähest usku abi kättesaadavuse ja tõhususe suhtes (millest tuleb lähemalt juttu järgmises peatükis).

Ma ei tea üldse, mis süsteem Eestis on. Mina tean ainult, ütleme siis meil on siin konkreetselt AA ja psühhiaater. /perearst 2/

Ma tean, et ta tarvitab. Jah, ta palus abi ja mina ütlesin, et kõige parem oleks, kui spetsialist tegeleks sellega. Psühhiaater teab palju paremini kui mina. /perearst 7, Ida-Virumaa/

Praegust süsteemi arvestades ei olegi mul väga valikuid /.../ kirjutada talle sellist rohtu, et ta ei soovi alkoholi rohkem. Ravim on piisavalt kallis, see tähendab seda, et inimene, kellel on

probleem, peab olema piisavalt jõukas, et seda endale lubada saada. See on esimene variant, see on siis kui ta tahab sellest probleemist vaikselt omaette lahti saada. Teine samm sealt edasi on need AA rühmad /.../ sinna minek näiteks avaliku elu tegelasel ei tule kõne allagi /.../ ongi nagu suletud ring, mul ei olegi teda kuhugi saata. Ja kes sellega siis tegeleb? Ükski psühholoog ei taha sellega tegeleda, ka tegevpsühhiaatrid ei tahaks sellega tegeleda, kui siis ainult Wismaris. /perearst 12/

Intervjueeritud **eraisikute seas** osati alkoholi probleemi korral abi pakkuvate asutuste ja organisatsioonidena samuti nimetada Wismarit ja AA-gruppe sõltumata sellest, millise alkoholi tarvitamise taseme ja/või varasema ravikogemusega oli intervjueeritav. Eriarstiabi tasandil mainiti kõige enam psühhiaatrit (nimetatuna ka: *hulluarst, kolbatohter*), harvem psühholoogi ning ainult üksikutel juhtudel leiti, et alkoholi liigtarvitamise probleemide puhul võiks alustada perearstiga rääkimisest. AA-grupid kui võimalus olid samuti eraisikute seas tuntud, kuid eelkõige tänu filmidele, mitte kohalike gruppide tegevusele.

Alkoholi sõltuvusravi näidetena oskasid eraisikud nimetada eelkõige katkestusravi (nt. „*torpedo*“, „*vere puhastamine*“, „*kuum süst*“). Vähem mainiti tagasilanguse ennetuse võimalusi, teati vaid tablette „*mis võtavad viinahimu ära*“. Nendest, kes ise olid saanud alkoholi probleemiga seotult ravi, oskasid üksikud nimetada lisaks „*rahusteid*“. Üks eraisikust vastaja (kõrgharidusega ettevõtja ja kohaliku omavalitsuse tasandil aktiivne kodanik) pakkus teistega võrreldes laiemat vaadet sõltuvusravile (vt. järgnev tsitaat).

/.../ psühholoog jne, kes peavad tegelema. Üks asi on see sisemine maoloputus või puhastus, aga ma ei teagi, ma olen kuulnud Võrust eksju ja Tartus on ka kindlasti see Wismar või mis ta on. /.../ peaks olema selline meeskondlik töö. Üks asi on inimese enda lähedased ja tuttavad kui ka siis ütleme meditsiiniline pool ja kindlasti ka selline nõustamine, psühholoogiline ja üleüldse, et igal tagajärjel on olnud mingi põhjus. /N50_s13, kõrgharidus, ettevõtja, kelle töötaja on alkoholisõltlane/

Lisaks psühhoteraapia teenuse pakkujate ja toetusgruppide madalale tuntusele oli eraisikute grupile iseloomulik ka puudulik ettekujutus nendes toimuva sisust ja tegevusest. Utreeritud kujul arvamust AA-rühmadest kirjeldab järgnev tsitaat.

Ma ei arva nendest midagi. Mis see annab, kui kari saab kokku, kogu aeg pilves, purjus ja siis mõtlevad, nüüd ma räägin teisele ära, mis ma eile tegin. Ja siis ma olen tervem? Ei, see kindlasti ei aita. See on mingi lollakas mood. Nagu туру peal laadamutid, saame kokku ja räägime. Ei, minu poolt võiks see olemata olla. /M28, tunnistas oma varasemat tervist ohustavat tarvitamist, kuid keeldus intervjuu käigus tegemast audit-testi/.

Eraisikud (praegused ja endised alkoholi kuritarvitajad) ise pakkuside vestluses sageli stereotüüpseid arvamusi nagu: „*alkohoolikut aidata/mõista saab ainult teine (kaine) alkohoolik*“, „*anna kainele alkohoolikule tilk ja ta on kadunud...*“, „*joodik pitsi ei tohi puutuda...*“, „*Alkoholist eraldamine saab olla ainult koos ühiskonnast eraldamisega (kinnised keskused)*“.

Arstid rõhutasid samuti patsiendi suhtlusõrgustiku tähtsust ravis, sh. et sõltlase joomahoo vallandumise ennetamiseks on oluline katkestada tema suhted tuttavatega, kes teevad ettepaneku „*natuke võtta*“.

Omaette käsitus vajav sihtrühm on kaassõltlased ehk sõltlase pereliikmed ja lähedased, kelle lahendamata probleemidele viitasid psühhiaatrid. Eraisikutest vastajate seas oli inimene, kelle vennal on väljakujunenud alkoholisõltuvus, mistõttu kodune olukord on väga stressirohke. Veelgi enam: ta ei näe sellest väljapääsu, kuna vend ei tunnista probleemi. Perearst on olukorrast teadlik, kuid lahenduse ni ei ole jõutud.

Ma ütlesin, et aga lähme /rõhutab sõna/ siis perearsti juurde! Ja siis lähme sinna.. /.../ sellepärast, et tal näpp valutab ta läks arstile. Aga - saatke ta psühholoogi juurde, et suunake? Aga tal näpp valutab ju?! Ega tal ei ole vaja psühholoogi juurde minna! /.../ Ta (perearst) saab väga hästi aru, et on sõltuvus, aga no tema ise ... /N44_s8/

Kokkuvõttes viitavad eelkirjeldatud refleksioonid vajadusele tutvustada abivajajatele ja ka nende pereliikmetele nii psühhoterapia teenuse sisu kui ka teenuse pakkujaid (sh ka arste nimeliselt). Arvestades potentsiaalsete patsientide ebamäära ettekujutust psühhosotsiaalsest sekkumisest üldse (teatakse ainult, et seal „räägitakse“) on väga oluline selgitada, milles teenus täpsemalt seisneb ning missugune on selle roll eesmärgi (ehk kainuse hoidmine) saavutamisel. Paraku on intervjueritud patsientide senine kogemus ja sellest lähtuvalt ka ettekujutus ning ootus abi osas tugevalt kallutatud farmakoloogilise sekkumise suunas. „Tablett“ tundub tulemuse saavutamisel eelistatum ravi näilise lihtsuse, kiiruse ning väiksema isikliku pingutuse tõttu. Ilmselt on oma roll ka sõnade „ravi“ ja „ravim“ sarnasusel, mis tavateadmises annab neile kattuva tähendusvälja.

2.2. Abi kättesaadavus ja tõhusus

Abi kättesaadavus ja tõhusus abivajaja seisukohast on omavahel orgaaniliselt seotud – kui pole esimest, siis pole ka teist. Käesolevas peatükis vaatleme alkoholi kuritarvitamise või sõltuvusega seotud raviteenuse kättesaadavuse ja tõhususega seotud kitsaskohti teenuse osutajate (arstid) ja patsientide (so raviteenusega kokkupuutunute) perspektiivist.

2.2.1. Kitsaskohad teenuse osutajate vaatenurgast

Psühhiaatrite ja kliinilised psühholoogide poolt mainitud kitsaskohad **ravi kättesaadavuse teemal** olid kokkuvõtvalt järgmised:

- ressursi puudus psühhiaatrias (nii arstide arvus kui Haigekassa rahastamise kontekstis),
- pikad ravijärjekorrad eriarstile väljaspool Tallinna ja Tartut;
- statsionaarse ravi võimalused on paikkonniti erinevad;
- võõrutuse ja rehabilitatsiooni (päeva)keskuste arv ei ole piisav;
- tahtest olenemata ravi (intervjuudes ka „sundravi“) määramine on seadusandlusest tulenevalt keerukas ja ajamahukas protsess, kuid kaugemale arenenud sõltuvusega patsiendi pereliikmete või ka teiste ühiskonna liikmete seisukohast vajalik;
- eriarstide vähenemine motiveeritus sõltuvuspatsientidega tegelemiseks („see ei ole populaarne ravivaldkond“);
- eriarstide järelkasv ja ettevalmistus sõltuvuskäitumise käsitlemiseks ei ole piisav, sh pole kogemustega juhendajaid;
- perearstide baasettevalmistuses ei käsitleta sõltuvuste varajase avastamise teematikat.

Siin kohal mõned näited eriarstide kommentaaridest ravi kättesaadavuse teemal:

Ja alkoholisõltuvad inimesed Varstu vallast tõmbekeskusesse juba ei lähe. Kui abi kohapeal kättesaadav ei ole, siis seda abi samahästi kui ei ole. Esimene meeskond peaks olema ikkagi kohapeal igas maakonnas. Haigekassa näeb seda ette ka. /.../ Et saada noori psühhiaatreid töötama tõmbekeskustest välja - ma ei tea ühtegi. /eriarst 2, psühhiaater/

Tartus on haiglas kohti konstantselt puudu. Kui sul on valida, kas näiteks esmane psühhoos jääb sulle haiglasse pikemalt või deliirium, siis tuleb see valik kuskil teha, eks ju. See ressursipuudus on kindlasti üks põhjus, miks ei taheta tegeleda, mina arvan vähemasti. Kui oleks sellist kohta, kuhu neid saata, ja oleks eraldi inimesed, kes sellega tegeleksid, siis see võiks palju paremini tehtud saada. /eriarst 4, psühhiaater/.

Nii psühhiaatrid kui perearstid tõdesid, et neil on raskeid patsiente, kelle puhul on neil piiratud võimalused aidata, kuna patsient ise ei nõustu statsionaarse võõrutusraviga.

Sotsiaaltöötajad uurivad, et mis nüüd teha saaks, et kas saaks näiteks kohtu määrusega teda /so sõltlast/ kuhugile sundravile saata või midagi. Meie laiutame käsi, et seda kahjuks ei saa, kui ta ei ole midagi sellist teistele või endale teinud, et teda peaks sunniviisiliselt kuhugile ravile saatma. Sihukesi variante meil ei ole üldse Eestis olemas. /.../ Niimoodi nad üksinda elavad ja alkoholi tarbivad, sageli ka tulevad suitsiidmõtted. /eriarsti intervjuu 5, psühhiaater/

üks selline väga varasest east alanud raske alkoholisõltuvus, kus alustas tarvitamist alates 13lt ja praegu on ligi 30 aastane see mees. Tal on alkoholi tarvitamisest tekkinud kõiksugu tüsistused, nii kehalised kui ka psüühilised, isiksuse muutus juba. Kahe viimase aasta jooksul ei ole tal olnud mitte ühtegi kainet päeva ja need kogused on väga suured. Tema puhul ma ei saa teda ambulatoorselt alkoholist võõrutama, sest on enam kui kindel, et tal võivad sellest tekkida tüsistused. Tema vajaks näiteks väga haiqlaravi, aga samas haiglasse ta keeldub tulemast. Siis tegelikult ma ei teaqi, mis temaga peale hakata. /eriarsti intervjuu 1/

Perearstide seas viidati seoses abi kättesaadavusega kolme tüüpi kitsaskohtadele, sh:

- eriarstiabi kättesaadavuses – st sarnaselt eriarstidele nähti probleemi vastuvõtule saamise kiiruse ja/või keskuse kauguses patsiendi elukohast;
- ravi kõrget maksumust madalama sissetulekuga patsiendile;
- ravi täisteenuse osutamise baasi puudumisele.

Nii märkis üks intervjuueeritud perearstidest, et **Eestis puudub alkoholi sõltuvusravi täisteenuse osutamise baas** ka neile klientidele, kes on valmis seda teenust täismahus ostma (nt tööandja soovib oma töötaja ravi finantseerida):

mu enda mees, kes töötab X'is, ütles, et neil on konkreetsed inimesed, keda tööandja tahab saata süsteemsele ravile, et need inimesed oleksid tööl jätkusuutlikud, aga nad ei ole leidnud ühtegi sellist kohta. Nad on otsinud aktiivselt, aga ei ole sellist institutsiooni Eestis, kes võtaks selle inimese ja hakkaks selle inimesega tegelema süsteemselt. /.../ nad on nõus maksma kompleksteenuse eest, mis tagaks, et inimesega tegeletakse. /perearsti intervjuu 9/.

Arvestades patsientide kõikuvat ravimotivatsiooni hindasid eriarstid väga oluliseks ka **abi kättesaadavuse kiirust** – olgu see seoses arstide või erinevate ravivõimaluste kättesaadavusega. Hetkel on see ravisüsteemis nõrk koht ning seda kõikide intervjuueeritud arstide hinnangul.

Et see pöördumise koht, et nad saaksid kohe pöörduda, kui nad on valmis tulema. Ma arvan, et abi saab alati. Ma päris täpselt ei tea, ma olen kuulnud, et need alkoholi spetsiifilised ravid, et need on suhteliselt kallid. /eriarst 11_kliiniline psühholoog/

Ravi kõrgest maksumusest madalama sissetulekuga patsiendile rääkisid ka perearstid nii seoses psühhoterapiateenuse kui ka ravimite maksumusega.

Pigem valdav enamused, kes vajaksid abi, neil tegelikult seda raha ei ole. /.../ Reaalselt olgem ausad, psühholoogivisiidid on ka päris kallid – haigekassa hind on odav, aga kui sa lähed erasse, siis see ei ole odav lõbu. /.../ On see 50 korda või on see 100 korda, mis sa pead käima seal tegelikult reaalselt. /.../ me saame küll psühholoogi juurde saata, aga mina ei saa talle pakkuda täisterapiat, sest Haigekassa maksab mulle ainult 4-5 psühholoogi visiiti aastas. /.../ 50%-se soodustusega ravimid (siin: Selincro). Oleme proovinud siin pakkuda, aga üldjuhul need jäävad välja ostmata. /.../ Kui nad lähevad psühhiaatri juurde, siis nad saavad Disulfiraami. See on odav ja see töötab, aga siis on ka juba teine eesmärk asjal. /perearst 9/

Näiteks nendest spetsiifilistest alkoholisõltuvuse ravimitest on meil üksikuid saada, nendel see hind on ikka hästi problemaatiline, ma olen väga üksikutele saanud kirjutada ja nendest ka umbes pooled on ütelnud, et ei tal ikka ei olnud võimalik seda välja osta. /perearst 1/

Patsientide endi otseseid kommentaare ravi maksumusele, kui ravi barjäärile või selle katkestamise põhjusele, intervjuudes ei kõlanud. Küll võib pidada seda psühhoterapia katkestamise kaudseks põhjuseks (ehk - miks ma maksan, kui kasu ei ole). .

Ravi tõhususest rääkides märkisid eriarstid, et nende ravieesmärgid iga patsiendi puhul on personaalsed ning need seatakse ainult koos patsiendiga. Seatud eesmärkide saavutamist loetakse tõhusaks raviks. Suuremal üldistusastmel võis täheldada kolme tüüpi ravieesmärke: 1) täielik kainus, 2) (ravimiga) kontrollitud joomine ning 3) tagasilanguste ajavahe maksimeerimine.

Kõik intervjuueeritud arstid rõhutasid või vähemalt tõdesid, et tõhusaks sõltuvusraviks on vajalik nii farmakoloogiline, psühhosotsiaalne sekkumine. Intervjuudes tõstatatud tõhusa abi (sh eelkõige sõltuvusravi) pakkumise kitsaskohad olid järgmised:

- puudub süsteemne ravikäsitlus;
- liiga kitsas vaade alkoholitarvitamise häirele ja/või selle ravi käsitlusel ning korraldusele: see on liiga ravimikeskne, vähe on pehmeid sekkumisi, sh tõenduspõhise psühhoterapia kasutamist;
- juhtumikorralduslik lähenemine on Eesti oludes teoreetiliselt võimalik, kuid praktilisel tasandil abivajajale kättesaamatu;
- patsiendi alkoholiprobleemi liiga hiline märkamine arstide poolt, kuna see sageli patsiendi poolt varjatud ja/või arsti poolt alateadlikult tahaplaanile jäetud (lähemalt tuleb sellest juttu peatükis 3.3.);
- tõhus sõltuvusravi eeldab tavaparadigma (üks haigus-üks spetsialist) piirest väljumist, hetkel koostöö erinevate arstide vahel vähene (lähemalt tuleb sellest juttu peatükis 2.3).

Süsteemse käsitluse ja tervikvaate puudumist alkoholitarvitamise häire varajases avastamises ja sõltuvusravi korralduses mainiti otseselt või kaudselt kõigis arstidega läbiviidud intervjuudes ning seda peeti põhjuseks nii kättesaadavuse kui tõhususe probleemides.

mis see süsteem on, mille tõhusust ma hindan? Ma ei näe seda süsteemi väga hästi /irooniaga/. Vaatan siit ja sealt, kuidas ise saan, mingit süsteemi otseselt ei ole ju. Ega ta ei ole ka tõhus. /eriarst 5, psühhiaater/

meil ei ole alkoholi sõltuvuse raviks mingit süsteemi kujunenud. Miks seda ei ole kujunenud? Sellepärast et meil ei ole keegi seda poliitikat üldse ajanud. Seda ei olegi nii hirmus vajalikuks peetud. Et sellele ei olegi leitud õiget rahastamise viisigi, et kuidas see peaks käima. Psühhiaatriahaiglad ei taha võtta, perearstid ei ole pädevad, eraldi süsteeme ei ole. /eriarst 7, psühhiaater/

Tõenäoliselt on tervikliku ravikäsitluse kirjelduse puudumine ka üks barjääridest alkoholi liigtarvitamise käsitlemiseks perearsti poolt, sest perearstil pole selge, kuhu sõltuvusprobleemiga patsient edasi suunata.

Nii et see kuhu patsient esimese valikuna minema peaks, seda kohta nagu ei ole. See ongi tegelikult probleem. /perearst 12/

Alkoholi liigtarvitamise patsiendikeskse tervikkäsitluse ja selle praktilise korralduse puudumine on põhjustanud olukorra, kus teenuseosutajad eraldi võttes teevad oma tööd hästi, kuid abivajaja abi ei saa. Ta lihtsalt kaob tervishoiu süsteemis ära, sest kõik arstid teevad oma kitsast rida.

Meil on üks noor naine /.../ ta on käinud EMO-s ja erinevate arstide juures ja erinevate kaebustega – iga kord on pandud alkoholi liigtarvitamine. On alkoholiproov võetud – positiivne – ja mitte keegi ei ole temaga tegelenud, mitte mingil tasandil. Siis ta tuleb ja kakerdab jälle siia ja tahab saada Diazepamit – nii see surnud ring käib. Tegelikult inimene ei saa ise endaga hakkama ja ütleme nii, et ega meil teda ka ausalt öeldes kuskile saata ei ole. Ja meie võim ei käi temast üle, sest meil ei ole sellist kompetentsi, et temaga tegeleda. /.../ süsteem on lünklik ja siamaani ei ole keegi teadvustanud, et kelle tasemel ja kelle probleem see on ja mis meil tegelikult vaja on, et see asi töötaks. /perearsti intervjuu 9/

Seega võib öelda, et raviteenuse osutajad ise on praeguse olukorra suhtes vägagi kriitilised, seda eelkõige kehtiva ravisüsteemi korralduse suhtes.

2.2.2. Kitsaskohad patsientide vaatenurgast

Uuringus osalenud 13st eraisikust 10 on nende endi sõnul vajanud arstiabi seoses oma alkoholi kuritarvitamisest või sõltuvusest tingitud terviseprobleemidega, sh. 5 inimest viimase aasta jooksul.

Abi otsinute kommentaaridest eristusid ravi kättesaadavuse ja tõhususe teemal järgmised kitsaskohad:

- maakohast on ühistranspordiga keeruline liikuda keskustesse;
- ebaselgus, kelle juurde peaks pöörduma: kas psühholoog või psühhiaater? milline arst paljudest keskuse arstidest?
- väljakujunenud sõltuvuse korral on tuntud abiosutajad ainult Wismar ja AA-grupid;
- abi ei tajuta tõhusana, kuna tagasilanguste ja/või arsti suhtumise tõttu jääb patsiendile tunne, et ei saanud abi või et seda ei olegi võimalik leida (mis halvimal juhul viib lootusetuse ning käega löömiseni).

