



SOTSIAALMINISTEERIUM



Euroopa Liit
Euroopa struktuuri-
ja investeerimisfondid



Eesti
tuleviku heaks

CIVITTA

PROGRAMMI „KAINEM JA TERVEM EESTI“ VAHEHINDAMINE

LÕPPARUANNE

06. märts 2019

KASUTATUD LÜHENDID JA MÕISTED

ALVAL	Alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja lühisekkumise teenus ehk üldarstiabi osutaja osutatav tervishoiuteenus peamiselt alkoholi liigtarvitamise ennetamisel
Alkoholisõltuvuse ravi teenus	Eriarstiabi osutaja osutatav ambulatoorne või statsionaarne tervishoiuteenus alkoholist tingitud psüühika- ja käitumishäirete ¹ diagnoosimiseks, ravimiseks, kahjude vähendamiseks ja ennetamiseks
ESF	Euroopa Sotsiaalfond
KTE	Programm „Kainem ja tervem Eesti“
Programm	Toetuse andmise tingimused „Kainem ja tervem Eesti“
Psühhosotsiaalsed sekkumised	Alkoholitarvitamise häire ravis kasutatavad mittefarmakoloogilised sekkumised, mis jagunevad madala (nt motiveeriv intervjuerimine) ja kõrge (nt kognitiiv-käitumuslik teraapia) intensiivsusega sekkumisteks
RÜ	Rakendusüksus
TAI	Tervise Arengu Instituut
TAT	Toetuse andmise tingimused
TAT meeskond	TAI personal, kes on seotud „Kainem ja tervem Eesti“ tegevuste kavandamise ja elluviimisega
TÜ	Tartu Ülikool

¹ RHK-10 jaotis F10 „Alkoholi tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired“.

SISUKORD

KASUTATUD LÜHENDID JA MÕISTED	2
KOKKUVÕTE.....	5
EXECUTIVE SUMMARY	9
I OSA. VAHEHINDAMISE TAUST	14
1. ÜLEVAADE VAHEHINDAMISE VALDKONNAST JA PROBLEEMIDEST.....	14
1.1. Programm „Kainem ja tervem Eesti“	15
2. ÜLEVAADE HINDAMISPROJEKTIST.....	16
2.1. Eesmärk ja ulatus	16
2.2. Sihtgrupid.....	17
2.3. Metoodiline käsitlus.....	18
II OSA. HINDAMISE TULEMUSED.....	20
3. ALVAL JA RAVI TEENUSE ARENDUSTEGEVUSED	20
3.1. ALVAL teenuse arendamine.....	20
3.1.1. Koolitused.....	21
3.1.2. ALVAL koolitusel osalejate tagasiside	22
3.1.3. Seminarid, kovisioonid ja õppevisiidid	24
3.2. Ravi teenuse arendamine	24
3.2.1. Alkoholitarvitamise häiret käsitlevad koolitused.....	25
3.2.2. Seminarid, supervisioonid ja muud toetavad tegevused.....	27
3.3. Hinnang asjakohasusele.....	28
3.4. Hinnang tulemuslikkusele.....	31
3.5. Hinnang tõhususele	33
4. ALVAL TEENUSE OSUTAMINE	34
4.1. Tegevuse eesmärk ja elluviimine	34
4.2. Hinnang asjakohasusele.....	36
4.3. Hinnang tulemuslikkusele.....	39
4.3.1. Barjäärid teenuse osutamisel.....	39
4.3.2. Ettepanekud teenuse osutamise parendamiseks	41
4.4. Hinnang tõhususele	42
5. RAVI TEENUSE OSUTAMINE	44
5.1. Tegevuse eesmärk ja elluviimine	44
5.2. Hinnang asjakohasusele.....	45
5.3. Hinnang tulemuslikkusele.....	48
5.3.1. Motiveerivad tegurid.....	48

5.3.2. Peamised barjäärid.....	49
5.4. Hinnang tõhususele	50
5.4.1. Osapoolte omavaheline koostöö	50
6. TEADLIKKUST SUURENDAVAD TEGEVUSED	52
6.1. Eesmärk ja elluviidud tegevused.....	52
6.1.1. Juhendmaterjalid ja teavikud	52
6.1.2. Teavituskampaaniad	53
6.1.3. Alkoinfo	54
6.1.4. Õppevisiidid, konverentsid ja teabeüritused ning kommunikatsiooniplaan	54
6.2. Hinnang asjakohasusele.....	54
6.3. Hinnang tulemuslikkusele.....	55
6.4. Hinnang tõhususele	56
7. PROGRAMMI EELARVE JA JÄTKUSUUTLIKKUS.....	58
7.1. Eelarve	58
7.2. Jätkusuutlikkus.....	59
7.3. Läbivad teemad.....	60
8. JÄRELDUSED JA SOOVITUSED	63
8.1. Leiud ja järeldused	63
8.2. Soovitused.....	66
LISAD	70
LISA 1. ALVAL teenuse üldine kirjeldus	70
LISA 2. Ravi teenuse kirjeldus	72
LISA 3. Uurimisküsimused	74
LISA 4. Hindamises osalenud asutuste ja organistatsioonide nimekiri.....	77
Lisa 5. Programmi eelarve täitmine	79

KOKKUVÕTE

Sotsiaalministeeriumi tellimusel viis Civitta Eesti AS läbi ESF meetmes „Alkoholi liigtarvitamise, sh alkoholisõltuvuse, ennetuse, varase avastamise ning nõustamis- ja raviteenuse loomine ja rakendamine“ kinnitatud TAT-i „Kainem ja tervem Eesti“ rakendamise vahehindamise. Vahehindamise eesmärgiks oli välja selgitada kuivõrd on programmi raames planeeritud tegevused rakendunud, kui tõenäoline on programmi lõpptulemuste saavutamine 2020. a lõpuks ning milliseid parendusmeetmeid on vajalik eesmärkide saavutamise tagamiseks rakendada.

Vahehindamine viidi läbi kvalitatiivse uuringuna, mille tulemusel hinnati programmi asjakohasust, tulemuslikkust, tõhusust ja jätkusuutlikkust perioodil 2014–2018. Uurimisküsimustele vastamiseks kasutati järgmiseid meetodeid: dokumendianalüüs, personaal- ja fookusgruupiintervjuud ning valdkonna ekspertide arutelu seminar. Vahehindamise käigus koguti informatsiooni 74 erinevalt spetsialistilt, kes esindasid 33 asutust või organisatsiooni. Vahehindamisse kaasati perearstikeskused, raviasutused, muud alkoholi liigtarvitajatega kokku puutuvad organisatsioonid, poliitikakujundajad, valdkonna eksperdid. Vahehindamisesse ei kaasatud alkoholi liigtarvitajaid ja nende lähedasi. Projekt viidi läbi perioodil september 2018. a – märts 2019. a.

HINNATAVA VALDKONNA TAUST Alkohool on tervisekahjustusi tekitavate tegurite hulgas maailmas kolmandal kohal. Alkoholisõltuvuse esinemissagedus Eestis on võrreldes Euroopa Liidu keskmisega kõrge – tööealiste meeste ja naiste hulgas vastavalt 11% ja 2,1% (EL keskmine 5,4% ja 1,5%). Ligikaudu 25% 16–64-aastastest inimestest Eestis tarvitab üks kord kuus või sagedamini alkoholi tervist kahjustaval viisil. See näitaja ei ole viimastel aastatel vähenenud.²

Kuigi alkoholi liigtarvitamine on olnud Eestis pikaajaliselt suur haiguskoormust põhjustav terviserisk, hinnati 2010. aastal läbiviidud uuringutes üldarstiabi osutajate oskuseid ja võimalusi alkoholiprobleemidega tegeleda tagasihoidlikuks. 42% perearstidest pidas oma oskusi alkoholi tarvitamise nõustamisel halvaks või väga halvaks, 62% pidas oluliseks oma nõustamisoskuste täiendamist.³

Kirjeldatud probleemide leevendamiseks alustasid Sotsiaalministeerium ja TAI juba 2008. a ESF prioriteetse suuna „Pikk ja kvaliteetne tööelu“ ühe alamtegevusena programmi, mille osaks oli töötada välja alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise süsteem. Perioodil 2009-2011 jätkati alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise teenuse kontseptsiooni väljatöötamist - täiendati teenuse osutamise juhendmaterjali ja sõlmiti teenuse osutamiseks täiendavad lepingud. Perioodi jooksul osutati teenust kokku 494 isikule. 2012. a läbiviidud meetme „Tervislike valikute ja eluviiside soodustamine“ ja selle alamprogrammide mõju vahehindamine näitas, et kuigi seniste programmide raames on edukalt loodud ALVAL teenuse kontseptsioon ja tehtud ettevalmistused selle rakendamiseks, siis on perearstikeskuste huvi teenuse osutamise vastu oli jäänud madalaks.

ÜLEVAADE HINNATAVAST PROGRAMMIST Alkoholisõltuvuse varase avastamise, nõustamise ja ravi teenuste arendamist jätkati alates 2014. a programmi „Kainem ja tervem Eesti“ raames. Programmi eelarve on kokku 10,2 miljonit eurot, millest ESF toetus moodustab 8,7 miljonit eurot. Programmi eesmärgiks on parandada alkoholi liigtarvitamise ennetamiseks ja raviks vajalike teenuste kättesaadavust ja kvaliteeti, kuid ka suurendada rahva teadlikkust alkoholi tarvitamise riskidest ning olemasolevatest tugiteenustest. Programm näeb ette tegutsemist kahel suunal: alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine perearstisüsteemis ja alkoholitarvitamise häire ravi eriarstisüsteemis.⁴ Kavandatud on osutada alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja lühisekkumise teenust vähemalt 16 478 inimesele ja alkoholitarvitamise häire ravi teenust vähemalt 3 975 inimesele.

² TAT „Kainem ja tervem Eesti“, https://www.tai.ee/images/KTE/tat_alko.pdf

³ TAT „Kainem ja tervem Eesti“, http://www.tai.ee/images/KTE/tat_alko.pdf

⁴ Programm „Kainem ja tervem Eesti“ muudab teadlikkust alkoholist ja abipakkumisest.

<http://alkoinfo.ee/et/programm-kainem-ja-tervem-eesti-muudab-teadlikkust-alkoholist-ja-abipakkumisest/>

Tulemuste saavutamiseks on planeeritud programmi perioodi 2014–2020 jooksul viia ellu järgnevad tegevused: ALVAL teenuse arendamine ja osutamine, alkoholitarvitamise häire ravi teenuse arendamine ja osutamine, teadlikkust suurendavad tegevused ning seire ja hindamine.

Programmi sihtgrupiks on alkoholi liigtarvitajad ja nende lähedased, aga ka tervishoiutöötajad, psühholoogid, sotsiaal- ja lastekaitsetöötajad ning paljude teiste asutuste, ühenduste ja organisatsioonide töötajad, kes ametialaselt puutuvad kokku võimalike alkoholi liigtarvitavate inimestega.

Programmi raames osutatava alkoholitarvitamise häire ravi teenuse kontseptsiooni aluseks on ravijuhend „Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitus“. Kuivõrd ravijuhendi põhjalikkusest sõltus kogu teenuse kontseptsioon ja tulemuslikkus, siis võttis põhjalikult läbimõeldud ravijuhendi koostamine algselt planeeritud oluliselt rohkem aega. Ravijuhendi hilisem valmimine mõjutas mõnevõrra kõikide programmi tegevuste (sh arendustegevuste ja ka teenuse osutamise) alustamist planeeritud ajakavast hiljem.

ALVAL JA RAVI TEENUSTE ARENDUSTEGEVUSED | Programmi üheks osaks on arendustegevuste kaudu valmistada tervishoiutöötajad ette vastava teenuse osutamiseks ning neid teenuse osutamise perioodil järjepidevalt toetada ja motiveerida. Programmi väljatöötamisel planeeriti ALVAL ja ravi teenuste arendamiseks esialgu mitmeid koolitusi, seminare, kovisioone, supervisioone ning õppereise. Esialgsetes plaanides tehti mitmeid muudatusi – ravijuhendi hilisema valmimise tõttu alustati koolituste ettevalmistuse ja läbiviimisega planeeritud hiljem; osaliselt selgusid tervishoiutöötajate teistsugused vajadused, mistõttu osadest koolitustest loobuti. Hilisem alustamine ja muudatused tegevusplaanis ei ole avaldanud arendustegevuste tulemuslikkusele märkimisväärset negatiivset mõju, kuigi koolitustele ja muudele tegevustele seatud väljundeemärke ei ole planeeritud ulatuses täidetud (nt ALVAL koolitusi on korraldanud 84 koolituse asemel 49 korda). Hinnatava perioodi jooksul on ALVAL teemalistel koolitustel, seminaridel ja kovisioonidel osalenud kokku 704 osalejat ning ravi teemalistel koolitustel ja supervisioonidel kokku 326 osalejat.

Kõiki arendustegevusi hinnatakse tervishoiutöötajate poolt kõrgelt ning peetakse üldiselt väga sisukateks, kasulikeks ja asjakohasteks. Koolitajaid peetakse väga kompetentseteks ning koolituse korraldust ja koolitusmaterjale asjakohasteks.

Mitte-tervishoiutöötajad (st töötukassa spetsialistid, sotsiaaltöötajad, lastekaitsepspetsialistid jms) ei kuulu üldjuhul koolituste ja seminaride sihtgruppi, kuid vajaks samuti teadmisi ja oskusi, kuidas alkoholi liigtarvitajatega hakkama saada ning mis tingimustel neid programmi suunata. Mitte-tervishoiutöötajate ühine koolitusel osalemine tervishoiutöötajatega annaks võimaluse otsekontaktide tekkimiseks nende ja raviasutuse vahel, mis omakorda suurendaks programmi üldist mõju. Samuti oleks võimalik koolituste tulemuslikkust tõsta kui suunata venekeelsetele perearstidele just venekeelsed koolitused.

Erinevaid seminare, kovisioone ja supervisioone on korraldatud suhteliselt vähe, kuid nende kasulikkust hinnatakse kõrgelt. Tegemist on hea võimalusega tagasiside saamiseks ning kogemuste jagamiseks, mistõttu tuleks mõelda nende regulaarsele korraldamisele ja paremale kommunikatsioonile. Arendustegevuste puhul ei ole valdav osa intervjueritustest kursis sellega, et programmi raames korraldatakse õppereise. Leitakse, et need võiks olla heaks võimaluseks uute kogemuste ja motivatsiooni saamiseks. Seetõttu tuleks edaspidi selgemalt otsustada, kas õppereisid on programmi osaks, kellele need on suunatud ja mis eesmärgil neid korraldatakse (st kas ainult TAT personalile või ka teenusepakkujatele).

ALVAL TEENUSE OSUTAMINE | ALVAL teenuse osutamise eesmärk on ennetada alkoholist tingitud tervisehäireid ja -kahjusid ning seeläbi edendada rahvastiku tervist. Perioodil 2014–2018 on asunud 22 perearstikeskust ALVAL teenust osutama. Hinnatava perioodi (s.o. 2014–2018) eesmärgiks on seatud osutada teenust kokku 8064 patsiendile (programmi lõpptähtaja 2023. a eesmärgiks on seatud 16 478 patsienti), tegelikkuses on 2018. a seisuga ALVAL teenust osutatud kokku 5567 isikule. Eesmärkide madalama täitmise on põhjustanud teenuse osutamise planeeritud hilisem alustamine ning perearstikeskuste oodatust madalam huvi programmiga liitumise vastu.

Perearstikeskused, kus ALVAL teenuse osutamine on täies mahus rakendunud, on enamasti väga ennetusmeelsed. Intervjueritud ALVAL teenuse lepingupartnerid tõid välja, et programmis osalemine on

andnud neile hästi töötava mudeli, mida saab kasutada süsteemseks lähenemiseks ka teiste sarnaste diagnoosidega patsientide puhul nagu näiteks diabeet või südame-veresoonkonnahaigused.

Intervjuude käigus tõid programmis mitte-osalevad perearstid välja, et peamiselt takistab neil programmis teenusepakkujana osalemist ajapuudus, ressursipuudus, muud kohustused, vähene motivatsioon uue teenusega alustada ning madal tasu, mis ei korva lisanduvat tööd.

Programmiga liitumist takistavaks teguriks peeti seda, et lepinguperiood kestab liiga lühikest aega, mis ei võimalda teenust põhjalikult juurutada ning vilumust omandada. Samuti tõdeti, et liitumise motivatsiooni pärsib hankes esitatav nõue määrata kui paljudele patsientidele teenust osutatakse. Uute, 2019. a algavate uute teenuslepingute tähtaegu on juba pikendatud. Täiendavalt tuleks perearstikeskuseid informeerida kuidas teenuse osutamise sihttasut määrata või mis juhtub, kui seda ei täideta.

Teenusepakkujate murekohaks oli ALVAL teenuse vähene integreeritus ravi teenusega mistõttu ei saa perearstid oma tööle tagasisidet ning seetõttu on nende eduelamused vähesed.

Tegevuste edasiseks tõhustamiseks oleks vaja lisaressurssi nii personali kui ka rahastuse näol. Näiteks tuleks võimaldada perearstikeskusele ühte spetsialiseerunud õde, kes oleks programmiga hästi kursis, jälgiks patsiente, osaleks programmi koolitustel, vastutaks aruandluse eest jne.

RAVI TEENUSE OSUTAMINE | Programmi raames pakuvad alkoholarvitamise häire ravi teenust haiglad ja muud eriarstiabi pakuvad raviasutused. Raviasutused moodustavad sisemise ravimeeskonna, kuhu kuulub psühhiaater, õde/vaimse tervise õde, psühholoog/kliiniline psühholoog, sotsiaaltöötaja. Patsiendi ravi toimub valdavalt ambulatoorselt ja kestab enamasti 6–12 kuud sõltuvalt patsiendi seisundist ja motivatsioonist.

Hinnatava perioodi 2014–2018 jooksul on ravi teenust asunud programmi raames osutama 9 raviasutust. Kokku on ravi osutatud 2018. a seisuga 4043 inimesele. Programmi lõppeesmärgiks on seatud, et 2023. a on teenust saanud 3957 inimest. Seega arvestades, et ravi teenuse osutamisega alustati alles 2016. a, võib pidada teenuse arengut kiireks ja ka tulemuslikuks – 41% programmis osalejate puhul on alkoholi liigtarvitamise riskitase 6 kuud pärast teenuste osutamise algust vähenenud.

Vaahindamise tulemusel selgus, et raviasutused ise on programmiga väga hästi kursis ning mõistavad ravi teenuse olulisust ning laiemat mõju. Kiidetakse, et programm on võimaldanud luua uue raviasutuse sisese koostöömudeli, mille kaudu tegeleb patsiendiga samadel alustel kogu ravimeeskond.

Programmis mitteosalevad raviasutused peavad liitumise peamiseks takistuseks eelkõige olemasolevate psühhiaatrite ülekoormatust. Samuti kaheldakse rahastuse järjepidevuses – kuivõrd teenuse juurutamine ja osutamine on kallis, siis peaks olema tagatud pikaajalised lepingud ning rahastus ka peale programmi lõppu.

Samas puudub perearstidel arusaam milles ravi täpsemalt seisneb või mis tingimustel seda osutatakse. Samuti tunnistavad kriminaalhooldajad ja sotsiaalvaldkonna töötajad, kes puutuvad sagedasti alkoholi liigtarvitajatega kokku, et nad ei ole kuigi teadlikud ravi teenuse sisust. Seetõttu ei osata teha õigeid valikuid potentsiaalsetele patsientidele ravi soovitamisel või julgustamisel ravile pöörduma. Probleemina toodi ka välja raviasutuste, perearstikeskuste ja muude osapoolte vähest koostööd, mistõttu ei saada tagasisidet juba ravile suunatud patsiendi edasise käekäigu kohta.

TEADLIKKUST SUURENDAVAD TEGEVUSED | Programmi üheks täiendavaks eesmärgiks on suurendada rahvastiku teadlikkust alkoholi tarvitamise riskidest ja riskipiiridest ning alkoholi liigtarvitamise ennetuseks ja raviks vajalikest tervishoiuteenustest ja tugitegevustest. Teadlikkust suurendavate tegevustena on koostatud juhendmaterjale ja teavikuid, korraldatud teavituskampaaniaid ja -üritusi. 2018. a seisuga oli korraldatud 33 teabeüritust ja kampaaniat (programmi lõppeesmärgiks on määratud 18 teabeüritust/kampaaniat). Veebilehe alkoinfo.ee külastatavus oli juba 2016. a 275 külastust päevas ja 2018. a 1 113 külastust päevas (programmi eesmärgiks on seatud 210 külastajat päevas). Alkoinfo veebilehel on AUDIT testi tehtud üle 85 000 korra (st kui kõik vastajad oleksid testi teinud ainult ühe korra, oleks ennast testinud enam kui 6% elanikkonnast).

Vahehindamisel läbiviidud intervjuudes tõdeti üldiselt, et teavitustöö on programmi oluline osa ning senised tegevused on valdavalt olnud asjakohased ja mõjusad. Leitakse, et teadlikkus ühiskonnas on järkjärgult kasvanud, kuigi on keeruline hinnata, kui suures osas on mõju avaldanud programm ja kui palju muud tegurid (nt alkoholi kättesaadavus, hind jms).

Ettepanekuna toodi välja, et veelgi laiemalt aitaksid teadlikkust tõsta alkoholi liigtarvitajate lähedastele suunatud teavikud; infomaterjal mida saaks jagada kriminaalhooldajad ja sotsiaaltöötajad; avalikult ja tasuta kasutamiseks loodud eesti keelne mobiilirakendus, kuhu mugavalt märkida päeva jooksul tarbitud alkoholiühikud.

KOKKUVÖTE JA SOOVITUSED Arvestades laiemat konteksti võib programmi seniseid tegevusi pidada asjakohasteks ja tulemuslikeks. Uuringuga seotud eksperdid tõid eraldi välja, et ehkki alkohol ja sellega seotud probleemid on keeruline ja stigmatiseeritud teema, on tervishoiutöötajate teadlikkus ja vastuvõtlikkus ideele teenusepakkumisest võrreldes paari aasta taguse ajaga selgelt kasvanud. Siiski on programmi mitme eesmärgi saavutamiseks olnud raskusi (ALVAL teenuse osutamine ja koolituste pakkumine soovitud mahus) ning algselt kokkulepitud eesmärkide lõplikuks saavutamiseks rahastusperioodi lõpus tuleb kõvasti pingutada.

Kuivõrd üldiselt pidasid valdkonna spetsialistid programmi positiivseks ja mõjusaks, siis võib järeldada, et programmi kiirema laienemise üheks takistuseks võib olla vähene kommunikatsioon mitmel tasandil. Kommunikatsiooni üheks suunaks ja eesmärgiks on seatud koolitustel perearstide inspireerimine, et nad sooviksid hankes osaleda ja ALVAL teenust pakkuma hakata. Kommunikatsiooniplaanis tuleks välja töötada uuendatud sõnumistrateegia, mis vastaks kõige põletavamatele pärssivatele teguritele ning kasutaks perearstide jaoks veenvaid kõneisikuid – perearste, kellel on ALVAL programmiga edu olnud.

Koolitusi, seminare ja supervisioone tuleks korraldada regulaarselt ning väiksemate osade kaupa, et võimaldada teenusepakkujatele järjepidevat toetust ning samas oleks koolitustel osalemist lihtsam kombineerida muude töökohustustega. Heaks lahenduseks on organiseerida sellised koolitused ja seminarid *webinaride* kaudu, andes seal asjakohast sisu nii programmis juba osalevatele kui uutele huvilistele.

Problemaatiline on patsientide liikumine süsteemis, osapoolte vaheline kommunikatsioon ja tagasisidestamine. Ühelt poolt ei saa perearstid, kriminaalhooldajad ja sotsiaaltöötajad piisavat tagasisidet ravile suunatud patsiendi kohta. Teisalt puudub raviarstidel tagasiside kohalike omavalitsuste sotsiaalteenuste kohta, mis peaksid nende patsienti peale ravi toetama. Olukorra lahendamiseks tuleks koos teenuseosutajate, patsientide, andmekaitse spetsialistide ja juristidega välja töötada rahuldav tagasisidesüsteem koos asjakohaste andmekaitseprotseduuride ja koolitustega. Ilmselgelt on selline erinevate teenuste integreerimine niivõrd mahukas tegevus, et KTE programmi raames ei saa seda lahendada, vaid vaja on uusi arendustegevusi.

Programmi laiema mõjususe saavutamiseks ning tulemuslikkuse tõstmiseks tuleks kaaluda programmi raames koolituste laiendamist muudele alkoholi liigtarbijatega kokkupuutuvatele spetsialistidele (nt sotsiaaltöötajad, kriminaalhooldajad jms), aga ka ravisutuste muude osakondade töötajatele, vaimse tervise õdedele erakorralise meditsiini osakonnas jms, kes saaks edukalt rakendada motiveeriva intervjuerimise loogikat. Seeläbi oleks programmi tegevusi võimalik osutada laiematel alustel.

Varasemate aastate jooksul ning programmi rakendamise perioodil on suudetud suhteliselt laialdaselt alkoholi liigtarvitamise kahjulikkusest teavitamise ning ennetuse ja ravi võimalikkuse osas seniseid arusaamasid järkjärgult muuta. Hinnatavas valdkonnas avalduvad muudatused väga pikaajaliselt. Seetõttu tuleks varakult otsida võimalusi, kuidas jätkata ALVAL ja ravi teenuste osutamisega peale programmi lõppu. Kuna programmi tegevused algasid planeeritust hiljem, siis tuleb kaaluda hinnatava meetme järelejäänud ressursside kasutamise pikendamist kuni 2023 aastani. Sellegipoolest tuleks paralleelselt otsida võimalusi teenuse rahastamise jätkamiseks peale perioodi lõppu. Vastasel korral kaotaksid seni saavutatud tulemused ja selleks kulutatud ressursid oma mõju. Samuti aitaks järjepideva rahastuse olemasolu motiveerida ravisutusi teenust pakkuma.

EXECUTIVE SUMMARY

On the request of the Ministry of Social Affairs, Civitta Eesti AS carried out a mid-term evaluation of the program “More Sober and Healthier Estonia” which is confirmed under the European Social Fund’s (ESF) measure “Creation and implementation of prevention, early detection, counselling and treatment for alcohol abuse, including alcohol addiction”. The objective of the mid-term evaluation is to assess the extent to which the activities planned under the program have been implemented, the probability of achieving the final results of the program by the end of 2020 and any improvements that are required to ensure the achievement of the objectives.

The mid-term evaluation was carried out as a qualitative study, assessing the relevance, effectiveness, efficiency and sustainability of the program for the period of 2014–2018. The following methods were used: document analysis, individual and focusgroup interviews and a seminar for experts in the field. During the mid-term evaluation, information was collected from 74 different specialists representing 33 institutions or organizations, including health centres, medical institutions, other organizations that deal with people who consume excessive amounts of alcohol, policy makers and experts in the field. The mid-term evaluation did not include people who suffer from alcohol addiction or their friends and family. The project was carried out from September 2018 to March 2019.

BACKGROUND INFORMATION | Alcohol is the third among the causes of health problems in the world. Compared to the EU average, the prevalence of alcohol dependence in Estonia is high – 11% in men and 2.1% in women of working age (EU average 5.4% and 1.5% respectively). In Estonia, around 25% of people aged 16-64 consume alcohol in a way that is harmful to their health at least once a month. In recent years, this number has not decreased.

Although alcohol abuse has been a serious health risk for a long time, the possibilities and skills of family physicians to deal with alcohol-related problems was assessed as modest in a research project conducted in 2010. 42% of family physicians rated their counselling skills for alcohol problems as poor or very poor, while 62% considered it important to improve their counselling skills.⁵

To alleviate these problems, the Ministry of Social Affairs and the National Institute for Health Development initiated a program in 2008 as part of the European Social Fund’s priority axis “Good-quality and long working life” with an aim to develop an early detection and counselling system for alcohol abuse. During the period of 2009–2011, the service provision guidelines for early detection and counselling of alcohol abuse were amended and additional contracts were signed for the provision of the service. A total of 494 people were helped during the period. The mid-term evaluation of the impact of the measure “Promoting Healthy Choices and Lifestyles” and its sub-programs conducted in 2012 showed that although the concept of the Alcohol Abuse Assessment and Intervention (ALVAL) service and preparations for its implementation have been successfully established, the interest of health centres in providing services had remained low.

OVERVIEW OF THE ASSESSED PROGRAM | The development of early detection, counselling and treatment services for alcohol addiction continued in 2014 under the program "More Sober and Healthier Estonia". The total budget of the program is 10.2 million Euros, of which the ESF is funding 8.7 million. The aim of the program is to improve the availability and quality of services needed to prevent and treat alcohol abuse, but also to raise public awareness of the risks of alcohol consumption and existing support services. The program designates action in two directions: early detection of alcohol abuse in the system of family physicians and treatment of alcohol abuse in the system of medical specialists. The aim is to provide the service of early detection of alcohol abuse and short-term intervention to at least 16,478 people and alcohol abuse treatment to at least 3,975 people.

⁵ TAT „Kainem ja tervem Eesti“, http://www.tai.ee/images/KTE/tat_alko.pdf

In order to meet the aim, the following activities are planned for the program period of 2014-2020: development and provision of ALVAL service, development and provision of alcohol abuse treatment services, activities for raising awareness as well as monitoring and assessment.

The target group of the program are people with alcohol addiction and their immediate friends and family, as well as health professionals, psychologists, social and child protection workers and employees of other institutions, associations and organizations who potentially face people with excessive alcohol consumption at their job.

The concept of treatment for alcohol use disorder provided by the program is based on the treatment guideline "Patient with Alcohol Use Disorder". As the concept and effectiveness of the treatment depended on the thoroughness of the treatment guideline, the development of the guideline took significantly longer than planned. This delay had an impact on all activities of the program, including the development and implementation of treatment services.

ALVAL AND DEVELOPMENT OF TREATMENT SERVICES | One part of the program is to prepare health care professionals for providing the treatment and to consistently support and motivate them throughout the program period. Initially, several training courses, seminars, co-visions, supervision and study trips were planned for the development of ALVAL and treatment services. A number of changes were made to the initial plans - as a result of the delayed completion of the guideline, the preparation and trainings started later than planned; as it appeared that to some extent, the needs of health care providers were different than expected, some of the trainings were discarded. Although fewer trainings and other activities have been carried out than planned (for example, 49 trainings for ALVAL instead of 84), the delayed beginning and changes to the initial plans of the program have not had a significant negative impact on the effectiveness of the development of treatment services. Based on the review period, 704 people have participated in ALVAL training sessions, seminars and co-visions, and a total of 326 people have participated in training courses and supervision on treatment.

All development activities are highly valued by health professionals and are generally considered to be meaningful, useful and relevant. Trainers are considered highly competent and the organisation and materials of trainings as relevant.

Non-healthcare workers (i.e. specialists of the unemployment insurance fund, social workers, child protection specialists, etc.) do not belong to the target group of training and seminars, but they also need the skills to deal with alcohol abusers and the knowledge of conditions under which they should be directed to the program. A joint training of healthcare and non-healthcare professionals would provide an opportunity for direct contact between medical institution and third parties, which in turn would increase the overall impact of the program. It would also be possible to improve the effectiveness of the trainings by providing trainings for Russian-speaking doctors in Russian language.

Relatively few workshops, co-visions and supervisions have been organised, but their usefulness has been highly appreciated. Being a good opportunity to get feedback and share experiences, such activities should be organised more frequently and promoted more. From the development activities, study trips have remained most latent, although they are thought as a good opportunity for gaining new experiences and increasing motivation. In the future, a clearer decision should be made as to whether the study trips should be part of the program, who should be the target group and what is the purpose of the trips.

PROVIDING THE ALVAL SERVICE | The purpose of providing ALVAL service is to prevent alcohol-related disorders and injuries, thereby promoting the population's health. In the period of 2014-2018, 22 health centres have been providing ALVAL services. In the assessed period, the goal is to provide a total of 8064 patients (the goal is to reach 16 478 patients by the program deadline in 2023). In reality, as of the 2018, 5567 people have been referred to the ALVAL service. This has been caused by the delayed start of the service and a lower interest in joining the program by health centres than expected.

Health centres, in which the ALVAL service has been fully implemented, are mostly proactive. The interviewed ALVAL contractors have pointed out that participating in the program has given them a well-

functioning model for systematically approaching patients with similar diagnoses, such as diabetes or cardiovascular disease.

During the interviews, family physicians, who do not participate in the programme, pointed out that the main factors keeping them away from participating in the program as a service provider are lack of time and resources, other responsibilities, low motivation to start a new service and low fees that would not compensate for additional work.

Based on the interviews, a longer contract period than a year, which would enable the service to be introduced and acquired more proficiently, would be a facilitating factor for joining the program. It was also acknowledged that the requirement to appoint a certain number of patients to the service often keeps the practitioners from joining the program. The deadlines for new service contracts have already been extended. In addition, health centres should be informed about how to set the target level of service and what happens if the target is not met. Service providers were concerned about the lack of integration of the ALVAL service with healthcare services, so that they do not receive feedback on their work and therefore lack feelings of success.

Additional resources, both in terms of staff and funding, would be needed to further enhance the activities. For example, there would be a need for a specialized nurse who is well aware of the program, able to monitor patients and participate in program training, be responsible for reporting, etc.

PROVIDING TREATMENT | Within the framework of the program, hospitals and other medical institutions providing specialized medical care offer alcohol abuse treatment. Medical institutions form an internal treatment team, including a psychiatrist, (mental health) nurse, (clinical) psychologist, social worker. Treatment is predominantly ambulant and usually lasts 6 to 12 months depending on the patient's condition and motivation.

During the reviewed period of 2014-2018, 9 facilities have started providing the treatment. As of the 2018, the treatment was given to 4043 people. The ultimate goal of the program is to treat 3975 people by year 2023. Therefore, considering that the provision of treatment service started only in 2016, the development of the service can be considered fast and effective – the risk of the alcohol abuse has been decreased 41% of the patients 6 months after the start of the service provision.

As a result of the mid-term evaluation, it became clear that health care institutions are very familiar with the program and understand the importance and wider impact of the treatment. It is acknowledged that the program has enabled the creation of a new model of cooperation, through which the entire team is treating patients on the same basis.

Medical institutions that are not part of the program consider overfulfilling the workload of psychiatrists to be a major obstacle to join. The continuity of funding is also questioned - as the introduction and delivery of the service is expensive, long-term contracts and funding after the end of the program should be guaranteed.

At the same time, family physicians do not have a clear understanding of the treatment, or the conditions of providing the treatment. Likewise, probation officers and social workers, who often are in contact with alcohol abusers, acknowledge that they are not very aware of the content of the treatment service, and therefore cannot recommend potential patients the right treatment. The lack of co-operation between medical institutions, health centres and other parties was also a problem, so there is a lack of feedback on further well-being of the patient who is treated.

INCREASING AWARENESS | One of the additional objectives of the program is to increase the awareness of the population about the risks of alcohol consumption, as well as the medical services and supporting activities necessary to prevent and treat alcohol abuse. Various materials and documents have been composed as well as informational campaigns and events have been organised to raise awareness of the matter. As of 2018, 33 information events and campaigns were organised (the final goal of the program was 18 events/campaigns). Already in 2016, the website alkoinfo.ee received 275 visits per day and in 2018 even 1 113 visits per day (the aim of the program is 210 visitors per day) and over 85,000 people (i.e. more

than 6% of the population if these were unique respondents) have performed the AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) on the website.

In the interviews conducted for the mid-term evaluation, it was generally acknowledged that outreach is an important part of the program and the current activities were regarded as relevant and effective. General awareness of the society is thought to have gradually increased, although it is difficult to estimate how much of the increase is caused by the program and how much by other factors (e.g. availability of alcohol, price, etc.).

It was proposed that awareness could be raised further by informational guides aimed at the relatives of alcohol addicts; by informational materials shared by probation officers and social workers; by a mobile application created for free public use, where to conveniently note the units of alcohol consumed throughout the day.

SUMMARY AND RECOMMENDATIONS | Given the broader context, the current activities of the program can be considered relevant and effective. Experts in the study pointed out that although alcohol and related problems are a complex and stigmatized issue, the awareness and responsiveness of healthcare professionals to the idea of service provision has clearly increased compared to a few years ago. However, there have been difficulties in achieving several objectives of the program (the number of patients receiving ALVAL service, the number of trainings carried out) and a lot of additional effort is needed to reach the agreed goals by the end of the funding period.

As the program was generally seen as positive and effective by the professionals in the field, it can be inferred that lack of communication could be one of the main obstacles to the faster expansion of the program.

One of the directions and goals of communication should be to inspire family physicians to participate in training and procurement, and to provide the ALVAL service. For more efficient communication, a renewed strategy with a message that responds to the most urgent issues should be developed, and persuasive speakers should be used to promote the program to family physicians, potentially other doctors who have had success with the ALVAL program.

Training, seminars, and supervisors should be organised on a regular basis and in smaller parts to allow consistent support and a better combination of engagement with other work responsibilities. A good solution would be to organise seminars in the format of webinars, providing relevant content for the participants of the program as well as potential new participants.

The movement of patients within the system and communication and feedback between the parties are problematic. On one hand, family physicians, probation officers and social workers cannot get sufficient feedback on patients directed to the treatment. On the other hand, doctors have no information regarding local services that provide support for their patients after treatment. To address this situation, a feedback system with appropriate data protection procedures and training should be developed together with service providers, patients, data protection professionals and lawyers. Obviously, the integration of various services is a large-scale activity that it is not possible to solve it under the program, but new development activities are needed.

In order to achieve greater effectiveness and to improve performance of the program, consideration should be given to extending training to other professionals who are in contact with alcohol abusers (e.g. social workers, probation officers, etc), as well as to other departments of medical institutions, mental health nurses in the emergency department, etc., who could implement a motivational interviewing approach. Therefore, the activities of the program could be provided on a broader basis.

During previous years and the period of the program, the prevailing perceptions about the harmfulness, possible prevention and treatment of alcohol abuse have been gradually changed. Changes in the assessed field take a long time. Therefore, opportunities to continue providing the ALVAL service and treatment after the end of the program should be investigated early on. As the activities of the program started later than planned, one of the options is to consider extending the use of the remaining resources of the measure under assessment until 2023. Nonetheless, opportunities for continued financing after the end of

the program period should be explored, too. Otherwise, the results achieved and the resources spent so far would lose their impact.

I OSA. VAHEHINDAMISE TAUST

Sotsiaalministeeriumi tellimusel viis Civitta Eesti AS läbi ESF meetmes „Alkoholi liigtarvitamise, sh alkoholisõltuvuse, ennetuse, varase avastamise ning nõustamis- ja raviteenuse loomine ja rakendamine“ kinnitatud TAT-i (edaspidi programm) „Kainem ja tervem Eesti“ rakendamise vahehindamise, millega analüüsitakse tegevuste ellu rakendamise asjakohasust, tulemuslikkust, tõhusust ja jätkusuutlikkust perioodil 2014–2018. Vahehindamise läbiviimises osales välise eksperdina dr. Riina Raudne.

