

**EESTI HAIGEKASSA TERVISHOIUTEENUSTE LOETELU MUUTMISE ALGATAMISEKS
VAJALIKUD ANDMED**

1. Taotluse algataja	
Organisatsiooni või ühenduse nimi	Eesti Perearstide Selts
Postiaadress	MTÜ Eesti Perearstide Selts Puusepa 1a, Tartu 50406
Telefoni- ja faksinumber	MTÜ Eesti Perearstide Selts Tel / fax +372 7319213
E-posti aadress	<i>EPS president: diana@tohter.ee</i>
Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi ning kontaktandmed	Perearst Helen Lasn e-mail helenlasn@gmail.com , tel 55980494

2. Teenuse nimetus, kood ja kohaldamise tingimus(ed)	
2.1. Teenuse nimetus	Alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine ja nõustamine perearstipraksises
2.2. Teenuse kood tervishoiuteenuste loetelus (<i>edaspidi</i> loetelu) olemasoleva teenuse korral	Uus teenus ja uus kood
2.3. Kohaldamise tingimus(ed)	Rakendatakse 6-tunnise skriiningmetoodika ning nõustamispehõhimõtete koolituse läbinud perearsti või (pere)õe poolt osutatud teenuse korral
2.4. Ettepaneku eesmärk	X <input type="checkbox"/> Uue tervishoiuteenuse (<i>edaspidi</i> teenuse) lisamine loetellu ¹ <input type="checkbox"/> Loetelus olemasoleva teenuse piirhinna muutmise ²

¹ Täidetakse kõik taotluse väljad või tuuakse selgitus iga mittetäidetava välja kohta, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita.

² Kui teenuse piirhinna muutmise tingib uue meditsiiniseadme, ravimi vm lisamine teenuse kirjeldusse, täidetakse taotluses uue ressursi kohta kõik väljad või tuuakse selgitus iga vastava mittetäidetava välja juurde, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita. Kui piirhinna muutmise tingib ressursi maksumuse muutus, täidetakse vähemalt väljad 1- 3 ning 10.1.

	<input type="checkbox"/> Teenuse kohaldamise tingimuste muutmine ³ <input type="checkbox"/> Teenuse nimetuse muutmine ⁴ <input type="checkbox"/> Teenuse kustutamine loetelust ⁵ <input type="checkbox"/> Teenuse omaosaluse määra muutmine ⁶ <input type="checkbox"/> Muu (selgitada)
2.5. Peatükk loetelus, kus teenus peaks sisalduma	X <input type="checkbox"/> Üldarstiabi <input type="checkbox"/> Ambulatoorne eriarstiabi <input type="checkbox"/> Meditsiiniseadmed ja ravimid <input type="checkbox"/> Statsionaarne eriarstiabi <input type="checkbox"/> Uuringud ja protseduurid <input type="checkbox"/> Operatsioonid <input type="checkbox"/> Laboriuuringud, lahangud ja kudede transplantaadid <input type="checkbox"/> Veretooded ja protseduurid veretoodetega <input type="checkbox"/> Hambaravi <input type="checkbox"/> Kompleksteenused <input type="checkbox"/> Ei oska määrata/ Muu (selgitada)

3. Tõendus põhisisus ja näidustused

3.1. teenuse osutamise meditsiinilised näidustused ja vajadus teenuse osutamiseks

Vajadus teenuse osutamiseks on esitatud Eesti Alkoholi poliitika Rohelises Raamatus

http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervisepoliitika/Alkoholipoliitika/Failid/Alkoholi_roheline_raamat.pdf

Alkoholipoliitika Rohelise Raamatu kohaselt kuulub Eesti enim alkoholi tarbivate riikide hulka ning alkoholist tingitud kahjud on seetõttu ulatuslikud. 2011. aastal tarbiti Eestis 10,2 liitrit absoluutset alkoholi aastas isiku kohta. Iga üle 15-aastase elaniku kohta tarbiti 2011. aastal 12 liitrit alkoholi (EKI 2011). Maailma Terviseorganisatsiooni hinnangul toob tarbimine üle 6 liitri absoluutalkoholi aastas elaniku kohta kaasa tõsiseid kahjusid rahva tervisele (Health 21).

Erinevatel meetodikatel põhinevate arvestuste kohaselt põhjustas alkohol otseselt majanduskahju (tervisekaotus, kuritegevus) 1,6-2,5 % SKP-st, millele lisanduvad kaudsed kulud peredele ja ühiskonnale põhjustatud kahjust (Reinap 2009).

WHO raporti põhjal on alkohol tervisekahjustusi tekitavate tegurite hulgas maailmas kolmandal kohal kõrge vererõhu ja suitsetamise järel. Eesti rahvastiku haiguskoormusest põhjustab alkohol ~10% ehk laias laastus 40 000 kaotatud eluaastat aastas. Alkoholist tingitud kaotusest 99% langeb meestele ning koormus e põhiosa moodustab enneaegsetest surmadest tingitud kaotus. WHO 2012. aastal avaldatud raporti kohaselt põhjustab alkohol Eestis 12% naiste ja 28% meeste suremusest vanusegrupis 15-64 (Rehm 2012).

Alkoholi tarbimisega seotud tervisekaost 34% on tingitud välispõhjustest, millest omakorda 60% langeb noore täiskasvanu (vanuses 15-44) ikka. Seega on eriti suur osakaal

³ Täidetakse kõik allpool esitatud väljad või tuuakse selgitus iga vastava mittetäidetava välja kohta, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita.

⁴ Täidetakse punktid 1-3 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus teenuse nimetuse muutmise vajalikkuse kohta.

⁵ Täidetakse taotluse punktid 1-3 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus teenuse kustutamise kohta.

⁶ Täidetakse punktid 1-3, 7, 11 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus omaosaluse muutmise kohta.

alkoholijooobega seotud vigastussurmadel parimas tööeas elanikkonna hulgas. Eestis toimus 2011.aastal jooibes autojuhtide osalusel 180 liiklusõnnetust, milles hukkus 14 ja sai vigastada 257 inimest. Niisuguste õnnetuste osakaal kõigist liiklusõnnetustest moodustas 11,9% neis hukkus 14% kõigist liiklusõnnetustes hukkunutest. Eestis oli 2011. aastal 7,5 tahtlikku tapmist 100 000 elaniku kohta, valdavas enamikus Euroopa riikides oli see näitaja alla 2. Tahtliku tapmise toimepanijatest on valdav enamused olnud alkoholijooibes ja poolte ohvrite verest on verest leitud alkoholi (Justiitsministeerium 2012).

Alkoholi liigtarvitamisest tingitud haigestumise tõttu kaotatud tööpäevade, ravikulude ja enneaegse surmaga seotud kahjud moodustavad 2-5% SKP-st (Health 21; WHO 2004).

Euroopa Komisjon tellimusel valminud raporti «Alkohol Euroopas» andmetel laekus 2003. aastal alkoholiaktsiisist riigikassadesse 25 miljardit eurot. Alkoholiga seotud kahjude kulud ulatusid 2003. aastal 270 miljardi euronile (Anderson et al. 2006). Raport ei kajasta alkoholi poolt põhjustatud kahju, mis väljendub laste väärkohtlemises ja ebaterves kasvukeskkonnas, perevägivaldas ja perekondade lagunemises ning teistes sotsiaalsetes ilmingutes. Samas on selge, et ka need nähtused pärsivad inimressursi arendamist ning avaldavad negatiivset mõju sotsiaalsele heaolule ja majanduslikule arengule.

Kahjude ulatust võimendab tarbimiskultuur, mida iseloomustab korraga suurte alkoholikoguste tarbimine, mistõttu on ka seos alkoholitarbimise ning õnnetuste ja vägivalda vahel suur. Samuti on Eestile iseloomulik alkoholi tarbimise laialdane levik noorte hulgas, millel on tõsised tagajärjed rahva tervisele ja ühiskonna arenguvõimele.

Alkoholisõltuvus on somaatiliste, käitumuslike ja kognitiivsete avalduste kompleks, mille korral alkoholi tarvitamine saavutab inimese käitumises prioriteedi käitumisavalduste suhtes, mis on kunagi olnud suurema väärtusega. Sõltuvussündroomi olulisim joon on tung tarvitada sageli alkoholi (RHK-10). Alkoholi tarvitamine on otseselt või kaudselt seotud ~ 60 erineva haigusseisundi ja tervisehäire tekkega. Neist sagedasemad on maksa alkoholtõbi ja alkoholisõltuvus (WHO 2004).

Täpsed andmed alkoholisõltuvuse levimuse kohta Eestis puuduvad. Hinnanguliselt kannatab alkoholisõltuvuse all umbes 6% Euroopa Liidu täiskasvanud elanikkonnast (Anderson 2009; 3). Ekspertide hinnangul on alkoholisõltuvuse levimus Eestis vähemalt samasugune. Hiljuti avaldatud raportist selgub, et alkoholisõltuvuse levimuseks 18-64 aastaste inimeste hulgas Eestis hinnati 2004.a meestel 11% ja naistel 2,1% (Rehm et al 2012; 1). See teeb alkoholisõltuvusega inimeste arvuks kuni 55000 inimest. Vaid väike osa (u 10%) alkoholisõltuvusega inimestest nii Euroopas kui Eestis saab ravi alkoholisõltuvuse tõttu.