Väljakujunenud alkoholisõltuvusega patsiendi seisukohast vaadates on abi osutavaid spetsialiseerunud teenuseosutajaid ja/või toetusgruppe vähe. Erasisikutele teadaolevate abiosutajate (Wismar ja AA-grupid) kuvand on sarnaselt sõltlase kuvandiga ühiskonnas stigmatiseeritud (lähemalt sellest peatükis 3.2. Eelarvamused). See loob aga barjääri neilt abi otsimisele.

Meil ongi 2 äärmust, kuhu minna, üks on Wismari haigla, kus siis elu sisse aidatakse ja teine on AA. Aga nende mõlema koha jaoks peab inimene olema väga läbi. Tõsiselt väga läbi. /.../ Ei pea ju nii põhja minema? /.../ Kas peab inimese kannatus olema nii suur? Ja nii alandav? Mul on nende aastate jooksul küll jäänud mulje, et seda pehmemat maandumist tegelikult meil ei ole. /Naine, 13 aastat kaine alkohoolik, abi saanud AA-st/

Abi tõhususest rääkides leidsid kõik 9 uuringus osalejat, kes olid oma alkoholiprobleemile otsinud abi tervishoiussüsteemist, et tõhusat (siin: kainust toetavat) abi nad ei saanud tervishoiussüsteemist vaid väljaspool seda. Näiteks AA-grupist, lähedastelt või alternatiivmeditsiini praktiseerijatelt. (Vt täpsemalt Lisa 1. Tabel 2.). Teadmata vastanutele osutatud tegelikku raviteenust ei saa siinkohal väita, et sellel ei ole olnud oma roll positiivse tulemuse (kainuse) saavutamisel. Siiski tuleb ei saa alahinnata tähenduslik on patsientidele jäänud mulje, et, tähendust

Mulje, et abi oma probleemile saadi mujalt, kujunemise üks võimalik põhjus on selles, et tõhusa ravi eeldus ongi patsiendi poolne pingutus ja pühendumus. Selles osas olid intervjuueritud patsiendid ühte meelt arstidega: **patsiendi ravi motivatsioon** (vt sellest lähemalt ptk 3.3.) **on tulemusliku ravi vältimatu eeldus**. Teisalt võib kestev eduelamuseta ravikogemus patsiendi viia ravist loobumiseni.

Ei saa kellegi.. nagu sellele abile loota. Või mis seal loota, tuleb endal välja tulla, kui ise tahad, siis tuleb minna ja kõik. Ega siin midagi muud üle ei jää. / M55_skoor40/

Meie uuringu pikemalt kainena püsinud sõltuvuspatsiendid ei väitnud, et nad said (või saaksid) oma probleemiga hakkama ilma kõrvalise abita. Küll tekitab uskumus, et „kainus sõltub ainult minust“ mõne eriarsti sõnul patsientides täiendavat süü- või häbitunnet tagasilangusest. Seega on uskumusel „ainult mina (patsient) ise“ kahetine mõju: see on vajalik eeldus ravi tulemuslikkusele, kuid tagasilanguse korral mõjub tulevikupingutuseks de-motiveerivalt.

Positiivse ravitulemuse seisukohalt on väga oluline patsiendi usk abi võimalusse ja ravi tõhususse. Seetõttu on tervishoiuteenuse arendamise seisukohalt on oluline mõista, mis tekitab patsiendis tunde, et ta ei saanud abi arstidelt. **Mis tekitab pettumuse pakutavast teenusest?**

Pettumus võib olla tingitud valedest ootustest ravitulemusele või ettekujutusest ravi olemusest (et ravi=tabletkuur). Uuringus osalenud patsiendid olid siiski teadlikud, et tegemist on „*eluaegse probleemiga*“ ja/või et ainult ravimitest ei piisa. Intervjuude põhjal võib öelda, et patsiendi ravimotivatsiooni ja usku tervishoiuteenuse tõhususse võis pärssida kogetud **tõrjuv või ükskõikne suhtumine arstide poolt**.

Mingit halvustavat suhtumist /Wismaris/ ei ole. Ainult see kõik on nii põgus ja pinnapealne. Kõik oli väga ametlik. Kirjuta paberile alla konveiermeetod, ma ei lähe sinna enam ealeski /.../ psühhiaatri juures olen tema jaoks järjekordne klient, kellest noh ...vaadatakse üle/ vahepeal unustatakse üldse ära ... /tahaksin/ et see 30 min tegeldakse tõepoolest minuga, mitte ei vaadata kella ja ei tehta mingeid kõrvaltegevusi ja jumal teab mida kõike veel. /M47_s22/

Psühhiaater, kelle juures ma käisin, kes kohe ilma süvenemata kirjutab mulle mingeid tablette, mis mulle mingit mõju ei avalda. /.../ Perearsti ei huvita see üldse, et ma olin tema juures pooliku pudeliga. Tema möödab ainult vererõhku ja ütleb, et ma võin (tervise poolest) kosmosesse lennata. Et kõik on hästi. Kirjutas mingid tabletid, millest mul hakkas pea nii ringi käima, et mul ei ole isegi narkotsist nii halb olnud olla. /M35_s35/

Isa nutab kõrval, ema nutab kõrval, et võtke poeg raviuasutusse sisse ja siis öeldakse, et see on ajuhaiqus ja tegelege ise. Järgmised kellega ma kokku puutusin, olid Wismari psühholoogid, kellega oli kerge. Nad kirjutasid mulle Xanaxit ja Ketipinori /M27_s0/

Perearsti juures käisin, /..tõendit oli vaja. Siis perearst sai aru (et on alkoholiprobleem). Perearst ei suunanud mind vaid võttis isaga ühendust, et ta viiks mind Paldiski maanteele. Perearst ütles mulle, et kuna sa oled sõitlane, siis mina sulle rahusteid välja ei kirjuta. /.../ peale joomise lõpetamist on selline ärevus ja õudselt raske on keskenduda. Läksin selle tõttu (veel) perearsti juurde ja ütlesin, et ma ei saa – ma olen joomise lõpetanud, aga ikka on samad sümptomid. Siis ta tekitas minus sellise reaktsiooni, et ma praegu pigem ei taha perearsti juurde minna – ta küsis, et kas sümptomid on seotud joomisega. /.../ ma ju ütlesin, et ma ei joo. /M27_s0/

Viimases tsitaadi põhjal võib eeldada, et perearst toimis ravijuhendi kontekstis õigesti, kui ei suutnud (või ei pidanud vajalikuks) patsienti veenda oma otsuse kasust patsiendile. Teenuse osutajad ei tohiks end „unustada“ oma tegevusrutiini, sest arsti perspektiivist tüüpiline ravijuhtum on patsiendi seisukohalt unikaalne ja isiklik. Patsiendi positiivne mulje arsti suhtumisest tema probleemi hoiab teda arstiga usalduslikus kontaktis ning koostöövalmi ja motiveerituna.

Uuringus osalenud 9 sõltuvusravi kogemusega inimese seas leidis üks, kellel oli eriarsti süsteemi (eelkõige küll kardioloogid, neuroloogid, taastusravi arstid ja füsioterapeudid) kohta ainult häid sõnu. Tõsi, oma perearsti tal erilist usku ei olnud ja otseselt psühhiaatri ja psühholoogi teenuse kogemust ka mitte. Tema loobumine alkoholist tuli tänu tõsisele ja silmiavavale terviserikkele, kuid alahinnata ei saa selles tervishoiutöötajate eelavamuseta ja hoolivad suhtumise tähtsust ravi tulemuslikkuse toetamisel. Alljärgnev tsitaat kirjeldab patsiendi positiivset kogemust.

Mind veeti kuidagi sinna keskhaiglasse Ravi tänavale. /.../ kardioloog oli nii hea, et tema juurde tulid neuroloogid ja kõik ja mulle tehti põhjalik uuring. Järgmine päev ta ütles /.../ „Kas tahad haiglasse jääda?“ – anti võimalus, et võib-olla siis ei hakka enam jooma. Ta oleks mu kuhugi sinna sisse pannud. Ma ütlesin, et ei, ma tahan koju. Mul baarikapis viina ootas. „No kuidas soovid“. Siis telliti transpordi kiirabi ja see viis mu koju Sakku ja esimese asjana oli muidugi pudel lahti. Naabripoiss varustas mind siis jookidega. Raha mul oli. /.../ Peale kaheksat päeva EMO-t, viidi mind sõna otseses mõttes Keila PJV hooldushaiglasse surema. See on ju see niinimetatud ümberlaadimisjaam. Kurjad keeled räägivad. Aga mina saan selle haigla kohta ainult häid sõnu öelda. /.../ see tegevusjuht .. hea meelega tuletaks hea sõnaga meelde. /sõbralik naer/ Mul on tuge olnud nendest uutest tuttavatest - meditsiinitöötajad kõik. Keila hooldus, Keila taastus, Benita – meil ei ole suhe nagu patsient ja meedik, meil on sõbrasuhted täiesti. Ma käin neil kõigis nendes firmades ka täna külas ja viin seal tüdrukutele jäätist ja marju. /.../ Suhtlen nendega – alati saan nõu ja jõu. Meditsiiniline ja isiklik tuqi on olemas. /M64_s0/

Abi kättesaadavuse ja tõhususe teema kokkuvõttena tuleb tõdeda, et kui tervishoiusüsteemis on baas raviteenuse osutamiseks olemas (on keskused, arstid, kompetents, rahastus), siis praktikas on teenuse kättesaadavus piiratud. Kitsaskohtadeks on nii objektiivsed (ebapiisav rahastus, inimressurss, piiratud ravivõimlused) kui ka teenuseosutajatest lähtuvad subjektiivsed põhjused (nt perearsti tasandil valmisolek komplekse probleemi avamiseks, psühhiaatria alal sõltuvusravi valdkonna „ebapopulaarsus“ jms).

Esineb paradoksaalne olukord, kus vaadates tervishoiusüsteemi korralduse perspektiivist on olemas kõik teenuse üksikkomponendi, ent patsiendi perspektiivist see toimivat tervikut ei moodusta. Intervjueeritud alkoholisõltuvusega patsientide hinnangul ei ole nad oma probleemile lahenduse leidmisel saanud tuge tervishoiusüsteemist. Eriarstide sõnul ei ole lahendust olukorrale kui patsient ei ole koostöövalmis ent vajab ravi nii enda kui lähedaste vaimse tervise huvides. Praktikas on harva ühitatud raviteenus (sh. võõrutus) rehabilitatsiooni teenusega, sh selle võimalikult mitmekesisel vormis: AA-gruppide (kogemusteraapia), päevakeskuste tööteraapia ja miks mitte ka alternatiivravi praktiseerimise võimalusega. Vastajate hinnangul võiks nõudlust olla keskustele, kus inimesed saavad viibida vabatahtlikult, kuid olla samas eraldatud oma tavapärasest keskkonnast. Tuntuim näide on Lootuse küla, kuid mille kasutamisktiivsust vähendab suure tõenäosusega religioonikeskus, mis eestlast üldjuhul peletab ja/või ei toeta.

2.3. Koostöö ja rahastus

Teenuseosutajate omavahelise koostöö teemad ning rahastuse küsimused kerkisid esile ainult arstide intervjuudes. Kuuldu põhjal võis eristada kolme tüüpi koostöö võrgustiku vajadust sõltuvalt konkreetse patsiendi haigusjuhtumi spetsiifikast (raskusastmest). Kolm koostöövõrgustiku tüüpi erinesid juhtumisse kaasatud (või vajalike) spetsialistide arvu ja valdkonna poolest ning olid järgmised:

- esmatasandi arstiabi (perearsti ja -õe) ja psühhiaatria valdkonna eriarstide (sh kliinilise psühholoogi ja/või psühhiaatri) vaheline koostöö;
- perearsti ja teiste eriarstide – nt gastroenteroloogi, kardioloogi, kiirabi arsti jt koostöö;
- valdkondade ülene juhtumipõhine koostöö, kus tervishoiuvaldkonna spetsialistidele tuleks kaasata sotsiaalhoolekande, rehabilitatsiooni süsteemi, kohaliku omavalitsuse, politsei, Töötukassa, tööandja esindaja või ka patsiendi pereliige.

Kogutud materjali iseloom ei võimalda anda hinnangut koostöö ulatusele või sagedusele ega rahulolu määrale. Uuringus osalenud tervishoiutöötajate poolt antud otsesed ja kaudsed ütlused oma koostöö kogemuse kohta võimaldavad kirjeldada suhtumist koostöösse. Esitame need eelnimetatud kolme koostöö tüübi lõikes.

Perearstide ja psühhiaatrite ning psühholoogide vahelise koostöö kogemuse kirjeldused viitasid, et nii vastanud perearstide kui ka psühhiaatrite seas oli neid, a) kellel puudus sisuline koostöö teise arstiabisandiga (va saatekirja väljakirjutamist eriarsti juurde); b) kelle koostöö soov on jäänud ühepoolseks ja c) kes hindasid oma koostööd teise tasandiga heaks. Koostöö vajadust ja selle kasutegurit ei eitanud vastanud arstidest keegi, sest koostöö võimaldab langetada asjakohasemaid

raviotsuseid. Ka koostööga rahul olnud arstid leidsid, et koostöös on arenguruumi ka edaspidiseks. Ühe kliinilise psühholoogi ja vastanud perearstide poolt tõdeti, et tänu Teraapiafondile on märke koostööd paranemisest.

Me ikkagi töötame meeskonnana psühhiaatriga või siis perearstiga. Praegu on alates 1. jaanuarist Teraapiafond, et koostöö perearstiga on läinud palju tihedamaks. /eriarst 9, kliiniline psühholoog, asutuse juht/

nüüd on meil teraapiafondiga koostöö psühholoogidega, me oleme sinna suunanud, kuid ei ole neid vastuseid saanud, ma ei tea nüüd, loodetavasti saan. Koostöö eriarstibiiga on siiski paranenud, et järjest vähem on neid olukordi, kus see vastuse epikriis üldse ei jõua sinna digilukku. /.../ varem olid teatud eriarstid, kust ei tulnud üldse sulle kunagi vastuseid. /.../ on hästi tobe olukord, kui patsient tuleb, et teda kutsuti tagasi, aga ma ei tea, mida ma kirjutan saatekirja peale. Ma ei tea, mis ravi ta teeb või mis probleem see on. /perearst 1/.

Seega koostööd perearsti ja eriarsti tasandi vahel hindavad osapooled väga oluliseks, kuid täna esineb seda väidetavalt praktikas vajalikust oluliselt vähem.

Koostöö perearsti ja teiste eriarstide – nt gastroenteroloogi, kardioloogi, kiirabiari jt – vahel tuli jutuks nii varajase avastamise kui ravi kontekstis. Tõdeti, et kuna inimesed kalduvad oma probleemi eitama ja/või ei räägi perearstiga, siis avatud koostöö korral teiste eriarstidega peaks see probleem muude tervisekahjude põhjusena varasem ilmema. Ühe perearsti ja eriarsti intervjuus mainiti, et AUDIT testi kasutamise soovitus ei peaks kehtima ainult esmatasandi arstibile, vaid ka teistes patsiendi ja tervishoiusüsteemi puutepunktides (nt. EMO, gastroenteroloogia, kardioloogia, vms).

ma ei arva, et EMO-s peaks skriinimise täistesti tegema, aga kui inimene on gastroenteroloogia osakonnas, kui inimene on pankreatiidiga, siis gastroenteroloog või õde seal osakonnas võiks talle samamoodi selle testi kätte anda. /.../ ta niikuinii lebab haiglas tilguti all ja on juba adekvaatne kolmandal päeval, siis miks ta ei võiks seda täita? /.../ Ja siis saadavad minu juurde - et mees, sul on probleem – mine perearsti juurde. See oleks hea. /.../ uus ravijuhend peaks olema suunatud kõigile arstidele. Kui see on jälle perearstidele, siis see ongi perearstide teema ja perearstide probleem. Aga ei ole. /perearst 9/

No see avastamise süsteem võiks olla ka mujal. Ta võiks olla ka erakorralises meditsiinis. /.../ kui hospitaliseeritakse patsient esmakordselt haiglas diagnoosiga, mis on seotud alkoholiga, siis võiks ju ka neil standardset olla audittest tehtud, see võiks olla ravikvaliteedi osa olla, mida saab hinnata ennetustöök. /eriarst 6, psühhiaater/

Valdkondade ülest koostööd eeldavad juhtumid, kus on põimunud alkoholiliigtarvitamine ning muud psühhiaatrilised, sotsiaal-majanduslikud ja õiguslikud probleemid. Need eeldavad juhtumikorralduslikku käsitlust, kus lisaks tervishoiuvaldkonna spetsialistidele on kaasatud sotsiaalhoolekande, rehabilitatsiooni süsteemi, kohaliku omavalitsuse, politsei, Töötukassa, tööandja esindajaid ja/või pereliikmeid. Kaks intervjuueeritud perearsti tunnustasid juba täna sotsiaaltöötajaid kui oma häid koostööpartnereid – kes on aktiivsed ja ei pelga probleemi märkamisel perearsti poole nõu saamiseks pöörduda. Vastustest selgus, et koostööst sotsiaaltöötajaga on perearstile ka tuge kohaliku elu tunnetamisel - eriti juhul, kui arst ise piirkonnas alaliselt ei ela. Samas oli ka neid perearste, kelle sõnul rajaneb suhtlus kohaliku sotsiaaltöötajaga ainult nende endi initsiatiivile.

Oma töös on nii pere- kui eriarstidel olnud kokkupuudet pea kõigi eelpool nimetatatud osapooltega. Tulemusliku koostöö partnerite näiteks toodi Töötukassa juhtumiskorraldajat, kuid paraku oli arstide positiivne koostöökogemus siin seotud pigem muude haiguste käsitlemise ja taastusraviga kui alkoholi liigtarvitamise ning sõltuvuse probleemid. Kokkuvõttes olid arstid sõltuvusravi alal praeguse valdkondade ülese koostööpraktika suhtes valdavalt kriitilised. Järgnevad tsitaadid tähistavad vajakajäämist tegevuseesmärkide sõnastamises, protsessi koordineerimises ja infoliikumises, mis peaks olema kahe-suunaline ehk sisaldama ka tagasisidestamise osa.

Kriminaalhooldus ja psühhiaatria võiks omavahel sisulist koostööd teha, see formaalne koostöö on täiesti jama. /.../ inimene tuleb, et kirja saada alkoholiravi, sellel ei ole ju sisulist mõtet. K: Kuidas saaks sisulisemaks? Kõigepealt peaksid omavahel rääkima. Nii saaks, et kõigepealt hakkasid omavahel suhtlema. /.../ me peaksime vaatama eesmäärke koos, /.../ Noh, neile tundub, et see on asi, mida tuleb ravidada, ja selleks tuleb ta arsti juurde saata ja arst ravib ta ära. /naerab/ see on ju vastastikune, see, kes toimetab hästi, see saab ka tagasisidet rohkem, ta saab informatsiooni rohkem, ta saab muutuda üha sisulisemaks ja see asi muutub rohkem koostöö tüüpi asjaks. /eriarst 4, psühhiaater/

Kui ma mõtlen psühhiaatriale, siis tegelikult on koostöö väga vilets. Ka tõsised skisofreeniahaiged kirjutatakse pikalt akuutravi osakonda, saadetakse pikaravi osakonda, kirjutatakse sealt välja, läheb hooldekodusse. Keegi ei võta ühendust enne, ei peeta nõu, et kuidas selle patsiendiga peaks edasi toimetama, ei anta olulist informatsiooni jne. See järgmine etapp hakkab jälle nagu nullist pihta, et see on nagu tegelikult jama. /.../ Tulevikus (=ideaalis) ma eeldan, et deliiriumit ravitakse kuskil mujal kui psühhiaatria haiglas. Kui patsient satub sinna deliiriumiga, siis kutsutakse sinna keegi (psühhiaatria) ravisutusest, see võib olla õde, see võib olla sotsiaaltöötaja, keegi meeskonnast, läheb sinna kohale ja veenab patsienti - tule, paneme sulle aja kirja ja tuled järgmine päev räägime, mõtleme, kuidas me saame sind aidata. Seda on vaja, et luua koostöö sild. Aga meie oskame ainult sildu põletada. /eriarst 7, psühhiaater/.

Rääkides koostööst tervishoiusüsteemi väliste partneritega märgiti infoliikumist – ning seeläbi ka koostöö tulemuslikkust – piiravat andmete konfidentsiaalsuse nõuet.