Käesolev vahehindamise lõpparuanne annab ülevaate hinnatavast programmist ja selle alamtegevustest, kasutatud meetodikast, kirjeldab programmi tegevusi ja eemärke ning toob ära vahehindamise tulemused ja nende põhjal tehtud soovitused. Aruande esimeses osas on antud ülevaade vahehindamise valdkonnast, KTE programmist ja vahehindamise läbiviimiseks kasutatud meetodikast. Aruande teises osas on kirjeldatud programmi raames elluviidud tegevusi, seatud eemärke ning vahehindamise tulemusi programmi peamiste tegevuste plokkide (s.o. arendustegevused, ALVAL teenuse osutamine, ravi teenuse osutamine ja teadlikkust tõstvad tegevused) lõikes. Iga tegevust kirjeldava ploki järel on toodud hinnangud asjakohasuse, tulemuslikkuse ja tõhususe lõikes. Programmi jätkusuutlikkust on hinnatud tegevuste üleselt aruande eelviimases peatükis. Aruanne lõpeb järelduste ja soovituste peatükiga.

1. ÜLEVADE VAHEHINDAMISE VALDKONNAST JA PROBLEEMIDEST

Alkohol on tervisekahjustusi tekitavate tegurite hulgas maailmas kolmandal kohal ning alkoholi liigtarvitamisega seotud kahjud kogukonna tervisele ja heaolule on märkimisväärsed. Konjunktuuriinstituudi andmetel tarbiti Eestis 2017. a 10,3 liitrit puhast alkoholi täiskasvanud elaniku (st vanuses 15+) kohta.⁶ 2017. a suri Eestis alkoholiga seotud haiguste tagajärjel 451 inimest – 97 naist ja 354 meest.⁷

Alkoholisõltuvuse esinemissagedus Eestis on võrreldes Euroopa Liidu keskmisega kõrge – tööealiste meeste ja naiste hulgas vastavalt 11% ja 2,1% (EL keskmine 5,4% ja 1,5%). Ligikaudu 25% 16–64-aastastest inimestest Eestis (43% meestest, 12% naistest) tarvitab üks kord kuus või sagedamini alkoholi tervist kahjustaval viisil ehk korraga vähemalt 6 alkoholiühikut. See näitaja ei ole viimastel aastatel vähenenud. Alkoholi mittetarvitavate naiste osakaal on võrreldes 2010. a vähenenud 13%-lt 10%-le, alkoholi mittetarvitavate meeste osakaal on püsinud viimase kuue aasta jooksul muutumatuna 8% piires. Eestis on noorte hulgas alkoholi tarbimine laialdaselt levinud. 15–16-aastaste noorte hulgas on vähemalt üks kord viimase 30 päeva jooksul purjus olnud 12% poistest ja 12,8% tütarlastest. Üksnes 1/3 15–16-aastastest noortest ei ole kunagi elus purjus olnud. Noorte hulgas on levinud suurte alkoholikoguste tarvitamine: 54% viimase 30 päeva jooksul alkoholi tarvitanud poistest ja 52% tüdrukutest joob vähemalt ühel korral viis või enam alkoholiühikut korraga. Alkoholi tarvitavatest 16–24-aastastest noortest naistest joob korraga suuri (üle kuue annuse) alkoholikoguseid üks kord kuus 16% ja üks kord nädalas 5,9%.⁸

Alkoholi tarvitamine on otseselt või kaudselt seotud ligikaudu 60 erineva haiguseisundi ja tervisehäire tekkega. Neist sagedasemad on maksa alkoholtõbi, alkoholisõltuvus, südame-veresoonkonnahaigused,

⁶ Alkoholi turg, tarbimine ja kahjud Eestis. Aastaraamat 2018.

http://www.ki.ee/publikatsioonid/valmis/Alkoholi_aastaraamat_2018.pdf

⁷ Alkoholi turg, tarbimine ja kahjud Eestis. Aastaraamat 2018.

⁸ TAT „Kainem ja tervem Eesti“, https://www.tai.ee/images/KTE/tat_alko.pdf

närvisüsteemi kahjustused, erinevad kasvajalised haigused. Suurte alkoholikoguste korraga tarvitamine on seotud õnnetuste ja vägivaldajuhtumitega.

Kuigi alkoholi liigtarvitamine on Eestis olnud pikaajaliselt üks suurim haiguskoormust põhjustav terviserisk, hinnati 2010. a läbiviidud uuringutes üldarstiabi osutajate oskuseid ja võimalusi alkoholiprobleemidega tegeleda tagasihoidlikuks. Selgus, et 42% perearstidest peab oma oskusi alkoholi tarvitamise nõustamisel halvaks või väga halvaks, 62% peab oluliseks oma nõustamisoskuste täiendamist.⁹

TAI 2015. a läbiviidud kvalitatiivuuringu tulemustest selgus, et tervishoiutöötajad ega ka eraisikud (sh patsiendid) ei pea alkoholi sõltuvuse ravi tulemuslikuks. Leiti, et ühelt poolt tunneb patsient, et ta ei ole saanud oma alkoholiprobleemi lahendamisel abi ning teisalt tunnevad arstid, et nad ei saa sageli alkoholitarvitamise häirega patsienti aidata. Peamiste kitsaskohtadena toodi seejuures välja puudulikud teadmised abi osutamise/saamise võimalustest, abi vähene kättesaadavus, abi vähene tõhusus, koostöö vähesus arstide ja teiste abiosutajate vahel ning teenuse rahastamine.¹⁰

Sotsiaalministeerium ja TAI alustasid juba 2008. a ESF prioriteetse suuna „Pikk ja kvaliteetne tööelu“ meetme 1.3.4 „Tervislike valikute ja eluviiside soodustamine“ ühe alamtegevusena programmi „Tervislike valikuid toetavad meetmed 2008–2009“ läbiviimist. Selle programmi üheks osaks oli töötada välja alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise süsteem. 2009. a alustati alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise teenuse kontseptsiooni väljatöötamist, koostati ja jaotati sihtgrupile teenuse osutamise meetodilised materjalid ning loodi nõustamisteenus koolituste koolituskava ja –materjalid. Teenuse arendamine jätkus ka 2010–2011 programmis, kui täiendati teenuse osutamise juhendmaterjali ja sõlmiti teenuse osutamiseks täiendavad lepingud. Mõlema programmi jooksul osutati ALVAL teenust kokku 494 isikule.

2012. a viidi Sotsiaalministeeriumi tellimusel läbi meetme „Tervislike valikute ja eluviiside soodustamine“ ja selle alamprogrammide tulemuslikkuse ja mõju vahehindamine. Hindamise tulemusel leiti, et programmide raames loodi edukalt ALVAL teenuse kontseptsioon ja valmistati ette selle ellu rakendamine. Kuid perearstikeskuste huvi teenuse osutamise vastu jäi madalaks, mistõttu jäi teenuse osutamine programmide raames pigem pilotiseerimise faasi. Peamiste takistustena teenuse osutamisel töid perearstid välja ravivõimaluste puudulikkust, kaasneva paberitöö suurt mahtu ning motivatsiooni ja oskuste puudust teenuse osutamiseks.

1.1. PROGRAMM „KAINEM JA TERVEM EESTI“

Kirjeldatud kitsaskohtade kõrvaldamiseks ja juba osaliselt väljatöötatud teenuse edasi arendamiseks on ESF meetmest 2.3 „Alkoholi liigtarvitamise, sh alkoholisõltuvuse, ennetuse, varase avastamise ning nõustamis- ja raviteenus loomine ja rakendamine“ tervise- ja tööministri 9.01.2015. a käskkirjaga nr 5 kinnitatud TAT „Kainem ja tervem Eesti“.

Programmi eesmärgiks on parandada alkoholi liigtarvitamise ennetamiseks ja raviks vajalike teenuste kättesaadavust ja kvaliteeti. Lisaks teenuste arendamisele on programmi eesmärgiks ka Eesti rahvastiku teadlikkuse suurendamine alkoholi tarvitamise riskidest, riskipiiridest ning olemasolevatest tugiteenustest. Programm näeb ette tegutsemist kahel suunal: alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine perearstisüsteemis ja alkoholitarvitamise häire ravi eriarstisüsteemis.¹¹

Programmi tulemusena on:

- Arendatud ja osutatud üldarstiabi tervishoiuteenust alkoholi liigtarvitamise varajaseks avastamiseks ja lühisekkumiseks.

⁹ TAT „Kainem ja tervem Eesti“, http://www.tai.ee/images/KTE/tat_alko.pdf

¹⁰ Alkoholitarvitamise häire ravisüsteem Eestis arstide ning patsientide vaatenurgast. Kvalitatiivuuring 2015. Tervise Arengu Instituut

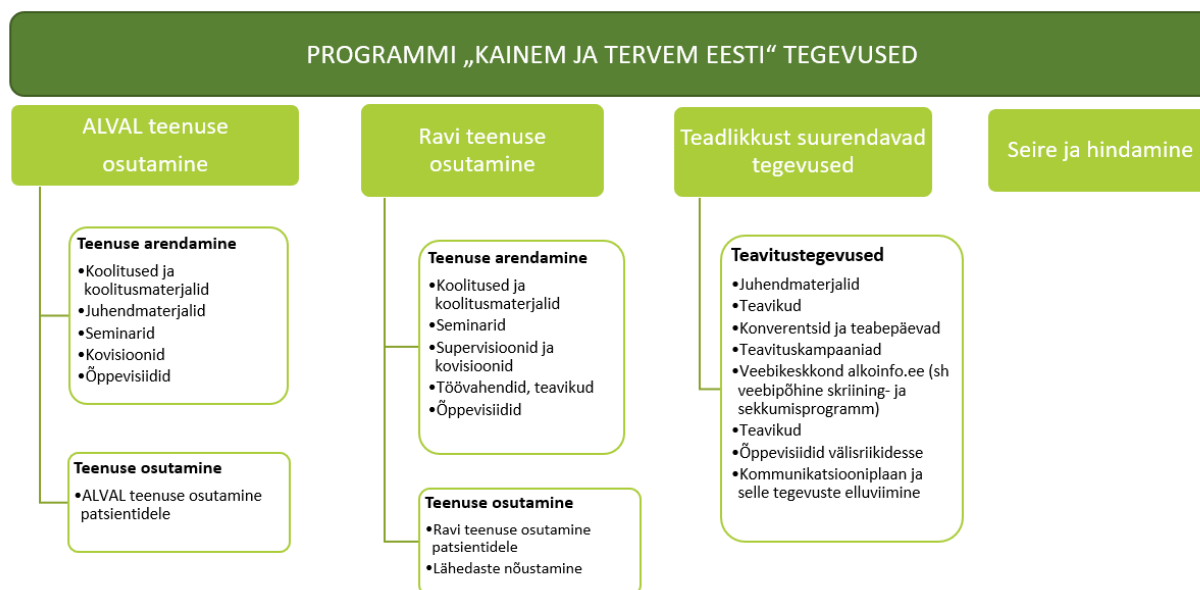
¹¹ Programm „Kainem ja tervem Eesti“ muudab teadlikkust alkoholist ja abipakkumisest.

<http://alkoinfo.ee/et/programm-kainem-ja-tervem-eesti-muudab-teadlikkust-alkoholist-ja-abipakkumisest/>

- Arendatud ja osutatud eriarstiabi tervishoiuteenust alkoholist tingitud psüühika ja käitumishäirete raviks.
- Paranenud Eesti rahvastiku teadlikkus alkoholi tarvitamise riskidest ja riskipiiridest ning alkoholi liigtarvitamise ennetuseks ja raviks vajalikest tervishoiuteenustest ja tugitegevustest.

Programmi tulemuste saavutamiseks on planeeritud projekti perioodi jooksul 2014-2020 viia ellu järgmised tegevused: ALVAL teenuse arendamine ja osutamine; alkoholitartvitamise häire ravi teenuse arendamine ja osutamine; teadlikkust suurendavad tegevused; ja seire ja hindamine (Joonis 1). Detailsem ALVAL teenuse ja alkoholisõltuvuse ravi teenuse osutamise kirjeldus on toodud lisa 1 ja 2.

JOONIS 1: PROGRAMMI „KAINEM JA TERVEM EESTI“ TEGEVUSED



Meetme ja programmi maksumus on kokku 10,2 miljonit eurot, sh ESF toetus 8,7 miljonit eurot. Kavandatud on osutada alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja lühisekkumise teenust vähemalt 16 478 ja alkoholitartvitamise häire ravi teenust vähemalt 3 975 inimesele. Projekt täidab eesmärgid kui 20%-l teenuse saajatest on alkoholi liigtarvitamise riskitase vähenenud 6 kuud pärast alkoholi tarvitamise vähendamisele suunatud teenuste osutamise algust.

Programmi sihtgrupiks on alkoholi liigtarvitajad ja nende lähedased, aga ka tervishoiutöötajad, psühholoogid, sotsiaal- ja lastekaitsetöötajad ning paljude teiste asutuste, ühenduste ja organisatsioonide töötajad, kes ametialaselt puutuvad kokku võimalike alkoholi liigtarvitavate inimestega.

Programmi planeerimise, rakendamise ja tulemuste seire eest vastutab TAI-s moodustatud TAT meeskond.

2. ÜLEVAADE HINDAMISPROJEKTIST

2.1. EESMÄRK JA ULATUS

Vahehindamise eesmärgiks oli välja selgitada, kuivõrd on programmi raames planeeritud tegevused rakendunud, kui tõenäoline on projekti lõpptulemuste saavutamine 2020. a lõpuks ning milliseid parendusmeetmeid on vajalik eesmärkide saavutamise tagamiseks rakendada. Vahehindamine viidi läbi perioodil 2018. a september kuni 2019. a märts.

Vahehindamine hõlmas perioodil 01.11.2014. a kuni 31.12.2018. a ellu viidud järgmiseid tegevusi:

- alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja lühisekkumise teenuse ehk ALVAL teenuse arendamine ja osutamine;
- alkoholitarvitamise häire ravi teenuse arendamine ja osutamine;
- teadlikkust suurendavad tegevused.

Projekti raames ei käsitletud eraldi programmi seire ja hindamistegevusi. Olenemata sellest kaasati programmi tulemuslikkuse ja tõhususe hindamiseks vahehindamise tegevustesse seire eest vastutavaid asutusi (rakendusasutusena Sotsiaalministeerium ja rakendusüksusena SA Innove).

Vahehindamise läbiviimisel keskenduti asjakohasuse, tulemuslikkuse, tõhususe ja jätkusuutlikkuse hindamiskriteeriumitele. Nimetatud hindamiskriteeriumid võeti aluseks vahehindamise uurimisküsimustele, mis on toodud välja aruande lisa 3. Vahehindamise tulemuste alusel on sõnastatud soovitud konkreetsete fookusteemade kaupa ja antud suunised programmi tulemuslikkuse ja tõhususe tõstmiseks. Tulenevalt vahehindamise meetodikast eeldavad soovitud konkreetse tegevusplaani koostamiseks täiendavat statistiliste andmete, finantsandmete ja patsientide hulgas läbiviitud uuringu tulemuste analüüsi.

2.2. SIHTGRUPID

Programmi sihtgrupiks on alkoholi liigtarvitajad ja nende lähedased, tervishoiutöötajad, sotsiaal- ja lastekaitsetöötajad ning teiste ametite esindajad, kes oma töös puutuvad kokku võimalike alkoholi liigtarvitavate inimestega.

Käesolevasse vahehindamisesse ei kaasatud programmi ALVAL ja ravi teenuste lõppkasutajad ehk alkoholi liigtarvitajaid ja nende lähedasi. Sellest tulenevalt on oluline vahehindamise tulemuste tõlgendamisel silmas pidada, et tulemused peegeldavad eelkõige programmi elluviijate ja teenusepakkujate hinnanguid ning arvesse ei ole võetud ALVAL teenuse ja ravi saajate otseseid hinnanguid, ootusi ja rahulolu.¹²

Siinkohal on oluline ära märkida, et vahehindamisega osaliselt paralleelselt on TAI alustanud alkoholi liigtarvitajate ja nende lähedaste sihtgruppide analüüsimist. Seega on soovitatav programmi edasiste tegevuste planeerimisel aluseks võtta käesoleva vahehindamise tulemused ja TAI analüüsi tulemused nende koosmõjus.

Tulenevalt eeltoodust oli vahehindamisse kaasatud viis sihtrühma (vt Tabel 1).

TABEL 1: VAHEHINDAMISE SIHTGRUPID

SIHTGRUPP	ASUTUSED / ORGANISATSIIONID / SPETSIALISTID
Perearstikeskused	Perearstid, pereõed
Raviasutused	Haiglad, kliinikud, tervisekeskused jm raviasutused, kes osutavad ambulatoorsest või statsionaarsest arstiabi; nende juures töötavad KTE programmi juhid, arstid, vaimse tervise õed, psühholoogid, tegevusterapeutid jm tervishoiutöötajad, kes osalevad ravi osutamise protsessis
Muud alkoholi liigtarvitajatega kokku puutuvad asutused ja organisatsioonid	Kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajad ja lastekaitespetsialistid, Töötukassa töötajad, psühholoogid, AA-tugirühmade organiseerijad

¹² Teenusepakkujatena käsitletakse nii neid perearstikeskusi ja raviasutusi, kes juba tegelevad teenuse osutamisega, kui ka neid, kes seda (veel) ei tee.

SIHTGRUPP	ASUTUSED / ORGANISATSIIONID / SPETSIALISTID
Programmi arendustegevuste ja teavitustegevuste rakendamise kaasatud asutused	Tartu Ülikool, Tervise Arengu Instituudi vastavad töötajad; eksperdid, kes on osalenud koolituskavade, juhiste ja veebilehe sisu väljatöötamisel ning koolituste, seminaride ja kovisioonide läbiviimisel
Projekti planeerimise ja seirega tegelevad asutused	Sotsiaalministeerium, Tervise Arengu Instituut, Innove, Haigekassa, Eesti Perearstide Selts, Eesti Psühhiaatrite Selts

2.3. METOODILINE KÄSITLUS

Vahehindamine viidi läbi kvalitatiivse uuringuna. Uurimisküsimustele vastamiseks kasutati järgmiste meetodeid: dokumendianalüüs, intervjuud ja valdkonna ekspertide arutelu seminar. Hindamise läbiviimiseks koguti informatsiooni kokku 74 erinevalt spetsialistil, kes esindasid 33 asutust või organisatsiooni. Täpne vahehindamisse kaasatud asutuste ja nende esindajate nimekiri on toodud aruande lisas 4.

DOKUMENDIANALÜÜS | Dokumendianalüüsi aluseks olevatest materjalidest peamise osa moodustasid iga-aastased TAT tegevuskavad perioodi 2014–2018 kohta, seirearuanded perioodi 01.11.2014–31.12.2018 kohta ja eelarved perioodi 2014–2018 kohta. Täiendavalt kasutati varasemaid alkoholi liigtarbimise, selle ennetamise ja ravi kohta koostatud uuringuid ning programmi raames välja töötatud juhiseid, infomaterjale jms.

Programmi raames läbiviidud koolituste tulemuslikkuse hindamisel kasutati ühe andmeallikana TAI koolitustel osalejatelt kogutud tagasiside kokkuvõtteid perioodi jaanuar 2016. a – veebruar 2018. a kohta. Samuti kasutati Sotsiaalministeeriumi esitatud andmestikku programmi arendustegevustes (sh koolitused, teenuse osutamine jms, mille eeldatav maht on üle 32 akadeemilise tunni) osalenud tervishoiutöötajate kohta).¹³

Andmestiku programmi raames ALVAL ja ravi teenust saanud patsientide üldise statistika kohta tervishoiuasutuste lõikes seisuga 31.12.2018. a esitas vahehindamises kasutamiseks TAI.

INTERVJUUD | Andmekogumise kõige olulisema osa moodustasid intervjuud vahehindamise sihtgruppidega. Intervjuud viidi läbi poolstruktureeritud intervjuudena individuaal- ja (fookus)gruupiintervjuude vormis.¹⁴ Intervjuude läbiviimisel ja intervjuueeritavate valikul lähtuti järgmistest põhimõtetest:

- Intervjuudesse kaasati nii need tervishoiuasutusi ja -töötajaid, kes on osalenud programmi koolitustel ja osutavad teenust või ravi, kui ka neid, kes ei ole üheski programmi tegevuses osalenud.
- Programmi piirkondliku mõju ja koostöö efektiivsuse hindamise eesmärgil viidi intervjuud läbi eri sihtgruppides piirkonna põhiselt, st lisaks tervishoiuasutuste töötajatele intervjuueeriti sama piirkonna teisi asjakohaste sihtgruppide esindajaid. Sellisteks piirkondadeks valiti välja Pärnu, Tartu ja Haapsalu, kus intervjuueeriti lisaks tervishoiuasutustele ka kohaliku omavalitsuse, Töötukassa ja kriminaalhooldajate esindajaid. Pärnu kaasati valimisse, sest seal on ravi teenuse osutamine väga edukalt käima läinud. Tartus asuv TÜ Kliinikum on suurim ravi teenuse osutaja ning sealsetel

¹³ Vahehindamise läbiviimisel kasutatud TAI esitatud koolituste tagasiside ja Sotsiaalministeeriumi esitatud arendustegevuste tegevustes osalenute statistika olid kättesaadavad alates programmi algusest kuni erinevate tähtaegadeni 2018. a. Kuna suures osas olid andmed 2018. I pa kohta olemas, siis on käesolevas aruandes edaspidi nende andmestike kohta läbivalt kasutatud 2018. I pa, kui andmeallikate lõpptähtaega.

¹⁴ Vahehindamises eristati fookusgruppi ja gruupiintervjuud osalejate arvu ja moderaatori/intervjuueerija rolli järgi. Tervishoiuasutustega viidi läbi fookusgruppid, kus oli 3 - 9 osalejat ja moderaatori roll oli osalejate omavahelise interaktsiooni tekkitamine. Muude sihtgruppidega viidi läbi gruupiintervjuud, kus oli 2-3 osalejat ja vestlus toimus pigem küsimustele vastamise vormis.

spetsialistidel on olnud oluline roll nii ALVAL kui ka ravi teenuse arendamise juures. Haapsalu on vastupidine näide, kus ei haigla ega ka ükski perearstikeskus ei ole programmiga liitunud teenusepakkuja.

Intervjuude korraldamisel osutus üheks takistuseks perearstide madal motivatsioon osaleda intervjuudes. Eelkõige oli keeruline läbi viia grüpiintervjuusid nende perearstikeskustega, kes ei ole programmiga liitunud. Kuna nad teenust ei osuta ja ei planeeri seda lähiaastatel tegema hakata, ei olnud nad motiveeritud oma meeskonna aega fookusgrupi intervjuule panustama. Seetõttu viidi algselt planeeritud fookusgruppide asemel neljal juhul läbi individuaalintervjuu.

Hindamisprojekti jooksul viidi kokku läbi 22 individuaalintervjuud ja 9 fookusgruppi / grüpiintervjuud. Kokku intervjueriti 66 erinevat isikut. (Tabel 2).

TABEL 2: VAHEHINDAMISE INTERVJUUD

SIHTGRUPP	PERSONAALINTERVJUUD	GRÜPIINTERVJUUD / FOOKUSGRUPID
Perearstikeskused	4	2
Raviasutused	2	4
Muud alkoholi liigtarvitajatega kokku puutuvad asutused ja organisatsioonid	10	2
Arendus- ja teavitustegevustesse kaasatud asutused / planeerimise ja seirega tegelevad asutused	6	1
KOKKU	22	9

Intervjuudesse olid kaasatud perearstid ja pereõed, vaimse tervise õed, psühholoogid ja psühhiaatrid, arstid, programmijuhid, KTE programmi planeerimise ja arendamisega seotud isikud, koolituste korraldajad, kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajad, piirkonna kriminaalhooldusametnikud jms.

SEMINAR | Vahehindamise esmaste tulemuste valideerimiseks viidi läbi valdkonna spetsialistide arutelu seminar. Seminarile kutsuti sellised tervishoiuasutuste ja organisatsioonide esindajad, kes olid seotud programmi arendamisega või omavad oma ameti tõttu alkoholisõltuvuse valdkonnast laiemat ülevaadet. Seminaril oli kokku 21 osalejat, kellest 9 olid Sotsiaalministeeriumi ja TAI esindajad ning 12 erinevate tervishoiuasutuste või -organisatsioonide esindajad.

Seminaril tutvustati vahehindamise esmaseid tulemusi ning esitati seejärel kolm programmi „teekonda“ lähtuvalt patsiendi, perearstikeskuse ja raviasutuse vaatest. Iga teekonna juures toodi ära vahehindamise käigus tuvastatud kitsaskohad lähtuvalt konkreetsest osapooldest. Seminaril osalejad arutlesid kuivõrd olulise mõjuga võivad olla väljatoodud kitsaskohad programmi tulemuslikkusele ning millised võiksid olla nende lahendused. Hindamismeeskond tegi arutelu käigu ja tulemuste kohta märkmeid, mida kasutati täiendava allikana kvalitatiivsete andmete analüüsis.

Vahehindamise lõpparuande kvaliteedi tagamiseks saadeti mustandversioon kirjaliku tagasiside kogumiseks Sotsiaalministeeriumile ja TAI-le. Eelkõige paluti tähelepanu pöörata faktivigadele, mida tuleks aruandes parandada. Saadud tagasisidele tuginedes on tehtud muudatused käesolevas lõpparuandes.

II OSA. HINDAMISE TULEMUSED

Vahehindamise lõpparuande II osas on programmi tegevused jagatud nelja suurde ploki – arendustegevused, ALVAL teenuse osutamine, ravi teenuse osutamine ning teadlikkust suurendavad tegevused. Igas alapeatükis on esmalt välja toodud tegevuste lühikirjeldus ja eesmärk ning seejärel analüüsitud nende asjakohasust, tulemuslikkust ja tõhusust. Kursiivis on välja toodud olulisemad tsitaadid vahehindamise käigus läbi viidud intervjuudest, avamaks põhjalikumalt esitatud tulemusi. Eraldi peatükis on antud ülevaade programmi eelarve senisest kasutamisest ning toodud hinnang programmi jätkusuutlikkusele ja seotusele läbivate teemadega.

Vahehindamise käigus selgus, et tervishoiutöötajate kokkupuuted programmi tegevustega ja teenuse osutamisega on väga varieeruvad. Seetõttu ei ole üldjuhul võimalik selgelt eristada neid tervishoiuasutusi, kelle töötajad on programmi arendustegevustes osalenud ja osutavad teenust, neid kes on osalenud arendustegevustes aga teenust ei osuta või neid, kes ei ole osalenud arendustegevustes ega osuta ka teenust. Seega ei saa kõikide vahehindamise lõpparuandes käsitletud teemade juures selgelt eristada programmis osalenud ja mitteosalenud tervishoiuasutuste antud hinnanguid ja arvamusi. Nende teemade juures, kus erinevused programmis osalenud ja mitteosalenud asutuste hinnangute vahel selgelt ilmsid, on see aruandes eraldi välja toodud.

3. ALVAL JA RAVI TEENUSE ARENDUSTEGEVUSED

KTE programmi ALVAL ja ravi teenuste arendustegevuste eesmärk on valmistada tervishoiutöötajad ette vastava teenuse osutamiseks ning neid teenuse osutamise perioodil järjepidevalt toetada ja motiveerida. Käesolevas peatükis antakse ülevaade ALVAL ja ravi teenuse arendamisest, selleks ellu viidud tegevustest ning hinnatakse tegevuste asjakohasust, tulemuslikkust ja tõhusust. Arendustegevuste hindamisel käsitletakse koos nii ALVAL kui ravi teenust, sest arenduseks ettenähtud tegevused on valdavalt samad (koolitused, juhendmaterjalid, õppereisid jne) ning neile antud hinnangud on mitmes aspektid põimuvad.

3.1. ALVAL TEENUSE ARENDAMINE

Programmi väljatöötamisel planeeriti ALVAL teenuse arendamiseks esialgu suhteliselt palju erinevaid koolitusi, seminare, kovisioone ning õppereise. Programmi ellu rakendamise käigus aga selgusid teistsugused vajadused, eesmärged ja tegevusplaan täpsustati ning seetõttu mitmed esialgselt planeeritud tegevused on muutunud või ära jäetud.¹⁵ Perioodil 2014. a – 2018. a on reaalselt arendustegevustena korraldatud koolitusi, viidud läbi seminare ja korraldatud üks õppevisiit (vt Tabel 3).¹⁶

ALVAL teenuse arendamiseks planeeritud tegevustele ei ole üldjuhul seatud sihttasemeid, mis aitaks mõõta eesmärkide saavutamist. Planeeritud tegevustest on sihttasemed seatud ainult korraldatud ALVAL koolituste arvule ja koolituses osalejate arvule (vt Joonis 2).

¹⁵ Nt koolituste puhul pandi esialgu paika koolitusplaan, kuid hiljem selgus, et seda on vaja veel täiendada, kuna arstide sekkumisalane koolitusvajadus on arvatust suurem.

¹⁶ Elluviidud tegevuste kirjeldamisel on aluseks TAT seirearuanded, mis kajastavad rakendatud tegevusi ja tulemusi kumulatiivselt Seetõttu siin ja edaspidi allikana viidatud viimasele Programmi "Kainem ja tervem Eesti" seirearuandele (VII) perioodil 01.09.2014–31.12.2018

TABEL 3: ALVAL TEENUSE ARENDAMISEKS ELLU VIIDUD TEGEVUSED AASTATE LÖIKES

TEGEVUS	2015	2016	2017	2018	KOKKU
	SIHTTASE / REAALNE TULEM				
ALVAL koolitused	6/0	32/20	38/18	8/11	121/49
Eluviisi muutusi motiveeriva nõustamise koolitused	-	-	-	-	-
Motiveeriva intervjuerimise kesktaseme proovikoolitused	-	-	-	-	-
Seminarid ALVAL teenuse osutajatele	-	-/10	-/10	-	-/20
Kovisioonid ALVAL teenuse osutajatele	-	-	-/4	-	-/4
Õppeviisiidid ALVAL teenuse arendamiseks	-	-/1	-	-	-/1

*- tähistab, et antud perioodiks ei olnud tegevust planeeritud või ei olnud eesmärki seatud

3.1.1. KOOLITUSED

ALVAL teenuse arendamisega alustati 2015. aastal. Esmalt planeeriti ette valmistada mitmeid erinevaid perearstidele ja -õdedele suunatud koolitusi. Kuid programmi erinevate tegevuste planeerimise ja esmaste tegevuste faasis selgus, et oodatud kvalifikatsiooniga koolitajaid oli keeruline leida ning tervishoiutöötajate tegelikud vajadused erinesid algsetest plaanidest. Samuti kohandati programmi erinevaid alamtegevusi, et need omavahel ei kattuks või oleksid tulemuslikumalt elluviidavad. Sellest tulenevalt otsustati mitmed algselt planeeritud koolitused (näiteks „Eluviisi muutusi motiveeriva nõustamise koolitus“, „Motiveeriva intervjuerimise kesktaseme proovikoolitus“) korraldada programmi ravi teenuse arendustegevuste plokis või hoopis ära jätta.

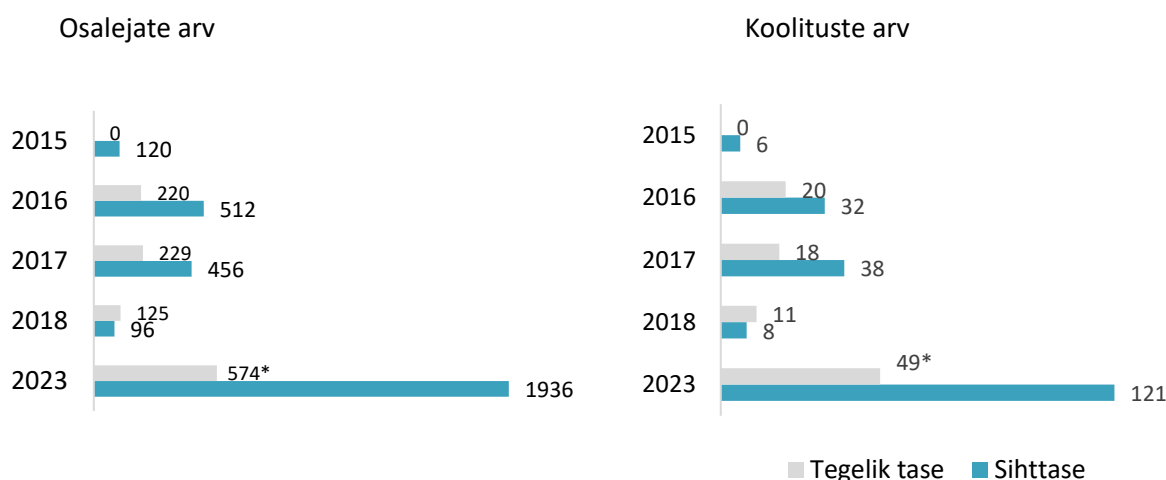
Kõige olulisemaks perearstidele ja -õdedele suunatud koolituseks on programmi ALVAL koolitus. Koolituse eesmärk on õpetada tervishoiutöötajaid pädevalt tõstatama patsiendiga alkoholi tarvitamise teemat ning viia läbi lühisekkumine.

Koolituste sisuliseks toetamiseks anti välja ka mitmeid trükiseid – „Lühisekkumine alkoholi liigtarvitamisse – koolitaja juhend“, „Lühisekkumine alkoholi liigtarvitamisse. Töölehed“ ning erinevaid plakateid.

ALVAL koolituste eesmärgi täitmise mõõdikuteks on väljundnäitajad: korraldatud koolituste arv ja osalejate arv. Hinnataval perioodil oli planeeritud läbi viia kokku 84 ALVAL koolitust 1184 osalejale. Reaalselt korraldati perioodi 2015. a – 2018. a jooksul kokku 49 koolitust, kus osales 574 osalejat. TAT seirearuannete kohaselt on ALVAL koolituste planeeritud mahus elluviimist takistanud eelkõige asjaolu, et programmi käimalükkamise alguses (s.o. 2014–2015 jooksul) alles tegelikud koolitusvajadused selgusid ning seetõttu ei saanud neid pakkuma hakata nagu oli algselt plaanis. Lisaks on läbiviidud koolituste arvu negatiivselt mõjutanud ka koolitajate leidmiseks korraldatud hangete nurjumine, mistõttu on olnud keerukas sobivaid koolitajaid leida. Kavandatud sihttasemete täitmiseks on TAI planeerinud jätkata ALVAL koolituse aktiivsema reklaamimisega erinevates perearstidele ja õdedele suunatud infokanalites. Sellegipoolest võib eeldada, et meetme perioodi lõpuks 2023. a planeeritud sihttase jääb täitmata.¹⁷ Perioodiks 2015. a – 2018. a planeeritud koolitused ja tegelikult toimunud koolituste võrdlus on toodud alloleval joonisel.

¹⁷ KTE programm kestab küll 2020. aastani, kuid vastavalt Ühtekuuluvuspoliitika fondide rakenduskavale on sihttasemed sätestatud aastaks 2023 (programm võib küll enne lõppeda, kuid sihtväertus määratakse 2023. a kohta). Seetõttu on aruandes läbivalt sihttasemed määratud 2023. a seisuga.

JOONIS 2: ALVAL KOOLITUSE SIHTTASEMETE JA TEGELIKE TASEMETE VÕRDLUS



* Sisaldab perioodil 2015 – 2018 toimunud koolitusi kokku

2016. a toimusid ALVAL koolitused 20 korral enamasti Tallinnas (9 korda) ja Tartus (7 korda), kuid üksikutel juhtudel ka Pärnus (3 korda) ning Viljandis (1 kord). Samuti toimus Tartus üks koolitajate seminar. Koolitusrühmade mittetäitumise tõttu jäi ära kuus koolitust. 2017. a toimusid koolitused kokku 18 korral ning läbi viidi ka üks koolitajate seminar. Peamiselt toimusid koolitused Tallinnas ja Tartus, kuid üksikud koolitused ka Ahtmes, Rakveres, Paldiskis ja Põlvas. 2018. a toimus 11 koolitust nii Tartus kui Tallinnas. Samuti toimus 2018. I pa Tartus seminar ALVAL koolituse läbiviijatele.

3.1.2. ALVAL KOOLITUSEL OSALEJATE TAGASISIDE

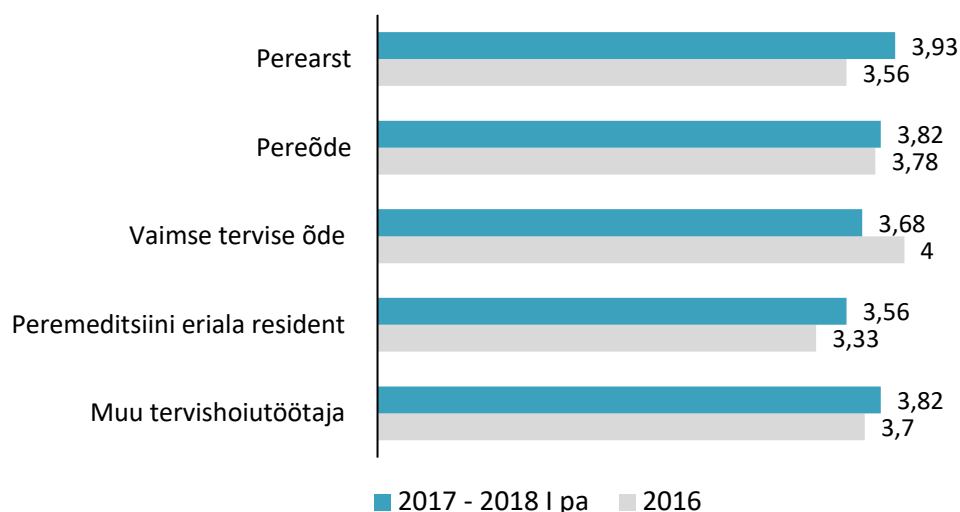
Hindamaks ALVAL koolituse asjakohasust ja vastavust osalejate ootustele, viis TAI perioodil 2016. a – 2018. I pa toimunud koolitustel osalejate hulgas läbi tagasiside küsitlused. 2016. a viidi läbi nii eel- kui järelküsitlus, 2017. a jaanuar – 2018. a veebruar toimunud koolituste kohta viidi läbi ainult järelküsitlused. ALVAL koolitusel osalesid ja tagasisidet andsid erinevate tervishoiuasutuste perearstid, pereõed, vaimse tervise õed, residendid jm tervishoiutöötajad. Tagasisideküsitlustes oli osalejatel võimalik hinnata koolitust 4 palli süsteemis, kus 1 tähistas kõige negatiivsemat tulemust ning 4 kõige positiivsemat.

