



Tervisetehnoloogiate
hindamise keskus

Uimastite koostarvitamise häire nõustamine

Tervisetehnoloogia hindamise raport TTH77

Tartu 2025

Raporti on koostanud:

Mariliis Pöld, Tartu Ülikooli tervisetehnoloogiate hindamise keskuse tervisepoliitika teadur

Martin Mürsepp, Tartu Ülikooli tervisetehnoloogiate hindamise keskuse terviseanalüütik

Kaiti Redlich, psühhiaater

Mikk Jürisson, Tartu Ülikooli tervisetehnoloogiate hindamise keskuse projekti vastutav täitja ning peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi kaasprofessor

Tänuõnad

Täname Katri Abel-Ollot Tervise Arengu Instituudist raporti retsenseerimise eest.

Keeletoimetaja Merily Šmidt

Viide raportile:

Pöld M, Mürsepp M, Redlich K, Jürisson M. Uimastite koostarvitamise häire nõustamine: tervisetehnoloogia hindamise raport TTH77. Tartu: Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut; 2025.

Uimastite koostarvitamise häire nõustamine:

ISBN 978-9985-4-1466-8 (pdf)

Tervisetehnoloogia raporti koostamist toetas Tervisekassa.

Sisukord

Lühendid	4
Mõisted	5
Kokkuvõte	6
1. Raporti eesmärk ja uurimisküsimused	8
2. Uimastitarvitamise epidemioloogia Eestis	10
2.1. Eesti täiskasvanud rahvastiku uimastitarvitamise uuring	10
2.1.1. Narkootiliste ainete tarvitamine	10
2.2.2. Tubaka- ja nikotiinitoodete tarvitamine	10
2.2.3. Alkoholitarvitamine	11
2.2.4. Ravimite mittemeditsiiniline tarvitamine	11
2.2.5. Erinevate uimastite samaaegne tarvitamine	11
2.2. Uimastite tarvitamisega seotud haigestumus ja suremus Eestis	12
3. Uimastitarvitamise häire nõustamise mõiste	14
3.1. Uimastitarvitamise häire lühisekkumine.....	16
4. Uimastitarvitamise häire nõustamise praktika	18
4.1. Rahvusvaheline praktika	18
4.2. Uimastitarvitamise häire nõustamine Eestis	23
4.3. Ravijuhendite ülevaade	26
4.4. Uimastite koostarvitamise häire skriiningtestid.....	28
5. Uimastite koostarvitamise häire nõustamise tervisekasu	30
Järeldused	34
Kasutatud kirjandus	35
Lisa 1. Raporti lähteülesanne	39
Lisa 2. Raporti metoodika	41
Summary	42

Lühendid

ASSIST	ingl Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, alkoholi, tubaka ja sõltuvusainete tarvitamise sõeluuring
AUDIT	ingl Alcohol Use Disorders Identification Test, alkoholitavitamise häire test
AUDIT-C	ingl Alcohol Use Disorders Identification Test – Concise, alkoholitavitamise häire lühitest
DUDIT	ingl Drug Use Disorders Identification Test, uimastitarvitamise häire test
EMCDDA	ingl European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Euroopa narkootikumide ja narkomaania seirekeskus
MAPS	ingl Motivation And Problem Solving Plus, motivatsioonile ja probleemilahendamisele suunatud sekkumine
SAHMSA	ingl Substance Abuse and Mental Health Services Administration, uimastite tarvitamise ja vaimse tervise teenuste administratsioon
SAOR	ingl Support, Ask and Assess, Offer Assistance, Refer, uimastitarvitamise häire lühisekkumise mudel
SBIRT	ingl Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment, uimastitarvitamise häire lühisekkumise raamistik

Mõisted

Uimasti – aine, mis mõjutab inimese enesetunnet, ümbritseva maailma tajumist ja käitumist; sama mis narkootiline aine, sõltuvusaine, psühhoaktiivne aine, narkootikum. Uimastid on psühhoaktiivsete ainete koondmõiste, mille alla kuuluvad legaalsed (alkohol, tubakas ja ravimid) ja illegaalsed uimastid (narkootikumid). [1]

Uimastitarvitamine – vähemalt ühekordne alkoholi- või muu aine tarvitamine. Mõistetena eristatakse uimastitarvitamist (ingl *substance use*) ja tervistkahjustavat uimastitarvitamist (ingl *substance misuse, substance abuse*).

Uimastitarvitamise häire (ingl *substance use disorder*) – uimastitarvitamine olukorras, kus psühholoogilisest ja füüsilisest kahjust hoolimata jätkab inimene tarvitamist [2].

Tervistkahjustav uimastitarvitamine – tervistkahjustav tarvitamine, mis ei ole sõltuvus [3].

Uimastite koostarvitamine – enam kui ühe uimasti tarvitamine lühikese ajaperioodi jooksul, kaasa arvatud alkohol ja narkootikumid [4].

Uimastite koostarvitamise häire (ingl *concurrent substance use disorder*) – mitme aine korduv tarvitamine sellisel moel, et inimene jätkab kompulsivset tarvitamist hoolimata negatiivsetest mõjudest [4].

Uimastite tervistkahjustav koostarvitamine (ingl *concurrent substance misuse*) – uimastite koostarvitamine, mis põhjustab kahju uimastite tarvitajale või teda ümbritsevatele inimestele. Mõnel juhul (nt alkoholitavitamine alaealistel või rasedatel, süstitavate narkootikumide tarvitamine) on igasugune tarvitamine tervistkahjustav [4].

Kokkuvõte

Uimastitarvitamine on sotsiaalne ja terviseiga seotud nähtus, mis mõjutab miljoneid inimesi, põhjustades kulutusi ja kahju rahvatervisele ning julgeolekule. Narkootikumide tarvitamisest tekkinud üledoosidega seotud surmade arv Eestis oli 2020. aastal 31, kuid 2023. aastal 113. Sageli tarvitatakse eri aineid koos (nt kanepit ja alkoholi, alkoholi koos narkootikumidega, rahustite või uinutitega), mis suurendab terviseriske. Seetõttu on nõustamisel tähtis käsitleda eri ainete koostarvitamist.

Siinse raporti eesmärk oli analüüsida uimastite koostarvitamise häire nõustamise tervisekasu ning hinnata nõustamise kulutõhusust ja maksumust Eestis võrreldes siiani kasutatud ainespetsiifilise (tubakas, alkohol) loobumisenõustamisega, keskendudes lühisekkumisele. Sihtrühm on täisealised inimesed vanuses 16–64 aastat.

Uimastite koostarvitamine tähendab enam kui ühe uimasti (k.a alkohol, narkootikumid) tarvitamist lühikese ajaperioodi jooksul. Uimastite koostarvitamise häire tähendab mitme aine korduvat tarvitamist sellisel moel, et inimene jätkab kompulsivset tarvitamist hoolimata negatiivsetest mõjudest.

Uimastitarvitamise häire nõustamine võib olla rakendatud lühisekkumisena, laiendatud lühinõustamise või meditsiinilise nõustamisena. Lühisekkumine on lühiajaline, tõenduspõhine ja struktureeritud protsess, millega toetatakse käitumise muutust. Nõustada võib erinevates asutustes, sealhulgas tervishoiusüsteemi eri tasanditel. Rahvusvahelises praktikas kasutatakse uimastitarvitamise häire esmasel käsitluses SBIRT-i (ingl Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment) põhimõtet. SBIRT on raamistik, millega saab tuvastada uimastitarvitamise häirega patsiendi, soodustada lühisekkumise kaudu käitumuslikke muutusi ning suunata kliinilise näidustuse korral edasisele ravile. Tõendus selle meetodika kohta on vastuoluline, ent uuringutes on siiski leitud uimastite problemaatilise tarvitamisega seotud indikaatorites positiivseid muutusi.

Eri riikide praktika näitel hõlmab uimastitarvitamise häire äratundmine ja käsitlemine nii tervishoiu-, sotsiaal- kui ka justiitsüsteemi. Eestis ühtset uimastitarvitamise häire nõustamise süsteemi ja uimastite koostarvitamise häire nõustamise teenust ei ole. Ainespetsiifilise nõustamise ravijuhendites soovitatakse küsida ka teiste uimastite tarvitamise kohta. USA-s on välja antud uimastite koostarvitamise käsitlemise juhendmaterjal. Sagedamini kasutavad

skriiningistrument uimastite tarvitamisega seotud riski hindamiseks on ASSIST (ingl Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test).

Tõendus uimastite koostarvitamisele suunatud lühisekkumise tervisekasu kohta on vähene. Teaduskirjanduse süstemaatilise otsinguga leiti üks alkoholi- ja tubakatoodete tarvitamist käsitletud uuring, kus võrreldi ainespetsiifilist ja kombineeritud lühisekkumist. Tulemused näitasid, et tubakatarvitamise vähendamisel oli tubakaspetsiifiline lühisekkumine efektiivsem kui kombineeritud sekkumine, aga kombineeritud nõustamine oli alkoholarvitamise vähendamisel efektiivsem kui alkoholispetsiifiline nõustamine kolmekuulise jälgimisaja korral. Ebapiisava tõenduse tõttu uimastite koostarvitamise häire nõustamise kohta ei tehtud Eesti oludele vastavat kulutõhususe ja eelarvemõju analüüsi. Tõenduse lisandudes tuleks teha uus süstemaatiline kirjanduse otsing. Uimasti koostarvitamise häire teenuse arendamiseks Eestis tuleks välja töötada ühtsed suunamise juhised ning tagada patsiendile teenuse ühtlane kättesaadavus.

1. Raporti eesmärk ja uurimisküsimused

Uimastite tarvitamine on keerukas sotsiaalne ja terviselega seotud nähtus, mis mõjutab ainuüksi Euroopa Liidus miljoneid inimesi, põhjustades kulutusi ja kahju rahvatervisele ja ohutusele, keskkonnale ja tööviljakusele. Samuti tekitab see julgeolekuohte [5].

Eestis on hakanud kasvama narkootikumide tarvitamisest tekkinud üledoosidega seotud surmade arv (2020. aastal 31, 2021. aastal 39, 2022. aastal 80 ning 2023. aastal 113 surma) [6]. Umbes kolmandik Eesti 16–64-aastasest rahvastikust on vähemalt korra elu jooksul tarvitanud mõnda narkootilist ainet [7]. 2022. aastal tarvitas alkoholi vähemalt kord nädalas 18,2% meestest ning 12,3% naistest (16–64-aastased). Igapäevasuitsetajaid oli 2022. aastal 20,6% meestest ning 12,1% naistest [8].

Sageli tarvitatakse eri aineid koos, näiteks kanepit ja alkoholi või alkoholi koos selliste narkootikumidega nagu amfetamiin või *ecstasy*. Ka võidakse rahustite või uinutitega samal ajal tarvitada alkoholi, tubakat või muid narkootikume. Ainete koos- või järjestikune tarvitamine suurendab terviseriske, näiteks üleannustamise ohtu. Seetõttu on nõustamisel tähtis käsitleda eri ainete (koos)tarvitamise teemat.

Riskikäitumine, nagu tubaka, alkoholi ja narkootikumide kasutamine, on Eestis enneaegse suremuse ja haigestumuse põhjuste hulgas olulisel kohal. Rahvastiku tervise arengukava prioriteedid alkoholi, tubaka ja narkootikumide tarvitamisega seotud kahjude vähendamiseks on muu hulgas tarvitamise ennetamine, varajane tuvastamine ja vähendamine, loobumishõustamise kättesaadavuse parandamine, sõltuvuste ravi ja nõustamisteenuste kättesaadavuse parandamine. [9]

Praegu pakutakse Eestis ainespetsiifiliste teenustena tubakast loobumise ja alkoholitarvitamise häire nõustamist, kuid mitte narkootikumidest loobumise nõustamist. Narkootikume tarvitavatel inimestel on võimalus saada nõustamist näiteks Tervise Arengu Instituudi hallatava narko.ee ööpäevaringse tugiliini kaudu, kasutades programme SÜTIK [10] ja VALIK [11] või teisi riigi pakutavaid teenuseid.

Uimastitarvitamise häire nõustamise kasutuselevõtuga on võimalik märgata tarvitajaid varem ja suunata neid uimastitest loobuma – nii pikendatakse tervena elatud eluaastaid ning vähendatakse üledoosidest tekitatud surmasid ja tervishoiusektori kulusid. Eestis on kinnitatud

riiklikud ravijuhendid „Tubaka- või nikotiinitoodetest loobumise nõustamine“ [12] ja „Alkoholarvitamise häirega patsiendi käsitus“ [13].

Rahvusvahelise haiguste klassifikaatori järgi on uimastitarvitamise häireid kirjeldatud V peatüki „Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired“ alampeatükis koodidega F19–F19. Eri ainete tarvitamisele on määratud eri koodid ning kood F19 on diagnoos „Mitmete või muude psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired“.

Raporti eesmärk on analüüsida uimastite koostarvitamise häire nõustamise tervisekasu ning hinnata nõustamise kulutõhusust ja maksumust Eestis võrreldes siiani kasutatud ainespetsiifilise (tubakas, alkohol) loobumisnõustamisega. Hinnatav tervisetehnoloogia on uimastite koostarvitamise häire nõustamine, mis hõlmab eri ainete (narkootikumid, tubakas, alkohol) tarvitamist (raportis ka „kombineeritud nõustamine“). Raporti koostamise ajal lepidi lähteülesande esitajaga kokku, et keskendutakse lühisekkumisele SBIRT-i (Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment) raamistiku alusel. Raporti sihtrühmaks on täisealised inimesed vanuses 16–64 aastat.