Alkoholi tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäirete raviks pakkus 2011 aastal ravikindlustuse vahenditest rahastatud ambulatoorseid psühhiaatrilisi teenuseid 47 raviasutust, statsionaarseid teenuseid 9 haiglat. 2011 aastal oli ravikindlustuse kulu alkoholitarvitamisest tingitud psüühikahäirete ambulatoorsele psühhiaatrilisele ravile 122 000 € ja statsionaarsele psühhiaatrilisele ravile 198 000 €. Olulise osa alkoholist tingitud psüühika- ja käitumishäirete, sh alkoholisõltuvuse ravi eest on maksanud patsiendid, kuid selle suuruse osas andmed puuduvad, siis võib arvata, et tegelikud ravikulud on eeltoodutest oluliselt suuremad (Sotsiaalministeerium 2012).

Meditiiniline, sotsiaalne ja tervishoiuökonoomiline põhjendus alkoholi liigtarvitamise käsitlemiseks pearingiabis: alkohol mõjutab loote arengut ning võib olla lootele teratogeenne, alkoholil on neurotoksiline toime, mõjutades aju arengut ja funktsioneerimist; liigne alkohol on soodustavaks teguriks paljudele tahtlikele ja mittetahtlikele vigastustele ja vägivaldale; alkohol on tunnustatud kantserogeenseks e vähki tekitavaks teguriks, mis on seotud erinevate seedetrakti ja naiste rinnavähi tekke riski olulise suurenemisega; alkohol toimib immuunsust langetavalt, soodustades sellega nakkushaigustesse haigestumise riski; kuigi väike kogus alkoholi võib keskealistel inimesel omada soodsat toimet kardiovaskulaarse riski alandamisel, on suuremad alkoholikogused seotud mitmete südame-veresoonkonna haiguste tekkeriskiga. Alkoholil ei ole mõju ainult joojale endale, vaid

paljudele teda ümbritsevatele inimestele (vigastused, vägivald, liiklusõnnetused jm õnnetusjuhtumid). Tugev alkoholarvitamine vähendab produktiivsust tööl ja elukvaliteeti. Mida suurem on elu jooksul tarvitatud alkoholikogus, seda suuremaks muutub tõenäosus surra alkoholist tingitud haiguse tõttu (WHO 2012).

Tõendus põhised efektiivsed meetodid alkoholist tingitud riskide vähendamisel ja ennetamisel on alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja lühinõustamise teenuse rakendamine esmatasandi tervishoius. Soovitused nimetatud tegevuse rakendamiseks eesmärgiga edendada rahvastiku tervist ning saavutada kokkuvõetud tervisekulutustes on WHO poolt antud nii erinevates alkoholipoliitikat käsitlevates juhistes, rahvusvaheliste võrgustike kui viimati ka 2011 a vastu võetud WHO Euroopa regiooni alkoholipoliitika rakenduskavas 2012-2020. (vt kõik punkt 3.4).

Alkoholi tarvitamisest tulenevate riskide hindamist nimetatakse teaduskirjanduses kas *early identification (EI)* või *screening*, sellele järgnevat (erineva pikkusega, 5-30 minutit kestev) nõustamist nimetatakse *brief intervention (BI)*. Tegevuste koondnimetus on inglise keelses kirjanduses *EIBI* või *SBI*.

Varajane avastamine (*early identification, EI*) – testi e. küsimusti kasutamine, et leida inimesed, kelle alkoholi tarvitamine on ohustav või kahjustav (metoodikast 5).

Lühiajaline sekkumine (*brief intervention, BI*) – lühikese kestusega (5-30 minuti t) struktureeritud teraapia, mis võimaldab esmatasandi tervishoiutöötajal aidata inimesel lõpetada või vähendada psühhoaktiivsete ainete tarvitamist. Sekkumist võidakse kasutada ka teiste eluviisiga seotud probleemide puhul (WHO lexicon).

Brief interventions are counseling sessions that last 5 to 15 minutes. Their purpose is to increase the person's awareness of his or her alcohol use and its consequences and then motivate the person to either reduce risky drinking or seek treatment, if needed. The provider works with the person on willingness and readiness to change his or her drinking behavior (NICE 2010).

Alkoholi tarvitamisest tulenevat riski inimesele saab hinnata alkoholi tarvitamise sageduse ja tarvitatud alkoholi koguse selgitamise abil, kuid selleks on välja töötatud ka mitmeid skriiningteste, nt AUDIT, AUDIT-C, FAST, MAST (11). AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) annab usaldusväärseid viiteid tervisele ohtu kujutava või kahju põhjustava alkoholarvitamise, sh alkoholisõltuvuse olemasolule (Tähepõld jt 2012).

Alkoholi tarvitamisest tingitud riski hindamist võib läbi erinevate esmatasandi tervishoiu tegevustele lisanduvalt, siis, kui spetsialist leiab, et terviseprobleem võib seonduda alkoholi tarvitamisega. Nt sobivad selleks krooniliste haiguste jälgimisega (koos teiste terviseriskidega), vigastuste või seksuaaltervise teemat käsitledes. Soovituslikud grupid on toodud ka Eesti metoodilises juhendis (Tähepõld jt 2012).

Alkoholi tarvitamisest tingitud tervisehäirete ennetamisel on efektiivne alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine ja lühiajaline nõustamine (ingl *early identification and brief intervention*) (vt p 3.2). Lühiajaline nõustamine on tulemuslik kõrge riskitasemega alkoholarvitajate hulgas, kuid jääb ebapiisavaks alkoholisõltuvusega patsiendi puhul (Anderson jt 2005), mil on vajalik kasutada täiendavaid psühhoteraapia või medikamentoosse ravi võtteid.

NICE juhistes (2010) on eristatud esmatasandi tervishoius läbiviidavat lühemat ja pikemat nõustamist - lühem nõustamine (5-15 min) on patsientidele, kellel on AUDIT vm testiga leitud kõrge risk alkoholitarvitamise risk. Laiendatud nõustamine (20-30 min) patsiendile, kellel lühem nõustamine ei

ole andnud efekti või kellel on pikemat nõustamist vaja kaasuvate probleemide tõttu. Neil on soovitatud ka aktiivset jälgimist ning kuni 4 kordusnõustamise läbiviimist (NICE 2010).

Metoodilised juhised skriiningu ja lüüdnõustamise läbiviimiseks avaldati WHO poolt 2001 aastal:

http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf

http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6b.pdf

Alkoholiprobleemide vähendamiseks ühiskonnas soovitatakse teiste tõendusõhiste meetmete (nt inimeste teadlikkuse ja hoiakute kujundamine, transpordivahendi joobes juhtimise ennetamine, alkoholi kättesaadavuse, reklaami ja hinna mõjutamine) kõrval rakendada alkoholi liigtarvitamise varajast avastamist ja lühiajalist nõustamist esmatasandi tervishoius (Anderson 2009; Lai jt 2007). Alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise laialdast rakendamist soodustab tegevuse rahastamine (Rehm jt 2012) .

WHO on määratlenud alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja lühinõustamise teenuse osutamise eesmärgidena osutada esmatasandi tervishoius teenust 30%-le kuni 60% -le kõrgenenud riskiga (s.o. ohustava ja kahjustava alkoholi tarvitamisega) inimestest (Anderson 2009).

Tuginedes rahvusvahelistele juhistele on ka Eestis soovitatud alkoholi tarvitamist hinnata järgnevatel patsiendirühmadel (Tähepõld jt 2012):

<http://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/alkohol/spetsialistile/juhendmaterjalid>

- Kui patsiendil on mure oma alkoholi tarvitamise ja sellest tulenevate võimalike tervisekahjude pärast
- Aktiivselt tervisekontrolliks pöörduval patsiendil koos teiste terviseriskide hindamisega ja tervise-uuringute osana
- Autojuhi ja relvaloa taotleja terviseuuring
- Patsiendil esinevad vaevused, sümptomid ja sellised uuringutulemused, mis võivad olla seotud alkoholi tarvitamisega
- Arteriaalne hüpertensioon (esmasleid ilma eelneva vererõhuhaiguse diagnoosita, määratud ravi ei mõju)
- Südame rütmihäired
- Depressioon, ärevushäire
- Düspepsia
- Teadmata põhjusega epileptilised hood
- Sage traumatism
- Varasem alkoholist tingitud tervisekahjustus

Tulenevalt alkoholi tarvitamise leviku ulatusest teismeliste hulgas ning sellega kaasnevate vigastuste ja terviseprobleemide tõsidusest, peaks alkoholi tarvitamist hindama ka alaealiste puhul. On leitud, et AUDIT test on ka teismeliste ja noorte (14-18 a) puhul sobivaim test alkoholiprobleemide tuvastamiseks (Kelly 2002).

Alkoholipoliitika Rohelise Raamatu kohaselt alkoholi liigtarvitamise skriiningut koos nõustamisega rakendada ka teistes erikäsitusvajavates gruppides (nt kutsealused, kinnipeetavad, tuberkuloosiravi saavad patsiendid).

3.2. teenuse tõenduspõhisus avaldatud kliiniliste uuringute alusel taotletud näidustuste lõikes;

Alkoholarvitamisest tuleneva riski hindamine (early identification, screening) ja lühinõustamine (brief intervention).

Alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja lühinõustamise teenus on tõenduspõhiselt efektiivne viis aidata alkoholi liigtarvitavatel patsientidel vähendada alkoholarvitamist ja sellega koos vähendada ka alkoholarvitamisest tulenevaid terviseriske. Süstemaatilisi ülevaateid ja metaanalüüse tegevuse mõju kohta on avaldatud enam kui 10 a jooksul. Kuigi mõne sihtrühma kohta on tõendusandmeid vähem või vastuoluliste tulemustega (nt naiste puhul), ei ole üheski teadusartiklis, -projekti või rahvusvahelises soovitusel olnud viidet mõne sihtgrupi välistamiseks.

3.2.1. Kaner EFS, Heather OD, Beyer F, Pienaar E, Schlesinger C, Campell F, Saunders JB, Burnand B, Heather N. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: A systematic review. *Drug and Alcohol Review* 2009; 28(3):301-323.

Brief interventions can reduce alcohol consumption in men, with benefit at a year after intervention, but they are unproven in women for whom there is insufficient research data. Longer counselling has little additional effect over brief intervention. The lack of differences in outcomes between efficacy and effectiveness trials suggests that the current literature is relevant to routine primary care. Meta-analysis of 22 RCTs (enrolling 7,619 participants) showed that participants receiving brief intervention had lower alcohol consumption than the control group after follow-up of one year or longer (mean difference: -38 grams/week, 95% CI: -54 to -23), although there was substantial heterogeneity between trials ($I^2 = 57\%$). Sub-group analysis (8 studies, 2,307 participants) confirmed the benefit of brief intervention in men (mean difference: -57 grams/week, 95% CI: -89 to -25, $I^2 = 56\%$), but not in women (mean difference: -10 grams/week, 95% CI: -48 to 29, $I^2 = 45\%$).

3.2.2. Nicolas Berthole; Jean-Bernard Daeppen; Vincent Wietlisbach; Michael Fleming; Bernard Burnand Reduction of Alcohol Consumption by Brief Alcohol Intervention in Primary Care. Systematic Review and Meta-analysis. *Internal Medicine* Vol 165, May 9, 2005

Results: We examined 19 trials that included 5639 individuals. Seventeen trials reported a measure of alcohol consumption, of which 8 reported a significant effect of intervention. The adjusted intention-to-treat analysis showed a mean pooled difference of -38 g of ethanol (approximately 4 drinks) per week (95% confidence interval, -51 to -24g/wk) in favor of the brief alcohol intervention group. Evidence of other outcome measures was inconclusive. **Conclusion:** Focusing on patients in primary care, our systematic review and meta-analysis indicated that brief alcohol intervention is effective in reducing alcohol consumption at 6 and 12 months.

3.2.3. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004;140:557-68.

Six to 12 months after good-quality, brief, multicontact behavioral counseling interventions (those with up to 15 minutes of initial contact and at least 1 follow-up), participants reduced the average number of drinks per week by 13% to 34% more than controls did, and the proportion of participants drinking at moderate or safe levels was 10% to 19% greater compared with controls. One study reported maintenance of improved drinking patterns for 48 months. Conclusions: Behavioral counseling interventions for risky/ harmful alcohol use among adult primary care patients could provide an effective component of a public health approach to reducing risky/harmful alcohol use. Future research should focus on implementation strategies to facilitate adoption of these practices into routine health care.

3.2.4. Ballesteros JA, Duffy JC, Querejeta I, Arino J, Gonzalez-Pinto A. Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analysis. *Alcohol, Clin Exp Res* 2004;28:608-18.

Results: Thirteen studies provided data for a dose-effect analysis, 12 for comparison of BIs with reference categories. No clear evidence of a dose-effect relationship was found. BIs outperformed minimal interventions and usual care (random effects model OR $_$ 1.55, 95% confidence interval [CI] $_$ 1.27–1.90; RD $_$ 0.11, 95% CI $_$ 0.06–0.16; NNT $_$ 10, 95% CI $_$ 7–17). Similar results were obtained when two influential studies were removed (fixed effect model OR $_$ 1.57, 95% CI $_$ 1.32–1.87; RD $_$ 0.11, 95% CI 0.07–0.15; NNT $_$ 9, 95% CI $_$ 7–15). The heterogeneity between individual estimates was accounted for by the type of hazardous drinkers (heavy versus moderate) and by the characteristics of the included individuals (treatment seekers versus nontreatment seekers). The funnel plot did not show evidence of publication bias. **Conclusion:** Our results, although indicating smaller effect sizes than previous meta-analyses, do support the moderate efficacy of BIs. Further research is outlined.

3.2.5. Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*2002;97:279-92.

Brief interventions for alcohol use disorders have been the focus of considerable research. In this meta-analytic review, we considered studies comparing brief interventions with either control or extended treatment conditions. We calculated the effect sizes for multiple drinking-related outcomes at multiple follow-up points, and took into account the critical distinction between treatment-seeking and non-treatment-seeking samples. Most investigations fell into one of **two types**: those comparing brief interventions with control conditions in non-treatment-seeking samples ($n = 34$) and those comparing brief interventions with extended treatment in treatment-seeking samples ($n = 20$). For studies of the first type, small to medium aggregate effect sizes in favor of brief interventions emerged across different follow-up points. At follow-up after >3 –6 months, the effect for brief interventions compared to control conditions was significantly larger when individuals with more severe alcohol problems were excluded. For studies of the second type, the effect sizes were largely not significantly different from zero. This review summarizes additional positive evidence for brief interventions compared to control conditions typically delivered by health-care professionals to non-treatment-seeking samples. The results concur with previous reviews that found little difference between brief and extended treatment conditions. Because the evidence regarding brief interventions comes from different types of investigation with different samples, generalizations should be restricted to the populations, treatment characteristics and contexts represented in those studies.

3.2.6. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 2005 Apr;55(513):305-12. Motivational Interviewing is a well-known, scientifically tested method of counselling clients developed by Miller and Rollnick and viewed as a useful intervention strategy in the treatment of lifestyle problems and disease. To evaluate the effectiveness of motivational interviewing in different areas of disease and to identify factors shaping outcomes. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials using motivational interviewing as the intervention. After selection criteria a systematic literature search in 16 databases produced 72 randomised controlled trials the first of which was published in 1991. A quality assessment was made with a validated scale. A meta-analysis was performed as a generic inverse variance meta-analysis. **Results:** Meta-analysis showed a significant effect (95% confidence interval) for motivational interviewing for combined effect estimates for body mass index, total blood cholesterol, systolic blood pressure, blood alcohol concentration and standard ethanol content, while combined effect estimates for cigarettes per day and for HbA(1c) were not significant. Motivational interviewing had a significant and clinically relevant effect in approximately three out of four studies, with an equal effect on physiological (72%) and psychological (75%) diseases. Psychologists and physicians obtained an effect in approximately 80% of the studies, while other healthcare providers obtained an effect in 46% of the studies. When using motivational interviewing in brief encounters of 15 minutes, 64% of the studies showed an effect. More than one encounter with the patient ensures the effectiveness of motivational interviewing.

Motivational interviewing in a scientific setting outperforms traditional advice giving in the treatment of a broad range of behavioural problems and diseases. Large-scale studies are now needed to prove that motivational interviewing can be implemented into daily clinical work in primary and secondary health care.

3.2.7. Tervise Arengu Instituudi poolt aastatel 2011-2012 läbiviidud Euroopa Sotsiaalfondist rahastatud projektide andmete (avaldamata) põhjal saab öelda, et alkoholi tarvitamise riskitase oli programmis osalenud kõrge riskiga patsientidel (AUDIT skoor ≥ 8 , n=174) 6 kuud pärast skriiningut ja lühinõustamist algest riskitasemest madalam umbes 30%-l inimestest. Praeguseks ei ole avaldatud teisi varajase avastamise ja lühinõustamise teenuse efektiivsuse andmeid Eesti patsientide kohta. Kuna varajane avastamine ja nõustamist on seni läbi viidud projektipõhiselt, siis ei ole tegevus järjepidev ning selle kohta ei ole kogunenud andmestikku, mis võimaldaks põhjalikumat analüüsi.

Jrk nr	Uuringu autori(t) nime	Uuringu kvaliteet ⁷	Uuringusse hõlmatud isikute arv ja lühiiseloostus	Uuritava teenuse kirjeldus	Esmanne tulemus, mida hinnati	Muu(d) tulemus(e)d, mida mõõdeti/hinnati	Alternatiiv(id) millega võrreldi	Jälgimise periood
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	,							

3.3. teenuse sisaldumine punktis 3.1 esitatud näidustustel Euroopa riikides aktsepteeritud ravijuhistes;

3.3.1. PH24 Alcohol use disorders - preventing harmful drinking: guidance (2010).

<http://guidance.nice.org.uk/PH24/Guidance/pdf/English>

Lk. 36-39, 46.