2016. a hinnati ALVAL koolitusi keskmiselt 3,72 palliga 4-st. Kõige kõrgemalt hindasid koolitusi vaimse tervise õed, kes panid koolitusele hindeks 4. Kõige madalamalt hindasid koolitusi peremeditsiini eriala residendid, andes koolitusele vaid 3,3 palli. Seejuures on oluline märkida, et mõlema grupi osakaal kõikide tagasiside küsitlusele vastajate seas oli väike.¹⁸

Perioodil 2017. a – 2018. I pa anti koolitustele keskmine hinnang 3,83 palli, mis on kõrgem kui varasemalt. Antud perioodil hindasid koolitust kõige kõrgemalt perearstid (3,93 palli). Madalamad hinded andsid perearstimeditsiini eriala residendid ning vaimse tervise õed, vastavalt 3,56 ja 3,68 palli.¹⁹

¹⁸ Koolitajate hinnangud ALVAL koolitustele 2016, TAI koostatud kokkuvõtted

¹⁹ Ülevaade ALVAL koolituste tagasisidest: jaanuar – detsember 2017 ja kuni veebruar 2018

JOONIS 3: KOOLITUSEL OSALENUD TERVISHOIUTÖÖTAJATE ÜLDINE HINNANG KOOLITUSTELE PERIOODIL 2016 – 2018 I PA, SKAALAL 1-4


Nii 2016. a kui 2017–2018. a läbiviidud koolituste juures hinnati enim kasutatud materjale, mis olid kasutajasõbralikud ning asjakohased. Samuti märgiti positiivsena ära, et koolitusel kasutatavad ülesanded olid elulised ning praktilised. Kõige madalamalt hinnati tagasisideküsitlustes koolituse mahtu ja kestvust, vastavalt 2016. a 3,52 palli ja 2018. a 3,75 palli²⁰. Võrreldes 2016. a ja 2017–2018 a. toimunud koolitustele antud tagasisidet, saab olulise positiivse muutusena välja tuua, et hinnangud kõigi koolituse korralduslike aspektide kohta olid tõusnud.

Koolituse osalejate hulgas eel- ja järelküsitluse läbiviimine võimaldas hinnata, kuidas on muutunud osalejate motivatsioon ja oskused realselt ALVAL teenust osutada. Tagasiside ankeedis uuriti, kuivõrd on osalejate arvates võimalik koolitustel omandatud teadmisi rakendada. Tulemustest selgub, et vahetult pärast koolitust olid enam kui 90% vastajatest kindlad, et koolitustel saadud teadmisi on võimalik koheselt igapäevatoos kasutada (Küsimusele „Kas saate koolitusel õpitut oma töös rakendada“ vastasid positiivselt 2016. a – 92% vastavajatest; 2017–2018 I pa – 91% vastajatest).²¹ Mõni aeg pärast koolitust viidi osalejate seas läbi järelküsitlus, et teada saada, kas ja kuidas nad on tegelikult koolitusel omandatud teadmisi oma töös kasutanud. Tulemused erinesid päris palju tervishoiutöötajate esialgselt hinnangust. 2016. a koolitusel osalejatest kasutas uusi teadmisi oma töös vaid 69% inimestest ning 2017–2018. I pa osalenutest 68%. Analüüsid tagasisideankeetides märgitud vabateksti põhjuseid, selgus, et enamik koolitusel osalejaid ei olnud veel jõudnud vahepealse puhkuseperioodi tõttu teenuse osutamise alustada või olid seda saanud veel liiga vähe proovida, kuna koolitusest oli möödas vähe aega. Paljud vastajad selgitasid, et nad ei ole vahepealse ajal nõustamist vajavat patsienti vastu võtnud või on neil külmetushaiguste hooaja tõttu olnud väga kiire.

Kokkuvõtvalt võib tagasiside ankeetide alusel öelda, et osalejad hindavad koolitust kasulikeks ja vajalikeks. Näiteks on 2016. a koolitusel osalejad enda lühisekkumise läbiviimise oskust hinnanud enne koolitust 1,75 palliga, kuid peale koolitust on nende hinnang tõusnud 3,16 pallini. 2017–2018. I pa koolitusel osalejatest on 77% vastajatest öelnud, et nad käsitlevad patsientidega alkoholi teemat sagedamini kui enne koolitust.

Koolituste jätkuva kvaliteedi tagamiseks ning osalejate ootustele vastamiseks on oluline sobiva intervalliga koguda tagasisidet vahetult pärast koolituse toimumist kui ka piisava aja möödudes.

²⁰ Ülevaade ALVAL koolituste tagasisidest: jaanuar – detsember 2017 ja kuni veebruar 2018

²¹ Ülevaade ALVAL koolituste tagasisidest: jaanuar – detsember 2017 ja kuni veebruar 2018

3.1.3. SEMINARID, KOVISIOONID JA ÕPPEVISIIDID

Tervishoiuasutuste ja nende töötajate parema ettevalmistamise ja ALVAL teenuse osutamisel toetamise eesmärgil planeeriti lisaks koolitustele korraldada seminare, kovisioone ja õppevisiite.

SEMINARID Seminarid olid suunatud nendele perearstikeskustele, kes planeerisid programmiga liituda või olid seda vahetult teinud, et tutvustada, kuidas toimub lepingute täitmine ning kogu teenuse osutamisega seotud asjaajamine.²² Olenemata sellest, et antud seminaride ettevalmistamisega alustati 2015. a, siis samal aastal ühtegi seminari veel ei toimunud. Esimesed seminarid viidi läbi 2016. II pa, mil toimus kokku 10 seminari nii Tallinnas (5 tk), Tartus (2), Paldiskis (1), Hiiumaal (1) kui ka Märjamaal (1). 2017. II pa viidi läbi 10 seminari Tallinnas (5), Saks (1), Rakveres (1), Jüris (1), Jõhvis (1) ning Tartus (1). 2018. a seminare ei toimunud, kuna teenuseosutajatega uusi lepinguid ei sõlmitud.

KOVISIOONID Kovisioonid²³ ALVAL teenuse osutajatele ja/või koolituse läbinud tervishoiutöötajatele töötati välja eesmärgiga analüüsida teenuseosutajate tööalaseid kogemusi, küsimusi ning probleeme, et leida neile lahendused, mida oleks võimalik praktikas kasutada. Kovisioonid loovad eeldused meeskonnasisesteks aruteludeks, mis toetavad ALVAL teenuse osutajate erialast arengut, parandavad motivatsiooni ning suurendavad teadlikkust alkoholi teemadega toimetulekuks.²⁴ ALVAL teenuse käivitamise edasilükkumise tõttu 2016. a kovisioone ei toimunud. Esimesed kovisioonid toimusid 2017. I pa (kokku 4 korda) nii Tartus (1 kord) kui ka Tallinnas (3 korda) ning neis osales kokku 31 inimest. 2017. II pa ning 2018. a kovisioone ei korraldatud, kuna selleks puudus konkreetne vajadus.

ÕPPEVISIIDID Õppevisiidid välisriikidesse olid planeeritud ALVAL teenuse tulemuslikumaks ja efektiivsemaks rakendamiseks läbi praktiliste kogemuste omandamise. Lisaks õppevisiitidele välisriikides peeti oluliseks ka siseriiklikke lähetusi, mis on samuti abiks praktiliste kogemuste vahetamisel ning lahenduste leidmisel. Õppevisiitide peamiseks sihtrühmaks on ALVAL teenuse elluvijad (sh TAT-i personal ning ALVAL teenuse osutajad).²⁵ Esimene õppereis välisriiki toimus 2016. a, mil Rootsis toimus INEBRIA (*The International Network on Brief Intervention for Alcohol & Other Drugs*) konverents "Rethinking Alcohol Interventions in Health Care". Konverents oli osalejate sõnul väga kasulik ning andis programmi elluvijatele kindlust ALVAL teenuse arendamiseks. Hiljem ei ole õppevisiite välisriikidesse toimunud. Siiski viidi 2017-2018. a läbi TAI TAT-i meeskonna riigisiseseid lähetusi, mille eesmärk oli ALVAL teenust osutavate tervishoiuasutuste personaalne toetamine, lepingute täitmise järelevalve, koolituste ning kovisioonide korraldamine.

3.2. RAVI TEENUSE ARENDAMINE

Programmi raames osutatava alkoholitarvitamise häire ravi teenuse kontseptsiooni aluseks on ravijuhend „Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitus“. Ravijuhendi koostamisega alustati juba enne TAT „Kainem ja tervem Eesti“ kinnitamist. Peale programmi ametlikku algust jätkati ravijuhendi ja sellele rajatud programmi arendamist ja ellu rakendamist ESF meetme all.

Ravijuhendi koostamise meeskonda kaasati väga lai spetsialistide ring: pereõed, perearstid, psühhiaatrid, sotsiaaltöötajad ja ka patsientide esindajad. Tegevust koordineeris TAI. Ravijuhendi koostamise eesmärgil toimus 16 töörühma koosolekut. Kuivõrd ravijuhendi asjakohasusest ja põhjalikkusest sõltus kogu teenuse kontseptsioon ja tulemuslikkus, siis võttis põhjalikult läbimõeldud ravijuhendi koostamine algselt planeeritust oluliselt rohkem aega. Ravijuhendi hilisem valmimine lükkas omakorda edasi ka ravi teenuse arendamisega seotud tegevustega alustamise – planeeritud 2015. a asemel toimusid esimesed koolitused

²² TAT tegevuste detailne kirjeldus perioodil 01.11.2014–31.12.2015

²³ Kovisioon on samasisulist tööd tegevate inimeste regulaarne kohtumine, kus üksteise kogemuste ja teadmiste koondamisel leitakse lahendusi oma tööalastele olukordadele (TAT tegevuste detailne kirjeldus perioodil 01.01.2016–31.06.2016)

²⁴ TAT-i detailne kirjeldus perioodil 01.01.2018–31.12.2018

²⁵ TAT tegevuste detailne kirjeldus perioodil 01.11.2014–31.12.2015

tegelikult 2017. a II poolaastal. Kuna ravijuhend pidi andma detailse sisendi ravi teenuse korralduse kohta, siis ei saanud enne selle valmimist alustada ka koolitusmaterjalide, seminaride ja muude tegevustega.

Järgnevas tabelis on esitatud kokkuvõtte alkoholitarvitamise häire ravi teenuse arendamiseks realselt läbi viidud tegevuste mahust 2015–2018. a lõikes. Samuti on välja toodud vastava tegevuse TAT spetsiifilise väljundnäitaja sihttase (kõigile tegevustele pole sihttaset seatud).

TABEL 4: RAVI TEENUSE ARENDAMISEKS ELLU VIIDUD TEGEVUSED AASTATE LÕIKES 2015 - 2018

TEGEVUS	2015	2016	2017	2018	KOKKU
	SIHTTASE / REAALNE TULEM				
Alkoholitarvitamise häiret käsitlevad koolitused	2 / 0	4 / 0	6 / 1	4 / 4	16 / 5
Madala intensiivsusega psühhosotsiaalse sekkumise koolitused	-*	8 / 0	12 / 1	3 / 9	23 / 10
Seminarid ravi teenuse osutajatele	-	- / 5	- / 3	- / 0	- / 8
Supervisioonid/kovisioonid ravi teenuse osutajatele / ravimeeskonna koolitus	-	- / 0	- / 0	- / 38	- / 38
Töövahendite väljatöötamine	-	- / 1	- / 1	- / 1	- / 3
Õppeviisidid välisriikidesse ravi teenuse arendamiseks	- / 0	- / 2	- / 2	- / 0	- / 4

*- tähistab, et antud perioodiks ei olnud tegevust planeeritud või ei olnud eesmärki seatud

3.2.1. ALKOHOLITARVITAMISE HÄIRET KÄSITLEVAD KOOLITUSED

Programmi raames ravi teenuse osutamise toetamiseks on välja töötatud kaks erineva spetsiifikaga koolitust:

- alkoholitarvitamise häire ravi käsitlevad koolitused, edaspidi nn ravikoolitus;
- madala intensiivsusega psühhosotsiaalse sekkumise koolitused, edaspidi nn nõustamiskoolitus.

TAI eesmärk oli, et koolitusmaterjalid töötataks välja mõne ülikooli juures. Nii jõuaksid uued teadmised ka õppekavadesse ja seeläbi oleks koolitusmaterjalidest kasusaajate ring laiem (seda ka pärast programmi lõppu). Eelnevalt tulenevalt pöördus TAI ravikoolituse väljatöötamiseks TÜ arstiteaduskonna psühhiaatria osakonna poole. Koolituse väljatöötamisse oli kaasatud väga suur osalejate ring (psühhiaatrikliiniku meeskond, sotsiaalvaldkonna esindajad jne). Nõustamiskoolituse väljatöötajaks oli TÜ psühholoogia osakond, kust kaasati palju erinevaid psühholooge.

Koolituste kavandamisel oli oluline määratleda, kuidas patsient kogu süsteemi sees liigub ning kuidas on erinevad programmi osad omavahel seotud. Samuti lähtusid koolitusmaterjalide väljatöötajad teemade valikul pädevustest, millest arvati, et spetsialistidel on vajaka. Nt oli kindlasti vaja teenuseosutajate oskusi suurendada nõustamise osas, sest seda ei õpetatud sel ajal ka tasemeõppes. Samas peavad raviautuse personalil olema head nõustamisoskused, sest alkoholitarvitamise häire ravi on pikaajaline protsess, millele on omased tagasilangused ja seetõttu on väga oluline patsiendi motivatsiooni toetamine. Koolitavateks on olnud ravis osalevad spetsialistid: arstid, õed, psühholoogid, sotsiaaltöötajad, tegevusterapeutid. Ravikoolitused on 3-päevased (2+1 päeva), millest kaks esimest toimuvad järjestikustel päevadel ja kolmas päev 3–4 nädala pärast. Nõustamiskoolitus on 5-päevane (2+2+1 päeva) ning toimub moodulitena, et koolitusel osalejate igapäevast töökorraldust võimalikult vähe häirida. Esimesele kahepäevasele moodulile järgneb kuu aja pärast teine kahepäevane moodul ning siis on kahe kuu pärast viimane koolituspäev.²⁶

ALKOHOLITARVITAMISE HÄIRE RAVI KÄSITLEVAD KOOLITUSED | Programmi tegevuskava kohaselt plaaniti ravi koolitustega alustada 2015. a, kuid tegelikult toimus esimene koolitus eelkirjeldatud ravijuhendi hilisema valmimise tõttu 2017. a. Pärast ravijuhendi valmimist, 2016. a alguses sõlmis TAI lepingu TÜ-ga

²⁶ Programmi "Kainem ja tervem Eesti" seirearuanne (VII) perioodil 01.09.2014-31.05.2018

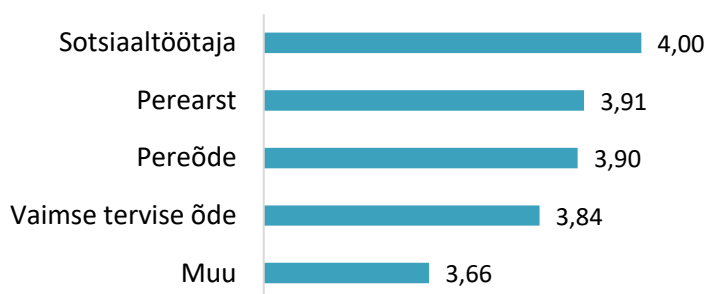
koolitusmaterjali väljatöötamiseks. Materjal valmis 2016. a juunis ning 2017. a sõlmis TAI eduka hanke järel koolituste läbiviimiseks lepingu samuti TÜ-ga.

Ravi koolituste läbiviimisega alustati seega alles 2017. II pa. Algselt 2017. a planeeritud kahe ravi koolituse asemel toimus üks koolitus. 2018. a toimus veel 4 ravi koolitust. Koolitused toimusid Tallinnas ja Tartus. 2018. I pa seisuga oli koolitustel käinud kokku 156 osalejat, sh perearstid, pereõed, vaimse tervise õed, psühhiaatrid, sotsiaaltöötajad ja muud asjakohased spetsialistid. TAI hinnangul selgus programmi elluviimise käigus, et koolitusi ei ole algselt planeeritud mahus vaja, sest enamik ravi teenuse osutajad said juba koolitatud.

Hindamaks koolituse asjakohasust ning vastavust osalejate ootustele, kogus TAI osalejate käest tagasisidet 2017. a ja 2018. I pa toimunud koolitustele. Kuna pärast esimest koolitust täiendati tagasisideankeeti, siis ei ole kahe aasta tulemused omavahel täielikult võrreldavad. Nii 2017. a kui 2018. I pa toimunud koolitusi peeti valdavalt asjakohaseks. Vastajad leidsid, et koolitus andis neile kindlust töös alkoholitarvitamise häirega patsientidega. 2018. a toimunud koolitusele tagasiside andjatest 92% soovitaks seda koolitust enda kolleegidele.²⁷

Kui võrrelda koolitusele antud hinnanguid vastanute ameti kaupa, siis kõige kõrgemalt hindasid koolitust sotsiaaltöötajad. Nende keskmine hinnang oli maksimum ehk 4 palli 4st. Kõige madalamalt, 3,66 palli vääriliselt hindasid koolitust muud tervishoiutöötajad (Joonis 4).²⁸

JOONIS 4: 2018. I PA TOIMUNUD „ALKOHOLITARVITAMISE HÄIRET KÄSITLEVA KOOLITUSE“ OSALENUTE ÜLDHINNAG KOOLITUSELE, SKAALAL 1-4



Peale üldise tagasiside paluti mõlemal aastal toimunud koolituste osas hinnata erinevaid koolituse korralduslikke aspekte. Üldiselt oldi mõlemal aastal koolitusega pigem rahul, seejuures hinnati läbivalt kõrgelt koolitajate kompetentsust ning koolituse sisu haaravust. Ka koolitusmaterjalide asjakohasust hinnatakse ühtlaselt kõrgelt. Enim varieeruvad hinnangud väitele „Koolitusel teemad vastasid üldiselt minu ootustele ja vajadustele“, kõikides erinevate koolituste puhul keskmiselt 3,9 pallist kuni 3,31 pallini.²⁹

MADALA INTENSIIVSUSEGA PSÜHHOSOTSIAALSE SEKKUMISE KOOLITUSED | Nõustamiskoolituse korraldamise ja koolitusmaterjalide väljatöötamisega alustas TAI 2016. II pa. Programmi tegevuskava kohaselt pidid koolitused algama juba 2016. a, kuid kuna hanked koolitajate leidmiseks luhtusid, viibis ka koolitustegevuse algus.³⁰ Esimeste nõustamiskoolitustega alustati 2017. II pa. Algselt olid nõustamiskoolitused suunatud programmiga liitunud alkoholitarvitamise häire ravi teenust osutavatele raviasutustele, et neil oleks võimalik teenust pakkuma hakates uusi oskusi kohe rakendada. Edaspidi kuulusid koolituse sihtgruppi lisaks ka ALVAL teenuse lepingupartnerid (ehk perearstikeskuste töötajad), aga samuti ka muud teenusepakkujad, kellega TAI-I programmi raames teenuse lepingut ei ole, kuid kes oma töös puutuvad kokku alkoholitarvitamise häirega patsientidega (nt sotsiaaltöötajad jms). Üks koolitus toimus umbes kolme kuu jooksul kolme moodulina. Enamik koolitusi algasid 2017. II pa ja lõppesid 2018. I

²⁷ Alkoholitarvitamise häiret käsitlevate koolituste tagasiside.

²⁸ Alkoholitarvitamise häiret käsitlevate koolituste tagasiside.

²⁹ Alkoholitarvitamise häiret käsitlevate koolituste tagasiside.

³⁰ Esimesele hankele esitatud pakkumus ületas eeldatavat hanke maksumust olulisel määral ning teisele hankele pakkumusi ei esitatud.

pa. 2018. II pa viidi läbi üks venekeelne koolitus Narvas. Eestikeelsed koolitused toimusid Tallinnas ja Tartus. Kokku on perioodil 2017 – 2018. a toimunud 9 nõustamiskoolitust ning nendes on osalenud kokku 109 inimest.

TAI on kogunud nõustamiskoolitusel osalejatelt koolituse kohta tagasisidet. Vahehindamise raames analüüsiiti 6 koolituse kohta kogutud tagasisidet. Üldiselt jäid osalejad koolitusega rahule ja hindasid seda suhteliselt kõrgelt. Kõigist vastajatest 95% leidis, et koolitus oli asjakohane ja andis kindlust töötada alkoholitarvitamise häirega patsientidega. 98% kõigist vastajatest soovitaks nõustamiskoolitust ka oma kolleegidele. Positiivselt hinnati ka venekeelset koolitust, mis soodustas osalejate hinnangul paremini õpitu mõistmist ja omandamist.

3.2.2. SEMINARID, SUPERVISIOONID JA MUUD TOETAVAD TEGEVUSED

Raviasutuste ja nende töötajate parema toetamise eesmärgil planeeriti lisaks koolitustele korraldada seminare, supervisioone ja õppevisiite ning koostada teenuse osutamist lihtsustavaid teatmikke ja infolehti.

SEMINARID | Seminaride eesmärk on välja tuua olulisemad näited praktikast ja siduda need konkreetsete juhtumitega, et täiendada koolitusel omandatud teoreetilisi teadmisi. Seminar on ülesehitatud grupitöö formaadis. Seminare viisid läbi samad koolitajad, kes koolitusi. Programmi raames ravi teenust osutavatele raviasutustele mõeldud seminaride korraldamisega sai TAI alustada pärast raviasutustega teenuse osutamise lepingute sõlmimist. Kuivõrd teenuse alustamiseks vajaliku ravijuhendi koostamine viibis, siis lükkus ka lepingute sõlmimine ja see omakorda mõjutas tugevalt seminaridega alustamist. Hinnataval perioodil on toimunud kokku 8 seminari. 2016. a augustis korraldas TAI 5 seminari – Tartu Ülikooli Kliinikumis, Põhja-Eesti Regionaalhaiglas, Lõuna-Eesti, Viljandi ja Pärnu Haiglas. 2017. a märtsis toimusid samade teenusepakujatega 3 seminari Tallinnas ja Tartus. TAI-le antud tagasiside kohaselt oli osalejate hinnang seminaridele positiivne ja leiti, et nendega tuleks jätkata. 2017. II pa ja 2018. a seminare ei korraldatud, kuna selleks puudus vajadus.

SUPERVISIOONID | Supervisioonid olid suunatud alkoholitarvitamise häire ravi teenuse osutajatele ja/või nõustamiskoolituste läbinutele. Nende eesmärk oli analüüsida ühiselt teenuse osutamisel eettulevaid olukordi ja leida viise keerulistes situatsioonides tegutsemiseks. Kui esialgu oli kavas korraldada nii kovisioone kui supervisioone, siis teenuse arendamise käigus selgus, et alkoholitarvitamise häire ravi teenuse puhul on asjakohasemad supervisioonid, mis võimaldab kasutada kogunud superviisorit kohtumise juhtimisel. Ravi teenuse osutamisel on väga palju emotsionaalseid takistusi, koormus on suur, patsientidel on tagasilangused ja seega pole tervishoiutöötajal eduelamust. Lisaks on kasutusel uus ravimudel, kus enam pole nii suur roll arstil, vaid ka õel. Suurema rolliga kaasneb aga ka suurem vastutus ja pinget. Kokkuvõttes tähendab see, et vaja oleks märkimisväärset toetust. Osalejad võivad küll omavahel rääkida nagu spetsialist spetsialistiga, aga vajavad siiski professionaalset juhendamist kelleltki, kes ei tööta koos nendega, vaid on väljaspool seisev isik, kes aitaks tööalaste probleemidega hakkama saada. Supervisioonid toimuvad ühe raviasutuse siseselt. 2018. I pa viis TAI läbi hanke alkoholitarvitamise häire ravi teenuse osutajatele supervisioonide läbiviija leidmiseks. Tõsiseks probleemiks osutus see, et keeruline on leida inimesi, kellele oleks oskus supervisioone läbi viia. TAI soov on, et need oleksid tervishoiutöötajad, kes samas oleksid ka võimekad koolitajad. Hanke tulemusel leiti 6 superviisorit, kes 2018. II pa jooksul viisid läbi 38 supervisiooni Tallinnas, Tartus, Pärnus, Narvas, Viljandis, Kuressaares, Võrus.

ÕPPEVISIIDID | Õppevisiidid olid planeeritud korraldada eelkõige TAT personalile ja alkoholitarvitamise häire ravi teenuse osutajatele. Õppereiside eesmärk on anda uusi ideid, mida oma töös rakendada. Samuti on oluline innustada ja anda juurde tahet oma töökohal antud teemaga edasi tegeleda. Programmi tegevuste planeerimisel oli keeruline konkreetseid õppereise ja nende vajadust ette palaneerida. TAI kavatses õppevisiitidega alustada 2015. a kevadel, mil sooviti külastada kogemuse saamise eesmärgil Soome sõltuvushäiretega tegelevat keskust. Visiit lükkus edasi seoses ALVAL tegevuste edasilükkumisega. 2016. a mais osales TAI meeskond Londonis üritusel „UK and European Symposium on Addictive Disorders“ ja novembris Yorkis UK Society for the Study of Addiction aastasümposiumil. Reisid andsid uut teavet alkoholitarvitamise häire ravi teenuse arendamiseks ja võimaldasid luua uusi kontakte nii teiste

teenuseosutajate kui ka teadusasutustega. 2017. a oktoobris osales TAT meeskond Portugalis sümposiumil „Third international symposium on drugs and driving” ja konverentsil „Second European Conference on addictive behaviours and dependencies“. Osalemine andis teavet selle kohta, milline on teiste riikide kogemus uimastisõltuvuse ja alkoholitarvitamise häire ravi teenuse pakkumise osas. 2017. a novembris osales TAT personal ja mõned alkoholitarvitamise häire teenuse pakkujad UK-s Newcastle’is sõltuvusteaduste ühingu SSA aastakonverentsil. Konverentsilt saadi teadmisi sõltuvuse neuroteadusliku ja kliinilise käsitluse kohta. 2018. a välisriikidesse õppevisiite ei korraldatud, sest selleks puudus vajadus. Perioodil 2016–2018. a on läbivalt toimunud TAI meeskonna riigisisised lähetused, et külastada raviteenuse pakkujaid, valmistada ette ravi- ja nõustamiskoolitusi, kohtuda erialaseltsidega jne.

TEAVIKUD | Teenuseosutajate toetamiseks ja töö lihtsustamiseks töötati välja ja avaldati programmi raames täiendavalt mitmeid teavikuid ja töövahendeid. Seejuures kasutatakse siinkohal mõistet teavik laiatähenduslikult, mis hõlmab nii trükiseid kui ka vaid veebis kättesaadavaid materjale, klippe jne. 2016. a märtsis andis TAI välja trükise „Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitlus. Eesti ravijuhend“ eesti keeles. Lisaks sellele osales TAI samal aastal patsiendijuhendi „Alkoholitarvitamise häire. Infomaterjal patsientidele ja nende lähedastele“ koostamisel. Patsiendijuhendis käsitletakse ravijuhendis toodud soovitusi patsiendi vaatenurgast. Ravijuhendite Nõukogu kiitis selle 2016. a detsembris heaks. 2017. I pa jätkas TAI koostöös TÜ-ga CIWA-Ar küsimustiku adapteerimiseks vajalike tegevustega. CIWA-Ar on standardiseeritud küsimustik, mis võimaldab hinnata võõrutusseisundi raskusastet. Tegemist on töövahendiga, mille kasutamist on soovitatud ravijuhendis. 2017. a jätkas TAI tööd patsiendijuhendi „Alkoholitarvitamise häire. Infomaterjal patsientidele ja nende lähedastele“ ettevalmistamise ja kujundustöödega ning avaldas patsiendijuhendi veebis. 2018. a. trükiti levitamiseks juhised „Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitlus. Eesti ravijuhend“.

3.3. HINNANG ASJAKOHASUSELE

ALVAL ja ravi arendustegevuste asjakohasuse hindamisel analüüsiti, kuid võrd vastavad need programmis osalejate ootustele ja vajadustele, soodustavad uusi tervishoiuasutusi liituma ning toetavad järjepidevalt teenuse kvaliteetset osutamist.

ÜLDINE TEADLIKKUS KTE-ST | Erinevate sihtgruppide teadlikkus KTE programmist ja selle põhimõttelisest tulust elanikkonnale varieerub märkimisväärselt. Iseenesest mõistetavalt on programmi arendustegevustega seotud isikud väga informeeritud KTE programmi tegevustest ja üldisest eesmärgist. Perearstikeskuste ja raviasutuste puhul ilmnes, et ülevaade programmi laiematest eesmärkidest on veidi lünklik – tegevusi nähakse tihti enda positsioonist lähtuvalt ega hoomata üldpilti (st tajutakse KTE programmi kui vastavalt perearstikeskustele või raviasutustele suunatud tegevust). Teenusepakkujate teadlikkus teenustest on siiski suurem kui mitte-teenusepakkujatel ning on neidki, kes teavad väga täpselt, mida programmiga laiemalt saavutada tahetakse ning kuidas teenusepakkujad saavad selleks oma panuse anda.

“Ongi kainem ja tervem Eesti. Meede, et perearstikeskused saaksid omalt poolt päästa kas või natuke eluaastaid, mis saavad elatud tervelt või üldse.” (perearst)

“See on raviprogramm inimestele, kellel on alkoholihaire ja/või sõltuvus. Programm aitab pakkuda tuge inimesele, kes on otsustanud oma elu uue suuna võtta ning elada kainet ja tervet elu. Lisaks on see ka n-ö info jagamise programm probleemiga võitleva inimese lähedastele.” (psühhiaater)

“Leida üles ohustatud kontingent. Peamiselt siiski nooremate inimeste hulgast leida need, kellega on veel võimalik midagi korda saata. Hinnata raskusastet ja määrata edasised võimalused. Teavitustöö ka kindlasti.” (perearst)

Mitte-tervishoiutöötajad teavad valdavalt KTE programmi teenustest samuti n-ö rakendumise tasandil, kuid ei ole kursis üldisema eesmärgiga: teatakse, et KTE on „koht, kuhu saab alkoholi liigtarvitajaid saata“. Samas on kõik intervjuueeritavad veendunud, et sellise programmi järele on suur vajadus. Samuti on kõik teenusepakkujad (nii programmis osalevad kui ka mitte-osalevad) hästi kursis sellega, et KTE programmi

oluliseks osaks on teadlikkuse tõstmine. Mitte-tervishoiutöötajad ei too seda küll otseselt programmi tegevusena välja, kuid on vägagi teadlikud TAI kodulehest, alkoinfo.ee veebilehest ja erinevatest infomaterjalidest, seega tegevuste tulemused on jõudnud sihtgrupini.

KOOLITUSED | Üldiselt pidasid kõik KTE programmi erinevatel koolitustel osalejad koolitusi sisukateks, kasulikeks ja asjakohasteks. Selles osas kattusid nii intervjuueeritavate arvamused kui ka koolituste tagasisidest saadud vastused. Koolitajaid peetakse väga kompetentseteks. Koolitused on hästi korraldatud ja koolitusmaterjalid kasutajasõbralikud. Koolitustel osalemine aitab oma prioriteete paika panna ja annab kindlust teenuse osutamiseks. Samuti on ALVAL koolitused oluliseks kommunikatsioonikanaliks, kus TAI saab jagada infot ALVAL teenuse pakkujaks hakkamise kohta.

„Saab kuulda teooriat ja ka praktikas läbi proovida. Väga hea, et pikkus 2+1 päeva (kolm päeva järjest oleks raske oma töö juurest ära saada). Perearstidel on niikuinii koolitustel osalemine ette nähtud, seega aja peaks ikka leidma.“ (perearst)

„Seal esmakoolitusel mõned arstid ja õed olid ka sellised, kellel oli täielik vau efekt. Mõni sai ikka väga suure elamuse.“ (perearst)

„Koolitused olid vajalikud, andsid tuge. Osa oli uut ja osa kordamine.“ (pereõde)

„Ega me koolitustel ka räägime sellest programmist. Väga paljud pole kuulnudki, et selline hange üldse on. /.../ Paljud koolitusele tulevad, aga ei teagi, et sellist teenust pakutakse ja selle eest saab rahastust.“ (perearst / ALVAL koolitaja)

Nii tagasisideküsitluste kui ka intervjuude põhjal saab öelda, et kohati ei vasta koolitused piisavalt osalejate individuaalsetele vajadustele ja ootustele. Osalejad tõdevad ka ise, et tõenäoliselt on see tingitud sellest, et koolitavad on väga erineva tausta ja ettevalmistusega. Seetõttu jääb mõnel osalejal saamata see, mida ta koolituselt ootas (nt suurem rõhk tehnilistel küsimustel). Intervjuude põhjal võib arvata, et see väide iseloomustas pigem esimestel koolitustel osalejaid ning hilisematel koolitustel pole see probleem nii terav olnud (st hilisemad koolitused on vastanud paremini osalejate ootustele ja vajadustele). Seda kinnitab ka ALVAL koolituste tagasiside ankeetide analüüs. Lisaks leiavad koolitajad, et koolitavate selekteerimine varasemate teadmiste alusel oleks väga keeruline. Kuna viimasel ajal on niigi olnud probleeme koolitusgruppide täis saamisega, teeks selline selekteerimine koolituste korraldamise veelgi raskemaks.

„Võib-olla need koolitused olid liiga pikad, oleks võinud olla lühemad, sest me oleme ju õppinud neid asju (motiveerivat intervjuueerimist). Mingisuguse nurga pealt, jah, on asi uus, aga võiks läbi teha kiiremini, nagu retseptikoolitus. Võiks olla kokkuvõtlikum. /.../ Kui inimene tuleb nohuga ja me saame alkoholi lõhnast aru, siis mõte kohe liigub ja me peame midagi tegema – ei saa väga pikalt mõelda.“ (pereõde)

„Meil oli kõigil nõustamise pool tugev, oskasime peegeldada. Ega me sealt koolituselt, ma võin kõigi eest öelda, palju uut infot ei saanud. Tuletasime meelde. Aga tulime kõik tagasi ja ütlesime, et seda, mida me teada tahtsime saada, ei saanud. Me käisime kõige esimesel koolitusel, võib-olla sellepärast ka.“ (pereõde)

Intervjuueeritud tervishoiutöötajad tõid välja teemasid, mida koolitustel veel võiks täiendavalt käsitleda:

- tehniline pool arvutiprogrammis: kuidas arveid koostada, mingeid andmeid sisestada või arveid kustutada;
- kuidas mitme diagnoosiga patsiendi puhul alkoholiprobleemi tuvastada;
- kuidas patsientide probleeme mitte liialt südamesse võtta;
- ravi koolituste puhul peaks motiveerivale intervjuueerimisele suuremat rõhku panema.

Mitte-tervishoiutöötajad (sh töötukassa spetsialistid, sotsiaaltöötajad, lastekaitsespetsialistid, kriminaalhooldajad) tõid välja, et nemad oleksid samuti programmi koolitustest huvitatud, kuid paraku ei kuulu nad koolituste sihtgruppi. Mõned intervjuueeritustest olid osalenud programmi infopäeval, kuid seal tutvustati programmi väga üldiselt. Leiti, et pigem oleks neil vaja ka teadmisi ja oskusi, kuidas alkoholi liigtarvitajatega hakkama saada. Kuna nimetatud ametite esindajad puutuvad väga suurel määral oma

igapäevatöös kokku alkoholi tarvitamise häirega inimestega, siis oleks mõistlik laiendada koolituse sihtrühma ning seeläbi parandada ka teiste võrgustiku liikmete teadmisi ja oskusi. Ka intervjueeritud erakliinikute psühholoogid avaldasid huvi koolitustel osaleda. Tervishoiutöötajate ja mitte-tervishoiutöötajate ühine koolitusel osalemine annaks võimaluse otsekontaktide tekkimiseks raviasutuse, perearstikeskuste ja n-ö kolmandate isikute vahel. Nii oleks tulemuseks parem teineteise mõistmine („muud isikud“ mõistavad arsti ja tema ootuseid/piiranguid) ning kohalikul tasandil kontaktide tekkimine.³¹

Mitte-tervishoiutöötajate vajadust ja huvi koolituse järele tõendab ka nende poolt ravi teenuse koolitusele antud väga kõrge tagasiside. Kuigi sotsiaaltöötajaid on osalenud sel koolitusel pigem vähe ning tagasisidet on andnud vaid üksikud, siis võib nende poolt koolitusele antud maksimumhinnangust järeldada, et koolitused on nendele vajalikud.

„Olen isiklikult proovinud osaleda KTE koolitustel, kuna suur osa nõustamisprotsessist toimub läbi sotsiaaltöötajate, mistõttu tundsin vajadust nendest osa võtta. Paraku sain TAI-lt teada, et ma ei ole sihtrühm, mistõttu pole mul võimalik osaleda. Väga oluline oleks n-ö kolmandaid osapooli koolitada, kuna nt läbi sotsiaaltöötajate levib teadmine inimese probleemidest perearstini.“ (sotsiaaltöötaja)

“Koolituste puhul võiks rohkem rõhku panna ka KOV-dele, justiitsministeeriumi asutustele jne, et suurendada nende teadlikkust programmist. Praegu on väga palju teadmatust alkoholihäirest ning selle ravist. Kindlasti tuleks antud teemat käsitleda juba erinevate spetsialistide eriala väljaõppes.“ (psühhiaater)

Koolituste korraldamise juures toodi ühe olulise aspektina välja ka keeleküsimus. Kuivõrd Eestis on palju venekeelseid perearste, kes suhtlevad ka oma patsientidega vene keeles, siis oleks neile vajalik suunata just venekeelseid koolitusi. Tänapäevaks väljatöötatud koolitused on eestikeelsed, mistõttu piirab see potentsiaalsete teenusepakkujate võimalusi teenuse osutamisel.

Vahehindamise raames läbiviidud intervjuudes antud valdavalt positiivseid hinnanguid kinnitavad ka TAI enda poolt koolitusel osalejate hulgas läbiviidud tagasiside küsimustikud. Koolitusel osalejate tagasiside ankeetide põhjal võib koolitusi samuti hinnata asjakohasteks ning toetavateks. Üldiselt leitakse, et need vastavad ootustele, aitavad tõsta motivatsiooni programmiga liitumisel või teenuse osutamisega jätkamisel.

Tervishoiutöötajad, kes ei ole ise koolitustel osalenud, esitasid mitteosalemise ja koolituste vajalikkuse kohta erinevaid arvamusi. Osaliselt hinnati enda seniseid oskusi ja teadmisi juba piisavalt kõrgeteks, et alkoholarvitamise häirega patsiente aidata. Samas tõdeti, et uusi teadmisi on ikka kogu aeg vaja. Toodi välja, et näiteks tõenduspõhine psühhoteraapia, mis on esimene soovituslik ravivalik sõltuvushäirete või kuritarvitamise puhul, on väga kiiresti arenev valdkond ja seetõttu on pidevalt vaja oma teadmisi värskendada. Vaatamata vajadusele enda teadmisi koolitustel täiendada, selgitati, et seni ei ole programmi koolitustel osaletud, kuna sinna ei ole kutsutud (nii väidavad ambulatoorsete erakliinikute esindajad) või siis ei ole selleks aega leitud.

SUPERVISIOON/KOVISIOON | Kuivõrd supervisioone ja kovisioone on toimunud suhteliselt vähe, siis on tervishoiutöötajatel nende osas ka vähem kogemusi. TAI esindajate hinnangul ei hakanud ALVAL teenuse kovisioonid hästi tööle, kuna osalejatel puudus nende vastu huvi. Vaatamata sellele on vahehindamises osalenud tervishoiutöötajate sõnul tegemist hea võimalusega tagasiside saamiseks ning kogemuste jagamiseks. Seetõttu leiti, et kovisioonid ja supervisioonid peaksid regulaarselt jätkuma, kuid võiksid olla lühemad (st mitte 2 päeva). Arvestades üldist positiivset huvi ja suhtumist tuleks mõelda nende regulaarsele korraldamisele ja paremale kommunikatsioonile.