Raporti uurimisküsimused on järgmised:

1. Milline on uimastite koostarvitamise häire lühisekkumise praktika eri riikides?
2. Milline on uimastite koostarvitamise häire lühisekkumise tervisekasu?
3. Milline on uimastite koostarvitamise häire lühisekkumise optimaalne korraldus Eestis?
4. Milline on tõendus uimastite koostarvitamise häire lühisekkumise kulutõhususe kohta?
5. Milline on uimastite koostarvitamise häire lühisekkumise kulutõhusus Eestis?
6. Milline on uimastite koostarvitamise häire lühisekkumise eelarvemõju Eestis?

2. Uimastitarvitamise epidemioloogia Eestis

2.1. Eesti täiskasvanud rahvastiku uimastitarvitamise uuring

Tervise Arengu Instituut tegi 2023. aastal uimastitarvitamise uuringu Eesti täiskasvanud rahvastikus [7]. Uuringu valim koostati rahvastikuregistri andmete alusel. Uuringu küsimustikud ja kaaskiri saadeti 5000-le juhuslikult valitud 16–64-aastaste Eesti elanike rahvastikuregistris olevale e-posti aadressile ja seejärel internetis mittevastanutele posti teel koju. Kasutati valimi kihitamist vastavalt soole, vanusele ning piirkonnale. Küsimustikud olid nii eesti kui vene keeles. Uuringu kohandamata vastamismäär oli 38% (n = 1914), kohandatud määr 40%. Vastajate hulgas olid 41% mehed ja 59% naised.

2.1.1. Narkootiliste ainete tarvitamine

Mõnda narkootilist ainet (nt kanep, amfetamiin, heroiin, fentanüül) oli vähemalt korra elu jooksul tarvitanud 31% Eesti 16–64-aastastest elanikest. Viimase aasta jooksul tarvitas mõnda narkootilist ainet 7% ja viimase kuu jooksul 3% vastanutest. Narkootiliste ainete tarvitamist esineb meeste hulgas sagedamini kui naiste hulgas. Sagedasem on narkootiliste ainete tarvitamine nooremates vanuserühmades (meestel 25–34-aastaste ning naistel 16–24-aastaste hulgas).

Võrreldes 2018. aastal tehtud Eesti rahvastiku uimastitarvitamise uuringuga [14] on elu jooksul narkootilisi aineid tarvitanud meeste osakaal suurenenud 32%-lt 38%-le ning naiste hulgas vähenenud 25%-lt 21%-le. Viimasel aastal ja viimasel kuul tarvitanute osakaal püsis sarnane.

Sagedamini tarvitatav aine on kanep, sellele järgnevad stimulandid, nagu amfetamiin, *ecstasy* ja kokaiin. Uuringus märgiti ka hallotsinogeensete seente, LSD ning rahustite ja uinutite mittemeditsiinilist ehk näidustuseta tarvitamist. Harvem esines GHB ja heksahüdrokannabinooli elu jooksul tarvitamist. Opioidide, sealhulgas fentanüülitarvitamise levimus uuringus oli alla ühe protsendi.

2.2.2. Tubaka- ja nikotiinitoodete tarvitamine

Eesti täiskasvanud rahvastiku uimastitarvitamise uuringu andmetel suitsetas iga päev või peaaegu iga päev 18% vastajatest. Juhusuisetajaid oli 7% ja endisi suitsetajaid 30%. Igapäevasuitsetamine oli rohkem levinud meeste seas ning vanemates vanuserühmades

(meestel 45–54-aastaste ning naistel 55–64-aastaste hulgas). Võrreldes 2018. aasta andmetega on igapäevasuitsetamise levimus vähenenud. Elektroonilisi sigarette tarvitas igapäevaselt 5% vastajatest ning 21% tarvitas neid mõnikord.

2.2.3. Alkoholitarvitamine

Alkoholi tarvitas viimase aasta jooksul 17% vastajatest. Kunagi on elu jooksul purjus olnud 86% vastajatest. Kaks või enam korda nädalas tarvitas alkoholi 18% vastajatest (meestest 24%, naistest 13%). Rohkem oli alkoholitarvitajaid 35–54-aastaste hulgas. Uuringus AUDIT-C (ingl Alcohol Use Disorders Identification Test – Concise) testi abil hinnatud probleemset alkoholitarvitamist esines 43%-l vastajatest (meestel 53%, naistel 36%). Probleemset alkoholitarvitamist esines vanuse järgi rohkem 45–64-aastastel meestel ja 16–34-aastastel naistel.

2.2.4. Ravimite mittemeditsiiniline tarvitamine

Uuringus analüüsiti ravimite (rahustite, uinutite või tugevatoimeliste valuvaigistite) mittemeditsiinilist tarvitamist, mis defineeriti kui retseptiravimi tarvitamine ilma arsti ettekirjutuseta (ilma retseptita) või teisel eesmärgil, kui arst on määranud (nt joobe saavutamiseks, meelelahutuslikul eesmärgil). Tulemused näitasid, et 14% vastajatest oli elu jooksul tarvitanud ravimeid mittemeditsiinilisel eesmärgil. Viimase aasta ja kuu jooksul tarvitanuid oli vastavalt 2% ja 1%. Tulemused olid meeste ja naiste hulgas sarnased. Sagedamini esines tarvitamist 45-aastaste ja vanemate hulgas. Võrreldes 2018. aasta uuringuga oli ravimite mittemeditsiiniline tarvitamine Eesti täiskasvanud rahvastikus sarnane.

2.2.5. Erinevate uimastite samaaegne tarvitamine

Eesti täiskasvanud rahvastiku uimastitarvitamise uuringus küsiti ka uimastite samaaegse tarvitamise kohta. See tähendab kahe või enama uimasti (nt alkohol ja ravimid, alkohol ja narkootikum, kaks uimastit või ravimit) tarvitamist koos või lühikese aja (nt ühe päeva) jooksul. Uuringus vastanutest 14% oli vähemalt korra elus tarvitanud samal ajal mitut uimastit. Viimase aasta jooksul tarvitanuid oli 3%. Võrreldes 2018. aasta uuringuga oli levimus mõnevõrra väiksem. Meeste hulgas esines mitme aine koostarvitamist sagedamini kui naiste hulgas (vastavalt 19% ja 11%) ning sagedamini esines tarvitamist 25–34-aastaste vanuserühmas. Sagedamini tarvitati koos kanepit ja alkoholi ning mainiti ka alkoholi ja teiste

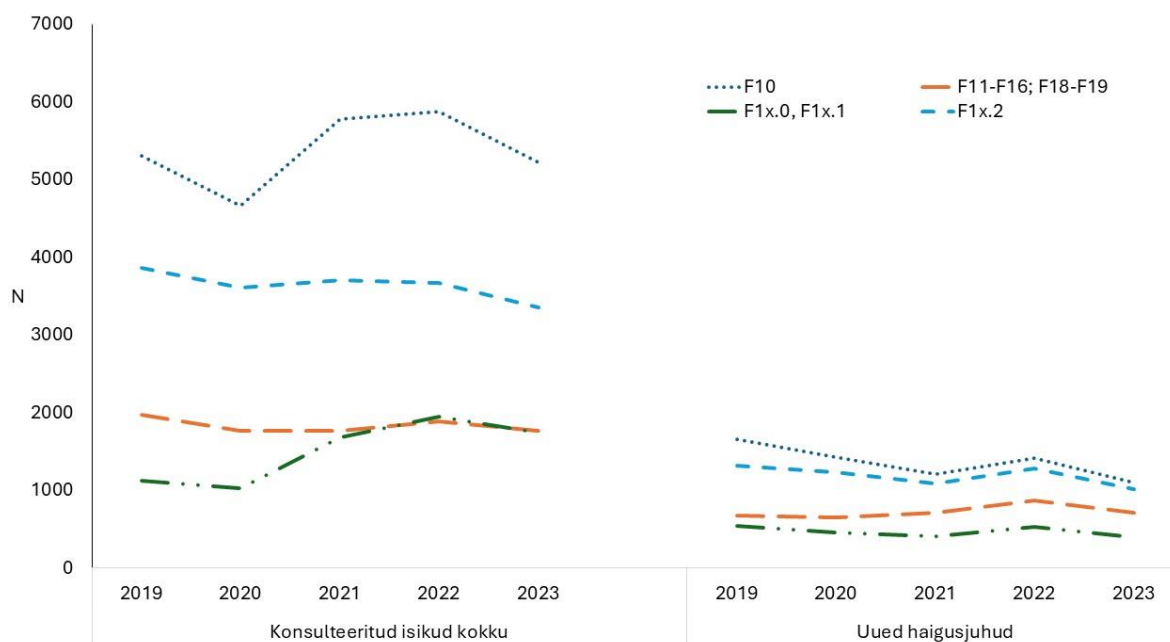
narkootikumide koostarvitamist. Mitme uimasti samaaegse tarvitamisega seotud terviseprobleeme oli 3%-l vastanutest, sealjuures soolist erinevust ei olnud.

2.2. Uimastite tarvitamisega seotud haigestumus ja suremus Eestis

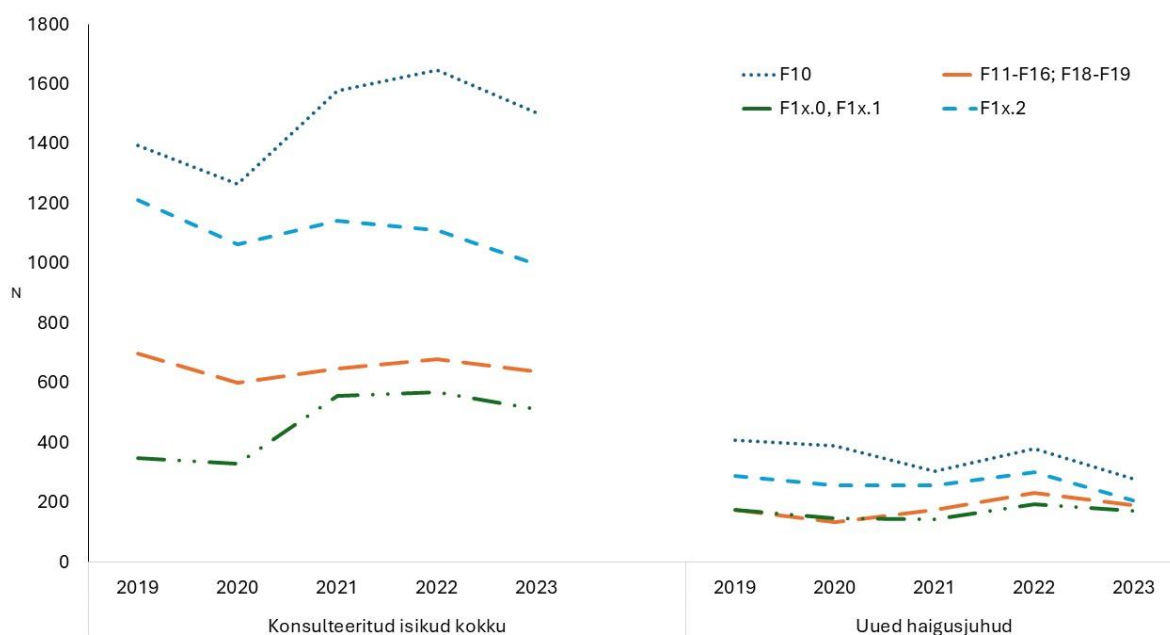
Tervise Arengu Instituudi andmetel püsis Eestis aastatel 2019–2023 alkoholi- või narkootikumide tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäirete ning ägeda intoksikatsiooni, kuritarvitamise või sõltuvuse tõttu psühhiaatri poolt konsulteeritud isikute ning uute juhtude arv sarnane mõningase tõusuga aastatel 2021 ja 2022 (joonised 1 ja 2) [15]. Nii konsulteeritud isikute kui ka uute juhtude arv erineb meeste ja naiste vahel märkimisväärselt, olles meeste hulgas kohati enam kui neli korda suurem.

Andmed kajastavad infot 15-aastaste ja vanemate inimeste kohta ning sisaldavad kõiki kalendriaastal psühhiaatri vastuvõtule pöördunud ambulatoorselt ravitud või konsulteeritud isikuid (isikute arv) lõpliku kliinilise põhidiagnoosi alusel. Isikud on esitatud ühe korra, v.a juhul, kui ühel isikul on aasta jooksul põhidiagnoosina registreeritud kaks või rohkem erinevat psühhiaatrilist esmasdiagnoosi – sel juhul loendatakse need kõik. [15] Narkomaaniaravile pöördujate hulgas tarvitatakse nii meeste kui naiste seas sagedamini opioide ja stimulante [16]. Levimus on püsinud aastatel 2021–2023 sarnane.