3.3.2. **THE MANAGEMENT OF HARMFUL DRINKING AND ALCOHOL DEPENDENCE IN PRIMARY CARE.** Guideline No 74, (2003), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

<http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/74/>

3.3.3. *Alcohol-use disorders The NICE Guideline on Diagnosis, Assessment and Management of harmful Drinking and Alcohol Dependence (2011)* <http://guidance.nice.org.uk/CG115/Guidance>

Appendix 16d: psychological interventions study characteristics table

⁷ Märgitakse järgmiselt:

A – tugevalt tõenduspõhine (põhineb süstemaatilisel ülevaatel kõigist asjakohastest randomiseeritud kliinilistest uuringutest ja/või metaanalüüsil);

B – tõenduspõhine (põhineb vähemalt ühel korralikult disainitud randomiseeritud kliinilisel uuringul),

C – kaheldav või nõrgalt tõenduspõhine (juhul, kui pole A ega B, aga tõenduspõhisus on kirjeldatud kirjanduse põhjal);

D – muu, selgitada.

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13337/55730/55730.pdf>

Appendix 18c: psychological interventions GRADE tables

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13337/55739/55739.pdf>

3.3.4. *Alkoholiongelmaisen hoito Käypä hoito, 2011, Helsinki* ([Lyhytneuvonta \(mini-interventio\)](#))

<http://www.kaypahoito.fi/web/english/summaries/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028>

3.4. teenuse osutamise kogemus maailmapraktikas ja Eestis punktis 3.1 esitatud näidustuste lõikes;

Maailmapraktikas

1980-ndatel aastatel kutsus WHO üles teadlaskonda välja töötama võimalusi alkoholi liigtarvitamise varajaseks avastamiseks. Aastakümnete vältel on WHO eestvedamisel väljatöötatud, valideeritud ning paljudes riikides praktilistes rakendusuuringutes testitud võimalused alkoholi liigtarvitamise varajaseks avastamiseks tervishoiusüsteemis. Alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja lühinõustamise uurimiseks ja rakendamiseks loodi WHO poolt võrgustik, mille raames viidi läbi hulgaliselt põhjalikke uuringuid erinevates riikides.

<http://www.gencat.cat/salut/phaseiv/index.htm>

2009 aastal avaldas WHO ülevaate meetmetest, mis on efektiivsed ja kuluefektiivsed alkoholitartvitamisest tingitud kahjude vähendamiseks

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf , samuti juhised, kuidas neid meetmeid praktiliselt riikides ellu rakendada

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/43320/E92820.pdf Teiste efektiivsete tegevuste hulgas kirjeldatakse tervishoiusektori ülesannet ja võimalusi lühisekkumiste laialdaselt rakendamiseks esmatasandi tervishoiusüsteemis. Juba väljakujunenud sõltuvusprobleemide puhul peetakse oluliseks erinevate teraapiate, sh kognitiivkäitumuslike- ja medikamentoosete ravivõimaluste kättesaadavust.

2012 a WHO poolt heakskiidetud alkoholi kahjustava tarvitamise vähendamise Euroopa regiooni tegevuskavas 2012-2020 kutsutakse valitsusi ja tervisekindlustusorganisatsioone rakendama stiimuleid teenuseosutajatele, et rakendada esmatasandi tervishoiu laialdaselt lühinõustamist ja spetsialiseeritud ravi tasandil raviteenuseid alkoholiga seotud probleemide korral, samuti suurendada inimeste arvu, kes saavad abi alkoholiprobleemide korral (WHO 2012). Soovitatakse korraldada koolitusi, välja töötada metoodilisi materjale ja ravijuhiseid, samuti rakendada kas kvaliteedisüsteemi või *fee-for-service* põhimõttel teenuse osutajate rahastamist.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf

Alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja lühinõustamise kui teenuse mõju ja rakendamisega seotud küsimuste uurimiseks ja arendamiseks on loodud rahvusvaheline võrgustik INEBRIA, mis koondab tegevuse arendamisega seotud isikuid ja organisatsiooni nii Euroopast kui mujalt maailmast.

<http://www.inebria.net/Du14/html/en/Du14/index.html>

Võrgustiku kodulehel on leitavad olulisemad uurimistulemused alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja lühinõustamise efektiivsuse ja rakendamisega seotud küsimustest.

<http://www.inebria.net/Du14/html/en/dir1340/doc3798.html>

Euroopa Liidu 24 riiki koondav võrgustik **PHEPA** loodi eesmärgiga arendada alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja lühinõustamise tegevust esmatasandi tervishoius. PHEPA I faasis töötati välja praktiline juhend koos koolitusprogrammiga skriiningu ja lühinõustamise läbiviimiseks esmatasandi tervishoius (2005) <http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/html/en/dir361/doc13210.html>

PHEPA II faasi eesmärgiks oli kaasaiatamine lühinõustamise levikule Euroopa riikides. PHEPA projekti tegevuse on jätkunud Euroopa Komisjoni poolt rahastatud **AMPHORA** projektina, mille raames on koondatud tõenduspõhised materjalid ka alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja lühinõustamise efektiivsusest Euroopas ja mujal maailmas:

<http://amphoraproject.net/w2box/data/Fact%20Sheets/6-Does%20treatment%20work.pdf>

<http://amphora.caint.com/block3/section/4>

Muud allikad:

Babor TF, Higgins-Biddle JC, Dauser D, Bureson JA, Zarkin GA, Bray J. (2006) Brief interventions for at-risk drinking: patient outcome and cost-effectiveness in managed care organizations. *Alcohol & Alcoholism* Vol. 41, No. 6, pp. 624–631.

USA-s läbiviidud uuringu kohaselt toob alkoholi liigtarvitamise skriining ja lühinõustamine mõõduka, statistiliselt olulise vähenemise alkoholitarvitamises võrreldes kontrollgrupiga, sekkumise mõju oli täheldatav 3- ja 12-kuud pärast sekkumise läbiviimist. Litsentseeritud arsti ja õe poolt osutatud lühinõustamine olid sama efektiivsed, õe poolt osutatud sekkumise maksumus moodustas 2/3 arsti tegevusega seotud kuludest.

Aims: Evaluate effectiveness and costs of brief interventions for patients screening positive for at-risk drinking in managed health care organizations (MCOs). Methods: A pre-post, quasi-experimental, multi-site evaluation conducted at 15 clinic sites within five MCO settings. At-risk drinkers (N = 1329) received either: (i) brief intervention delivered by licensed practitioners; or (ii) brief intervention delivered by mid-level professional specialists (nurses); or (iii) usual care comparison condition). Clinics were randomly assigned to three study conditions. Data were collected on the cost of screening and brief intervention. Follow-up interviews were conducted at 3 and 12 months. Results: Participants in all three study conditions were drinking significantly less at 3-month follow-up, but the decline was significantly greater in the two intervention groups than in the control group. There were no significant differences between the two intervention conditions. Of the patients in the intervention conditions 60% reduced their alcohol consumption by >1 drink per week, compared with 53% of those in the control condition. No differences were found on a measure of the quality of life. Differential reductions in weekly alcohol consumption between intervention and control groups were significant at 12-month follow-up. Average incremental costs of the interventions were \$4.16 USD per patient using licensed practitioners and \$2.82 USD using mid-level specialists. Conclusion: Alcohol screening and brief intervention when implemented in managed care organizations produces modest, statistically significant reductions in at-risk drinking. Interventions delivered to a common protocol by mid-level specialists are as effective as those delivered by licensed practitioners at about two-thirds the cost.

Ballesteros JA, Duffy JC, Querejeta I, Arino J, Gonzalez-Pinto A. Efficacy of brief interventions for

hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analysis. Alcohol, Clin Exp Res 2004;28:608-18.

2004.a avaldatud metaanalüüsi tulemused kinnitavad varasemate metaanalüüside tulemusi ning näitavad esmatasandi tervishoius läbiviidud lühisekkumiste mõõdukat mõju kõrgele alkoholitarvitamise riskiga inimeste alkoholitarvitamise riski vähendamisel. Vt lühikokkuvõtte eespool.

Bertholet N, Daeppen J-B, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med 2005;165:986-95.

We examined 19 trials that included 5639 individuals. Seventeen trials reported a measure of alcohol consumption, of which 8 reported a significant effect of intervention. The adjusted intention-to-treat analysis

showed a mean pooled difference of -38 g of ethanol (approximately 4 drinks) per week (95% confidence interval, -51 to -24 g/wk) in favor of the brief alcohol intervention group. Evidence of other outcome measures was inconclusive. Focusing on patients in primary care, our systematic review and meta-analysis indicated that brief alcohol intervention is effective in reducing alcohol consumption at 6 and 12 months.

Fleming MF, Marlon PM, French MT, Baier Manwell L, Stauffacher EA, Lawton Barry K. Brief Physician Advice for Problem Drinkers: Long-Term Efficacy and Benefit-Cost Analysis. *Alcohol Clin Exp Res*, Vol 26, No 1, 2002: pp 36–43.

Background: This report describes the 48-month efficacy and benefit-cost analysis of Project TrEAT (Trial for Early Alcohol Treatment), a randomized controlled trial of brief physician advice for the treatment of problem drinking. Methods: Four hundred eighty-two men and 292 women, ages 18–65, were randomly assigned to a control ($n = 382$) or intervention ($n = 392$) group. The intervention consisted of two physician visits and two nurse follow-up phone calls. Intervention components included a review of normative drinking, patient-specific alcohol effects, a worksheet on drinking cues, drinking diary cards, and a drinking agreement in the form of a prescription.