„Seal olid esindajad erinevatest perearstikeskustest, kes tegelesid selle asjaga. Läksime sinna ja kõik rääkisime oma kogemustest. See oli 2 päeva. Rääkisime, mis tegime ja kuidas ja siis olid rollimängud. Huvitav oli.“ (pereõde)

³¹ Väga erineva ettevalmistuse tõttu ei saaks ilmselt teha päris ühist koolitust mitte-tervishoiutöötajatele ja teenusepakkujatele, küll aga tuleks leida mingi ühisosa, kus erinevad osapooled omavahel kokku puutuksid.

JUHENDMATERJALID | Nii nagu koolitustega, on kõik vahehindamise käigus intervjueritud isikud väga rahul ka KTE juhendmaterjalidega. Neid peetakse põnevateks ja kasulikeks. Eriti kiidetakse nn alkokettaid, alkopäevikut ja plakateid, mis võimaldavad visuaalselt kujutada patsiendi alkoholitarbimist. Kõigil intervjueritud perearstidel (nii teenusepakkujatel kui ka mitte teenusepakkujatel) on KTE juhendmaterjalid olemas. Enamusel on need nähtaval kohal ja kasutuses. Juhendmaterjalid meeldivad ka patsientidele. Kiiduväärt on see, et materjalid on olemas ka vene keeles.

„Üks mees pidas normaalseks, et joob iga päev klaasi viina. See materjal oli väga hea näitamaks, mis need normid ikka on ja kust algab liigtarvitamine.“ (perearst)

„Nii palju, kui oleme küsinud, on materjalid perearstide arvates head. Eriti sellised skeemid, mis aitavad patsiendile piltlikult seletada, kui palju ta tarbib alkoholi, mis on madala riskiga tarvitamine. Teiseks alkoholiühikute arvutamise kettad on väga head praktilised. Neid materjale küsitakse juurde ka. Tean, et ka need, kes pole teenusepakkujad, on materjalidest huvitatud.“ (perearst / ALVAL koolitaja)

„Kui nad ütlevad, et mis see kuuspakk õlut ära on, siis näitad, palju see numbrites on. Mõistad, et see on probleem?“ (kriminaalhooldaja)

„Ravijuhend on selline, et kui seda järgid, siis üldiselt läheb kõik õiget rada. Probleemid tulevad sellest, kui tegelikult ei tee meeskonnas juhendi järgi.“ (raviarst)

„Võib-olla perearstile on see mõistlik materjal. Perearstid kasutavad igasuguseid depressiooni-skaalasid ka väga aktiivselt, aga mina mitte. See on jah hea, et siis tuleb kohe number silma ette ja patsient näeb ka.“ (psühhiaater)

ÕPPEREISID | Õppereisid on üks arendustegevus, millest tervishoiutöötajad on kõige vähem informeeritud. Õppereisil pole käinud ükski intervjueritud perearstidest. Seejuures avaldavad mitu perearsti intervjuu käigust imestust, et programmi raames saab õppereisile minna. Raviastutuste intervjueritavatest on üks inimene osalenud ühel õppereisil.

„Huvitav oleks teada, mis mujal (nt Soomes) on tehtud, sest ise pole ka seda uurinud. Just Põhjamaadesse tahaks minna.“ (perearst)

Seega on kindlasti tegemist arendustegevusega, mis vääriks rohkem tähelepanu. Peamiseks põhjuseks on asjaolu, et õppereisid annavad palju innustust ning motivatsiooni, mida sellise keerulise ning stigmatiseeritud teemaga tegelemiseks on vaja. Samuti avardavad õppereisid silmaringi ning võimaldavad ligipääsu kvaliteetsetele uuringutele ning trükistele.

KOONDHINNANG: Nii ALVAL kui ravi teenuse arendustegevusi saab hinnata asjakohasteks ning nende järele eksisteerib vajadus. Arendustegevused aitavad tervishoiutöötajatel teenuse osutamiseks valmistuda ning pakuvad tuge teenuse pakkumise jooksul. Seeläbi toetavad arendustegevused programmi üldeesmärkide saavutamist ning suurendavad teenuste kättesaadavust. Õppereiside idee on asjakohane ja teenusepakkujad peavad seda vajalikuks, kuid seni ei ole tegevus teenusepakkujate jaoks aktiivselt rakendunud.

3.4. HINNANG TULEMUSLIKKUSELE

Tulemuslikkuse analüüsimisel hinnati, kas ALVAL ja ravi teenuse arendustegevused on rakendunud kavandatud mahus, kuivõrd piisavad need on olnud, kui tõenäoline on eesmärkide saavutamine ja milline on olnud viivituste mõju eesmärkide saavutamisele.

Üheks mahukamaks arendustegevuseks KTE programmi raames on koolitused. 2018. a seisuga oli ALVAL koolitustel ja kovisioonidel osalenud kokku 704 inimest. Ravi koolituste ja kovisioonide puhul oli vastav näitaja 326. Koolituste algus küll viibis, kuid seejärel korraldas TAI paari aasta jooksul väga palju koolitusi ning edaspidi kavatakse nende mahtu vähendada. Seega ei ole tõenäoline, et koolituste osas täidetakse KTE tegevuskavades määratud sihttasemed. TAI-ga läbi viidud intervjuudest aga selgus, et enam ei hinnatagi koolitusvajadust nii suureks nagu tegevuste algsel planeerimisel ja seetõttu ei mõjuta esialgu

paika pandud sihttaseme mittedaavutamine programmi tulemuslikkust.³² Teenusepakkujad hindavad koolituse piisavateks. Mitte-teenusepakkujate arvamused lähevad lahku – mõned leiavad, et neil ei ole koolituse järele vajadust, teised sooviksid küll koolitustel osaleda, kuid erinevatel põhjustel pole seda siiani teinud. Nn mitte-tervishoiutöötajad ei olnud küll esialgu KTE programmis planeeritud koolitavate sihtgrupiks, kuid nüüd on ilmnenud vajadus, et ka nemad sooviksid alkoholi liigtarvitamise valdkonnas oma teadmisi suurendada.

TABEL 5: KOOLITUSTEL JA KOVISIOONIDEL OSALENUTE ARV, 2016-2018³³

KOOLITUS	OSALENUTE ARV	KAVANDATUD SIHTTASE 2023. A	OSALEJATE % SIHTTASEMEST
ALVAL koolitused ja kovisioonid	704	1 936	36,4
Ravi koolitused ja kovisioonid	326	1 408	23,2

Seminaride, supervisioonide ja kovisioonide puhul ei ole tegevuskavades seatud eesmärke, mille kaudu nende tulemuslikkust hinnata. Intervjuude põhjal peeti neid tegevusi väga vajalikeks ning asjakohasteks, kuid need oleksid kindlasti tulemuslikumad ja toetaksid programmi raames teenuse osutamist rohkem, kui toimuksid regulaarselt.

Juhendmaterjalid ja töövahendid on kasulikud ning teenuseosutajatele kättesaadavad. Seega võib nende väljaandmist hinnata tulemuslikuks.

Õppereiside toimumisele pole küll tegevuskavades sihttasemeid seatud, kuid võttes arvesse, kui paljud intervjueritud pole õppereisidest kuulnudki ja osalenud on vaid üks raviteenuse pakkuja, võib öelda, et see alamtegevus pole olnud kuigi tulemuslik. Õppereiside eesmärk (anda uusi ideid, mida oma töös rakendada, ja tahet antud teemaga edasi tegeleda) jääb täitmata. Õppereise tasuks korraldada senisest rohkem ja seda tuleb kommunikeerida ka teenuseosutajatele.

Arendustegevuste alguse viibimine ei ole avaldanud tegevustele märkimisväärset mõju, kuid mõningane negatiivne efekt on siiski olnud. Näiteks tegid viivitused perearstide jaoks programmiga alustamise veidi ebamugavaks: esimestel lepingupartneritel toimusid koolitused enne ära, kui arvutiprogramm valmis sai, seega tehnilist poolt pidid nad ise avastama.

Arendustegevustes osalemise statistika ja läbiviidud intervjuude analüüsi põhjal selgus, et tervishoiutöötajate kokkupuuted erinevate arendustegevustega ning teenuse osutamine varieeruvad väga suurel määral. Ühe asutuse töötajad võivad arendustegevustes osaleda aga teenust mitte osutada või ka vastupidi. Siinkohal on oluline ka asjaolu, et ALVAL teenuse puhul on küll teada TAI lepingupartnerite arv, kes n-ö ametlikult teenust osutavad, kuid ei ole teada, kui suur hulk perearste ja -õdesid viib nõustamist läbi omaalgatuslikult. Seetõttu ei ole võimalik teha selget eristust kui palju on selliseid tervishoiuasutusi, kelle töötajad on arendustegevustes osalenud ja kes ei ole teenusepakkujaks hakanud ning kui palju on selliseid, kes on asunud teenust osutama. Tuginedes intervjueritute tagasisidele võib järeldada, et selline eristamine ei olegi arendustegevuste tulemuslikkuse hindamise seisukohast niivõrd oluline. Eelkõige on määrava tähtsusega see, et koolitused ja supervisioonid oleksid suunatud võimalikult laiale sihtgrupile (st osalemise võimalus oleks ka nende asutuste töötajatel, kes ei ole programmiga liitunud), mille kaudu omandatud oskused võimaldavad ka nõ omaalgatuslikult teenust osutada.

KOONDHINNANG: Arendustegevuste rakendamine on võtnud erinevatel põhjustel planeeritust kauem aega, mistõttu ei ole tegevuste eesmärkideni jõutud. Vaatamata sellele saab tegevusi sisuliselt hinnata piisavateks (v-a õppereisid), vajalikeks ja küllaltki tulemuslikeks (v-a õppereisid). Eesmärkide

³² Nt planeeriti esialgu teha meeskonnakoolitused ravi meeskondadele, kuid siis leiti, et see pole mõttekas, sest nad on juba meeskonnana koos töötanud ning saanud mitmeid erinevaid koolitusi. Samuti said ravi teenuse osutajad ja lisaks veel mõned sotsiaaltöötajad koolitatud ning seega otsene vajadus ravikoolitusteks sai rahuldatud.

³³ Programmi "Kainem ja tervem Eesti" seirearuanne (VII) perioodil 01.09.2014-31.12.2018

mittesaavutamist selgitab lisaks viivitustele ka asjaolu, et tegemist on sisuliselt varasema mitte kuigi tulemuslikult käivitatud pilootprogrammi jätkamisega, mistõttu ei osatud reaalseid sihttasemeid piisavalt täpselt prognoosida.

3.5. HINNANG TÕHUSUSELE

Tõhususe analüüsimisel hinnati, kui hästi arendustegevused toimivad. Vastavalt eelnevale kirjeldusele pidasid vahehindamise intervjueeritavad koolitusi, seminare, supervisioone / kovisioone vajalikeks ning neist saadud teadmisi igapäevatoos rakendatavateks. Samasugune hinnang anti ka juhendmaterjalidele – neid kasutatakse aktiivselt nii programmiga liitunud tervishoiuasutuste kui ka mitte liitunud asutuste poolt. Vahtelt ALVAL koolituse järel pidas veidi üle 90% osalejatest saadud teadmisi igapäevatoos rakendatavaks. Intervjueeritavad tõid välja, et pärast koolitust nad tegid aktiivsemalt AUDIT testi või mõnel juhul püüdsid ise alkoholi kuritarvitajat nõustada, mitte ei suunanud teda edasi eriarsti juurde. Seega olid arendustegevused tõhusad, kuna vähemalt mingi aeg pärast neil osalemist pakuti teenust varasemast suuremas mahus või keerulisematel juhtudel või saadi häid mõtteid, kuidas mingit olukorda lahendada.

„Ma peale koolitust teen ikka AUDIT testi. Need küsimused on mul siin kohe olemas. Alkoholiühikute määramist teen ka palju.“ (perearst)

„Võtsin kaasa konkreetseid meetodeid, mida praktikas kasutada, kuidas patsiendiga rääkida.“ (vaimse tervise õde)

Samas on üheks ALVAL koolituse eesmärgiks leida uusi teenusepakkujaid ning selles osas on tõhusust keerulisem hinnata, sest koolitustel küll osaletakse, aga ei ole teada, kui paljud tervishoiutöötajad hakkavad selle tulemusel teenusepakkujaks (nt ALVAL puhul on lepingujärgseid teenusepakkujaid suhteliselt vähe, kuid ei ole teada, mis mahus täpselt tegelevad teenusepakkumisega programmis mitteosalevad perearstid). Teisalt mõjutavad teenusepakkujaks hakkamist ka paljud muud tegurid, mitte ainult koolituse tõhusus.

KOONDHINNANG: Arendustegevused on olnud pigem tõhusad, sest sihtgrupid on hinnanud neid üldiselt kasulikeks, igapäevatoos rakendatavaks, motiveerivaks ning need aitavad keerulisi juhtumeid lahendada.

4. ALVAL TEENUSE OSUTAMINE

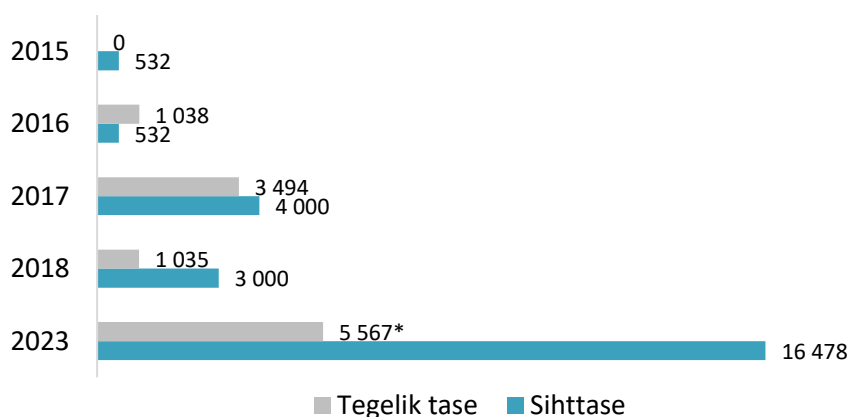
Programmi üheks tegevussunnaks on alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise süsteemi rakendamine perearstisüsteemis ehk ALVAL teenuse osutamine perearstide poolt. Käesolevas peatükis antakse ülevaade ALVAL teenuse sisust ja eesmärkidest, kirjeldatakse kuidas on siiani kulgenud teenuse osutamine. Seejärel on välja toodud hinnangud ALVAL teenuse osutamise asjakohasusele, tulemuslikkusele ja tõhususele.

4.1. TEGEVUSE EESMÄRK JA ELLUVIIMINE

EESMÄRK | ALVAL teenuse osutamise eesmärk on ennetada alkoholist tingitud tervisehäireid ja -kahjusid ning seeläbi edendada rahvastiku tervist ning vähendada tervishoiukulusid. Teenuse osutamise käigus kasutatakse sõelumiseks AUDIT küsimustikku, mis võimaldab tervishoiutöötajal hinnata testitava patsiendi alkoholitarvitamise riskitaset ja tuvastada esimesi märke alkoholi liigtarvitamisest. Kui AUDIT küsimustiku põhjal selgub, et patsiendi alkoholitarvitamine on madala riskiga, antakse talle testi tulemustest tagasisidet. Kui aga nähtub liigtarvitamise märke, viiakse patsiendiga läbi lühisekkumine. Täpsem ALVAL teenuse kirjeldus on toodud aruande lisis 1.

ELLUVIIMINE | 2016. a märtsis kuulutas TAI välja hanke ALVAL teenuse pakujate leidmiseks. Hanke tulemusena sõlmiti lepingud 11 perearstikeskusega. Teenuse osutamisega alustati 2016. II pa. ALVAL teenuse osutamiseks määrati TAT meeskonna poolt iga-aastased sihttasemed (Joonis 5). Kuna programmi näol on tegemist pigem pilootprojektiga ja täpsemate prognooside aluseks olevaid sobivaid andmeid ei ole, siis lähtuti loogikast, et Eestis on u 800 perearsti ja kui neist igaüks tegeleb kas või vähesel määral teenuse osutamisega, oleks perioodi lõpuks võimalik osutada ALVAL teenust umbes 16 000 patsiendile.

JOONIS 5: ALVAL TEENUSE OSUTAMISE SIHTTASEMETE JA TEGELIKE TASEMETE VÕRDLUK (2015–2023)



* Perioodi 2015 – 2018. a andmed kokku

Perioodil 2014–2018 on ALVAL teenust osutanud 22 lepingupartnerit (Tabel 6). Kuna mõned perearstikeskused ja perearstid on rohkem kui teised motiveeritud teemaga tegelema ning mõnel on ka rohkem sõelumiseks sobivaid patsiente (nt nimistus on vähem lapsi ja rohkem täiskasvanuid), esineb märkimisväärseid erinevusi teenuse osutamise mahtudes. Tabelis 6 esitatud statistika kohaselt erineb ALVAL teenuse osutamise maht perearstikeskuste lõikes oluliselt. Kohati ei klapi seejuures perearstikeskuse eeldatava võimaliku võimekuse ning tegeliku teenuse osutamise maht: võiks eeldada, et suurimateks teenuseosutajateks on suuremad perearstikeskused, kuid tegelikkuses see nii ei ole. Näiteks on antud nimistus suurimateks teenusepakujateks OÜ MERE-MED Perearstikeskus, OÜ Märjamaa Perearstikeskus ning OÜ Kodudoktori PAK Sinu Arst. Üheks põhjuseks võib olla see, et perearstikeskustel

on erinev lähenemine, keda sõeluda. Mõnes perearstipraksises on võetud hoiak, et AUDIT test tehakse peaaegu kõigile täisealistele patsientidele ja see on tavapärane terviseanamneesi kogumise osa. Teisalt lähtutakse tervishoiutöötaja sisetundest: kui talle näib, et patsiendi probleemi taga võib olla alkoholiprobleem, viiakse läbi sõelumine. Kolmas kasutatav lähenemine on see, et AUDIT test tehakse vaid siis, kui patsient ise selleks soovi avaldab.

TABEL 6: ALVAL TEENUSE OSUTAMISE STATISTIKA PERIOODIL 2016-2018 PATSIENTIDE ARV TEENUSEOSUTAJATE LÕIKES

ASUTUS	2016	2017	2018	KOKKU
OÜ MERE-MED Perearstikeskus	0	494	364	857
OSAÜHING MÄRJAMAA PEREARSTIKESKUS	151	601	0	739
OÜ Kodudoktori PAK Sinu Arst	109	485	7	600
Osaühing Järveotsa Perearstikeskus	196	354	0	539
OÜ ÜLIKOOLI PEREARSTIKESKUS	175	326	35	525
Osaühing Saku Tervisekeskus	0	149	151	300
Medicum Perearstikeskus AS	36	274	2	299
JÜRI TERVISEKESKUSE OSAÜHING	0	167	117	284
FIE Ülle Trumm	100	128	20	248
Osaühing Perearst Piret Tammist	130	70	0	200
Perearst Katrin Kivisto OÜ	0	74	26	100
Irina Kallaste	0	44	55	99
OÜ Linnamõisa Perearstikeskus	34	69	0	99
FIE Tereza Maskina	35	80	0	99
OÜ Perearst Marika Plaks	0	12	70	92
Osaühing Peremed	0	38	51	89
OÜ PEREARST KÜLVI PETERSON	0	43	38	81
Osaühing Piritä-Kose perearstikeskus	0	31	50	81
OÜ Tartu Keslinna Perearstikeskus	35	35	7	77
Perearst Marje Vann Osaühing	37	33	0	70
OÜ Magdaleena Tervisekeskus	0	9	40	49
Helen Lasn Perearst OÜ	0	25	14	40
Kokku	1038	3541	1047	5567

MOTIVEERIVAD TEGURID | Kindlasti mõjutab teenuse osutamise mahte perearstikeskuste lõikes asjaolu, kas KTE programmis osaleb vaid üks perearst või kogu praksis. Viimane omakorda sõltub mitmest tegurist, sh perearsti isiklikust motivatsioonist ja prioriteetidest. On tervishoiutöötajaid, kes küll nendivad, et tegemist on keerulise ja aeganõudva teenusega, aga see on nende jaoks oluline ja seetõttu nad leiavad selleks võimaluse. Lisaks ühiskondlikule kasule aitab programmis osalemine neil ka oma igapäevatööd huvitavamaks teha. Just igapäevatööd huvitavamaks tegemist nimetasid programmis osalejad ühe tegurina,

mis motiveeris neid lepingupartneriks hakkama (motivaatoritena toodi välja ka teema olulisust ning toetavaks teguriks otsuse tegemisel oli kindlasti ka tasu teenuse osutamise eest).

Teise tervishoiutöötajate grupi moodustavad need, kes leiavad, et tegemist on vajaliku ja olulise teenusega ning kui veidi oma prioriteete muuta, siis ilmselt oleks võimalik ka ise teenust pakkuma hakata. Kolmandasse tervishoiutöötajate gruppi kuuluvad need, kelle arvates teenus on küll oluline, aga see ei ole nii tulemuslik, et selle nimel oma töökorraldust muuta ja üritada teenust pakkuma hakata.

„Ma arvan, et peamine asi, miks perearstid programmiga ei liitu, on see, et siis on jälle üks asi juures. Aga samas seda meelt olen ma ka, et alkoholismi teema on väga oluline. Siis läheb ikka terve elu tuksi. Võib-olla üks nohu ei ole nii oluline asi. Ikkagi on see prioriteetide seadmine ka iseendale.“ (perearst)

4.2. HINNANG ASJAKOHASUSELE

ALVAL teenuse asjakohasuse hindamiseks analüüsiti, kui hästi aitas tegevus panustada programmi eesmärkide täitmisesse ehk kui suures osas on ALVAL teenuse osutamine parandanud alkoholi liigtarvitamise ennetamiseks vajalike tervishoiu- ja tugiteenuste kättesaadavust ning kas tegevus vastas sihtgrupi vajadustele.

ALVAL teenuse sihtrühma indikatiivse suuruse hindamisel on võetud aluseks nende isikute arv, kes vähemalt üks kord kuus tarvivad korraga vähemalt 6 alkoholiühikut³⁴. Sellele kriteeriumile vastab Eestis ligi 49% meestest ja 15% naistest ehk u 204 000 meest ja 64 000 naist.³⁵

Teenuse indikatiivse sihtrühma kaasatust iseloomustavad kaks põhilist näitajat – teenuse saajate osakaal sihtrühmast ja teenusega kaetud piirkonnad. 2018. a seisuga on teenust saanud u 2% hinnangulisest sihtrühmast ning teenus on kättesaadav 8 linnas või maakonnas (Tabel 7 ja Joonis 6).

TABEL 7: ALVAL TEENUSE INDIKATIIVNE SIHTRÜHM, SIHTRÜHM KAETUS JA TEENUSE OSUTAMISE PIIRKONNAD

HINNANG SIHTRÜHM SUURUSELE	TEENUSE SAAJATE ARV	TEENUSE SAAJATE % KOGU SIHTRÜHMAST	PIIRKONNAD, KUS TEENUST OSUTATI
268 000	5 567	2,0	Tallinn, Harjumaa, Tartu, Rakvere, Märjamaa, Jõhvi, Paide, Hiiumaa

³⁴ Purju joomiseks loetakse korraga vähemalt 6 alkoholiühiku tarvitamist.

³⁵ Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2016. TAI, 2017. Seejuures on vaadeldud nii mehi kui naisi vanuses 16–64 aastat.

JOONIS 6: ALVAL TEENUSE OSUTAMISE PIIRKONNAD, 2016 - 2018. A



TEADLIKKUS ALVAL TEENUSEST | Käesolevasse vahehindamisse kaasatud sihtgruppide esindajatelt uuriti, milline on nende teadlikkus ALVAL teenusest, selle kaudsest tulust elanikkonnale ja patsientidele ning alkoholi tarvitamise riskipiiridest. Nii KTE programmis osalevad kui ka mitte osalevad perearstid teadsid, mis on AUDIT test ning millised on alkoholi tarvitamise riskipiirid. Intervjueeritud tunnistasid alkoholi liigtarbimise ennetustöö ja ravi olulisust ning tõdesid, et alkoholi liigtarbimise probleemiga sihiteadlikult tegelemine peaks kaasa tooma laiema mõju ühiskonnas. Samas jäi intervjuudest korduvalt kõlama mõte, et tihti ei usu perearstid ALVAL tõhususse ega kasutegurisse. See iseloomustab nii selliseid tervishoiutöötajaid, kes on osalenud koolitusel aga ei ole asunud programmi raames TAI lepingupartneriks, kui ka neid, kes ei ole üldse programmi koolitustega ega teenuseosutamise kokku puutunud. Leitakse, et perearst võib küll teha sõelumist ja anda soovitusi alkoholikoguste vähendamiseks ning sellel tegevusel võib ka tulemust olla, aga tõsisema alkoholiprobleemiga patsiendi puhul perearsti lühisekkumisest ei piisa – ei tundu reaalne, et paar koolitust läbinud perearst teda aidata suudab. See on ka põhjus, miks mõnel juhul on edasistest koolitustest loobunud ja piirdunud vaid ALVAL koolitusega: kuigi teema on huvitav, siis ei peeta tõenäoliseks, et jätkukoolitusel õpitut kuigi palju vaja läheks ja sellest realselt kasu oleks.

Tegemist on väga mitmetahulise probleemiga. Ühelt poolt näitab see perearstide kahtlust oma oskustes ja võimekuses. Osaliselt võib see olla tingitud vähesest praktikast ja kogemusest alkoholi liigtarvitajate nõustamisel: kõik intervjueeritud perearstid on nõus, et mida rohkem ALVAL teenust nad osutaksid, seda paremini see neil välja tuleks ja seda enam oleks sellest kasu. Teisalt ollakse siiski veendunud ka selles, et kui ikka patsiendil endal motivatsiooni pole ja ta on korduvalt ravi pooleli jättnud, siis ei suuda ka igati kompetentne ja kogenud arst teda aidata. Samas tuleb täpsustada, et see polegi ALVAL teenuse eesmärk: sellised patsiendid tulebki edasi suunata. Kolmandaks tuleb antud suhtumisest välja perearstide soov vältida „maailma oma sülle võtmist“ – st kardetakse, et kui võetakse vastu otsus teenusepakkujaks hakata, siis tuleb hakata tegelema ka väga keeruliste patsientide ravimisega, millega kaasneb väga suur kohustus ja vastutus ning see omakorda on hirmutav.

Perearstide vastustest ilmneb, et ei saada aru või ei tunnista alkoholisõltuvuse või liigtarbimise väga erinevaid faase ning nähakse vaid üht väga rasket diagnoosi, mis on perearsti sekkumise jaoks liiga keeruline. Sellisel reljeefsel viisil sõltuvust käsitledes alahindavad perearstid väga olulist panust, mille nad saaksid õigeaegsete lühisekkumistega anda varasemas faasis liigtarvitajate aitamiseks.

Lisaks perearstidele kahtlevad ka mitmed raviasutuste esindajad, kas perearst suudab motiveerida patsienti abi otsima. Samas on neidki, kes arvavad, et igast asjast on kellegi jaoks kasu ja seega mida rohkem võimalusi abi saamiseks, seda parem.

„Ma usun, et see efekt ikka on, et kui ma täidan AUDIT testi ja näen, et kellelgi on koguseid natuke palju, siis saan öelda, et see pole nii hea ja piira. Sellest ikka on kasu. Aga kui inimesel on välja kujunenud tõsine probleem, millega ta on aastaid maadelnud, käinud kuskil Wismaris jne ja siis tulen mina, kes ma olen võtnud ühe kursuse, siis see on ebareaalne. See on minu ja selle inimese aja raiskamine.“ (perearst)

„Ma ei kujuta ette, palju selline nõustamine tulemust annab. Ma olen 30 aastat perearsti tööd teinud ja me ju nõustame söömise ja kõigega.. aga mis see tulemus on? See tulemus on nii vähene.“ (perearst)

“Perearstid võivad teha ja teevadki AUDIT testi, aga mis sunnib seda patsienti ütleva, palju ta joob. See selline ütlemine on suhteliselt mõttetu. Sellest pole kasu.” (psühhiaater)

ALVAL TEENUSE KÄTTESAADAVUS Eestis on 2017. a seisuga 921 perearsti.³⁶ ALVAL koolitusel on osalenud kokku ca 700 perearsti ja -õde. Teenust osutab 22 perearstikeskust, kellest valdav osa asub Tallinnas ja Harjumaal ning Tartus. Tegemist on küll kõige suurema elanike arvuga piirkondadega, kuid kuna esmatasandi tervishoiuteenus peaks olema kättesaadav igal pool sõltumata elukohast. Tulenevalt programmiga liitunud perearstikeskuste madalast arvust ja nende kontsentreeritusest vaid teatud Eesti piirkondadesse, saab järeldada, et ALVAL teenus ei ole geograafiliselt ja ka vajadusest lähtuvalt üle Eesti piisavalt kättesaadav.

Olukorda leevendab asjaolu, et arvestades koolitusel osalejate suurt hulka, võib eeldada, et osa esmatasandi tervishoiutöötajaid kasutavad nõ ametlikult programmiga liitumata enda igapäevatoos AUDIT testi ja nõustamise kombinatsiooni. Seda on kinnitanud ka vahehindamises osalenud perearstid, nii need kes ise teenust osutavad kui ka need, kes ei ole ise programmiga liitunud. Samas puudub terviklik statistika selle kohta, kui paljud programmiga mitte liitunud perearstid ja -õed tegelikult ALVAL teenust osutavad.

Hindamaks ALVAL teenuse kättesaadavust tulenevalt programmi rakendusperioodist ja eelarvest, võrreldi ALVAL teenuse indikatiivset sihtrühma, programmi ALVAL teenuse eesmärgi ning teenuse osutamiseks eraldatud eelarvet. Potentsiaalse teenuse sihtrühma suuruseks võib hinnata ca 268 000 inimest.³⁷ Programmi eesmärgiks on seatud, et ALVAL teenust osutatakse 16 478 isikule, mis moodustab vaid 6,1% võimalikust sihtrühmast. Vahehindamise tulemusel on nii TAI kui teenust osutavad perearstid avaldanud arvamust, et ALVAL teenuse osutamise eesmärgi ei suudeta programmi perioodi lõpuks täita. Eesmärgi oodatust madalam täitmine tuleneb sellest, et tegevustega alustati suhteliselt hilja ja järelejäänud perioodi jooksul ei võimalik enam planeeritud mahus teenust osutada. Sellele avaldab omakorda mõju ka perearstide madal huvi programmiga liitumise vastu. Kirjeldatud olukorra tulemusel võib eeldada, et teenust suudetakse osutada veelgi väiksemale osale indikatiivsest sihtgrupist. Programmi eelarvet saab hinnata piisavaks, et täita planeeritud ALVAL teenuse osutamise mahud programmi perioodi jooksul (vt käesoleva aruande ptk 7). Kuid arvestades planeeritud suhteliselt väikest teenuse mahtu, järelejäänud programmi rakendusperioodi ja teenuseosutajate madalat huvi saab järeldada, et teenus ei ole suurele osale sihtgrupist kättesaadav.³⁸

³⁶ Tervise Arengu Instituudi statistika. <https://www.tai.ee/et/terviseandmed/tervise statistika-ja-uuringute-andmebaas/uuendused/4343-tervishoiutoeotajaid-tuli-juurde-perearstide-keskmise-vanus-kasvab>

³⁷ Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2016. TAI, 2017. Seejuures on vaadeldud nii mehi kui naisi vanuses 16–64 aastat. Sihtrühma kuulub 49% meestest ja 15% naistest ehk u 204 000 meest ja 64 000 naist.

³⁸ Siinkohal on oluline rõhutada, et välja toodud järeldus kehtib suhteliselt lihtsustatud eeldustel, et potentsiaalne alkoholi liigtarvitajate sihtrühm on ca 268 000 inimest ning nende käitumismuster ühelt poolt ja teenuse osutamise kvaliteet teiselt poolt on kõikidel juhtudel samaväärsed. Kättesaadavuse sisulisemaks hindamiseks on soovitatav läbi viia eraldi kulutõhususe analüüs iga osutatud teenuse ühiku ja teenuse varieeruvuse kohta. Täiendavalt on vajalik uurida patsientide hinnanguid kui kättesaadavaks (sh geograafiliselt) nemad teenust peavad.

KOONDHINNANG: Programmi ALVAL teenuse kontseptsioon on asjakohane. Arendustegevustega on loodud võimalused teenuse pakkumiseks ja teenuse osutamiseks on algust tehtud. Seega on parandatud teenuse kättesaadavust. Sihtgrupi indikatiivse suuruse põhjal võib eeldada, et ka patsientidele on teenus vajalik (otseselt patsientide uurimine ei olnud antud vahehindamise fookuses). Samas järeldub senistest tulemustest, et teenuse kättesaadavus on piiratud, kuna teenuseosutajaid on suhteliselt vähe ja nad asuvad valdavalt Tallinnas, Tartus ja Harjumaal.

4.3. HINNANG TULEMUSLIKKUSELE

ALVAL teenuse tulemuslikkuse hindamisel analüüsiti, kas ja mil määral on täidetud või saavutatavad seatud eesmärgid ning kas jõutakse oodatud tulemusteni.

ALVAL teenust on 2018. a seisuga osutatud 5567 inimesele, mis on 32,5% programmi lõpuks seatud sihttasemest (Tabel 8). ALVAL teenuse osutamine algas planeeritust hiljem ja see on üks põhjus, miks teenust pole osutatud kavandatud mahus. Teiseks põhjuseks on see, et teenuseosutajate leidmine on osutunud oodatust keerulisemaks. Kuigi nüüdseks on teenuseosutamine käima läinud, on TAI öelnud, et esialgu planeeritud sihttasemeid ei õnnestu programmiperioodi lõpuks täita. Seejuures tuleb arvesse võtta, et programmi näol on tegemist varasema pilootprojekti edasi arendamisega ning sihttasemete määramiseks puudus varasem kogemus. Kuna eesmärk on saavutada sotsiaalne muutus stigmatiseeritud valdkonnas ning programmi arendajate sõnul võttis nt Soomes alkoholitarvitamise häire ravi süsteemi ülesehitamine 20 aastat aega, siis võib järeldada, et mahte hinnati üle.

TABEL 8: ALVAL TEENUST SAANUD INIMESTE ARV JA OSAKAAL SIHTTASEMEST, 2016–2018

TEGEVUS	TEENUST SAANUTE ARV	KAVANDATUD SIHTTASE 2023. A	TEENUST SAANUTE % SIHTTASEMEST
ALVAL teenuse osutamine	5 567	16 478	33,8

4.3.1. BARJÄÄRID TEENUSE OSUTAMISEL

Intervjuude käigus tõid perearstid välja peamised barjäärid, mis vähendavad nende võimalust ja soovi KTE programmis teenusepakujana osaleda. Välja toodud takistused ja kitsaskohad on järgnevad:

- Ajapuudus;
- Inimressursipuudus;
- Palju mitte-meditsiinilisi kohustusi, mis tuleb niikuinii ära teha (st alkoholiteema on küll oluline, aga mitte esmatähtis);
- Vähene motivatsioon uue asjaga alustada (eriti vanematel perearstidel);
- Rahaline tasu ei korva lisanduvat tööd.

Hinnangud barjääridele on suhteliselt sarnased nii programmis osalevate kui ka mitte-osalevate perearstide lõikes. ALVAL teenuse osutamist tajuvad perearstid aeganõudvana. Perearstid mõistavad, et alkoholi liigtarbimise probleemi näol on tegemist väga keerulise teemaga ja selle tõstatamine patsiendiga nõuab tundlikkust ja võtab aega. Seda toovad välja nii teenusepakujad kui ka programmis mitteosalevad perearstid. Teenusepakujad toovad välja, et kordussekkumise läbiviimine on ajamahukas ka patsientide tagasikutsumise kohustuse tõttu – patsiendid ei tule enamasti omal initsiatiivil kordussekkumisele. Lisaks sellele olid varasemates hanketingimustes piiravad nõuded, millise aja jooksul kordussekkumine tuleb läbi viia. Samas positiivsena leiti, et kordussekkumist saab teha ka telefoni teel. Seda peeti tõhusaks ning patsientidelegi meeldivaks, sest nad tunnevad, et on keegi, kes hoolib ja tahab aidata.

Lisaks üldisele teenuse osutamisele kuluvale ajale tõid kaks programmi lepingupartneriks olnud perearsti välja, et programmi aruandluse jaoks arvutiprogrammi märkmete tegemine on ajamahukas. Tegemist on

suurte teenusepakkujatega, kes osutasid ALVAL teenust mitmesajale inimesele ning seetõttu on ilmselt nende aruandluse koormus ka märkimisväärselt suurem. Lepingupartnerid, kes osutavad teenust väiksemas mahus, ei too aruandluse ja arvutiprogrammi märkmete tegemist olulise ajakuluna välja.

„Üks ja peamine asi on ajapuudus. See tuleb ka koolitustel hästi välja. Seda kõik ütlevad. See teema on nii keeruline. Kui sa selle alkoholi teema üles tõstad, see ei ole selline 5–10 minuti teema. Seal on nii palju asju vaja lahendada. Ajapuudus on põhiline. Perearstid ütlevad, et inimene ei tule vastuvõtule ju lihtsalt sellest teemast rääkima, vaid ta tuleb kõikide terviseprobleemidega. Nende lahendamiseks on loetud aeg. Sinna vahele võime ju lihtsalt alkoholi tarvitamise kohta küsida, aga teha nõustamist, kutsuda tagasi, vaadata, kuidas toimib – see võtab aega. Ajaprobleem on perearstidel väga suur.“ (perearst / ALVAL koolitaja)

„Paljud teenuseosutajad on andnud tagasisidet, et see 6 kuu pärast inimeste kättesaamine on keeruline ja patsiendid on tõrksad.“ (TAI)

Intervjueeritud tervishoiutöötajad leidsid, et teenuseosutajaks hakkamine on reaalsem siis, kui tegemist on grupipraktisega. Sellises olukorras on võimalik kohustusi mingil määral jagada ja üks arst ei ole nii ülekoormatud.

„Kui on ikka 25 patsienti päevas, 25 patsienti päevas ja nii edasi iga päev, pole aega millegi muu jaoks. Meie keskuses see (st teenusepakkumine) oli võimalik, sest meil on grupipraktis ja mingil määral saame tööd jagada.“ (perearst)

Samuti leiti, et teoorias oleks ideaalne, kui perearst esmatasandil hoolsalt ja järjepidevalt ALVAL teenuse osutamisega tegeleks. KTE programmi juurutamine langeb aga ajale, kui perearstide vastutusallas soovitakse lisada samaaegselt erinevaid ja järjest rohkem teenuseid, alates keerulisest ennetusest kuni lihtsamate protseduurideni, mida on varem teinud eriarstid. Seetõttu tajuvad paljud perearstid oma jõudlust lisateemadega tegeleda minimaalsena.