Aastatel 2019–2023 suri narkootikumidest põhjustatud üledoosi tõttu Eestis 1972 inimest. 2023. aastal suri narkootikumide üledoosi tõttu 113 inimest (86 meest ja 27 naist) – see on 33 võrra rohkem kui 2022. aastal. Märkimisväärne on suremuse kasv naiste hulgas, moodustades 2023. aastal 24% kõigist narkosurmades (20% 2022. aastal). Samuti suurenes narkootikumide üledoosist tingitud surmade arv 17–24-aastaste seas (15 juhtu 2023. aastal, 10 juhtu 2022. aastal, 6 juhtu 2021. aastal). [6]



Joonis 1. Psühhiaatri poolt ambulatoorselt konsulteeritud mehed diagnoosi järgi, 2019–2023 [15]. Märkused: F10 – alkoholarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired; F11–F16; F18–F19 – narkootiliste ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired; F1x.0, F1x.1 – äge intoksikatsioon, kuritarvitamine; F1x.2 – sõltuvus.



Joonis 2. Psühhiaatri poolt ambulatoorselt konsulteeritud naised diagnoosi järgi, 2019–2023 [15]. Märkused: F10 – alkoholarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired; F11–F16; F18–F19 – narkootiliste ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired; F1x.0, F1x.1 – äge intoksikatsioon, kuritarvitamine; F1x.2 – sõltuvus.

3. Uimastitarvitamise häire nõustamise mõiste

Uimastitarvitamise häire nõustamisstrateegiate hindamiseks on vaja esmalt defineerida nii uimastitarvitamise häire kui ka sellealase nõustamise sisu. **Uimastitarvitamine** tähendab vähemalt ühekordset alkoholi või muu aine tarvitamist. Mõistetena eristatakse uimastitarvitamist (ingl *substance use*) ja tervistkahjustavat uimastitarvitamist (ingl *substance misuse, substance abuse*) – tervistkahjustav tarvitamine, mis ei ole veel sõltuvus [3]. **Uimastitarvitamise häire** tähendab, et psühholoogilisest ja füüsilisest kahjust hoolimata jätkab inimene uimasti tarvitamist [2]. Uimastitarvitamise häiret on kirjeldatud nii RHK-11 (rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon 11) kui ka DSM-V (ingl Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, vaimse tervise häirete diagnostika ja statistika käsiraamat V) klassifikatsioonis.

DSM-V [17] kohaselt hõlmab uimastitarvitamise häire 11 eri komponenti ning häire raskusaste määratakse kergeks (2–3 sümptomit), mõõdukaks (4–5 sümptomit) või raskeks (6 või enam sümptomit). Seega kujutab uimastitarvitamise häire endast kompleksset füüsilist, psühholoogilist ning käitumuslikku nähtust, millega seotud riskid nii inimese enda vaimsele ja füüsilisele tervisele, elukvaliteedile kui ka lähikondsetele ning ühiskondlikult laiemalt varieeruvad ulatuslikult sõltuvalt häire raskusastmest. Ühtlasi on iga tarvitatava uimasti puhul iseloomulikud riskid ning käitumusmustrid ning uimastite tarvitajad kasutavad sageli erinevaid uimasteid kas samal ajal või vahelduvalt. Uimastite erinevate toimete kombineerumine loob unikaalsete füsioloogiliste ja psühholoogiliste omadustega uimastitarvitamise häire profiili, mis võib raskendada häire käsitlust. Eripopulatsiooni moodustavad uimastitarvitamise häirega patsientide seas retseptiravimite tarvitamishäirega patsiendid, kelle puhul võib olla tarbimisharjumuste problemaatilisuse hindamine eriti keeruline, sest näidustuspõhise ja mittemeditatsioonilise kasutamise vaheline piir on hägustunud.

Uimastite koostarvitamine tähendab enam kui ühe uimasti tarvitamist lühikese ajaperioodi jooksul, kaasa arvatud alkohol ja narkootikumid. **Tervistkahjustav koostarvitamine** (ingl *concurrent substance misuse*) on selline tarvitamine, mis põhjustab kahju uimastite tarvitajale või teda ümbritsevatele inimestele. Mõnel juhul (nt alkoholitavitamine alaealistel või rasedatel, süstitavate narkootikumide tarvitamine) on igasugune tarvitamine tervistkahjustav. **Uimastite koostarvitamise häire** (ingl *concurrent substance use disorder*) tähendab mitme aine korduvat tarvitamist sellisel moel, et inimene jätkab kompulsiiivset tarvitamist hoolimata negatiivsetest mõjudest. [4]

Defineerimist vajab ka termin **nõustamine**. Eesti tubaka- või nikotiinootodetest loobumise nõustamise juhendi [12] kohaselt on nõustamine jagatud lühisekkumiseks, laiendatud lühinõustamiseks ning meditsiiniliseks nõustamiseks. Lühisekkumine on lühiajaline, tõenduspõhine ja struktureeritud protsess, et toetada käitumise muutust [2]. Eesti tubaka- või nikotiinootodetest loobumise nõustamise ravijuhendi järgi teavitatakse esmase lühisekkumise käigus patsienti loobumise vajadusest ning informeeritakse toetavate ressursside olemasolust. Laiendatud lühinõustamine hõlmab lisaks eelnevale motiveeriva intervjuerimise põhimõtete rakendamist tubaka- või nikotiinootodetest loobumise toetamisel. Meditsiinilise nõustamise all mõistetakse veelgi struktureeritumat kava, millega loobumist toetada ning progressi jälgida, mis hõlmab endas ka sõltuvuse medikamentooset ravi.

Eesti alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitlusjuhendis [13] on erinevus nõustamise ja ravi vahel mõnevõrra selgem. Nõustamisest räägitakse eelkõige kui tervist ohustavates või kahjustavates kogustes alkoholi tarvitavate patsientide esmasest motiveeritust toetavast lühisekkumisest, samas kui vähem struktureeritud sekkumised ning erialaspetsialisti poole alkoholitarvitamise häire ravile suunamine on reserveeritud vastavalt väikse riskiga ning võimaliku alkoholisõltuvusega patsientide jaoks.

Uimastitarvitamise häire nõustamine on problemaatilise uimastite kasutamisega patsiendi käsitluses esimene etapp. Nõustamise käigus kaardistatakse patsiendi uimastitarvitamise harjumused, selgitatakse patsiendile uimastite kasutamisega seotud terviseriske ning informeeritakse patsienti uimastitarvitamise häire ravivõimalustest. Nõustamise eesmärk on tuvastada problemaatilised uimastitarvitamise harjumused ning minimeerida uimastitarvitamisega seotud terviseriske. Uimastitarvitamise häire nõustamine võib toimuda eri asutustes ja stsenaariumites. Nõustamine on näidustatud olukordades, kus patsienti käsitleval tervishoiutöötajal tekib kahtlus problemaatilise uimastite kasutamise osas. Samuti võib patsiendi tervishoiusüsteemi poole pöördumise põhjuseks olla patsiendi enda või tema lähedase mure uimastite problemaatilise kasutuse asjus. Sõltuvalt terviseriskide tõsidusest võib nende minimeerimine piirduda lühisekkumisega või eeldada edasisele uimastitarvitamise häire ravile suunamist.

Nii ainespetsiifiline kui ka mitme uimastitarvitamise häire nõustamine hõlmab samu elemente: anamneesi kogumine, psühhiaatriliste diagnooside, perekonna anamneesi ja tugivõrgustiku kaardistamine, relapsi potentsiaali hindamine, väliste stressorite kaardistamine, juriidilised

küsimused. Nõustamiseks on vajalik turvaline side nõustaja ja nõustatava vahel. Oluline on patsiendikeskne lähenemine.

3.1. Uimastitarvitamise häire lühisekkumine

Rahvusvahelises teaduskirjanduses ja kliinilises praktikas on uimastitarvitamise häire esmaseks käsitlemiseks laialdaselt kasutatud SBIRT-i (ingl Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment) põhimõtet. SBIRT on raamistik, millega saab tuvastada uimastitarvitamise häirega patsiendi, soodustada lühisekkumise kaudu käitumuslikke muutusi ning suunata kliinilise näidustuse korral edasisele ravile.

Motiveerival intervjuerimisel põhinevate lühisekkumiste positiivset mõju alkoholi- ja tubakatarvitamise häirega patsientide käsitlemisel on tõestatud rohketes kliinilistes uuringutes ning metaanalüüsid [18, 19]. Sarnaste lühisekkumiste mõju muude uimastite tarvitamisele on viimase 30 aasta jooksul uuritud mitmetes juhuslikustatud kliinilistes uuringutes, mille tulemused sekkumise tõhusust üksmeelselt ei toeta. Tehtud uuringud erinevad üksteisest märkimisväärselt sekkumise läbiviija, läbiviimise olustiku, sekkumiste vormi, sisu, kestuse, sihtrühma ning võrdlussekkumise poolest. Uuringute tulemused põhinevad valdavalt osalejate enese raporteeritud uimastitarvitamise harjumuste andmetel, mis võivad aga suurel määral erineda biomeetrilisel teel kinnitatud tulemustest [20, 21]. Peamine tulemusnäitaja on uimastitarvitamise sageduse muutus. Umbes pooltes uuringutes ei täheldatud lühisekkumise ja kontrollsekkumise vahel erinevust uimastite tarvitamise vähendamisel [21–29] või oli lisaefekt väike [30–32]. Ühtlasi ei leitud uuringutes lühi- ega kontrollsekkumise vahel olulist erinevust sõltuvuse raskusastme vähendamisel [20–22, 24, 29]. Instrumendi ASSIST (ingl Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, vt ka ptk 4.4) valideerimisuuringus [33] vähenes lühisekkumise mõjul uimastitarvitamise raskusaste, kuid mitte kõikide uimastite puhul ega kõikides riikides.

Uuringutes ei leitud lühi- ega kontrollsekkumiste vahel erinevust uimastitarvitamisega seotud negatiivsete tagajärgede ennetamisel [24, 25, 28, 32] või oli erinevus minimaalne [27], kuigi noorukite seas võib lühisekkumine vähendada sotsiaalset riskikäitumist ja uimastitarvitamisest tingitud suhtlemiskonflikte [34]. Lühisekkumine ei suurendanud uimastitarvitamise häirega seotud tugiteenuste kasutamist võrreldes kontrollsekkumisega [25, 28, 31, 35, 36].

Siiski leidub mõningane tõendus, et lühisekkumised võivad märkimisväärselt vähendada uimastitarvitamisele kulunud päevade arvu [36] ning suurendada kokaiini- ja opioiditarvitamisest loobumist [20]. Samuti võivad lühisekkumised vähendada kanepitarvitamist noorukite seas [34] ning stimulantide tarvitamist eelneva vaimse tervise häirega patsientide seas [35]. Lühisekkumised võivad olla tõhusad mittesüstitavate uimastite tarvitamise vähendamisel HIV-positiivsete patsientide seas [37] ning sõltuvust tekitavate retseptiravimite tarvitamise vähendamisel, kuid mitte tarvitamisest loobumisel [38]. Mitmetes uuringutes on lühisekkumiste puhul täheldatud täiendavat efekti teatud uimastite tarvitamise vähendamisele [30, 34, 35]. Samuti võivad lühisekkumised aidata vähendada amfetamiinitarvitamise raskusastet [22] või soodustada kanepitarvitamisest loobumist [34] vabatahtlikult nõustamisele pöörduvate patsientide seas. Inimese tehtud lühisekkumised tunduvad olevat tõhusamad kui virtuaalsed. [30, 31]

Kokkuvõtlikult ei esinenud uuringutes kliiniliselt olulisi erinevusi sekkumis- ja kontrollrühmade vahel, kuid pea kõikides uuringutes täheldati positiivseid muutusi uimastite problemaatilise tarvitamisega seotud indikaatorites uuringuperioodi jooksul. Kuivõrd kõikides uuringutes kasutati uimastitarvitamise häire tuvastamiseks ning selle raskusastme määramiseks mingisugust diagnostilist instrumenti (valdavalt ASSIST-i sõeltest, vt ka ptk 4.4), on mitmed autorid arutlenud, et sõelküsimumustikele vastamine võib avaldada lühisekkumisega sarnast motiveerivat toimet.

Eestis on avaldatud SBIRT-i meetodikale toetuv juhend „Noorukite sõeltestimine, lühisekkumine ja ravile suunamine uimastite tarvitamise korral“ [39]. SBIRT-i meetodika toetab noorukiga kontakti loomist ning uimastitarvitamise kogemuse määratlemist, et anda soovitusi edasiseks tegutsemiseks, sealhulgas soovitusi positiivsest kinnitamisest mittetarvitamise puhul kuni arsti vastuvõtule suunamiseni uimastitarvitamise häire kahtluse korral või sekkumiseni akuutse ohu korral. [39]

4. Uimastitarvitamise häire nõustamise praktika

4.1. Rahvusvaheline praktika

Irimaa valitsuse terviseosakond (ingl Department of Health) soovib varase tuvastamise ning seekaudu tuisistuste ennetamise eesmärgil kõiki sotsiaal-, tervishoiu- ja justitusteenuste poole pöörduvaid inimesi uimastite tarvitamise asjus sõeluda [40]. Uimastitarvitamise häire käsitus Irimaal põhineb astmelisel riiklikul uimastite rehabilitatsiooni raamistikul (ingl National Drugs Rehabilitation Framework) [41], mille kohaselt rakendatakse lühisekkumisi mudeli esimesel ja teisel astmel.

