

Uimasteid tarvitavatele inimestele suunatud tõenduspõhiste väheintensiivsete psühholoogiliste sekkumiste ülevaade

Uuringu aruanne

Märts 2025

Sisukord

Sisukord	2
Mõisted ja lühendid	4
1. Sissejuhatus	7
1.1 Rahvusvaheline uimastitarvitamise olukord	7
1.2 Mõju ühiskonnale ja tervisele	9
1.3 Uimastite tarvitamise teooriad	10
1.4 Väheintensiivsed psühholoogilised sekkumised	13
1.5 Uuringu eesmärk	20
2. Metoodika	22
2.1 Eesti ülevaate metoodika	22
2.2 Rahvusvahelise ülevaate metoodika	23
3. Eesti VIPSide ülevaade	26
3.1 Lühisekkumised	30
3.2 Juhendatud eneseabi programmid	35
3.3 Digilahendused	39
4. Rahvusvaheline ülevaade	41
4.1 Lühisekkumised	46
4.2 Eri riikides kasutusel olevate VIPSide parimate praktikate ülevaade	49
4.3 Primaarse ja sekundaarse ennetuse programmid	56
4.4 VIPSide trendid ja arengusuunad	61
5. Järeldused ja soovitused	64
5.1 VIPSide tõhusus	64
5.2 Rahvusvahelise ja kohaliku kogemuse õppetunnid	66
5.3 Muud tõhusad ennetuse abivahendid	70
6. Kasutatud kirjandus	72

Uuringu tegi Kantar Emor Tervise Arengu Instituudi tellimusel ning uuringut on kaasrahanud Euroopa Liit.

Uuringu autorid: Kertti Elery Kaljuste, Kristiina Saks (PhD), Jaanika Hämmal, Anna Petermann
Tellijapoolne kontakt: Krista Tarlap, Tervise Arengu Instituut (krista.tarlap@tai.ee)
Kaasatud eksperdid: Krista Tarlap, Anneli Sammel, Marin Vaher, Katri-Abel Olo (kõik Tervise Arengu Instituudist)
Uuringujuht: Kertti Elery Kaljuste, Kantar Emor (kertti.kaljuste@kantar.com)
Keeletoimetus: Merje Klopets, Kantar Emor

Tänusõnad:

Täname kõiki eksperte, kes panustasid uuringu valmimisse – jagades oma teadmisi, osaledes aruteludes ning aidates täpsustada ja suunata uurimisteemat. Teie väärtuslik panus ja koostöö toetasid sisuka ja põhjaliku analüüsi koostamist.

Uuringule viitamine:

Kaljuste, K.E., Saks, K., Hämmal, J., & Petermann, A. (2025). *Uimasteid tarvitavatele inimestele suunatud tõendus põhiste väheintensiivsete psühholoogiliste sekkumiste ülevaade*. Kantar Emor.

Kontaktinfo:

