

# Prooviuuring alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise metoodika hindamiseks Eesti perearstisüsteemis

Ilsi Saame<sup>1</sup>, Natalja Gluškova<sup>1</sup>, Karl Viilmann<sup>1</sup>, Ruth Kalda<sup>2</sup>

Eesti Arst 2011;90(5):  
216–224

Saabunud toimetusse:  
13.09.2011  
Avaldati internetis:  
25.05.2011

<sup>1</sup> Tervise Arengu Instituut,  
<sup>2</sup> TÜ polikliiniku ja  
peremeditsiini õppetool

Korrespondeeriv autor:  
Ilsi Saame,  
iisi.saame@tai.ee

Võtmesõnad:  
ohustav ja kahjustav  
alkoholitarvitamine, AUDITi  
küsimustik, nõustamine,  
peremeditsiin.

**Taust ja eesmärk.** Alkoholi tarvitamisest tingitud tervisehäirete ennetamisel on oluline alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine ja patsientide nõustamine. Uuringu eesmärgiks oli hinnata alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise iseärasusi ja sobilikkust Eesti perearstisüsteemis, samuti vastavate koolituste ning juhend- ja infomaterjalide vajalikkust.

**Meetodid.** 265 patsiendist uuritavat vanuses 18–64 aastat vastasid Eesti kuues perearstikeskuses AUDITi küsimustele. Lähtudes testi tulemusest, informeeriti või nõustati patsiente. Osalenud 8 perearsti ja 7 pereõe hinnangud teostatud tegevuste kohta koguti küsimustiku ning struktureeritud rühmatöö ja arutelu abil. Andmete analüüsil kasutati kirjeldavat statistikat ja kvalitatiivset tekstianalüüsi.

**Tulemused.** 23%-l uuritud patsientidest leiti ohustav või kahjustav alkoholitarvitamine, 93% uuritutest vastas meelsasti kõigile AUDITi küsimustele. 88%-l juhtudest kulus testimisele ja nõustamisele aega mitte enam kui 20 minutit. Tervishoiutöötajate arvates oli patsientide testimine kergem kui nende nõustamine.

**Järeldused.** Alkoholi liigtarvitamise varane testimine ja nõustamine on sobilikud perearstisüsteemis kasutamiseks. Peremeditsiini spetsiifikaga arvestavad täienduskoolitused on vajalikud õdede ja arstide nõustamisoskuse suurendamiseks.

Alkoholi tarvitamine on oluline vigastuste ning krooniliste haiguste riskitegur. Aastatel 1996–2008 suurenes Eestis alkoholi tarvitamine ühe inimese kohta 11,9 liitri puhast alkoholi aastas (1, 2). Alkoholi liigtarvitamisest tulenevad tervisehäired ei piirdu ainult alkoholisõltuvuse tekke riskiga, sest põhjuslikud seosed on leitud alkoholi tarvitamise ja seedetrakti pahaloomuliste kasvajate, rinnavähi, erinevate psüühikahäirete, epilepsia, hüpertensiooni, südame isheemiatõve ja infarkti, insuldi, maksatsirroosi, vigastuste, õnnetusjuhtumite ning loote ja vastsündinute tervisehäirete vahel (3, 4). Alkoholi tarvitamisest tulenevat riski saab hinnata alkoholi tarvitamise sageduse ja tarvitatud alkoholi koguse selgitamise abil, kuid selleks on välja töötatud ka mitmeid skriiningteste, nt AUDIT, AUDIT-C, FAST,

MAST (4). AUDIT (*Alcohol Use Disorder Identification Test*) annab usaldusväärseid viiteid tervisele ohtu kujutava või kahju põhjustava alkoholitarvitamise, sh alkoholisõltuvuse olemasolule (4, 5).

Alkoholi tarvitamisest tingitud tervisehäirete ennetamisel on efektiivne alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine ja lühiajaline nõustamine (ingl *early identification and brief intervention*) (4, 6–9). Lühiajaline nõustamine on tulemuslik kõrgenenud riskitasemega alkoholitarvitajate hulgas, kuid jääb ebapiisavaks alkoholisõltuvusega patsiendi puhul (4), mil on vajalik kasutada täiendavaid psühhoteraapia- või medikamentoose ravi võtteid. Alkoholiprobleemide vähendamiseks ühiskonnas soovitatakse teiste tõendus põhiste meetmete (nt inimeste teadlikkuse ja hoiakute kujundamine, trans-

pordivahendi joores juhtimise ennetamine, alkoholi kättesaadavuse, reklaami ja hinna mõjutamine) kõrval rakendada alkoholi liigtarvitamise varajast avastamist ja lühiajalist nõustamist esmatasandi tervishoius (10, 11).

Tervist kahjustava alkoholitarvitamise levimust ja sellega seotud riskitegureid Eesti perearstipatsientide hulgas on käsitlenud H-I. Maarooši ja kolleegide varasemas uuringus (12). Uuritud on ka esmatasandi tervishoiutöötajate (sh perearstide, pereõdede) võimalusi ja praegust praktikat alkoholi liigtarvitamise ennetamisel (13), kuid samas puuduvad andmed selle kohta, kuidas sobib alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine ja patsientide nõustamine Eesti perearstipraksiste igapäevategevusse.

Käesoleva prooviuuringu eesmärgiks oli hinnata 1) alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja lühiajalise nõustamise iseärasusi ning sobivust Eesti perearstiabis rakendamiseks; 2) tervishoiutöötajate eelneva koolitamise vajalikkust AUDITi küsimustiku kasutamiseks ja patsientide nõustamiseks; 3) koostatud meetodilise ja patsiendimaterjalide sobilikkust igapäevatöös kasutamisel.

## UURIMISMATERJAL JA -MEETODID

Projekti elluviimiseks kuulutas Tervise Arengu Instituut välja hanke 12 üldarstiabi osutaja leidmiseks. Kutsele vastas 6 perearstikeskust (4 Tallinnast, 1 Tartust, 1 Pärnust, kokku 8 arsti ja 7 õde), kes kõik osalesid projektis. Uuring kestis 3 nädalat (veebruarist märtsini 2010), millele eelnes 6-tunnine AUDITi meetodikat ning nõustamispõhimõtteid käsitlev koolitus.