Mudeli esimese astme teenused on suunatud alkoholi ja uimastitega n-ö eksperimenteerivatele isikutele, kellel ei ole veel välja kujunenud regulaarset tarvitamisharjumust. Esimese astme teenuste osutamise eest vastutab üldiselt üksikisik (õde, arst, tugitöötaja), kelle tööülesannete hulka kuulub patsientide sõelumine uimastite tarvitamise asjus. Esimese astme teenuste eesmärk on kaardistada patsiendi uimastitarvitamise harjumused ning suunata ta vajaduse korral järgmise astme teenustele.

Nõustamine esimesel astmel võib toimuda esmatasandi tervishoiuteenuste osutajate juures, aga ka näiteks apteekides, sotsiaalhoolekande- ja haridussüsteemis või kriminaalõiguslikes olustikes. Selle käigus informeeritakse isikut uimastitarvitamisega seotud riskidest ja ravivõimalustest. Teise astme nõustamisteenused on suunatud patsientidele, kes vastavad uimastite kuritarvitamise kriteeriumitele, kuid kellel ei ole veel välja kujunenud märkimisväärseid uimastite kuritarvitamisega seotud tuisistusi. Teise astme teenuste hulka kuuluvad lisaks esimese astme teenustele psühhosotsiaalsed lühisekkumised, kahjude minimeerimise võtted (nt süstlavahetusteenused) ning järelravi. Teise astme teenuseid osutatakse esmatasandil, apteekides ja kriminaalõiguslikes olustikes, ühtlasi ka uimastite käsitlusele spetsialiseerunud osutajate juures. Teise astme teenuste osutamine eeldab riiklikele ametistandarditele vastava põhiväljaõppe läbimist. Kolmanda ja neljanda astme sekkumised on suunatud patsientidele, kelle uimastitarvitamine on seotud rohkete ja komplekssete tuisistustega, või uimastisõltuvusega patsientidele. See toimub üldiselt multidistsiplinaarse tiimi koostöona eriarstiabis.

Kuigi motiveerival intervjuerimisel põhinevad lühisekkumised kuuluvad mudelis teise astme teenuste hulka, on juhendis välja toodud, kuidas uimastitarvitamise häire tuvastamise korral tuleks ka esimese astme teenuste pakkujal läbi viia lühisekkumine.

Lühisekkumiste läbiviimiseks on Iirimaal 2009. aastast kasutusel SAOR-i (ingl Support, Ask and Assess, Offer Assistance, Refer) mudel [40]. SAOR-i mudel töötati alul välja alkoholitarvitamise häire käsitlemiseks erakorralise meditsiini olustikes, kuid alates 2012. aastast on mudelit laiendatud, käsitlemaks ka muid uimasteid ning teenuse osutamise paiku. Mudel on ette nähtud esmase sekkumisena mis tahes raskusastmega uimastitarvitamise häire tuvastamisel.

SAOR-i mudel koosneb neljast põhikomponendist.

- Toetamine (ingl Support) – toetamise alla kuulub sõbraliku ja avatud kontakti loomine patsiendiga empaatilisel ning hukkamõistu vältival moel. Toetamise käigus kinnitatakse patsiendile abi ja toe olemasolu enesetõhusust julgustaval kombel.
- Küsimine ja hindamine (ingl Ask and Assess) – selles etapis keskendutakse patsiendi suhtele uimastiga ning selgitatakse välja uimastitarvitamise harjumused, tarvitamise kontekst ning sellega seotud mured. Valmisolek tarvitamisharjumuste muutmiseks, selle olulisus ning sellega seotud ootused kaardistatakse.
- Abi pakkumine (ingl Offer Assistance) – abi pakkumine rajaneb tagasisidel patsiendi tarvitamisharjumuste kohta. Siinses etapis pakutakse erinevaid võimalusi ja nõuandeid tarvitamise vähendamiseks ning lepatakse kokku eesmärkides, võimendades seejuures patsiendi oma vastutust probleemi lahendamisel.
- Edasine suunamine (ingl Refer) – lühisekkumine hõlmab patsiendi informeerimist täiendavate ravivõimaluste kohta ja edasise jälgimise või jätkuva toe organiseerimist. Sõltuvalt uimastitarvitamise häire raskusastmest võib olla vajalik patsienti suunata vastava astme teenuste poole.

Seega on Iirimaal uimastitarvitamise häire nõustamine kasutusel kolmes erinevas kontekstis. Madala riskiga ebaregulaarse uimastitarvitamise korral on eesmärk tuvastada, kas tegu on uimastitarvitamise häirega või mitte. Kui uimastitarvitamise harjumus ei vasta uimastitarvitamise häire kriteeriumitele, võib piirduda struktureerimata lühisekkumisega, kuigi valideeritud instrumentide (nt ASSIST-i testiga seotud lühisekkumine, vt ka ptk 4.4) kasutamine on eelistatud. Motiveerival intervjuerimisel põhinevad lühisekkumised on näidustatud uimastitarvitamise häire tuvastamise korral kõigile. Motiveerival intervjuerimisel

põhinevatest lühisekkumistest on mõõduka raskusastmega uimastitarvitamise häire käsitluses rohkem kasu kui raskemakujuliste häirete puhul, kus on asjakohasemad intensiivsemad sekkumised.

Ühendkuningriigi uimastite (mitte alkoholi) väärkasutuse ja sõltuvuse kliinilises käsitlusjuhendis [42] on uimastitarvitamise häire struktureeritud raviteekond jaotatud neljaks faasiks: hindamiseks, kaasamiseks, käitumise muutmiseks ning varajaseks taastumiseks. Psühhosotsiaalseid sekkumisi rakendatakse kõikides mudeli faasides ning nende intensiivsus sõltub häire raskusastmest ja patsiendi individuaalsetest vajadustest. Juhendis on motiveeriva intervjuerimise võtete rakendamist soovitatud kõikides mudeli tugipunktides, eelkõige hindamis- ja algse planeerimise faasis vahetu kahju minimeerimise eesmärgil ning patsientide kaasamiseks struktureeritud ravimudelisse. Juhendi kohaselt peaks sekkumine tavaliselt koosnema ühest kuni kahest 10–60 minuti pikkusest seansist, mille käigus avatakse uimastite tarvitamise ja selle raviga seotud ambivalentsust ning antakse uimastitarvitamisega seotud tagasisidet moel, mis ei oleks hukkamõistev, et patsiendil oleks rohkem motivatsiooni käitumist muuta.

Kuigi struktureeritud raviteekonna edasised faasid hõlmavad samuti motiveeriva intervjuerimise tehnikaid, on juhendis lühisekkumised eelkõige mõeldud patsientidele, kelle kaasamiseks ei piisa üldisemast julgustamisest. Lisaks on esile tõstetud, et motiveerivatest lühisekkumistest võivad saada abi kergekujulisema kanepi- või kokaiinitarvitamise häirega patsiendid, kelle puhul võib seega lühisekkumine iseseisvalt mängida tähtsat rolli kui edasiste teenuste järjestamine.

Soomes on uimastitarvitamise häire käsitlus jaotunud tervishoiu, sotsiaalhoolekande ja mitmete uimastitega seotud eriteenuste vahel, mille hulka kuuluvad näiteks uimastitarvitamise katkestamisele ja kainenemisele suunatud teenused, noorsooteenused, statsionaarsed uimastite rehabilitatsioonikeskused, uimastitarvitajatele mõeldud tervisenõuandlad, tegevuskeskused ja erakorralised eluasemeteenused. [43] Viidatud juhendmaterjal ei käsitleta alkoholtarvitamist ega ravimite väärarvitamist.

Tervise- ja heaoluameti (soome k *Terveystyön ja hyvinvoinnin laitos*) uimastiteemalise ennetustööjuhendi [44] kohaselt kujutavad lühisekkumised (*puhekeskiotto ja mini-interventio*) endast riske minimeerivat, tervist ja heaolu toetavat ning ravifunktsiooni täitvat töövahendit, mille eesmärk on toetada patsiendi valmisolekut muutuseks, järjepidevust elustiilimuutuste

elluviimisel ning selgitada välja intensiivsemate teenuste vajadus. Sekkumiste käigus kaardistatakse uimastitarvitamise harjumused valideeritud instrumentide abil, tehakse motiveeriv intervjuu ning lepatakse kokku edasine ravi- ja jälgimisplaan.

Soome tervishoiuteenuste nõukogu uimastisõltuvuse ravi ja rehabilitatsiooni psühhosotsiaalsete sekkumiste juhendis [45] on hinnatud motiveerival intervjuerimisel põhinevaid lühisekkumisi keskmise tõhususega meetmeteks, mis suurendavad uimastitarvitamise häire ravile pöördumist ja ravi tulemuslikkust kombineerimisel muude sekkumistega ning vähendavad ilmselt ka kanepitarvitamist.

Lühisekkumised on näidustatud juhul, kui esineb uimastitarvitamise kahtlus, kuid ka universaalne sõelumine uimastite tarvitamise osas on õigustatud. [44] Uimastitarvitamise häirega seotud teenusteni võib jõuda tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande, aga ka noorsootöö, politsei või prokuratuuri kaudu. [43] Soome tervise- ja sotsiaalministeeriumi 2021. aasta uimastitealase ennetustöö arengukavas toetatakse lühisekkumiste laiendamist sihtrühmadele, kus neid ei ole varem kasutatud (täiskasvanute sotsiaaltöö, eakatele suunatud teenused, töötervishoid, töötute tervisekontrollid, traumapunktid). [46]

Euroopa uimastite ja uimastisõltuvuse seirekeskus (ingl European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) koostas 2017. aastal ülevaate tubaka, alkoholi ja uimastitega seotud lühisekkumiste kasutamisest Euroopa Liidu liikmesriikides, Türgis ja Norras [47]. Ülevaate kohaselt olid aastatel 2010–2014 lühisekkumised kasutusel 18 riigis 30-st. Kirjeldatud nõustamisteenused on valdavalt suunatud lastele ja noortele vanuses 10–26 ning seotud pigem spetsiifiliste stsenaariumitega kui osana sõelumis- ja esmase hindamise protsessist. Dokumendi koostamisel kasutati EMCDDA riigispetsiifilisi uimastialaseid raporteid, mille väljaandmine lõpetati pärast 2019. aastat. On tõenäoline, et Euroopas on viimase kümne aasta jooksul lühisekkumisprogrammide levimus suurenenud.

Ameerika Ühendriikides käib uimastite tarvitamise häire nõustamine SBIRT-i mudeli alusel. SBIRT-i mudeli 2013. aasta tehnilise raporti [48] kohaselt on sõelumisel tuvastatud uimastitarvitamise häire korral näidustatud lühisekkumine (ingl *brief intervention*), mille eesmärk on suurendada patsiendi teadlikkust uimastitarvitamise ja selle tagajärgede kohta ning kutsuda esile käitumuslikke muutusi. Motiveerival intervjuerimisel põhinevad lühisekkumised võivad toimida eraldiseisva ravimeetodina mõõduka raskusastmega

uimastitarvitamise häirega patsientide jaoks või täita raskemakujulise häirega patsientide jaoks intensiivsematesse ravimeetoditesse kaasamise rolli.

Teise lühisekkumise vormina kuulub mudeli juurde lühiravi (ingl *brief treatment*), mis võrreldes lühisekkumisega on näidustatud suurema riskiga patsientidele, keskendub lisaks vahetule riskikäitumisele pikemaajalistele probleemidele, hõlmab peale motiveeriva intervjuerimise muid struktureeritud psühhoteraapia vorme ning kestab 1–5 seansi asemel 6–20 seanssi. Lühiravi tehakse eelkõige esmatasandil, kuid võib toimuda ka uimastite tarvitamisele spetsialiseerunud keskustes. Iseloomult on lühiravi intensiivne, kuid võrreldes traditsioonilise uimastitarvitamise häire raviga lühema kestusega. Raskekujulise uimastitarvitamise häire või uimastisõltuvuse korral on näidustatud patsiendi suunamine uimastite käsitlemisele spetsialiseerunud raviüksusesse.

SBIRT-i mudeli esimese kümne kasutusaasta jooksul juurutati mudel väga erinevatesse tervishoiuteenustesse (nt haiglad, erakorralise meditsiini osakonnad, tervisekeskused, esmatasandi vastuvõtukabinetid, koolitervishoiuteenused, naiste-, noorukite- ja reproduktiivkliinikud, eakate keskused, HIV-kliinikud). Juhendi kohaselt võib SBIRT-i sekkumisi teha kes tahes (raviasutuse personal, selleks eraldi palgatud meditsiinilise taustata isik või meditsiinipersonal, kes ei kuulu raviasutuse personali), eeldusel, et tal on selleks vastav väljaõpe.

