

Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitus

Töörühma koosoleku protokoll nr. 13

Kuupäev	24 aprill kell 10.00-16.00
Koht	Tervise Arengu Instituut, Tallinn, Hiiu 42
Osalejad	Kadri Andresen, Andres Lehtmets, Iisi Kriipsalu, Reet Tohvre, Teelia Rolko, Aire Klaus, Ingrid Saarmets, Peeter Pruul, Signe Asi, Meelika Limberg, Innar Tõru, Jane Alop, Marin Vaher, Helen Lasn, Lembi Põlder, Triinu Täht Kutsutud: Helen Kadastik, Helvi Tarien, Anneli Sammel, Mare Toompuu, Dagmar Rüütel, Ivi Normet
Puudujad	Keiu Paapsi, Urmeli Joost, Tatjana Meister, Madli Pintson, Kati-Riin Simisker, Ulla Raid, Elen Kihl, Mihkel Rebane, Külli Mäe
Juhatajad	Kadri Andresen
Protokollija	Helen Kadastik
Päevakord	1. Koosoleku otsustusvõime ja huvide deklareerimine, päevakava tutvustus 2. Käsitusala küsimuste 22-23 soovitude sõnastamine 3. Edasise töökorralduse planeerimine ning järgnevate koosolekute ajakava
Vastuvõetud otsused	1. Koosolekuks vajalik kvoorum olemas – koosolek otsustusvõimeline. Uusi huvisid kellelgi deklareerida ei ole. Seoses tervishoiukorralduslike küsimuste aruteluga võtavad tänasest koosolekust osa Tervise Arengu Instituudi ja Sotsiaalministeeriumi esindajad (vt. osalejad, kutsutud külalised).

Käsitusala küsimuse nr 22 arutelu:

Küsimus: *Kas kõiki alkoholitarvitamise häirega patsiente on efektiivne sõeluda, ravida ja rehabiliteerida üldarstiabisüsteemis vs kõigis ambulatoorsetes eriarstiabiüksustes vs kõigis päevaraviüksustes vs kõigis*

*statsionaarses eriarstiabiüksustes vs kõigis
rehabilitatsiooniprogrammides?*

Arutelu millises raviastutuses milliseid sekkumisi teostada: töörühm leiab, et komplitseeritud alkoholivõõrutusseisundite ravi peaks toimuma somaatilises kliinikus, intensiivravi võimalustega osakonnas. Käesolevalt on statsionaarsele psühhiaatriale pandud liigne rõhuasetus, pigem on oluline tõhus ambul.ravisüsteem välja töötada, sest selles toimub enamike alkoholi liigtarvitavate patsientide ravi. Haiglaravi peaks olema kaalutletud, läbi mõeldud ja keeruliste või komorbiidsete juhtumite käsitlemiseks. Oluline on esmatasandi suurem kaasatus alkoholi liigtarvitava patsiendi käsitlemisel. Perearstil peab olema kompetentsi alkoholiprobleemiga patsientide nõustamisel ja selleks on vajalik lisaressurss. Ivi Normet tutvustab Eestisse planeeritavat laiendatud esmatasandi teenust pakkuvate tervisekeskuste süsteemi, mis on 5-6 perearstist koosnevad tervisekeskused ning mille üheks osaks võiks tulevikus olla ka alkoholi liigtarvitava patsiendi nõustamine ja ravi esmatasandis. Antud ettepanek kataks MoCAM 2006 alkoravi korralduse II ravietapi, mis käesolevalt Eestis puudub. Tervisekeskuses võiks tulevikus töötada spetsiaalse sõltuvusalase koolituse saanud Vaimse tervise õde. Ka psühholoogid tervisekeskustes oleks oluline vajalik lisaressurss. Vaimse tervise õenduse väljaõpe toimub Tartu Tervishoiukõrgkoolis. Koolitatakse nii palju, kui tööandja nõuab. Valmisolek koolitamiseks olemas.

Töörühm leiab, et esmatasandil saab teha suure osa sõltuvushäirete skriinimisest ja nõustamisest - selleks ei pea olema psühhiaater/perearst.