Psühhiaatrias seab piirid toimivaks meeskonnatööks kohati ka andmete konfidentsiaalsus, mis minu arvates on ikkagi eriti oluline, et kui patsient ütleb, et ta ei soovi, et ma tema lähedastega räägin või ühendust võtan, siis kohe jääb minul see tugimeeskond ka ahtamaks. Et kui mul ei ole seda käepikendust kodus, kes vaataks, et ta võtab ravimeid või annab teada, kui temaga mingi tagasilangus on tekkinud. Tegelikult see tuleb niimoodi järgi vaadata, aga praegune praktika on minul see, et mul peab olema patsiendi nõusolek tema terviseandmetele, ja ma tavaliselt küsin patsiendi nõusolekut, kas ma võin tema perearstiga ühendust võtta. /eriarst 1, psühhiaater/

Siiski on tõenäoline, et ka patsiendi teadliku nõusoleku nõude raames on võimalik varasemast enam koostööd teha. Võib eeldada, et patsiendi nõusolekut pelga formaalsusena küsides on tõenäoline saada eitav vastus patsiendi eelarvamuste ja hirmude tõttu (vt lähemalt sellest peatükis 3.2). Kuivõrd arstid täna esitlevad patsiendilt informeeritud nõusoleku küsimisel riske nõusoleku mitteandmisest (so nõusoleku positiivset mõju ravitulemusele), ei ole kahjuks täpsemalt teada. Siiski võib seada hüpoteesi, et ajasurve ning tegevusrutiinide raames patsiendi veenmisele aega ei panustata ega

tõstatata seda teemat mõne aja möödudes uuesti. Nii arsti kui patsiendi puhul jõuame taas motivatsiooniküsimuseni (millest lähemalt peatükis 3.3.)

Tulemusliku koostöö saavutamise eeldustena võib lisaks asja ja ajakohasele infoliikumisele veel esile tõsta **vastutuse võtmist ja oma mugavustsoonist välja astumist**. Arstidega läbiviidud intervjuudes leidis sellekohaseid otseseid ütlusi, kui ka alltekste või hoopis ütlemata jätmist, mis omavad tähendust. Järgnev analüüs ja tõlgendused toetuvad kõigile nimetatud arvamuse avaldamise viisidele.

Igasugune süsteem, sealhulgas ka koostöösüsteem, muutub seda keerukamaks, mida rohkem osapooli on sinna kaasatud. Alkoholi liigtarvitamise probleemi varajase avastamise ja/või sõltuvusravi kontekstis tähendab see riski, et patsiendil on lihtne „süsteemis ära kaduda“. Seda eelkõige seetõttu, et kõik abitasandid tegelevad temaga oma „väljal“ kuid, patsiendi keskset tervikvaadet ei oma keegi ja patsient ei ole „mitte kellegi, kuidas öelda, vastutus või kohustus.“ /perearst 9/. See omakorda tähendab, et **vastutus ravi tulemuse eest on hajunud**. Intervjuudest jäi mulje, et enamikul vastanud perearstidest **puudus kindel arusaam, kes peaks vastutuse võtma**. Eriarstide seas oli üldjuhul selge arusaam, et koordineerib raviarst ja ravimeeskonna loomise võiks algatada see institutsioon, kuhu patsient esmalt pöördub.

meeskonna loomise vastutuse peaks võtma tegelikult see institutsioon, kuhu see patsient pöördub. Ja vastavalt siis nendele spetsialistidele, kes kuuluvad sellesse institutsiooni. Näiteks meil siis psühhiaater, kliiniline psühholoog, psühhoterapeut on see ravimeeskond. Siis võtame perearstiga ise vähemalt ühendust, et tema oleks ka kursis. Ja kui vaja, siis kaasame teisi spetsialiste. /.../ /eriarst 9, kliiniline psühholoog, asutuse juht/

Juhtumikorralduslikku vastutust ja mõnel juhul ka patsiendi ravidistsipliini jälgimise vastutust eriarstid endal ei näinud. Juhtumiskorralduslik vastutus asetati tervishoius süsteemist väljapoole.

Ravi koordineerimise puhul on minu vastutus psühhiaatrina, et ma olen kindel, et ta käib seal gastroenteroloogi juures ära, kes vaatab, et tal ei ole verejooksu ja siis ma saan anda patsiendile tagasisidet. Aga ma ei hoia koogu aeg kätt pulsil sellel patsiendil, et ta käiks. /Eriarst 1, psühhiaater/

Ja kui tuleb välja, et seal on väga tõsiseid majanduslikke, sotsiaalseid probleeme, siis vastutus peaks nendes probleemides üle minema kohalikule omavalitsusele, kes aitab neid inimesi või tervet perekonda, sest tavaliselt see ei ole üksikisiku, vaid terve perekonna probleem kui keegi alkoholi kuritarvitab või on sõltlane. /eriarst 9, kliiniline psühholoog, asutuse juht/

Veelgi enam - intervjuueeritud arstid kasutasid oma tööpaktikast rääkides enese kontekstis väga harva sõnu „vastutus“ või „kohustus“. Seda fakti võib tõlgendada mitmeti, sh. puudub vajadus/surve patsiendikeskseks vaateks. Kui oma vastutusest ollakse teadlikud, aga sõnu „vastutus“ ja „kohustus“ peetakse liialt tugevateks, determineerivateks, siis kas võib eeldada, et tegutsetakse vastutust võtvana? Kindlasti ei soovi töö autorid väita, et arstid ei tee oma tööd vastutustundega. Tahame vaid ergutada tervishoiutöötajaid kriitilisele eneserefleksioonile ja esitama küsimust – kas ma mitte ei toimi mugavustsoonis, kui ei algata patsiendi huvides vajalikku koostööd asjakohaste partneritega väljaspool oma tervishoiuasutust või meditsiinisüsteemi?

Intervjuudest jäänud muljelt seatud hüpoteesi kinnitas üks eriarst intervjuus ka otsesõnu: koostöö arstide vahel oma asutuses või sellest väljapoole toimub tuntud radadel (so kindlate isikute vahel) ja **mugavusstsoonist väljapoole astuvaid koostöösidemeid on veel liiga vähe.**

Intervjuudes oli tajutav arstide vastuoluline suhtumine kahe konkreetse institutsiooni – AA-rühmad ning Wismari kliinik – suhtes. Üheltpoolt on mõlemad nii arstide kui eraisikute seas kõige paremini tuntud abiosutajad alkoholiliigtarvitamise probleemi korral. Kuid intervjuueeritud arstidel nendega sisulist koostööd polnud. Mõnel juhul oli ütlustes tajutav eelarvamuslik või isegi koostööd välistav suhtumine AA-rühmadesse. Ainult üks arst mainis oma head kogemust AA-kogemusteraapiaga gruppidega ning ta on soovitanud seda oma patsientidele. Suhtumise teise äärmuse näiteks on ühe perearsti väide, et AA-gruppides „*tehakse tervishoiusüsteemi maha*“. Mis tähendab, et arst ei lähtu võimalusest pakkuda patsiendile kogemusteraapia tuge vaid oma eelarvamusest, et potentsiaalsed partnerid on tervishoiusüsteemi vaenulikud.

Kokkuvõttes tõdesid kõik arstid otsesemalt või kaudsemalt, et **koostöö arstide vahel on oluline nii patsiendi seisukohalt parema tulemuse saavutamisel kui ressursi mõistlikuks kasutamiseks** – st vältimaks olukorda, et uus arst või teine institutsioon kes patsiendiga tegeleb „alustab kõik otsast peale“. Otseseid objektiivseid barjääre koostööle peale terviseinfo konfidentsiaalsusnõuete ei mainitudki. Muud barjäärid koostööle on seotud subjektiivsete teguritega (nt arsti motivatsioon mugavusstsoonist väljumiseks, võtta vastutus ja olla aktiivsem patsiendi motivatsiooni ja ravidistsipliini säilimisel). Et igasugune koostöö nõuab täiendavat aja ja vaimuenergiat, mis paratamatult viib pragmaatilise küsimuseni ressurssidest ja rahastamisest ehk „*Kes selle aja eest maksab?*“.

Erinevalt sõnast „vastutus“ esines arstide kommentaarides sõna „**raha**“ oluliselt sagedamini. Näiteks sõna „vastutus“ kasutas intervjuueeritud perearstidest ainult 1 arst 1 korra, siis sõna „raha“ seevastu kõik perearstid erinevates kontekstides kokku 49 korda. Eriarstide seas mainis sõna „vastutus“ 4 erinevat arsti kokku 7 korral ja sõna „raha“ 10 arsti kokku 44 korda.

Tõsi, **teenuse rahastusega** seonduvad kitsaskohtadest rääkisid perearstid ainult kontekstis „teenuse maksumus patsiendile“, mida on käsitletud eelpool peatükis 2.2. Abi kättesaadavus. Eriarstide seast tõstatati kitsaskohana Haigekassa poolne teenusepakkujate rahastamise, märkides, et **kehtiv rahastusmudel ei motiveeri erapraksise eriarsti** alkoholi probleemse patsiendiga tegelema, eriti väljakujunenud sõltuvuse korral. Sõltlase ravikäitumine erineb oluliselt teistest psühhiaatria patsiendist. Sõltuvusravis on rohkem tagasilangusi, teraapiasse mitteilmumist, mis kokkuvõttes tähendab pikemat raviperioodi. Mittemotiveerivaks peeti nii tasustamise loogikat kui hinnataset võrreldes hindadega tasulisele patsiendile.

Miks peaks erapraksis tahtma sõltlasega tegeleda? Kui mina saan raha siis, kui ta välja ilmub, 2/3 juhtumeid või isegi rohkem ¾ võib-olla ei ilmu välja. Mille eest siis mina elan? /.../ Mul on neid 10 või 20 tükki. Üks tuleb välja üks päev, mõni päev ei tule ükski välja. /eriarst 10, kliiniline psühholoog/.

Haigekassa teenuste hinnad on väga madalad /.../ konsultatsiooni hind on 22 eurot, individuaalne psühhoterapia 32 eurot, midagi natuke peale, aga umbes nii. /.../ tasuline patsient maksab 49 eurot, pluss uuringud /.../ ega ei olda ka väga huvitatud sõltuvusprobleemide ravi üle võtmisega Haigekassa poolt, vähemasti sellist suhtumist mina olen küll oma töös kohanud. Sest nende ravi

on väga pikk. See ei ole nii nagu ma paanikahäirega patsiendiga võib-olla kohtun 4-5 korda. /.../ Aga meil ei ole võimalik oma töös eristada, et tema on nüüd üldistunud ärevushäirega patsient, kellele on kõrvaltekkunud ka alkoholi kuritarvitamine. /.../ Haigekassa rahastab üha enam muidugi kliinilise psühholoogi teenuseid, aga siiski väga vähe. ... Haigekassa üldse ei arvesta /so tervisekeskuse rahastamisel/ kliiniliste psühholoogide teenuse mahtu. Ainult psühhiaatreid. /eriarst 9, kliiniline psühholoog/.

Vaatamata sellele, et Teraapiafond on elavdanud perearstide koostööd kliiniliste psühholoogidega on sellega seoses eriarstile väidetavalt lisandunud ebamõistlikult suur aruandluse maht.

Ma ei arva eriti hästi sellest Teraapiafondist, mis teeb teenuse kättesaadavuse palju pikemaks ja lohmakamaks. /.../ Kui ma enne sain saata ühe arve Haigekassale 80 perearsti poolt saadetud patsiendi kohta detsembri kuus. Nüüd ma teen 80 erinevat arvet erinevatele perearstidele. Kohutav töö! /.../ Minu raviarved on nüüd Põlva perearsti raviarvel, mida tema saadab Haigekassasse. Kuidas see teenus siis läbinähtavam ja kättesaadavam on? No ei ole. /eriarst 9, kliiniline psühholoog/.

On üldteada, et ainult raha lisamine süsteemi ei muuda selle toimimist tulemuslikumaks, vaid parema tulemuse kindlustab erinevate meetmete, sh korralduslike meetmete kasutamine. Samas on ka väga selge, et tasuvuse kriitilisest piirist allpoole jääv rahastus piirab oluliselt teenuse kättesaadavust patsientidele. Rahastusest sõltuvad vastajate sõnul nii eriarstide ressurss ja ravi järjekorra pikkus kui ka patsiendi omaosaluse määr ja sellest tulenev võimekus (ja valmisolek) seda tasuda.

Paremini olla võiks meil kättesaadavus. /.../ Et sa saad psühhiaatri juurde kiiremini. Et meil võiks olla rohkem psühhiaatreid ja et Haigekassa võiks natuke rohkem seda psühhiaatrilist abi rahastada, just ambulatoorset... Kuigi meil on ka haiglaraviga kitsas. /.../ tulge siia meie juurde, kui te abi soovite - täna ma seda öelda ei julge, sest järjekord on kolm kuud. /...:/ ma ei süüdistata ka Haigekassat - täna, kui nad ka lepingut meile juurde annaksid, mul ei ole arste eriti kuskilt võtta. Soome kõrval selle palgaqa me ei konkureeri. Väga paljud noored lähevad ära. /eriarst 3, psühhiaater, kliinikumi juhataja/

Eelnevat kokku võttes saab öelda, et alkoholiliigtarvitamise käsitlemisega seotud osapoolte omavaheline koostöö ja teenuse rahastus on määravad eeldused abi kättesaadavuse ja tõhususe kujunemisel.

3. Subjektiivset laadi kitsaskohad

Alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja sõltuvusravi süsteemi ebatõhusa toimimise juurpõhjusteks võib pidada subjektiivset laadi kitsaskohti, mida mainiti kõigi intervjuueeritud osapoolte vestlustes (Peatükk 1.2. Skeem 1.) ja milleks olid:

- TEADLIKKUS alkoholi liigtarvitamisest ja selle piiride hindamisest nii üksikisiku enda kui ka teiste, sh. tervishoiutöötajate poolt;
- EELARVAMUSED, mis loovad barjääri probleemi tunnistamisel ning diagnoosimisel;
- MOTIVATSIOONI vähesus ehk isiklikud barjäärid (oma) alkoholi liigtarvitamise probleemiga tegelemiseks või raviteenuse osutamisel.

Kõik kolm mainitud kitsaskohta on omavahel seotud ja vastastikku mõjutatud. Meie uuringu metoodika ei võimalda esitleda, kui levinud need arstide ja eraisikute igapäeva praktikas. Samas, intervjuudes kogutud materjali analüüs näitas, et madal teadlikkus, eksisteerivad eelarvamused ning motivatsiooni puudus alkoholi liigtarvitamise probleemiga tegelemisel ilmsid nii arstide kui eraisikute seas, sh nende isikliku arvamuse kui ka teiste inimeste käitumise või hoiakute kirjeldustest.

3.1. Teadlikkus

Teadlikkus on mõiste, mille tähendusväli hõlmab teadmisi, hoiakuid ja nendest juhitud käitumist. Peatükis 1 avasime arstide ja eraisikute teadmisi ja hoiakuid alkoholi liigtarvitamise levimuse ja sellest ühiskonnale tuleneva otsese ja kaudse teemal. Lühidalt öeldes: ühiskonna tasandil peatakse seda probleemiks ja kahjusid olulisteks. Peatükis 2.1., kus käsitlesime teadmisi abi saamise võimalustest tõdesime, et faktiteadmised sellest kes, kus ja millega saab alkoholikuritarvitavat või sõltuvusprobleemidega inimest aidata, on piiratud nii probleemsete alkoholitarvitajate kui ka perearstide seas.

Käesolevas peatükis vaatame, a) miks teadmised alkoholi liigtarvitamise terviseriskidest ei mõjuta alati inimest mitteohustavale käitumisele; b) millised on teadmised alkoholi liigtarvitamise piirist ehk mida inimesed peavad tervist ohustavaks; c) teiste (pereliikmed, meditsiinitöötajad jt) võimalused märgata kellegi alkoholi liigtarvitamist.

Fakt, et alkoholi liigtarvitamine võib kahjustada tervist, on kindlasti üldtuntud. Alkoholi tarvitamine alla 18-aastastele kodanikele on Eestis seadusega keelatud, kuna tegu on meelemürgiga, mis võib mõjutada psüühikat aga ka füüsilist tervist. Ometigi esineb alkoholi liigtarvitamist, st. **on piisavalt inimesi, kelle teadmised selle kahjulikkusest ja isikliku käitumine on vastuolus**. Leon Festingeri (1957, 1962) järgi on sellisel juhul tegemist kognitiivseks dissonantsiga (tunnetusliku ebakõlaga), mis on ebameeldiv seisund ja seda püütakse vähendada mitte käitumise korrigeerimisega vaid õigustuste leidmisega käitumise mittemuutmiseks.

Näiteks alkoholi liigtarvitaja, kes teab, et alkoholi liigtarvitamine põhjustab maksatsirroosi, omab kahte vastuolulisust kognitsiooni: a) mina joon alkoholi ja b) alkoholi joomine põhjustab maksatsirroosi. Festinger näitas, et oma kognitiivset dissonantsi püüab inimene vähendada, kas:

- ühte kognitsiooni muutes, nt. „ma ei joo alkoholi üldse nii palju, et see oleks ohtlik“
- kognitsiooni tajutud tähtsust muutes: nt. „tõendid alkoholi seotusest maksahaigustega on nõrgad“
- kognitsioonide lisamisega: nt. „minu füüsiline aktiivsus kompenseerib alkoholi tarvitamisest tekkinud kahju“
- eitades kahe kognitsiooni omavahelist seotust: nt. „uuringute tulemused ei näita 100%-list seost alkoholi ja maksahaiguste vahel“.

Selline lihtsustatud loogiline mõtteskeem on võimalik, kui inimene ei ole tegelikult informeeritud või eirab teadlikult alkoholi liigtarvitamisega seotud terviseprobleemide rohkust, mõju pere-, töö- või vabaajasuhtele ning ei pea võimalikuks negatiivsete mõjude kumulatiivset efekti ajas. Olukord, kus inimesel ei ole piisavalt informatsiooni või see läheb vastuollu tema enda või ühiskonna (arvatava) tavapärase käitumispraktikaga, ajendab inimest oma tervistkahjustavat käitumispraktikat õigustama.

Õeldu illustreerimiseks võib eraisikute intervjuudest tuua hulgaliselt väited, mille toel soovitakse alateadlikult pisendada enda või teiste alkoholi liigtarvitamise probleemi ning õigustada keeldude mittevajalikkust ja/või oma käitumispraktika mittemuutmist. Näited intervjuudest:

- „*kui elu Eestis oleks parem, siis inimesed ei jooks nii palju*“;
- „*tean inimest, kes oli hull joodik, aga elas kõbusalt kõrge vanuseni*“;
- „*statistika on nagu purjus mees: seinast seina*“ – öeldud kommentaaroks Eestis ühe elaniku kohta tarbitava alkoholi koguse kohta;
- „*soomlased joovad osa eesti statistikasse arvatud alkoholikogusest*“ (samal teemal);
- „*Eesti rahvaarv on väike, sellest suur alkoholitarvitajate osakaal*“ ehk suurema rahvaarvuga riigis oleks väiksem osakaal (samal teemal);
- „*meie naabrid (venelased ja soomlased) on veel suuremad joodikud*“
- „*Nõukogude ajaga võrreldes juuakse praegu töökohal palju vähem*“ (probleemi pisendamine konteksti valides);
- „*igasuguste (narkootiliste) ainete tarvitamine on palju ohtlikum*“ ;
- „*inimeste populatsioon maakeral ongi liiga suur - surmad haiguste või erinevate pahede tagajärjel on süsteemi iseregulatsiooni*“ – vastulausena alkoholiliigtarvitamisega seotud surmade statistika näitajatele;
- „*voodis sureb rohkem inimesi*“ - vastulause alkoholitarvitamisest tingitud õnnetuste statistikale;
- „*kõik ei ole must-valge, asjad on suhtelised*“ - arutelu teemal, kas sõltlane peaks hoidma kainust;
- „*see on ikka inimese enda asi, kas ta päästab ennast*“ –õigustades abi mitteotsimist;
- „*kõik ju joovad*“ (so probleemi pisendamine normikohasusele viitamisega);
- „*õlle ja puskari ajamine on kultuuriliste traditsioonide osa Eestis*“ (probleemi pisendamine normikohasusele viidates);
- „*Anto Raukase sõnul ei ole kõik geenimutatsioonid kahjulikud*“ - vastulause alkoholist esilekutsutud geenimuutustele;
- „*juba Aristoteles ütles, et noorsugu on hukas*“ - kui jutuks tuli liigtarvitamise levimus noorte seas.

Esitletud väidetes joonistuvad välja klassikalisi propaganda ja populismi retoorikast tuntud mustreid, nt: probleemi pisendamine sobivalt valitud kontekstis, kõrgemate väärtustega (traditsioonid, normid identiteet, isikuvabadus) sidumine, autoriteetidele viitamine jms.