Ameerika Ühendriikide ennetavate teenuste töörihm (ingl Preventive Services Task Force) uuendas 2020. aastal uimastite tarvitamise sõelumisjuhiseid, milles soovitatakse esmatasandil uimastite tarvitamise osas sõeluda kõiki täiskasvanuid eeldusel, et asjakohaste diagnostika ja ravivõimaluste kättesaadavus on patsiendi jaoks tagatud. [49] SBIRT-i teenused on Ameerika Ühendriikide tervishoiuteenuste hinnakirjas kodeeritud üheselt sõltumata käsitletavast uimastist. [50]

Lääne-**Austraalia** uimastihäirete nõustamisjuhendis [51] tõdetakse, et lühisekkumiste tõhusus ebaseaduslike uimastite tarvitamise ning sellega seotud kahjude vähendamisel ei ole veenev, kuid sellest hoolimata soovitatakse patsientidega igal võimalusel vestelda alkoholi- või muude uimastite tarvitamise teemal ning pakkuda riskantse tarvitamisega patsientidele lühisekkumisi. Lühisekkumisi võib teha erinevates olustikes, sealhulgas esmatasandil, vaimse tervise raviasutustes, uimastite tarvitamise raviasutustes ning sotsiaalhoolekande- ja karistusasutustes. Juhendis soovitatakse lühisekkumiste osana hinnata uimastitarvitamisega seotud riski

instrumendi ASSIST (vt ka ptk 4.4) abil, kasutada motiveeriva intervjuerimise võtteid uimastite tarvitamise vähendamiseks ja riskide minimeerimiseks ning pakkuda täiendavaid abimaterjale või suunata patsient vajaduse korral edasiste uimastitarvitamisega seotud teenustele. Juhendi kohaselt ei sobi lühisekkumised raskete füüsilise või vaimse tervise häirete, raskekujulise alkoholi- ja uimastitarvitamise häirega või sõltuvusega patsientidele või vaimse arengu mahajäämusega patsientidele, kelle kõigi puhul on näidustatud põhjalikum individuaalne hindamine koos suunamisega muudele raviteenustele. Lisaks on sõelumist ja lühisekkumist võimalik teha telefonikonsultatsiooni kujul. Sarnased soovitused leiduvad ka New-South Walesi alkoholi- ja muude uimastite psühhosotsiaalsete sekkumiste juhendis. [52]

4.2. Uimastitarvitamise häire nõustamine Eestis

Eestis puudub ühtne uimastitarvitamise häire nõustamise süsteem ning ühtsed nõuded sõltuvushäire teenusele suunamiseks. Suuremad statsionaarsed sõltuvusravikeskused on Viljandis ja Tartus. Ida-Virumaal ja Tallinnas osutatakse pigem ambulatoorset teenust. Uimasteid tarvitavate inimestega kokku puutuvate spetsialistide väljaõppe tase ja väljaõppe saanud spetsialistide kättesaadavus võib Eestis piirkonniti tugevalt erineda.

Eestis ei ole uimastite koostarvitamise häire nõustamise teenust, kuid on eraldiseisvad teenused, nagu alkoholitarvitamise häire ennetus ja nõustamine, tubaka- või nikotiini toodetest loobumise nõustamine. Narkootikume tarvitavatel inimestel on võimalus saada nõustamist Tervise Arengu Instituudi hallatava narko.ee ööpäevaringse tugiliini kaudu või kasutades programmi SÜTIK [10] või VALIK [11].

VALIK on nõustamisprogramm kanepit või selle analooge tarvitavatele vähemalt 17-aastastele inimestele. Programmi eesmärk on inimesi motiveerida ja toetada, et aidata algatada ja planeerida kanepitarvitamise vähendamist või sellest loobumist [11]. Programm koosneb ühest kuni kuuest füüsilisest või veebikohtumisest. Nõustamisprogramm on mõeldud kerge kuni mõõduka kannabinooidide tarvitamise puhul. Kõrgema riskiga tarvitajat informeeritakse teistest asjakohastest abi ja toe võimalustest. Nõustajad on MTÜ Peaasjad Nõustamise professionaalid, kellel on Eestis ainulaadne kogemus toetamaks inimesi, kes soovivad kanepitarvitamist vähendada või lõpetada. [11]

Programm SÜTIK seisneb tugiisikuteenuse pakkumises narkootikume tarvitavale vähemalt 18-aastasele inimesele [10]. Programmi eesmärk on parandada narkootikume tarvitavate inimeste

elukvaliteeti, pakkudes neile võimalikult kiiret ning vahetut tuge, et oma eluga senisest paremini toime tulla [53]. Tugiisikud pakuvad mitmekülgset abi, muu hulgas aitavad leida elukoha või töö, pöörduda tervishoiuasutusse ja planeerida sõltuvusravi. Tugiisikud töötavad Tallinnas ja Harjumaal, Tartus ja Tartumaal, Narvas ja Sillamäel ning lähiümbruses, Jõhvis ja Kohtla-Järvel ning lähiümbruses ning Rakveres ja Lääne-Virumaal, teenindades kliente üle Eesti. [10] Programmi raames tehakse iga kolme kuu tagant riskihindamine instrumendiga DUDIT (ingl Drug Use Disorders Identification Test). Programmi kestus ühele kliendile on vähemalt aasta, vajadusel kauem. Aastatel 2018–2022 programmi sattunutest tuli umbes kolmandik kliente sõbralt või tuttavalt kuuldud info järel ning viiendik sai info kahjude vähendamise keskusest. Vähem kui 5% klientidest sai info raviasutusest. [53]

Tervisekassa rahastab alkoholi liigtarvitamise nõustamis- ja raviteenust ning tubaka- või nikotiinitoodetest loobumise nõustamise teenust [54, 55]. Alkoholi liigtarvitamise nõustamis- ja raviteenust võib osutada eriarst või eriõde. Teenus on visiiditasuta, ei eelda saatekirja ning teenusele saavad pöörduda nii ravikindlustatud kui ka ravikindlustamata inimesed. Alkoholitarvitamise häire nõustamist ja ravi pakub 2024. aasta juuli seisuga üle Eesti 11 keskust. [55] Tervishoiuteenuste loetelus on alkoholitarvitamise ennetuse lühinõustamine (15 minutit, koodid 3122, 3236, 3237) ja laiendatud nõustamine (50 minutit, koodid 3123, 3238, 3239), mida saab osutada ka kaug- või videovastuvõtuna. Eraldi saab kodeerida teenusena AUDIT-i testi koos tagasisidestamisega (10 minutit, koodid 3127, 3234, 3235), mida saab samuti osutada kaug- või videovastuvõtuna.

Tervisekassa võtab koodidega mainitud tervishoiuteenuste eest tasu maksmise kohustuse üle, kui teenust osutab vastava koolitusega tervishoiutöötaja või tervishoiuspetsialist ning teenust osutatakse perearstiabi- või koolitervishoiuteenuse rahastamise lepingus kokku lepitud tingimustel ja korras. Kaug- ja videovastuvõtu tingimused on loetelus eraldi sätestatud. Lisaks on loetelus tervishoiu arendustegevuste peatükis § 81 mõned teenused, nagu alkoholitarvitamise häirega patsiendi juhtumikorraldus (kood 3126), mida rakendatakse alkoholitarvitamise häire ravis juhtumikorralduse tagamiseks ravi rahastamise lepingus kokku lepitud tingimustel üks kord kuus alkoholitarvitamise häirega patsiendi kohta, kellele on osutatud kalendrikuu jooksul vähemalt üks alkoholitarvitamise häire raviteenus. [56]

Tubaka- või nikotiinitoodetest loobumise nõustamine on saatekirjata ja patsiendile tasuta (ka ravikindlustamata inimesele). Kokku on üle Eesti 16 nõustamiskabinetti ning loobumisenõustamist saavad teha ka perearstid ja -õed. Tubaka- või nikotiinitoodetest

loobumise nõustamise teenuse osutamiseks peab tervishoiuspetsialist läbima vastava koolituse, mida pakub näiteks Tervise Arengu Instituut. [54]

Perearstiabis või koolitervishoius rakendatav tubaka- või nikotiinitoodetest loobumise esmane nõustamine kestab 50 minutit (kood 3119) ja järgnevad 15 minutit (kood 3120) ning neid saab osutada kaug- või videonõustamisena (koodid vastavalt 3232, 3233). [56] Nõustamiskabineti teenus on eriarstiabi teenus.

Riiklikult rahastavad (st patsiendile, sh ravikindlustamata inimesele tasuta) uimastitarvitamise häire teenused on [57]

- lühiajaline võõrutusravi: psühhofarmakoteraapial põhinev haiglaravi (tavaliselt 30 päeva), mille eesmärk on uimastitarvitamine kohe või järk-järgult lõpetada ning tekkivaid võõrutusnähte vältida või leevendada. Lühiajaline võõrutusravi sobib kõikidele tugevat joovet põhjustavate uimastite tarvitajatele;
- pikaajaline ravi: eesmärk on uimastite tarvitamine lõpetada. Ravi algab vajadusel võõrutusravist ning jätkub rehabilitatsiooniteenusel. Teenus ei ole ainespetsiifiline, seega sobib erinevate uimastite tarvitajatele, sh kanepi- ja stimulantide tarvitajatele. Teenus võib kesta kuni 9 kuud;
- opioidisõltuvuse (fentanüül, nitaseenid, heroiin, metadoon, morfiin, oopium jt) asendusravi: vähendatakse uimastite tarvitamisel tekkivaid (võõrutus)nähte organismis. Eestis on peamine asendusraviks kasutatav ravim metadoon, kuid kasutatakse ka buprenorfiini. Ravi koosneb nii ravimi manustamisest kui ka psühholoogilisest ja sotsiaalnõustamisest. Asendusravi ei ole haiglaravi. Esmane vastuvõtt kestab ligikaudu 60 minutit ning selle käigus tehakse esmane hindamine, võetakse vajalikud analüüsid, määratakse ravi;
- järelteenus: tagasilanguse ennetamine (ravijärgne nõustamisteenus) inimestele, kes on läbinud pikaajalise ravi või rehabilitatsiooni vabaduses või kinnipidamisasutustes. Teenust osutatakse juhtumikorralduse põhimõttel ning see hõlmab psühholoogilist, sotsiaal- ja kogemusnõustamist. Teenus on suunatud nii tervenevatele sõltlastele kui ka nende lähedastele.

Tervise Arengu Instituut korraldab tasuta täiendkoolitust „Uimastitarvitamise varajane avastamine ja lühisekkumine (UVAL)“ [58] tervishoiutöötajatele, kes nõustavad või ravivad uimasteid (sh alkoholi ja nikotiini) tarvitavaid inimesi. Koolitusel käsitletakse uimastitarvitamise varajast avastamist ja uimastitest põhjustatud häireid, et toetada

tervishoiutöötajad praktiliste oskustega tõstatada patsiendiga uimastitarvitamise teema, viia ellu lühisekkumisi ja kasutada oma töös motiveeriva intervjuerimise (MI) meetodikat. Koolituse läbimine on eelduseks, et osutada üldarstiabis tubakast loobumise nõustamise ning alkoholtarvitamise häire ennetamise ja nõustamise teenust.

Uimastite koostarvitamise häire teenuse arendamiseks Eestis tuleks välja töötada ühtsed suunamise juhised ning tagada teenuse ühtlane kättesaadavus patsiendile. Uimastitarvitamise häire nõustamise teenused võiksid olla patsiendile saatekirjata.

Esmane uimastite (koos)tarvitamise häire väljaselgitamine ja lühisekkumine peaks toimuma esmatasandil. Kui patsient vajab sõltuvushäire ravi, tuleb ta suunata edasi vastava eriala spetsialisti juurde. Esmane kontakt võib ka toimuda erakorralise meditsiini osakonnas, muu teenusepakkuja juures (nt MTÜ-d) või väljapool meditsiinisüsteemi (nt politseiga kokkupuutel) ning inimene võib nõustamisele pöörduda ka ise. See tähendab, et lühisekkumise väljaõppe peaks saama ka väljaspool tervishoiusüsteemi töötavad uimastitarvitamise häirega inimestega kokku puutuvad spetsialistid.

4.3. Ravijuhendite ülevaade

Eesti ravijuhendis „Alkoholtarvitamise häirega patsiendi käsitus“ [13] soovitatakse alkoholtarvitamise häire või selle kahtlusega patsiendilt kliinilise intervjuu käigus küsida bensodiasepiinide ja teiste psühhoaktiivsete ainete tarvitamise kohta (tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste). Ravijuhendis tõstetakse esile, et mitme aine samaaegse tarvitamise hindamisel kasutatakse enamasti ASSIST-i küsimustikku (vt ptk 4.4) või sõltuvuse raskusastme skaalat (ingl *severity of dependence*) [59]. Juhendis kirjeldatakse, et tõenduspõhist informatsiooni mitme aine koostarvitamise ravi kohta on vähe, ent kõikide ainete sõltuvust tuleks ravida korraga [13]. Juhendis antakse soovitus, et alkoholi ja bensodiasepiine segatarvitaval patsiendil tuleb kasutada esmaseks sekkumiseks lühinõustamist ja eneseabivõtete tutvustamist, vähendamaks ainete tarvitamist, ning alustada bensodiasepiinide annuse järkjärgulist vähendamist (tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste). Alkoholi ja bensodiasepiine segatarvitav patsient, kes ei suuda nende tarvitamisest loobuda, tuleb suunata psühhiaatri vastuvõtule (praktiline soovitus). [13]

Eesti ravijuhendis „Tubaka- või nikotiinitoodetest loobumise nõustamine“ [12] antakse soovitus tubaka- või nikotiinitoodete meditsiinilist nõustamist kaaluda kasutajatel, kes on

motiveeritud loobumisega alustama, kui tegu on kaasuva alkoholisõltuvuse all kannatava inimesega (nõrk soovitus, madal tõendatuse aste). Tubaka- või nikotiinitorudest loobumisele kaasaaitavate ravimite kasutamise perioodil peab vältima alkoholarvitamist, et hoida ära ohtlikke kõrvaltoimeid (ravijuhendi praktiline soovitus) [12]. Need soovitusel võivad tähendada, et tubaka- või nikotiinitorude tarvitamisest loobumise nõustamise planeerimisel tuleb küsida inimeselt ka alkoholarvitamise kohta.