Kolme nädala vältel pakkusid perearstid ja pereõded vastuvõtule pöördunud 18–64aastastele patsientidele võimalust hinnata oma alkoholitarvitamise riskitaset. Patsientide kaasamise kriteeriumideks olid alkoholi tarvitamine viimase aasta vältel ning patsiendi nõusolek osaleda uuringus.

Patsiente testisid ja nõustasid nii perearstid kui ka õed. Patsiendid vastasid intervjuu käigus 10-le AUDITi (12) küsimusele, neile anti tagasiside testi tulemusest, info- või eneseabimaterjal alkoholi tarvitamise kohta ning patsiente nõustati lähtuvalt nende riskitasemest. AUDITi tulemuste hindamisel kasutatud kriteeriumid on kirjeldatud tabelis 1.

Patsientide küsitlemisel ja nõustamisel said perearstid ja õed kasutada tõendus põhiste allikatele (4–6) tuginevat meetodilist juhendit (14) ning teiste riikide materjalide (15, 16) alusel väljatöötatud patsiendi info- ja eneseabimaterjale (14). Testimise ja nõustamise hindamiseks oli koostatud 10 küsimusega küsimustik, mille abil tervishoiutöötajad hindasid iga patsiendi puhul nõustamisele kulunud aega ja nõustamise läbiviimist, küsimuste arusaadavust patsiendile ja mugavust nendele vastamisel ning andsid hinnangu selle kohta, kui kerge või raske oli testida ja nõustada. Testimise ajakulu hindamiseks fikseeriti testi alustamise ja lõpetamise kellaaeg. Andmete kvantitatiivsel analüüsimisel statistikaprogrammiga SPSS 16.0 kasutati kirjeldavat statistikat.

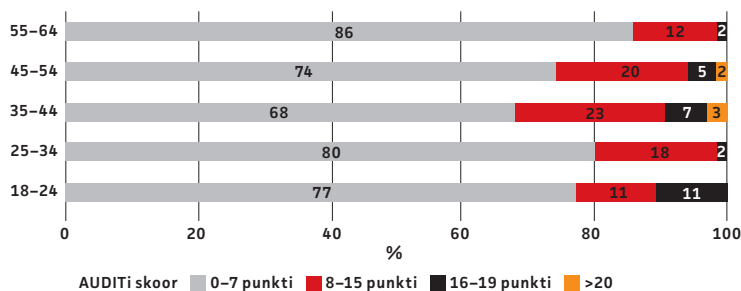
Projektist saadud kogemuste kokkuvõtmiseks ja hindamiseks korraldati 2010. aasta märtsis kõigi projektis osalenud tervishoiutöötajate osalusel hindamiseminar. Seminar esimeses osas andsid kõik osalenud perearstikeskused vabas vormis ülevaate saadud kogemusest. Teises osas moodustati erinevate perearstikeskuste spetsialiste koondavad rühmad, kes andsid hinnangu järgmistele teemadele: 1) alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise iseärasused ning sobivus perearstisüsteemi; 2) eelneva koolituse sobivus ja vajalikkus ning 3) testimisel ja nõustamisel kasutatud meetodilise juhendi ning patsiendimaterjalide sobivus. Seminar videosalvestati ja tulemuste analüüsimiseks kasutati kvalitatiivset tekstianalüüsi

Tabel 1. AUDITi tulemuste tõlgendamine täiskasvanutel (4, 5)

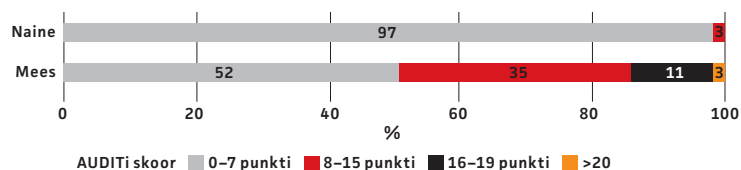
AUDITi skoor	Riskitase	Selgitus
0–7	I (madal riskitase)	Tõenäosus tervisekahjustuse tekkeks on väike.
8–15	II (ohustav tarvitamine)	Alkoholi tarvitamise viis, mille puhul suureneb risk kahjulike mõjude tekkeks vaimsele või füüsilisele tervisele.
16–19	III (kahjustav tarvitamine)	Alkoholi tarvitamise viis, mis kahjustab vaimset või füüsilist tervist.
≥ 20	IV (kõrge riskitase)	Kahjustav tarvitamine, võimalik alkoholisõltuvus.

Tabel 2. Uuritavate isikuandmed

		N	%
Vanus	18–24 a	35	13
	25–34 a	45	17
	35–44 a	62	23
	45–54 a	66	25
	55–64 a	57	22
Sugu	Mees	121	46
	Naine	144	54
Rahvus	Eestlane	203	77
	Mitte-eestlane	62	23



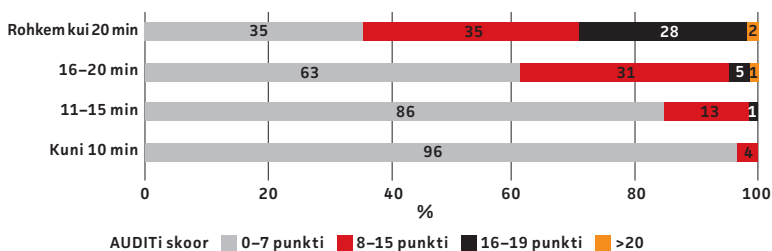
Joonis 1. Uuritud patsientide AUDITi tulemused vanuserühmade kaupa.



Joonis 2. Uuritud patsientide AUDITi tulemused soo järgi.