„Lihtsalt perearstikeskuses muu töö on ka vaja ära teha. Et paigutada seda teise töö sisse, see on keeruline.“ (perearst)

„Kuhu see nõustamine peaks siis üldse mahtuma? Inimene tuleb ju meie juurde mingi hädaga. Ta on võib-olla nädal aega oodanud ja siis ütlen talle, et jah, sul põlv valutab, aga täna me üldse ei räägi sellest, vaid siin on ühed paberid ja räägime nüüd alkoholist. Mille arvelt see siis tuleb?“ (perearst)

„See on ikkagi lisakohustus ja ei taheta võtta midagi, mida sa ei suuda teha. Ressurssi ei ole.“ (perearst)

Pearstid vananevad ja intervjueeritavad arvasid sageli, et vanematel arstidel puudub motivatsioon uut teenust pakkuma hakata. TAI statistika kohaselt on 2017. a seisuga Eestis perearsti keskmine vanus 55 aastat.³⁹ Vanemad arstid jäävad järjest pensionile ja uusi arste tuleb vähem peale. Eriti terav on see probleem maapiirkondades.

„Arstid on ka siin vanad. Paljud on juba üle 60, lasevad autopiloodi peal ja ootavad, et saaks juba pensionile. Nad enam ei viitsi. Ei ole tahtmist midagi uut teha.“ (perearst)

„Eestis laiemalt vist ikka perearstide seas kriis on saabumas. Järjest rohkem on tühju (st ilma arstita) nimistuid, mis jagatakse sunniviisiliselt olemasolevate arstide vahel. Koormus kasvab ja lõpuks on nii, et ei jõua enam tulekahju ka kustutada. Arstid jäävad pensionile. Keskmine Eesti perearst on 55aastane ja tulevat kasvu on vähem kui äraminevat. Eriti maakohtades, kus alkoholiprobleem on ilmselt ka eriti raske. Eile just käisin Kagu-Eestis koolitusel ja seal pidi olema tõeline arstide puudus. Patsient sõidab perearsti juurde 55 km. Ma ise arstina mõtleksin siis küll, et kas ma hakkan talle alkoholist rääkima või millest ma talle rääkima hakkaks. Reaalselt on see kõik ikka raske. Linnas on see kindlasti kergem.“ (perearst)

³⁹ Statistika. Terviseandmed. TAI, 31.05.2018 <https://www.tai.ee/et/terviseandmed/tervise statistika-ja-uuringute-andmebaas/uuendused/4343-tervishoiutoeotajaid-tuli-juurde-perearstide-keskmise-vanus-kasvab>

„Enamasti ei usu alkoholiprobleemiga inimeste aitamisest vanema põlvkonna perearstid, kellel puudub vastav kogemus. Sellest tulenevalt on väga vähesed suunamisest tulnud perearstide poolt. Oleme ise perearste julgustanud meiega ühendust võtma, aga arstide aeg on piiratud. Probleemiks on ka see, et inimesed ei lähe perearstidele alkoholiprobleemi kurtma. Paljud inimesed, kellel on probleem, ei tea, kes nende perearst ongi.“ (raviarst)

Perearstide vähesest motivatsioonist põhjuseks on lisaks liigsele töökoormusele ka asjaolu, et ei taheta tegeleda teemadega, mis ei paku rõõmu ja rahulolu positiivsetest tulemustest.

„Sellist halba tööd on meil nii palju, sellist, mis ei paku rõõmu. Kas arvutiprogrammid töötavad, kas on vaja midagi soetada – sellist mittemeditsiinilist asja on nii palju. Siis tahaks, et see meditsiiniline töö oleks selline tulemust ja rõõmu pakkuv, et inimesed ikka paraneks ja terveneks.“ (perearst)

„Kui inimene ise tahab, siis me saame teda aidata. Aga et kogu sellest massist hakata välja selekteerima, selleks esiteks ei ole aega ja teiseks see oletatav kasu tundub olevat nii väike. Ja kui ka see töö rõõm, mis sealt tuleb, on nii väike, siis see ei tekita isiklikku motivatsiooni. Ei ole intellektuaalselt huvitav ja üldse ei taha teha sellist asja, kui sa juba ette tunned, et oled läbikukkunud.“ (perearst)

Kõiki eelnevaid pärssivaid tegureid arvesse võttes ei hinda perearstid ALVAL teenuse pakkumise eest saadavat tasu motiveerivaks (vt veel motiveerivad tegurid lk 35). Siinkohal on oluline märkida, et uuel 2019. a algaval lepinguperioodil on tasusid suurendatud, mis loodetavalt toob kaasa positiivseid muudatusi.

„Tegevuse tasu ja maht pole vastavuses. Vastutus on suur nii patsiendi kui TAI ees.“ (perearst)

4.3.2. ETTEPANEKUD TEENUSE OSUTAMISE PARENDAMISEKS

Mitmed teenusepakkujad avaldasid, et neile on valmistanud probleeme hankes esitatav nõue määrata kui paljudele patsientidele teenust lepinguperioodi jooksul osutatakse. Kuna tegemist on perearstikeskuse jaoks uue teenusega, siis on neil keeruline hinnata, mis mahus on üldse võimalik sellega tegeleda. Lepingus fikseeritud patsientide arvu tajutakse suure ja veidi hirmutava kohustusena. Probleemi leevendamiseks tuleks uusi potentsiaalseid lepingupartnereid informeerida, mida teenuse sihttasest määrates arvestada ja mis juhtub, kui taset ei täideta või vastupidi, see ületatakse.

„Ma olen isegi seda mõelnud, et kui ma võtaksin selle lepingu, et kas ma leiaksin nii palju inimesi, kellele teenust pakkuda. Kuigi üks kindlasti on alkoholi tarvitamist rohkem kui vaja ka nende hulgas, kes on noored ja edukad ja näiliselt tulevad toime.“ (perearst)

Samuti leiti, et ALVAL teenuse juurutamine ja osutamine perearstikeskuses ei tohiks olla projektipõhine, vaid seda peaks olema võimalik osutada järjepidevalt. Kõik intervjuueeritud perearstid olid arvamusel, et mida rohkem ALVAL teenust nad osutaksid, seda paremini see neil välja tuleks ja seda enam oleks sellest kasu. Nende hinnangul muutuks vilumuse tekkides teenusepakkumine tõenäoliselt ka kiiremaks ja näiteks arvutiprogrammis märkmete tegemine poleks nii aeganõudev. Seetõttu leiavad mõned teenusepakkujad, et lepinguperiood võiks olla pikem kui üks aasta, sest aasta on nii keerulise teenuse juurutamiseks praktilises liiga lühike aeg. 2019. a algav lepinguperiood võimaldabki senisest pikemat, so 2 aastast teenuse osutamise perioodi.

„See on meil ka näha – oli, suts, projekt ja nüüd hakkab kõik juba meelest minema. Me ei tegele sellega enam nii intensiivselt. Sellised asjad ei tohiks olla projektipõhised.“ (perearst)

„Kui meil oli see projekt, siis ma tegelesin sellega ja vahepeal päris kõvasti. Aga kui see projekt lõppes, siis asi vaibus ja tänaseks, ütlen ausalt, ma ei jõua sellega tegelda. Kui kellegi puhul tuleb mõte, siis küsid, aga laialdasemalt ei testi.“ (pereõde)

Ühe suurima murekohana tõid teenusepakkujad välja, et nad ei saa oma tööle tagasisidet ning see panustab olukorda, kus eduelamused on vähesed, mis võib olla üheks põhjuseks, miks ei soovita teenuseosutajaks hakata. Seega on soovitatav programmi raames välja töötada koostöö ja tagasiside mudel, kuidas perearstid saaksid senisest enam tagasisidet ravile läinud patsientide kohta.

„Sealt psühhiaatrikliinikust ei ole mitte mingisugust tagasisidet. Lihtsalt kuuled selle inimese enda sõnade kohaselt, et mingi õde rääkis temaga, aga mis sisuliselt tehti, kus või palju temaga tegeldi, selle kohta puudub igasugune info. Kas ta oli ainult seal õe tasandil või kus.“ (perearst)

“Paraku see tagasiside saamine väga hea ei paistnud. /.../ Oli näha, et kui patsient ei ilmu kokkulepitud ajal kohale, mis on selle kontingendi puhul väga tavaline, siis ta lihtsalt haihtuski ära neil. Mis sinna maani oli tehtud, kadus. /.../ Kui meie siit suudame ta edasi saata järgmisesse etappi, siis me oleme juba ära teinud suure töö tema motiveerimiseks, et selle probleemiga tegeleda. Aga paraku edasi... Ja see võttis ära ka meie motivatsiooni asjaga edasi tegelda.” (perearst)

KOONDHINNANG: Vahehindamise tulemusel saab ALVAL teenust hinnata kindlasti vajalikuks ja asjakohaseks, kuid selle osutamise tulemuslikkus on jäänud seni veel madalaks. Probleemne on olnud teenusepakkujate leidmine ja sellest tulenevalt on teenusesaajaid olnud planeeritust vähem. Samuti ei ole teada, milline oli teenuse mõju patsientide tervisekäitumisele laiemalt. Tegevuse rakendamise senine kulg lubab eeldada, et järelejäänud programmi perioodi osas ALVAL teenuse osutamise tulemuslikkus kasvab.

4.4. HINNANG TÕHUSUSELE

Tõhususe analüüsimisel hinnati, kui hästi ALVAL teenuse osutamine toimib. Kuigi eelnevalt on välja toodud mitmeid barjääre, mis teevad perearstikeskustel programmis osalemise keeruliseks, siis ometi on mitmeid perearstipraksiseid, kes tahavad ja saavad teenust osutada. Senised teenuspakkujad hindavad, et programm on aidanud neil oma tööd tõhusamaks ja süsteemsemaks teha ning kõik teenuse osutamisega seotud töötajad on haritud edastama patsiendile sama sõnumit.

„See projekt oli selles suhtes väga hea, et me suutsime tööd natuke süsteemsemaks teha ja teine asi, et oli ühtne sõnum. Et tuleb patsient pereõde juurest minu juurde ja ütleb, et ta (st õde) rääkis sama juttu. Ma ütlen, et mis sa arvad, et ma räägin siis muud või? See ühtne sõnum on väga oluline.“ (perearst)

Tegevuste edasiseks tõhustamiseks oleks vaja lisaressurssi nii personali kui ka rahastuse näol. Teenusepakkujad leiavad, et isegi kui perearstil on kaks õde, on neil nii palju muid kohustusi, et kordussekkumist ja jälgimist ei jõua teha. Seega oleks vaja ühte spetsialiseeritud õde, kes oleks programmiga hästi kursis: jälgiks patsiente; toetaks ja motiveeriks teisi, kes sama asjaga tegelevad; osaleks koolitustel; koostaks arveid ja aruandlust jne.

„Meeskonda on alati vaja ühte motivaatorit, kes alustab programmi rakendamisega.“ (raviasutus)

„Lihtsad näpukad (nt arve läheb valesti), kõigil tuleb neid ette, aga siis peaks saama need ise kuidagi ära lahendada. Sellepärast olekski hea, kui oleks üks inimene, kes kõike teab ja kõik keskuses saavad tulla tema käest küsima.“ (perearst)

„Võiks olla ikka perearstikeskuses üks inimene, kes koordineerib seda programmi ja saabki realselt tasu selle eest. Seda ei ole praegu sinna juurde kirjutatud. Tavaliselt programmides on see sees lisareana.“ (pereõde)

Üldisemas plaanis leitakse, et esmatasandi arstiabi süsteemis võiks olla tervisekeskustes või mitme perearsti nimistu juures vaimse tervise õde või vaimse tervise tiimid. Nende õdede ülesanne oleks tegeleda muuhulgas ka alkoholi liigtarvitajatega.

„Siis saaks õde sellega tegeleda, ei ole alati arsti vaja. On palju õdesid, kes on initsiatiivikad ja tahaks seda teha. Aga neil peab olema side arstiga, sest teatud olukorras peavad nad saama arsti poole pöörduda.“ (psühhiaater)

„Suuremate perearstikeskuste või tulevaste tervisekeskuste juures võiks olla vaimse tervise õed. Kui ka perearst või -õde ise ei nõusta või tal pole aega, siis on see vaimse tervise õde, kes on ka spetsiaalselt koolitatud ja kellel ongi sellised teemad. Aga selleks peab tervishoiukõrgkoolides ettevalmistus parem olema, et neid rohkem oleks. Kui patsient juba perearstikeskuses on ja ma peaks ta suunama vaimse

tervise õe juurde haiglasse, siis ühe alkoholiprobleemiga inimese jaoks, kui tal ka hetkel motivatsioon on, siis see motivatsioon võib täiesti kaduda, kui saab veel saatekirja haiglasse ja peab ka võib-olla mõned päevad ootama. Seal vahel ei tohiks olla pikka ajalist distantsti. Teiseks ei tohiks olla ekstra ettevõtmist.“ (perearst)

KOONDHINNANG: Vahehindamise raames ei kogutud infot selle kohta, kui tõhusalt on ALVAL teenuse osutamine mõjunud patsientidele. Teenuseosutajate seisukohast on KTE programm aidanud neil oma tööd alkoholi liigtarvitajatega teha süsteemsemaks ja tõhusamaks. Võib eeldada, et tulevikus toob see kaasa suurema mõju alkoholi liigtarbimise vähenemisele laiemalt (teenust saab rohkem patsiente ja teenuse mõjul väheneb nende alkoholitartvitamise riskitase).

5. RAVI TEENUSE OSUTAMINE

5.1. TEGEVUSE EESMÄRK JA ELLUVIIMINE

EESMÄRK | 2013. a sügisel algatas TAI tõenduspõhise ravijuhendi „Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitus“ koostamise. Alkoholisõltuvuse ravi ei olnud Eestis sel hetkel piisavalt kättesaadav, samuti puudus kaasaegne tõenduspõhine alkoholisõltuvuse diagnostika ja ravijuhis.⁴⁰

Ravijuhend sai valmis 2015. a ning sellel baseerub KTE programmi raames osutatav alkoholitarvitamise häire ravi teenus (lühidalt ravi teenus). Mõiste „alkoholitarvitamise häire“ hõlmab nii alkoholi kuritarvitamist kui alkoholisõltuvust. Haiguste klassifikatsioonis kuulub alkoholitarvitamise häire küll psühhiaatriliste haiguste gruppi, aga selle raviga võivad tegeleda nii psühhiaatrid kui perearstid sõltuvalt patsiendi seisundi raskusest ja psühhiaatrilise abi kättesaadavusest. Ravi on väga individuaalne ja võib toimuda nii ambulatoorselt kui ka statsionaarselt (raske võõrutusseisundiga patsiendid võivad vajada haiglaravi, samuti tagasilangust ennetava raviga alustamisel võib see olla vajalik).⁴¹

Alkoholitarvitamise häire ravi teenust pakuvad programmi raames haiglad ja muud eriarstiabi pakuvad asutused (edaspidi raviasutused). Raviasutused moodustavad ravimeeskonna, kuhu kuulub psühhiaater, õde/vaimse tervise õde, psühholoog/kliiniline psühholoog, sotsiaaltöötaja. Psühhiaater peab meeskonnas kindlasti olema, kuid ülejäänud liikmed on raviasutuse enda otsustada. Seega on programmi raames alkoholitarvitamise häire ravi teenuse osutamine hoopis erinev sellest, kuidas see kunagi toimus – varem läks patsient otse psühhiaatri juurde, nüüd aga on ravi osutamiseks terve meeskond. Ravi toimub valdavalt ambulatoorselt ja kestab enamasti 6–12 kuud sõltuvalt patsiendi seisundist ja motivatsioonist. Aktiivravile järgneb patsiendi jälgimine 2–3 aasta jooksul.⁴²

Alkoholitarvitamise häire ravi üheks oluliseks tegevuseks on vajadusel ka patsiendi lähedaste nõustamine patsiendi ravisoostumuse parandamiseks ja tagasilanguste riski vähendamiseks.⁴³ See aspekt toodi programmi koostades eraldi välja, sest see oli uus lähenemine – tavaliselt tervishoiuteenust lähedastele ei pakuta.

ELLUVIIMINE | Ravi teenuse ettevalmistuse juures oli üks peamine küsimus, kuidas võimalikult hästi integreerida teenuse osutamine üldarstiabis, ambulatoorses ja statsionaarses eriarstiabis. Et seda võimalikult hästi teha, kaasas TAT meeskond tulevased võimalikud teenuseosutajad teenuse kujundamisesse ja korralduslike küsimuste lahendamisesse. Seejuures oli üheks oluliseks probleemiks andmevahetus erinevate tervishoiuteenuse osutajate vahel (nt kas ja kuidas liigub perearstilt info eriarstile, kui esimene on patsiendile teenuse osutamisega alustanud). Märkimisväärne töövõit oli seejuures TAI ja Eesti Haigekassa vaheline leping, mille kohaselt „Kainem ja tervem Eesti“ andmevahetus ja arveldamine hakkas toimuma läbi TORU süsteemi.⁴⁴

2016. a märtsis kuulutas TAI välja hanke alkoholitarvitamise häire ravi teenuse osutajate leidmiseks. Hankes osales 5 haiglat, kellega sõlmiti lepingud. Nendeks olid Lõuna-Eesti Haigla, Tartu Ülikooli Kliinikum, Narva Haigla, Pärnu Haigla ja Viljandi Haigla. Nii alustati 2016. aasta augustis viies ravikeskuses alkoholitarvitamise häire ravi teenuse osutamist ambulatoorselt, statsionaarselt ja päevaravina. Lepinguid

⁴⁰ Sotsiaalministeerium. Alkoholipoliitika roheline raamat. 2012

⁴¹ Ravi. Programm „Kainem ja tervem Eesti“ <http://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/alkohol/kainem-ja-tervem-eesti/aravi>

⁴² Ravi. Programm „Kainem ja tervem Eesti“ <http://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/alkohol/kainem-ja-tervem-eesti/aravi>

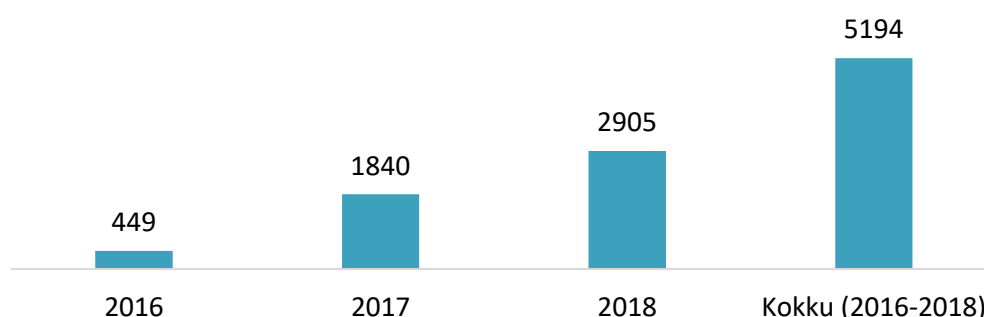
⁴³ Tegevused. Kainem ja tervem Eesti. <http://www.tai.ee/et/kainem-ja-tervem-eesti/tegevused>

⁴⁴ TORU on unifitseeritud lahendus erinevate e-dokumentide edastamiseks Eesti Haigekassa infosüsteemi erinevate partnerite poolt, mille juurutamise eesmärk on parendada e-dokumentide edastamise ja menetlemise protsessi ning tõsta selle kaudu rahulolu Haigekassa teenindusega.

pikendati, nii et need kehtisid 2018. a veebruari lõpuni. 2018. a alguses korraldas TAI uue hanke ja sõlmis 6 uut lepingut alkoholitarvitamise häire ravi teenuse osutamiseks. 2018. a lõpu seisuga osutavad ambulatoorset ja statsionaarset teenust 9 tervishoiuteenuse pakkujat – AJK Kliinik, Kuressaare Haigla, Lõuna-Eesti Haigla, Narva Haigla, Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Pärnu Haigla, Tartu Ülikooli Kliinikum, Viljandi Haigla ja Viru Haigla Tapa Tervisekeskus.

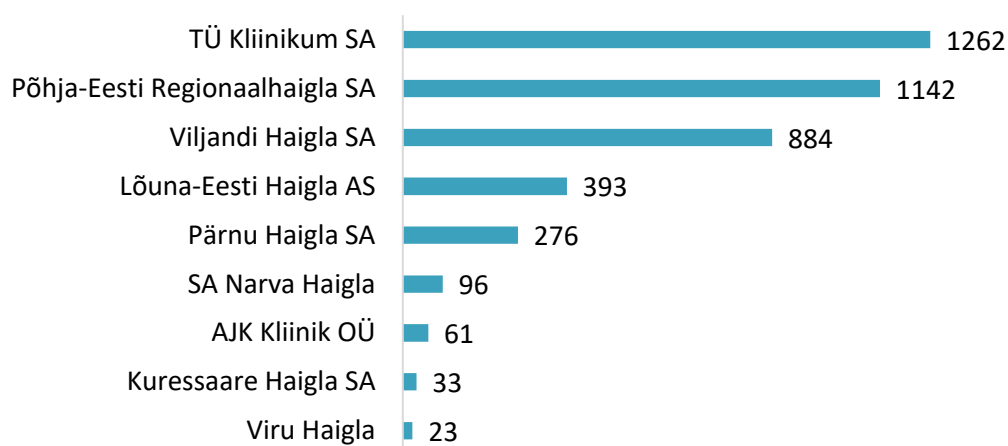
Programmi seirearuannetest ilmneb, et 2018. a lõpu seisuga on ravi teenust osutatud kumulatiivselt 4043 inimesele. Antud näitaja tähistab n-ö unikaalseid isikuid ehk inimesed, kes on saanud ravi mitme teenusepakkuja juures, on arvesse võetud ainult üks kord. Programmi eesmärk on, et 2023. a on teenust saanud 3975 inimest. Seega on eesmärk saavutatud ning Sotsiaalministeerium plaanib näitajat suurendada. Ravi teenuse saajate hulka loetakse ka lähedased, kuid nende osakaal on TAI antud info kohaselt väga väike. TAI kogutava statistika kohaselt on aastases võrdluses võimalik võrrelda teenust saanud patsientide ravikordade arvu (iga järgneva aasta näitajas sisalduvad ka need patsiendid, kes alustasid ravi eelmisel aastal ning jätkavad sellega), mis aasta-aastalt on märkimisväärselt kasvanud (Joonis 7).

JOONIS 7: RAVI TEENUST OSUTATUD KORDADE ARV, AASTATE 2016 – 2018 LÕIKES JA PERIOODIL KOKKU



Ravi teenuse puhul on suurima patsientide arvuga teenusepakkujaks TÜ Kliinikum, millele järgneb Põhja-Tallinna Regionaalhaigla ja Viljandi haigla. Väikseimad teenusepakkujad – AJK Kliinik, Kuressaare ja Narva Haigla, Viru Haigla – alustasid teenusepakkumisega alles 2018. aastal.

JOONIS 8: PATSIENTIDE ARV RAVI TEENUST PAKKUVATE RAVIASUTUSTE LÕIKES, KOKKU 2016–2018



5.2. HINNANG ASJAKOHASUSELE

Ravi teenuse asjakohasuse hindamiseks analüüsiti, kui hästi aitas tegevus teenusepakkujate arvates panustada programmi eesmärkide täitmisesse ehk kui suures osas on ravi teenuse osutamine parandanud

alkoholi liigtarvitamise raviks vajalike tervishoiu- ja tugiteenuste kättesaadavust ning kas tegevus vastas sihtrühma vajadustele.

Eestis on hinnanguliselt 50 000–60 000 alkoholisõltlast. Neile lisanduvad alkoholi kuritarvitajad.⁴⁵ Arvestades ravi saanute arvu, siis võib hinnata, et ca 6,7% kogu sihtrühmast on programmi tegevustega hõlmatud. Teenus on kättesaadav seni 7 linnas (Tabel 9 ja Joonis 9).

TABEL 9: RAVI TEENUSE HINNANGULINE SIHTRÜHM, SIHTRÜHMMA KAETUS JA TEENUSE OSUTAMISE PIIRKONNAD

HINNANG SIHTRÜHMMA SUURUSELE	TEENUSE SAAJATE ARV	TEENUSE SAAJATE % SIHTRÜHMMAST	PIIRKONNAD, KUS TEENUST OSUTATI
60 000	4 043	6,7	Tartu, Tallinn, Viljandi, Võru, Pärnu, Narva, Kuressaare

JOONIS 9: RAVI TEENUSE OSUTAMISE PIIRKONNAD, 2018. A



Arvestades, et 2012. a pidasid perearstid ALVAL teenuse osutamise juures peamiseks takistuseks ravivõimaluste puudumist ning et ravi teenuse osutamisega alustati alles 2016. a, saab öelda, et teenuse areng on olnud märkimisväärne. Ravivõimalused patsientide aitamiseks on loodud ning need on olemas 7 linnas üle Eesti⁴⁶.

TEADLIKKUS RAVI TEENUSEST | Vahehindamisse kaasatud sihtgruppidele uuriti kui palju nad teavad ravi teenuse osutamise tingimustest, protsessist ja selle käigus konkreetsetest patsiendile suunatud tegevustest aga ka programmi raames ravi teenuse osutamisele seatud eesmärkidest. Ravi teenuse osutajad ise on teenuse protsessiga ja eeldavate tulemustega väga hästi kursis ning teadvustavad oma töö olulisust. Intervjueeritud nõustasid, et alkoholi liigtarvitajatele ravi osustamine omab otsest mõju patsiendile ja kogu KTE programm tervikuna laiemalt mõju ühiskonnale.

Samas perearstid teavad küll üldjuhul, et ravi teenust osutatakse, kuid neil puudub arusaam, milles see ravi täpsemalt seisneb või mis tingimustel seda osutatakse. Kriminaalhooldajad ja sotsiaaltöötajad tunnistavad, et ei ole kuigi teadlikud ravi teenuse sisust. Enamasti piirduvad nende teadmised sellega, mida nad ise TAI kodulehelt on lugenud ja mida nende hooldusalused neile on rääkinud. Viimases aga ei saa alati päris kindel olla. Näiteks töi üks kriminaalhooldaja välja, et tema hooldusaluse sõnul on KTE programmis osaledes ja

⁴⁵ Ravi. Terviseinfo <http://terviseinfo.ee/et/valdkonnad/alkohol/kainem-ja-tervem-est/arvi>

⁴⁶ Tabelis on välja toodud 7 piirkonda, sest Viru Haiglas on küll ravivõimalused loodud, kuid hindamise läbiviimise ajaks kättesaadavate andmete põhjal ei olnud Viru Haigla veel teenust osutanud.

psühhiaatri saatekirjaga ravimid odavamad. Kriminaalhooldaja aga ei tea, kas ka päriselt on nii ja kas ta saaks seega oma teistele hooldusalustele seda esitada ravile minemist motiveeriva faktina. Samas puudub tal ka täpsem info, et patsiendi väiteid ümber lükata. Seega illustreerib antud näide seda, kuidas mittevishoiutöötajate teadlikkus ravi teenuse sisust on madal.

RAVI TEENUSE KÄTTESAADAVUS Intervjueeritavad hindasid, mil määral suurendab nende arvates KTE ravi teenuse kättesaadavust. Selles osas olid kõigi sihtgruppide esindajad ühel meelel, et KTE on oluliselt lihtsustanud ja kiirendanud ravile saamist. Osad intervjueeritavad tõid välja, et patsientidele võivad probleemiks olla ravile minemise transpordikulud ja seetõttu tasuks kaaluda nende hüvitamist, kuid üldiselt leiti, et ravi osutamise asukoht ei ole takistuseks, kui patsiendil on tõeline motivatsioon abi saada. Seega võib teha järelduse, et teenus on geograafiliselt kättesaadav.

„Varem, kui seda programmi polnud, siis seda kabinetti polnud, kuhu me kohe saaksime patsiendi saata. Siis saatsime nad Seewaldi EMOsse, kuhu nad kunagi ei läinud.“ (pereõde)

Paraku on lihtne ja kiire ravi saamise võimalus toonud kaasa ka pikavõitu ravijärjekorrad, sest suunamiste tõttu pöörduvad ravile vähese motivatsiooniga patsiendid. Inimesed jõuavad KTE raviprogrammi erineval viisil. Tingimuseks on teadvustatud alkoholiprobleem ja sisemine motivatsioon. Mõnikord see motivatsioon tekib ise, kuid mõnikord peab seda tekitama – näiteks osalevad selles protsessis perearstid, sotsiaaltöötajad ja prokuratuur/kriminaalhooldajad. Vahel on siiski probleemiks, et patsiendi sisemine motivatsioon ei ole piisav ja seda juhtub vastajate sõnul eriti sageli kriminaalhooldusest tulevate patsientidega, kelle jaoks on programmis osalemine võimalus pääseda kergema karistusega (kui nt inimene on korda saatnud mingi seaduserikkumise ja tunnistab alkoholi rolli selle teo juures, siis suunatakse ta esmalt ravile). Sellised patsiendid n-ö ummistavad süsteemi ja muudavad ravijärjekorrad väga pikaks (nt Tartus kuni 4 nädalat). Samas näitab selline olukord ühelt poolt, et ravivõimaluste järele on vajadus olemas ja tervishoiutöötajate töö ongi ka neis motivatsiooni tekitamine. Teisalt näitab see ka laiemat probleemi – puudub koht, kuhu kriminaalhooldajad või sotsiaalametnikud saaksid suunata inimesi, kellel muude probleemide kõrval on mureks ka alkoholi liigtarbimine.

„Tegelikuses peaks ravile tulek olema vabatahtlik, kuid sellest on justkui tehtud kohustus. Nt sotsiaaltöötajad saavad korduvalt patsiente, kes tegelikult kuuluvad hoolekandeesutustesse. Paraku meil täna puuduvad sellised teenused ja teadmine, mida selliste patsientidega teha.“ (raviarst)

„Kriminaalhooldaja paneb inimesele aja meie juurde kinni, aga inimesel endal ei ole üldse motivatsiooni ja kui eesmärk on karistusest kõrvale hiilimine, siis ta tulebki siia, aga mitte ravi motivatsiooniga. Selliseid patsiente on meil isegi ca 15%.“ (raviarst)

„Üheks suurimaks probleemiks on ootejärjekorra pikkus. Algselt oli see 3–5 päeva, kuid tänaseks on see mitu nädalat. Selle aja jooksul kaob inimesel motivatsioon ja tal tekib uus tagasilangus. Alkoholiprobleemiga inimene peab vajadusel kohe ravi saama.“ (sotsiaaltöötaja)

Ravi teenuse kättesaadavus programmi raames sõltub omakorda ka programmi rakendusperioodist ja eelarvest. Arvestades potentsiaalset sihtgrupp ja püstitatud eesmärgi, siis suudetakse programmi raames teenust pakkuda ca 6,7% sihtgrupist. Pidades silmas ennetähtaegset eesmärkide täitmist ning raviarstide pigem positiivset suhtumist programmi üldiselt, võib eeldada, et programmi raames suudetakse teenus teha kättesaadavaks siiski suuremale hulgale sihtgrupist.⁴⁷

KOONDHINNANG: Ravi teenuse osutamiseks on loodud võimalused ja teenuse pakkumine on lühikese ajaga märkimisväärselt hästi käima läinud. KTE programm on oluliselt kiirendanud ja lihtsustanud alkoholi sõltuvuse ravile saamist. Seega on märgatavalt paranenud teenuse kättesaadavus. Vahehindamise tulemusel saab ravi teenuse osutamist hinnata asjakohaseks.

⁴⁷ Sarnaselt ALVAL teenuse kättesaadavuse hindamisele on ka ravi teenuse kättesaadavuse sügavamaks hindamiseks vajalik täpsemalt uurida teenuse kvaliteedi ja patsientide käitumismustrite sarnasust.

5.3. HINNANG TULEMUSLIKKUSELE

Ravi teenuse tulemuslikkuse hindamisel analüüsiti, kas ja mil määral on täidetud või saavutatavad seatud eesmärgid ning kas jõutakse oodatud tulemusteni ehk paraneb alkoholi liigtarvitamise raviks vajalike teenuste kättesaadavus ning samas pakutakse ravi teenust.

2018. a seisuga on ravi teenust osutatud 4 043 patsiendile, mis on 101,7% programmi lõpuks seatud sihttasemest (vt allolev tabel). Ravi teenuse osutamise algus viibis peamiselt seetõttu, et ravijuhendi valmimine võttis oodatust kauem aega ning seetõttu venis ka koolituste algus. Nagu eelnevalt välja toodud, siis on nüüdseks teenuseosutamine edukalt käima läinud ja perioodi lõpuks seatud eesmärk juba täidetud. Samas mõõdab antud eesmärk ainult tegevuse väljundit (st mitmele inimesele on teenust osutatud) ega anna hinnangut selle kohta, milline on olnud tegevuse laiem mõju. Tulemusnäitajana kasutatakse seirearuannetes indikaatorit, mis iseloomustab teenusesaajate osakaalu, kelle alkoholi liigtarvitamise riskitase on 6 kuud pärast alkoholi tarvitamise vähendamisele suunatud teenuse osutamise algust vähenenud. Antud näitaja kavandatud sihttase on 20% ning 2018. a seisuga oli see 41%.

TABEL 10: RAVI TEENUST SAANUD INIMESTE ARV JA OSAKAAL SIHTTASEMEST, 2016–2018

TEGEVUS	TEENUST SAANUTE ARV	KAVANDATUD SIHTTASE 2023. A	TEENUST SAANUTE % SIHTTASEMEST
Ravi teenuse osutamine	4 043	3 975	101,7

5.3.1. MOTIVEERIVAD TEGURID

Järgnevalt käsitletakse tegureid, mis aitavad kaasa tulemuslikule ravi teenuse osutamisele. Kui ALVAL puhul on problemaatiline see, et vähemalt küsitletud perearstid (siinkohal tuleb rõhutada, et vastavat arvamust avaldasid nii programmiga liitunud kui mitteliitunud perearstikeskuste esindajad) ei usu tihti ALVAL teenuse tõhususse, siis ravi teenuse osutajatel on usk oma töö tulemuslikkusesse märksa suurem. Eriti ilmneb see psühholoogide ja psühhiaatrite puhul. Neil on teadmised, kogemused ja selge nägemus, kuidas nad suudavad motiveeritud patsiendi kaine eluviisi juurde juhatada. Seega saab eduteguriks lugeda nii teadmised, nende praktikas rakendamise kui ka varasema edukogemuse.

„Psüühikahäirete valdkonnas, kui me raviks ainult sirgeid, siledaid, väga intelligentseid, väga ravikoostöök motiveeritud patsiente, siis meil poleks kedagi ravida. /.../ Me ju teeme koostööd psühhiaatritega üle Eesti ja kuuleme sellist suhtumist, et mul pole mõtet selle patsiendiga töötada. Et niikuinii miski teda ei aita. Meie valdkonnas tegelikult pole sellist asja, et mitte midagi ei saa teha. Muidugi kõik sekkumised sõltuvad olukorrast, patsiendi vaimsest võimekusest, perekonnast jne, aga alati saab midagi teha.“ (psühholoog)

„Kui ma seal koolitusel osalesin, siis ma ikka vaatasin, et kõik need arstid ja kõik need sotsiaaltöötajad, psühholoogid ka, et neil on ikka selline kogemus ja ettevalmistus ja praktika, et sealt saaks inimene ikka tõelist abi. Et see perearst.. noh, suunaja ja märkaja ta võib olla, aga inimese reaalset abistamist enda peale võtta ei jõua.“ (perearst)

Teenusepakkujad kiidavad, et KTE programm on andnud neile uue koostöömudeli alkoholi liigtarvitajatega tegelemiseks. Kui varem tegeles selliste patsientidega peamiselt psühhiaater, siis nüüd on kaasatud terve meeskond.

„Kui ma varem tegin üksi tööd, siis nüüd on mul tänu võrgustikule võimalik selekteerida, keda ja kuhu saata. Täna on meil meeskond olemas, kes on valmis inimesega tegelema ning meil on ülevaade kogu ravi protsessist.“ (psühhiaater)

ALVAL ja ravi teenuse osutajate motivatsiooni analüüsimisel tuleb silmas pidada, et perearstikeskustes toimub programmiga liitumise kohta otsuse tegemine suhteliselt väikeses ringis (või ainult perearsti enda poolt). Seega on perearstide motivatsioonil suur mõju sellele kas ALVAL teenust asutakse osutama või

mitte. Raviasutuses tehakse KTE programmi liitumise otsus aga juhtkonna tasandil. Samuti tuleb arvestada, et KTE programmi loomisel on TAI poolt otsustatud, et programmiga saavad liituda vaid haiglavõrgu haiglad⁴⁸. Seega ei saa ravimeeskonda kuuluvate arstide ja õdede motivatsioon programmiga liitumise otsust eriti mõjutada. Sellegipoolest tagab ravimeeskonna kõrge motivatsioon parema teenuse kvaliteedi.

5.3.2. PEAMISED BARJÄÄRID

Järgnevalt on välja toodud tulemuslikku teenusepakkumist pärssivad tegevused. Tulemuslikuks tegevuseks sõltuvuseravis on peetud patsiendi enda vaba motivatsiooni teenust otsida. Teenuseosutajate töö tulemuslikkust segavad n-ö ravile suunatud patsiendid, kelle motivatsiooni väljaselgitamine võtab aega. Lisaks on vaja ka teenusele suunajatele (nt kriminaalhooldajad, sotsiaaltöötajad vms) tagasisidet anda, kas patsient tuli ravile ja mis temast edasi sai. Seega kulub omajagu aega muudele tegevustele, mitte nende patsientide ravimisele, kes seda tõesti soovivad.

Patsiendi enda motivatsioon ja tahe terveks saada on üks teema, mis kerkis esile kõigis vahehindamise käigus läbiviidud intervjuudes – seda rõhutasid nii perearstid, raviasutuste töötajad kui ka muude alkoholi liigtarvitajatega kokku puutuvate asutuste ja organisatsioonide töötajad. Hetkel on küll esmatasand (st varane avastamine ja lühisekkumine) ja ravi osutamine KTE programmiga kaetud, aga puudu on teenus neile, kes ise veel ei saa aru ega võta tõsiselt seda, et vajavad ravi.

„Tuleb inimesega rääkida ja siis vaadata. Iga haigusega – ja alkoholism on ju ka haigus – on kaks faasi. Kas inimene otsib vabandusi, miks ta ei saa, või otsib võimalusi, kuidas ta saab. Ja siis vaadata, mis faasis ta on. Kui ta on teises faasis, siis saab aidata.“ (perearst)

Praegu on lahendamata, kui suures mahus ja kes peaks sellist motiveerivat teenust osutama. Seda tajutakse suure tööna, mis nõuab spetsiaalseid oskusi. Samas peaksid seda saama teha erinevad sidusgrupid, kes alkoholi liigtarvitamise probleemidega kokku puutuvad. Seega oleks vaja motivatsiooniteenust neile, kellele on vaja teha selgitustööd või kasvatuslikku tööd. Sellega võiks tegeleda nt sotsiaaltöötaja või tugiisik, aga hetkel seda lüli pole. Mingil määral leevendab probleemi see, et KTE raames nõustatakse alkoholi liigtarvitajate lähedasi: antakse nõu, kuidas liigtarvitajat aidata või abivajadust välja selgitada; seletatakse, mis ravimeid ja mis skeemi alusel patsient peab võtma jne. Oluline on ka tugi lähedastele endile probleemiga toimetulemiseks.