Results: Subjects in the treatment group exhibited significant reductions ($p < 0.01$) in 7-day alcohol use, number of binge drinking episodes, and frequency of excessive drinking as compared with the control group. The effect occurred within 6 months of the intervention and was maintained over the 48-month follow-up period. The treatment sample also experienced fewer days of hospitalization ($p < 0.05$) and fewer emergency department visits ($p < 0.08$). Seven deaths occurred in the control group and three in the treatment group. The benefit-cost analysis suggests a \$43,000 reduction in future health care costs for every \$10,000 invested in early intervention. The benefit-cost ratio increases when including the societal benefits of fewer motor vehicle events and crimes.

Conclusions: The long-term follow-up of Project TrEAT provides the first direct evidence that brief physician advice is associated with sustained reductions in alcohol use, health care utilization, motor vehicle events, and associated costs. The report suggests that a patient's personal physician can successfully treat alcohol problems and endorses the implementation of alcohol screening and brief intervention in the US health care system.

Ravijuhendid mujal maailmas:

Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse:

U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. (1989, revised 2013).

<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=45519&search=alcohol>

The U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) found adequate evidence that brief behavioral counseling interventions are effective in reducing heavy drinking episodes in adults engaging in risky or hazardous drinking. These interventions also reduce weekly alcohol consumption rates and increase adherence to recommended drinking limits. Direct evidence about the effectiveness of brief behavioral counseling interventions in pregnant women engaging in alcohol use is more limited. However, studies in the general adult population show that such interventions reduce alcohol consumption and increase adherence to recommended drinking limits among women of childbearing age.

The USPSTF found insufficient evidence on the effect of screening for alcohol misuse and brief behavioral counseling interventions on outcomes in adolescents.

Eestis

Tervist kahjustava alkoholitarvitamise levimust ja sellega seotud riskitegureid Eesti perearstipatsientide hulgas on käsitletud H-I. Maaros ja kolleegide uuringus. Uuritud on ka esmatasandi tervishoiutöötajate (sh perearstide, pereõdede) võimalusi ja praegust praktikat alkoholi liigtarvitamise ennetamisel.

Maaros HI, Aluoja A, Kalda R. Alkoholi tarvitamise sõelumine ja alkoholi tervist kahjustava tarbimisega seotud riskitegurid perearsti patsientide hulgas Eestis. Eesti Arst 2010;89:316–322.

Pertel T, Koppel A, Kalda R, et al. Mapping the status of disease prevention and health promotion at primary health care level in Estonia. World Health Organization, National Institute for Health Development, Estonian Health Insurance Fund; 2010.

Saadaval http://www.tai.ee/failid/NCD_report_2010.pdf

Ülevaade Eestis 2010 a läbiviidud alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise pilootprojekti tulemustest on avaldatud ajakirjas Eesti Arst.

<http://www.eestiartst.ee/static/files/003/ea1105lk216-224.pdf>

Alkoholi liigtarvitamise varane testimine ja nõustamine on sobilikud perearstisüsteemis kasutamiseks, kuid vajalik on tegevuse laiendamiseks võimaldada peremeditsiini spetsiifikaga arvestavaid täienduskoolitusi õdede ja arstide nõustamisoskuse suurendamiseks. Meedikute ja patsientide positiivne tagasiside, testimise lihtsus ja mõistlik ajakulu testimisele ning nõustamisele, tõenduspõhise kohandatud meetodilise ja patsiendimaterjali olemasolu lubavad väita, et alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine ning nõustamine on sobiv Eesti perearstisüsteemis rakendamiseks.

Metoodiline juhendmaterjal alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise rakendamiseks perearstikeskustes on leitav:

<http://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/alkohol/spetsialistile/juhendmaterjalid>

3.5. Meditsiinilise tõenduspõhisuse võrdlus Eestis ja rahvusvaheliselt kasutatavate alternatiivsete tervishoiuteenuste, ravimite jm,

Alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise (testimise) ja lühinõustamise teenusele ei ole teadaolevalt

sarnase eesmärgiga tegevust. Skriiningu (testimise) puhul on paljudes uuringutes kasutatud väga erinevaid skriiningteste, kuid neist nõ kuldseks standardiks ohustava ja kahjustava alkoholitarvitamise tuvastamisel on peetud AUDIT testi (NICE 2010). Samuti on paljudes uuringutes hinnatud lühinõustamise erinevaid aspekte (nõustamise kestus, nõustaja hoiakud, nõustaja reelnev ettevalmistus jms) ja jõutud järeldusele, et kuni 20 minutit kestev nõustamine on alkoholitarvitamise vähendamise saavutamiseks piisav.

Alternatiiv kogu tegevusele (testimine + nõustamine) oleks tegevuse mittetegemine või tegevuse osaline tegemine (testimine e riski tuvastamine kuid nõustamisest loobumine, mida ei saa pidada eetiliseks tegevuseks; nõustamine ilma eelneva riskitaseme hindamiseta, mis tähendaks patsiendi nõustamist ilma tema tegelikke riske arvesse võtmata). Liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenus on mõeldud eeskätte patsientidele, kellel ei ole veel väljakujunenud tõsist alkoholisõltuvust ning kelle puhul on seetõttu võimalik alkoholitarvitamisega seotud käitumise muutmine.

Uuringu nimetus	Teenusest saadav tulemus	Alternatiiv 1 -	Alternatiiv 2 -
1	2	4	5

Uuringu nimetus	Teenuse kõrvaltoimed ja tüsistused	Alternatiiv 1 -	Alternatiiv 2 -

3.6. teenuse seos kehtiva loeteluga, sh uue teenuse asendav ja täiendav mõju kehtivale loetelule;

Haigekassa ravijuhendis „Südame- ja veresoonkonna haiguste preventsiiooni juhised“
<http://www.ravijuhend.ee/ravijuhendikasutajale/ravijuhendite-andmebaas/64/S%C3%BCdame-%20ja%20veresoonkonna%20haiguste%20preventsiiooni%20juhised> ei käsitleta alkoholi liigtarvitamise varajast avastamist ja nõustamist esmatasandi tervishoius. Ravijuhendis seatakse ülesandeks vaid alkoholitarvitamise piiramist patsientide poolt.

Haigekassa ravijuhendis „Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitlemine esmatasandil“
<http://www.ravijuhend.ee/ravijuhendikasutajale/ravijuhendite-andmebaas/120/T%C3%A4iskasvanute%20k%C3%B5rgverer%C3%B5hkt%C3%B5ve%20k%C3%A4sitlus%20esmatasandil>
 märgitakse, et „Südame-veresoonkonna haiguste ennetamise mittefarmakoloogilised meetmed (sh alkoholitarvitamise piiramine, suitsetamisest loobumine, kehakaalu normaliseerimine) on täpsemalt ära toodud Eesti südame-veresoonkonna haiguste preventsiiooni juhendis (Viigimaa 2006).“

Haigekassa poolt tunnustatud Pereõde tegevusjuhendi kohaselt
<http://www.ravijuhend.ee/ravijuhendikasutajale/tegevusjuhendid/47/Pere%C3%B5e%20tegevusjuhend>
 määratleb pereõde õendusvajaduse saades ülevaate patsiendi alkoholitarvitamise harjumustest „Ülevaate saamine vastavalt patsiendi probleemile elustiiliga seotud valdkondadest:- toitumine (eelkõige loomse

rasva hulk toidud, soolatarbimine ja alkoholitarbimise harjumused);“.

Seega ei ole ravijuhendid siimaani seadnud esmatasandile ülesandeks käsitleda alkoholi liigtarvitamise varajast avastamist ja nõustamist perearstide või pereõdede poolt.

Alkoholipoliitika Rohelises Raamatus märgitakse, et „Vaatomata sellele, et alkoholiprobleemiga patsiendi nõustamine on vajalik tegevus perearstikeskuses, ei ole perearsti rahastamismudeli väljatöötamisel arvestatud alkoholiprobleemidega (üldse sõltuvushäiretega) patsientide nõustamisega (puudub teenuse kood tervishoiuteenuste loetelus). Olemasolev tööjõuressurss perearstikeskustes ei ole piisav selleks, et rakendada perearstisüsteemis laialdaselt alkoholi liigtarvitamise varast avastamist ja lühinõustamist efektiivses mahus.“

Arvestades alkoholi tarvitamisest tingitud majandus- ja tervisekahjusid ning alkoholi tarvitamise taset ning aastatel 2010-2013 Tervise Arengu Instituudi poolt läbiviidud projektide ja koolituste tulemusi, on Eestis aeg algatada laialdaselt alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise tegevus esmatasandi tervishoius perearstide ja pereõdede poolt.

3.7. teenuse seos erinevate erialade ja teenuse tüüpidega;

Skriiningul avastatud võimaliku alkoholsõltuvusega patsient (skoor > 20) suunatakse vajadusel ravile ja jälgimisele eriarsti juurde. Sõltuvushäiretega käsitlemine kuulub psühhiaatri eriarstiabi tegevuste hulka. Patsient, kellel on testimisel leitud viide võimalikule alkoholsõltuvusele ning kelle puhul esmatasandi tervishoius pakutud lühinõustamine (sh ka kordusvisiidid) ei ole andnud patsiendile soovivat tulemust oma alkoholitarvitamist vähendada või lõpetada, on patsiendi motivatsiooni ja soovi korral vajalik suunata psühhiaatri vastuvõtule. Kuna puudub ülevaade, millist abi ja millistes raviasutustes alkoholsõltuvuse puhul osutatakse, siis on sageli nii patsientidele kui meedikutele edasise ravi soovitamisel takistuseks teadmatus edasistest ravivõimalustest.