Tabel 3. Tervishoiutöötajate ajakulu AUDITi tegemisele ja nõustamisele

Ajakulu	AUDITi tegemine (%)	Tegevused pärast testi (%)	Ajakulu kokku (%)
Kuni 5 minutit	74	42	-
6–10 minutit	23	34	38
11–15 minutit	2	16	25
16–20 minutit	0,4	4	26
Rohkem kui 20 minutit	1	3	12



Joonis 3. Testimise ja nõustamise ajakulu AUDITi skoori alusel.

meetodit. Salvestatud materjal transkribeeriti tekstidokumendi formaati ja tehti kvalitatiivne tekstianalüüs. Kvalitatiivse tekstianalüüsi eesmärgiks oli keskenduda teksti sisule ja tähendustele ning analüüsi fookus oli uuritaval nähtusel, mitte kogutud arvuliste näitajate analüüsil. Kvalitatiivse tekstianalüüsi käigus anti sarnasele teksti sisule analüütiline kood, mis iseloomustas kõige paremini öeldu sisu. Esmalt tehti algne ehk avatud kodeerimine, mille käigus tekkisid analüüsijal esialgsed oletused selle kohta, kuidas erinevad koodid omavahel seonduvad. Sellele järgnes fookustatud kodeerimine, kus avatud koodid struktureeriti ja süstematiseeriti (17). Prooviuuringu teostuseks saadi luba Tallinna meditsiiniuuringute eetikakomiteelt (kooskõlastus nr 1972, 23.02.2010).

TULEMUSED

Uuringumaterjali kvantitatiivne analüüs

Kokku pakuti projektis osalemise võimalust 304 patsiendile. Neist 28 (9,2%) ei olnud nõus osalema. Keeldujaid oli sarnaselt kõigis vanuses meeste ja naiste hulgas, eestlastest keeldus 7%, oluliselt enam (p = 0,007) oli keeldujaid mitte-eestlaste seas (16%). 11 patsiendi andmed eemaldati analüüsist, kuna nad ei tarvitanud viimasel aastal alkoholi või puudusid andmed nende eelneva alkoholitarvitamise kohta. Analüüsil kasutati seega 265 patsiendi andmeid. Keskmine testitud ja nõustatud patsientide arv perearstikeskuse kohta oli 44 patsienti. Uuritud patsientide vanust, sugu ja rahvust kirjeldavad andmed on esitatud tabelis 2.

77% uuritud patsientide AUDITi-tulemus jäi madala riski tasemele (vt tabel 1). Ohustav alkoholitarvitamine leiti 46 patsiendil (17%) ja kahjustav alkoholitarvitamine 13 patsiendil (5%). Võimalikule alkoholisoolevitusele viitav riskitase leiti 3 patsiendil (1%). Viimases grupis olid vaid meespatsiendid vanuses 35–54 aastat. Naistel olid kõige suuremad skoorid vahemikus 8–15 punkti. Joonistel 1 ja 2 on toodud AUDITi tulemused patsientide vanuserühmade ja soo kaupa. Vanuserühmiti ei leitud olulist erinevust alkoholi riskitarvitamise esinemisel (vt joonis 1), oluliselt erines meeste ja naiste alkoholitarvitamise risk (vt joonis 2) (p = 0,0001).

74%-l juhtudest ei kulunud testi tegemisele rohkem kui 5 minutit, keskmine ajakulu oli 4,8 minutit. Tegevused pärast testi tegemist (tulemuse teatamine, infomaterjali andmine, soovitus andmine või nõustamine) võtsid veidi enam kui pooltel juhtudel (58%) aega rohkem kui 5 minutit. AUDITi tegemisele ja tegevustele pärast testi tegemist kulus 88%-l juhtudest aega mitte rohkem kui 20 minutit (vt tabel 3).

Metoodilise juhendi kohaselt said meedikud soovitus kasutada sõltuvalt patsiendi riskitasemest erinevaid nõustamisviise. Mida kõrgem riskitase, seda põhjalikum nõustamine oli ette nähtud. Kuigi ka madala riskitasemega patsientidele kulunud testimise ja nõustamise aeg varieerus suures ulatuses (vähem kui 10 minutist enam kui 20 minutini) (vt joonis 3), oli siiski täheleandav, et ajakulu sõltus AUDITi tulemusest: mida suurem oli skoor, seda rohkem aega kulus ja vastupidi.

Testimist ja nõustamist võisid perearst ja pereõde teha koos või eraldi. 60%-l juhtudest testis ja nõustas perearst üksinda, 23%-l juhtudest tegid seda pereõde. Ühes keskses viisid tegevusi läbi perearst ja pereõde koos (16% juhtudest).

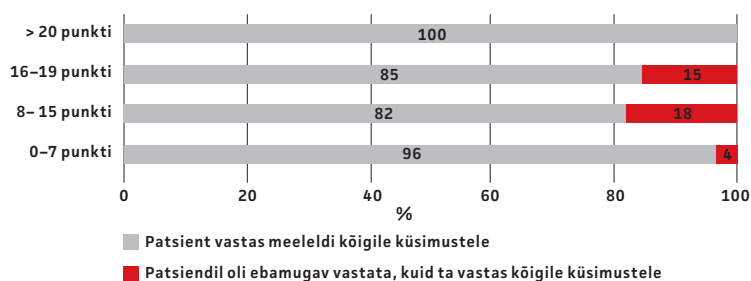
Analüüs näitas (vt tabel 4), et arstidel kulus nii AUDITi tegemisele kui ka tegevustele pärast seda õdedest oluliselt kauem aega. 93%-l juhtudest toimus testimine ja nõustamine sama viisi käigus, kui patsienti esimest korda projektist teavitati. 7%-l juhtudest lepitati patsiendiga kas testi tegemiseks või nõustamiseks kokku uus aeg. Sagedamini märgiti, et uut kohtumist kasutati põhjalikumaks nõustamiseks ning et AUDIT tehti siiski esimese kohtumise ajal. 96%-l juhtudest märgiti, et kõik AUDITi küsimused olid patsiendile arusaadavad, vaid 4%-l juhtudest oli vajalik patsiendile mõne küsimuse sõnastust selgitada (täpsemalt vt kvalitatiivne analüüs).