Veel üheks märkimisväärseks murekohaks on see, et ravi lõpp ei ole integreeritud teiste toetavate teenustega kohalikus omavalitsuses. Ravivõimalused on küll tänaseks olemas, kuid pärast seda ei taju teenusepakkujad piisavat toetust KOV teenuste näol oma patsientide edasisele käekäigule. Samas ei ole see KTE programmi viga, vaid struktuurne probleem.

„Üheks pooleks on patsiendi ravimine haiglas, kuid teiseks pooleks on see, kuidas inimene peale ravi kodus hakkama saab. Meie teeme haiglas suure töö ära, oleme patsiendile suureks toeks, kuid peale ravi ei ole inimesel toetavat keskkonda, kus oma eluga edasi minna ning hakkama saada. See on hetkel kõige suurem viga programmis.“ (haigla)

KTE programmis mitteosalevad teenusepakkujad toovad ühe pärssiva tegurina välja ka meditsiinitöötajate tööjõupuuduse. Raviasutustes pole piisavalt töötajaid (eriti psühhiaatreid) ja olemasolevate ajad on üle broneeritud. Seetõttu ei nähta vajadust ega võimalust hakata uut teenust pakkuma. Samuti kardetakse, et programmiga seonduv aruandlus võib võtta liiga kaua aega ning kasu programmist ei pruugi olla märkimisväärne.

„Inimesi pole. Isegi kui haigla tahaks võtta teist psühhiaatrit, siis pole võtta. Mina olen pensionär. Mul pole puhkuse asendajatki.“ (psühhiaater, mitte teenusepakkuja)

Samuti mainitakse pärssiva tegurina rahastuse järjepidevuse puudumist ja projekti tuleviku ebakindlust. Sellele aspektile panevad rõhku just tervishoiuasutuste juhatajad. Kuna KTE näol on tegemist keerulise

⁴⁸ Haiglavõrku kuuluvad 20 haiglat, mis on määratud Vabariigi Valitsuse määrusega „Haiglavõrgu arengukava“. <https://www.sm.ee/et/haiglavork>

teenusega, mille osutama hakkamiseks peaks olema vägagi motiveeritud, siis on oluline, et tasustamine oleks tagatud järjepidevalt. Muidu ei nähta hetkel mõtet oma organisatsioonis teenusepakkumist juurutama hakata. Seda enam, et psühholoogide ja psühhiaatrite tööajad on niigi pikalt täis planeeritud ning kedagi juurde võtta ei ole.

KOONDHINNANG: Ravi teenuse osutamise mahtude eesmärkide täitmise suhtes saab teenuse osutamist hinnata tulemuslikuks. Teenuseosutajate jaoks on KTE programm andnud uue koostöömodeli, mille raames ravi teenust osutatakse meeskonnana. Tulemuslikkust pärssivaks teguriks on asjaolu, et ravi teenus ei ole integreeritud teiste toetavate teenustega kohalikus omavalitsuses.

5.4. HINNANG TÕHUSUSELE

Tõhususe analüüsimisel hinnati, kui hästi ravi teenuse osutamine toimib. Ravi teenust on programmi aktiivse 2,5 aastase tegevusperioodi jooksul osutatud kokku veidi enam kui 4 000 patsiendile. Nii teenusepakkujad, TAI kui ka Innove esindajad leiavad, et esialgsetest viivitustest hoolimata on teenus käesolevaks ajaks n-ö käima läinud. Hetkel ei ole põhjust arvata, et miski peaks üha suuremas mahus toimuvat teenuseosutamist takistama ning eeldada võib teenuse suuremat mõju alkoholitarbimise vähenemisele laiemalt.

Teenusepakkujate arvamusel kohaselt on peamine probleem, mis ravi edukust takistab, patsientide vähenemine motivatsioon. Eriti need tervishoiutöötajad ja muude sihtgruppide esindajad, kes puutuvad kokku väga tõsisel alkoholisõltuvuses inimestega, on küllaltki veendunud, et enne nad ravi tõsiselt ei võta, kui selleks on väga suur vajadus.

„Enne abi ei otsita, kui pole suurt probleemi (ähhvardab vangimine, töökaotus, pereliikme kaotus). Perearst võib öelda, et otsiks abi, aga reaalselt pole küll keegi psühhiaatri poole pöördunud, sest perearst käskis. Ikka hirm peab olema, et tulla. No muidugi üksikud inimesed on, kes niisama tulevad. Targad inimesed.“ (haigla, mitte partner)

5.4.1. OSAPOOLTE OMAVAHELINE KOOSTÖÖ

KTE üheks eesmärgiks on, et perearstid suudaksid võimalikult vara alkoholiprobleemi ära tunda ja vajadusel suunaksid patsiendi ravile. Kui AUDIT testist ilmneb liigtarvitamise märke, viib perearst või -õde patsiendiga läbi lühisekkumise. Lühisekkumisi korratakse, kuid üldjuhul peetakse optimaalseks kolme lühisekkumist – kui selle ajaga ei ole patsiendi alkoholitarbimise harjumised muutunud, tuleks kasutada muid viise ning suunata patsient edasi eriarsti juurde. Samas saab perearst olla vaid soovitajaks ning otsuse ravile minna teeb ikkagi patsient ise.

Hindamise käigus intervjueritud kriminaalhooldajad ja sotsiaalametnikud toovad välja, et paljudel nende klientidel ei olegi perearsti või nad ei tea, kes selleks on. Seega selliste inimeste puhul ei täida programm oma eesmärki, sest sellised patsiendid ei satu perearsti kui esmatasandi töötaja juurde, kes võiks nende probleemi märgata ja neid aidata. Lahenduseks saaks olla KTE laienemine teistele loogilistele sidusgruppidele, kes alkoholiprobleemidega inimestega rutiinselt kokku puutuvad – sotsiaaltöötajad, kriminaalhooldajad, vaimse tervise õed erakorralise meditsiini osakonnas vms kohad, kus saaks motiveerivat intervjuerimist loogiliselt rakendada.

INFOVAHETUSPROTSESS | Vahehindamise käigus läbi viidud intervjuude põhjal võib öelda, et tervishoiusüsteemi erinevate osapoolte eraldiseisvad infosüsteemid mõjutavad negatiivselt KTE programmi raames tagasiside saamist patsientide kohta, kes osalevad ravi teenusel. Iseenesest ei ole tegemist puudujäägiga KTE programmi arendamise juures, vaid see ongi tingitud erinevate osapoolte eraldiseisvatest infosüsteemidest. Teenuseosutajate seisukohast aga takistab see töö tõhusust. Kõik programmis osalevad perearstid, kellega intervjuude käigus vesteldi, on kriitilised ravi teenuselt tagasiside saamise osas. Sama toovad välja ka kriminaalhooldajad. Perearstide ja kriminaalhooldajate infovajadus on veidi erinev, kuid üldjuhul tahetakse teada saada, kas patsient läks ravile ja mis saab temast edasi. Kui perearst ja pereõde on näinud patsiendi motiveerimisega kõvasti vaeva, kuid hiljem ei tea, mis patsiendist

sai, siis vähendab see motivatsiooni ning tundub, et tegemist on tühja tööga. Mõnel programmis osalenud perearstil on jäänud mulje, et patsientide kutsumine nõustamisele on harv ja katkendlik. Ilmselt saaks ka selliseid arvamusi vältida, kui perearstidel oleks täpsemalt teada, mis ravil toimub. Teiseks annaks positiivne tagasiside raviprotsessist ja selle edukusest esmatasandi töötajale eduelamuse, mis annaks omakorda motivatsiooni edaspidi alkoholi tarvitamise häirega patsientidega tegelemiseks.

„Sealt psühhiaatrikliinikust ei ole mitte mingisugust tagasisidet. Lihtsalt kuuled selle inimese enda sõnade kohaselt, et mingi õde rääkis temaga, aga mis sisuliselt tehti, kus või palju temaga tegeldi, selle kohta puudub igasugune info. Kas ta oli ainult seal õe tasandil või kus.“ (perearst)

Kriminaalhooldajad puutuvad KTE programmiga kokku siis, kui hooldusaluse kohtuotsuses on lisakohustusena kirjas kas esmasele nõustamisele või alkoholiravile pöördumine. Sel juhul on kriminaalhooldaja ülesanne kontrollida, kas kohustus on täidetud. Selleks teevad kriminaalhooldajad järelepäringu sellesse asutusse, kus hooldusalune ravil käis. Paraku enamasti ei ole vastused piisavalt informatiivsed. Seega tuleks välja töötada viis, kuidas karistussüsteemi ja ravisüsteemi vahel infot vahetada nii, et see austaks mõlema süsteemi jaoks olulisi printsiipe. Intervjuudest jäi mulje, et probleem on peamiselt selles, et hetkel ei ole erinevad osapooled vaevunud süvenema, millised on teise poole ootused. Tegelikult nt kriminaalhooldajad ei ootagi sisukat vastust selle kohta, mida nende hooldusalusega ravil tehakse. Nende seisukohast on oluline see, kas patsient konkreetsel päeval ravil käis ja kas läheb sinna ka edaspidi. Kui ravi lõpetatakse, siis on vaja teada, kas põhjuseks on patsiendi motivatsioonipuudus (sel juhul saab pöörata karistuse täitmisele). Ravi teenuse osutajate poolt omakorda tundub, et nad tajuvad kriminaalhooldajate infopäringuid kui lisakohustust endale (mida see muidugi ka on), arvestamata sellega, miks seda infot küsitakse (sellest sõltub inimese karistus). Kui ravi teenuse pakkujad teaks, millist ja kui detailset infot kriminaalhooldajad täpselt vajavad, saaks kokku panna kas või ühe standardvormi, millel infot edastatakse ja nii muutuks kogu protsess tõenäoliselt mõlemale osapooltele lihtsamaks ja meeldivamaks.

Haiglate esindajad omakorda toovad välja, et nad ei taju koostööd perearstidega.

„Me töötame nii autonoomselt. Meil ei toimu sellist sisulist juhtumipõhist koostööd. Kui ma helistaks Seewaldisse, et tervist, kas te tuleks kell 3 arutama meie Juhani üle, siis mind saadetaks ikka väga pikalt. Võib-olla mingi telefonikontakt oleks võimalik saavutada, kuigi tegelikult seda ka ei saa.“ (perearst, partner)

„Eesti alkoholisõltuvusest üle saamise võrgustik on olematu. See ei ole ühtlase kvaliteediga. Võib-olla mõnes kohas toimib väga hästi.“ (perearst, partner)

„Partneriks on ka jõustruktuurid, kellega koostööd alguses kartsime, kuid tegelikult on meil tänaseks väga hea koostöö. Olenemata sellest, et jõustruktuurid saavad meile nõ sundpatsiente, siis meie neid ravile ei võta. Meie eesmärgiks on aidata inimesi, kes on ise motiveeritud ning soovivad oma probleemidega tegeleda. Alguses ei pruugi motivatsioon olla väga suur, kuid meie hakkame seda motivatsiooni tekitama.“ (Pärnu haigla esindaja)

KOONDHINNANG: Programmi raames on ravi teenust on osutatud veel suhteliselt vähe aega, et anda laiemat hinnangut selle tõhususele (lisaks eeldab tõhususe aspekti hindamine ravi saajate uurimist). Samas saab vahehindamise tulemusel järeldada, et teenuse osutamine on tulemuslikult käivitunud. Võib oodata ravi teenuse laiema mõju avaldumist tulevikus. Teenusepakkujate seisukohast pidurdab tõhusat toimimist puudulik tagasiside ja infovahetus ALVAL ja ravi teenuse osutajate ning kolmandate osapoolte vahel.

6. TEADLIKKUST SUURENDAVAD TEGEVUSED

6.1. EESMÄRK JA ELLUVIIDUD TEGEVUSED

ALVAL ja ravi teenuse arendamise ja osutamise kõrval on KTE programmi kolmandaks osaks teadlikkust suurendavad tegevused, mille eesmärk on suurendada Eesti rahvastiku teadlikkust alkoholi tarvitamise riskidest ja riskipiiridest ning alkoholi liigtarvitamise ennetuseks ja raviks vajalikest tervishoiuteenustest ja tugitegevustest.⁴⁹ Käesolev vahehindamine võtab kokku dokumendianalüüsi tulemused elluviidud teavitustegevustest ja kajastab, mida arvasid kvalitatiivse uuringu käigus teavitustegevuste tulemuslikkusest KTE programmis osalenud ja mitteosalenud tervishoiuteenuste pakkujad ning teiste sihtgruppide esindajad.

Järgnevas tabelis on esitatud kokkuvõtte sellest, mis mahus on tehtud erinevaid teadlikkust suurendavaid tegevusi. Võimaluse korral on välja toodud vastava tegevuse TAT spetsiifilise väljundnäitaja sihttase (kõigile tegevustele pole sihttaset seatud). Samuti ei ole mõnel juhul võimalik välja tuua tegevuse mahtu (nt kommunikatsiooniplaani koostamine, alkoinfo.ee lehe haldamine).

TABEL 11: TEADLIKKUSE SUURENDAMISEKS ELLU VIIDUD TEGEVUSED AASTATE LÖIKES, 2015 – 2018

	2015	2016	2017	2018	KOKKU
	SIHTTASE / REAALNE TULEM				
Juhendmaterjalide väljatöötamine / tõlkimine	1 / 1	2 / 0	2 / 1	1 / 1	6 / 3
Alkoholi liigtarvitajate lähedastele suunatud teaviku koostamine	1 / 0	1 / 0	1 / 0	1 / 0	4 / 0
Õppevisiidid välisriikidesse	- / 0	- / 0	- / 0	- / 0	- / 0
Konverentsi ja teabeürituste korraldamine	2 / 2	2 / 5	2 / 10	3 / 10	9 / 27
Kommunikatsiooniplaani väljatöötamine, kaasajastamine	-	-	-	-	-
Teavituskampaaniate korraldamine	- / 0	- / 2	1 / 2	1 / 2	2 / 6
Veebikeskkonna www.alkoinfo.ee arendamine, haldamine	-	-	-	-	-
Elanikele ja spetsialistidele suunatud teavikud	8 / 0	2 / 6	2 / 14	4 / 10	16 / 30

6.1.1. JUHENDMATERJALID JA TEAVIKUD

JUHENDMATERJALID | Lisaks tervishoiutöötajatele puutuvad alkoholi liigtarvitavate inimestega kokku ka muud isikud erinevatest eluvaldkondadest, kes võivad aidata motiveerida alkoholi liigtarvitajaid ravile pöörduma või alkoholitarvitamist vähendada. Selliste isikute hulka kuuluvad nt sotsiaaltöötajad, lastekaitsetöötajad, töötukassa spetsialistid jne.⁵⁰ 2015. a alustas TAI valdkonnaspetsiifilise juhendmaterjali väljatöötamisega. Eesmärk oli luua juhendmaterjal, mis annaks juhiseid alkoholi liigtarvitaja äratundmiseks, tema motiveerimiseks oma tervisekäitumist muutma ning annaks infot abi saamise võimaluste kohta. Esiialgu oli kavas koostada erinevatele sihtgruppidele (nt Sotsiaalkindlustusameti esindajad, sotsiaaltöötajad, Kaitseväe esindajad) erinevad juhendid. Töö käigus jõuti aga järeldusele, et ei ole otstarbekas koostada mitut täiesti iseseisvat juhendmaterjali, vaid asjakohane on koostada üks juhendmaterjal, mis käsitleb soovitusi alkoholi liigtarvitava kliendiga

⁴⁹ Kainem ja tervem Eesti. <http://www.tai.ee/et/kainem-ja-tervem-estei>

⁵⁰ TATI tegevuste detailne kirjeldus perioodil 01.01.2016 – 31.12.2016

töötamiseks. Trükis valmis 2017 II poolaastal ja trükiti nii eesti kui vene keeles. Materjali on jaotatud sotsiaaltöötajatele, Töötukassa spetsialistidele, kriminaalhooldajatele ja politseiametnikele.⁵¹

2015. a alustati ALVAL teenuse arendamise raames noorte alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise juhendmaterjali koostamist. Tegevuse käigus leiti, et asjakohasem oleks koostada üks üldine noorte alkoholitarvitamist käsitlev juhendmaterjal erinevates valdkondades noortega kokkupuutuvatele spetsialistidele, mitte üksnes üldarstiabi osutajatele, sest juhiseid vajavad ka teised sihtgrupid lisaks tervishoiutöötajatele. Edasine plaan oli, et TÜ Peremeditsiini õppetool koostaks lisaks üldisele ALVAL juhendmaterjalile ka noorte juhendmaterjali, kuid tegelikult see alamtegevus lõpetati 2016. a. See oleks olnud antud alamtegevuse raames liiga suur ja mahukas töö. Samas nendib TAI, et sellist juhendmaterjali oleks siiski vaja.⁵²

TEAVIKUD Ühe teadlikkust suurendava tegevusena oli kavas välja anda teavikud alkoholi liigtarvitajate lähedastele. Tegevusega plaaniti alustada küll 2015. a, kuid teiste tegevuste viibimise tõttu on ka teavikute koostamine viibinud. Vahearuaude koostamise hetkeks on teaviku koostamisega alustatud ja seda jätkatakse 2019. a. Ka sotsiaaltöötajate, Töötukassa esindajate ning kriminaalhooldajatega läbi viidud intervjuud kinnitasid, et mitte-tervishoiutöötajatele mõeldud teaviku järele on vajadus olemas..

„Sellist head kompakset infolehte pole. Nt sellist, kus oleks juhend, et kui klient eitab, tee nii; kui on kahtlev, tee nii; kui tunnistab probleemi, tee nii.“ (kriminaalhooldaja)

TAI on uuendanud ja viinud KTE programmi teenustega vastavusse varem koostatud teavikuid (nt „Kui palju on palju? Tea oma tarvitatud alkoholikoguseid“ ja „Nõuandeid alkoholitarvitamise vähendamiseks“). Samuti on TAI välja töötanud ja trükkinud erinevaid teavikuid spetsialistidele. Üheks näiteks on rattakujuline teavik, mille abil saab kalkuleerida erinevate alkoholsete jookide alkoholiühikuid (nn alkoholiketas).

6.1.2. TEAVITUSKAMPAANIAD

Kampaaniad on üheks kümnest valdkonnast, millega Maailma Terviseorganisatsioon soovib tegeleda, et vähendada alkoholi liigtarvitamist. Teaduslikult on tõestatud, et massimeedia kampaaniad võivad tõsta teadlikkust ja parandada teadmisi alkoholi osas, kuid ei saa väita, et need ka alkoholi tarbimist vähendaksid. Samas võivad kampaaniad toetada teisi tegevusi, mis on alkoholi tarvitamise vähendamisel tõhusamad.⁵³

TAI on kasutanud kampaaniaid selleks, et esiteks tõmmata ühiskonna tähelepanu alkoholi tarbimisele ja sellest põhjustatud probleemidele. Sel juhul on kampaaniatel küll väga lai sihtgrupp, aga nt välikampaania kujunduse puhul sihtgruppi siiski veidi piiritletakse, et luua sobiv visuaal. Samas on tagasisideküsitlused näidanud, et ka noored (st vanuses 15+), kellele kampaania otseselt pole suunatud, märkavad seda.

Teisalt on programmi raames olnud kampaaniate sihtgrupiks ka tervishoiutöötajad ja teenusepakkujad. Kui programmiga alustati, ei soovinud valdav osa teenusepakkujatest ennast alkoholi teemaga siduda („joodikutega“ tegelemine oli tabu). Kommunikatsiooni abil on püütud seda suhtumist muuta ja luua positiivsem foon, nii et pikemas perspektiivis saaksid teenusepakkujad probleemist aru, näeksid seda teises võtmes ja tahaksid sellega tegeleda.⁵⁴ Antud eesmärgil viis TAI 2015.–2016. a läbi uuringu „Tervishoiutöötajate ning võimaliku alkoholi tarvitamise häirega isikute hoiakute ja arvamuste kaardistamise kvalitatiivuuringu“.⁵⁵ See aitas kaardistada probleeme, millega tuli tegelda.

TAI on teinud kampaaniaid, mis räägivad tervisemõjudest. Nende sõnum on näidata, et alkoholi kahjud algavad väiksemast kogusest kui võiks arvata. Samuti on tehtud kampaaniaid, mis reklaamivad vähesema alkoholiga elustiili (nt „Vähem alkoholi = rohkem elu“ ja „Vähem on parem“ 2016. a). On tehtud ka

⁵¹ Programmi "Kainem ja tervem Eesti" seirearuanne (VII) perioodil 01.09.2014-31.12.2018

⁵² Intervjuu TAI esindajatega 03.10.2018

⁵³ Helen Noormetsa ettekanne Alkoholikonverentsil 13.11.2018

⁵⁴ Helen Noormetsa ettekanne Alkoholikonverentsil 13.11.2018

⁵⁵ Programmi "Kainem ja tervem Eesti" seirearuanne (VII) perioodil 01.09.2014-31.12.2018

kampaaniaid, mis kutsuvad üles mõneks ajaks alkoholitarbimisest loobuma (nt „Septembris ei joo“), et inimene õpiks sellest ajast midagi.⁵⁶

6.1.3. ALKOINFO

Üheks programmi teadlikkust suurendavaks tegevuseks on veebilehe alkoinfo.ee arendamine, haldamine ja uuendamine, et asjakohane alkoholiteematikat puudutav informatsioon oleks avalikkusele ja spetsialistidele kättesaadav. 2016. a arendati välja ka veebilehe alkoinfo.ee venekeelne osa. TAI on alates 2015. a tegelenud alkoinfo.ee lehele alkoholi liigtarvitamisele suunatud veebipõhise eneseabiprogrammi funktsionaalsuse väljatöötamisega. Selleks on tutvutud parimate analoogsete rahvusvaheliste praktikatega, valitud välja programm Take Care of You ja alustatud selle adapteerimist. Vahehindamise läbiviimise ajaks ei ole eneseabiprogrammi funktsionaalsus veel valminud.⁵⁷

6.1.4. ÕPPEVISIIDID, KONVERENTSID JA TEABEÜRITUSED NING KOMMUNIKATSIOONIPLAAN

ÕPPEVISIIDID | Nii nagu arendustegevuste puhul, lisati ka teadlikkust suurendavate tegevuste paremaks elluviimiseks tegevuskavasse võimalus korraldada vajadusel välisriikidesse õppevisiite ning kaasata väliseksperte. Samuti käivad antud alamtegevuse alla Eesti-sisesed lähetused, koolitused jne. Seirearuande kohaselt ei ole kuni 2018. a lõpuni tekkinud vajadust õppereiside korraldamiseks, mistõttu ühtegi välisreisi toimunud ei ole.

KONVERENTSID JA TEABEÜRITUSED | KTE programmi raames korraldatakse alkoholi liigtarvitamise teemalisi konverentse ja muid teabeüritusi.⁵⁸ Samuti on TAI 2016. a alates igal aastal korraldanud info- ja teabeüritusi nii programmi tegevuste kui ka juhendmaterjalide tutvustamiseks (nt infopäevad erinevatele spetsialistidele, sh Töötukassa esindajad, kriminaalhooldajad, sotsiaaltöötajad ja tugiisikud). Teabepäevad on toimunud Tallinnas ja Harjumaal, Tartus, Pärnus, Rakveres. Lisaks on korraldatud *pop-up* üritusi, et näidata, et ka kainelt saab mõnusalt aega veeta.

KOMMUNIKATSIOONIPLAAN | 2016. a koostas TAI KTE programmi kommunikatsiooniplaani. Kommunikatsiooniplaani raames on peamiselt tegeldud teavitustööga: tutvustatud ALVAL ja alkoholitarvitamise häire ravi teenust (nt avaldades tervishoiutöötajatele suunatud artikleid), neid puudutavaid koolitusi ja jaotatud KTE juhendmaterjale. Oluliseks ülesandeks on olnud ka sobivate sõnumite väljatöötamine ja efektiivsete teabeedastuskanalite leidmine, mille kaudu kutsuda sihtgruppe koolitustele ja teabeüritustele.⁵⁹

6.2. HINNANG ASJAKOHASUSELE

Asjakohasuse kriteeriumi puhul hinnatakse, kui hästi vastavad planeeritud tegevused vajadustele ja aitavad seeläbi kaasa eesmärkide saavutamisele. Teadlikkust tõstate tegevuste eesmärk on suurendada ühiskonna teadlikkust alkoholiga seonduvatest riskidest ning olemasolevatest ravi- ja tugiteenustest. Selle saavutamiseks peavad erinevad tegevused (kampaaniad, teavikud, teabeüritused jne) ka päriselt inimesteni jõudma ja vastama nende vajadustele (st olema mõistetavad ja praktiliselt kasutatavad).

Käesolev vahehindamine ei käsitle ühiskonda laiemalt, vaid vaatab teadlikkust tõstvate tegevuste vastavust uuringu sihtgruppide vajadustele. Intervjueeritavad on aga ise uurinud, kust on nende patsiendid/hooldusalused saanud informatsiooni KTE programmi ja erinevate teenuste kohta. Selgub, et teavet on saadud väga erinevatest kanalitest – internetist, televisioonist, tuttavatelt, aga ka perearstilt, erakorralise meditsiini osakonnast, sotsiaaltöötajalt või Töötukassa esindajalt. Seega on asjakohane lähenemine, et TAI kasutab oma sõnumite edastamiseks erinevaid kanaleid ja sihtgruppe. Nii programmi raames teenust osutavad kui ka mitte osutavad tervishoiutöötajad, samuti sotsiaaltöötajad ja

⁵⁶ Helen Noormetsa ettekanne Alkoholikonverentsil 13.11.2018

⁵⁷ Programmi "Kainem ja tervem Eesti" seirearuanne (VII) perioodil 01.09.2014-31.12.2018

⁵⁸ TATI tegevuste detailne kirjeldus perioodil 01.01.2016 – 31.12.2016

⁵⁹ Programmi "Kainem ja tervem Eesti" seirearuanne (VII) perioodil 01.09.2014-31.12.2018

kriminaalhooldajad töid intervjuudes välja, et kasutavad küllaltki aktiivselt alkoinfo.ee veebilehte. Samuti leiti, et teavituskampaaniad ja üritused on valdavalt asjakohased ning alkoholi kahjulikest mõjudest teavitamisega tuleb jätkata.

MITTE-TERVISHOIUTÖÖTAJATE JUHENDMATERJAL | Teadlikkust suurendavate tegevuste juures tuli mitte-tervishoiutöötajatega läbi viidud intervjuudest välja, et nende tööd aitaks tõhusamaks muuta mitte niivõrd meditsiinilise suunitlusega juhendmaterjal. Nt kriminaalhooldajad kasutavad TAI kodulehel välja toodud infolehti ning on kodulehga üldiselt väga rahul, kuid tunnevad puudust sellisest materjalist, mis oleks suunatud nt lähedasele või mitte otseselt meditsiinipersonalile. Positiivne on see, et TAI küll tegeleb lähedastele juhendmaterjali koostamisega, kuid see tegevus on kavas juba 2015. aastast alates ning käesoleva aruande koostamise seisuga ei ole tulemuseni jõutud.

ALKOPÄEVIK | Teiseks toodi intervjuudes korduvalt esile arvamus, et alkopäeviku mobiilirakendus oleks hea vahend patsientidele, ehkki selle vahendi tulemuslikkus ise sõltub loomulikult sellest, kuidas see on ehitatud ja kui palju on võimalik sellesse investeerida. TAI kodulehel saab küll täita alkopäevikut, kuid vajadus oleks lihtsa eestikeelse rakenduse järele, kuhu saaks mugavalt märkida päeva jooksul tarbitud alkoholiühikud.

KOONDHINNANG: Vahehindamisse kaasatud sihtgruppide näitel saavad patsiendid/hooldusalused teavet KTE programmi teenuste kohta väga erinevatest allikatest, mistõttu võib hinnata asjakohaseks TAI lähenemise kasutada erinevate sihtgruppide tabamiseks erinevaid kanaleid (alkoinfo veebileht, kampaaniad, teavikud, teabeüritused jne). Nii teenusepakkujad, mitte-teenusepakkujad kui ka mitte-tervishoiutöötajad peavad eriti vajalikuks ja kasulikuks alkoinfo veebilehte ning teavituskampaaniaid.

6.3. HINNANG TULEMUSLIKKUSELE

Tulemuslikkuse kriteeriumi puhul hinnatakse, kui tõenäoline on planeeritud tegevuste abil eesmärkide saavutamine ehk üldine teadlikkuse kasv alkoholi tarvitamise riskipiiridest ning liigtarvitamise ennetuseks ja raviks vajalikest teenustest.

Intervjuude põhjal saab öelda, et KTE teadlikkust suurendavate tegevustena pälvivad enim tähelepanu kampaaniad ja alkoinfo.ee veebileht. Samas kasutatakse kampaaniaid osaliselt selleks, et suunata inimesi alkoinfo.ee veebilehele, kus saab testida oma alkoholitarbimist ning on palju kasulikku informatsiooni.

TEAVITUSKAMPAANIAD | TAI eesmärk on korraldada 2023. a vähemalt 18 teabeüritust ja kampaaniat. 2018. aastaks on see eesmärk täidetud ning korraldatud on 33 teabeüritust ja kampaaniat. TAI jälgib kampaaniate tulemuslikkust. Näiteks on mõõdetud, kui palju inimesi ühines üleskutsega minna alkoinfo.ee lehele AUDIT testi tegema. 2018. a lõpu seisuga on testi tehtud üle 85 000 korra. Juhul, kui tegemist oleks unikaalsete inimestega, oleks end seega testinud enam kui 6% Eesti elanikkonnast. „Septembris ei joo“ kampaaniaga liitus 2017. a 22 000 osalejat ja 2018. a 27 000 osalejat (2% Eesti elanikkonnast). Kampaaniad on olnud nii eesti kui vene keeles (väliskampaaniad valdavalt eesti keeles). Kuna sõnumid on nii lihtsad, siis neist arusaamine ei ole probleeme tekitanud: tulemuslikkust on mõõdetud omnibus-uuringutega ja need on kinnitanud, et sõnum on kohale jõudnud ka venekeelsetele elanikele.

ALKOINFO.EE | KTE programmi üheks tulemusnäitajaks on kinnitatud eesmärk, et alkoinfo.ee veebilehel aasta jooksul oleks keskmiselt 210 külastajat päevas. Tegelik saavutustase on teada 2016. a kohta, mil see oli 275 külastust päevas, ning 2018. a 1 113 külastust päevas.⁶⁰

„„Septembris ei joo“ tundub olevat selline kampaania, millel äkki on mingi mõju.“ (perearst)

„Mina arvan, et see (st teadlikkust suurendavad tegevused) on kõige toredam osa selle programmi juures. Toredad teavituskampaaniad, tuntud nägusid kasutatud, hästi välja mõeldud. Pildis ja

⁶⁰ Programmi "Kainem ja tervem Eesti" seirearuanne (VII) perioodil 01.09.2014-31.12.2018

reklaamis on see kampaania küll olnud. Kogu see koduleht ja kõik need ise testimise võimalused.” (psühholoog)

Mõned intervjueeritavad toovad kriitikana välja, et kampaaniad võivad küll teavitada laiemat üldsust, aga eeldatavalt ei mõju need alkoholi kuritarvitajatele. Samas täidavad ka sel juhul kampaaniad siiski oma eesmärki ehk teavitavad Eesti rahvastikku alkoholiga seonduvatest riskidest. Teiseks teavitusmaterjalid ei olegi ravi ega olegi disainitud mõjuma kuritarvitajatele.

„Ma ei usu, et kampaaniad on mõjunud riskirühmale. Need võivad teatavat mõju avaldada keskmisele eestlasele, kuid kuritarvitajaid see ei mõjuta.” (hoolekandespetsialist)

Kokkuvõttes võib tõdeda, et intervjueeritute (nii programmis osalevate kui ka mitte osalevate) arvates on kampaaniad olnud valdavalt tulemuslikud. Lisaks üldisele teadlikkuse kasvule on programmi jätkusuutlikkuse seisukohast väga oluline ka tervishoiutöötajate teadlikkuse kasv ning stigmade vähenemine.

KOONDHINNANG: Teadlikkuse suurendamise nimel elluviidud tegevuste tulemuslikkust on keeruline hinnata, kuna KTE programm ei ole ainus faktor, mis teadlikkust mõjutab. Intervjueeritute hinnangul pälvivad KTE teadlikkust suurendavate tegevustena enim tähelepanu teavituskampaaniad ja alkoinfo.ee veebileht. Viimase külastatavus on suurem kui planeeritud. Ka kampaaniaid ja teabeüritusi on tehtud rohkem kui esialgu plaanis ning kampaaniate sõnumit on ühiskonnas märgatud.

6.4. HINNANG TÕHUSUSELE

Tõhususe kriteeriumi puhul hinnatakse, kui hästi teadlikkust suurendavate tegevuste osutamine toimib.

ÜLDINE TEADLIKKUSE KASV | KTE raames on mitmete erinevate tegevuste abil püütud parandada Eesti rahvastiku teadlikkust alkoholi tarvitamise riskidest ja riskipiiridest ning liigtarvitamise ennetuseks ja raviks vajalikest teenustest. Valdav osa intervjueeritavatest arvab, et teavitustöö on programmi oluline osa. Samuti ollakse veendunud, et ühiskonna teadlikkus ongi kasvanud. Seega saab öelda, et teadlikkust suurendavad tegevused on olnud tõhusad. Omaette analüüsi nõuaks see, kui suures osas on teadlikkuse kasv tingitud KTE programmist ning kas suurem teadlikkus ka hoiakuid mõjutab ehk tarbimist vähendab. Üldiselt ollakse siiski lootusrikkad, et nooremad inimesed teevad alkoholi tarbimisel teadlikumaid valikuid. Paraku avaldab see ühiskonnas suuremat mõju alles mitme aasta pärast.

„Mulle tundub, et inimeste teadlikkus on tõusnud, kui ma ka perearstina töötan. Selliseid asju, mis on alkoholiühik, mis on riskipiirid – neid väga paljud juba teavad. Varem ei teadnud. See teema on ikka väga õhus. Teadlikkust on enam. Kui palju see mõjutab tarvitamist, seda on keeruline öelda, sest see pole nii üks ühele.” (perearst / ALVAL koolitaja)

„Mina arvan, et see on ikka põlvkondade asi. Need põlvkonnad, kes on ennast ära joonud, nad ei pöördu eriti tagasi. Mina arvan küll, et noorte haritud inimeste seas ei ole joomine enam populaarne. Ei jooda ju nii palju. Kindlasti mingid seltskonnad ikka joovad. Aga oma laste ja nende tuttavate pealt vaatan, et see ei ole üldse teema.” (perearst)

„Ma arvan, et alkoholi mõjudest võiks pasundada ikka igal pool. Mitte ainult tervislik, vaid ka popp võiks olla ju mitte tarvitada – et seda kuvandit peaks looma. Paljud oma tervisele ju ikkagi sel hetkel ei mõtle, kui nad tarvitavad. Nad võivad teada, aga neil on suva.” (perearst)

TEADLIKKUSE KASV TERTISHOIUTÖÖTAJATE SEAS | Lisaks üldisele teadlikkuse kasvule mainivad intervjueeritavad ka seda, et tervishoiutöötajate seas on alkoholitarvitamise häirega patsientidega tegelemise maine paranenud. Järjest enam teadvustatakse, et see on oluline probleem, millega tuleb tegeleda. Seda võib esile tuua kui märkimisväärset tegurit, mis eeldatavasti teeb edaspidi teenusepakujate leidmise oluliselt kergemaks.

„Tänu KTE-le on ka tervishoiutöötajate teadlikkus alkoholiprobleemidest kasvanud. Absoluutselt. Ma oma kolleegile ka rääkisin sellest viimasest ALVAL koolitusest ja tema kindlasti osaleks ja ma saadaks oma õed ka.“ (perearst)

„Inimesed lähevadki targemaks ja ongi okei, et juuakse vähem. Tervishoiuteenuse osutajate hulgas see stigma hakkab ka vähenema ja võetakse alkoholi teemat avaramalt. Inimesi ikka tuleb teenusele.“ (psühholoog)

KOONDHINNANG: Teadlikkuse tõstmine on kõigi vahehindamisse kaasatud spetsialistide arvates äärmiselt oluline. Vahehindamise fookuses ei ole laiemalt ühiskonna teadlikkuse suurenemise uurimine, kuid intervjueeritud teenuseosutajate hinnangul on nende patsientide teadlikkus kasvanud. Seega on programmi teadlikkust tõstvad tegevused olnud tõhusad. KTE programmi tulemuslikkuse seisukohast on väga oluline, et lisaks üldisele teadlikkuse kasvule on paranenud ka tervishoiutöötajate teadlikkus alkoholiga kaasnevatest probleemidest. See loob eeldused, et tulevikus on teenusepakkujate leidmine kergem.

7. PROGRAMMI EELARVE JA JÄTKUSUUTLIKKUS

7.1. EELARVE

Programmi abikõlblikkuse periood on 01.09.2014–31.12.2020. Selleks perioodiks ette nähtud eelarve on 10 199 791 eurot, millest ESF toetus moodustab 8 669 822 eurot (85%) ja riiklik kaasfinantseering 1 529 969 eurot (15%). 2018. a seisuga on kogu eelarvest kulutatud u 55%. Seoses mõningate alamtegevuste lõpetamise või ümbertöstmisega (nt 2016. a liigutati madala intensiivsusega sekkumine ja vastavad koolitused ALVAL teenuse alt alkoholitarvitamise häire ravi teenuse alla ning motiveeriva intervjuerimise proovikoolitused lõpetati) on ka eelarves vastavaid summasid nihutatud ühe teenuse alt teise alla. See selgitab, miks ALVAL teenuse kulu on 2016. a lõpuks väiksem kui 2015. a lõpus (Lisa 5). Paljude tegevuste algus on viibinud. Seetõttu pole elluviimine toimunud planeeritud mahus ja ka kulud on olnud kavandatust väiksemad. Üheks põhjuseks on kindlasti see, et tegemist on pilootprojektiga, mistõttu oli keeruline võimalikke kulusid ette näha.

TABEL 12: PROGRAMMI EELARVE TÄITMINE VAHEMIKUS 2014-2018⁶¹

KULUKOHT	KINNITATUD EELARVE ABIKÕLBLIK KULU	ABIKÕLBLIK KULU ARUANDEPERIOODI LÕPUKS	EELARVE TÄITMISE %
1. TATi sisutegevuste kulud	6 148 814	3 295 806,76	53,06
ALVAL teenuse arendamise ja osutamise kulud	684 677	425 285,80	62,11
Alkoholitarvitamise häire ravi teenuse arendamise ja osutamise kulud	3 672 127	1 812 439,97	49,36
Teadlikkust suurendavate tegevuste kulud	1 665 359	988 121,23	59,33
TATi elluviimise tegevuste seire ja hindamise kulud	126 651	69 959,76	55,24
2. TATi administreerimise kulud	356 603	290 760,97	81,54
Kokku (1+2)	6 505 417	3 586 567,73	55,13
Jaotamata eelarve	3 694 374		
Eelarve kokku	10 199 791		

Suurimaks kulukohaks olnud alkoholitarvitamise häire ravi teenuse arendamine ja osutamine. Sellele on 2018. seisuga kulunud enam kui 1,8 miljonit eurot ning ligi pool ettenähtud eelarvest on ära kasutatud. Samal perioodil on ravi teenust osutatud 4 043 inimesele, mis on 101,7% soovitud sihttasemest ehk 3 975 inimesest. Arvestades ühelt poolt, et ravi teenuse indikatiivne sihtgrupp on oluliselt suurem kui ravi teenusele seatud eesmärk ning teiselt poolt ravi teenuse osutamise tulemuslikkust, võib pidada eesmärke pigem liiga tagasihoidlikuks. Kuivõrd senine rahaliste ressursside kasutamine on võimaldanud eesmärke täita 101,7% ulatuses, siis saaks programmi eelarvet kasutada järelejäänud perioodi jooksul sama efektiivselt.