AS Emor

Maakri 21, 10145 Tallinn

www.kantaremor.ee

tel: 626 8500

emor@emor.ee

Mõisted ja lühendid

Mõiste	Selgitus
Uimasti <i>Substance</i>	Uimastid on ained, mis mõjutavad inimese enesetunnet, käitumist ja ümbritseva maailma tajumist (terviseinfo.ee, 2024). Uimasteid saab liigitada nende toime, tarvitamise eesmärgi ja õigusliku staatuse alusel. Näiteks on alkoholi ja nikotiini sisaldavate tubakatoodete tarvitamine täiskasvanute seas seaduslik, samas kui narkootilised ained on Eestis keelatud. Käesolevas uuringus lähtume uimastite määratlemisel Tervise Arengu Instituudi narkootikumide liigituse rattast ¹ .
Sekkumine <i>Intervention</i>	Sihipärane ja tõendus põhinev tegevus või meetmete kogum, mille eesmärk on ennetada, vähendada või lõpetada uimastite tarvitamine ning vähendada sellega seotud kahjusid. Käesolevas uuringus kaardistatud sekkumistele kehtivad ka konkreetsed kriteeriumid, mida on tutvustatud peatükis 1.4
Teenus	Sihipärane tegevus, mida teenusepakkuja osutab teenusesaajale. Väheintensiivne psühholoogiline sekkumine on üks teenuse vorm.
Astmeline tervishoiumudel <i>Stepped care model</i>	Süsteem, kus abi osutamisega alustatakse lihtsamatest ja vähem intensiivsetest sekkumistest, jälgides kliendi seisundit ning kohandades abi vastavalt vajadusele. Mudeli kaks peamist põhimõtet on 1) optimaalsus: rakendatakse võimalikult vähe piiravaid ja kulukaid, ent piisavalt tõhusaid meetmeid; 2) enesekorrektsioon: ravi tulemusi jälgitakse pidevalt ning vajadusel kohandatakse sekkumist (Sobell & Sobell, 2000; Bower & Gilbody, 2005).
Sotsiaalse õppimise teooria <i>Social learning theory</i>	Bandura sotsiaalse õppimise (Bandura et al., 1961) ja Sutherlandi (1947) diferentsiaalse assotsiatsiooni teooriatel põhinev teooria, mille alusel inimesed omandavad oma käitumismustrid läbi sotsiaalsete interaktsioonide ning kus olulist rolli mängib ka positiivne või negatiivne tugevdamine.
Positiivne tugevdamine <i>Positive reinforcement</i>	Käitumise kujundamise protsess, kus mingi käitumise ilmnemisel saab inimene julgustust ja kasu, olgu see sotsiaalne (nt heakskiit)

¹ [NARKO-Info-Circle-EST-A4-preview](#)

	või isiklik (subjektiivne heaolu). See kasu suurendab tõenäosust, et inimene käitub uuesti nii (Bandura et al., 1961).
Väheintensiivsed psühholoogilised sekkumised (edaspidi VIPSid) <i>Low-intensity psychological interventions</i>	Varased ja operatiivsed vaimse tervise toetusmeetmed, mida viivad läbi spetsiaalse väljaõppe saanud spetsialistid (Ilves et al., 2023a). Need on suunatud kergete ja mõõdukate tervisemurede leevendamisele ning seisundi halvenemise ennetamisele. VIPSid pakuvad rohkem tuge kui eneseabivahendid, kuid on vähem intensiivsed kui traditsioonilised psühhoteraapiad. Tavaliselt kuuluvad need kas sekundaarse ennetuse või varase ravi alla, aidates ennetada vaimse tervise häirete süvenemist.
Lühisekkumine <i>Brief intervention</i>	Lühike, eesmärgipärane, mitte-hinnanguline ja isikupärastatud vestlus inimesega, milles selle uuringu raames käsitletakse alkoholi, tubaka ja teiste uimastite tarvitamist. Vestluse kestus võib varieeruda 10–15 minutist kuni ühe tunnini. Lühisekkumine on kõige tõhusam nende inimeste puhul, kellel on risk sõltuvusprobleemide kujunemiseks või kes juba kogevad neist tulenevat kahju.
Juhendatud eneseabi	Juhendatud eneseabi uimastitarvitamise vähendamiseks või lõpetamiseks kasutab tõenduspõhiseid eneseabimaterjale ning spetsialisti toetust, aidates omandada toimetulekuoskusi ja ennetada tagasilangust. Teenuse saaja töötab iseseisvalt harjutuste ja ülesannetega, vajadusel teda juhendatakse. Sageli kasutatakse ka digilahendusi. Juhendatud eneseabi kuulub VIPSide hulka. Spetsialisti aktiivne kaasatus suurendab muutuste püsimist.
Kognitiiv-käitumisteraapia (KKT) <i>Cognitive-behavioural therapy</i>	Teaduspõhine psühhoteraapia suund, mis põhineb mõtete, tunnete ja käitumise vastastikusel mõjul. See on tulemuslik ja suhteliselt lühiajaline sekkumine, mis keskendub probleeme säilitavate tegurite muutmisele ning õpetab patsientidele praktilisi toimetulekuoskusi (Eesti Kognitiivse ja Käitumisteraapia Assotsiatsioon, i.a).
Motiveeriv intervjuerimine (MI) <i>Motivational interviewing</i>	Tõenduspõhine nõustamismeetod, mille eesmärk on toetada inimesi käitumuslike muutuste elluviimisel. See põhineb suhtlemisvõtetel, mis aitavad suurendada sisemist motivatsiooni ja soodustavad muutuste algatamist ning säilitamist. MI on laialdaselt tunnustatud kui üks tõhusamaid meetodeid, toetamaks inimesi oluliste elumuutuste tegemisel. MI põhineb Carl Rogersi kliendikesksel teraapial ning lähtub enesemääratlemise teooriast (Eesti Motiveeriva Intervjuerimise ja Treeningu Assotsiatsioon, 2023).