93% uuritute vastas arstide ja õdede hinnangul meelsasti kõigile testi küsimustele. 7%-l juhtudest märgiti, et patsiendil oli ebamugav küsimustele vastata, kuid ta vastas siiski kõigile küsimustele. Ebamugavuse tõttu ei jätnud ükski patsient mõnele testi küsimusele vastamata, samuti ei jäetud vastamist pooleli. Ilmnes, et  $\geq 8$  punkti saanud patsientidel oli tervishoiutöötaja hinnangul oluliselt ebamugavam testi küsimustele vastata kui 0–7 punkti saanud patsientidel ( $p = 0,001$ ) (vt joonis 4).

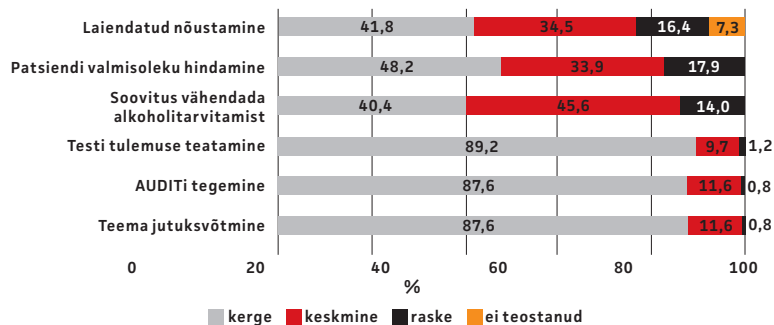
**Tabel 4.** Perearstide ja -õdede ajakulu AUDITi tegemisele ja tegevustele pärast seda (%)

	Ajakulu	AUDIT	Tegevused pärast testi tegemist
Perearst üksinda (%)	kuni 5 minutit	80*	36**
	6–10 minutit	18	34
	11–15 minutit	1	19
	16–20 minutit	1	6
	rohkem kui 20 minutit	-	5
Pereõde üksinda (%)	kuni 5 minutit	93	58
	6–10 minutit	7	25
	11–15 minutit	-	12
	16–20 minutit	-	3
	rohkem kui 20 minutit	-	2

\*  $p = 0,014$ , \*\*  $p = 0,003$ , perearsti ja õe ajakulu erinevus



**Joonis 4.** Tervishoiutöötaja hinnang patsiendi käitumisele AUDITi ajal.



**Joonis 5.** Perearstide ja -õdede hinnang uuritute alkoholikasutamise testimise ja nõustamise raskusele.

Kõrgenenud riskitasemega patsientide ( $\geq 8$  skoor) puhul sooritati järgmised tegevused: kõigile patsientidele anti teada testi tulemus, soovitati alkoholi tarvitamist vähendada ning anti nii patsiendi infomaterjal kui ka eneseabimaterjal. 84%-l patsientidest kasutati laiendatud nõustamise meetodit, sh hinnati patsiendi motivatsiooni muuta oma alkoholarvitamist. 43%-l patsientidest soovitati uut kohtumist kas pereõde või perearsti juures. 21%-l patsientidest määrati täiendavad

uuringud või suunati patsient lisakonsultatsioonile spetsialistide juurde väljaspool perearstikeskust.

Arstide ja õdede hinnangut selle kohta, kui kerge või raske oli testida ja nõustada, kajastab joonis 5. „Ei teostanud“ oli märgitud 4 patsiendi puhul, kellega lepiti laiendatud nõustamise aeg kokku hilisemaks ajaks kui prooviuuringu kestus.

## Tervishoiutöötajate uuringust saadud kogemus ja selle kvalitatiivne analüüs

Kvalitatiivselt andmeid analüüsid ilmsel kolm kõige enam kajastamist leidnud teemarühma: 1) patsientide positiivne suhtumine; 2) testi tulemuse ootamatus nii meedikule kui ka patsiendile; 3) nõustamisega seonduvad küsimused.

### 1. Patsientide positiivne suhtumine

Kõige sagedamini mainiti, et patsiendid väljendasid erineval viisil positiivset suhtumist nii projekti tervikuna kui ka alkoholitarvitamise testimisse ja nõustamisse. Näiteks tänasid patsiendid meedikut, et said infomaterjali alkoholitarvitamise riskide, oma alkoholitarvitamise jälgimise ja muutuste tegemise võimaluste kohta. Mitmel korral kirjeldati, et patsient soovis saadud infomaterjali kas pereliikmete ja lähedaste või sõpradega arutada, seda neile edastada. Samuti kogeti, et patsiendid olid õnnelikud, kui said oma alkoholiprobleemist rääkida. Meedikute kirjeldustest selgus, et patsiendid tahtsid oma alkoholitarvitamisest rääkida, olid avatud, näiteks

*„Tagasiside patsientidelt oli ka hästi positiivne, kui ma lõpus tänasin neid, et te osalesite, siis patsiendid tänasid meid, et andsime materjale, küsisid, kas ma võin neid jagada kellelegi, see oli nii vajalik teema.“<sup>1</sup>*

*„Jäi silma, et tahetakse väga palju rääkida, ka need inimesed, kelle tulemus jääb 5–6 punkti, nad on valmis pool tundi sulle rääkima, kui sa lased.“*

### 2. Testi tulemuse ootamatus nii meedikule kui ka patsiendile

Mitme patsiendi testi tulemused üllatasid või panid meedikut mõtlema testi tulemuse üle. Ilmsel, et arst ei oleks oodanud suurt skoori mõne kroonilise haige või vanemaalise patsiendi puhul. Esines ka olukord,

kus patsient, kelle alkoholitarvitamist meedik probleemseks pidas, sai madala riskitasemega tarvitamisele vastava skoori. Meedikutele tuli üllatusena nii see, et mõned noored ei tarvita üldse alkoholi, kui ka see, et noorte seas oli alkoholi tarvitamist rohkem, kui nad oleks arvanud. Samuti kogeti, et testi tulemused olid mõnelegi patsiendile üllatavad, näiteks