Ameerika Ühendriikide organisatsioon Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAHMSA) andis 2021. aastal välja uimastite koostarvitamise häire käsitusjuhendi [4], kus kirjeldatakse kolme tõenduspõhist lähenemist (tabel 1). Tuginedes kirjanduse ülevaatele antakse ka tõenduse tugevuse hinnang. Ükski kirjeldatud sekkumistest ei ole lühisekkumine.

Tabel 1. Tõenduspõhised sekkumised uimastite koostarvitamise häire juhendis [4]

Farmakoteraapia koos nõustamisega kahe uimasti kombinatsiooni käsitluses:	
1. alkoholi- ja kokaiinisõltuvus	mõõdukas tõendus ^a
2. kokaiini- ja opioidisõltuvus	vähene tõendus
Soovitud käitumise kinnitamine (ingl <i>contingency management</i>) koos farmakoteraapia ja nõustamisega kahe uimasti kombinatsiooni käsitluses:	
1. kokaiini- ja opioiditarvitamine või -sõltuvus	tugev tõendus
2. kokaiinisõltuvus ning alkoholi- ja opioiditarvitamine	mõõdukas tõendus
12 sammu programm koos farmakoteraapia ja nõustamisega kahe uimasti kombinatsiooni käsitluses:	
1. kokaiini- ja opioidisõltuvus	mõõdukas tõendus
2. opioidi- ja muu uimasti sõltuvus	vähene tõendus

^a Tõendatuse tasemed: tugev – põhjuslik seos kinnitatud vähemalt kahes kõrge või mõõduka tasemega juhuslikustatud kontrolluuringus, kvasiekspimendis või epidemioloogilises uuringus; mõõdukas – põhjuslik seos kinnitatud vähemalt ühes kõrge või mõõduka tasemega juhuslikustatud kontrolluuringus, kvasiekspimendis või epidemioloogilises uuringus; vähene – ei leidunud kõrge või mõõduka tasemega uuringut, kuid leidub muu disainiga uuringuid, kus leitud seos sekkumise ja oodatud tulemite vahel ning täiendavad uuringud on vajalikud, et põhjuslikkust kinnitada.

Eesti jaoks kohandatud juhendmaterjalis „Noorukite sõeltestimine, lühisekkumine ja ravile suunamine uimastite tarvitamise korral“ [39] soovatakse kasutada S2BI sõeltesti (ingl Screening to Brief Intervention) ning lisaküsimustikku, mis on eesti keelde kohandatud CRAFFT-i testi alusel (ingl Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble). Juhend on suunatud 11–18-aastaste noorukitega tegelevatele spetsialistidele ning sekkumine eeldab juhendi

kasutamiseks ettevalmistava koolituse läbimist ja motiveeriva intervjuerimise algtaseme oskuseid. S2BI küsimused hõlmavad eri uimastite tarvitamist (nt tubaka- ja nikotiinitooted, alkohol, kanep) ja ei küsi otseselt koostarvitamise kohta, kuid võimaldavad vastuste põhjal siiski tuvastada mitme uimasti tarvitamist lühikese aja jooksul.

4.4. Uimastite koostarvitamise häire skriiningtestid

Sagedamini kasutatakse mitme uimasti samaaegse tarvitamise korral Maailma Terviseorganisatsiooni välja töötatud küsimustikku ASSIST (ingl Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) [60], mille käsiraamat esmatasandile avaldati eesti keeles 2013. aastal [61]. ASSIST on 8-osaline ning selle viib läbi tervishoiutöötaja. Küsimustiku abil tehakse kindlaks järgmiste uimastite tarvitamine: tubakas, alkohol, kanep, kokaiin, amfetamiini tüüpi stimulaatorid, rahustid ja uinutid (bensodiasepiinid), hallutsinogeenid, inhalandid, opioidid ja muud uimastid. Kuigi küsimustik on mõeldud kasutamiseks esmatasandi tervishoius, saavad seda kasutada ka teised spetsialistid, kes puutuvad oma töös kokku uimasteid tervistkahjustaval viisil kasutavate inimestega. ASSIST-i küsimustiku vastused näitavad, kui suur risk kaasneb uimastitarvitamisega ning kas tarvitamine kujutab jätkamise korral ohtu. Küsimused on valikvastustega ning iga vastus küsimustele 2–7 annab kindla arvu punkte, mis küsitluse lõpus liidetakse kokku iga aine kaupa, et saada ASSIST-i riskitase konkreetse aine kohta (uimastikasutuse riskitase). Iga patsienti saab iseloomustada 10 riskitaset:

- tubakatoodete puhul vahemik 0–31
- alkoholi puhul vahemik 0–39
- kanepi puhul vahemik 0–39
- kokaiini puhul vahemik 0–39
- amfetamiini tüüpi stimulaatorite puhul vahemik 0–39
- inhalantide puhul vahemik 0–39
- rahustite ja unerohtude puhul vahemik 0–39
- hallutsinogeenide puhul vahemik 0–39
- opioidide puhul vahemik 0–39
- muude uimastite puhul vahemik 0–39.

Kaheksanda küsimuse vastust punktisumma arvutamisel ei kaasata kuid see küsimus annab infot süstimise kui eriti kõrge riskiga seotud tegevuse kohta ning võib viidata vajadusele suunata patsient eriarstile.

Üldiselt on madalam risk patsientidel, kelle punktisumma on 3 või vähem (alkoholi puhul 10 või vähem), keskmine risk patsientidel, kelle punktisumma on 4–26 (alkoholi puhul 11–26) ning kõrge risk neil, kelle punktisumma on 27 või kõrgem mis tahes aine puhul. ASSIST-i küsimustiku käsiraamatu järgi võiks kord aastas sõeltestida kõiki esmatasandi arstiabile pöördujaid. [60, 61]

Lisaks leidub muid mitte-ainespetsiifilisi või mitme aine tarvitamist käsitlevaid küsimustikke. CAGE–AID-i (ingl CAGE Adapted to Include Drugs) [62, 63] küsimustik võimaldab koos- või aine mittespetsiifilist skriinimist. Drug Abuse Screen Test (DAST-10) on enesekohane küsimustik, mis sobib noortele ja täiskasvanutele ning ei ole ainespetsiifiline [64]. NIDA Quick Screen ja NIDA-Modified ASSIST hõlmavad samuti küsimusi eri uimastite tarvitamise kohta [65]. Tähtis on märkida, et ainete koostarvitamist küsimustikega siiski ei uurita.

5. Uimastite koostarvitamise häire nõustamise tervisekasu

Raporti uurimisküsimusele uimastite koostarvitamise häire nõustamise tervisekasu kohta vastamiseks tehti süstemaatiline kirjanduse otsing andmebaasis PubMed, et leida uuringud, kus võrreldakse kombineeritud uimastitarvitamise häire lühisekkumist ainespetsiifilise teenusega (alkohol, tubakatooted vms). Täpsemalt on metoodikat kirjeldatud lisas 2. Leiti üks uuring, kus kirjeldati skriinimise ja lühisekkumise tervisekasu võrreldes ainespetsiifilise nõustamisega [66]. Leiti ka üks uuring, kus kirjeldati laiendatud nõustamise tervisekasu kombineeritud sekkumise korral võrreldes ainespetsiifilise sekkumisega [67]. Uuring ei vasta sekkumise mõttes siinse raporti uurimisküsimusele, ent seda kirjeldatakse näitena kombineeritud ja ainespetsiifilist nõustamist võrrelnud uuringust.

Pengpid jt [66] avaldasid 2015. aastal juhuslikustatud kontrolluuringu, kus analüüsiti skriinimise ja lühisekkumise mõju alkoholi ja tubakat koostarvitavatele inimestele. Uuringusse kaasati nelja haigla väljakirjutatud 18–60-aastased patsiendid, kes jätkasid ravi ambulatoorselt ning kellel oli ASSIST-i küsimustiku põhjal (vt ptk 4.4) vähemalt mõõdukas tubaka- või alkoholtarvitamise häire risk ($n = 620$). Kaasamisel rakendati järgnevaid ASSIST-i äralõikepunkte: tubakatarvitamise skoor vahemikus 4–26; alkoholtarvitamise skoor vahemikus 11–26. Uuritavad jagati kolme rühma: kombineeritud lühisekkumine alkoholi- ja tubakatarvitamise suhtes (sekkumisrühm, $n = 215$, keskmine vanus 33,4); tubakatarvitamise häire lühisekkumine (kontrollrühm 1, $n = 199$, keskmine vanus 30,7); alkoholtarvitamise häire lühisekkumine (kontrollrühm 2, $n = 206$, keskmine vanus 36,8).

Enam kui 96% uuringusse kaasatutest olid mehed. Sekkumine seisnes kolmes lühisekkumise sessioonis, mille viisid läbi väljaõppe saanud spetsialistid. Uuringu esmane tulemusnäitaja oli ASSIST-iga mõõdetud alkoholi- ja tubakatarvitamise levimus. Jälgimisaeg oli kuus kuud. Uuringu tulemused näitasid, et tubakast loobus tubakaspetsiifilise nõustamise korral rohkem patsiente kui alkoholispetsiifilise või tubaka ja alkoholi kombineeritud sekkumise puhul (tabel 2). Alkoholtarvitamisega seotud riski maandamisel oli alkoholispetsiifiline ja kombineeritud sekkumine tõhusam võrreldes tubakaspetsiifilise sekkumisega. Uuringus ei toodud rühmadevahelise erinevuse olulisuse näitajaid.

Uuringut saab pidada metoodiliselt pigem heaks, kuid esineb piiranguid, nagu rühmade statistiliselt oluline erinevus uuringu alguses näiteks keskmise vanuse ja ASSIST-i skooride

pooldest ning enesekohase raporteerimisega seotud nihke oht. Uuringul põhineva tõenduse tase on madal.

Tabel 2. Kombineeritud ja ainespetsiifiline nõustamine Pengpidi jt [66] uuringus

	Sekkumisrühm (kombineeritud nõustamine)	Kontrollrühm 1 (tubakatarvitamise häire lühisekkumine)	Kontrollrühm 2 (alkoholitarvitamise häire lühisekkumine)
ASSIST-i skoor, tubakas (mediaan, SD)			
Uuringu alguses	19,2 (4,4)	21,9 (3,6)	19,3 (4,4)
3 kuud	7,0 (4,9)	9,1 (9,1)	8,9 (6,7)
6 kuud	6,3 (3,9)	9,1 (9,4)	8,5 (6,5)
Eelneval nädalal ei tarvitanud tubakatooteid (n, %)			
Uuringu alguses	0	0	0
3 kuud	31 (19,1)	61 (41,2)	37 (24,3)
6 kuud	28 (17,7)	70 (49,0)	40 (26,7)
ASSIST-i skoor, alkohol (mediaan, SD)			
Uuringu alguses	16,9 (4,6)	16,2 (4,3)	17,2 (3,9)
3 kuud	5,6 (5,6)	7,5 (7,4)	6,3 (6,3)
6 kuud	6,1 (4,9)	8,6 (8,0)	4,8 (5,7)
ASSIST-i skoor, alkohol < 11 (n, %)			
Uuringu alguses	0	0	0
3 kuud	131 (80,9)	96 (64,9)	110 (72,4)
6 kuud	127 (80,9)	86 (60,1)	123 (82,0)
Eelneval nädalal ei tarvitanud tubakatooteid ja ASSIST-i skoor, alkohol < 11 (n, %)			
Uuringu alguses	0	0	0
3 kuud	30 (18,5)	47 (31,8)	30 (19,6)
6 kuud	27 (17,2)	51 (35,7)	36 (24,0)

Correa-Fernández jt [67] avaldasid 2017. aastal Puerto Ricos tehtud juhuslikustatud kontrolluuringu, mille eesmärk oli hinnata motivatsioonile ja probleemilahendusoskustele suunatud sekkumise MAPS (Motivation And Problem Solving Plus) mõju tubaka- ning alkoholitarvitamisele. Uuritavad (tubakat tarvitavad ja alkoholitarvitamise häire riskiga inimesed) kaasati loobumise abiliini klientide hulgast ning ajalehekuulutusega otsides. Kaasamiskriteeriumitele vastas ning uuringus oli nõus osalema 202 inimest (mehi 54%). Uuritavad jagati rühmadesse: kombineeritud sekkumine (MAPS+, n = 101, keskmine vanus 44,21) ja tubakaspetsiifiline sekkumine (S-MAPS, n = 101, keskmine vanus 42,97).

Mõlema rühma puhul seisnes sekkumine infomaterjalide jagamises ning kuni seitsmes telefoninõustamise sessioonis 26 nädala jooksul. Sekkumine põhines motivatsiooni suurendamise tehnikatel, et toetada tubakatarvitamisest loobumist. Samuti käsitleti

probleemilahendusoskuseid, et toetata abstinentsi ja taastuda tubakatarvitamise taasalustamisest. Sekkumisrühmas (MAPS+) käsitleti lisaks alkoholarvitamisest loobumist. Uuringu peamised tulemusnäitajad olid alkoholi- ja tubakatarvitamise levimus. Hindamised tehti uuringu alguses ning 12, 26 ja 52 nädala pärast.