Teadmised alkoholi liigtarvitamise piiridest ja selle hindamisest

Alkoholi liigtarvitamisest teadlikkuse üle arutlemine algas intervjuudes tarbitava alkoholi koguste hindamisküsimusega ehk mis tasemest on tarbitavad kogused võimaliku probleemi märgiks. Uuringus osalenud eraisikute kommentaarid alkoholi liigtarvitamise teemal viitavad, et „normaalse“ või kontrollitava joomise ja „probleemse“ joomise piir tõmmatakse sageli juba väljakujunenud sõltuvuskäitumise faasi. Võimalik, et nii kõrge „piir“ kujunes seetõttu, et enamik meie vastajatest olid praegused või endised alkoholi sõltlased või tervistkahjustavates kogustes tarvitajad. Iseloomulik oli arvamus, et alkoholitarbimine ei ole probleem kui inimesel on püsiv töökoht ja toimivad peresuhted. Tsükliloomine (vastanud eraisikute kirjelduste põhjal tavaliselt korraga 3 või enamat purjusoleku päeva) on aga probleemse ehk liigtarbimise tunnuseks.

Ma olen tähele pannud, et isegi need vabadel päevadel joojad, inimesed, kes peale joovad hommikuti, suudavad oma eluga hakkama saada. Aga no näiteks nagu mina, et päevast päeva, nii nagu need tsüklid on, et joob peale-peale-peale, no see on juba ebareaalne. Et öösel on sul pudel kõrval, teed korraks silmad lahti, võtad ühe lonksu ja siis jääd edasi magama. Siis teed jälle silmad lahti, võtad ühe lonksu.. Noh see on juba nagu tugev sõltuvus, see ei ole normaalne. /M26_s36/.

Intervjueeritud eraisikute seas oli ainult üks inimene, kes märkis, et probleemne võib olla ka igaõhtune väikses koguses lahja alkoholi tarvitamine. Ajaolu, et ta asetab enda jaoks tarvitamise ohupiiri madalale ning omab kriitilist eneserefleksiooni võimet, on tõenäoliselt aidanud tal oma alkoholarvitamise taset kontrolli all hoida.

Küsitakse mu käest, et miks sa võtad ja miks sa jood. Siis sa hakkadki mõtlema, et miks ma tegelikult joon? Kõige hullem on see minu meelest kui /naerab/kui vastuseks tuleb - harjumus. See on juba hull variant. /N50_s13/

Liiga kõrgele asetatud „piir“, millest algab alkoholi liigtarvitamine, on barjääriks enda ja teiste käitumises ohumärkide nägemisel ja/või liigtarvitamise tunnistamisel.

Siin perearstis tuleb rohkem neid üllatusi välja, kellest sa ei oota, sest ta on sotsiaalselt väga hästi hakkamasaav. Tal ei ole nagu... kõik on korras, on töö kõik on nagu hästi. Aga siis tuleb välja, et iga päev on õhtune alkohol, mis ei ole tegelikult jällegi õige. Iga päev ühikud, peaks olema ju ka alkoholivabad päevad nädalas, mõnel ei ole üldse neid. Ja siis ta on üllatunud, et mis mõttes? Ega ma ju mõni joodik ei ole! Paar pudelit õlut iga õhtu ja see ongi normivariant. /perearst 5/

Eeltoodud tsitaat illustreerib autorite arvates nii perearsti eelarvamust kui ka patsiendi poolset kognitiivse dissonantsi maandamist. Kuid samavõrd on patsiendi reaktsioon seotud tema teadlikkusega riskipiiridest – millisel tasemel on alkoholi tarvitamine lihtsalt liigtarvitamine, kuritarvitamine või sõltuvus.

Ohustavat tarvitamise (mitte)märkamise teiste poolt

Lähedastel on üldjuhul võimalus esimesena märgata ja teadvustama inimese alkoholiprobleemi. See juures on väga oluline märkaja käitumine sellises situatsioonis, mis võib toetada lahendust või hoopis süvendada liigtarbimist. Õnneks esineb ka juhtumeid, kus alkoholi liigtarvitamise probleemiga inimene on vastuvõtule jõudnud just mõne teise inimese pealekäimisel.

No, ikka lähedased. /../ mõni patsient tulebki pere survele, et öelge, et mul ei ole probleem, siis ma saan seda neile öelda. /eriarst 8_kliiniline psühholoog./

Ka perearstile on alkoholi probleemse tarvitamise märgid nähtavad iseloomulike kaebuste või anamneesi põhjal. Intervjuudest kuuldu põhjal võib seada hüpoteesi, et sellel perearstide poolse märkamise võimalused ei ole kindlasti piisavalt rakendatud. Lähemalt sellest peatükis 4.2.

Eriarstid tõdesid, et neil on raske märgata probleemset alkoholarvitamist õigeaegselt, sest oma igapäeva töös on nende tähelepanu seotud raskemate juhtudega – inimestega, kellel on tekkinud

juba ka füüsiline sõltuvus alkoholist. Lisaks pole taolistel inimestel sageli enam tööd, elukohta ega sageli lähedasi, kes teda toetaksid.

me märkamegi ainult neid alkohoolikuid, kes on seal tänaval või kes on seal kraavis või. Ja kui need, kellel on juba tõesti alkohoolne maksatsirroos, mitte mingit muud meditsiinilist põhjust välja keegi ei suuda mõelda, et me ainult neid märkamegi. Et me ei märkagi neid, kes tegelikult tööl käivad või kes on grupile jäänud mingi kehalise haigusega ja noh ta-ta-ta. See grupp see on väga suur hulk inimesi tegelikult. /eriarst 7/

Lisaks arstide kohati selektiivse (eelkõige tugevale probleemile orienteeritud) märkamise kõrval on oht, et inimesed, kellel juba tõsiselt kõrvalist abi vaja oleks, ei jõuagi näiteks psühhiaatri juurde. Neid kohtavad tõenäoliselt EMO ja kiirabitöötajad, kui neile on vaja juba erakorralist arstiabi. Alkoholi liig- või kuritarvitamise faasis inimeste puhul on positiivne ravitulemus tõenäolisem, mis tõttu on selle võimalikult tarvitamise häire varajane märkamine väga oluline.

Kui me räägime proovimisest, tarvitamisest, probleemsest tarvitamisest, kuritarvitamisest ja sõltuvusest, siis ma arvan, et enamik inimesi, kes psühhiaatria ravivaldkonda üldse ei jõuagi, on probleemsed tarvitajad – kuid kelle puhul ravitulemuslikkus oleks kõige märgatavam /eriarst 9_kliiniline psühholoog/

Tuginedes eelöeldule võib alkoholi liigtarvitamise märkamise taset arstide seas, rääkimata eraisikutest, võrrelda jäämäe tipu märkamisega. On tõenäoline, et esimesi märke probleemist või isegi väljakujunenud sõltuvuskäitumist ei märgata või ei soovita alati märgata. Alkoholitartvitamise häire varajase avastamine perearsti tasandil ei tohiks loomulikult piirduda ainult probleemi märkamisega, vaid peaks püüdlema häire tagamaade mõistmisele sooviga mõjutada patsienti oma alkoholi tarvitamist jälgima ja vähendama.

Järgnevalt vaatame eelarvamusi ja hirme, mida uuringus osalenud seoses alkoholi probleemi ja selle raviga seoses väljendasid.

3.2. Eelarvamused

Alkoholi tarvitamisega seotud eelarvamustest on alkoholitartvitamise häire käsitluse kontekstis oluline avada **stereotüüpset arusaama alkoholi probleemsest tarvitajast**, so kuritarvitajast või sõltlasest.

Eraisikute sihtrühma intervjuudes antud alkoholi probleemse tarvitaja (kõnekeeles „joodiku“) kirjeldus oli tavaliselt, et see on sotsiaalselt mitte toimetulev inimene, tüüpiliselt keskeas või vanem mees. Probleemse tarvitaja kirjeldus on seega ootuspäraselt vastavuses ettekujutusega probleemsest tarvitamisest, milles oli juttu eelmises peatükis. Vastajad, kellel isiklikus tutvusringkonnas alkoholi liigtartvitajaid, oskasid probleemi laiendada ka sotsiaalselt (veel) toimetulevale inimesele, kuid eeldusel, et tarbitavad kogused on väga suured (nt pudel kanget alkoholi iga päev).

Joodik on selline sõna otseses mõttes asotsiaal, kellel pole õieti riideid, kes haiseb ja keda kõik püüavad vältida ja on täis jne, magab siin ja seal. Aga see ei ole ainus, sest joodik on

tegelikult ka see, kes võib-olla igapäevaselt paar pudelit viina paneb nahka ja läheb hommikul tööle, on reibas ja tema on ka joodik ju. /N50_s13/

USAs läbiviidud elanikkonna läbilõike uuring kohaselt on nn. sotsiaalselt hakkamasaavaid (*Functional subtype*) alkohoolikuid, kelleks on tüüpiliselt keskealised haritud, stabiilse töökoha ning peresuhetes inimesed, riigi alkoholisõltlastest 19,5%. (NIAAA 2007 viidatud Wiki kaudu). Ka meie uuringus kirjeldasid intervjueeritud arstid alkoholi liigtarvitamise probleemiga patsiente oluliselt variatiivsemal kui erasikud. Arstid rõhutasid oma kommentaarides liigtarvitamise varjatust, sh võimalust, et probleemne tarvitaja võib olla sotsiaalselt toimiv (töökohta ja peret omava) inimene.

Meie kliinik on kujunenud selliseks „luupeetud ühiskonnaliikmete raviasutuseks“. /eriarst 3, psühhiaater/

Alkohoolik võib olla väga kena, atraktiivne, töötav, kõrgeel töökohal töötav naine vanuses 45, 50. Täiesti rahulikult. See võib olla 80-aastane pensionär, kes on hakanud alkoholi tarvitama pärast seda, kui ta on pensionile jäänud. Enne on olnud näiteks õpetaja, pole mingit alkoholi probleemi olnud. Olles olnud nüüd paarkümmend aastat või 15 aastat pensionil, on ta tulnud täiesti mingi paranoiliste sümptomitega alkoholi sõltlane. See võib olla noor 25-aastane mees, kes on hakanud jooma juba oma keskkooli, gümnaasiumi lõpu ajast. Pole suutnud omandada ühtegi ametit, sest koogu elu on läinud siia maani joomise tähe all. See võib olla, see võib olla tänaval vedelev krambitanud ärajoonud ajudega mees või naine. See võib olla arst, see võib olla õpetaja, see võib olla koristaja, see võib olla ehitaja, see on absoluutselt seinast sein. /eriarst 7, psühhiaater/

Tegelikult on mehi-naisi fifty-fifty, enam-vähem pooleks praegu. Ma ütleks isegi, et mingi 50+ vanuses. /.../ Kui nad tulevad oma kõrge vererõhuga või diabeediga või mis iganes muu diagnoosiga, siis tavaliselt ma küsin ikkagi selle küsimuse ka juurde ja siis tuleb sealt välja. /perearst 9/

Eelarvamused ja hirmud, mis on seotud alkoholi probleemi tunnistamise ja tunnistajaga

Märke eelarvamustest, hirmudest ja isegi liigtarvitamist tunnistava inimese häbimärgistamisest leidis kõigi uuringusse kaasatud osapoolte esindajate intervjuudes. Arstid oma ravivalikutes eelarvamusest juhindumist üldjuhul vestlustes otsesõnu ei tunnista ja/või enda puhul seda ei teadvusta. Seetõttu on ootuspärane, et eelarvamuste esinemisele viidati kommentaarides eelkõige kolmanda isiku võtmes (ehk teised inimesed, arstid jne arvad). Teadaolevalt ei jäta teiste arvamus (ka arvatav arvamus) inimesi ükskõikseks ning sõltuvalt tema tundlikkusele või konformsusele mõjutab see ka inimese isiklike valikuid rohkemal või vähemal määral.

Ühiskonnas valitsevaid eelarvamusi teades või arvates teadvat, püüab alkoholi **liigtarvitamist teadvustanud inimene** vastajate sõnul oma probleemi teiste eest varjata, sest **muretseb oma maine või tõsiseltvõetavuse pärast**. Kusjuures tugeva märgilise tähendusega on tarbitava alkoholi hinnaklass ehk utreeritult öeldes: häbi ei ole palju juua vaid häbi on odavat juua.

Varjavad ... pigem just need, kes nagu joovad ma ei tea, kas mingit illegaalset või mingit odavat viina ja neid suuri Sarvikuid või mis iganes. /.../ kallist kraami ei saa endale lubada, siis ma joon seda odavat ja kanget, aga saan oma vajaduse kätte. Tegelikult see on see, mida meie nimetame tegelikult nii-öelda joodikuks, eksole. /perearst 9/

Samas ei pruugi ka kallimate jookide või markide tarvitajad olla valmis oma probleeme tunnistama, kartes, et neid asetatakse nimetatud stereotüübi raames „sotsiaalselt mitte toimetulevate“ inimeste kategooriasse. Mainet kahjustav on üldjuhul ka ühiskonnas valitsevate normide ja tabudega vastuollu minemine. Kuna alkoholi kuritarvitaja on stereotüüpselt mees, siis mitme eriarsti sõnul on oma probleemi avalik tunnistamine eriti raske naistele.

Naised üldiselt pöörduvad ravile palju kehvemini kui mehed, sest naiste alkoholism on teatavasti tabu. Kui me näeme seltskonnas meest, kes on purjus, siis me üldiselt normaliseerime seda ühiskondlikult enam kui seda, et naine on alkoholi joonud, mistõttu naised väga sageli joovad üksinda kodus. /.../ varjavad seda ka oma lähedaste eest. Ja neil tekib ka kuritarvitamine ja sõltuvus palju kiiremini, palju väiksemate koguste ja palju lühema tarvitamisperioodi järgselt. /eriarst 9, kliiniline psühholoog/

Negatiivse, võiks öelda isegi stigmatiseeriva märgilise tähenduse, on saanud ka alkoholi sõltuvusele spetsialiseerunud raviasutused (nt Wismar), millega seotust patsiendid ei soovita tunnistada ning sellest lähtuvalt pöörduakse abi otsimiseks sinna ainult äärmisel juhul (liiga hilja).

Mainekahju võib inimeste hirmude ja eelarvamuste kohaselt omakorda **kaasa tuua „väljaarvamise“ senimest sotsiaalsest praktikatest** (sõbrad, töö vm). Intervjuudes märgiti, et Eesti ühiskonnas on esiplaanil individualistlikud väärtused, mistõttu hädasolija võib oma murega kergesti üksi jääda. Põhjendatult peetakse normaalseks, et inimene kontrollib oma alkoholtarvitamist, kuid paraku võib see viia olukorrani, kus oma probleemi teadvustav alkoholiliigtarbimise häirega inimene tunneb end seetõttu „läbikukkujana“.

Meil see kultuuriruum sätitud sellele, et kõik võivad juua, et see on tore ja aktsepteeritud. Teiselt poolt see, et kes selle küüsi langevad, need on ise süüdi ja viletsad, et juua ei oska. /eriarst 3, psühhiaater/

Tegelikult me oleme üsna hoolimatud ja sellised mitte sallivad. Kui inimesel on probleem, siis neid on vähe, kes püüavad seda probleemi lahendada. Pigem on selline ära tõukamine, et pole inimest, pole probleemi. /N50_s13/

Kindlasti on grupist „väljaarvamise“ hirmudest kõige tõsiselt võetavam hirm töö kaotuse ees. Töökohta omavad alkoholi kuritarvitajad ja –sõltlased kardavad tööandja suhtumise muutust (isegi vallandamist), kui saab ilmsiks nende võetud haiguslehtede tegelik põhjus. See perspektiiv võib viia alkoholi kuritarvitamise või sõltuvuse fakti peitmiseni nii patsiendi enda kui ka arsti poolt, kes ei kirjuta haiguslehele tegelikku tööst eemale jäämise põhjust.

Paraku võib alkoholi kuritarvitamise või sõltuvuse selgumisel muutuda ka **arsti suhtumine patsienti**. Arstide endi sõnul võib meditsiinisüsteemis kohata :

- ... abivajaja kergekäelist „*alkohoolikuks tembeldamist*“;
- ... käega löömist: „*miks ressursi raisata*“.
- ... suhtumist, et „*see on inimese enda tekitatud haigus*“.

Kuna nimetatud eelarvamusi mainiti arstide endi poolt, siis ilmselt need reaalsuses ka eksisteerivad (nende levikuulatust ei päde antud uuring hindama). Näited intervjuudest:

See, kes ausalt ütleb, nendest tehakse väga kergekäeliselt alkohoolik. /perearst 11/

Aga ma arvan ka, et enamik patsientidest Eestis teavad ka seda, et kui sul juba alkohooliku silt küljes on, siis sind meditsiinisüsteemis enam liiga tõsiselt ei võeta. Või vähemalt on see hirm, et ei võeta. Et ah, see on üks alkohoolik siin ja... Et hakatakse nagu ressursi vaikselt kokku hoidma. /.../ Need, kes on läinud, need on läinud. Nendega, kes juba joovad, pole võibolla suurt midagi enam teha. /.../ See ei ole selline haigus, millega sa sünnid. Me räägime siin skisofreeniast või depressioonist, bipolaarsest häirest. Mis on geenidega kaasa antud, ühel hetkel see võib avalduda. Selle haiguse tekitavad kõik endale ise. Ei joo, ei teki. / eriarst 3 psühhiaater /

Eelarvamusi ja alkoholi kuritarvitaja häbimärgistamist arstide poolt võib mõista, sest see on sageli kantud isiklikust kogemusest ja valdavalt rasketest juhtumitest. Kas võib ette heita kliinilisele psühholoogile, kes sõltlase ravidistsipliini silmas pidades nende kohta ütleb: „*tänamatu kamp*“ või EMO töötajale, kes patsiendile ütleb „*ise oled süüdi, et joobes pea lõhki kukkusid*“ või tööandjale eelarvamuslikku hoiakut „*endest enam töötegijaid ei ole*“ ning kolleegile või elukaaslasele tõdemust, et „*joodikut ei saa usaldada, talle ei saa loota*“?

Taolisi eelarvamusi või hoiakuid ühiskonnas võib lugeda positiivseks, kui see loob barjääri alkoholi kuritarvitamisele. Paraku saavad sellised lausungid suurema tõenäosusega barjääriks kellelegi teisele tema alkoholi liigtarvitamise tarvitamise tunnistamisele ja abi otsimisele.

Tekib teatud mõttes on ka häbi tunnustada ja kui see tunne juba tekib, siis ei ole ju kõik veel kadunud. /N50_s13/

Hirm saada häbimärgistatud võib viia probleemi eitamiseni ning sealt uskumuseni, et senist käitumismustrit pole vaja muuta. Paradoksaalsel kombel ei mõisteta ühiskonnas alati ka täielikku alkoholist loobumist, sest see on samuti hälbimine valitsevast normist ning seda valikut peab kaaslasele põhjendama. Teadaolevalt on täielik alkoholist loobumine aga paljude alkoholitartvitamise häirega patsientide jaoks ainus viis joomahoo ennetamiseks.

Eelöeldu põhjal on igasugune kommunikatiivne töö ühiskonnas alkoholi tarvitamisega seotud normide ja alkoholisõltuvuse ja sõltlastega seotud eelarvamuste hajutamiseks väga oluline.³ Veelgi enam – „normaalsus“ võiks olla see, et seltskonnaüritusel kaine olemist ei pea õigustama.

3.3. Motivatsiooni puudus

Kõik **arstid** puudutasid intervjuudes **patsiendi ravimotivatsiooni** teemat, sh. ka äärmuslikke juhtumeid, kus ravis või ka juhtumikorralduslikult on tehtud kõik, et inimest toimivana hoida, kuid patsiendi keeldumine ambulatoorsest ravist arstile palju võimalusi ei jäta. Seetõttu leiti mõnel juhul, et „tahtest olenematut ravi“ (TOR) võimalused võiksid olla seniselt kättesaadavamad. Enamikul juhtudel on probleemiks tagasilangustest põhjustatud motivatsiooni langus ka raviks motiveeritud patsientidel. Mistõttu rõhutati vajadust patsiendi ravimotivatsiooni püsimumist toetavate statsionaarse rehabilitatsiooni keskuse järele.