*„Leidsin ühe probleemtarvitaja, kroonilise haige, kellega varem sellel teemal üldse juttu ei olnud, kes oli ise üsna ära ehmatanud ja võib-olla natuke tõrges selle tulemuse peale.“*

*„Täiesti üllatus, kusjuures arvestades seda ravimikogust, mida inimesed ikkagi teatud vanuses hakkavad tarvitama, siis ma eeldasin, et need maksanäitajate muutused on tingitud kolesterooli langetavatest ravimitest, aga vaadates mis skoor tuli, siis võibolla peaks seda tähelepanu suunama ka muudele küsimustele rohkem.“*

*„Paaril korral esines kahtlust, kas need skoorid olid objektiivsed. Meie hinnang patsiendi suhtes ja patsiendi enda hinnang..., need numbrid ei pruukinud olla väga objektiivsed. Patsient meie nägemuse järgi on suurem tarvitaja, aga sai skooriks 4.“*

### 3. Nõustamisega seonduvad küsimused

Sageli kõlas arvamus, et kõrge riskitasemega alkoholitarvitajat oli keeruline nõustada. Leiti, et arstide ja õdede praegune väljaõpe ning kogemused jäävad napiks, et kindlustundega patsiente alkoholiteemal nõustada. Nõustamist peeti testimisest keerulisemaks ja aeganõudvamaks. Leiti, et ka siis, kui saab kasutada juhendmaterjale, on kogemuse saamiseks vajalik piisav praktika. Kõlasid arvamusel, et pereõdedel võib nõustamiseks rohkem aega olla kui arstil. Samas leiti, et pereõdedegi töö on nõnda pingeline, et nõustamiseks on raske aega leida.

*„Avastasin selle, et seda nõustamist ikka niisama paberi järgi ei tee, et seda peab tegema läbi mitu korda.“*

*„Neid on väga raske veenda oma harjumusi muutma, nad tegelikult ei tunnista, et neil on probleem. ... siis ma ise tundsin küll, et minul puuduvad need oskused, et neid veel paremini nõustada.“*

<sup>1</sup> Kaldkirjas on muutmata kujul välja toodud perearstide ja õdede arvamusel kõige enam kajastamist leidnud teemade kohta.

*„Sellest hetkest, kui probleem on selge, siis hakkab ka nagu vastutus, mida ma siis ette võtan, see ei ole üldse nii kerge enam.“*

## Tervishoiutöötajate rühmaarutelude ülevaade

### 1. Alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise iseärasused ning sobivus perearstisüsteemi

Tõdeti, et alkoholiteema käsitlemise takistuseks võib olla meedikute vähene nõustamisoskus, kartus teemat avada või alkoholi liigtarvitavat patsienti nõustada. Võimaliku probleemina toodi välja, et pärast uudsena tundunud projekti lõppu võib patsientide positiivne suhtumine väheneda. Tõstatati küsimus, kas patsient võib loobuda perearsti poole pöördumast kartusest alkoholitarvitamise testi tegemise ees. Leiti siiski, et kuna küsimustiku täitmine on vabatahtlik, siis ei tohiks võimalikud üksikjuhtumid, kus patsient ei tule pärast testi tegemist vastuvõtule, perearste ja -õdesid ära ehmata ega panna neid kahtlema testimise ja nõustamise vajalikkuses ning sobivuses. Arvati, et testi tegemine perearsti ja pereõe töö loomuliku osana aitab vältida patsientide kartust perearsti poole pöörduda. Leiti, et mitmete patsiendirühmade puhul oleks sobilik lisada jälgimisse ka alkoholitarvitamise hindamine (nt kroonilised haiged, südame-veresoonkonna haiguste riskirühm, autojuhi- ja relvaloa taotlejad). Testi tegemise eelistena suulise küsitluse käigus toodi välja, et see võimaldab küsimustikus olevatele alkoholi tarvitamise harjumusi hindavatele nüanssidele patsiendi tähelepanu juhtida (nt selgitada alkoholiannuste tähendust). Jõuti järeldusele, et positiivne suhtumine testimisse ja nõustamisse on olemas nii õdedel kui ka arstidel. Tuleb kaaluda, milliste ressurssidega seda teha ning kuidas tegevust perearstikeskuse igapäevatoösse paigutada.

*„Minul endal oli palju suurem tõrge seda küsimust esitada. Kohe kui ma sain patsiendi käest vastuse, tekkis selline tunne, et (kergendusoh), et ei olnudki üldse nii hull, et patsient ju üldse ei tõrgu, miks ma siis ise kardan.“*

*„Ei tohiks jääda patsiendil muljet, et ta on negatiivses mõttes ära valitud, peaks jätma hästi rutiinse, tavalise, loomuliku mulje.“*

### 2. Eelnenud koolituse sobivus ja vajalikkus

Leiti, et koolitusel oli hea võimalus praktiliselt harjutada AUDITi tegemist, kuid nõustamise pool jäi väheseks. Nõustamise jätku- ja täienduskoolitusi juba töötavatele õdedele-arstidele peeti edaspidi väga vajalikuks. Osalenute hinnangul peaksid koolitajad hästi tundma perearstikeskuse töö spetsiifikat ning oskama koolituse praktilist poolt esmatasandi tervishoiu näidetega siduda.