Uuringu tulemused näitasid, et 12-nädalase jälgimisaja korral vähendas kombineeritud sekkumine alkoholarvitamist inimeste seas, kellel õnnestus tubakast loobuda, kuid mitte neil, kellel see ei õnnestunud. Osalejatel, kes 12. nädalal olid mittesuitsetajad (ei olnud tarvitanud tubakatooteid viimase 7 päeva jooksul), oli sekkumisrühmas oluliselt väiksem tõenäosus alkoholarvitamise riskikäitumisele ($B = -0,56$; 95% CI = $-1,07...-0,05$; $p = 0,03$) ning tunduvalt väiksem šanss rohkeks alkoholarvitamiseks (*heavy drinking*) (OR = 0,04; 95% CI = 0,003–0,58; $p = 0,02$). Episoodilise ohustava alkoholarvitamise (*binge drinking*) šanss oli väiksem, ent mitte statistiliselt oluline (OR = 0,21; 95% CI = 0,04–1,06; $p = 0,059$). Osalejatel, kes olid 12. nädalal tubakatarvitajad, ei vähendanud kombineeritud sekkumine alkoholarvitamise riskikäitumist ($B = 0,16$; 95% CI = $-0,13...0,44$; $p = 0,28$), ohustava alkoholarvitamise episoodide arvu (*binge drinking*) ($B = 1,09$; 95% CI = $-0,02...2,20$; $p = 0,05$) ega alkoholarvitamise riskikäitumise ning ohustava episoodilise alkoholarvitamise šansse (vastavalt OR = 1,51; 95% CI = 0,49–4,67; $p = 0,47$ ja OR = 1,84; 95% CI = 0,80–4,23; $p = 0,15$).

Uuringut võib pidada meetoodiliselt pigem nõrgaks. Uuringu tugevuseks on pikk jälgimisaeg, ent esinevad piirangud, nagu väike valim ja enesekohase raporteerimisega kaasnev nihkeoht. Uuringul põhineva tõenduse tase on väga madal.

Kokkuvõttes leidis üks uuring, kus hinnati lühisekkumise tervisekasu, ning üks, kus hinnati laiendatud nõustamise tervisekasu võrreldes kombineeritud ja ainespetsiifilist sekkumist. Mõlemas uuringus käsitleti alkoholi- ja tubakatoode tarvitamist. Ühe uuringu tulemused näitasid, et tubakatarvitamise vähendamisel oli tubakaspetsiifiline lühisekkumine efektiivsem kombineeritud sekkumisest ja kombineeritud nõustamine oli alkoholarvitamise vähendamisel lühiajaliselt (kolm kuud) efektiivsem alkoholispetsiifilisest nõustamisest. Laiendatud nõustamist analüüsinud uuringus leiti, et kombineeritud sekkumine vähendas alkoholarvitamist osalejate seas, kellel õnnestus ka tubakatarvitamist vähendada. Uuringutel põhineva tõenduse tase on madal või väga madal.

Olemasolev tõendus uimastite koostarvitamise häire nõustamise kohta on praegu ebapiisav ja madala tasemega, mistõttu ei tehtud Eesti oludele vastavat kulutõhususe ja eelarvemõju analüüsi. Tõenduse lisandudes tuleks teha uus süstemaatiline kirjanduse otsing.

Järeldused

1. Uimastitarvitamise häire nõustamise eesmärk on kaardistada tarvitamisharjumused ning pakkuda infot ravivõimaluste kohta. Nõustamist võib läbi viia erinevates asutustes. See jagatakse lühisekkumiseks ja laiendatud sekkumiseks. Lühisekkumine on tõenduspõhine ja struktureeritud, kuid selle efektiivsuse kohta on vastakaid andmeid. Sageli kasutatakse SBIRT-i raamistikku, mis hõlmab probleemi tuvastamist, muutuste soodustamist ja vajadusel edasisele ravile suunamist. Eri riikide praktika näitel hõlmab uimastitarvitamise häire äratundmine ja käsitlemine nii tervishoiu-, sotsiaal- kui ka justiitssüsteeme. Sagedamini kasutatav skriininginstrument uimastitarvitamisega seotud riski hindamiseks on ASSIST. Eestis puudub ühtne uimastitarvitamise häire nõustamise süsteem ja uimastite koostarvitamise häire nõustamise teenus.
2. Teaduskirjanduse ülevaate põhjal on tõendus uimastite koostarvitamisele suunatud lühisekkumise tervisekasu kohta vähenenud. Leiti üks alkoholi- ja tubakatoodete tarvitamist käsitletud uuring, kus võrreldi ainespetsiifilist ja kombineeritud lühisekkumist. Tulemused näitasid, et tubakatarvitamise vähendamisel oli tubakaspetsiifiline lühisekkumine efektiivsem kombineeritud sekkumisest ja kombineeritud nõustamine oli alkoholitarvitamise vähendamisel efektiivsem alkoholispetsiifilisest nõustamisest kolmekuulise jälgimisaja korral.

Tõendus uimastite koostarvitamise häire nõustamise kohta on ebapiisav ja madala tasemega, mistõttu ei tehtud Eesti oludele vastavat kulutõhususe ja eelarvemõju analüüsi.

Kasutatud kirjandus

1. Tervise Arengu Instituut. Uimasti. Tervisesõnastik. <https://tervisesonastik.tai.ee/>. [Vaadatud 13.02.2025].
2. Streimann K, Pertel T, Vilms T, Abel-Ollo K. Ennetuse käsiraamat. Sõltuvusainete tarvitamise ennetuse teaduslik käsitlus otsustajatele, arvamusiidritele ja poliitikakujundajatele. Kohandatud Euroopa ennetusõppekava (EMCDDA) põhjal. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2020.
3. Tervise Arengu Instituut. (uimasti) kuritarvitamine. Tervisesõnastik. <https://tervisesonastik.tai.ee/>. [Vaadatud 13.02.2025].
4. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Treating concurrent substance use among adults. SAMHSA publication No. PEP21-06-02-002. Rockville, MD; 2021.
5. Euroopa Ülemkogu, Euroopa Liidu Nõukogu. ELi uimastipoliitika. <https://www.consilium.europa.eu/et/policies/eu-drugs-policy/>. [Vaadatud 20.06.2024].
6. Tervise Arengu Instituut. Narkootikumide tarvitamise olukord Eestis 2023. Tallinn; 2024.
7. Vorobjov S, Kaste A-L, Veskimäe L. Eesti täiskasvanud rahvastiku uimastite tarvitamise uuring 2023. Tallinn; 2024.
8. Reile R, Veideman T. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2022. Metoodika ja standardtabelite kogumik. Tallinn; 2023.
9. Sotsiaalministeerium. Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030. Tallinn; 2021.
10. Tervise Arengu Instituut. Tugiisik narkootikumide tarvitavale inimesele (SÜTIK programm). <https://www.narko.ee/siit-saad-abi/tugiisik-narkootikumide-tarvitajale-sutik-programm/>. [Vaadatud 20.06.2024].
11. Tervise Arengu Instituut. Nõustamisprogramm kanepitarvitajatele (VALIK programm). <https://www.narko.ee/siit-saad-abi/noustamisprogramm-kanepitarvitajatele/>. [Vaadatud 20.06.2024].
12. Eesti Haigekassa. Tubaka- või nikotiinitoodetest loobumise nõustamine, RJ-Z/56.1-2021. 2021.
13. Eesti Haigekassa. Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitlus, RJ-F/7.2-2020. Ravijuhend. 2021.
14. Vorobjov S, Salekešin M, Vals K. Eesti täiskasvanud rahvastiku uimastite tarvitamise uuring. Tallinn; 2018.
15. Tervise Arengu Instituut. PKH1: Psühhiaatri poolt ambulatoorselt konsulteeritud isikud diagnoosi, soo ja vanuserühma järgi. https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__02Haigestumus__05Psyhikahaired/PKH1.px/. [Vaadatud 9.12.2024].
16. Tervise Arengu Instituut. NR003: Kalendriaasta esmased narkomaaniaravi juhud põhinarkootikumi, soo ja vanuserühma järgi. 2024. https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__02Haigestumus__06Narkomaaniaravi/?tablelist=true. [Vaadatud 4.02.2025].
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). 2013.
18. Babor TF, McRee BG, Kassebaum PA, Grimaldi PL, Ahmed K, Bray J. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT). *Subst Abus.* 2007;28:7–30.
19. Kaner EFS, Dickinson HO, Beyer F, Pienaar E, Schlesinger C, Campbell F, et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug Alcohol Rev.* 2009;28:301–23.
20. Bernstein J, Bernstein E, Tassiopoulos K, Heeren T, Levenson S, Hingson R. Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug Alcohol Depend.* 2005;77:49–59.
21. Woodruff SI, Clapp JD, Eisenberg K, McCabe C, Hohman M, Shillington AM, et al. Randomized clinical trial of the effects of screening and brief intervention for illicit drug use: the life shift/shift gears study. *Addict Sci Clin Pract.* 2014;9.
22. Baker A, Lee NK, Claire M, Lewin TJ, Grant T, Pohlman S, et al. Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. *Addiction.* 2005;100:367–78.
23. Marsden J, Stillwell G, Barlow H, Boys A, Taylor C, Hunt N, et al. An evaluation of a brief motivational intervention among young ecstasy and cocaine users: no effect on substance and alcohol use outcomes. *Addiction.* 2006;101:1014–26.

24. Roy-Byrne P, Bumgardner K, Krupski A, Dunn C, Ries R, Donovan D, et al. Brief intervention for problem drug use in safety-net primary care settings. *JAMA*. 2014;312.
25. Saitz R. Screening and brief intervention for unhealthy drug use: little or no efficacy. *Front Psychiatry*. 2014;5.
26. Bogenschutz MP, Donovan DM, Mandler RN, Perl HI, Forchimes AA, Crandall C, et al. Brief intervention for patients with problematic drug use presenting in emergency departments. *JAMA Intern Med*. 2014;174.
27. Palfai TP, Saitz R, Winter M, Brown TA, Kypri K, Goodness TM, et al. Web-based screening and brief intervention for student marijuana use in a university health center: pilot study to examine the implementation of eCHECKUP TO GO in different contexts. *Addict Behav*. 2014;39:1346–52.
28. Guan W, Liu T, Baird JR, Merchant RC. Evaluation of a brief intervention to reduce the negative consequences of drug misuse among adult emergency department patients. *Drug Alcohol Depend*. 2015;157:44–53.
29. Assanangkornchai S, Nima P, McNeil EB, Edwards JG. Comparative trial of the WHO ASSIST-linked brief intervention and simple advice for substance abuse in primary care. *Asian J Psychiatr*. 2015;18:75–80.
30. Blow FC, Walton MA, Bohnert ASB, Ignacio R V., Chermack S, Cunningham RM, et al. A randomized controlled trial of brief interventions to reduce drug use among adults in a low-income urban emergency department: the *Healthi* ER You study. *Addiction*. 2017;112:1395–405.
31. Martino S, Ondersma SJ, Forray A, Olmstead TA, Gilstad-Hayden K, Howell HB, et al. A randomized controlled trial of screening and brief interventions for substance misuse in reproductive health. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;218:322.e1-322.e12.
32. Goodness TM, Palfai TP. Electronic screening and brief intervention to reduce cannabis use and consequences among graduate students presenting to a student health center: a pilot study. *Addictive Behaviors*. 2020;106.
33. Humeniuk R, Ali R, Babor T, Souza-Formigoni MLO, de Lacerda RB, Ling W, et al. A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care settings in four countries. *Addiction*. 2012;107:957–66.
34. McCambridge J, Strang J. The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction*. 2004;99:39–52.
35. Karno MP, Rawson R, Rogers B, Spear S, Grella C, Mooney LJ, et al. Effect of screening, brief intervention and referral to treatment for unhealthy alcohol and other drug use in mental health treatment settings: a randomized controlled trial. *Addiction*. 2021;116:159–69.
36. Gelberg L, Andersen RM, Afifi AA, Leake BD, Arangua L, Vahidi M, et al. Project QUIT (Quit Using Drugs Intervention Trial): a randomized controlled trial of a primary care-based multi-component brief intervention to reduce risky drug use. *Addiction*. 2015;110:1777–90.
37. Aharonovich E, Sarvet A, Stohl M, DesJarlais D, Tross S, Hurst T, et al. Reducing non-injection drug use in HIV primary care: A randomized trial of brief motivational interviewing, with and without HealthCall, a technology-based enhancement. *J Subst Abuse Treat*. 2017;74:71–9.
38. Zahradnik A, Otto C, Crackau B, Löhrmann I, Bischof G, John U, et al. Randomized controlled trial of a brief intervention for problematic prescription drug use in non-treatment-seeking patients. *Addiction*. 2009;104:109–17.
39. Tervise Arengu Instituut, peaaasi.ee. Noorukite sõeltestimine, lühisekkumine ja ravile suunamine uimastite tarvitamise korral. Tallinn; 2023.
40. O’Shea James, Goff Paul, Armstrong Ruth. SAOR screening and brief intervention for problem alcohol and substance use. Dublin: Health Service Executive; 2017.
41. Doyle J, Ivanovic J. National drugs rehabilitation framework document. Dublin: Health Services Executive; 2010.
42. Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group. Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management. London; 2017.
43. Huumeongelmat. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2022. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50041>. [Vaadatud 15.10.2024].

44. Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet: ehkäisevä päihdetyö – puheeksiotto ja mini-interventio. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2023. Loetud: 21.10.2024. Saadaval: <https://thl.fi/aiheet/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdyo/puheeksiotto-ja-mini-interventio>.
45. Palveluvalikoima. Huumeriippuvuuksien hoidon ja kuntoutuksen psykososiaaliset menetelmät. 2021.
46. Markkula, Jaana, Rapeli, Saara, Kempainen, Johanna, et al. Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus; 2021.
47. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. New developments in national drug strategies in Europe, EMCDDA Papers. Luxembourg; 2017.
48. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Systems-level implementation of screening, brief intervention, and referral to treatment. Technical Assistance Publication (TAP) Series 33. Rockville; 2013.
49. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Screening for unhealthy drug use: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2020;323:2301–9.
50. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Coding for screening and brief intervention reimbursement. 2024. <https://www.samhsa.gov/sbirt/coding-reimbursement>. [Vaadatud 2.11.2024].
51. Stone J, Marsh A, Dale A, Wills L, O’Toole S, Helfgott S, et al. Counselling guidelines: alcohol and other drug issues. 4th edition. Perth: Mental Health Commission; 2019.
52. NSW Ministry of Health. Alcohol and other drugs psychosocial interventions: practice guide. 2023.
53. Kallaste K, Vaher M. Tugiisik narkootikume tarvitavatele inimestele ehk programm SÜTIK. Ülevaade programmi rakendamisest 2018–2022. Tallinn; 2022.
54. Tervisekassa. Loobu tubakast – tule tasuta nõustamisele. 2024. <https://www.tervisekassa.ee/soltuvushaired#tab-tubaka-voi-nikotiinitoodetest-loobumine>. [Vaadatud 8.11.2024].
55. Tervisekassa. Abivõimalused alkoholi liigtarvitajatele. 2024. <https://www.tervisekassa.ee/soltuvushaired#tab-alkoholi-liigtarvitamise-ennetus>. [Vaadatud 8.11.2024].
56. Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelu (01.01.2025). Riigi Teataja I. <https://www.riigiteataja.ee/akt/127122024049>. [Vaadatud 12.02.2025].
57. Tervise Arengu Instituut. Sõltuvusravi sh opioidsõltuvuse asendusravi. <https://www.narko.ee/siit-saadabi/soltuvusravi-sh-opiodisoltuvuse-asendusravi/>. [Vaadatud 16.12.2024].
58. Tervise Arengu Instituut. Koolitus „Uimastitarvitamise varajane avastamine ja lühisekkumine (UVAL)“. <https://www.tai.ee/et/koolitused-sundmused/koolitus-uimastitarvitamise-varajane-avastamine-ja-luhisekkumine-uval-1>. [Vaadatud 9.12.2024].
59. Gossop M, Darke S, Griffiths P, Hando J, Powis B, Hall W, et al. The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. Addiction. 1995;90:607–14.
60. Humeniuk R. The Alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2010.
61. Humeniuk R, Henry-Edwards S, Ali R, Poznyak V, Monteiro M. Alkoholi, tubaka ja sõltuvusainete tarvitamise sõeluuring (ASSIST). Esmatasandi tervishoiutöötaja käsiraamat. Kopenhagen: World Health Organization; 2013.
62. National HIV Curriculum. CAGE-AID Questionnaire. <https://www.hiv.uw.edu/page/substance-use/cage-aid>. [Vaadatud 2.12.2024].
63. Hinkin CH, Castellon SA, Dickson-Fuhrman E, Daum G, Jaffe J, Jarvik L. Screening for drug and alcohol abuse among older adults using a modified version of the CAGE. American Journal on Addictions. 2001;10:319–26.
64. National Institute on Drug Abuse. Instrument: Drug Abuse Screening Test (DAST-10). <https://cde.nida.nih.gov/instrument/e9053390-ee9c-9140-e040-bb89ad433d69>. [Vaadatud 2.12.2024].
65. National Institute on Drug Abuse. NIDA Quick Screen V1.0. <https://nida.nih.gov/sites/default/files/pdf/nmassist.pdf>. [Vaadatud 2.12.2024].

66. Pengpid S, Peltzer K, Puckpinyo A, Viripiomgool S, Thamma-aphiphol K, Suthisukhon K, et al. Screening and concurrent brief intervention of conjoint hazardous or harmful alcohol and tobacco use in hospital out-patients in Thailand: a randomized controlled trial. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2015;10:1–10.
67. Correa-Fernández V, Díaz-Toro EC, Reitzel LR, Guo L, Chen M, Li Y, et al. Combined treatment for at-risk drinking and smoking cessation among Puerto Ricans: a randomized clinical trial. *Addictive Behaviors*. 2017;65:185–92.

Lisa 1. Raporti lähteülesanne

Eesmärk

Analüüsida uimastitarvitamise häire nõustamise tervisekasu, hinnata nõustamise kulutõhusust ja maksumust Eestis võrreldes siiani kasutatud ainespetsiifilise (tubakas, alkohol) loobumishäire nõustamisega.

Taust

2020. aasta Eesti täiskasvanud elanike tervisekäitumise uuringust selgus, et kokku oli elu jooksul 16–64-aastastest elanikest tarvitanud narkootikume või psühhotroopseid retseptiravimeid ilma arsti korralduseta 13%, 7% neist viimase 12 kuu ja 6% viimase 30 päeva jooksul. Meeste seas oli narkootikumide tarvitamine levinum kui naiste seas (17% vs 11%) ja nooremates vanusegruppides tunduvalt kõrgem kui vanemates. 2022. aastal tarvitas alkoholi vähemalt kord nädalas 18,2% meestest ning 12,3% naistest (16–64-aastased). Igapäevasuitsetajaid oli 2022. aastal 20,6% meestest ning 12,1% naistest.

Sageli tarvitatakse eri aineid koos, näiteks kanepit ja alkoholi, või alkoholi koos narkootikumidega nagu amfetamiin või *ecstasy*. Ka võidakse rahustite või uinutitega samaaegselt tarvitada alkoholi, tubakat või muid narkootikume. Ainete koos või järjestikune tarbimine suurendab terviseriske nagu üleannustamise oht. Seetõttu on nõustamisel oluline käsitleda eri ainete tarvitamist.

Hetkel pakutakse Eestis eraldiseisvate teenustena tubakast loobumise ja alkoholitarvitamise häire alast nõustamist, kuid mitte narkootikumidest loobumise nõustamist. Narkootikumide tarvitavatel inimestel on võimalus saada nõustamist näiteks läbi Tervise Arengu Instituudi hallatava narko.ee ööpäevaringse tugiliini, kasutades SÜTIK [10] ja VALIK [11] programmi või teiste riigi poolt täiendavalt pakutud teenuseid.

Eestis on kinnitatud riiklikud ravijuhendid „Tubaka- või nikotiinitoodetest loobumise nõustamine“ [12] ja „Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitus“ [13].

Teema olulisus

Eestis on taas hakanud kasvama narkootikumide tarvitamisest tekkinud üledoosidega seotud surmade arv (2022. aastal 82 surma, 2021. aastal 39 surma, 2020. aastal 31 surma).

Uimastitarvitamise häire nõustamise kasutuselevõtuga on võimalik märgata tarvitajaid varem ja suunata neid uimastitest loobuma pikendades tervena elatud eluaastaid, vähendada üledoosidest tekitatud surmasid ja vähendada tervishoiusektori kulusid.

Tehnoloogiad

Hinnatavaks tervisetehnologiaks on uimastitarvitamise häire nõustamine, mis hõlmab eri ainete (narkootikumid, tubakas, alkohol) tarvitamise käsitlemist.

Sihtrühm

Sihtrühmaks on 16–64-aastased elanikud, kes on tarvitanud narkootikume või psühhotroopseid retseptiravimeid ilma arsti korralduseta.

Uurimisküsimused ja lahendused

1. Milline on uimastitarvitamise häire nõustamise praktika eri riikides? Lahendus: kirjanduse ülevaade.
2. Milline on uimastitarvitamise häire nõustamise tervisekasu? Lahendus: teaduskirjanduse ülevaade.
3. Milline on uimastitarvitamise häire nõustamise optimaalne korraldus Eestis (nt kuidas teenuse sihtrühm jõuab tervishoiutöötajani, kui uimastitega seotud info jagamine on abivajajale seotud riskidega nagu juhtimisõigusest ilma jäämine)? Lahendus: ekspertarvamus.
4. Milline on tõendus uimastitarvitamise häire nõustamise kulutõhususe kohta? Lahendus: kirjanduse ülevaade
5. Milline on uimastitarvitamise häire nõustamise kulutõhusus Eestis? Lahendus: kulutõhususe modelleerimine Eesti andmetel.
6. Milline on uimastitarvitamise häire nõustamise eelarvemõju Eestis? Lahendus: eelarvemõju arvutused Eesti andmetel.

Lisa 2. Raporti metoodika

Uimastitarvitamise häire nõustamise tervisekasu uuringute leidmiseks viidi läbi päring andmebaasis PubMed 15.07.2024 märksõnaga „*SBIRT*“. Päring andis 612 vastet. Pealkirjade sõelumise tulemusena välistati umbes pooled uuringutest, mille seast põhiliseks välistamise põhjuseks olid pediaatrilisest populatsioonis läbi viidud uuringud, eksklusiivselt alkoholtarvitamise häiret käsitlevad uuringud ning lühisekkumiste õpetamist käsitlevad uuringud. Seejärel sõeluti abstraktide lugemise teel välja 14 kliinilist uuringut ning kaks meta-analüüsi. Leitud artiklite läbitöötlemisel lisandus veel seitse kliinilist uuringut. Antud raporti lühisekkumiste tõenduspõhisuse ülevaade põhineb 19 randomiseeritud kontrolluuringu tulemustel ning järelduste koondamisel on välja jäetud kontrollrühmata uuringute andmed.

Lisaks tehti päringud leidmaks uuringuid, milles võrreldi ühe uimasti tarvitamise häire nõustamise tõhusust mitme uimasti alase samaaegse nõustamise kohta. Päringud viidi läbi märksõnadega andmebaasis PubMed 19.10.2024 märksõnadega „*concurrent substance use*“ (6011 vastet, 516 vastet kliiniliste uuringute ja meta-analüüside filtreerimise teel), „*concurrent substance use brief intervention*“ (62 vastet) ning „*concurrent substance use counselling*“ (191 vastet). Pealkirjade sõelumise teel jäi alles 63 artiklit, põhiliseks välistamise põhjuseks oli märksõnast „*concurrent*“ tulenevad uimastite tarvitamist ning kaasuvaid vaimse või somaatilise tervise häireid käsitlevad artiklid. Abstraktide lugemise teel välistati 61 artiklit, millest enamuses käsitleti uimasti tarvitamise häire nõustamist olukordades, kus patsient saab juba eelnevalt teise tarvitatava uimasti lühisekkumisega võrreldes intensiivsemat ravi või mille sekkumine on oluliselt intensiivsem kui antud raportis käsitletud lühisekkumised. Ainespetsiifilise ja mitme uimasti tarvitamise häire nõustamise tervisekasu ülevaatesse kaasati kaks uuringut.

Summary

Concurrent drug use disorder counselling

Background: Drug use is a social and health-related phenomenon that causes costs and harm to public health and security. The number of drug use related overdose deaths in Estonia has increased. Substances are often used concurrently (e.g. cannabis and alcohol, alcohol with drugs, sedatives, or hypnotics) increasing health risks. Therefore, it is important to address concurrent drug use in counselling.

Objective: The aim of this report was to analyse the health benefits of counselling for concurrent substance disorder, to assess the cost-effectiveness and cost of counselling in Estonia compared to the substance-specific (tobacco, alcohol) cessation counselling, focusing on brief intervention.

Methods: A literature review of effectiveness of concurrent drug use counselling was conducted. The target group was adults aged 16–64-years. Concurrent use of drugs means the use of more than one drug (including alcohol) within a brief period. Concurrent use disorder refers to the repeated use of multiple substances in such a way that the person continues to use compulsively despite negative effects.

Results: Based on the practices of different countries, the recognition and treatment of drug use disorder involves both the health, social and justice systems. In Estonia, there is no unified drug use disorder counselling system and there is no counselling service for concurrent drug use disorder. Treatment guidelines for substance-specific counselling recommend asking about other drug use, and in the USA, guidance material on the treatment of drug concurrent use has been published. The most used screening tool for assessing the risk associated with drug use is ASSIST.

Evidence for the health benefits of brief interventions targeting concurrent drug use is limited. A systematic search of the scientific literature found one study on alcohol and tobacco use, which compared substance-specific and combined brief interventions. The results showed that tobacco-specific brief interventions were more effective in reducing tobacco use than combined interventions, and combined counselling was more effective in reducing alcohol use than alcohol-specific counselling at a three-month follow-up period.

Conclusions: Due to insufficient evidence, the cost-effectiveness and budget impact analysis was not conducted. As more evidence becomes available, a new systematic literature search should be conducted. To develop a service for substance use disorder in Estonia, uniform referral guidelines should be developed, and the service should be uniformly available to patients.

Citation: Põld M, Mürsepp M, Redlich K, Jürisson M. Uimastite koostarvitamise häire nõustamine: tervisetehnoloogia hindamise raport TTH77. Tartu: Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut; 2025.