ALVAL teenuse puhul on 2018. a seisuga ettenähtud eelarvest kulutatud 62%, kuid teenuse osutamise tulemusnäitajast on täidetud vaid 33,2% – teenust on saanud 5 567 inimest eesmärgiks seatud 16 478-st. Võttes arvesse suhteliselt keerulist ja pikaleveninud ALVAL teenuse välja töötamise protsessi, siis võib järeldada, et suurem osa senistest ALVAL teenuse arendamisele ja osutamisele planeeritud kuludest on seotud teenuse ja arendustegevuste väljatöötamisega. Seega tuleks jälgida, et järelejäänud programmi

⁶¹ „Kainem ja tervem Eesti“ eelarve täitmise aruanne aruandeperioodiks 01.11.2014–31.12.2018

perioodi jooksul oleks ALVAL teenuse osutamisele ja arendamisele planeeritud eelarve suunatud pigem teenuse osutamisele, mitte enam niivõrd arendustegevustele.

Teadlikkust suurendavate tegevuste tulemusnäitajana on seirearuannetes kasutatud kampaaniate ja teabeürituste arvu. Selle näitaja puhul on eesmärk – 18 kampaaniat ja teabeüritust – 2018. a seisuga ületatud 1,8 kordselt, sest korraldatud on 33 teabeüritust ja kampaaniat. Eelarvest on aga kasutatud vaid 57,44%.

TABEL 13: EELARVE JA SIHTTASEMETE TÄITMISE VÕRDLUS

KULUKOHT	OSAKAAL SIHTTASEMEST ⁶²	EELARVE TÄITMISE %
ALVAL teenust saanud inimeste arv	33,2	62,1
Alkoholitarvitamise häire ravi teenust saanud inimeste arv	101,7	49,4
Alkoholi liigtarvitamist, alkoholitarvitamise häiret ja ravi käsitlevate teabeürituste ja kampaaniate arv	183,3	59,3

Programmi rakendusüksuse hinnangu kohaselt võttis programmi tegevuste käimasaamine omajagu aega. TAI selgitused tegevuste viibimiseks on samas olnud põhjendatud. Peamisteks põhjusteks on olnud ravijuhendi arvatust hilisem valmimine, probleemid hankijate leidmisega ja läbirääkimised Haigekassaga, et teenuseosutajad saaksid TORU kaudu arveid edastada. Rakendusüksus ei näe probleemi ka selles, et alamtegevusi on ära jäetud või ringi tõstetud, sest kui need ikkagi eesmärgi täitmisele kaasa ei aidanud, ei ole neid ka mõtet teha. Samas leiab rakendusüksus, et TAI on programmile pannud suhteliselt laia eesmärgi ning seetõttu on küllaltki keeruline hinnata, kuidas mingi alamtegevus selle saavutamisele kaasa aitab. Seetõttu oleks tulemuslikkuse hindamine kergem, kui ka igal alamtegevusel oleks eesmärk.

7.2. JÄTKUSUUTLIKKUS

Jätkusuutlikkuse hindamiskriteerium aitab mõista, milline on KTE programmi lõpp-eesmärkide saavutamise prognoos ning kuivõrd on tegevuste väljundid ja tulemused püsivad ning rakendatavad ka peale programmi lõppu.

EESMÄRKIDE SAAVUTAMISE PROGNOOS | Vahehindamise koostamise ajaks on ületatud ravi teenuse osas algselt seatud sihttaseme, st teenust on osutatud enam kui 3 975 inimesele. ALVAL teenuse osas on olukord keerulisem. Seetõttu arvab TAI, et eesmärk jääb saavutamata ning teenust ei suudeta osutada 16 478 inimesele. Samas on võimalus, et kui 2020. a pole sihttasemed täidetud, ent eelarves on raha veel üle, võib rakendusasutuse ettepanekul programmi tegevusi pikendada kuni 2023. a Nii oleks võimalik teenust osutada oluliselt suuremale arvule patsientidele.

TEGEVUSTE VÄLJUNDITE EDASINE RAKENDATAVUS | Üheks oluliseks arendustegevuste väljundiks on KTE programmi koolitus- ja juhendmaterjalid. TAI eesmärk koolitusi kavandades oli, et koolitusmaterjalid töötataks välja mõne ülikooli juures. Nii jõuaksid uued teadmised ka õppekavadesse ja seeläbi oleks koolitusmaterjalidest kasusaajate ring laiem, seda ka pärast programmi lõppu. Juba praegu kasutatakse näiteks TÜ peremeditsiini õppetoolis lühinõustamise koolituse materjale. Seega saab öelda, et koolitusmaterjalide puhul on tagatud nende jätkusuutlikkus. Probleemiks võib aga osutada see, kui programmi lõppedes kaovad mitmed ravivõimalused ja seetõttu ei saa mitmesugused käsitlused enam praktikas toetust.

„Juhendmaterjalid kindlasti püsivad asjakohastena, kuna annavad infot probleemsete inimeste ravimiseks ning olemasolevad soovitusel on laialt kasutatavad.“ (ravi ekspert)

⁶² Programmi "Kainem ja tervem Eesti" seirearuanne (VII) perioodil 01.09.2014-31.05.2018

TULEMUSTE PÜSIVUS | Perearstikeskustega läbi viidud intervjuudest ilmnes, et teenusepakkujaks hakkamise juures on väga oluline roll isiklikul motivatsioonil ja prioriteetidel. Samas töid peaaegu kõik teenusepakkujad välja, et rahaline toetus on siiski olnud nende jaoks üheks tähtsaks teguriks, miks lõpuks otsustati hankel osaleda. Seega ei ole kindel, mis mahus teenusepakkumisega jätkataks, kui sellega ei kaasneks rahastust. Need intervjuueeritavad, kes on olnud ALVAL lepingupartnerid ja vahepeal teenuseosutamist loobunud, väidavad, et nad küll tegelesid pärast lepinguperioodi lühinõustamisega edasi, kuid mitte nii intensiivselt ja tegevus jäi veidi soiku.

Ravi teenuse pakkujad olid intervjuudes programmi jätkusuutlikkuse pärast rohkem mures kui ALVAL teenuse pakkujad. Samas oli enamus neist üsna kindlad, et suudavad oma ravimeeskonna tegevuse ka pärast programmi lõppu nii ümber struktureerida, et saavad enam-vähem samamoodi jätkata.

Teadlikkust suurendavaid tegevusi peetakse KTE programmi väga oluliseks ja tänuväärseks osaks ning nendega oleks kindlasti vaja ka tulevikus jätkata. See on üks koht, kus kindlasti oleks vaja edaspidigi välist toetust, sest teenusepakkujad ei jõua antud tegevusega tegeleda. Sama käib ka koolituste kohta. Ülikoolide juures küll kasutatakse KTE raames loodud koolitusmaterjale, kuid nii on koolitusel osalejate ring oluliselt kitsam kui KTE programmi ajal.

7.3. LÄBIVAD TEEMAD

Läbivad teemad väljendavad tegevuste elluviimisel taotletavat mõju ehk kaudseid eesmärke, mida lisaks otsestele eesmärkidele KTE elluviimisega saavutada tahetakse. „Kainem ja tervem Eesti“ TAT kirjelduses on välja toodud, et programm mõjutab järgnevaid läbivaid teemasid: regionaalareng, infoühiskond ja võrdsed võimalused (vt allolev tabel). Paraku ei ole seatud mingeid indikaatoreid, mille abil läbivatesse teemadesse panustamist hinnata. TAI seirearuannetes hinnatakse, et seni ei ole KTE läbivatele teemadele veel mõju avaldanud, kuna tegevuste algus viibis ning märkimisväärse mõju ilmnemiseks on tegevusaeg olnud liiga lühike.

TABEL 14: LÄBIVAD TEEMAD KTE PROGRAMMIS

LÄBIV TEEMA	KTE PLANEERITUD MÕJU ⁶³	KTE REAALNE MÕJU
Regionaalareng	<ul style="list-style-type: none"> Mõjutab Eesti piirkondade majanduslikku konkurentsivõimet ennetavate tegevuste, ravi ja teenustega, mille tulemusena vähenevad alkoholist tingitud suremus ja alkoholitarvitamisega seotud tervise- ja sotsiaalsed kahjud. Paranenud tervislik seisund aitab kaasa tööhõive suurenemisele. Mõjutab tervishoiutöötajate ja sotsiaaltöötajate koostööd ning aitab kaasa tervisesektori ja sotsiaalsektori sidususe suurendamisele; mõjutab sotsiaal- ja tervishoiuteenuste kättesaadavust ja kvaliteeti üle Eesti. KTE tulemusel vähenev alkoholi liigtarvitamine aitab kaasa piirkondlike erinevuste vähenemisele sotsiaal-majanduslikus toimetulekus. 	Programmi ülesehitus on kooskõlas regionaalarengu eesmärkidega, kuid rakendumisel ei ole siiani mõju veel ilmnunud.
Infoühiskond	KTE tulemusel pakutakse kõigile elanikele veebipõhist alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise teenust.	Eneseabiprogramm pole veel rakendunud, kuid alkoinfo.ee veebileht on kooskõlas infoühiskonna läbiva teema põhisuundadega ehk IKT lahendusi kasutatakse nutikalt

⁶³ TAT „Kainem ja tervem Eesti“, https://www.tai.ee/images/KTE/tat_alko.pdf

LÄBIV TEEMA	KTE PLANEERITUD MÕJU ⁶³	KTE REAALNE MÕJU
		valdkondlike väljakutsete lahendamisel
Võrdsed võimalused	<p>Sooline võrdsus:</p> <ul style="list-style-type: none"> KTE tulemusel paraneb nii meeste kui naiste tervis ning kuna meeste sihtrühm on teenusesaajate hulgas eeldatavalt suurem, aitab KTE pikas perspektiivis kaasa eelkõige meeste enneaegse suremuse vähendamisele. Alkoholarvitamise ennetamine ja abivajajatele nõustamisteenuse osutamine võivad vähendada vägivaldaohvriks langemist ja koduvägivalda. Ennetamine ja sõltuvusravi võimaluste suurendamine vähendavad sotsiaalse tõrjutuse tekkimist. <p>Võrdne kohtlemine:</p> <ul style="list-style-type: none"> KTE tegevused ennetavad tööturult väljalangemist ja soodustavad tööturule naasmist ning parandavad seeläbi teenust saanud isiku ja tema perekonna elatustaset ja toimetulekuvõimalusi. 	<p>Programmi eesmärk on kooskõlas võrdsete võimaluste läbiva teemaga; nii soolise võrdsuse kui võrdse kohtlemise põhimõtted on integreeritud programmi.</p> <p>ALVAL ja ravi teenuse saajatest on vastavalt 58% ja 75% mehed, mis on kooskõlas võrdsete võimaluste põhimõttega, sest meese hulgas on alkoholi liigtarvitajaid ja sõltlasi rohkem.</p> <p>Programmi tegeliku mõju hindamiseks võrdsete võimaluste paranemisele tuleb uurida teenusesaajaid, st kuidas on programmis osalemine mõjutanud nende toimetulekuvõimalusi.</p>

Regionaalarengu seisukohast ei tekita KTE programm ALVAL teenuse osas kitsendusi ega piira osalejate ringi. Paraku tegutseb enamus praeguseid lepingupartnereid Tallinnas, Harjumaal või Tartus. Seega ei ole ALVAL teenus võrdselt kättesaadav üle Eesti, kuigi ALVAL on esmatasandil osutatav tervishoiuteenus ning peaks seetõttu olema elanikele kättesaadav nende kodukohas. Niisiis programm ise ja selle tingimused küll ei eelista üht piirkonda teisele, kuid rakendunud on KTE nii, et ALVAL teenus ei ole regionaalselt ühtlaselt kättesaadav. Võib arvata, et piirkondlikud erinevused vähenevad, kui teenuseosutamine läheb veelgi aktiivsemaks ja teenusepakkujate ring laieneb.

Ravi teenuse pakkumise eelduseks on meeskonna olemasolu, kuhu kuulub kindlasti psühhiaater. Seda tingimust ei ole praegusel hetkel kõigis Eesti raviasutustes võimalik täita. Samas vahehindamise käigus intervjueritud spetsialistid ei pidanud ravi teenuse pakkujate asukohta probleemiks ja leidsid, et teenus on kättesaadav.

Infoühiskonna teema raames plaanitakse pakkuda kõigile Eesti elanikele veebipõhist alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise teenust. TAI tegeleb veebipõhise eneseabiprogrammi loomisega, kuid see ei ole veel valminud. Samas toimib alates 2016. a alkoinfo.ee veebileht, mille sisu kiidavad kõik vahehindamise käigus intervjueritud spetsialistid. Seega on KTE kooskõlas infoühiskonna temaatika ühe põhisuunaga, mille eesmärk on võtta IKT lahendusi kasutusele valdkondlike väljakutsete lahendamisel.

KTE programm arvestab ka võrdsete võimaluste temaatikaga. Nii ALVAL kui ravi teenusega hõlmatakse rohkem mehi, sest meeste hulgas on alkoholi liigtarvitajaid ja sõltlasi oluliselt rohkem: 2018.a seisuga oli ALVAL teenuse saajate hulgas meeste osakaal 58% ja ravi puhul 75%. Lähedaste nõustamise sihtrühmas jällegi on oodatavalt suurem naiste osakaal. Tegevuste tulemusena paraneb nii meeste kui naiste tervis ning pikeneb eluiga, mis on ka üheks võrdsete võimaluste teema kriteeriumiks.

Erinevate vanusegruppide võrdse kohtlemise teema raames nägi KTE programm ette, et koostatakse juhendmaterjal noortele nõustamisteenuse osutamiseks, sest noored (st kuni 24aastased) on üheks kõige

haavatavamaks vanusegrupiks.⁶⁴ Paraku realselt ei ole selle juhendmaterjali koostamiseni jõutud. KTE programmi raames ei ole eraldi välja toodud, kuidas puudega inimesi kuidagi eriliselt kaasata, kuid samas ei ole nende osalemisele ka mingeid takistusi. Samuti ei piira tegevustes osalemist inimese sugu, rass, rahvus, usk, seksuaalne sättumus. Seega arvestab programm võrdsete võimaluste läbiva teemaga. Selleks, kas programmi tegevustel on olnud võrdsete võimaluste paranemisele ka mingit mõju, tuleb uurida tegevuste lõpptarbijaid ning nende elatustaseme ja toimetulekuvõimaluste paranemist.

Kokkuvõttes arvestab KTE programm läbivate teemadega (regionaalareng, infoühiskond, võrdsed võimalused), kuid tegelikku mõju on veel keeruline hinnata, sest tegevused on kestnud liiga vähe aega. Lisaks tuleks mõju hindamiseks uurida teenuste tarbijaid, mis aga jääb käesoleva vahehindamise fookusest välja. Soovitav on võtta kasutusele mõõdikud, mis aitavad hinnata, mil määral KTE programm läbiva teema eesmärgi täitmisesse panustab (nt kas regionaalarengu eesmärgi osas on igas maakonnas/linnas võimalik teenust saada; mõõta veebipõhise eneseabiprogrammi ja alkopäeviku kasutamist).

⁶⁴ Läbivad teemad valdkonna arengukavas. Rahandusministeerium, 2014

8. JÄRELDUSED JA SOOVITUSED

Käesolev vahehindamine võttis kvalitatiivselt kokku perearstipraksiste, raviteenuse osutajate ning seotud teenusepakkujate ja ekspertide kogemused ja hinnangud KTE programmile. Järgnevalt on välja toodud hindamistulemuste põhjal kujunenud peamised järeldused ja soovitused.

8.1. LEIUD JA JÄRELDUSED

Üldiselt edeneb programmi tegevuste elluviimine jõudsalt. Laiemat konteksti silmas pidades saab öelda, et veidi enam kui kahe aastaga on saavutatud palju. Paarkümmend perearstikeskust on varajase avastamise teenuse sügavuti ette võtnud ning selle enda praksises tervikuna tööle pannud, projekti käigus tagasisidet ja õppetunde jagades ning aidates TAI-l, programmi loojal, programmi pidevalt arendada ja teenusepakkujatele sobivamaks teha. Raviteenus on käima läinud kaheksas Eesti haiglavõrgu arengukava haiglas. Uuringuga seotud eksperdid tõid eraldi välja, et ehkki alkohol ja sellega seotud probleemid on ikka veel keeruline ja stigmatiseeritud valdkond, on meditsiinitöötajate teadlikkus ja vastuvõtlikkus idee teenusepakkumisest võrreldes paari aasta taguse ajaga selgelt kasvanud. Seega kuigi hetkel on teenuseosutajate ring veel küllaltki väike, on see siiski märkimisväärne areng võrreldes programmile eelneva ajaga.

KTE näol on tegemist pigem uue teenusekontseptsiooniga, mida programmi perioodi jooksul samaaegselt nii arendatakse kui ka ellu viiakse. KTE programmiga on ühelt poolt loodud võimalused ALVAL ja raviteenuse pakkumiseks ning teisalt tõstetud tervishoiutöötajate võimekust nende teenuste osutamiseks. Samas on programmi mitme tulemi saavutamiseks olnud raskusi (ALVAL teenuse osutamine ja koolituste pakkumine soovitud mahus) ja algselt paika pandud eesmärkide saavutamine perioodi lõpuks on küsitav. Kõige kriitilisem on ALVAL teenuse osutamise sihttaseme saavutamine 2023. aastaks, kuna 2018. a seisuga on sihttasemest saavutatud vaid 32,5% ehk teenust on osutatud 5 354 patsiendile eesmärgiks seatud 16 478 (võrdluseks ravi teenuse puhul on vastav näitaja 101,7%). Siinkohal tuleb aga rõhutada, et arvestades alkoholiga seotud suurt stigmat ning konteksti, kus peremeditsiinile langeb üha uusi kohustusi, on üsna ootuspärane, et perearstipraksistel võtab alkoholi teema ülesvõtmine aega. Ilmselt oleks pidanud sellele eeldusele ka eesmärkide seadmisel suuremat rõhku panema. Positiivne on aga see, et veidi rohkem kui pooltest Eesti perearstipraksistest on vähemalt üks töötaja KTE programmi koolitustel osalenud. See lubab eeldada, et tegelik teenusepakkumine (st kui arvesse on võetud ka programmis ametlikult mitte osalevad perearstikeskused) on suurem.

Teenusepakkujatel oli lünklik ülevaade programmi laiematest eesmärkidest, rahastusest, komponentidest ja partneritest. Enamik intervjueritud teenusepakkujaid rääkis programmist oma teenuse ja prakse tasandil või patsiendi tasandil, kuid vähesed oskasid selgelt kirjeldada, millistesse suurtesse eesmärkidesse nende töö programmi raames panustab ja kuidas tervikutulemusi mõõdetakse. Tasub kaaluda, kas üldisemate eesmärkide ja ka juba saavutatud tulemuste parem kommunikatsioon võiks tõsta teenusepakkujate motivatsiooni ja aidata neil seeläbi oma tööd kõrgemalt väärtustada.

Ka muude alkoholi liigtarvitajatega kokku puutuvate asutuste ja organisatsioonide töötajad (lastekaitsepetsialistid, sotsiaaltöötajad, kriminaalhooldajad, Töötukassa esindajad jt) on programmist teadlikud pigem sel määral, kui see on vajalik nende enda töö seisukohast. Programmi üldisem eesmärk või sellest tulenev laiem kasu ühiskonnale ei ole niivõrd selge või teadvustatud. Küll aga ollakse teadlikud selles osas, mis tuleb kasuks oma töö edukal teostamisel (nt nii sotsiaaltöötajad kui kriminaalhooldajad teavad hästi, et KTE on loonud alkoholi liigtarvitajatele ravivõimalused). Samas ei ole teadmised ravi teenuse sisust kuigi põhjalikud ning piirduvad sellega, mida spetsialist on ise KTE kodulehelt lugenud või oma hooldusalustelt kuulnud. ALVAL teenuse osas on teadlikkus märksa kesisem ning nii mõnedki intervjueritavad kahtlevad, kui tulemuslik see on. Peamiste põhjustena tuuakse välja see, et teenuse sihtgrupiks oleval kontingendil tihti puudub perearst või siis leitakse, et perearsti juurde sellise probleemiga

ei pöörduta. Antud arvamused kinnitavad veelgi, et teadlikkus ALVAL teenuse sisust on pigem vähene – ei teata, et ALVAL teenuse esmane eesmärk on võimalikult varane ennetamine (st tegevus enne seda, kui tõsisem probleem on välja kujunenud).

ARENJUSTEGEVUSED | Programmi arendustegevusi hindasid üldiselt kõrgelt nii ALVAL kui ka raviteenuse pakkujad. Koolituste puhul leiavad kõik osalenud, et need on sisukad ja asjalikud. Erinevast kogemusest tulenevalt on mõnede vastajate jaoks koolitused liiga pikad ega vasta isikliku arengu vajadustele – kuna vastav üldine teadmine on varasemast olemas, tahetakse uut infot saada võimalikult kiirelt ja konkreetselt. Aga nagu öeldud, on ka sellised vastajad nõus, et tegelikult on KTE koolituste sisu vajalik ja asjakohane. Kuigi osalejad on erineva taseme ja ettevalmistusega, ei pea koolitajad mõistlikuks osalejate grupeerimist lähtuvalt varasemast kogemusest. Esiteks teeks see logistika ja gruppide täitumise keerulisemaks. Teiseks, isegi kui koolitusel on inimesi, kes on teemaga varem kokku puutunud või analoogsel koolitusel osalenud, siis ühest 7-tunnisest koolitusest ei piisa selleks, et oskused täielikult omandada.

Lisaks otsesele eesmärgile – valmistada tervishoiutöötajad ette ALVAL või ravi teenuse osutamiseks – on koolitustel oluline roll motiveerimaks osalejaid oma prioriteete paika panema ja teenust pakkuma hakkama. Samuti on koolitused heaks kohaks, kus saab jagada infot teenusepakkujaks hakkamise kohta

Koolitusel mitteosalenud intervjueeritavad põhjendavad oma mitteosalemist kas sellega, et oskusi ja teadmisi on juba piisavalt, KTE koolitustele pole kutsutud või ei ole aega olnud.

Seminaride, kovisioonide ja muude toetavate tegevuste osas toodi samuti välja, et need on kasulikud, põhjalikud ja arendavad vajalikke oskusi. Vaid õppereisid oli üks tegevus, mille osas intervjueeritute teadlikkus oli väga madal ning neil oli osalenud ainult üks ravi valdkonna teenusepakkuja.

Programmi käigus välja töötatud juhendmaterjalid said kõigilt kiidusõnu. Need on abiks töö korraldamisel ning ka patsientidele olukorra selgitamisel.

Nii ALVAL kui ravi teenuse arendustegevused on olnud asjakohased ning nende järele eksisteerib vajadus. Arendustegevused toetavad programmi üldeesmärkide saavutamist. Arendustegevuste rakendamine on võtnud erinevatel põhjustel planeeritust kauem aega, mistõttu ei ole tegevustele seatud eesmärkideni jõutud. Samas on tegevused olnud osalejatele piisavad (v-a õppereisid) ja vajalikud. Eesmärkide mittesaavutamist võib selgitada ka sellega, et kuna tegemist on arendusprogrammiga, kus samaaegselt teenust arendatakse ja ka osutatakse, ei osatud reaalseid sihttasemeid kuigi täpselt prognoosida. Arendustegevused on olnud pigem tõhusad, sest need on sihtgrupile kasulikud, igapäevatöös rakendatavad, motiveerivad ning aitavad keerulisi juhtumeid lahendada.

ALVAL TEENUSE OSUTAMINE | ALVAL teenuse rakendamine on olnud programmi raames kõige keerulisem. Esiteks on perearstikeskusi, kes ALVAL teenust kogu praksisega rakendavad, endiselt suhteliselt vähe, ehkki uue perioodi jaoks laekus hankepakkumisi pisut rohkem. Perearstikeskused, kus ALVAL teenuse osutamine on täies mahus rakendunud, on enamasti väga ennetusmeelsed ja otsivad aktiivselt võimalusi ennetamiseks ka selliseid kahjusid, millega patsiendid võib-olla ise ei oskakski arsti poole pöörduda. Intervjueeritud ALVAL teenuse lepingupartnerid tõid välja, et programmis osalemine on aidanud neil teha alkoholi liigtarvitajate nõustamist süsteemsemaks ja seeläbi tõhusamaks.

ALVAL teenust osutavate perearstide meelest on probleemkohaks, et integreeritus teiste teenustega ei ole piisav ja nõnda ei saa nad oma tööle sageli piisavalt tagasisidet. See aga vähendab motivatsiooni teenuseosutamisega tegeleda. Teiseks tõid intervjueeritud teenusepakkujad välja, et selline teenus ei tohiks olla projektipõhine, vaid tulemuslikkuse ja mõju tagamiseks peaks olema võimalik teenust osutada järjepidevalt.

Paljud Eesti perearstikeskused siiski ei paku ALVAL teenust. Põhjustena toodi välja aja- ja personalipuudus; suur hulk mitte-meditsiinilisi kohustusi, mida ei saa tegemata jätta; vähene motivatsioon uue asjaga alustamiseks ning fakt, et programmi raames pakutav rahaline tasu ei korva hetkel lisanduvat töömahtu.

Põhjus, millega on palju töötatud, kuid mille muutumine nõuab jätkuvalt tööd ja vaeva – vahehindamises osalenud ekspertide, perearstide, õdede, psühholoogide ja ravipakkujate hinnangul on perearstkonnas endiselt vähene ja lünklik usk, et alkoholi kuritarvitamine on perearstide jaoks olemasolevate ressurssidega

üldse ravitav. See uskumus ei motiveeri ALVAL teenusega tegelema hakkama. Selles kontekstis ei usuta alati ka ALVAL tulemuslikkusesse – ehkki AUDIT test annab nii perearstile kui patsiendile teavet, et patsiendi alkoholi tarvitamise tase võib olla kõrge ja sekkumist vajav, on arstide usk nende enda poolt läbiviidava lühisekkumise mõjukesse piiratud. Samas on isegi need tervishoiutöötajad, kes ei usu ALVAL teenuse märkimisväärsele kasutegurisse, arvamusel, et lihtsam on sõltuvust ära hoida kui hiljem sellest lahtisaamisega tegelda ning seetõttu on ennetamine ja häire kujunemise ärahoidmine äärmiselt oluline.

Arendustegevustega on loodud võimalused ALVAL teenuse pakkumiseks ja teenuse osutamisega on ka algust tehtud. Seega on parandatud teenuse kättesaadavust. Samas on teenuse geograafiline kättesaadavus hetkel siiski küllaltki piiratud, kuna teenuseosutajaid on suhteliselt vähe ja nad asuvad valdavalt Tallinnas, Tartus ja Harjumaal. ALVAL teenus on kindlasti vajalik ja asjakohane, kuid selle osutamine ei ole hetkel veel eriti tulemuslikult rakendunud. Probleemiks on olnud teenusepakkujate leidmine ja sellest tulenevalt on teenusesaajaid olnud planeeritust vähem. Senine kulg lubab siiski oodata, et tegemist on teenusega, mille rakendumine on pika vinnaga ja edaspidi läheb teenuseosutamine tulemuslikumaks: teenusepakkujate leidmine muutub lihtsamaks, senised teenusepakkujad võivad kogemuse kasvades teenuse osutamise mahte suurendada ning seeläbi kasvab eksponentsiaalselt ka teenusesaajate arv. Teenuseosutajate seisukohast on KTE programm aidanud neil oma tööd alkoholi liigtarvitajatega teha süsteemsemaks ja tõhusamaks. Võib eeldada, et tulevikus toob see kaasa suurema mõju (teenust saab rohkem patsiente ja teenuse mõjul väheneb nende alkoholitarvitamise riskitase).

RAVI TEENUSE OSUTAMINE | Nii nagu perearstid, tunnistasid ka intervjueeritud ravimeeskonnad, et programm on andnud neile uue osakonnasisese koostöömudeli, kus vaimse tervise õde, psühholoog, psühhiaater, sotsiaaltöötaja ja teised teevad ühe patsiendi osas integreeritud, pideva tagasisidega koostööd. See muudab töö tulemuslikumaks.

Ravimeeskondadel, eriti psühholoogidel ja psühhiaatritel on võrreldes perearstidega palju suurem usk sellesse, et alkoholiprobleemiga inimest saab aidata. Neil on konkreetsed oskused ja kogemus, et nad suudavad patsiendi tulemusteni viia. Samuti on neil selge nägemus raviplaanist, et kui patsient on motiveeritud, siis nt 6 kuuga (10 korraga) on näha tulemusi. Äärmiselt oluline on seejuures isiklik usk, et alati on võimalik olukorda paremaks muuta. Paraku on ka selliseid psühhiaatreid, kes tunnevad, et kõiki patsiente lihtsalt ei saagi aidata. Seetõttu pakutakse neile ravivõimalusi valikuliselt.

KTE programm on alkoholiravile saatmist ühelt poolt oluliselt lihtsustanud. Vahehindamise käigus küsitatud tervishoiutöötajad on rahul, et KTE näol on olemas koht, kuhu alkoholitarvitamise häirega patsiente ravile saata. Seda võimalust kasutavad nii need, kes programmis teenusepakkujana osalevad, kui ka need, kes ei osale. Teisalt on teenuse pakkumise mahud endiselt suhteliselt väikesed. Kriminaalhooldussüsteemist suunamiste tõttu tuleb ravile palju inimesi, kelle motivatsioon ei ole piisav, et tegelikult raviteekonda ette võtta ning see võib ravijärjekordi ebaproduktiivselt pikendada.

Nii nagu perearstid, muretsevad ka ravimeeskonnad integreerituse pärast teiste teenustega ehk mis saab patsiendist peale ravi lõppemist, millised toetavad teenused on saadaval ja milline on nende kvaliteet? Täiendava paralleelina muretsevad nii perearstipraksised kui raviasutused programmi jätkusuutlikkuse pärast.

Ravi teenuse osutamiseks on loodud võimalused ja teenuse pakkumine on lühikese ajaga märkimisväärselt hästi käima läinud. KTE on oluliselt kiirendanud ja lihtsustanud ravile saamist. Seega on märgatavalt paranenud teenuse kättesaadavus ja ravi teenuse osutamine on olnud igati asjakohane. Teenuseosutamise mahtude mõttes on ravi teenuse osutamine samuti olnud tulemuslik. Teenuseosutajate jaoks on KTE programm andnud uue koostöömudeli, mille raames ravi teenust osutatakse meeskonnana. Tulemuslikkust takistab see, et ravi lõpp ei ole integreeritud teiste toetavate teenustega kohalikus omavalitsuses. Ravi teenust on osutatud veel liiga vähe aega, et anda laiemat hinnangut selle tõhususele (st kui efektiivsed on olnud tegevused patsientide tervisekäitumisele pikemas perspektiivis). Teenusepakkujate seisukohast pidurdab tõhusat toimimist puudulik tagasiside ja infovahetus ALVAL ja ravi teenuse osutajate ning kolmandate osapoolte (Töötukassa, sotsiaalametnikud, kriminaalhooldajad).

TEADLIKKUST SUURENDAVAD TEGEVUSED | Intervjueeritud olid hästi kursis sellega, et teadlikkuse suurendamine on KTE oluline osa. Ennetamist ja teadlikkuse tõstmist peetakse väga tähtsaks. Antud

vahehindamine ei hõlmanud patsientide või laiema elanikkonna küsitlemist, kuid valdav osa intervjueeritustest leiab, et ühiskonnas on teadlikkus alkoholi tarvitamisega kaasnevatest mõjudest kasvanud. Iseasi, kui suur roll on seejuures KTE programmil. Teiseks arvatakse, et teadlikkuse kasv ei too automaatselt kaasa tarbimise vähenemist. Märkimisväärseks tulemuseks on aga see, et lisaks üldisele teadlikkuse kasvule on paranenud ka tervishoiutöötajate endi teadlikkus ning kasvanud on soov alkoholitavitamise häirega patsientidega tegeleda.

Teadlikkuse tõstmiseks elluviidud tegevused on olnud asjakohased. KTE programmi tulemuslikkuse seisukohast on väga oluline, et lisaks üldisele teadlikkuse kasvule on paranenud ka tervishoiutöötajate teadlikkus alkoholiga kaasnevatest probleemidest. Teadlikkuse suurendamise nimel elluviidud tegevuste tulemuslikkust on keeruline hinnata, kuna KTE ei ole ainus faktor, mis teadlikkust mõjutab. Küll aga on näiteks alkoinfo.ee lehe külastatavus olnud suurem kui planeeritud. Ka kampaaniaid ja teabeüritusi on tehtud rohkem kui esialgu plaanis ning kampaaniate sõnumit on ühiskonnas märgatud. Teadlikkuse suurendamiseks elluviidud tegevuste mõju avaldub pikema aja jooksul – hoiakute muutmine võib võtta aastaid. Kuna aga intervjueeritute hinnangul on üldine teadlikkus kasvanud, teavitustööga tegeldakse järjepidevalt edasi ja seda märgatakse ühiskonnas, on õigustatud intervjueeritute ootus, et tõenäoliselt on järgmised põlvkonnad teadlikumad alkoholi tarbijad.

8.2. SOOVITUSED

Järgnevalt on välja toodud soovitusel programmi ja selle alamtegevuste elluviimise tulemuslikkuse ja tõhususe parendamiseks. Kuna peamised probleemid seostusid ALVAL teenusega, on ka suhteliselt suur osa soovitustest suunatud just ALVAL teenuse kitsaskohtade kõrvaldamisele. Vahehindamise tulemusel tehtud soovitusel on adresseeritud eelkõige TAI vastava valdkonna eest vastutavatele ekspertidele ja TAT meeskonnale. Soovituste planeerimise ja elluviimise protsess peaks toimuma aga tihedas koostöös Sotsiaalministeeriumi, tervishoiutöötajate katusorganisatsioonide, haridusasutuste, erinevate sotsiaal- ja tugiteenuseid pakkuvate asutuste esindajatega. Arvestades vahehindamise ulatust saab siinkohal välja tuua olulised teemad ja anda suunised nendega tegelemiseks, et tõsta programmi tulemuslikkust ja tõhusust. Iga esitatud soovitusel täpsema rakenduskava väljatöötamine vajab eelnevat eraldi laiemat statistiliste andmete ja finantsandmete analüüsi. Rakenduskava ulatusest ning seostest muude sotsiaal- või tervishoiusüsteemi osadega sõltub, mis mahus on vaja finantsressursse soovitusel elluviimiseks. Lisaks rahalistele ressurssidele eeldab soovitusel elluviimine erinevate spetsialistide kaasamist (nt kommunikatsioonipartner, andmekaitse valdkonna spetsialistid, IT süsteemi / rakenduse arenduspartner jne).

Erinevate programmi tegevuste osas oli vahehindamise tagasiside teenusepakkujatelt üldjoontes positiivne. Sellest tuleb järeldada, et suur osa takistustest programmi laienemisel on ühel või teisel moel kommunikatiivset laadi. Vahehindamine annab täiendavat sisendit tajude kohta, mida saab kommunikatsiooniga adresseerida, et inspireerida nt perearste koolitustel ja hankes osalema ning ALVAL teenust pakkuma.

KOMMUNIKATSIOONIPLAANI UUENDAMINE | Programmi üheks suurimaks kitsaskohaks on ALVAL teenuse pakkujate leidmine. Intervjuude käigus ilmnesid hoiakud, mille osas saab kommunikatsiooni teravdamisega kitsaskohti lahendada. Need hoiakud ei ole kindlasti enam üldlevinud, kuid on piisavalt levinud ja eriti teenuseid mitte pakkuvate perearstide osas (seda peegeldasid ka teenust pakkuvad arstid, kirjeldades üldist perearstide suhtumist). Pärssivad hoiakud, mida tervishoiutöötajad väljendasid olid järgnevad:

- Laialt levinud taju, et „sõltlast ei saa aidata, kui ta ise ei taha“ väljendab mõtet, et aidata saab ainult neid, kel on juba välja kujunenud sõltuvus ja teiseks, väljakujunenud sõltlased peavad ise tahtma muutuda. See hoiak jätab varju kõik varased kuritarvitamise viisid ja faasid, kus perearsti tehtud AUDIT-testist ja nõuannetest võib olla palju kasu sõltuvuse väljakujunemise ennetamisel.

- Motivatsioon on miski, mis inimesel/patsiendil kas on või ei ole. Kui motivatsiooni ei ole, ei saa tervishoiusüsteemi poolt midagi teha. Lõppkokkuvõttes on see tõsi, kuid jätab varju oskustöö, mida psühholoogid, perearstid, psühhiaatrid ja teised saavad teha motivatsiooni suurendamiseks.
- Sõltuvus on nii suur ja raske seisund, et perearsti tööriistadega ei ole eriti midagi teha.
- Esmatasandi teenuse pakkumisel peaks sõltuvusega tegelema lisaks perearstile keegi teine – vaimse tervise õde, motiveerija või mõni muu taastusteenus.
- KTE programm on ebamõistlikult mahukas ja nõuab palju tööd.
- Koolitused jagavad teoreetilisi oskusi, mida tervishoiutöötaja üldjuhul teab. Motiveeriva intervjuerimise „selgeks saamine“ uue haiguse kontekstis ei ole teoreetiline, vaid eeldab pikemaajalist praktiseerimist.

Kommunikatsiooniplaan peaks töötama välja uuendatud sõnumistrateegia, mis vastaks kõige põletavamatele pärssivatele teguritele ning kasutaks perearstide jaoks veenvaid kõneisikuid – perearste, kellel on ALVAL teenuse pakkumisel juba edukogemus.

Täiendavalt tuleks kommunikatsiooniplaani osana kavandada:

- KTE programmi tasub tutvustada muudel seminaridel ja üritustel, kus perearstid juba kokku tulevad (st mitte ainult TAI poolt korraldatud teabeüritustel). Tutvustajateks peaksid olema perearstid, kes võivad mõjuda antud sihtgruppide veenvamalt kui muud spetsialistid.
- Planeerida ja koostada artiklid ja *podcast*'id perearstidega sellest, kuidas nad erinevaid ALVAL teenuse osutamisel ettetulevaid probleeme lahendavad.
- Täpsemalt tuleb paika panna õppereiside roll: kas neid korraldatakse, kellele ja mis mahus. Õppereise saaks kasutada väga põhjalikuks kommunikatsioonivõimaluseks perearstide seas, näidates praktikat mujalt, avaldades intervjuusid arstidega, kes mujal sama tööd teevad jne.