*„Praktika nõustamise osas, see puudutas just seda, kellel skoor oli 8 ja rohkem, kuidas nendele inimestele läheneda, me natuke saime koolitusel seda harjutada, aga see jäi natuke väheseks, see tekitas kerget ärevust, et mis siis, kui see on rohkem, kuidas ma sellest välja tulen, mida patsiendile soovitan, kuidas ma sellest edasi lähen.“*

### 3. Testimisel ja nõustamisel kasutatud materjalide sobivus

Üldiselt leiti, et projekti ettevalmistus oli hea, sest osalejatel oli võimalik kasutada spetsiaalselt koostatud materjale. Samas tehti mitmeid ettepanekuid AUDITi mõne küsimuse selgema sõnastamise kohta (küsimused 4, 5, 9 joomise lõpetamise kohta, joomise tõttu töö tegemata jätmise või teise isiku haiget/vigastada saamise kohta). Ettepanekuid tehti ka patsientidele mõeldud materjalide Eesti oludele sobivamaks kohandamiseks (näiteks kange alkoholi näitena viinapitsi ja -pudeli lisamine alkoholiühikuid kajastavale joonisele; alkoholiühikute kajastamine nii serveerimisviisi kui ka pudeli kohta). Leiti, et edaspidi, kui patsientide testimise ja nõustamise kogemust on rohkem, võib olla vajalik materjal veel kord üle vaadata ja seda täiendada. 10 küsimusega AUDITit peeti lihtsaks ning sobivaks igapäevases praktikas kasutamiseks ning teisi skriiningteste välja ei pakutud.

## ARUTELU

Alkoholi liigtarvitamise varajast avastamist ja nõustamist esmatasandi tervishoius peetakse kulutõhusaks tegevuseks ning seda on soovitatud rakendada Eesti ühiskonnas levinud alkoholiprobleemide ohjamiseks (11). Projekt andis esimesed teadmised selle kohta, kuidas suhtuvad patsiendid ja meedikud alkoholitarvitamise küsitluse ja nõustamise perearstikeskuses

ning millised on vajadused nende tegevuste teostuseks. Artiklis kajastatud tulemused kirjeldavad oportunistlikku sekkumist, s.t testimist ja nõustamist juhtudel, kui patsient oli tegelikult perearstikeskusesse pöördunud mingi muu probleemiga, mitte alkoholitarvitamise murega.

Esmatasandi tervishoidu sobilikud nõustamisviisid, mille eesmärgiks on aidata inimesel lõpetada psühhoaktiivsete ainete tarvitamine või vähendada seda, on ajaliselt piiratud, enamasti kestusega 5–10 minutit (6). Meie tulemused näitasid, et intervjuu käigus testi tegemine võttis ¾-l juhtudest aega vähem kui 5 minutit. Arsti aja kokkuvõtteks võib testi eelnevalt teha õde, seda viisi rakendati ka mõnes projektis osalenud keskkuses, kuid pereõed võivad testimist ja nõustamist teha ka õe iseseisva vastuvõtu raames. Projekt näitas, et ligikaudu 40% testimistest ja nõustamisest toimus kuni 10 minutiga, 88%-l juhtudest kulus testimisele ja nõustamisele aega mitte enam kui 20 minutit. Siiski peab arvestama, et mida suurem on AUDITi skoor, seda tõenäolisemalt pikeneb nõustamisele kuluv aeg. Juhendites (4, 6) ongi soovitatud sõltuvalt patsiendi riskitasemest erineva kestuse ja sisuga nõustamisi. Soovituste kohaselt (4) peaks igale patsiendile, kellel on alkoholitarvitamise risk suurenenud, võimaldama vähemalt 5minutilise struktureeritud nõustamise alkoholitarvitamise vähendamiseks.

On leitud, et nii patsientide kui ka meedikute hinnangul on sobivam uurida patsiendi alkoholitarvitamist teatud juhtudel (üldine tervisekontroll eluviisi mõjurite hindamiseks, patsiendi kaebuse võimalik seos alkoholitarvitamisega, nt kõrgeenenud vererõhu korral) (18). Sel viisil ei koormata asjatult kõiki patsiente ja personali, leitakse varakult terviseriskid, samas välditakse alkoholiteema seostamist ainult alkoholisõltuvusega. Sarnaseid soovitusi andsid ka käesolevas projektis osalenud meedikud. Lisaks on alkoholitarvitamise riski hindamine AUDITit kasutades usaldusväärne ja vähem kulukas kui mittespetsiifiliste biokeemiliste markerite määramine (18).

Selle kohta, et patsiendid suhtuvad positiivselt alkoholiteema käsitlemisesse perearsti juures, ootavad arstilt soovitusi alkoholiprobleemi suhtes ning peavad arstiga alkoholitarvitamisest rääkimist kasulikuks, on piisavalt andmeid teistest

uuringutest (19–23). Patsientide positiivset suhtumist näitas ka käesolev projekt. Kuna tulemustest selgus aga, et alkoholitarvitus kujutab sagedamini probleemi meestel ning probleemi olemasolu korral on patsiendi küsitlemine raskendatud, siis võib positiivne tulemus olla teatud määral mõjutatud asjaolust, et valimis oli veidi enam naisi kui mehi. Naiste suurem kaasatus võis tuleneda asjaolust, et naised külastavad perearsti sagedamini kui mehed (24). Peab märkima, et sugugi mitte alati ei ole vajalik skriiningtestiga püüda välja selgitada n-ö lõplikku tõde patsiendi alkoholitarvitamise kohta. Isegi siis, kui patsient ei vasta küsimustele ausalt ja ilustab testi tulemust, võib küsimustele vastuste otsimine ja alkoholitarvitamise teemal meedikuga rääkimine käivitada protsessi, mis paneb patsienti oma alkoholitarvitamist ümber hindama ning muutuseid tegema. Inglismaal korraldatud uuringus (25) leiti, et küsitlemise (testimise) komponendil võib seni arvatust suurem mõju olla ning et ainuüksi AUDITi tegemine võib alkoholitarvitamise vähendamisel anda positiivse efekti.