Intervjueeritud **patsiendid ise** hindasid oma probleemiga tegelemise motivatsiooni kõrgeks. Näiteks uuringus osalenud 6-st patsientidest, kelle AUDITtesti skoor oli 13 või suurem, hindasid oma

³ Käesolevas uuringus kogutud materjale on täiendavalt analüüsitud kommunikatiivsete väljakutsete perspektiivist. Kaal, E. (2016) Alkoholi liigtarvitamise ja sõltuvusravi alane teavitustöö. Tervise Arengu Instituut.

motiveeritust oma alkoholi liigtarvitamisega tegelda maksimaalselt 10-palliga 4 inimest. Üks inimene 7 palliga (tema testi skoor oli 13). Mittemotiveeritaks võis lugeda ainult ühte vastajat (skoor 40), kes ei väljendanud ka vestluses oma valmisolekut abi otsida. Tema räägitu põhjal võib mittemotiveerituse põhjustena näha edukogemuse puudumisest tingitud lootusetust ja olukorrale allaandmist.

Tagasilangust oma alkoholi tarvitamise kontrollimisel olid kogenud kõik intervjuus osalenud (Audit-testi skoor 13 või enam). Tagasilanguse põhjuseks kas sotsiaalse surve (ei suutnud seltskonnast kõrvale jääda) ja/või ei osanud patsient oma stressi ja ärevustundega teisiti toime tulla. Intervjueeritutel kuuldust ilmnas nõ suletud ring, kui kogeti, et teised ei saa aidata ja loota saab ainult endale, kuid samamoodi kogeti, et ei suuda end kontrollida. Nii patsientide kui arstide intervjuudest kuuldu põhjal ilmnas, et sageli puudub ümbritsevatel inimestel oskus ravimotivatsiooni toetada. „Vinguv naine“, ultimaatumeid esitav tööandja või hurjutav arst võivad abivajajas veelgi süvendada ebaõnnestuja tunnet ning motivatsiooni langust.

Patsiendi motivatsiooni puudusele, kui raviprotsessi kitsaskohale viidati kõikide arstide intervjuudes. Selles nähti sageli peamist positiivse tulemuse (alkoholist hoidumise või kontrollitud tarvitamise) mittesaavutamise põhjust. Kuid kas ei või tekkida oht, et patsiendi motivatsiooni ületähtsustades demotiveerib arst ennast ise õigustades mittetegutsemist: „*ei ole võimalik ravida, kui patsient ei taha*“?

Arsti end vähest motivatsiooni alkoholisõltuvusega patsiendiga pühendunult tegelda kinnitasid mõnede intervjueeritute aus eneserefleksioon „*ma parema meelega ei tegeleks*“. Kommenteerides alkoholitarvitamise häire (sõltuvus-) ravi populaarsust tudengite ja praktiseerivate arstide seas, märgiti, et „*see ei ole populaarne ravivaldkond*“

Arstide motivatsiooni tegelda patsiendi alkoholi kuritarvitamise ja sõltuvusprobleemiga vähendavad barjäärid, mis otsesemalt või kaudsemalt ilmnasid nii eriarstide kui perearstide intervjuudest. Nendeks barjäärid on:

- ravi- ning rehabilitatsiooni võimaluste (teadaolev) vähesus;
- vähene koostöö spetsialistide vahel, pole kellegagi juhtumit arutada - *kõik nokitsevad omaette*;
- patsientide madal valmisolek olukorra hindamiseks ja/või madal koostöövalmidus raviks;
- arstide madal usk positiivsesse raviväljavaatesse, eriti keskealise patsiendi puhul;
- perearstid tajuvad hirmutavana ravi kompleksust ja kaasnevaid lisakohustusi;
- Perearstid hindavad madalalt enda võimalusi ja/või oskusi alkoholitarvitamise häire raviks, sh patsiendi koostööle motiveerimiseks.

Võrreldes teiste perearsti vastutusalasse kuuluvate haigustega on sõltuvuskäitumine, sh alkoholiarvitamise häire, oluliselt laiem tagamaaga, mida arstil tuleks arvestada ja kontrollida. Ülesanne hõlmata korraga „kogu maailma“ mõjub de-motiveerivalt.

Ütleme niimoodi, et ma väga optimistlik või entusiastlik muidugi ei ole. See on selline teema, mida keegi tegelikult ei taha, sest kõik teavad, et see on suur ja lai teema. /.../ See on lõputu /.../ paned oma pea kuhugi mudaauku ja lõpuks oma pead sealt enam kätte ei saa. Ma arvan, et need laiad teemad tegelikult hirmutavad inimesi. Kui see oleks väga väike ja lühike ja konkreetne asi, siis on hoopis teine valmisolek. /perearst 9/.

On teatud osa kolleege, kes on üsna veendunu, et see on inimese enda asi, oma tekitatud ja nad ei taha sellega tegelda. Ja teine grupp arste, kes ka meelsamini ei tegeleks nendega, sest nad ei ole piisavalt enesekindlad, mida nad peaksid tegema. /eriarst 1, psühhiaater/

Ega ta kõige populaarsem valdkond ei ole, millega tegeleda, kuna ta on niivõrd raske. Teine probleem on see, et tõenduspõhisust on siin suhteliselt raske välja tuua. Patsiendid on ikkagi väga erinevad ja individuaalsed oma probleemidega, oma ressursidega. Mis ühel või teisel inimesel töötab. /.../ päris otseselt teiste kogemusest kõike õppida ei saa, sega ei ole nii lihtne teha, et tehke nüüd nii. /eriarst 6, psühhiaater/

Väljakujunenud sõltuvuskäitumisest rääkides ei näinud perearstid sageli raviperspektiivi, sest stereotüüpse vaate ja/või ka nende isikliku kogemuse kohaselt on tegemist sotsiaalselt mitte toimetuleva inimesega. Noore sõltlase raviperspektiivi peeti paremaks, aga kas põhjendatult?

Kui noore inimesega tegelema hakata, siis see oleks tõenäoliselt veel ümberpööratav protsess, eksju. Aga kui on sõltlasega tege, siis ma ei tea, siis on tõesti ainult kaks teed: kas karskus või jätkab samas vaimus. /perearst 12/

Eriarstide intervjuudes hinnangutes oli sõltuvusjuhtumite raviväljavaadete suhtes pisut vähem pessimismi: nenditi, et „imesid juhtub“, kuid ilma sotsiaalse võrgustiku ja muu sotsiaalse tegevuseta (töökoht vms) on tulemuslik ravi väga ebatõenäoline.

Niisiis on patsiendi ravimotivatsiooni toetamine arstile suur väljakutse, sest nõuab suurt pühendumust ja ka enesemotivatsiooni oskust, sest edukogemus ravis laseb end tavaliselt oodata. Väidetavalt on arstide vahel vähe koostööd ning „üksi nokitsemine“ ei toeta töömotivatsiooni. Kui See on olukord, siis tasuks tervisekeskuste juhtidel mõelda, kas ja kuidas nende keskuse töökorraldus soodustab kolleegide omavahelist professionaalset suhtlemist, sh: nii raskete juhtumite kui edulugude arutelu. Rääkimata muudest viisidest arstide töömotivatsiooni toetamisel sõltuvuskäitumisega patsientidega raviks.

Kuidas eriarstid säilitavad töö motivatsiooni? Intervjuudest kuuldu põhjal tuleb arstil läbipõlemise ja motivatsiooni languse vältimiseks seada koos patsiendiga protsessi vahe-eesmärke ja osata tähele panna ning rõõmu tunda ka väiksest edusammust.

Anonüümne alkohoolik elab ka üks päev korraga. Iga päev on võidetud päev, kui see on alkoholita päev. /eriarst 10, kliiniline psühholoog/

Motiveeritud arsti iseloomustab **probleemi lahendamisele ning patsiendi toetamisele orienteeritud suhtumine.** Intervjueeritud arstide kommentaarides väljendasid seda järgnevad uskumused ja seisukohad:

- alkoholi liigtarvitamise probleemiga inimeste aitamine täna vähendab ühiskonna kulusid tulevikus;
- alkoholi tarvitamise häirega inimesi saab aidata (ravida);
- need inimesed on ühiskonnale väärtuslikud;
- alkoholi tarvitamise häirega patsiendi ja tema lähedaste elukvaliteeti saab ja tuleb parandada;
- probleemi peitmine ei kaota seda;

- häire varajane avastamine suurendab oluliselt positiivset raviperspektiivi;
- alkoholi tarvitamise häire puhul ei ole tegemist „tahtenõrkusega“
- oma probleemi tunnistanv inimene vajab tuge ja tunnustust
- alkoholi kuritarvitajal ja sõltlasel puuduvad eritunnused, ta võib olla ükskõik kes meie ümber.

Need tõekspidamised on laetud empaatiavõime, hoolimise, patsiendi saavutuste tunnustamise ning usuga positiivsesse raviväljavaatesse. Iseloomulik on siin, et patsienti ei vaadelda üksik indiviidina vaid märgatakse tema sotsiaalset võrgustikku (pereliikmed, sõbrad) ja potentsiaalset panust ühiskonna heaks.

Väga suurt hulka nendest inimestest saab aidata. See on suur töö ent me ei saa kõiki neid maha kanda. /.../ iga Eesti inimene teab oma tutvusringkonnast kedagi, kes on olnud kohutav alkohoolik, olnud kraavis. Kes on tegelikult intelligentne inimene, ta on sellest välja saanud, ta on olnud kümneid aastaid kaine. /.../ ta on teinud väga head ühiskonnale kasulikku tööd, väga suurt loometööd või mida iganes. See on ka küsimus selle inimese ja tema lähedaste elukvaliteedis. /eriarsti intervjuu 7/

Kui inimene elab maal või linnas või ütleme väikses linnas, siis mis Te arvate, et keegi ei tea, et tal on probleem? Kõik teavad, kui ta hakkab oma probleemiga tegelema, siis kõik vaatavad teda imestusega, et ta hakkas sellega tegelema. Et nüüd inimene käib arsti juures. Pigem on see väga OK tema võrgustiku või sõprade vaates, et näe võttis ennast kokku jne. /eriarst 2/

Positiivse raviväljavaate tõenäosust tõstab aga probleemi varajane märkamine, seda rõhutas enamik küsitletud arstidest. Lähemalt sellest järgnevas peatükis 4.

4. Varajane avastamine perearsti tasandil

Alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja lühisekkumise teenus (edaspidi: ALVAL) hõlmab käesoleva aruande kontekstis nii sõelumist, vajadusel lühisekkumist alkoholi liigtarvitamise vähendamiseks kui ka vajadusel alkoholisõltuvuse diagnostilisi tegevusi. Seega tegemist on senise praktikaga võrreldes konkreetsemate ja süsteemsemate sammude ja vahenditega, et varakult avastada inimeste alkoholi liigtarvitamist.

Juba mainitud meetoditest võiks siinkohal lahti seletada kaks peamist mõistet, millest esimene, sõelumine (*screening ing.k*), tähendab AUDIT-C ja AUDIT testi abil alkoholi tarvitamise riskitaseme esmane määramist inimesel, kes on tulnud arsti/õe vastuvõtule.

Lühisekkumine (*brief intervention ing.k*) on kõige sobivam teadaolev sekkumisviis eelkõige ohustava või kahjustava alkoholi tarvitamise korral. Kindla struktuuriga lühisekkumise seanss alkoholi liigtarvitamise vähendamiseks, mis peaks võtma arvesse FRAMES'i mudelit (Feedback of personal risks or impairment; Responsibility; Advice; Menu; Empathy; Self-efficacy) ja motiveeriva intervjuerimise põhimõtteid. Lühisekkumine alkoholi liigtarvitamise vähendamiseks on tõenduspõhiselt efektiivne ja kulutõhus alkoholi liigtarvitamise vähendamise meetod patsientide hulgas, kes tarvitavad alkoholi tervist ohustaval või kahjustaval määral (5; 6; 7; 8), kuid kellel ei ole välja kujunenud alkoholisõltuvust (3). Alkoholi tarvitamist kahjustaval määral nimetatakse ka alkoholi kuritarvitamiseks (3).

Oluline on siinkohal märkida, et intervjuud eriarstide ja perearstide (-õega) toimusid enne uue ravijuhendi „Alkoholi tarvitamise häirega patsiendi käsitus“ avalikustamist. Intervjuudes tutvustati alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise (sõelumine ja vajadusel lühisekkumine) teenust arstidele põhimõttelise ideena, mitte vormistatud käsitusena, kuna intervjuude eesmärk oli selgitada hetkeolukorra kitsaskohti, koguda esmaseid reaktsioone uuele käsitluse rakendamise võimalikkusele ning saada sisendit uue ravijuhendi ja teenuse rakendamiseks vajalike tugitegevuste kohta nii tervishoiusüsteemis kui ühiskonnas laiemalt.

Nii eriarstide kui perearstide silmis on ALVAL teenus oluline ja vajalik, kuid arutelu tekkis ootuspäraselt teemal: kes, kus, kuidas ja missuguste ressurssidega seda tegema peaks ning lisaks, milline võib olla patsientide reaktsioon sekkumisele varajaseks avastamiseks.

Peamiste barjääradena ALVAL-teenusega liitumisel ja selle osutamisel nähti järgnevat:

- **süsteemi puudumine**, sh tõdemus, et süsteemi kuuluvad osad on olemas, kuid puudub koostöö süsteemi osaliste vahel, mis tekitaks toimiva ja tulemusliku süsteemi;
- **vähe spetsialiste**, kes tegeleksid alkoholi liigtarvitamise probleemiga süvendatult ning omaksid rohkem kogemusi ning teadmisi sel alal
- **perearstide** teadlikkus probleemi olemusest ning abi saamise võimalustest on madal ning puudub harjumus patsiendi anamneesis küsida alkoholi tarvitamise kohta
- **patsientide** teadlikkus probleemi olemusest, ohustava tarvitamise piiridest ning abi võimalustest on väga piiratud

- **üldjuhul** on oma alkoholi liigtarvitamise tunnistamine teema, millega käib kaasas palju eelarvamusi ja hirne, mistõttu kardavad perearstid kohata patsientidelt negatiivset reaktsiooni.

ALVAL-teenusega liitumist ja selle osutamist toetavad argumendid poolt olid:

- **eriarstide** poolt, et see aitab tõsta teadlikkust alkoholi tarvitamise piiridest ning aitab kaasa alkoholi liigtarvitamise probleemi redefinieerimisele
- **eriarstide** ja **perearstide** hinnangul on perearsti tasand kõige sobivam võimalike alkoholi liigtarvitajate varajaseks avastamiseks
- **perearstid** näevad varajase avastamise puhul võimalust, et alkoholi tarvitamise kohta küsimine muutub süsteemsemaks ning paneb kõiki arste rohkem mõtlema ja tegutsema alkoholi liigtarvitamise probleemi ennetamise suunal
- võimaldab **patsientidele** anda objektiivsema hinnangu nende alkoholi tarvitamisharjumuste kohta (täpsemalt peatükis 4.4)

Paraku ei olnud intervjueritud perearstidel ning ka enamikul eriarstidel selget arusaama ja kindlust kuidas ja millisel tasemel varajane avastamine peaks toimuma ning kuidas seejuures käsitleda eelarvamusi ja mõjutada patsienti tegelema oma probleemiga.

Järgnevates alapeatükkides vaatame eraldi täpsemalt, missugused on uuringu sihtrühmade nägemused ning hinnangud varajase avastamise tegevustele perearsti tasandil.

4.1. Eriarstide vaatenurk

Intervjueritud eriarstid tõdesid varajase avastamise vajadust, kui nii mõnedki püstitasid küsimuse: kes seda siiski teeks või kes on pädev alkoholi tarvitamise häirega tegelema.

Alkoholi liigtarvitamise probleemi käsitlemise nii eriarsti kui perearsti tasandil muudab keeruliseks probleemi peidetus, sh: selle varjamise soov patsiendi poolt (lähemalt oli sellest juttu peatükis 3.2. Eelarvamused) ja läbipõimituse tõttu teiste vaimse tervise probleemidega. Samas tõdesid intervjueritud eriarstid kui perearstid (-õe) probleemi selles, et arstid ei räägi täna patsientidega piisavalt alkoholi liigtarvitamise piiridest ja selle riskidest, kuigi see võiks olla teema, mida käsitleda näiteks rääkides inimesega tervisliku eluviisi praktikatest.

Eriarstide hinnangul on alkoholi liigtarvitamine sageli probleem, mis seotud või isegi kaetud mõne muu psühhiaatrilise haigusega. Seetõttu võib alkoholi tarvitamise häire ka eriarstile patsiendi esimeste visiitide käigus märkamata jääda.

Ja ta on, loomulikult me ju teame, tal on sekundaarsena alkoholi probleemne tarvitamine või kuritarvitamine või sõltuvus. See tähendab, et alati on sellel inimesel mingi probleem veel. Kui see probleem on subjektiivselt väga suurt rahulolematust tekitav, no siis nad (patsiendid) pöörduvad. Ärevushäiretega või meeleoluhäiretega inimesed üldjuhul tulevad ravile päris kenasti ja siis saab hinnata ka seda sõltuvusprobleemi või alkoholi tarvitamise probleemi ja siis pakkuda võimalusel abi. /eriarst 9_kliiniline psühholoog/

Alkohol ei ole iseenesest probleem. Alkohol on ainult leevendus millelegi. Tuleb leida see päris põhjus /N45_0/

Süsteemaatiline varajase avastamise meetmete rakendamine tõstaks arstide sõnul teadlikkust ohustava tarvitamise piiridest ja toetaks seeläbi probleemi õigeaegset märkamist nii arstide kui patsientide endi poolt.

Võib-olla selline süsteemne monitoorimine, et mul selline lambike põleb kogu aeg: et neid ja neid tegureid ka tuleb jälgida, aitaks. Et see probleem on väga peidetud, võib avastamine ka väga keeruline olla. Sest seda häbi ja süütunnet on hästi palju selle teema ümber. Teised psüühilised probleemid, mida ka ei ole varmad välja käima, aga need on patsiendile aktsepteeritavamad. Näiteks, et mul on elus raske, et mul on depressioon või okei mul on mingid ärevushäired. See, et ma olen iseendale probleemi tekitanud, et mul on alkoholism, see ei kõla ju eriti vahvalt. /eriarst 10_kliiniline psühholoog/

Eelnevast tsitaat viitab selgelt vajadusele re-defineerida alkoholi tarvitamise häire tähendus ühiskonnas nagu seda on tehtud depressiooni ja ärevushäirete puhul.

4.2. Perearstide vaatenurk

Eelpool defineeritud ALVAL teenuse osutajatena ning sõelumise tulemuste dokumenteerijatena nähakse teenuse toetuse andmise tingimustes (ehk TAT) nimega „Kainem ja tervem Eesti“ peasjalikult perearste ning –õdesid. Varajase avastamise tähtsust perearsti tasandil peeti vajalikuks ka vastanud eriarstide seas. Perearst kohtab tõenäoliselt esimesena patsiendi tervisemuresid, mille põhjuseks võiks olla alkoholi liigtarvitamine. Näiteks vererõhuprobleemid, maksanäitajad või sage haiguslehe vajadus esmaspäeviti alanud angiini või gripi, seletamatud kukkumised vms tõttu.

Üks selline jah tavaline näide oli, et tuli mees Soomest töölt ja läks laeva peal mingisugusega kaklema, õieti talle tuldi kallale ja siis oli kulm lõhki. See tal siis kinni nõeluti ja siis tuli siia ja hirmus häbi oli, et nüüd on silm sinine ja ma ei saa tööle minna, ta töötas keskastme juhina ja et ta ei saa tööle minna tagasi, tal on haiguslehte vaja. /perearst 3/

Pearstide peamine murekoht seoses varajase avastamisega ja ALVAL teenuse osutamisega „Kainem ja tervem Eesti“ raames on eelkõige ajaressursi nappus. Konkreetsemalt selle teenuse idee ja tegevuste üle arutledes jõuti tõdemuseni, et perearstide tänane sellealane tegevus olemasolevaid ressursse arvestades ei ole ilmselt piisav üldise olukorra muutmiseks. Tunnetades oma vastust ja probleemi keerukust peljatakse taolist väljakutset vastu võtta.

Ega ju küsida ei ole raske. Aga inimene tuleb ju tavaliselt mingi muu murega. Ja vastuvõtuajad on väga lühikesed. 20 minutit. Sa pead selle ajaga selle põhiprobleemi, millega ta tuleb, ära lahendama. Ja vaat siis peaks nagu kuidagi püüdma sinna lisada seda, et seda alkoholitarvitamist ka kuidagi uurida. Kas ta haakub nüüd selle teemaga või mitte? /perearst 5/

Ma saan aru, et hakkame pihta kuskilt küll jah meie, aga ega meie ei kata kõike ära ju. Nagu ma ütlen: 20% on see, mis me katame, ja ülejäänud 80% ringleb ei tea kus. Arvata naiivselt, et meie püüame kõik kinni – ma kahtleks selles. Me püüame kinni need, kes meile siia satuvad. Aga on naiivne arvata, et me hakkame kõiki välja kutsuma, kõiki 1700 kogu aeg. /perearst 9/

Perearstide ja –õdede vestlustest selgus, et patsientidega alkoholi liigtarvitamisest küll räägitakse, kuid seda ei tehta süstemaatiliselt ja fokuseeritult. Eelkõige seetõttu, et perearstid ja –õed tunnevad end alkoholi liigtarvitamise temaatikas ja selles patsiendi nõustamises ennast väheinformeerituna ja ebakindlalt.