Lühend	Selgitus
VIPS	Väheintensiivne psühholoogiline sekkumine
KKT	Kognitiiv-käitumisteraapia
MI	Motiveeriv intervjuerimine
TAI	Tervise Arengu Instituut
MTO (WHO)	Maailma Terviseorganisatsioon (ingl k <i>World Health Organization</i>)
CM	<i>Contingency management</i>
SFAS	Uimastivabade tegevuste sessioon (ingl k <i>substance-free activity session</i>)
NCI	National Cancer Institute
EMCCDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
SBIRT	Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment

1. Sissejuhatus

1.1 Rahvusvaheline uimastitarvitamise olukord

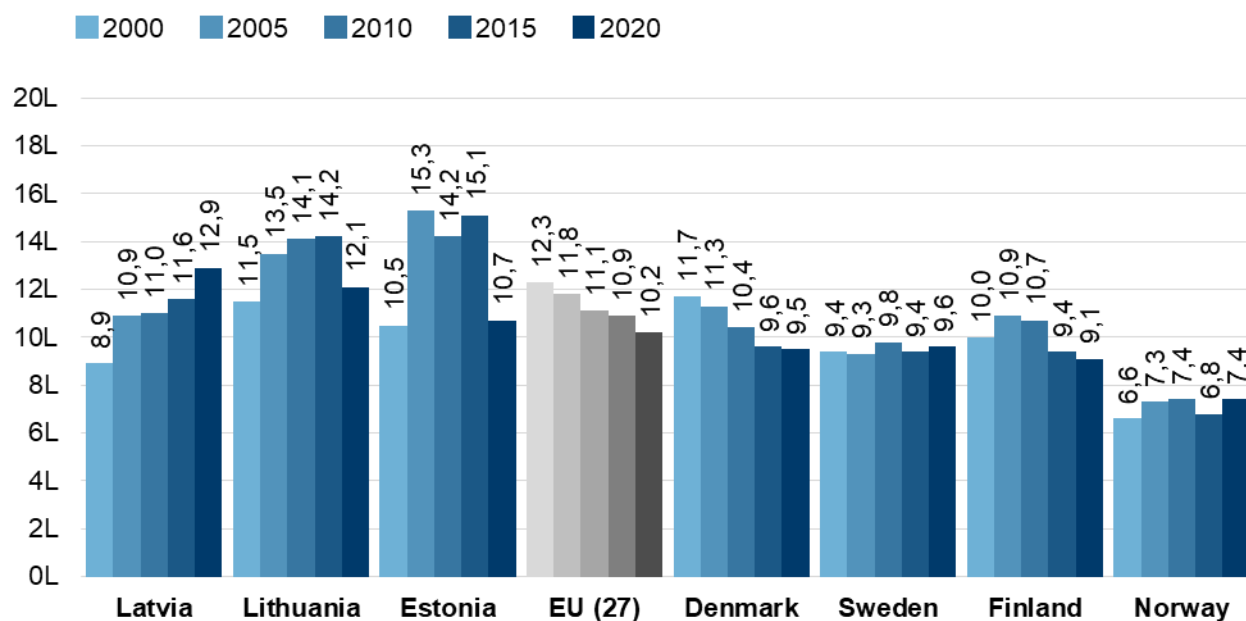
Iga ainet, millel on psühhoaktiivsed omadused, võidakse potentsiaalselt kasutada uimastina. Aineid on turul saadaval aina mitmekesisemates vormides ning mõnel juhul on laienenud ka nende tarvitamisviisid (nt söödaval moel tarvitamine, erinevad aurutamistehnoloogiad jms) (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCCDA], 2024). Avardunud võimalused aga süvendavad aina **kasvavat probleemi: narkootikumide kättesaadavus ja kasutamine on Euroopa Liidus (EL) märkimisväärselt kõrgel tasemel**. Ligi kolmandik ELi täiskasvanuealisest rahvastikust on oma elu jooksul tarvitanud ebaseaduslikke uimasteid (OECD, 2024).