Perearstide esindajad toovad välja vajaduse tõhusamaks koostööks perearstide ja sõltuvusraviga tegelevate psühhiaatrite vahel. Oluline on võimaldada perearstile kergemat ja kiiremat suunamist ja konsulteerimise võimalust psühhiaatriga komplitseeritud alkoholiprobleemidega patsientide osas. Ambulatoorne sõltuvusravi tasand (III ravietapp) on oluline koostööpartner tervisekeskustele ja esmatasandi perearstidele.

Ambulatoorne sõltuvusravi on eriarstistasand, millesse kuuluvad: psühhiaater, vaimse tervise õde, psühholoogid, sots.töötaja. Komplitseeritud juhtude korral rakendatakse juhtumikorraldust.

Rehabilitatsioonikeskuste osas jääb arutelu praegu lahtiseks. (I.Normet).Lepitakse kokku, et alkoholisõltuvusega isikute

rehabilitatsiooniprogrammidest rääkides võiks silmas pidada pikaaegset statsionaarset meditsiinilist rehabilitatsiooniprogrammi, sarnaselt TAI poolt rahastatavale narkosõltuvuse rehabilitatsiooniprogrammile, mis vastab tervishoiuteenuse osutaja nõuetele.

- Perearstid: tervisekeskuste täiendavate teenuste (nt vaimse tervise õde, psühholoog) rahastamine peaks toimuma riiklikul tasandil, mitte perearsti nimistu kaudu, mitte siduda nimistutega

Alkoholiprobleemi märkamine, sõelumine ei ole mitte ainult psühhiaatri ja perearsti ülesanne, vajalik kaasata ka teised eriarstid (nt. kardioloog, sisearst). Sõelumisega käib kaasas ka lühisekkumine (nt. tagasiside andmine AUDIT testi kohta)

Sõnastatud K22 soovitused:

Märgake alkoholi liigarmutamise kahtlusega patsienti kõigis arstibietappides. Üldarstiabis sõeluge, teostage lühinõustamist ja vajadusel alustage alkoholisõltuvuse ravi.

Kui üldarstiabi sekkumised on ebapiisavad, konsulteerige psühhiaatriga ja vajadusel suunake psühhiaatri ambulatoorsele vastuvõtule.

Mittekomplitseeritud võõrutusseisundiga patsienti ravige ambulatoorselt.

Tüsistunud võõrutusseisundiga patsienti ravige intensiivravi võimalustega osakonnas.

Komplitseeritud ravijuhtude diagnostikaks ja sõltuvusravi sissejuhatuseks rakendage statsionaarset ravi.

Kaalu patsiendi saatmist ööpäevaringsesse meditsiinilisse rehabilitatsiooniprogrammidesse, kelle puhul ei ole osutunud efektiivseks ambul. või statsionaarne ravi.

Soovitused kinnitatud.

Käsitlusala küsimuse nr. 23 arutelu:

Kas kõikide raviprotsessi koordineerimise meetodite kasutamine vs mitte kasutamine on tulemuslik alkoholitarvitamise häirega patsientide

ravijärjepidevuse tagamiseks?

Tõendusmaterjal on 3 raviprotsessi koordineerimise meetodite kohta:

Astmeline ravi - alustatakse vähemintensiivsetest sekkumistest, nende toime vähesuse korral rakendatakse kõrgema intensiivsusega sekkumisi.

Assertive community treatment (ACT) – pigem ajalooline, teoreetiline mudel. Eesmärk ennetada haiglasse sattumist, alguse saanud tööst vaimuhaigetega.

Juhtumikorraldus (JK) arutelul kerkib töörühmas küsimus kust läheb piir tervishoiu ja sotsiaalhoolekande vahel? Kitsaskohaks on puudulik infovahetus tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi vahel. Mõlema süsteemi raames JK põhimõte töötab, kuid süsteemid ei tööta omavahel. Haiglates JK põhimõte töötab, kuid seda ei kodeerita, ei ole statistikat ja sellise nimetusega teenust haigekassa nimekirjas.