Mina tunnen ennast selle teemaga ebakindlana. See on omamoodi nõustamise vorm ja see on päris raske. /---/ Minul oleks kindlasti nõustamise pool. See on äärmiselt keeruline. /pereõde/

Samal seisukohal perearstitasandi võimekusest varajasel avastamisel olid ka eriarstid. Perearstid tõdesid, et lisaks vähesele nõustamisoskusele võib esineda ka lünki ravisüsteemi tundmises ehk teadmises **millal ja kuhu alkoholi tarbimise häire kahtlusega inimene tuleks suunata.**

No jah, et üks asi on selles, et see info jõuaks ka kuidagi meditsiini süsteemi, et kes millega tegeleb. Et ja, ja kui sa tead, et kui sa tead, kuhu oma patsiente saata. /perearst 2/

Nimetatud vajakajäämised ja eelarvamused tingivad olukorra, kui perearst tunneb end ebakindlalt ja ebamugavalt. Näiteks „Kainem ja tervem Eesti“ raames toimunud infopäevade „Alkoholi liigtarvitava patsiendi käsitus – ravijuhendist praktikasse“ tagasiside küsimustikule vastanutest väitis üle veerandi (28%) perearstidest, et on tundnud ennast ebamugavalt vesteldes patsiendiga tema alkoholi liigtarvitamisest. Samas on varasem uuring näidanud, et enamik patsiente ei tunne end häirituna, kui perearst tema alkoholitarvitamisharjumuse vastu huvi tunneb (2).

Ka meie uuringus osalenud perearstid tunnistasid, et alkoholi tarvitamisharjumuste kohta pole nad patsientidelt piisavalt palju küsinud.

No ma ausalt öeldes võiks palju rohkem jälgida, kui Te nii ilusti küsite. /naerab/ Sellepärast, et kuna see probleem ei olnud üldse esmane, millega ta minu poole pöördus, ja see tuli nagu hoopis kõrvaloleva asjana välja, siis ta nagu isegi mult ei oota sellist jälgimist. Ja võib-olla ma peaks tegelikult ise rohkem sekkuma isegi, aga samas ma kardan jälle, et ma kuskilt üle piiri ei läheks. /perearst 8/

Lisaks eelpool nimetatule hindavad intervjuueeritavad hetkeolukorra takistustena alkoholi liigtarvitajate endi madalat motiveeritust, aga ka püsivust, enda probleemiga tegeleda. Selline olukord omakorda jälle kinnitab eelnevas tsitaadis väljendatud tegutsemismustrit.

See ongi see tahtejõu küsimus, et ega midagi teha ei ole, kui inimene ise endast võitu ei saa kui teda aidatakse, siis ei saa keegi. Keegi ei saa alkoholismist üle tänu arstile, kui ta ei haaku. Arst annab endast kõike, kuid kui ta sellega ei haaku. Pere ei saa ja keegi. Ma ütlen veelkord, et ükski teine inimene ei saa teist terveks teha, kui sellel inimesele endal ei käi klõksu ära ja kui ei käi, siis ei olegi midagi teha. /perearst 11/

Patsiendi motivatsiooni aitab tõsta arstide endi tegutsemine ning suhtumine, millele eelduseks ja samal ajal kaasas käivaks, on patsiendi ja arsti vaheline usalduslik suhe. Usaldust peetakse ka varajase avastamise puhul oluliseks teguriks, mille abil tuleb kõigi muude kaebuste tagant välja alkoholi liigtarvitamine.

Täna näiteks naisterahvas väga ilusti ütles, et ma olen ka hakanud kuritarvitama alkoholi. Aga seda ei juhtu iga kord. See sõltub lihtsalt usalduslikust suhtest, kas seda on või ei ole, ja see tekib ka vist aastatega, see ei teki ka niimoodi lühiajalise kontaktiga. /perearst 9/

Et alkoholitartvitamise häire puhul on tegu haigusega, kui mitte tavapärase füüsilise, vaid vaimse haigusega. Seetõttu näevad perearstid enda rollina pigem alkoholi liigtartvitamise ennetust ja avastamist kui häire ravimist. Täpsemalt patsiendi probleemi ära tundmist ning info omamist, kust patsient ühe või teise probleemiga tõhusat abi leiaks. Alkoholi tartvitamise häire spetsiifilisemat käsitlemist ootavad perearstid psühhiaatrite/ psühholoogide poolt.

Sest alkoholism on haigus ja see jääb.. Psühhiaatritel ma loodan, on rohkem seal ikkagi aega rääkida ja nõustada. Perearstil – jah tuleb vist rohkem ennetusega tegeleda. /perearst 5/

Patsiendi suunamine ravile spetsialisti juurde on perearstide sõnul raskendatud. Alkoholi liigtartvitajatega tegelevate spetsialistide hulk ning kättesaadavus on perearstide hinnangul Eestis pea olematu. Seda nii eriarstide arvu vähesuse ning ka nende vähesest motiveeritusest alkoholisõltlasest patsiendiga tegeleda.

Ükski psühholoog ei taha sellega tegeleda, ka tegevpsühhiaatrid ei tahaks sellega tegeleda, kui siis ainult Wismaris, kui tahaks sellega tegeleda eksju. /perearst 12/

Perearstid kui ka eriarstid avaldasid vestlustes kartust, et varajase avastamise teenuse pakkumine ei pruugi osutada perearstide seas populaarseks, kui selles nähakse **järjekordset lisaülesannet** ja mis muudab perearstide niigi tiheda ajagraafiku veel pingelisemaks. Seetõttu on äärmiselt oluline detailne ja argumenteeritud informatsioon, mida planeeritavad tegevused endast tegelikult kujutavad või millist ajakulu nõuavad.

Et ärge pakkuge üldse mingit rolli. /naer/ Et ikka jah, me oleme ennast nii kinni töötanud igasuguste erinevate kohustustega, et ühtegi uut rolli ma ei jaksa võtta. /perearst 8/

Kokkuvõttes töid mainisid perearstid varajase avastamise osas järgmisi kitsaskohti ja barjääre: a) varajane avastamine ei saa piirduda ainult perearsti tasandiga, sest perearstide juurde ei jõua siiski palju inimesi, kelle puhul võib olla tegu alkoholi liigtartvitamise probleemidega; b) teadvustatakse vajakajäämisi enda teadmistes ja oskustes ning ebakindlust patsientidega alkoholi tartvitamisharjumustel vestelda; c) Eestis puüdu üldine süsteem alkoholi tartvitamise häire raviks ja raskema juhtumi avastamise korral pole patsienti kuhugi suunata.

Perearstid tõdesid, et nad ei räägi veel patsientidega alkoholi tartvitamisharjumustest piisavalt ja ALVAL teenusega liitumine ajendaks ja toetaks neid süsteemse patsiendi käsitlemise praktika juurutamisel alkoholi liigtartvitamise varajaseks avastamiseks.

4.3. Patsientide vaatenurk

Intervjueeritud patsientide kogemused **perearsti juures alkoholi probleemist rääkimisega on pealispindsed või puuduvad täiesti** (vt Lisa 1 tabel 2). Samas on nende käest küsitud nende tervisekäitumise kohta, näiteks ülekaal, suitsetamine, liikumine jms.

Ei ole küsitud. Pigem on arstid, mitte ainult perearstid, vaid mis iganes arstidel teemaks minu kehakaal. Kui see inimene on ka silguliist, siis öeldakse ikka, et kehakaal. Sellega on mindud minu meelest ka teatud mõttes üle piiri. /---/ Pigem nad võiksidki rohkem seda teemat käsitleda, sest ega teine asi on ju ka see, et nad käivad mingis mõttes ka käsikäes, need ülekaalulisus ja alkoholism. /---/ No üks asi on see kaalu probleem, aga rohkem võiks rääkida sellest alkoholist. Mina ei mäleta, et minu käest oleks kordagi seda küsitud, et kuidas, kui palju üldse jne. Suitsetamist küsitakse küll. /N50_s13/

Perearstidele oma alkoholi tarvitamisharjumustest rääkimise vastu ei ole intervjuueeritud patsientidel väidetavalt midagi. Seda kinnitab ka Kriipsalu, Gluškova ja Tähepõld poolt tehtud uurimus (2), mille tulemus selgitab, et 78% vastajatest ei tunne ennast perearstiga neid probleeme arutades ebamugavalt ning 67% leiab, et perearst või -õde võiks teemat uuesti puudutada mõne aja möödudes. Ka antud uuringus oli perearste, kes kinnitasid, et see ei ole kõigi patsientide jaoks tabuteema.

Tegelikult räägitakse täitsa vabalt sellest, see ei ole nagu mingi tabuteema või midagi. /perearst 9/

Ühe eraisiku sõnul peab ta oluliseks arsti poolset probleemi (terviseriskide) märkamist ja küsimuste esitamist patsiendi alkoholi tarvitamisharjumuste teemal.

Mina arvan, et kindlasti peab arst ütlema, et kui on vererõhk liiga kõrge, et see võib olla alkoholist.. mina arvan, et kindlasti. Perearst peaks seda ütlema. Isegi kui ta ei tea, kas ma tarbin, et peabki seletama. Nii sa pead ise enda otsuse tegema. Et mitte öelda - see on nagu kindlasti viga / M26_s36/

Uuringus osalenud eraisikute sõnul on arstile oma alkoholi liigtarvitamise tunnistamisel takistuseks eelkõige hirm võimalike tagajärgede ees. Täpsemalt, kuidas muutub sellest temasse suhtumine nii meditsiinisüsteemis kui ka tööturul, kui alkoholi tarvitamise häire diagnoos andmebaasis või paberil kajastub. Ainult üks naistest mainis häbitunnet.

Ei no lugu on selles, et kui nüüd haiguslehele see kirja pannakse, jah siis tööl mõningad tagajärjed oleks /.../ ma ei ole seda kunagi arstile öelnud. Nii et noh.. /M55_s40/

Kuna seni ei ole perearst või -õde alkoholi liigtarvitamise teemalised küsimusi esitanud, siis võib esimene kogemus olla üllatust ja mõningaid küsimusi tekitav (näiteks: miks ta minust seda arwab?), kuid teades, et see on tavapärane anamneesi osa, ei ole inimesed selle vastu. Varajase avastamise tegevusi perearsti tasandil nähakse isegi positiivselt, et inimestel oleks põhjus oma harjumustele mõelda ja vajadusel end kontrollida tegeleda.

Järgnev tabel annab võrdleva kokkuvõtte erinevate osapoolte kommentaaridest liigtarvitamise varajase avastamise teenuse kontseptsiooni tutvustusele.

Tabel 1. Kokkuvõtte osapoolte kommentaaridest liigtarvitamise varajase avastamise teenuse ideele.

Teema	Perearstid, -õed	Kliinilised psühholoogid, psühhiaatrid	Eraisikud, patsiendid
Ressursid (aeg, raha)	Aeg on oluline faktor, et varajase avastamise tegevusi ellu viia	Eriarsti vastuvõtule pääs peaks olema kiirem ja patsiendile võimalikult madala osaosaluse tasuga.	Otseselt ei olnud jutuks, kuid eelarvamused teraapia vähesest tulemuslikkusest vähendavad valmisolekut raviteenuse korduvvisiitide eest maksta.
Vahendid, hindamisalused	Puudu on koostööst ning võimalustest patsiente eriarsti juurde edasi saata.	Eriarstid kasutavad erinevaid hindamisvõimalusi (valideeritud teste, küsimustikke). AUDIT-testi peetakse lihtsaks ja kiiresti teostatavaks ning patsiendi ausa täitmise korral ka heaks seire vahendiks.	Testid ei tundu täitmisel keerulised ega ebamugavad, kuid alkoholiühiku mõiste on tundmatu ning meetodikat liialt üldistavaks, personaalseid eripärasid (nt kehakaal vm) mitteamestavaks.
Teadmised, oskused	Enda teadmisi hinnati alkoholi liigtarvitajate nõustamisel madalaks. Samuti tuntakse puudust koostööst eriala spetsialistidega.	Teadmised ja oskused probleemi selgitamiseks on olemas, kuid eriarsti vastuvõtule jõuavad juba tarbimishäirega patsiendid.	Senised teadmised abi võimalustest, uskumused ja eelarvamused ei toeta probleemi tunnistamist ega pöördumist ei eriarsti ega perearsti poole.
Muu	(Eel)arvamus, et patsientide motivatsioon oma liigtarvitamise vähendamiseks on madal.	Perearstitasand on varajase avastamise tegevusteks kõige sobivam. Rahastamisel tuleks eelistada neid patsiente, kes on motiveeritud ennast ravima.	Majanduslikud ja/või sotsiaalsed ning suhteraskused soodustavad alkoholi liigtarvitamist.

4.4. AUDIT-test kui riskipiiride hindamise vahend

Varajasel avastamisel on tervishoiuasutustele abiks küsimustik, mida nimetatakse AUDIT-testiks ehk Alcohol Use Disorders Identification Test. Tegu on Maailma Tervishoiuorganisatsiooni loodud 10 küsimusest koosneva küsimustikuga. AUDIT-testi viiakse läbi tervishoiuasutuses ja selle eesmärgiks on inimeste alkoholi liigkasutuse kindlakstegemine. Kümnele küsimusele antud vastuste põhjal arvutatakse küsitletavale välja punktid. Punktisumma meestel 8 ja naistel 7 või rohkem indikeerivad tõenäoliselt ohtlikku alkoholikasutust või kahjulikku alkoholikasutust. Tulemus üle 20 punkti viitab võimalikule alkoholisõltuvusele.

AUDIT-testi puuduseks on kindlasti asjaolu, et inimesed võivad tahta varjata fakte oma alkoholsete jookide tarvitamise sageduse, koguste ja tagajärgede kohta. Kui AUDIT testi täidetakse tegelikkusele vastavalt, siis saadud tulemus annab patsiendile põhjendatud hinnangu tema alkoholi tarvitamise tasemest. Parandades seeläbi nii teadlikkust kui motivatsiooni oma harjumusi jälgida ja vajadusel korrigeerida.

Mitte kõik uuringus osalenud arsti ei näinud AUDIT-testi kasutuses seost ravi tulemlikkusega, kuna nende sõnul on eelduseks see, et inimene tunnistab testi tulemust endale kehtivana ja on motiveeritud käitumist muutama.

Mina olen neid asju küsinud ja see on inimese enda südametunnistuse asi. Lõppkokkuvõttes on see inimese enda tervis, millega ta riskib ja ega ta ei riski minu tervisega. /eriarst 7_psühhiaater/

Sõltub inimesest, et kas ta on ise aus ja kas ta tahab või mitte. See on emotsionaalse enesetunde küsimus. Kui sa mingi aja möödudes teed, saad sa jälle võrrelda. Kui niimoodi saab võrrelda, joonistub sealt midagi lõpuks välja. Mina arvan, et see on hea. /perearst 4/

Arstide intervjuudes jäi valdavaks siiski seisukoht, et **AUTIT-testi näol on tegu väga hea abivahendiga**, mida meelsasti enda töös ka võimalusel kasutatakse.

Pluss on see, et ta on suhteliselt kiiresti tehtav, objektiivne, ta annab sulle mingisuguse numbri, et see on mõõdetav, kuupäevad kõik. Kiiresti tekib selline dokumentatsioon. Ta on valideeritud ka, usaldusväärne. Kõik patsiendid saavad hakkama sellega, ta on lihtne ka patsiendi jaoks. (7) /eriarst 6_psühhiaater./

Kohtuslikuks teisti tegemist nimetama ei rutata, kuid tunnistatakse, et testi tegemine võiks olla rutiinsem kui täna ning mitte ainult perearsti, vaid ka kõikide teiste tervishoiutöötajate poolt.

Mina seal mingeid riske ei näe ja mina ei näe üldse mingi probleemina seda AUDIT testi teha, et see võiks olla täiesti rutiinne. See peaks olema nendes programmides, mida arstid kasutava, sees. Et seda on võimalik kiiresti seal arvutis täita ja see sinna salvestada ja seda vajadusel uuendada, et see on nagu täiesti rutiinne. /---/ See võiks meil ka olla täiesti rutiinne, et mina ei näen, et see on nii töömahukas, et seda võib loomulikult ka õde teha. /eriarst 7_psühhiaater/

Perearstid kasutavad AUDIT testi tavaliselt siis, kui neil patsiendiga alkoholi tarvitamisest juttu tuleb ning igapäevaselt testi ei tehta. Põhjus ei ole AUDIT- testis vaid asjaolu, et alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise tegevused ei ole perearstide igapäevatöös hetkel veel süsteemsed.

Peaa ütlema, et me häbematult vähe kasutame seda siiski. See ei ole igapäevapraktikasse kindlasti juurdunud, et me ütleks, et me enamusega kasutaks. Kui see jutuks tuleb, siis me kasutame. Aga ütleme nii, et iga patsiendiga me sellel teemal kindlasti igapäevaselt ei räägi. Lihtsalt selleks ei ole aega. /naer/ /perearst 9/

Perearstil on patsiendi vastuvõtuks piiratud aeg, kuid mõnel patsiendil võib AUDIT testi tegemine olla küllalt aeganõudev (nt oma käitumise meenutamine, üldistamine, mõistest arusaam, hirm vastata „valesti“).

Aga lihtsalt see AUDIT, et see võiks olla selline lühendatud variant, sest ega nad. Issand ja siis nad hakkavad, et ei noh ega ma see nädal ikka õlut ei joonud, ei ma ikka ei tea. Et siis kalendrist, et ma ei tea, millal mul see sünnipäev oli /räägib justkui oleks tüdinud patsient/. /perearst 2/

Intervjueeritud perearstid ja -õed, kes on varem ALVAL teenuse pilootprojektis osalenud nentisid, et vaatamata sellele, et nad läbisid koolitused ning neil on vajalik teave varajase avastamise tegevuste läbiviimiseks, ei ole nende igapäevatoösse AUDIT testi tegemine juurdunud. Põhjuseks väidetavalt lisa-aeg, mis kulub koos patsiendiga testi täitmiseks.

No viimasel ajal pigem mitte, et see ikkagi võttis teatud aja. Et mõni kord ma küsin neid ühikuid, et jah, et kui palju nad koguseliselt korraga joovad ja kui tihti nagu nädalas või kuus. Et siis selle ühikute arvu ma nagu püüan välja arvutada nendega koos. Aga AUDIT testi, no ütleme siin, kui see ära lõppes see pilootprojekt, ma olen vist kümmekond AUDIT testi teinud selle aasta jooksul. Ütleme, et nagu praktikas ma väga ei. /perearst 2/

AUDIT testi tegemisega on arstil võimalik saada ettekujutus, kuidas patsiendile lähenema peaks. Täpsemalt, testi käigus on näha, kuivõrd aldis on küsimustikule vastaja üldse alkoholi teemal vestlema.

AUDIT-testi tegime ka ja seda oligi väga huvitav teha. Selle tegemine võttis aega ja seal oli ka näha, et on inimesi kes räägivad vabalt sellest need kellel oli rohkem probleeme. /perearst 4/

Intervjueeritud arstide senine praktika on näidanud, **et AUDIT-testi tulemus üksi erilist mõju inimese alkoholi liigtarvitamise probleemile ei avalda**, vaid skoor tuleb kindlasti lahti selgitada. Intervjueeritud arstid leiavad, et saadud skooril ja sellega kaasneval kontekstil omadus panna inimesi siiski järele mõtlema, missugune siiski on nende alkoholi tarvitamise harjumused.

Olen igati poolt. Sellega muidugi, selle vastusega peaks ka midagi pihta hakkama siis, muidu ta lihtsalt täidab selle ära ja läheb sellega koju. Siis ta võib-olla korra mõtleb, et noh, mis need on paljad numbrid, aga siis natukene arutada ka selle üle, siis oleks tast võib-olla tolku. Siis jääks võib-olla selle arsti nagu natukene... et see ei oleks sihuke lihtsalt loengupidamine, et oleks nagu objektiseeritud. /eri-arst 5_pühhaater/

Punktisumma ning selle analüüsist koosnev komplekt annab patsiendile hea ettekujutuse, missugune on tema alkoholi tarvitamine ning sinna juurde kogemuse mõelda enda alkoholi tarvitamisharjumustele. Sageli võib tulemus olla niivõrd üllatav, et inimene hakkabki mõtlema enda tarvitamiskäitumise muutmisele.