Eesti ei eristu uimastite tarvitamise osas ELi üldisest mustrist. TAI 2023. aastal läbi viidud uuring näitas, et **31% vastajatest olid vähemalt korra elus tarvitanud narkootilisi aineid**. Veelgi murettekitavam aga on tarvitajate osakaalu kasv: võrreldes 2018. aastaga on see tõusnud 6 protsendipunkti (Vorobjov et al., 2024).

Nii Eestis kui ka mujal maailmas on kõige levinumaks tarvitatavaks psühhoaktiivseks aineks **alkohol**. Kuigi uuringud on näidanud alkoholi tarvitamise üldist stabiilsust OECD riikides viimase 15 aasta jooksul, on riskikäitumisega seotud tarvitamine endiselt laialt levinud (OECD, 2021). Mõnedes riikides, näiteks Hispaanias ja Islandil, on alkoholi tarvitamine selle aja jooksul märkimisväärselt kasvanud. Eesti kuulub alkoholi tarvitamise olulise vähenemisega positiivsete näidete hulka (vt Joonis 1) (Eesti Konjunktuuriinstituut, 2024; World Bank Group, 2025).

Joonis 1.

Absoluutalkoholi tarvitamine Eestis ja lähiriikides (15-aastased ja vanemad).



Allikas: The World Bank Group, 2025.

Siiski kuulub Eesti OECD riikide võrdluses jätkuvalt kõrgema alkoholitarvitamisega riikide hulka (OECD, 2022). TAI uimastite tarvitamise uuring (2023) tõi esile Eesti elanike alkoholitarvitamise mustrite murettekitava ulatuse. Uuringus osalenutest 86% tunnistas, et on elu jooksul vähemalt korra olnud purjus ning 18% vastajatest märkis, et tarvitavad alkoholi kaks või enam korda nädalas (Vorobjov et al., 2024). AUDIT-C testi tulemused näitasid, et **probleemne alkoholi tarvitamine esineb 43%-l vastanutest**, kusjuures mehed olid oluliselt enam mõjutatud (53%) kui naised (36%).

Kanep tõuseb alkoholi järel esile kui teine enim tarvitav uimasti nii Eestis (Vorobjov et al., 2024) kui ka laiemalt ELis (EMCDDA, 2024), edestades tunduvalt teisi narkootikume. Võrreldes lähiriikidega – Baltikumi ja Põhjamaadega – paistab Eesti silma **kõrgeima viimase 12 kuu jooksul kanepit tarvitanute osakaaluga** – s.o 16,6% (EMCDDA, 2024). 2023. aasta kanepitarvitamise kaardistus näitas, et elu jooksul kanepit tarvitanute osakaal ulatus 29%-ni, mis tähendab viie protsendipunktilist kasvu võrreldes 2018. aasta andmetega (Vorobjov et al., 2024). Viimase aasta jooksul kanepit tarvitanute seas esines CAST-skoori alusel probleemset tarvitamist 39%-l (Vorobjov et al., 2024), mis viitab märkimisväärsele riskikäitumise levikule.