AireKlaus:: Sotsiaalsüsteemis samuti põhimõte töötab - tehakse plaan, plaani täitmise juhendamist, võrgustiku-, meeskonnatööd jne. Plaani koordineerimise mudel. Selleks, et saada teenusele sotsiaalsüsteemis, peab olema määratud töövõimekaotus psüühikahäire tõttu. Häirete valdkond, patsientuur on lai. Teenuse pakkujaid (rehabilitatsioonikeskusi) on palju, puudub koordineeritud süsteem, kes kellega tegeleb, keda kuhu saata.

JK on kallis, ressursi nõudev mudel, ei ole universaalselt rakendatav. Vajalik põhjalikult läbi mõelda, kaaluda, hinnata, kellele seda on vaja. JK on näidustatud, kui patsiendi probleem on multidistsiplinaarne, esineb kaasuvaid psüühilisi haigusi/sõltuvushäireid. Ka kohtupsühhiaatrilised patsiendid võiksid olla JK näidustus. JK teenus on vajalik rakenduskavas välja tuua ning eraldi defineerida.

JK kasutamine on näidustatud. 1) kaasuvad psüühikahäired 2) kõrge tagasilanguse risk 3) kohtupsühhiaatrilised patsiendid (?). JK on vajalik, kui sotsiaalne toimetulekuvõime on häiritud.

Töörühm on seisukohal, et sotsiaaltöötaja osakaalu tervishoius tuleb suurendada ning ettepanek on Haigekassaga läbi rääkida, selgitada sotsiaaltöötajate osakaalu suurendamise vajalikkust tervishoius laiemalt.

Praegu sotsiaaltöötaja tegeleb pigem üksiksute kitsaskohtade lahendamisega, vähem on terviklikku sisulist tööd. Oleneb inimese

sissekirjutusest, kas sotsiaaltöötaja hakkab inimesega tegelema või ei. Praeguses Eestis on sotsiaalhoolekanne üles ehitatud motiveeritud patsiendile.

Patsiendi ravi koordineerimisel on oluline järjepidevus ja struktuur – haiglas tuleb leida juhtumikorraldaja, haiglast lahkudes peab olema teada, kuhu patsient saata, kes hakkab temaga tegelema järgmises etapis. JK ei peaks olema haiglas, pigem kodukohale, perearstile lähedal, eraldiseisva institutsioonina. Peab olema struktuur. Kuidas juhtumikorraldaja saab teada, et patsient on tulemas – kas läbi haigla või perearsti? Vajalik JK teenuse kirjeldus – mida teeb, mis on pädevus jne.

Töörühma liikmete kogemus on, et erinevad asutused tegelevad patsiendiga eraldi, tegevuskava patsiendi jaoks on killustunud, puudub selge ühtne mõte, eesmärk. Üks asutus ei tea, mida teine asutus teeb, süsteem ei toimi. Kindla kontaktisiku, koordinaatori olemasolu on väga tähtis! JK hoiab pikas perspektiivis ressursi kokku, praegu toimub põhimõtteliselt raha raiskamine.

Sõnastatud K23 soovitus:

Ravi planeerimisel kasutage astmelise ravi mudelit.(tugev pos)

Kasutage juhtumikorralduse teenust kõrge tagasilanguse riskiga ja/või kaasuvate psüühikahäiretega patsientide korral, kelle sotsiaalne toimetulek on alkoholitarvitamise häirest tulenevalt raskendatud.(tugev pos)

Soovitus kinnitatud.

3. Käsitlusala soovitusel on sõnastatud, edasiseks tegevuseks on ravijuhendi tööversiooni kokkupanek. Sekretariaat saadab tööversiooni 11.05.2015 töörühmale kommenteerimiseks. 21-22 mail toimub töörühma koosolek ravijuhendi tööversiooniga töötamiseks.

Järgmiste
koosolekute
ajad

21-22.05.2015 Türi vald, Veskisilla hotell

Päevakavad: 21.05. kell 11.00 – 16.30.

22.05. kell 10.00 – 15.30.

Protokollija: Helen Kadastik (allkirjastatud digitaalselt)
Juhataja: Kadri Andresen (allkirjastatud digitaalselt).