Kui üldiselt peavad Eesti esmatasandi tervishoiutöötajad oma teadmisi ja oskusi haiguste ennetuse valdkonnas piisavaks või heaks, siis alkoholitarvitamise käsitlemisel peetakse oma nõustamisoskuseid väheseks ning koolitusvajadust kõige suuremaks (13). On leitud, et vähesed teadmised skriiningtestide ja nõustamise kohta ning vähene enesekindlus nende kasutamisel (26), samuti piiratud ajaressurs on nõustamise takistuseks perearstisüsteemis (21, 27). Mida suuremad on medikute teadmised alkoholiprobleemide ning testimise ja nõustamise kohta ning mida paremad vastavad oskused, seda aktiivsemalt esmatasandil nende küsimustega tegeletakse (28). Testimise ja nõustamise rakendamisele perearstisüsteemis aitavad kaasa koolitused (26). Positiivsed praktilised kogemused toetavad enesekindluse suurenemist ja aitavad meedikul iseendale põhjendada alkoholiteema käsitlemise vajalikkust (27). Oluliseks teguriks patsientide nõustamise rakendamisel peetaksegi skriiningtestide kasutamist ning nõustamise praktilist harjutamist (29). Käesoleva projekti tulemusel selgusid takistustena samasugused asjaolud ning leidis kinnitust vajadus nõustamiskoolituste ja suurema praktika järele.

## KOKKUVÕTE JA JÄRELDUSED

Esimene kogemus perearstipatsientide alkoholitarvitamisega seotud riskide hindamisel ja patsientide nõustamisel oli julgustav. Meedikute ja patsientide positiivne tagasiside, testimise lihtsus ja mõistlik ajakulu testimisele ning nõustamisele, tõendus põhise kohandatud meetodilise ja patsiendimaterjali olemasolu lubavad väita, et alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine ning nõustamine on sobiv Eesti perearstisüsteemis rakendamiseks. Alkoholitarvitamise kui ühe olulise terviseriski hindamine teatud patsiendirühmadel ei tekitaks tõenäoliselt perearstikeskustele olulist lisakoormust. Loodetavasti aitavad edaspidi ka Tervise Arengu Instituudi ja perearstide koostöös korraldatavad koolitused kaasa sellele, et perearstide ja -õdede nõustamise kogemus paraneb. Projektis osalenud meedikutel saadud ettepanekute alusel täiendatud AUDIT, meetodiline juhend ning nõustamismaterjalid, samuti info koolituste kohta on kättesaadavad veebilehel [www.terviseinfo.ee](http://www.terviseinfo.ee) (14). Alkoholliigtarvitamise varajase avastamise ja lühiajalise nõustamise efektiivsuse hindamine perearstisüsteemis vajab edaspidi veel lisauurimist.

### TÄNUAVALDUS

Autorid tänavad Tervise Arengu Instituudi juures perioodil 07.12.2009–31.03.2010 töötanud alkoholismi varajase avastamise ja nõustamise teenuse kontseptsiooni tööühma liikmeid nõuanete eest projekti kavandamisel. Küsimustiku koostamisel aitasid Kersti Pärna ja Katrin Lang TÜ tervishoiu instituudist ning Eha Nurk ja Aire Trummal Tervise Arengu Instituudist. Täname kõiki projektis osalenud perearstikeskusi ja patsiente. Prooviuuringut rahastati Euroopa Liidu Sotsiaalfondi programmist „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2008–2009“.

### VÕIMALIKU HUVIDE KONFLIKTI DEKLARATSIOON

Autoritel puudub huvide konflikt seoses uuringu korraldamisega.

### SUMMARY

#### Pilot project to evaluate the methods of early identification of risk drinking and counselling in the primary health care system in Estonia

Ilsi Saame<sup>1</sup>, Natalja Gluškova<sup>1</sup>, Karl Viilmann<sup>1</sup>, Ruth Kalda<sup>2</sup>

**Background.** Early identification of risk drinking combined with counselling in primary health care is an effective way of preventing alcohol related health problems.

**Aim.** (i) To evaluate the suitability of early identification of risk drinking and counselling of primary health care patients in Estonia, (ii) to assess the appropriateness of training, and methods related and counselling materials.

**Methods.** During the pilot project 265 patients aged 18–65 years filled in the AUDIT questionnaire in 6 primary health care centres in Estonia. According to the test result, information or counselling was provided to the patients. The opinions of 8 family doctors and 7 family nurses participating in the project were collected using the questionnaire and structured group work combined with discussion. Descriptive statistics and qualitative text analysis were used to analyze the data.

**Results.** Hazardous and harmful drinking (AUDIT score  $\geq 8$ ) was found in 23% of the patients. According to the opinion of the health professionals, completing of the AUDIT questionnaire was easy for 93% of the patients. However, answering the questions was perceived to be significantly more inconvenient for patients with the AUDIT score  $\geq 8$  compared to low risk patients. In 88% of the cases not more than 20 minutes were spent for testing and counselling. The higher the AUDIT score the more time was spent for interviewing and counselling. For the health professionals, interviewing the patients was perceived easier than counselling.

**Conclusion.** Continuous practical training, considering the specificity of primary health care, is necessary in order to promote the counselling skills of primary health care specialists. Early identification of risk drinking and counselling are feasible in the primary health care system in Estonia.

### KIRJANDUS/REFERENCES

1. Hein P, Ahermaa E, Martens K jt. Alkoholliigtarvitamise kahjud Eestis. Aastaraamat 2008. Tallinn: Eesti Konjunktuuriinstituut; 2009.
2. Martens K. Eesti alkoholiturg 2008. aastal. Tallinn: Eesti Konjunktuuriinstituut; 2009.
3. Rehm J, Mathers C, Popova S, et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* 2009; 373:2223–33.
4. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia; 2005.
5. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, et al. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in Primary Care. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2001.