Tubaka suitsetamise harjumused on see-eest muutumas: igapäevane või peaaegu igapäevane suitsetamine on 2018. aasta 20%-lt langenud 2023. aastaks küll 18%-le, kuid elektrooniliste sigarettide kasutamine on samal ajal märkimisväärselt kasvanud (Vorobjov et al., 2024). Kui 2018. aastal kasutas e-sigaretti aeg-ajalt 7% vastanutest, siis 2023. aastaks oli see näitaja tõusnud juba 21%-ni (Vorobjov et al., 2024). Tubaka- ja nikotiinootodetest on õpilaste seas kõige populaarsemad just e-sigaretid, mida on proovinud umbes kolmandik noortest ning 6% kasutab neid igapäevaselt või peaaegu igapäevaselt (Kivistik et al., 2023).

Lisaks annavad regulaarsed Justiitsministeeriumi, Eesti Kohtuekspertiisi Instituudi (EKEI) ja Eesti Keskkonnauuringute Keskuse koostöös läbiviidavad reoveeuuringud hea ülevaate uimastite tarvitamise mustritest Eesti maakondade lõikes (vt nt EKEI, 2024). Need näitavad **stimulantide** (nt kokaiin, nikotiin, amfetamiin), **empatogeenide** (nt MDMA), **depressantide** (nt alkohol) ning eriti **kanepi** kontsentratsioonide kõikumisi, eelkõige aastaaegade ja piirkondade lõikes. Näiteks esineb kanepi tarvitamist reovee järgi pea igas Eesti piirkonnas, kuid selle tarvitamine on suvekuudel märkimisväärselt kõrgem (Torstenberg, 2024). Samas näiteks kanepi ja amfetamiini järel enim levinud narkootikumi **kokaiini** tarvitamises ei täheldatud sarnaseid hooajalisi kõikumisi. Viimaste mõõtmiste põhjal tõusevad esile aga piirkondlikud eripärad. Näiteks on kokaiini ja amfetamiini kogused murettekitavalt kõrged just Rakveres ning arvestades näitajate pikaajaliselt kõrgel püsimist, ei saa seda trendi enam selgitada pelgalt siseturismi, suurte sündmuste või muude ajutiste teguritega (Küüts, 2024). See viitab pigem sügavamatele sotsiaalsetele või majanduslikele probleemidele, mis juhib tähelepanu vaimse tervise abi ja muude tugiteenuste vajalikkusele kogukonnas.

Alkoholi, kanepi ja tubaka tarvitamine Eestis

- Kuigi **alkoholi** tarvitamine on Eestis langustrendis, esines peaaegu poolel uimastitarvitamise uuringus osalenutest probleemset tarvitamist (Vorobjov jt, 2024) ning Eesti on jätkuvalt OECD riikide hulgas kõrgel kohal tarvitamise koguste osas (OECD, 2022).
- **Kanepi** tarvitamine vähemalt korra elu jooksul on Eestis tõusutrendis (Vorobjov jt, 2024) ja Eesti edastab kanepitarvitajate osakaalult lähinaabreid (Baltikumi ja Põhjamaid) (EMCDDA, 2024).
- **Tubaka** suitsetamise arvelt on tõusmas e-sigarettide kasutus (Vorobjov jt, 2024), seda eriti noorte seas (Kivistik jt, 2023).