SÜSTEEMI TASANDI PAKKUMINE | Vahehindamise tulemusel selgus, et programmis osalejad ei taju kohati KTE programmi laiemat eesmärki. Laiema mõju tajumine aitab teadvustada oma töö olulisust ning näha selle rolli mõju üldisemas pildis. Seetõttu võiks programm pakkuda jätkuvalt mitmekülgset kombinatsiooni oma sisu, korralduse ja eesmärkide poolest erinevatest arendustegevustest. Soovitav on välja töötada omavahel kooskõlastatud tegevustest koosnev ja järjepidev tegevuste plaan, mis pakub nii erinevas mahus koolitusi, fookusteemadele keskenduvaid supervisioone, konverentse, õppereise aga ka erinevate sihtgruppide vahelist koostööd ja nende paremat kaasamist soodustavaid lühemaid seminare.

Intervjueritavad leidsid, et eduka ja jätkusuutliku teenusepakkumise tagamiseks on oluline, et tekiks tihe suhtlusvõrgustik kõigi teemaga seotud osapoolte vahel. Ühiselt saaks jagada kogemusi ja leida parimaid viise teenuste arendamiseks. Valdkondlikus arengus kaasaraäkimine võiks motiveerida ka täienevalt perearste rohkem kui näiteks teenuse osutamise eest saadav tulu.

KOOLITUSED | Programmi koolitustel osalemist tuleks laiendada ka muudele alkoholi liigtarbijatega kokkupuutuvatele ja neile tugiteenuseid pakkuvatele spetsialistidele (nt kohaliku omavalitsuse töötajad, töötukassa spetsialistid, kriminaalhoolduse ametnikud jms). Programmi üheks eesmärgiks on, et perearstid suudaksid võimalikult vara alkoholiprobleemi ära tunda ja vajadusel suunaksid patsiendi ravile. Vahehindamise käigus intervjueritud kriminaalhooldajad ja sotsiaalametnikud toovad välja, et paljudel nende klientidel ei olegi perearsti või nad ei tea, kes selleks on. Seega selliste inimeste puhul ei täida programm oma eesmärki, sest sellised patsiendid ei satu perearsti kui esmatasandi töötaja juurde, kes võiks nende probleemi märgata ja neid aidata. Lahenduseks saaks olla KTE tegevuste raames nende loogiliste sidusgruppide koolitamine ja nende oskuste arendamine, kes alkoholiprobleemidega inimestega rutiinselt kokku puutuvad – sotsiaaltöötajad, kriminaalhooldustöötajad, vaimse tervise õed erakorralise meditsiini osakonnas vms kohad, kus saaks motiveerivat intervjuerimist loogiliselt rakendada.

Teiseks võiks olla koolitustel ja supervisioonidel osalemine võimalik ka lühemate sessioonide või tsüklite kaupa, et osalejatel ei oleks ainus võimalus valida kas kahepäevane koolitus kodust eemal või mitte midagi. Samuti võiks kaaluda nt kaks korda kuus *webinar*'e, mis annavad huvitavat sisu nii hankes osalevatele kui

uutele huvilistele. Seal võiks käsitleda nt mõnd huvitavat raviaспекти, rääkida kohalikke edulugusid, selgitada, kuidas mõni praksis on oma töökorralduse üles seadnud jne. *Webinar*'idel peaksid uued huvilised saama esitada küsimusi, sh kriitilisi küsimusi.

Koolituste tulemuslikkuse tõstmiseks tehti ettepanek, et ALVAL teenuse koolitusele võiks koostada videomaterjale spetsiaalselt lavastatud konsultatsiooniprotsessiga. Neid küll juba on, aga olemasolevad materjalid tuleks üle vaadata ja uuendada.

JUHENDMATERJALID | Intervjuude tulemustest selgus vajadus mitte-meditsiinilise suunaga juhendmaterjali järele. Sotsiaaltöötajad ja kriminaalhooldajad kasutavad aktiivselt TAI kodulehel olevaid materjale (töölehti, voldikuid) ja on nendega väga rahul, kuid need on kõik meditsiinilise suunaga ja seetõttu on mitte-tervishoiutöötajatel neid raske kasutada. Selle kitsaskoha kõrvaldaks näiteks lähedastele suunatud juhendmaterjali olemasolu, kuid selle koostamine on TAI-l veel pooleli.

TAGASISIDESÜSTEEM | Süsteemselt on problemaatiline patsientide liikumine süsteemis ja kommunikatsioon ning tagasisidestamine süsteemi erinevate osade vahel. Perearstid, kriminaalhooldajad, Töötukassa jne kurdavad, et nad ei saa piisavat tagasisidet ravile suunatud patsiendi kohta. Raviarstid muretsevad, et ei saa tagasisidet kohaliku omavalitsuse teenuste kohta, mis peaksid nende patsienti edasi toetama. Ehkki patsiendi andmete kaitsega seotud aspektid on andmete jagamise puhul väga olulised ja võivad tõsiselt mõjutada patsiendi tulevikuväljavaateid (nt kriminaalhoolduse või väidetavalt ka autojuhilubade uuendamise puhul), siis praegune tagasisidesüsteemi puudumine on kõigile osapooltele motivatsiooni hävitav. Samuti on patsientidel võimalik peale üht teenust lihtsalt „kaduma minna“ ilma, et teised ravi- ja sotsiaalteenuste süsteemis osalejad seda teaksid või tähele paneksid.

Seega on soovitus töötada koos teenuseosutajate, patsientide, andmekaitse spetsialistide ja juristidega välja rahuldav tagasisidesüsteem koos asjakohaste andmekaitseprotseduuride ja koolitustega.

Eelnevaga kattub osaliselt ka soovitus, et perearstide ja erialaarstide vahel võiks olla ühenduslüli (nt nõustamiskabinet), millega patsient saaks vajadusel ühendust võtta, et vajalikul hetkel tuge saada. Sellisel juhul oleks raviaasutuste töö tulemuslikum ning ka patsientide heaolu oleks suurem. Samuti oleks mõlemal poolel pidevalt infot patsiendi tegemiste kohta.

VAIMSE TERVISE ÕDE ESMATASANDI SÜSTEEMIS | Nii raviaasutused kui perearstid leiavad, et esmatasandil võiks olla vaimse tervise õde, kes muuhulgas tegeleks ka alkoholi liigtarvitajatega. See vähendaks nii perearsti kui -õe koormust. Soovituse rakendamiseks vajalikke ressursse tuleks otsida laiemalt, mitte vaid programmi raames.

PROGRAMMI ARUANDLUS | Teenusepakujate lisakoormust vähendaks täiendused programmi aruandluse süsteemis. Soovitav on rakendada arvete koostamisel piiranguid, mis ei luba sisestada arvetele programmist mitterahastatavaid teenuseid. Käesoleval ajal toimiv süsteem võimaldab arvele panna ka teisi teenuseid, mida KTE programmist ei rahastata.

TEADLIKKUST SUURENDAVAD TEGEVUSED | Kuivõrd senised teadlikkuse suurendamisele suunatud kampaaniad on valdavalt mõjusad ja asjakohased, siis on soovitatav neid veelgi laiaulatuslikumalt jätkata. Näiteks tuleks läbi viia kampaaniaid, et teadvustada lahja alkoholi (õlu ja siider) kahjulikkust ning tõsta toodete alkoholisisaldust teavitavate siltide lugemise oskust. Alkoholi liigtarbimist aitaks laiemalt mõjutada eestikeelse ja avalikult kättesaadava alkopäeviku rakendus.

Veebilehe alkoinfo.ee osas leidsid mõned raviteenuse osutajad, et seda ei tohiks nii tihti muuta. Sisu mõttes on veebileht väga vajalik ja asjakohane, aga selle struktuuri muutmine ajab kasutajad segadusse. Alkoholisõltuvusega inimeste elus ei ole niikuinii korda ja seega võiks osaliselt ka neile suunatud veebileht olla stabiilne.

JÄTKUSUUTLIKKUSE TAGAMINE | Programmi tulemusel senistes hoiakutes ja mõtteviisides saavutatud muudatuste säilitamiseks tuleks varakult otsida rahalisi ressursse ja teha koostööd seotud osapooltega, et jätkata ALVAL ja ravi teenuste osutamisega peale programmi lõppu. Ühe võimalusena kaaluda hinnatava meetme järelejäänud ressursside kasutamise pikendamist kuni 2023 aastani. Sellegipoolest tuleks paralleelselt otsida võimalusi teenusega rahastamise jätkamiseks peale perioodi lõppu.

Kahtlemata on väärtuslik, et koolitused ja teenusepakkumise kogemus on hakanud juurutama tervishoiutöötajates uut tüüpi suhtumisi ja koostöömudeleid. Kui järgneva nelja-aastase perioodi jooksul (s.o kuni 2023 aastani) jõutaks programmi raames veelgi rohkem positiivset suhtumist ja koostööd soodustavate tulemusteni, siis on tõenäolisem, et aja jooksul võib alkoholiemaline varajane märkamine ja elustiilinõustamine saada osaks regulaarsest arsti-patsiendi suhtlusest. Sellisel juhul saaks teenus püsivaks ja loogiliseks osaks Eesti tervishoiuteenuste keskkonnast ning oleks teoreetiline võimalus loota, et mitte üksi, vaid koos teiste laiemat alkoholkultuuri mõjutavate poliitikasekkumistega (hind, kättesaadavus, reklaam), aitab ravi ja varajane märkamine kaasa olukorra paranemisele ja raviteenuste vajaduse vähenemisele.

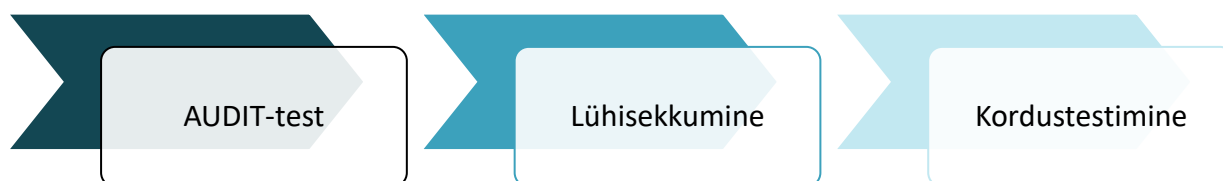
LISAD

LISA 1. ALVAL TEENUSE ÜLDINE KIRJELDUS

Tuginedes erinevatele programmi raames loodud materjalidele, on alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine ja lühisekkumine levinud teaduspõhine sekkumisviis, mille eesmärgiks on ennetada alkoholi tarvitamisest põhjustatud kahju. Alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine tähendab, et hinnatakse alkoholitarvitamise riskitaset ning selle esinemisel otsustatakse, milline on õige tegutsemise viis. Juhul, kui inimene tarvitab alkoholi ohustavalt või kahjustavalt, on sobivaimaks lahenduseks lühisekkumise kasutamine. Juhul kui patsiendil tuvastatakse või kahtlustatakse alkoholi kuritarvitamist või sõltuvust, siis tuleb motiveerida teda ravile minema.

Lühisekkumine kujutab endast arsti ja patsiendi vahelist vestlust, mis on lühike ning motiveeriv. Selline lähenemine on kõige efektiivsem üldarstiabi tasandil, kuna perearstil või -õel on patsiendiga juba kujunenud usalduslik suhe, üldarstiabi kordusvisiitide arv on suurem kui eriarstiabis ning patsiendid ei vaja antud tasandil kiiret sekkumist.⁶⁵ Programmi raames osutatav ALVAL teenus koosneb kolmest alljärgnevalt kirjeldatud etapist (Joonis 10).

JOONIS 10: ALVAL TEENUSE SISU



AUDIT-test võimaldab kergesti ja objektiivselt välja selgitada konkreetse patsiendi alkoholitarbimisest tulenevad terviseriskid, juhul kui patsiendi välised märgid ei näita või patsient ei taha või ei oska öelda täpsemalt enda tarbimisharjumuste kohta. Sel eesmärgil viiakse üldjuhul ALVAL teenuse käigus esmalt läbi AUDIT-test, mille loojaks on Maailma Terviseorganisatsioon. AUDIT-testi usaldusväärsusust peetakse kõrgeks, kuna see suudab tuvastada alkoholi liigtarvitamise ligi 90%-l kõikidest juhtudest. AUDIT-test koosneb 10-st küsimusest, mille käigus tehakse kindlaks patsiendi alkoholi tarvitamise kogused ning sagedus. Lisaks aitab test kindlaks teha tegurid, mis võivad viidata nii alkoholi sõltuvusele kui ka kahjustavale käitumisele. Juhul, kui 10-küsimusega test osutub ajakulukaks ja pikaks, kasutatakse AUDIT-C testi, mille puhul esitatakse ainult kolm AUDIT-testi esimest küsimust.

ALVAL teiseks osaks on **lühisekkumine**, mis on oma olemuselt motiveeriv, lühike ja kindla struktuuriga vestlus arsti ning patsiendi vahel, et mõista alkoholiprobleemi ulatust. Peale lühisekkumist hinnatakse, milline on patsiendi soov ja motivatsioon muutuste elluviimiseks. Lühisekkumine tugineb kuuetele põhimõttele, moodustades akronüümi FRAMES, mille sisu on välja toodud alljärgnevas tabelis:⁶⁶

⁶⁵ „Alkoholi liigtarvitamise varajase avastamine ja lühisekkumine. Abimaterjal perearstile ja pereõele“ (2017) Kättesaadav:

https://intra.tai.ee/images/prints/documents/149207690591_Alkoholi%20liigtarvitamise%20varajane%20avastamine%20veeb.pdf

⁶⁶ „Lühisekkumine alkoholi liigtarvitamisse. Koolitaja juhendmaterjal“ (2016) Kättesaadav:

https://intra.tai.ee/images/prints/documents/145813514639_lyhisekkumine_alko_liigtarvitamisse.pdf

TABEL 15: ALVAL LÜHISEKKUMISE PÕHIMÕTTED

PÕHIMÕTE	SISU
Tagasiside (<i>Feedback</i>)	Teenuseosutaja annab patsiendile tagasisidet võimalike terviseriskide kohta
Vastutus (<i>Responsibility</i>)	Teenuseosutaja jätab patsiendile vastutuse alkoholi tarvitamise muutmises
Nõuannete jagamine (<i>Advice</i>)	Teenuseosutaja jagab patsiendile nõuandeid, kuidas vajadusel koguseid vähendada või kuidas tarvitamisest loobuda lõplikult
Toimetuleku võimaluste jagamine (<i>Menu</i>)	Teenuseosutaja pakub patsiendile välja võimalusi, kuidas tulla toime alkoholi tarvitamise vähendamisega
Empaatiline intervjuerimine (<i>Empathic interviewing</i>)	Teenuseosutaja kuulab ja mõistab patsiendi seisukohti ning peegeldab neid patsiendile tagasi ilma vastandumata
Enesekindluse suurendamine (<i>Self-Efficacy</i>)	Teenuseosutaja julgustab ja motiveerib patsienti eesmäärke seadma ning neid täitma

Lühisekkumise mõju ei ole võimalik ette määrata, kuna see sõltub mitmetest teguritest – spetsialisti oskused, patsiendi tahe ja vastuvõtlikkus ning samuti patsiendi tervislik olukord. Lühisekkumise mõju kestab praktikas umbes neli aastat, kuid juba esimesel aastal hakkab saavutatud efekt vähenema. Sellest tulenevalt tuleks peale ühe aasta möödumist lühisekkumisest läbi viia **kordustestimine**, et vältida võimalusel suuremat tagasilangust. Selleks, et hinnata lühisekkumise mõju, tehakse vajadusel patsiendile uuesti AUDIT-test.⁶⁷

⁶⁷„Alkoholi liigtarvitamise varajase avastamine ja lühisekkumine. Abimaterjal perearstile ja pereõele“ (2017)
Kättesaadav: https://intra.tai.ee//images/prints/documents/154400163611_Alkoholi%20liigtarvitamine_veeb.pdf

LISA 2. RAVI TEENUSE KIRJELDUS

Programmi raames osutatav alkoholitarvitamise häire ravi baseerub tõenduspõhisele ravijuhendile „Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitus“. Mõiste „alkoholitarvitamise häire“ hõlmab nii alkoholi kuritarvitamist kui alkoholisõltuvust. Tänapäevase käsitluse kohaselt on alkoholisõltuvus krooniline, ägenemistega kulgev ajuhaigus.⁶⁸ Haiguste klassifikatsioonis kuulub alkoholitarvitamise häire küll psühhiaatriliste haiguste gruppi, aga selle raviga võivad tegeleda nii psühhiaatrid kui perearstid sõltuvalt patsiendi seisundi raskusest ja psühhiaatrilise abi kättesaadavusest. Ravi on väga individuaalne ja võib toimuda nii ambulatoorselt kui ka statsionaarselt (raske võõrutusseisundiga patsiendid võivad vajada haiglaravi, samuti tagasilangust ennetava raviga alustamisel võib see olla vajalik).⁶⁹

Alkoholitarvitamise häire ravi teenust pakuvad programmi raames haiglad ja muud eriarstiabi pakkuvad asutused (edaspidi raviasutused). Raviasutused moodustavad ravimeeskonna, kuhu kuulub psühhiaater, öde/vaimse tervise öde, psühholoog/kliiniline psühholoog, sotsiaaltöötaja. Psühhiaater peab meeskonnas kindlasti olema, kuid ülejäänud liikmed on raviasutuse enda otsustada. Seega on programmi raames alkoholitarvitamise häire ravi teenuse osutamine hoopis erinev sellest, kuidas see kunagi toimus – varem läks patsient otse psühhiaatri juurde, nüüd aga on ravi osutamiseks terve meeskond.

Esmalt pöördub patsient raviasutuse vaimse tervise öe või öe juurde, kes on õppinud häiret hindama. Ravijuhendis on toodud detailne info alkoholitarvitamise häire diagnoosimise ja ravi kohta. Ravi alustatakse samuti AUDIT-testiga nagu perearstid ALVAL teenuse osutamise korral (vt Lisa 2). Kui AUDIT testi skoor on 16 või üle selle, võib see viidata alkoholi kuritarvitamisele või alkoholisõltuvusele. Siis on diagnoosi täpsustamiseks vaja läbi viia diagnostiline kliiniline intervjuu. Samuti teostatakse kliiniline hindamine. Selle käigus täpsustatakse üldine organsüsteemide kahjustuse tase, kaasuvad häired, hinnatakse patsiendi sõltuvuse raskusastet ja motivatsiooni.⁷⁰

Ravi alustamiseks peab patsient olema kaine – muidu teda vastu ei võeta. Ravi algab võõrutussümptomite leevendamise ja järgneb tagasilangust ennetav ravi. See, kuidas raviplaani koostatakse, varieerub asutuse (nt Tartus ja Pärnus vaatavad ravimeeskonnad ühiselt patsientide raviplaane üle ja otsustavad, mida edasi teha või muuta jne). Raviplaani koostamisel arvestatakse arsti määratud diagnoosi ja erinevate spetsialistide soovitusi, aga väga oluline on hinnata ka patsiendi motivatsiooni ja eelistusi. Neist lähtuvalt püstitatakse ravi eesmärk. Selleks võib olla tarvitata alkoholikoguste oluline vähendamine või täielik kainus. Teenuse osutamisel kasutatakse astmelise ravi mudelit ehk liigutakse vähem intensiivsematest sekkumistest intensiivsemate sekkumiste poole vastavalt patsiendi seisundile ja ravitulemustele.⁷¹ Tagasilanguse ennetamiseks kasutatakse erinevaid psühhosotsiaalseid sekkumisi – harimine, motiveeriv intervjuerimine, lühinõustamine, kognitiiv-käitumisteraapia, käitumuslikud sekkumised, sotsiaalsete ja toimetulekuoskuste treening jms. Vajadusel kasutatakse ka farmakoloogilist ravi. Ravi toimub valdavalt ambulatoorselt ja kestab enamasti 6–12 kuud sõltuvalt patsiendi seisundist ja motivatsioonist. Aktiivravile järgneb patsiendi jälgimine 2–3 aasta jooksul.⁷²

Alkoholitarvitamise häire ravi üheks oluliseks tegevuseks on vajadusel ka patsiendi lähedaste nõustamine patsiendi ravisoostumuse parandamiseks ja tagasilanguste riski vähendamiseks.⁷³ Lähedasi kaasatakse olenevalt konkreetsest juhtumist lähedase enda või patsiendi soovi avaldamise korral või arsti ettepanekul. Lähedase kaasamine ravi protsessi või nõustamisse on konkreetsest juhtumist ja eeldab alati patsiendi enda nõusolekut. Lähedaste nõustamise aspekt toodi programmi koostades eraldi välja, sest see oli uus

⁶⁸ Andresen, K. Kaasaegne alkoholisõltuvuse ravi – võtmesõnad ja peamised soovitusid. Alkoholitarvitamise häire ravi konverents, 03.12.2015

⁶⁹ Ravi. Programm „Kainem ja tervem Eesti“ <http://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/alkohol/kainem-ja-tervem-eesti/aravi>

⁷⁰ Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitus. Eesti ravijuhend. TAI ja Haigekassa, 2016.

⁷¹ Tegevused. Kainem ja tervem Eesti. <http://www.tai.ee/et/kainem-ja-tervem-eesti/tegevused>

⁷² Ravi. Programm „Kainem ja tervem Eesti“ <http://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/alkohol/kainem-ja-tervem-eesti/aravi>

⁷³ Tegevused. Kainem ja tervem Eesti. <http://www.tai.ee/et/kainem-ja-tervem-eesti/tegevused>

lähenemine – tavaliselt tervishoiuteenust lähedastele ei pakuta. Seejuures on määrav lähedaste enda huvi ja motivatsioon nõustamisel osaleda.

LISA 3. UURIMISKÜSIMUSED

HINDAMISKRITEERIUM	TELLIJA PÜSTITATUD UURIMISKÜSIMUSED	VAHEHINDAMISES KASUTATUD UURIMISKÜSIMUSED
Asjakohasus	<ul style="list-style-type: none"> - Millised on sihtrühmade ja ekspertide arvamused projekti tegevuste asjakohasuse kohta? - Kuivõrd arendustegevused (juhendmaterjalid, koolitused, kovisioonid, supervisioonid, õppevisiidid) aitavad kaas projekti eesmärkide saavutamisele? - Kuivõrd teadlikkust suurendavad tegevused (juhendmaterjalid ja koolitused, konverentsid ja teabeüritused, teavituskampaaniad, veebileht ja teavikud aitavad kaas projekti eesmärkide saavutamisele? - Milline on sihtrühmade teadlikkus alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja lühisekkumise ning alkoholitarvitamise häire ravi teenustest, sh teadlikkus teenuste põhimõttelisest tulust? 	<p>Kas kõik tegevused on asjakohased ja aitavad kaas nende probleemide lahendamisele, mille lahendamiseks tegevused planeeriti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Millised on sihtrühmade ja ekspertide arvamused projekti tegevuste asjakohasuse kohta? - Kuivõrd arendustegevused (juhendmaterjalid, koolitused, kovisioonid, supervisioonid, õppevisiidid) aitavad kaas projekti eesmärkide saavutamisele? - Kuivõrd teadlikkust suurendavad tegevused (juhendmaterjalid ja koolitused, konverentsid ja teabeüritused, teavituskampaaniad, veebileht ja teavikud aitavad kaas projekti eesmärkide saavutamisele? - Milline on sihtrühmade teadlikkus alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja lühisekkumise ning alkoholitarvitamise häire ravi teenustest, sh teadlikkus teenuste põhimõttelisest tulust elanikkonnale ja patsientidele ning alkoholi tarvitamise riskipiiridest?
Tulemuslikkus	<ul style="list-style-type: none"> - Kas kõik planeeritud tegevused on kavandatud mahus (nii eelarve kui näitajad) rakendunud ning kas ja milline on viivituste mõju projekti eesmärkide saavutamisele? - Kuivõrd kättesaadavad (geograafiliselt, vajadusest lähtuvalt jne) on alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja lühisekkumise ning alkoholitarvitamise häire ravi teenused? - Kuivõrd piisavad ja kasulikud on olnud teenuste arendustegevused (juhendmaterjalid, teavikud, koolitused, kovisioonid, supervisioonid, õppevisiidid), et teenuseid osutataks kättesaadavalt? 	<p>Kui tõenäoline on projekti eesmärkide ja näitajate saavutamine ning kas jõutakse oodatud tulemusteni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kas kõik planeeritud tegevused on kavandatud mahus (nii eelarve kui näitajad) rakendunud ning kas ja milline on viivituste mõju projekti eesmärkide saavutamisele? - Kuivõrd kättesaadavad (geograafiliselt, vajadusest lähtuvalt jne) on alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja lühisekkumise ning alkoholitarvitamise häire ravi teenused? - Kuivõrd piisavad ja kasulikud on olnud teenuste arendustegevused (juhendmaterjalid, teavikud, koolitused,

HINDAMISKRITEERIUM	TELLIJA PÜSTITATUD UURIMISKÜSIMUSED	VAHEHINDAMISES KASUTATUD UURIMISKÜSIMUSED
	<ul style="list-style-type: none"> - Kuivõrd erinevad projektis osalevate ja mitteosalevate teenusepakkujate hinnangud? - Kuivõrd on teenuste reaalsed vajadust võimalik projektist (arvestades projekti eelarvet, teenuste kavandatud mahte ja rakendamise perioodi) rahuldada? - Millised on motiveerivad tegurid ja peamised takistused, et teenusepakkujad osutaksid teenuseid? - Millised on barjäärid, mis takistavad tervishoiutöötajatel teenusepakkujana projektis osalemast? - Kui palju on neid teenusepakkujaid, kes on osalenud arendustegevustes ja osutavad teenust, aga projektis teenusepakkujana ei osale? - Kui palju on neid teenusepakkujaid, kes on osalenud arendustegevustes, aga ei osuta teenust? - Kuidas on tegevuste elluviimisel arvestatud läbivate teemadega (toetatakse võrdsete võimaluste ja regionaalarengu eesmäärke (lähtuvalt Rahandusministeeriumi juhendist „Läbivad teemad valdkonna arengukavas“)? - Millised on sihtrühmade ja uuringu meeskonna ettepanekud tegevuste muutmiseks ning alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja lühisekkumise ning alkoholitarvitamise häire ravi teenuste osutamise parendamiseks? - Kuidas võimalikud muudatused uuringu meeskonna hinnangul mõjutavad teenuste pakkumist, kättesaadavust ja teenustel osalemist ning millised on vajalikud ressursid? 	<p>kovisioonid, supervisioonid, õppevisiidid), et teenuseid osutataks kättesaadavalt?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kuivõrd erinevad projektis osalevate ja mitteosalevate teenusepakkujate hinnangud? - Kuivõrd on teenuste reaalsed vajadust võimalik projektist (arvestades projekti eelarvet, teenuste kavandatud mahte ja rakendamise perioodi) rahuldada? - Millised on motiveerivad tegurid ja peamised takistused, et teenusepakkujad osutaksid teenuseid? - Millised on barjäärid, mis takistavad tervishoiutöötajatel teenusepakkujana projektis osalemast? - Kui palju on neid teenusepakkujaid, kes on osalenud arendustegevustes ja osutavad teenust, aga projektis teenusepakkujana ei osale? - Kui palju on neid teenusepakkujaid, kes on osalenud arendustegevustes, aga ei osuta teenust? - Kuidas on tegevuste elluviimisel arvestatud läbivate teemadega (toetatakse võrdsete võimaluste ja regionaalarengu eesmäärke? - Millised on sihtrühmade ja uuringu meeskonna ettepanekud tegevuste muutmiseks ning alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja lühisekkumise ning alkoholitarvitamise häire ravi teenuste osutamise parendamiseks? - Kuidas võimalikud muudatused uuringu meeskonna hinnangul mõjutavad teenuste pakkumist, kättesaadavust ja teenustel osalemist ning millised on vajalikud ressursid?
Tõhusus	<ul style="list-style-type: none"> - Alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja lühisekkumise teenuse toimimise kirjeldus ja hinnang sellele (kas ja kuidas 	<p>Kuivõrd rakendussüsteem toimib:</p>

HINDAMISKRITEERIUM	TELLIJA PÜSTITATUD UURIMISKÜSIMUSED	VAHEHINDAMISES KASUTATUD UURIMISKÜSIMUSED
	<p>on vajalik teenuse osutamist muuta ning millised on vajalikud ressursid).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alkoholitarvitamise häire ravi teenuse toimimise kirjeldus ja hinnang sellele (kas ja kuidas on vajalik teenuse osutamist muuta ning millised on vajalikud ressursid). - Osapoolte omavaheline koostöö (sh kas ja kuidas alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja lühisekkumise teenuselt inimesed raviteenusele jõuavad ning vastupidi) ja info vahetamise protsessi kirjeldus ning hinnang sellele (kas ja kuidas koostööd parendada ning millised on vajalikud ressursid). 	<ul style="list-style-type: none"> - ALVAL teenuse toimimise kirjeldus ja hinnang sellele (kas ja kuidas on vajalik teenuse osutamist muuta ning millised on vajalikud ressursid). - Alkoholitarvitamise häire ravi teenuse toimimise kirjeldus ja hinnang sellele (kas ja kuidas on vajalik teenuse osutamist muuta ning millised on vajalikud ressursid). - Osapoolte omavaheline koostöö (sh kas ja kuidas alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja lühisekkumise teenuselt inimesed raviteenusele jõuavad ning vastupidi) ja info vahetamise protsessi kirjeldus ning hinnang sellele (kas ja kuidas koostööd parendada ning millised on vajalikud ressursid).
Jätkusuutlikkus		<p>Kuidas jõutakse programmi lõpp-eesmärkideni ning kuidas väljundeid peale rahastuse lõppemist (edasi) kasutatakse? Sh:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Milline on lõpp-eesmärkide saavutamise prognoos? Millised tegurid võivad lõppeesmärkide saavutamist mõjutada (soodustada või takistada)? - Millises mahus võib olla vajadus pakutavate ja/või uute teenuste ning arendus- ja teavitustegevuste järele pärast programmi lõppemist (alates 2020)? - Kas ja kui kaua on arendus- ja teavitustegevuste tulemusel välja töötatud avalikud veebilehed, teavitusmaterjalid jms kasutatav ja ajakohane ka peale programmi lõppemist? - Kas raviasutustel on jätkuvalt huvi ja ressursse osutada raviteenuseid ka pärast programmi lõppemist? Mida on võimalik programmi raames teha, et huvi ja ressursid oleks teenuse jätkuvaks osutamiseks tagatud? - Kas ja millist tuge vajavad sihtrühmad edaspidi?

LISA 4. HINDAMISES OSALENUD ASUTUSTE JA ORGANISATSIOONIDE NIMEKIRI

Hindamise käigus kaasati intervjuudesse kokku 66 erinevat tervishoiuvaldkonna spetsialisti. Esmaste tulemuste valideerimiseks korraldatud seminaril osales kokku 21 spetsialisti. Kokku osales hindamise protsessis 33 asutusest ja organisatsioonist 74 erinevat tervishoiuvaldkonna spetsialisti või eksperti.

SIHTGRUPP	ASUTUS	KTE PROGRAMMI PARTNER	INTERVJUUL OSALENUD ESINDAJATE ARV	SEMINARIL OSALENUD ESINDAJATE ARV
Perearstikeskus	Järveotsa Perearstikeskus	X	4	
Perearstikeskus	Märjamaa Perearstikeskus	X	5	
Perearstikeskus	Pirita-Kose Perearstikeskus	X	1	
Perearstikeskus	Qvalitas OÜ		1	
Perearstikeskus	Ülle Perend OÜ		1	
Perearstikeskus	Perearst Marika Laar		1	
Raviasutus	TÜ Kliinikumi psühhiaatrikliinik	X	7	3
Raviasutus	Pärnu Haigla Psühhiaatrikliinik	X	6	2
Raviasutus	Põhja-Eesti Regionaalhaigla psühhiaatrikliinik	X	6	4
Raviasutus	Psühhiaatria ja Psühhoteeraapia Keskus Sensus		1	
Raviasutus	Läänemaa Haigla		3	
Raviasutus	Jaanson ja Lääne OÜ		1	
Raviasutus	Viljandi haigla	X		1
Muud asutused ja organisatsioonid	Pärnu Linnavalitsus, sotsiaal- ja eluasemeteenistus		2	
Muud asutused ja organisatsioonid	Tallinna Vangla Pärnu kriminaalhooldusosakond		1	
Muud asutused ja organisatsioonid	Töötukassa Pärnumaa osakond		2	
Muud asutused ja organisatsioonid	Lääne Ringkonnaprokuratuur		2	
Muud asutused ja organisatsioonid	Haapsalu Linnavalitsuse sotsiaalosakond		1	
Muud asutused ja organisatsioonid	EELK Haapsalu Perekeskus		1	

SIHTGRUPP	ASUTUS	KTE PROGRAMMI PARTNER	INTERVJUUL OSALENUD ESINDAJATE ARV	SEMINARIL OSALENUD ESINDAJATE ARV
Muud asutused ja organisatsioonid	Tartu Linnavalitsuse sotsiaal-, tervishoiu- ja lastekaitseteenistused		3	
Muud asutused ja organisatsioonid	Tartu Vangla Tartu esinduse kriminaalhooldusosakond		2	
Muud asutused ja organisatsioonid	AA rühmade esindajad		2	
Muud asutused ja organisatsioonid	Eesti Perearstide Selts			1
Muud asutused ja organisatsioonid	Eesti Psühhiaatrite Selts			1
Programmi arendustegevused	TÜ Kliinikum (ravi teenuse arendaja)		2	
Programmi arendustegevused	Eesti Perearstide Selts (ALVAL teenuse arendaja)		1	
Programmi planeerimine ja seire	AJK Kliinik		1	
Programmi planeerimine ja seire	TAI ALVAL teenuse koordineerija		1	
Programmi planeerimine ja seire	SA Innove		2	
Programmi planeerimine ja seire	TAI		3	5
Programmi planeerimine ja seire	Sotsiaalministeerium		3	4
KOKKU			66	21

LISA 5. PROGRAMMI EELARVE TÄITMINE

Kulukoht	2014-2015 ⁷⁴			2014-2016 ⁷⁵			2014-2017 ⁷⁶			2014-2018 ⁷⁷		
	Kinnitatud eelarve abikõlblik kulu	Abikõlblik kulu aruandeperioodi lõpuks	Eelarve täitmise %	Kinnitatud eelarve abikõlblik kulu	Abikõlblik kulu aruandeperioodi lõpuks	Eelarve täitmise %	Kinnitatud eelarve abikõlblik kulu	Abikõlblik kulu aruandeperioodi lõpuks	Eelarve täitmise %	Kinnitatud eelarve abikõlblik kulu	Abikõlblik kulu aruandeperioodi lõpuks	Eelarve täitmise %
1. TATI sisutegevuste kulud	732 836	112 347,1	15,3	1 132 876	475 279,7	42	4 457 748	1 689 515,7	37,9	6 148 814	3 295 806,7	53,6
1.1 TATI juhtimiskulud ⁷⁸	28 905	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.2 ALVAL teenuse arendamise ja osutamise kulud	266 295	50 541,4	19	209 096	126 708,2	60,6	505 195	320 250,5	63,4	684 677	425 285,8	62,1
1.2.1 Sisutegevuste personalikulu	58 595	45 661,5	77,9	102 456	86 196,8	84,1	161 051	132 291,4	82,1	218 892	175 933,8	80,4
1.2.2 ALVAL teenuse arendamise ja osutamise kulud	207 700	4 879,9	2,3	106 640	40 511,4	38	344 145	187 959,1	54,6	465 785	249 352,0	53,5
1.3 Alkoholitarvitamise häire ravi teenuse arendamise ja osutamise kulud	189 577	33 729,8	17,8	365 466	88 430,6	24,2	2 748 340	634 878,6	23,1	3 672 127	1 812 440,0	49,4
1.3.1 Sisutegevuste personalikulu	39 281	33 037,7	84,1	71 666	60 351,2	84,2	113 040	91 531,8	81	182 813	116 040,9	63,5

⁷⁴ „Kainem ja tervem Eesti“ eelarve täitmise aruanne aruandeperioodiks 01.11.2014–31.12.2015

⁷⁵ „Kainem ja tervem Eesti“ eelarve täitmise aruanne aruandeperioodiks 01.11.2014–31.12.2016

⁷⁶ „Kainem ja tervem Eesti“ eelarve täitmise aruanne aruandeperioodiks 01.11.2014–31.12.2017

⁷⁷ „Kainem ja tervem Eesti“ eelarve täitmise aruanne aruandeperioodiks 01.11.2014–31.12.2018

⁷⁸ Pärast 2015. a ei ole neid eraldi kulureana välja toodud.

Kulukoht	2014-2015 ⁷⁴			2014-2016 ⁷⁵			2014-2017 ⁷⁶			2014-2018 ⁷⁷		
	Kinnitatud eelarve abikõlblik kulu	Abikõlblik kulu aruandeperioodi lõpuks	Eelarve täitmise %	Kinnitatud eelarve abikõlblik kulu	Abikõlblik kulu aruandeperioodi lõpuks	Eelarve täitmise %	Kinnitatud eelarve abikõlblik kulu	Abikõlblik kulu aruandeperioodi lõpuks	Eelarve täitmise %	Kinnitatud eelarve abikõlblik kulu	Abikõlblik kulu aruandeperioodi lõpuks	Eelarve täitmise %
1.3.2 Alkoholitartvitamise häire ravi teenuse arendamise ja osutamise kulud	150 296	692	0,4	293 800	28 079,5	9,6	2 635 300	543 346,8	20,6	3 489 314	1 696 399,1	48,6
1.4 Teadlikkust suurendavate tegevuste kulud	201 122	22 651	11,3	531 047	242 735,2	45,7	1 126 271	693 979,4	61,6	1 665 359	988 121,2	59,3
1.4.1 Sisutegevuste personalikulu	64 622	13 979	21,6	83558	56 648,4	67,8	161 782	105 875,9	65,4	203 093	144 189,8	70,1
1.4.2 Teadlikkust suurendavad tegevused	136 500	8 672	6,4	447 489	186 086,8	41,6	964 489	588 103,5	61	1 462 266	843 931,5	57,7
1.5 TATi elluviimise tegevuste seire ja hindamise kulud	46 936	5 425	11,6	27 267	17 405,6	63,8	77 942	40 407,2	51,8	126 651	69 960,0	55,2
1.5.1 Sisutegevuste personalikulu	32 846	4 180	12,7	22 973	13 112,3	57,1	55 648	35 813,6	64,4	83 857	64 989,3	77,5
1.5.2 TATi elluviimise tegevuste seire ja hindamine	14 090	1 245,3	8,8	4 294	4 293,4	99,9	22 294	4 593,5	20,6	42 794	4 970,4	11,6
2. TATi administreerimise kulud	104 979	33 937,4	32,3	148 321	106 474,1	71,8	258 104	195 980,3	75,9	356 603	290 761,0	81,5
Kokku (1+2)	837 815	146 284,5	17,5	1 281 197	581 753,8	45,4	4 715 851	1 885 496	40	6 505 417	3 586 567,7	55,1
Jaotamata eelarve	9 361 975			8 918 594			5 483 940			3 694 374		
Eelarve kokku	10 199 791			10 199 791			10 199 791			10 199 791		