4. Teenusest saadav tulemus ja kõrvaltoimed

4.1.teenuse oodatavad ravitulemused ning nende võrdlus punktis 3.2 esitatud alternatiividega (ravi tulemuslikkuse lühi- ja pikaajaline prognoos):

Alkoholi tarvitamisest tingitud tervisehäirete ennetamisel on efektiivne alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine ja lühiajaline nõustamine (ingl early identification and brief intervention). Lühiajaline nõustamine on tulemuslik kõrgeenenud riskitasemega alkoholitarvitajate hulgas, kuid jääb ebapiisavaks alkoholsõltuvusega patsiendi puhul, mil on vajalik kasutada täiendavaid psühhoteeraapia- või medikamentoosse ravi võtteid. Alkoholiprobleemide vähendamiseks ühiskonnas soovitatakse teiste tõendus põhiste meetmete (nt inimeste teadlikkuse ja hoiakute kujundamine, transpordivahendi joobes juhtimise ennetamine, alkoholi kättesaadavuse, reklaami ja hinna mõjutamine) kõrval rakendada alkoholi liigtarvitamise varajast avastamist ja lühiajalist nõustamist esmatasandi tervishoius.

Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and Primary Health Care Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia; 2005

Babor TF, Higgins-Biddle JC. Brief intervention for hazardous and harmful drinking. A manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2001.

Kaner EF, Dickinson HO, Beyer FR, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2. Art. No.: CD004148. DOI:

10.1002/14651858.CD004148.pub3.

Anderson P. Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. Geneva: World Health Organization; 2009.

Bertholet N, Daeppen JB, Wietlisbach V, et al. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care. Systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med 2005;165:986–95.

P 3.2. tabeli uuringu jrk nr.	Teenusest saada tulemus	Taotletav teenus	Alternatiiv 1 -	Alternatiiv 2
1	2	3	4	5

4.2. teenuse kõrvaltoimed ja tüsistused, nende võrdlus punktis 5.2 esitatud alternatiivide kõrvaltoimetega:

There are minimal data to assess the magnitude of harms of screening for alcohol misuse or of consequent brief behavioral counseling interventions in any population. However, no studies have identified direct evidence of harms. Thus, given the noninvasive nature of the screening process and behavioral counseling interventions, the related harms are probably small to none. Potential harms associated with screening adolescents for alcohol misuse include anxiety, stigma or labeling, and interference with the clinician–patient relationship. Although evidence is very limited, no direct harms were identified for any population in available studies.

<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=45519&search=alcohol>

U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2013 Aug 6;159(3):210-8.

P 3.2. tabeli uuringu jrk nr.	Teenuse kõrvaltoimed ja tüsistused	Taotletav teenus	Alternatiiv 1 -	Alternatiiv 2 -

4.3. punktis 4.2. ja 3.5 esitatud kõrvaltoimete ja tüsistuste ravi kirjeldus (kasutatavad tervishoiuteenused ja/või ravimid (k.a ambulatoorsed ravimid));

Teenuse osutamisel ei teki patsiendile kõrvaltoimeid või tüsistusi. Vt punkt 4.2.

4.4. taotletava teenuse osutamiseks ja patsiendi edasiseks jälgimiseks vajalikud tervishoiuteenused ja ravimid (s.h ambulatoorsed) vm ühe isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni ning võrdlus punktis 3.5 nimetatud alternatiividega kaasnevate teenustega;

Skriiningul avastatud võimaliku alkoholsõltuvusega patsient (skoor > 20) suunatakse vajadusel ravile ja jälgimisele sõltuvushäirete käsitlemise alase eriettevalmistuse saanud eriarsti juurde. Sõltuvushäire korral on lühinõustamise perearstisüsteemis lubatud, kuid sageli see sekkumine jääb sõltuvushäire korral ebaefektiivseks. Sõltuvushäire korral on vajalik esmatasandi, eriarstiabi tasandi, sotsiaaltöötajate jt spetsialistide koostöö, võrgustikutöö, vajadusel juhtumikorralduslik töö, et patsient saaks adekvaatset ja tõenduspõhist abi (NICE 2011; SIGN 2003).

4.5. teenuse võimalik väär-, ala- ja liigkasutamine; teenuse optimaalse ja ohutu kasutamise tagamiseks teenusele kohaldamise tingimuste seadmise vajalikkus;

Teenust saavad osutada vaid 6-tunnise AUDITi meetodika ning nõustamispõhimõtete koolituse läbinud perearstid või (pere)õed. Oluline on teenuse osutamisel lähtuda patsiendikeskse konsultatsiooni printsiipidest ning patsiendi nõusolekust ja valmisolekust alkoholi teemat käsitleda. Ebaetiliselt tuleb pidada võimalikke testimisi ja formaalseid nõustamisi, mis on tehtud ainult teatud statistiliste näitajate saavutamise eesmärgil.

4.6. patsiendi isikupära võimalik mõju ravi tulemustele;

Peab märkima, et sugugi mitte alati ei ole vajalik skriiningtestiga püüda välja selgitada n-ö lõplikku tõde patsiendi alkoholitarvitamise kohta. Isegi siis, kui patsient ei vasta küsimustele ausalt ja ilustab testi tulemust, võib küsimustele vastuste otsimine ja alkoholitarvitamise teemal meedikuga rääkimine käivitada protsessi, mis paneb patsienti oma alkoholitarvitamist ümber hindama ning muutuseid tegema. Inglismaal korraldatud uuringus leiti, et küsitlemise (testimise) komponendil võib seni arvatust suurem mõju olla ning et ainuüksi AUDITi tegemine võib alkoholitarvitamise vähendamisel anda positiivse efekti.

McCambridge J, Day M. Randomized controlled trial of the effects of completing the Alcohol Use Disorders Identification Test questionnaire on self-reported hazardous drinking. *Addiction* 2007;103:241–8

5. Vajadus

5.1. Eestis teenust vajavate patsientide arvu hinnang (ühe aasta kohta 4 aasta lõikes), kellele on realselt võimalik teenust osutada taotletud näidustuste lõikes:

Ligikaudu 30% 15-64 a vanustest meestest Eestis ja 25% samealistest naistest tarvitavad alkoholi ohustavalt või kahjustavalt s.o mehed rohkem kui 40 gr ja naised rohkem kui 20 gr absoluutset alkoholi päevas. (Rehm J, Shield KD 2012). 2011 aasta Eesti keskmist rahvaarvu arvestades tähendas see, et alkoholi liigtarvitavad umbes 131 000 meest ja 117 000 naist (kokku 248 000 inimest).

WHO EUR tegevuskavas soovitatud indikaatorid alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja lühinõustamise rakendamisel on järgmised: 1) alkoholi ohustavalt ja kahjustavalt tarvitava täiskasvanud elanikkonna osakaal) 2) alkoholi ohustavalt ja kahjustavalt tarvitava täiskasvanud elanikkonna osakaal, kes on saanud esmatasandi tervishoiu alkoholi tarvitamise vähendamisele suunatud teenuseid.

WHO on määratlenud alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja lühinõustamise teenuse osutamise eesmärkidena osutada esmatasandi tervishoius teenust 30%-le kuni 60%-le kõrgenenud riskiga (s.o. ohustava ja kahjustava alkoholi tarvitamisega) inimestest (Anderson 2009; WHO EUR action plan 2012-2020).

Soovitust, kui sageli peaks alkoholi liigtarvitavat inimest küsitlema tema alkoholi tarvitamise kohta, ei ole üheselt allikates määratletud. On leitud, et lühinõustamise efekt kestab kuni 1 aasta (Kaner jt 2009), mõne uuringu kohaselt võib mõju kesta ka kuni 2 aastat (Whitlock jt 2004).

Kui seada eesmärgiks osutada 5 aasta pärast alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise teenust 1 kord aastas 30%-le 15-64 aastastest alkoholi liigtarvitavatest inimestest, siis teeb see testitavate ja nõustamist saavate inimeste arvuks ca 74 400 inimest aastas (0,3*248000) (2018a). 802 perearstinimistu juures teeks see 93 patsienti aastas / 1 nimistu kohta.

Teenuse näidustus	Patsientide arv aastal t * 2015	Patsientide arv aastal $t+1$ 2016	Patsientide arv aastal $t+2$ 2017	Patsientide arv aastal $t+3$ 2018
1	2	3	4	5
Alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise teenust vajavate isikute arv (ehk ohustava ja kahjustava alkoholitarvitamisega inimeste arv)	15% , so 37200 skriinitud patsienti	20% , so 49600 skriinitud patsienti	25%, so 62000 skriinitud patsienti	30%, so 74400 skriinitud patsienti

* t – taotluse menetlemise aastale järgnev aasta;

5.2. teenuse mahu prognoos ühe aasta kohta 4 järgneva aasta kohta näidustuste lõikes:

Oluline on, et testimist ja lühinõustamist läbiviivad tervishoiutöötajad (nii arstid kui õed) oleksid eelnevalt läbinud vastava koolituse. Metoodilises juhendis (Tähepõld jt 2012) on antud soovitus, et teenust saavad osutada vaid 6-tunnise AUDITi metoodika ning nõustamispõhimõtete koolituse läbinud perearstid või pereõed. TAI alustas vastavate koolitustega 2011 aastal, 2011-2013 on koolituse läbinud 237 perearsti ja pereõde. Aastas osaleb koolitusel ca 50 perearsti ja pereõde (nendest 2/3 õed, 1/3 arstid). Koolitustega on kavas jätkata 2014-2020. Koolituse on 2014.a lõpuks läbinud prognoositavalt 300 perearsti/pereõde. Kuna sageli on koolitusel nii arst kui õde samast praksisest, siis on praksiste arv, kus teenust saaks osutada, väiksem koolitusel osalenud isikute koondarvust. Hinnanguliselt võiks 2014 a lõpus olla vähemalt 1 koolitatud isik 200-s perearstinimistus.