Üldiselt piirdub Eesti inimeste kokkupuude uimastitega ennekõike mõne juhusliku proovimisega või on selline, et inimene toimib oma tavaelus probleemideta ja on võimeline vajadusel ise oma uimastite kasutamist piirama või lõpetama. Probleemne on uimastite tarvitamine siis, kui see muutub väga sagedaseks või igapäevaseks ehk kujuneb välja sõltuvus (Oja et al., 2023), mis on juba palju tõsisem ja mitmetahulisem seisund. Probleemse uimastitarvitamise osakaal moodustab kogu tarvitajaskonnast vaid väikse osa (Oja et al., 2023). Sõltuvushäireid iseloomustab püsiv ja sunduslik ainete tarvitamine mitte-meditatsioonilistel eesmärkidel, peamiselt konkreetsete psühholoogiliste mõjude saavutamiseks (Zhang et al., 2024). Need häired põhjustavad sageli ulatuslikke psühholoogilisi, füsioloogilisi ja sotsiaalseid probleeme, sealhulgas vägivalda (Chermack et al.,

2010) ning erakorralise meditsiini osakondade ülekoormust uimastisõltuvusega seotud juhtumite tõttu (Bernstein et al., 2014).

Levinumateks uimastite tarvitamise häireteks on nikotiini- ja alkoholisõltuvus, millele järgnevad opioidide ja kanepi tarvitamisega seotud häired (GBD 2016 Alcohol and Drug Use Collaborators, 2018). Nagu tõdes ka hiljutine uuring Eesti elanikkonna seas, ilmnes AUDIT-C skoori põhjal alkoholi tarvitamise häirele viitavaid kalduvusi ligi pooltel täiskasvanutest (Vorobjov et al., 2024). Samal ajal on noorte seas läbi viidud uuringus esile tõusnud nikotiini sisaldavate e-sigarettide kasvav populaarsus (Kivistik et al., 2023), mis võib viidata nikotiinisõltuvuse tekke riskile. Sarnaselt üleilmsetele trendidele, mis näitavad sõltuvushäirete osakaalu kasvu rahvastikus (Shen et al., 2023), rõhutavad need leiud **sõltuvusprobleemidega seotud käitumismustrite ulatuslikku levikut ka Eestis**.

1.2 Mõju ühiskonnale ja tervisele

Uimastitarvitamine on tõsine ja keerukas probleem, mis avaldab laialdast mõju nii üksikisikute elukvaliteedile kui ka ühiskonnale tervikuna, tuues nii majanduslikke, sotsiaalseid kui ka tervisele seotud negatiivseid tagajärgi. **Majanduslikust** vaatepunktist on uimastite tarvitamine koormav inimeste tööle produktiivsusele ja seega pärssiv majanduskasvule. Uimastite kuritarvitamine soodustab töölt puudumisi (Parsley et al., 2022), hilinemisi (Arbour et al., 2014) ja töötajate lahkumist tööturult (Airagnes et al. 2019), mille tulemusel võivad tekkida laialdased majandusliku tootlikkuse kaotused (Sorge et al., 2019). Muuhulgas süvendab probleemi keerukust selle kahe-suunaline seos: majanduslangus või isiklikud majandusraskused võivad omakorda suurendada uimastite tarvitamise tõenäosust (Carpenter et al., 2016). Rahvusvahelised uuringud näitavad, et suurem osa uimastitarvitamisega kaasnevatest kuludest ühiskonnale on seotud kuritegevuse ennetamise ning avaliku korra ja turvalisuse tagamisega (Alibegović & Slijepčević, 2015; McDonald, 2011). Tervishoiukulud moodustavad väiksema, kuid siiski märkimisväärse osa (Alibegović & Slijepčević, 2015; McDonald, 2011). Need andmed rõhutavad, et lisaks töötajate produktiivsuse vähenemisest tulenevatele kahjudele nõuab uimastitarvitamine märkimisväärseid ressursse ka sellega seotud tagajärgedega (õigusrikkumised, tervisekahjud jm) tegelemiseks.