<sup>1</sup> National Institute for Health Development, Tallinn, Estonia; <sup>2</sup> Department of Polyclinic and Family Medicine, University of Tartu, Tartu, Estonia

**Correspondence to:** Ilsi Saame, [iisi.saame@tai.ee](mailto:iisi.saame@tai.ee)

**Key words:** hazardous and harmful alcohol consumption, AUDIT questionnaire, counseling, primary health care.



6. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Brief intervention for hazardous and harmful drinking. A manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2001.
7. Kaner EF, Dickinson HO, Beyer FR, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD004148. DOI: 10.1002/14651858.CD004148.pub3.
8. Anderson P. Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. Geneva: World Health Organization; 2009.
9. Bertholet N, Daepfen JB, Wietlisbach V, et al. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care. *Systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med* 2005;165:986–95.
10. Anderson P. Handbook for action to reduce alcohol-related harm. Geneva: World Health Organization; 2009.
11. Lai T, Habicht J, Reinap M, et al. Costs, health effects and cost-effectiveness of alcohol and tobacco control strategies in Estonia. *Health Policy* 2007;84:75–88.
12. Maaros HI, Aluoja A, Kalda R. Alkoholi tarvitamise sõelumine ja alkoholi tervist kahjustava tarbimisega seotud riskitegurid perearsti patsientide hulgas Eestis. *Eesti Arst* 2010;89:316–322.
13. Pertel T, Koppel A, Kalda R, et al. Mapping the status of disease prevention and health promotion at primary health care level in Estonia. World Health Organization, National Institute for Health Development, Estonian Health Insurance Fund; 2010. Saadaval [http://www.tai.ee/failid/NCD\\_report\\_2010.pdf](http://www.tai.ee/failid/NCD_report_2010.pdf).
14. Alkoholi liigtarvitava patsiendi varajane avastamine ja nõustamine. Kui palju on palju? Nõuandeid alkoholitarvitamise vähendamiseks. Tervise Arengu Instituut; 2010. Saadaval <http://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/alkohol/spetsialistile/juhendmaterjalid>
15. The „Drink-less“ Programme. Saadaval <http://www.cs.nsw.gov.au/drugahol/drinkless/>.
16. Brief interventions - alcohol and health improvement. Institute of Health and Society, Newcastle University. Saadaval <http://www.ncl.ac.uk/ihs/news/item/?brief-interventions-alcohol-and-health-improvement>.
17. Charmaz K. Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis. London: SAGE; 2009.
18. Hutchings D, Cassidy P, Dallocio E, et al. Implementing screening and brief alcohol interventions in primary care: views from both sides of the consultation. *Prim Health Care Res Dev* 2006;7:221–9.
19. Johansson K, Bendtsen P, Akerlind I. Advice to patients in Swedish primary care regarding alcohol and other lifestyle habits: how patients report the actions of GPs in relation to their own expectations and satisfaction with the consultation. *Eur J Public Health* 2005;15:612–20.
20. Lock CA. Alcohol and brief intervention in primary health care: what do patients think? *Prim Health Care Res Dev* 2004;5:162–78.
21. Beich A, Gannik D, Malterud K. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *BMJ* 2002;325:870.
22. Aalto M, Pekuri P, Seppä K. Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking: a patient perspective. *Drug Alcohol Depend* 2002;66:39–43.
23. Aalto M, Seppä K. Usefulness, length and content of alcohol-related discussions in primary health care: the exit poll survey. *Alcohol Alcohol* 2004;39:532–5.
24. Tähepold H, Maaros HI, Kalda R, et al. Structure and duration of consultations in Estonian family practice. *Scand J Prim Health Care* 2003;21:167–70.
25. McCambridge J, Day M. Randomized controlled trial of the effects of completing the Alcohol Use Disorders Identification Test questionnaire on self-reported hazardous drinking. *Addiction* 2007;103:241–8.
26. Nygaard P, Paschall MJ, Aasland OG, et al. Use and barriers to use of screening and brief interventions for alcohol problems among Norwegian general practitioners. *Alcohol Alcohol* 2010;45:207–12.
27. Aalto M, Pekuri P, Seppä K. Obstacles to carrying out brief intervention for heavy drinkers in primary health care: a focus group study. *Drug Alcohol Rev* 2003;22:169–73.
28. Holmqvist M, Hermansson U, Bendtsen P, et al. Alcohol prevention activity in Swedish primary health care and occupational health services. Asking patients about their drinking. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 2008;25:489–504.
29. Aalto M, Pekuri P, Seppä K. Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs regarding brief intervention for heavy drinkers. *Addiction* 2001;96:305–11.

## Esimese TÜ Kliinikumi Eesti Arsti teadusartikli preemia pälvis dr Heili Varendi

Eesti Arst on oma ilmutamise algusest 1922. a edendanud rahvuslikul tasemel arstiteaduslikku uurimistööd ja teadusmõtte levikut ning TÜ Kliinikumi Eesti Arsti teadusartikli äsja loodud preemia toetab igati seda Eesti meditsiini jaoks olulist eesmärki. 1600eurose preemia määrab kliinikumi juhatus ajakirja toimetuskolleegiumi ettepanekul Eesti Arstis möödunud aastal ilmunud uuringu, ülevaate või haigusjuhu kirjelduse autori(te)le. Esmakordsele konkursile esitati 5 artiklit ning ajakirja toimetuskolleegiumi kindla sümpaatia pälvis **Heili Varendi, Liis Toome, Pille Andressoni, Mari-Liis Ilmoja, Eha Kallase, Lea Maipuu, Pille Saiki, Inge Ringmetsa ja Anne Ormissoni** uuringu-artikkel „**Vastsündinute haigestumus ja suremus Eestis 2007–2008**“, mis ilmus

ajakirja 2010. a detsembrinumbris. Artiklis on kirjeldatud üht väga olulist riigiipiire ületavat meditsiinilist ja sotsiaalset probleemi, Eesti kohta saadud tulemused on asetatud rahvusvahelisse konteksti ning tehtud selgeid korralduslikke ettepanekuid, kuidas tõhustada meie meditsiinis abi vastsündinutele. Preemia anti dr Heili Varendile üle 11. mail 2011 TÜ Kliinikumi kevadkonverentsil ja laureaat rõhutas auhinna kättesaamisel töö teemaatika kokkuvõttest konverentsil arutatud järjest aktuaalsema ravikvaliteedi teemaga, kõigi autorite ja nende institutsioonide ühist panust uuringu teostamisse ning ka tõsisest raskusest kvaliteetse terviseinfo saamisel, mis takistab oluliselt ravikvaliteedi hindamist Eesti tervishoius.