Allolevas tabelis on teenuse mahu prognoosimisel arvestatud praksiste arvuga, kus töötavad perearstid ja pereõed on läbinud AUDIT-testi ja lühinõustamise koolituse ja saavad seega oma nimistu ohustava ja kahjustava alkoholi tarvitamisega täiskasvanud isikutele teenust osutama (eeldusel, et aastas lisandub ca 30 nimistut teenuse osutamisele):

Teenuse näidustus	Teenuse maht aastal t 2015	Teenuse maht aastal $t+1$ 2016	Teenuse maht aastal $t+2$ 2017	Teenuse maht aastal $t+3$ 2018

1	2	3	4	5
Alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise teenust saanud isikute arv	200 nimistut so 18600 skriinitud patsienti	230 nimistut so 21390 skriinitud patsienti	260 nimistut so 24180 skriinitud patsienti	290 nimistut so 26970 skriinitud patsienti

<p>6. Taotletava teenuse kirjeldus</p> <p>6.1. teenuse osutamiseks vajalik koht (palat, protseduuride tuba, operatsioonituba, vm);</p> <p>Vastuvõturuum perearstipraksises, arvuti testimise ja nõustamise andmete dokumenteerimiseks; trükised nõustamise läbiviimiseks;</p> <p>6.2. patsiendi ettevalmistamine ja selleks vajalikud toimingud: premedikatsioon, desinfektsioon või muu;</p> <p>Tavaliselt viiakse skriining läbi nõ oportunistliku skriininguna, st patsient on tulnud vastuvõtule mingi muu kaebuseks, kuid vastuvõtu käigus selgub, et antud kaebus võib olla seotud alkoholi liigtarvitamisega. Patsiendilt on vajalik saada nõusolek testimiseks ja edasiseks nõustamiseks. Prooviuuring (Saame jt 2011) ja TAI jätkuprojektid 2011-2012 aastal on näidanud, et patsiendid suhtuvad positiivselt alkoholiteema käsitlemisesse perearsti juures, ootavad arstilt soovitusi alkoholiprobleemi suhtes ning peavad arstiga alkoholitarvitamisest rääkimist kasulikuks.</p> <p>6.3. teenuse osutamise üldine kirjeldus tegevuste lõikes (Tähepõld jt 2011):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perearst/pereõde küsib sihtrühma kuulvalt patsiendilt nõusolekut AUDIT testi tegemiseks • Patsient täidab AUDIT testi • Perearst/pereõde hindab alkoholitarvitamise riski AUDIT testi alusel ja annab patsiendile tagasisidet testi tulemuste kohta. • Olenevalt AUDIT skoori tasemest perearst/pereõde: <p>Skoor 0 – 7 Selgitab, et tõenäosus sama alkoholi tarvitamise juures tervisekahjustuse tekkeks on väike. Soovitab mitte suurendada alkoholi tarvitamist ja annab patsiendile infomaterjali;</p> <p>Skoor 8 – 15 Selgitab, et sellise alkoholi tarvitamise juures on suurenenud risk tervisehäirete tekkeks. Soovitab alkoholi tarvitamist vähendada ja viib läbi lühinõustamise ning annab patsiendile eneseabimaterjali;</p> <p>Skoor 16 – 19 Selgitab, et selline alkoholi tarvitamise tase kahjustab vaimset või füüsilist tervist. Soovitab alkoholi tarvitamist vähendada. Toimub laiendatud nõustamine ja patsiendile antakse eneseabimaterjal. Vajadusel lepitakse kokku korduvad kohtumised lühinõustamiseks.</p> <p>Skoor > 20 Selgitab, et selline alkoholi tarvitamise tase kahjustab vaimset või füüsilist tervist. Teeb vajadusel uuringud ning saadab eriarsti konsultatsioonile. Lühinõustamine perearstikeskuses ei ole keelatud, kuid sageli osutub see sõltuvushäire korral ebaefektiivseks.</p> <p>Kirjeldatu on üldine tegevusjuhised, nõustamiste arv ja nõustamise pikkus sõltuvad konkreetse patsiendi probleemidest. Kahtluse või tõenäolise alkoholisõltuvuse korral on soovitatav patsient suunata spetsiaalse väljaõppe saanud spetsialisti vastuvõtule.</p>

<p>7. Nõuded teenuse osutajale</p>
<p>7.1. teenuse osutaja (regionaalhaigla, keskhaigla, üldhaigla, perearst, vm);</p> <p>Teenust osutab 6-tunnise AUDITi metoodika ning nõustamis põhimõtete koolituse läbinud perearst või pereõde perearstikeskuses.</p> <p>Või</p> <p>Motiveeriva intervjuerimise sissejuhatava koolituse (6 tundi) ning „Alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamine” (6 tundi) läbinud tervishoiutöötajad.</p>
<p>7.2. infrastruktuur, tervishoiuteenuse osutaja täiendavate osakondade/teenistuste olemasolu vajadus;</p> <p>Teenuse osutamine toimub olemasolevate perearstipraksiste baasil. Vajalik on vastuvõturuum perearstipraksises, arvuti testimise ja nõustamise andmete dokumenteerimiseks; trükised nõustamise läbiviimiseks;</p>
<p>7.3. personali (täiendava) väljaõppe vajadus;</p> <p>Kui üldiselt peavad Eesti esmatasandi tervishoiutöötajad oma teadmisi ja oskusi haiguste ennetuse valdkonnas piisavaks või heaks, siis alkoholitarvitamise käsitlemisel peetakse oma nõustamisoskuseid väheseks ning koolitusvajadust kõige suuremaks (Pertel jt 2010).</p> <p>On leitud, et vähesed teadmised skriiningtestide ja nõustamise kohta ning vähene enesekindlus nende kasutamisel, samuti piiratud ajaressurs on nõustamise takistuseks perearstisüsteemis. Mida suuremad on meedikute teadmised alkoholiprobleemide ning testimise ja nõustamise kohta ning mida paremad vastavad oskused, seda aktiivsemalt esmatasandil nende küsimustega tegeletakse. Testimise ja nõustamise rakendamisele perearstisüsteemis aitavad kaasa koolitused (Nygaard jt 2010).</p> <p>TAI on alates 2011. aastast läbi viinud perearstidele ja pereõdedele alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise baaskoolitusi ja kavandab jätkata nende läbiviimist 2014-2020 perioodil.</p>
<p>7.4. minimaalsed teenuse osutamise mahud kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks;</p> <p>On leitud, et mida suuremad on meedikute teadmiseks alkoholiprobleemide ning testimise ja nõustamise kohta ning mida paremad on vastavad oskused, seda aktiivsemalt esmatasandi tervishoius nende küsimustega tegeletakse (Holmquist jt 2008). Positiivsed praktilised kogemused toetavad enesekindluse suurenemist ja aitavad meedikul iseendale põhjendada alkohoteema käsitlemise vajalikkust (Aalto jt 2003). Oluliseks teguriks patsientide nõustamise rakendamisel peetakse skriiningtestide ja nõustamise praktilist harjutamist (Aalto jt 2001).</p> <p>Minimaalset soovituslikku testimiste ja nõustamiste arvu ei ole kirjanduses välja toodud. Praktikale tuginedes võib öelda, et 10-20 testimist ja nõustamist annab piisavalt hea ettekujutuse tegevuse olemusest ning aitab nõustajal endal leida võimalusi tegevuse arendamiseks ja parendamiseks.</p>
<p>7.5. teenuse osutaja valmisoleku võimalik mõju ravi tulemustele.</p> <p>TAI poolt läbi viidud prooviuuring 2010 aastal näitas, et meedikute ja patsientide positiivne tagasiside, testimise lihtsus ja mõistlik ajakulu testimisele ning nõustamisele, tõenduspõhise kohandatud metoodilise ja patsiendimaterjali olemasolu lubavad väita, et alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine ning nõustamine on sobiv Eesti perearstisüsteemis rakendamiseks. Samas tõi projekt välja, et kindlasti on nõustamise edendamiseks esmatasandi tervishoius vajalik nõustamiskoolituse jätkamine ja arendamine ning samuti pidev praktiseerimine, mis annab meedikutele enesekindlust alkoholi teema</p>

käsitlemisel (Saame jt 2011).

8. Kulutõhusus

8.1. teenuse hind; hinna põhjendus/selgitused;

Alkoholi liigtarvitamise varajast avastamist ja nõustamist esmatasandi tervishoius peetakse kulutõhusaks tegevuseks ning seda on soovitatud rakendada Eesti ühiskonnas levinud alkoholiprobleemide ohjamiseks. Lai T, Habicht J, Reinap M, et al. Costs, health effects and cost-effectiveness of alcohol and tobacco control strategies in Estonia. *Health Policy* 2007;84:75–88.