Narkootikumide sage tarvitamine suurendab märkimisväärselt mitmesuguste **sotsiaalsete probleemide** tekkimise tõenäosust. Ainete kuritarvitamine võib põhjustada keerulisi peresuhteid (Orford et al., 2010, 2013), lähisuhteprobleeme (Cafferky et al., 2018) ning töökoha kaotust (Nolte-Troha et al., 2023). Uuringud on näidanud, et kanepi tarvitamine – eriti alkoholi samaaegsel kasutamisel – on seotud lähisuhtevägivalla sagedasema esinemisega (Cafferky et al., 2018).

Sarnaseid tendentse näitas TAI uimastitarvitamise uuring (Vorobjov et al., 2024), mis tõi esile, et viimase kuu jooksul narkootilisi aineid tarvitanute seas esines kõige sagedamini majanduslikke raskusi (18%). Lisaks märkisid uimastitarvitajad probleeme kodus või paarisuhtes (13%), sõpradega (11%) ja politseiga (7%). Osal vastanutest (7%) esines raskusi tööl, koolis või ülikoolis.

Tervisele mõjub uimastitarvitamine samuti laastavalt. Ebaseaduslike uimastite tarvitamine, eriti regulaarselt ja suuremates kogustes tarvitajate seas, on seotud kõrgema riskiga haigestuda südame-veresoonkonna haigustesse, sattuda õnnetustesse ning nakatuda süstimise tõttu infektsioonhaigustesse (EMCDDA, 2024). Subjektiivsete hinnangute järgi mõjutavad terviseprobleemid alkoholi ning tubaka- ja/või nikotiinitoodete tarvitamise tõttu ligikaudu kümnendikku Eesti elanikest (Vorobjov et al., 2024). Võrreldes alkoholi ja/või nikotiiniga on teiste narkootikumide tarvitamisega seotud terviseprobleemide esinemissagedus oluliselt väiksem, ulatudes 2%-ni (Vorobjov et al., 2024).

Uimastitarvitamine on Euroopas noorte seas üks peamisi ennetatava suremuse põhjuseid. Suremust on nii otseselt üleannustamise tõttu kui ka kaudselt uimastitega seotud haiguste, õnnetuste, vägivalla ja enesetappude tagajärjel (EMCDDA, 2024). Näiteks ainuüksi alkoholi tarvitamine põhjustab rohkem liiklusõnnetusi, vigastusi ja vaimse tervise häireid kui ükski teine psühhoaktiivne aine (OECD, i.a), ning seda eriti noorte seas (GBD 2016 Alcohol and Drug Use Collaborators, 2018).

Uimastitarvitamine on tihedalt seotud nii igapäevaste vaimse tervise murede kui ka raskemate psüühikahäiretega. Alkoholi, kanepi ja tubaka tarvitamine noorukite ja noorte täiskasvanute seas on mitmete

uuringute põhjal olulises seoses depressiooni ja ärevusega (Esmaeelzadeh et al., 2018). Nagu selgus ka TAI uimastitarvitamise uuringust (Vorobjov et al., 2024), esineb igapäevasuitsetajatel depressiooni sümptomeid oluliselt sagedamini kui neil, kes suitsetavad harva või üldse mitte (24% vs 17% ja 15%). Samuti esineb alkoholi probleemse tarvitamise korral depressiooni sümptomeid oluliselt rohkem kui mõõduka tarvitamise korral (19% vs 15%; Vorobjov et al., 2024). Vähemalt korra elu jooksul narkootikumide tarvitajatel on depressiooni sümptomite levimus oluliselt suurem kui mittetarvitajatel (19% vs 15%) ning viimase aasta jooksul uimasteid tarvitavate seas ulatub see näitaja veelgi kõrgemale (26%-ni) (Vorobjov et al., 2024).