Siis see pani nagu tõesti mõtlema. Siis sa näed seda enda silmade all ja sa näed nagu, et kus sa seisad tegelikult. Tuleb inimene vastuvõtule – ah, ma võtan pool pudelit veini või võtan kaks pudelit õlut iga õhtu või üks joob pudel veini iga õhtu. See on tema jaoks norm, eksju. Ta on aastaid seda teinud ja ta ei näe selles mingit probleemi. /perearst 9/

Intervjueeritud arstid leiavad, et **arst peaks siiski valima teatud sümptomite, tunnuste või lausa tunde põhjal kellele ja millal testi tehakse.**

Mina arvan küll, et perearstid peaksid nagu palju rohkem küsima. Lihtsalt küsimuse vormis, mitte neid teste niivõrd tegema, vaid piisab vahest ühest-kahest küsimusest, et kõigepealt sõeluda välja, et kas see on probleemiks ja siis võib neid teste teha sinna kõrvale ja vaadata, mil määral ja kui sageli. /eriarst 9_ kliiniline psühholoog /

Eelpool viidatud AUDIT-testi kui kergesti manipuleeritava testi riski vähendamise viisina nähakse, on **testi patsiendiga koos täitmine**. Täpsemalt, testi ei anta patsiendile üksi teha, vaid arst küsib patsiendi käest ise neid küsimusi, mis test sisaldab ning soovitatavalt viisil, mis ei pane patsienti ebamugavalt tundma ja ei tekita tahet vastuseid ilustada. Siin tulevad kasuks erinevad õpitavad meetodid, mida arst saab omandada koolitustel, erinevatest materjalidest ning hiljem neid praktiseerida enda igapäevatöös (nt motiveeriv intervjuerimine, mida nii Tervise Arengu Instituut koolitustena pakkunud on ning mille kohta on mitmeid õppematerjale saada).

Mhmm. Ja ma arvan küll. Igasugune töövahend, mis lihtsustab spetsialisti tööd, näiteks mingi test, mida saab nagu objektiivsete kriteeriumite järgi siis tulemust hinnata, võrrelda, on alati hea. Aga ta ei tohi olla intervjuu ülene. Ta ei tohi olla see, et nagu väga sageli kuritarvitatakse seda AUDIT-i ka, ma annan talle lihtsalt testi ja küll ma loen sealt kokku. Sa pead ikkagi küsima patsiendi käest, sest testidel on alati nii, et sa võid saada valepositiivse või valenegatiivse. Et see ei ütle sulle tegelikult midagi. Et sa pead arvestama selle mõõtmisveaga. Ehk siis sa pead alati küsitlema patsienti ka. /eriarst 9_ kliiniline psühholoog /

AUDIT testi kasutamine on intervjueritud arstide puhul hea abivahend alkoholi liigtarvitamise taseme määramiseks, kuid otsus, kas testi teha või mitte, peaks tulema arsti poolt vastavalt kindlatele tunnusele. Teisisõnu, intervjueritud arstid ei soovi, et selle testi kasutamine muutuks mingil viisil kohustuslikuks kõikide patsientide puhul.

AUDIT testi nõrkusena nähakse selle manipuleeritavust, kuid tugevuseks on üks selge näitaja (skoor), mille põhjal inimest õigel tasemel nõustada. Ka lihtsustab see patsiendi jaoks arusaamist oma alkoholi tarvitamise taseme kohta.

4.5. Ootused ja ettepanekud varajase avastamise teemal

Eelneva ülevaate käigus on käsitletud mitmeid murekohti ja probleeme seoses nii varajase avastamise tegevustega üldiselt, aga ka AUDIT-testi kui varajase avastamise abivahendina.

Eriarstide hinnangul tuleks siiski alustada **varakult perearstide informeerimist ja harimist varajase avastamise ja AUDIT-testi alasel**. Selleks pakuti välja mitmeid erinevaid viise. Esimene neist näeb ette alustada algusest ehk arstiteaduskonna üliõpilastest. Tõenäoliselt võiks see leevendada praegu levivat teatavat kartust alkoholi liigtarvitamise probleemiga inimesega tegelemise ning ravimise osas.

Ja, aga ma ei näe üldse selles sõelumise osas tõrget vaid pigem kartust, et seal võibki olla alkoholiprobleem ja siis on nad selle patsiendi ja tulemusega üksi ning ei tea mida peale hakata. /eriarst 1_ psühhiaater /

Arstid peaksid olema teadlikumad ning harjutama ennast sagedamini patsiendi alkoholi tarvitamisharjumuste kohta küsima. Sellisel juhul on lihtsalt tõenäosus suurem probleemi varakult avastada.

Minu meelest juba see, et kõik arstid endale teadvustaksid, et see häire, alkoholi tarvitamine on nii levinud erinevates gruppides, et me ei välista just neid pensionäre või selliseid tüüpe. /-- /-/ ma arvan umbes 10 korda sagedamini pähe kui ta tuleb. /eriarst 7_ psühhiaater/

Seega, tuleks esmalt saada üle kartusest alkoholi liigtarvitamise teemaga ametialaselt tegeleda, mida omakorda aitab enese harimine ning probleemi üldine teadvustamine. Seejärel peaks varajase avastamise alustamiseks esimese asjana muutma alkoholi tarvitamisharjumuste kohta küsimise patsiendi käest sagedasemaks (või isegi lausa rutiiniks) ning pärast seda hakata patsientidega tegelema vastavalt sihtgrupile sobilike meetodite ja vahenditega.

Juba varasemalt on käsitletud alkoholi liigtarvitamise kui sekundaarset häiret, mis tõenäoliselt on pigem tagajärg kui põhjus. Alkoholi tarvitamise probleemide taga võiva olla mentaalsed, sotsiaalsed jms mured. Seega on tegelikult küsimuseks, millis(t)e probleemi(de)ga ja kelle poolt tuleks esmajärjekorras tegeleda. Perearst ja -õde ei ole ametlikult **sotsiaaltöötajad või psühholoogid, kuid selgub, et tuleb tegeleda igapäevaselt ka nimetatud ametite pädevusalasse kuuluvaga.**

Kui sel patsiendil on ikkagi hea suhe perearstiga, siis ma usun, et see mängib väga olulist rolli. Kui ta ikkagi saab vahest tulla ja rääkida oma muresid, et kas tal on positiivsed või negatiivsed edusammud /---/ Kui see inimene tunneb, et ta tahab seda jagada meiega ja ta saab siit midagi vastu, siis see roll on suur, aga ütleme, et see sõltuvusravi kui selline – ma ei arva, et see on päris perearsti ampluaa algusest lõpuni. /perearst 9/

Varajase avastamise tegevuste parandusettepanekutest rääkides kerkis perearstide hulgas sageli teemaks üks sihtgrupp, kellega arstidel on keeruline seniste oskuste ja teadmistega tegeleda. Selleks **sihtgrupiks on noored inimesed**, kelle alkoholi tarvitamine teeb arstidele üha tõsisemalt muret. Antud sihtgruppi ei kuulu ainult üle 18-aastased noored, vaid ka alaealised, kelle puhul alkoholi tarvitamine ei ole legaalne tegevus, kuid üha levinum käitumine. Taolise olukorra tekkimise põhjuseid ja mehhanisme me intervjuude käigus intervjueeritavatega detailselt ei arutanud, kuid mõtted ja ettepanekud öeldi siiski omaltpoolt välja.

Esiteks, noortega on keeruline tegeleda seetõttu, et nende endi jaoks on esinevad alkoholi tarvitamisharjumused täiesti normaalsed ning seega neil haiguskriitika puudub.

Varajane avastamine, siis võiks nagu üldse täitsa noortega tegeleda. Ükskõik, mis keskkoolist mööda minna, mine vaata kuskile nurga taha, 10-15 last, kes seal suitsetavad ja siis nad lasevad siidrit või gin'i ainult olla ja samas on ka teisi probleeme. Varajane avastamine, see on jälle selline, et raske on nende inimestega tegeleda, sest nendel omal see haiguskriitika puudub, mõni saab ree peale, mõni ei saa. /eriarst 11_ kliiniline psühholoog./

Probleem seisneb sihtgrupi puhul ka selles, et **noored ei jõua perearstide juurde kas mitte üldse või imeharva**. See teeb perearsti rolli noorte alkoholi liigtarvitamise varajase avastamisel üpris keeruliseks.

Et nende noorte inimeste jaoks nagu alkohol tarvitamine ei ole probleem, et see on kõikide teiste probleem mitte nende enda probleem. /perearst 2/

Siinkohal on taaskord oluline koostöö eri osapoolte vahel. Noorte ning nende alkoholi tarvitamisharjumuste märkamise ning muutmisega saavad peale arstide tegeleda perekond,

lähedased, tuttavad, aga ka kool, kelle võimuses on noori sel teemal harida. Noortele eraldi fokuseeritavate tegevustel on arstide hinnangul oluline roll just seetõttu, et selles sihtgrupis on mida ennetada.

Järgnev ülevaatlik tabel pakub ülevaadet arstide ootustest ning ettepanekutest varajase avastamise teemal.

Tabel 2: Arstide ootused ja ettepanekud alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise küsimustes.

	Perearsti, -õe perspektiivist	Eriarsti perspektiivist
Kes (milline arst) peaks ellu viima varajase avastamise tegevusi?	Perearsti ja -õe roll on probleemi võimalikult varajane märkamine. Eriarst ravib. Perearst ravib liigtarvitamisega kaasnevaid muid füüsilisi probleeme oma kompetentsivaldkonnas.	Varajase avastamise tegevusi (sõelumist) nähakse eelkõige perearsti ja/või -õe ülesannetena.
Mis olukorras peaks varajase avastamise tegevusi ellu viima?	Perearst märkab, avastab vastuvõtul ja suunab vajadusel edasi eriarstile. Perearst ei tegele alkoholi kuritarvitamise ja/või sõltuvuse raviga.	Perearstid ja -õed peaksid sagedamini ja rutiinsemalt alkoholi tarvitamise kohta patsientidelt küsima.
Millisel juhul, millise patsiendiga teha varajase avastamise tegevusi?	Tegeleb patsientidega, kellel võib arsti hinnangul varajase avastamise tegevustest (nõustamine) kasu olla. Noortega tuleb rohkem tegeleda (nt ka koolis meditsiinitöötajate poolt).	Ei tohiks ühtegi sihtgruppi välistada (nt pensionärid). Noortega tuleks rohkem rääkida alkoholi tarvitamisharjumustest.
Kuidas hinnata varajase avastamise tegevuse rakendamise vajadust?	Varajast avastamise tegevusi tuleks teha, kui on sümptomid, mis viitavad võimalikule alkoholi liigtarvitamisele (nt vererõhuprobleemid, maksanäitajad, unehäired, traumad, kukkumised jne).	AUDIT-test vajalik laiemalt inimeste teadlikkuse tõstmiseks. Nõustamine valikuline, teatud testi skoorist.
Kuidas toimida, kui on varakult avastatud alkoholi liigtarvitamine?	Perearstid soovivad rohkem võimalusi patsiendi edasi suunamiseks (eriarsti, spetsialisti vastuvõtule), kui juhtum vajab erialateadmisi.	Abi peaks olema kiiremini kättesaadavam – patsient saab arsti toe hetkel, kui ta on raviks motiveeritud.
Teenuse osutamise valmisoleku eeldused.	Ajaressurss ning võimalikult selge ja täpne tegevusjuhend (patsiendi käsitluse juhend).	Esmatasandi arstide teadmised alkoholi-tarvitamise häirest ja nõustamisoskused.
Ootused lisainfole, koolitusele vms	Soovitakse rohkem saada koolitusi nõustamise (sh motiveeriva intervjuerimise) kohta.	Arstikutse baashariduses rohkem tähelepanu sõltuvuskäitumistele.
Tervishoiu süsteemi välised osapooled, kes saavad toetada varajast avastamist (sh inimene ise)	Parem tugivõrgustik ja koostöö üldiselt (eriarstid, sotsiaaltöötajad, nõustajad, pereliikmed), et oleks võimalusi, kuhu patsienti suunata kindlustundega, et ta ei jää oma probleemiga üksi.	Rahastamine tuleks rohkem läbi mõelda ning eelistada neid, kes on motiveeritud ennast ravima.

Kasutatud allikad

1. Orro E, Martens L, Lepane L, et al. (2014) Alkoholi turg, tarvitamine ja kahjud Eestis. Aastaraamat 2014. Tallinn: Eesti Konjunkturiinstituut.
2. Saame, I., Gluškova, N., Viilmann, K., Kalda, R. (2011) Prooviuring alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise meetodika hindamiseks Eesti perearstisüsteemis. Eesti Arst 2011;90(5): 216–224
3. Alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenus. [Võrgumaterjal]. Terviseinfo.ee <http://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/alkohol/spetsialistile/alkoholi-liigtarvitamise-varajase-avastamise-ja-noustamise-teenus>. (vaadatud 12.04.2015)
4. Researchers Identify Alcoholism Subtypes. Press release of National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) US on 28.06.2007 <http://www.nih.gov/news-events/news-releases/researchers-identify-alcoholism-subtypes> (vaadatud 25.01.2016)
5. Brinkmann, S. (2008). Interviewing. Given, L.M., The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods (471-473). Thousand Oaks (Ameerika): SAGE Publications, Inc
6. Festinger, L. (1957). A Theory of cognitive dissonance. Stanford, CA: Stanford University Press.
7. Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitus. Heakskiidetud 9.09.2015. [Võrgumaterjal]. Leitav <http://www.ravijuhend.ee>. (vaadatud 11.10.2015).
8. Seppänen, Kati K; Aalto, Mauri; Seppä, Kaija. Institutionalization of Brief Alcohol Intervention in Primary Health Care—The Finnish Case. 2012. lk pp 1456–1461.
9. Nilssen, Per; McCambridge, Jim; Karlsson, Nadine; Bendtsen, Preben. Brief interventions in routine health care: a population-based study of conversations about alcohol in Sweden. 2011. lk 1748-1756.
10. Colom, Joan; Scafato, Emanuele; Segura, Lidia; Gandin, Claudia; Struzzo, Pierluigi;. Brief interventions implementation on alcohol from the European health systems perspective. Frontiers in Psychiatry. 2014. a., Kd. 5.
11. Anderson, Peter; Moller, Lars; Galea, Gauden. Alcohol in the European Union; Consumption, Harm and Policy Approaches. Copenhagen : World Health Organization Regional Office for Europe, 2012.
12. Bilsky, W., & Schwartz, S. H. (1994) Values and personality. European Journal of Personality, 8, 163–181
13. Rokeach, M. (1974) The Nature of Human Values. Political Science Quarterly Vol. 89, No. 2 (Jun., 1974), pp. 399-401
14. Schwartz, S. H. (1992) Universals in the content and structure of values: theoretical advances and empirical tests in 20 countries. In M. P. Zanna (Ed.), Advances in experimental Social Psychology. San Diego: Academic Press.
15. Löfström, E. Tegevusuuringu käsiraamat [Võrguteavik] Tallinn: Archimedes, 2011. (vaadatud
16. Creswell, J. (2014) Qualitative inquiry & research design. Choosing Among Five Approaches. 3rd. Ed. Sage, 448 lk. (vaadatud 12.04.2015)
17. Sotsiaalse analüüsi meetodite ja metodoloogia õpibaas. [Veebiteavik](#). Kalmus, V., Masso, A., Linno, M. (2015). Kvalitatiivne sisuanalüüs. (vaadatud 1.11.2015)
18. Eesti teadlaste eetikakoodeks. Eesti Teaduste Akadeemia. 2002. www.akadeemia.ee (vaadatud 12.04.2015)

Lisad

Lisa 1. Uuringu metoodika, valim ja eetika

Programmi „Kainem ja tervem Eesti“ tegevuseesmärkidest lähtuvalt sõnastati järgnevad uurimisküsimused: 1) Millised on alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ning sõltuvusravi süsteemi tugevused ja kitsaskohad arstide ja patsientide silmis? ja 2) Milliseid võimalusi ja barjääre nähakse varajase avastamise ja lühisekkumise teostamiseks perearsti tasandil? on

Arendustöö esimestes etappides soovitatakse otsuste sisendinfo kogumisel kasutada esmalt või kvantitatiivuuringut täiendavana sihtrühma mõttemaailma ja praktikaid avavat kvalitatiivset uurimisviisi (Löffström, 2011). Kvalitatiivuuring on teadusliku uurimise meetod, mille abil sotsiaalteadustes kirjeldatakse ja mõtestatakse ühiskonnas toimuvat. Erinevalt kvantitatiivuuringust ei otsita siin esinduslikkust ega esinemissagedusi ning andmete kogumine ja tõlgendamine võivad toimuda samaaegset.

Kuna planeeritava uuringu küsimused ei ole seotud grupi protsesside ning sotsiaalse interaktsiooni avamisele, vaid vastajate isikliku motivatsiooni ja tegevuspraktikate (valikute) ning nende põhjuste avamisele nii võimaliku alkoholi tarvitamise häirega isikute kui arstide sihtrühmas, siis on sisulistel kui ka tehnilistel põhjustel eelistatud personaalne (üks-ühele) avatud intervjuu. Personaalse intervjuu võimaldab paindlikku ja vastajale kohanduvat intervjuu aega, mis omakorda tõstab vastamismäära tiheda ajagraafikuga spetsialistide sihtrühmas, kellele asendust valimisse pole. Ka patsientide sihtrühma perspektiivist sobib antud uuringus personaalse intervjuu vorm paremini, sest raskete isiklike kogemuste jagamine võib grupis olla takistatud.

Valim

Kvalitatiivse andmekogumiviisis kasutatakse valdavalt eesmärgipärase valimi meetodit, mille korral uurija defineerib vastajate segmendid ning nende koosseisu uurimisküsimuse seisukohalt nii, et kaasatud vastajad oleks võimalikult „inforikkamad“. (Creswell, 2014: 155-158). Antud uuringus kasutati arstide valimi moodustamisel nõu uurija otsust, milles arvestati arsti spetsialiseerumist, regiooni ja teadaolevat seotust/kogemust alkoholisõltuvusravi teenuse osutamisel. Erasisikute valmimoodustamisel oli taotluseks nn maksimaalne variatiivsus (alkoholitarvitamise harjumustes, kokkupuutes raviteenuse osutajatega ning elukoha lõikes).

Uuringu käigus intervjueriti 13 praegust, endist ja potentsiaalsed alkoholi liigtarvitamise probleemiga inimest, 7 psühhiaatrit, 4 kliinilist psühholoogi, 12 perearsti ja 1 pereõde.

Eriarstide valimis oli esindatud erinevad keskused (Tallinn, Tartu, Võru, Pärnu), erapraksis ja riiklik meditsiinisüsteem, kliinikud, haiglad, päevakeskused, keskuste juhid ja oma ravivaldkonna arvamusiidrid. Perearstide valimis olid esindatud vastajad erinevatest piirkondadest ja asula tüüpidest (sh Tallinn, Tartu, Pärnu, Võrumaa, Ida-Virumaa, Harjumaa).

Perearstide valimis oli nii lühema kui pikema staažiga perearste. Analüüsi algusfaasis võrdlesime osalenud perearstide nimistute suurust ja koosseisu. Märgatav oli, et perearstide kogemused ja hinnangud käsitletud teemadele erinesid mõneti nimistu vanuselise koosseisu lõikes. Perearstid, kelle nimistus oli rohkem vanemaalisi inimesi, olid sagedamini kokku puutunud tõsiste alkoholi

liigtarvitamise juhtumitega. Seetõttu oli nende hinnangud sageli pessimistlikumad kui nendel perearstidel, kelle nimistus on peamiselt nooremapoolsed inimesed.

Eraisikute valim varieerus nii soo, vanuse kui alkoholi tarvitamise taseme (Audit-testi skoori⁴) lõikes. Vastajate leidmisel jälgiti, et esindatud oleks erinevatest Eesti piirkondadest ja asulatüüpidest pärit inimesed ning neil oleks abiotsimise kogemus seoses oma alkoholi liigtarvitamisega (vt Lisa Tabel 2).