Babor TF, Higgins-Biddle JC, Dauser D, Bureson JA, Zarkin GA, Bray J. (2006) Brief interventions for at-risk drinking: patient outcome and cost-effectiveness in managed care organizations. *Alcohol & Alcoholism* Vol. 41, No. 6, pp. 624–631.

USA-s läbiviidud uuringu kohaselt toob alkoholi liigtarvitamise skriining ja lühinõustamine mõõduka, statistiliselt olulise vähenemise alkoholitarvitamises võrreldes kontrollgrupiga, sekkumise mõju oli täheldatav 3- ja 12-kuud pärast sekkumise läbiviimist. Litsentseeritud arsti ja õe poolt osutatud lühinõustamine olid sama efektiivsed, õe poolt osutatud sekkumise maksumus moodustas 2/3 arsti tegevusega seotud kuludest.

Fleming MF, Marlon PM, French MT, Baier Manwell L, Stauffacher EA, Lawton Barry K. Brief Physician Advice for Problem Drinkers: Long-Term Efficacy and Benefit-Cost Analysis. *Alcohol Clin Exp Res*, Vol 26, No 1, 2002: pp 36–43.

Background: This report describes the 48-month efficacy and benefit-cost analysis of Project TrEAT (Trial for Early Alcohol Treatment), a randomized controlled trial of brief physician advice for the treatment of problem drinking. Methods: Four hundred eighty-two men and 292 women, ages 18–65, were randomly assigned to a control (n = 382) or intervention (n = 392) group. The intervention consisted of two physician visits and two nurse follow-up phone calls. Intervention components included a review of normative drinking, patient specific alcohol effects, a worksheet on drinking cues, drinking diary cards, and a drinking agreement in the form of a prescription.

Results: Subjects in the treatment group exhibited significant reductions (p < 0.01) in 7-day alcohol use, number of binge drinking episodes, and frequency of excessive drinking as compared with the control group. The effect occurred within 6 months of the intervention and was maintained over the 48-month follow-up period. The treatment sample also experienced fewer days of hospitalization (p < 0.05) and fewer emergency department visits (p < 0.08). Seven deaths occurred in the control group and three in the treatment group. The benefit-cost analysis suggests a \$43,000 reduction in future health care costs for every \$10,000 invested in early intervention. The benefit-cost ratio increases when including the societal benefits of fewer motor vehicle events and crimes.

Eestis ei ole taotletava teenuse kulu-tõhususe analüüse läbi viidud.

8.2. teenuse osutamisega kaasnevate teenuste ja soodusravimite, mis on nimetatud p 4.4, isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni esitatud kulude võrdlus alternatiivsete teenuste kuludega isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni;

Alkoholi liigtarvitamise skriinimine ja lühinõustamine ei eelda ravimite kasutamist. Küll võib skriiningu käigus selguda vajadus kasutada ravimeid, mis vähendavad patsiendil esinevat tungi alkoholi tarvitada (nt nalmefeen) või aitavad säilitada abstinentsi (disulfiraam).

8.3. ajutise töövõimetuse hüvitise kulude muutus ühe raviepisoodi kohta tuginedes tõendus põhiste uuringutele võrreldes alternatiivsete teenustega;

vastavad uuringud Eestis puuduvad,

8.4. patsiendi poolt tehtavad kulutused võrreldes alternatiivsete teenuste korral tehtavate kuludega

Alkoholi liigtarvitamise skriinimine ja lühinõustamine on patsiendile tasuta. Tulenevalt skriiningu tulemustest võib selguda vajadus kasutada ravimeid, mis vähendavad patsiendil esinevat tungi alkoholi tarvitada (nt nalmefeen) või aitavad säilitada abstinentsi (disulfiraam). Nimetatud ravimid on patsiendile täishinnaga, ilma soodustuseta kättesaadavad, mis võib vähendada patsiendi motivatsiooni alkoholitavitamist vähendada/ lõpetada.

9. Omaosalus

9.1. hinnang patsientide valmisolekule tasuda ise teenuse eest osaliselt või täielikult

Alkoholi liigtarvitamise skriinimine ja lühinõustamine on patsiendile tasuta.

10. Esitamise kuupäev

11. Esitaja nimi ja allkiri

12. Kasutatud kirjandus

1. Aalto M, Pekuri P, Seppä K. Obstacles to carrying out brief intervention for heavy drinkers in primary health care: a focus group study. *Drug Alcohol Rev* 2003;22:169–73.
2. Aalto M, Pekuri P, Seppä K. Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs regarding brief intervention for heavy drinkers. *Addiction* 2001;96:305–11.
3. Alkoholiõngelmaisen hoito Käypä hoito, 2011, Helsinki
<http://www.kaypahoito.fi/web/english/summaries/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028> (17.12.2013).
4. Eesti Konjunkturiinstituut, 2011. Alkoholiturg ja tarbimine Eestis 2011. aastal.
5. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and Primary Health Care Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia; 2005.
http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/cg_1.pdf (17.12.2013)
6. Anderson P. Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. Geneva: World Health Organization; 2009.
7. Anderson P. Handbook for action to reduce alcohol-related harm. Geneva: World Health Organization; 2009.
8. Anderson, P et al *Alcohol in Europe. A public health perspective study*. Institute of Alcohol Studies 2006.
9. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, et al. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in Primary Care. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2001
10. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Brief intervention for hazardous and harmful drinking. A manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2001.
11. Bertholet N, Daepfen JB, Wietlisbach V, et al. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care. Systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2005;165:986–95.
12. WHO 2004. Global Status Report: Alcohol Policy.
13. Health21. The Health for all policy framework for WHO European Region
14. Holmqvist M, Hermansson U, Bendtsen P, et al. Alcohol prevention activity in Swedish primary health care and occupational health services. Asking patients about their drinking. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 2008;25:489–504.

15. Justiitsministeerium 2012. Kuritegevus Eestis 2011.
16. Kaner EF, Dickinson HO, Beyer FR, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD004148. DOI: 10.1002/14651858.CD004148.pub3.
17. Kaner EFS, Heather OD, Beyer F, Pienaar E, Schlesinger C, Campell F, Saunders JB, Burnand B, Heather N. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: A systematic review. *Drug and Alcohol Review* 2009; 28(3):301-323.
18. Kelly TM, Donovan JE, Kinnane JM, Taylor DM. (2002), A Comparison of Alcohol Screening Instruments Among Under-Aged Drinkers Treated in Emergency Departments. *Alcohol and Alcoholism, Vol. 37, No 5, pp. 444-450.*
19. Lai T, Habicht J, Reinap M, et al. Costs, health effects and cost-effectiveness of alcohol and tobacco control strategies in Estonia. *Health Policy* 2007;84:75–88
20. Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/index.html (29.03.2010)
21. NICE clinical guideline (2010) Alcohol use disorders - preventing harmful drinking. <http://guidance.nice.org.uk/PH24/Guidance/pdf/English> (17.12.2013).
22. NICE clinical guideline (2011). Alcohol-use disorders. The NICE Guideline on Diagnosis, Assessment and Management of harmful Drinking and Alcohol Dependence. <http://guidance.nice.org.uk/CG115/Guidance/pdf/English> (17.12.2013).
23. Nygaard P, Paschall MJ, Aasland OG, et al. Use and barriers to use of screening and brief interventions for alcohol problems among Norwegian general practitioners. *Alcohol* 2010;45:207–12.
24. Pertel T, Koppel A, Kalda R, et al. Mapping the status of disease prevention and health promotion at primary health care level in Estonia. World Health Organization, National Institute for Health Development, Estonian Health Insurance Fund; 2010. Saadaval http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/97782/E93354.pdf (17.12.2013).
25. Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon (RHK-10) Psühika- ja käitumishäired. <http://www.kliinikum.ee/psyhiaatriakliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>
26. Rehm J, Shield KD, Rehm MX, Gmel G, Frick U. Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence. Centre for Addiction and Mental Health, Canada. 2012.
27. Rehm, J et al *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. WHO 2012.*
28. Reinap, M *Olulisemate käitumuslike terviseriskide majanduslik koormus* Tallinn, TTÜ 2009.
29. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 2005 Apr;55(513):305-12.
30. Saame I, Glušková N, Viilmann K, Kalda R. Prooviuring alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise meetodika hindamiseks Eesti perearstisüsteemis. *Eesti Arst* 2011; 90(5): 216–224.
31. SIGN (2003) The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. Guideline No 74, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/74/> (17.12.2013).
32. Sotsiaalministeerium 2012. Alkoholi poliitika roheline raamat. <http://www.sm.ee/aktuaalne/alkoholi-ja-tubaka-tarvitamise-vahendamise/alkoholipoliitika-roheline-raamat.html> (17.12.2013).
33. Tähepõld H, Veskimägi M, Kalda R jt. Alkoholi liigtarvitava patsiendi varajane avastamine ja nõustamine perearstipraktises. Metoodiline juhendmaterjal perearstidele ja pereõdedele. Tervise Arengu Instituut, 2012. <http://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/alkohol/spetsialistile/juhendmaterjalid> (17.12.2013).
34. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004;140:557-68.
35. WHO 2012. European action plan to reduce harmful use of alcohol 2012 – 2020. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf (17.12.2013).