Lisa Tabel 1. Eraisikute valimi koosseis

Sugu	Vanus	Audit-testi skoor	Elukoht	Kokkupuude ravisüsteemiga	Tööhõive
Mees	55	40	Tallinn	hiljutine, episoodiline	<i>töötab</i>
Mees	26	36	Tallinn	hiljutine, episoodiline	<i>juhutööd</i>
Mees	35	35	Narva	regulaarne	<i>töötu</i>
Mees	47	22	Tallinn	hiljutine, episoodiline	<i>töötab</i>
Mees	45	20	Ida-Virumaa	hiljutine, episoodiline	<i>töötu</i>
Naine	50	13	Tõrva	ei	<i>töötab</i>
Naine	45	8	Põlvamaa	jah	<i>töötab</i>
Mees	60	7	Tartumaa	ei	<i>töötab</i>
Naine	45	0	Pärnu	Kaine ligikaudu 10 aastat	<i>vabakutseline</i>
Naine	AA	0	Tallinn	Kaine 10 aastat, praegu AA esindaja	<i>töötab</i>
Mees	64	0	Saku	Kaine 2 aastat	<i>Pensionär, täiendõpe</i>
Mees	27	0	Tallinn	Kaine 2 aastat	<i>Töötab, keskastmejuht</i>
Mees	28	NA	Pärnu	Ei, jõudis kontrollitud tarvitamiseni	<i>töötab</i>

Lisa Tabel 2. Eraisikutest valimiliikmete abiotsimise kogemus.

Sugu	Vanus	Audit-testi skoor	Alkoholi probleemiga seotud abiotsimise kogemus	Kas on rääkinud probleemist perearstiga?	Kas on saanud alkoholiprobleemi suhtes abi (või usub et saaks)
Mees	55	40	EMO (korduvalt)	Ei, soovib varjata	<i>Ei usu abisse ega enda tahtejõusse (alla andnud).</i>
Mees	26	36	Wismar, AA-grupp	Ei	<i>Ei usu abi võimalikkusse peale enda. Motivatsioon</i>

⁴ Audit-testi täitsid vastajad intervjuu käigus, see ei olnud vastajate valiku aluseks.

					<i>tüdruksõbra näol.</i>
Mees	35	35	Korduv (4 korda „torpeedot“ lasknud panna), EMO, psühhiaatri vastuvõtt	Jah, „perearst ei huvita“	<i>Kõiki variante proovinuna viimane lootus Viljandi võõrutusravi keskusel (alkoholi ja metadooni kombineeritud sõltuvus)</i>
Mees	47	22	Wismar korduvalt (nii eriarsti vastuvõtul kui katkestusravil), teiste erakliinikute psühhiaatrid (3). Alternatiivmeditsiin (reiki).	Ei, häbeneb. Ja ilmselt perearst ka ei tea, sest iseloomulikud terviseprobleemid puuduvad.	<i>Ise oma tahe, ravimid, mis pärsivad ärevust ning mõistev naine</i>
Mees	45	20	EMO (naine viis) Alternatiivmeditsiin (sensitiiv)	Pereõega, sest perearstil pole aega. Pereõde „hirmutas“ tervisekahjustustega.	<i>Pole leidnud abi. Kui siis usub sensitiivi, kuna tuttav on abi leidnud.</i>
Naine	45	0	Tln Psühhiaatria haigla Psühhoteraapia. Katkestas ravi rahapuudusel. Alternatiivmeditsiin (reiki)	Ei	<i>Abi sai reikist. Suur tugi mõistvast abikaasast.</i>
Naine	NA	0	Wismar, joomahoo katkestus ja erinevad psühhiaatri vastuvõttud	Ei	<i>AA-grupist</i>
Mees	64	0	Korduv kokkupuude muude eriarstidega (neuroloog, EMO). Alkoholaravist keeldus.	Ei. Arvas (lootis), et perearst ei märka	<i>Suurem joomisest põhjustatud terviserike „lökkas peas asjad paika“. Oma tahtejõul ja mõistvate taastusravi arstide toel.</i>
Mees	27	0	Wismar katkestusravi, Mumma vastuvõtul 1-2 korda, Paldiski mnt psühholoogiga 3 kuuline seanss, 1 kord AA-rühma külastust.	Märkas ja „soovitas isal mind Paldiski mnt-le viia.“	<i>Lasi end lõpuks vangi panna, et saada „võõrutusefekt“</i>
Mees	28	NA	Ei ole, sest ei usu, et psühhiaater, Wismar või AA suudaks aidata	NA	<i>Usub ainult oma tahtejõusse, motivatsioon lähisuhtest</i>

Eetika

Eesti teadlase eetikakoodeks (Eesti Teaduste Akadeemia, 2002) rõhutab, et uuringus osalenute inimväärikus ja –õigused peavad olema kaitstud; nende nõusolek uuringus osalemiseks peab olema informeeritud ja vabatahtlik ning nendel saadud isiklikku informatsiooni peab käsitlema konfidentsiaalselt. Vastajate informeeritud nõusoleku tagamiseks kasutati nii kirjalikku infolehte kui uurijate poolseid suulisi selgitusi.

Uuringu läbiviijad teadvustasid oma tegevuse ja valikute eetilisi väljakutseid ning pöörasid tähelepanu võimalike vastuolude ennetamisele nii uuringu planeerimise, läbiviimise kui tulemuste tõlgendamise etapis. Näiteks, võib eetiline väljakutse muuhulgas peituda ka intervjuu avatud ja usalduslikus käigus, kus uuritavad jagavad informatsiooni, mille avaldamist võivad hiljem kahetseda (Brinkmann 2008:5). Tundliku informatsiooni avaldamisel vastaja poolt kordasid uurijad veelkord informeeritud nõusoleku saamiseks jagatud selgitusi uuringu eesmärgi, vastajate anonüümsuse tagamise ning ütluste kasutuse kohta.

Uuritavate isikuandmeid ei ole avaldatud ega edastatud ühelegi uuringuga mitteseotud isikule. Intervjuude mahakirjutused, mis on uurijate peamised infoallikad intervjuu tõlgendamiseks ja analüüsimiseks, koostati anonüümsetena. Mahakirjutused teinud piiratud arvul inimestel olid töölepingus sätestatud kõik vajalikud konfidentsiaalsuse tagamise aspektid. Uurijad eemaldasid mahakirjutustest kõik mainitud isikute ja asutuste nimed ja muud vihjed, mis võiks põhjendamatult varju heita kolmandale osapoolle või vihjata vastaja isikule.

Intervjueeritavatega seotud isikuandmed kustutati esimesel võimalusel pärast intervjuu toimumist ning intervjueeritavaga ei ole hiljem võimalik enam ühendust võtta. Audiofailid kustutati pärast uuringu aruannete valmimist.

Uuringu autorid suhtusid tulemuste ülevaate koostamisse suure vastutustundega andes aru enda pädevuse piiridest. Oma panuse tasakaalustatud ja erapooletu ülevaate loomisel andsid toimetajad Jane Alop ja Liina Üksik.

Lisa 2. Tekstianalüüs

Kvalitatiivne sisuanalüüs võimaldab keskenduda teksti peamistele, tõenäolise vastuvõtu seisukohast olulistele tähendustele. Kvalitatiivne sisuanalüüs lubab analüüsida ka latentset sisu, st võtta arvesse ridade vahele peidetut ehk kodeerida teksti autori vihjeid, kavatsusi ja eesmärgi ning mitmeste konnotatsioonide erinevaid tõlgendamisvõimalusi. (Kalmus, Masso, Linno, 2015).

Kvalitatiivse tekstianalüüsi põhiline operatsioon on kodeerimine, mille käigus jaotatakse tekst osadeks eesmärgiga teksti põhjalikult uurida ja mõista. Kood on silt või märksõna, millega tähistatakse tekstilõike. Oluline on teksti peidetud süvatähenduste esiletõstmine. Kodeerimine algab tekstide mitmekordse süvendatult läbilugemisega, mille käigus märgitakse ära olulised tekstilõigud/laused/sõnad ning antakse neile märksõna ehk kood (Ezzy, 2002: 84–94, Kalmus, Masso, Linno 2015 kaudu). Kvalitatiivne sisuanalüüs võimaldab nii *induktiivset* – andmetest lähtuvat – kui ka *deduktiivset* – teoorial ja/või varasematel uurimustel põhinevat kategooriate loomist (Mayring 2000 viidatud Kalmus, Masso, Linno 2015 kaudu).

Induktiivses lähenemisel lähtutakse koodide ja teemade eristamisel kogutud materjali originaaltekstist (nö alt analüüsi tulemusel vastajate ütlustest, mitte intervjuu temaatilisest plaanist

(siin nn. deduktiivne vaade). Tekstianalüüsi praktilisel tasandil vastab induktiivsele lähenemisviisile avatud kodeerimine. Kalmus, Masso, Linno (2015) järgi on see induktiivne teksti lõikamine, mille eesmärk on süvenemine teksti looja/autori mõttemaailma ja selle mõistmine. Selle protsessi käigus toimub teksti üksikasjalik lahtiseletamine ja tähenduste dekodeerimine. Tuntakse veel ka suunatud kodeerimist, mille puhul toimub kodeerimine vastavalt uurimisküsimustele ning muud teemad jäetakse andmestikus kõrvale. Sõltuvalt kodeerimise viisist eristatakse nn in vivo, avatud ning etteantud koode. Esimeste ehk in vivo (lad „elus“) koodide korral sõnastatakse tekstiosi tähistavad märksõnad või fraasid võimalikult tekstilähedaselt. Avatud koodid tuletatakse otse tekstist (induktiivse lähenemise teel) teksti aktiivse lugemise ning ka põhjendatud teoorias kasutatavate analüütiliste tehnikate abil. Etteantud koodide korral toimub kodeerimine eelnevalt koostatud kodeerimisjuhendi ning koodide nimekirja alusel (tarkvarapõhise analüüsi korral vastab sellele nn otsingulistele koodide loomine). Tegelikult moodustub teksti kodeerimisskeem sageli in vivo, avatud ja etteantud koodide kombinatsiooni tulemusel.

Antud uuringu puhul kasutati eelnimetatud kombineeritud lähenemist. Töö käigus selgus, et induktiivsel lähenemisel selgunud probleemkohad kattusid suures osas deduktiivse (ehk teenuse arendajate infovajadusest lähtuva) vaatega. Induktiivne lähenemine tõi lisaks raviteenuse rahastuse ja noorte sihtrühma suunalise ennetustegevuse teemaga seotud koodid.

Intervjuude tekstide (kokku ligi 500 lehekülge) kodeerimine toimus tekstianalüüsi programmi NVivo 10 toel.

Kvalitatiivse sisuanalüüsi teine etapp on kategooriate loomine. Kategooria on uurija loodud analüütiline üksus (või tarkvarapõhises analüüsis nn koodiperekond), millesse koondatakse sarnased koodid. Edasi toimubki töö kategooriatega, uuritakse nende omavahelisi suhteid ja hierarhiaid, rühmitatakse neid sarnasuse alusel. Kategooriad võivad olla sarnaselt koodidega sõnastatud kas üldistatult, kuid suhteliselt tekstilähedaselt, või kontseptuaalselt. (Kalmus, Masso, Linno, 2015).

Lisa tabelid 3 ja 4 esitavad teksti avatud kodeerimise tulemuse intervjueritud osapoolte lõikes. Esimese astme koodideks (tabelis esitatud tava- ja *italic* kirjaviisis *invivo* koodid) uuringus osalenute mainitud alkoholi tarvitamise häire ravisüsteemi hetkeolukorra ja probleemkohtade teemal. Koodide eristamisel ei arvestatud selle esinemissagedust. Esimese astme koodi aluseks võis olla ka ühekordne maining. Tabelis on SUURTÄHTEDEGA toodud esmatasandi koodide hilisema grupeerimise tulemusel leitud kategooriate (teemaperekondade) nimetused. Kategooriad olid omakorda aluseks osapoolte poolt mainitud ravisüsteemi kitsaskohtades ühisosa ja erisuste leidmisele (vt Peatükk 2. Skeem 1) ning aruande temaatilise struktuuri kujunemisele.

Kuna paljud tõstatatud probleemid on omavahelises seoses või mitmetähenduslikud ja uurijal ei olnud kõikidel juhtudel üheselt tõlgendatavaid aluseid kodeerimisotsuse tegemiseks. Seega tuleks arvestada, et sama materjali korduskodeerimine ei pruugi viia täielikult kattuva tulemuseni. Samas ei ole põhjust eeldada, et korduskodeerimise korral ilmneksid olulised erinevused kolme intervjueritud rühma (eriarstid, perearstid ja eraisikud/patsiendid) poolt mainitud kitsaskohtade ühisosas⁵, mis on aruande temaatilise struktuuri aluseks.

⁵ Väide tugineb kahe autori paralleelse (üksteisest sõltumatu) kodeerimise tulemuste võrdlusele.

Lisa Tabel 3. Tulemusliku raviteenuse pakkumise/saamise probleemkohtade avatud koodid ja kategooriad perearstide ja eraisikute intervjuudest

Perearstid ja pereõde	Eraisik/patsient
<p>ABI KÄTTESAADAVUS</p> <p>Patsienti pole kuhugi edasi saata</p> <p>Kirde-Eestis pole eesti keelt kõrgtasemel valdavaid psühhiaatreid</p> <p>Puudub patsiendi keskne terviklahendus pakkuv süsteem või institutsioon</p> <p>Eriarstide ja sotsiaaltöötajate vähesus</p> <p>Pikad ravijärjekorrad</p> <p><i>Sundravi</i> võimaluste piiratus</p> <p>ABI TÕHUSUS</p> <p>Kõik eriarstid pole võrdselt tõhusad</p> <p>Ravikäsitus ei ole süsteemne ega jätkusuutlik</p> <p>Varajast avastamist on vähe</p> <p>KOOSTÖÖ</p> <p>Teised eriarstid ei märka või ei soovi märgata</p> <p>RAHASTUS</p> <p>Lühinõustamine peaks olema lisatasu eest</p> <p>TEADMATUS</p> <p>Ei tea, kuhu patsient suunata</p> <p>Ei tea, mida eriarst teeb või saab teha</p> <p>Patsiendi vähene teadlikkus probleemist</p> <p>EELARVAMUSED</p> <p>Delikaatne teema käsitlemiseks</p> <p>Arst ise ei usu ravi tulemuslikkusse</p> <p>MOTIVATSIOONI MÕJUTAV</p> <p>Suletud ring (ei näe lahendust)</p> <p>Tunneb, et on üksi</p> <p>Abi tulemuslikkus ei huvita süsteemi</p> <p>Ei usu, et saab (üksi) aidata</p> <p>Vähe edukogemust</p> <p>Kahtlemine oma oskustes nõustada</p> <p>PIIRATUD RESSURSS</p> <p>Perearsti tihe ajagraafik</p> <p>Külastusel käsitlemist vajavate teemade rohkus</p> <p>Vaimse tervise õde pole</p> <p>Motiveeriva intervjuu oskusi pole</p>	<p>ABI KÄTTESAADAVUS</p> <p>Psühhoteeraapia on kallid</p> <p>Eriarst on kaugel</p> <p>Perearst väidab, et mul pole probleemi</p> <p>ABI TÕHUSUS</p> <p>Psühhoteeraapiast ei ole kasu</p> <p>Ravimite kõrvaltoime häirib</p> <p>TEADMATUS ...</p> <p>...kuhu pöörduda</p> <p>...kus on lähim abipakkuv raviasutus</p> <p>...millise eriarsti poole pöörduda</p> <p>...millist abi on üldse vaja</p> <p>...millist abi pakutakse</p> <p>EELARVAMUSED</p> <p>Arst ei mõista, ei ole empaatiline</p> <p>Ainult ise saan/pean</p> <p>Wismari kohta</p> <p>AA-rühmade kohta</p> <p>Probleemsest tarvitaja kohta</p> <p>HIRMUD</p> <p>Häbeneb küsida nõu tuttavalt</p> <p>Ei julge rääkida arstile</p> <p>Kardab tööandja reaktsiooni</p> <p>MOTIVATSIOONI MÕJUTAV</p> <p>Kogemus korduvatest tagasilangustest</p> <p>Ühiskonna mittetauniv suhtumine</p> <p>alkoholitarvitamise</p> <p>Normist „hålbivaks“ peetakse ka karskust</p>

Lisa Tabel 4. Tulemusliku raviteenuse pakkumise/saamise probleemkohtade avatud koodid ja teemakoodid eriarstide intervjuudest

Psühhiaater	Kliiniline psühholoog
<p>TERVIKVAATE/RAVIKÄSITLUSE PUUDUS</p> <p>Tervishoiupoliitika tasandil</p> <p>Ravijuhendi tasandil</p> <p>Varajases avastamises</p> <p>Perearst ei märka probleemi</p> <p>ABI KÄTTESAADAVUS</p> <p>Eriarsti pikk vastuvõtu järjekord</p> <p>Halb ligipääs kaugpiirkondadest</p> <p>Statsionaarse ravi võimalused paikkonniti</p> <p>Võõrutus- ja reh.-keskuste ning kohtade arv</p> <p>ABI TÕHUSUS MADAL</p> <p><i>Arstide oskamatus probleemi käsitleda</i></p> <p>Arstil lünklikud teadmised</p> <p>Tõendus põhised psühhoterapiat vähe</p> <p><i>Ravi on sümptomaatiline</i></p> <p>KOOSTÖÖ vähesus ...</p> <p>...erialade vahel</p> <p>...asutuste vahel</p> <p>...ametkondade ülene</p> <p>...pereliikmetega</p> <p>RAHASTUS</p> <p>Haigekasse rahastamismudel ei toeta/motiveeri</p> <p>TEADMATUS</p> <p>Abivajaja teadmatusest haigusest</p> <p>Abivajaja teadmatusest ravist</p> <p>MOTIVATSIOON I PUUDUS</p> <p><i>Arsti valmisolek ravida</i></p> <p><i>Valmisolek märgata</i></p> <p>liigtarvitamise märke</p>	<p>TERVIKVAATE/RAVIKÄSITLUSE PUUDUS</p> <p><i>Käsitluste dihhotoomsus (nt haigus vs elustiil, valed toimetuleku võtted vs moraal vs tahtenõrkus)</i></p> <p>Vajalik avatum käsitlus (<i>patsiendi „keskkonna“ kaasamine</i>).</p> <p>Ravikäsitlus ei hõlma praegu rehabilitatsiooni ja sotsiaaltööd.</p> <p>ABI KÄTTESAADAVUS</p> <p>Patsient ei pääse kiiresti arsti juurde</p> <p><i>Eriarste vähe (psühhiaatrid, kliinilised psühhol.)</i></p> <p><i>Tõendus põhised psühhoterapia kättesaadavus üle Eesti.</i></p> <p>ABI TÕHUSUS MADAL, sest ...</p> <p><i>..praegused abiprogrammid liiga lühikesed</i></p> <p><i>..tahtest olemata ravi kasutatakse vähem kui vaja</i></p> <p><i>...community grupe pole</i></p> <p><i>...perearstid ei tee/oska ennetavat nõustamist</i></p> <p><i>... psühhiaatria on liiga ravimikeskne</i></p> <p><i>... ravi on sümptomaatiline</i></p> <p>KOOSTÖÖ</p> <p>Kliinilise ja sotsiaaltöö vahel jookseb piir</p> <p>Vähe koostööd psühholoogi ja sotsiaaltöötaja vahel</p> <p>Meeskonnatöö puudus (raviarst üksi oma korduvate „tagasilangustega“ patsiendiga)</p> <p>Pere/lähedaste võrgustiku vähene kaasamine</p> <p>Rohkem koostööd tööandjate, SKA ja Töötukassaga</p> <p>Arsti tööd mittetoetav/kasutu e-tervise infosüsteem</p> <p>RAHASTUS</p> <p>Haigekassa poolne rahastamine (sh tajutud soovimatus rahastada sõltuvusravi)</p> <p><i>Teraapiafond tähendab arstile lisabürokraatiat</i></p> <p>TEADMATUS</p> <p>Arsti teadmised ravi võimalustest väljaspool oma asutust</p> <p>Patsientide teadlikkus ohustavast tarvitamisest</p> <p>Pereliikmed ei tea, kuhu abi saamiseks pöörduda</p> <p>Ei mõisteta psühholoogi rolli (kuidas ja mis faasis saab toetada)</p> <p>EELARVAMUSED (arst)</p> <p>Patsiendid ei (julge) abi otsida</p> <p>Arstil vähe usku sõltlase ravitulemusse</p> <p>On EMO töötajaid ja kliinilisi psühholooge, kes väljendavad avalikult oma tõrjuvat/negatiivset hoiakut alkoholiprobleemiga patsiendi suhtes.</p> <p>MOTIVATSIOONI PUUDUS</p> <p>Töö alkosõltlasega on vähe-eelistatud (võrreldes narkosõltlasega)</p> <p>Raviarsti läbipõlemine kiire (vähese edukogemuse tõttu).</p>