Uimastitarvitamise tagajärjed

- Uimastitarvitamine ei piirdu ainult majandusliku produktiivsuse kaotusega (nt Arbour et al., 2014; Parsley et al., 2022), vaid koormab majandust ka otseste kulutuste kaudu (Alibegović & Slijepčević, 2015; McDonald, 2011), mis on vajalikud uimastitega seotud probleemide lahendamiseks ja ühiskondliku kahju vähendamiseks.
- Uimastitarvitamine suurendab oluliselt sotsiaalsete probleemide riski, põhjustades keerulisi pere- ja lähisuhteprobleeme (Cafferky et al., 2018; Orford et al., 2010, 2013; Vorobjov et al., 2024), isiklike majanduslike raskusi (Nolte-Troha et al., 2023; Vorobjov et al., 2024) ning üldiselt konflikte nii isiklikes kui ka ühiskondlikes suhetes (Vorobjov et al., 2024).
- Uimastitarvitamine suurendab oluliselt füüsilise ja vaimse tervise riske, sealhulgas südame-veresoonkonna haigusi, õnnetusi, infektsioonhaigusi (EMCDDA, 2024) ning depressiooni ja ärevust (Esmaeelzadeh et al., 2018; Vorobjov et al., 2024).

Seega on uimastitarvitamine **koormav nii ühiskonnale tervikuna, pärssides majanduskasvu ja ohustades rahvastiku heaolu, kui ka üksikisikule, põhjustades raskusi suhetes end ümbritsevate inimestega, rahalisi probleeme ning kahju füüsilisele ja vaimsele tervisele**. Need laiaulatuslikud mõjud rõhutavad vajadust uimastitarvitamise probleemide ennetamiseks ja tõhusaks haldamiseks. Selleks on oluline mõista uimastitarvitamise teoreetilisi aluseid, mis aitavad selgitada, miks inimesed uimasteid tarvitavad, millised tegurid seda soodustavad ja kuidas on võimalik probleeme ennetada. Teoreetilised mudelid pakuvad raamistikku, mis võimaldab tuvastada sekkumiskohti ning luua täpsemaid ja teaduspõhiseid lähenemisviise, toetamaks uimastitarvitamisest mõjutatud inimesi ja vähendada selle laastavaid mõjusid ühiskonnas.

1.3 Uimastite tarvitamise teooriad

Uimastite tarvitamist ja seda mõjutavaid tegureid on aegade jooksul põhjalikult uuritud. Seda kirjeldavad mitmesugused teooriad, mida võib üldistavalt jagada kaheks: **psühhosotsiaalseteks** (nt sotsiaalse õppimise teooria, kiindumussuhte teooria) ja **bioloogilisteks** (nt geneetilised tegurid, dopamiini hüpotees) (Dare & Begun, 2020). Need teooriad täiendavad teineteist hästi, sest need käsitlevad sõltuvuse erinevaid aspekte. **Bioloogilised** lähenemised keskenduvad inimese sisemistele (bioloogilistele) eripäradele, nagu aju keemilised protsessid (nt Sanna et al., 2021) ja geneetiline eelsoodumus (Hatoum et al., 2022), samas kui **psühhosotsiaalsed** teooriad uurivad, kuidas väline keskkond ja sotsiaalsed suhted inimeste käitumist mõjutavad (nt Akers, 1985; Hunt & Barker, 2001).

1.3.1 Bioloogilised teooriad

Varasemad uuringud on kinnitanud, et osaliselt aitab uimastitarvitamisega alustamist ja sõltuvuse välja kujunemist selgitada **geneetiline eelsoodumus**. Teatud geenivariatsioonide korral on inimesel keskmisest suurem tõenäosus uimastite tarvitama hakkamiseks ja neist sõltuvusse jäämiseks (Johnson et al., 2020; Loukola et al., 2014; Zellers et al., 2022). Näiteks on leitud, et dopamiinireseptorite geneetilised variatsioonid võivad mõjutada inimese kalduvust otsida dopamiini tõstvaid tegevusi, mille hulka kuulub ka uimastite tarvitamine (Forbes et al., 2009). Lisaks on tõestatud, et kui pereliikmetel on esinenud sõltuvushäireid, suureneb tõenäosus, et ka järeltulijatel võivad avalduda sarnased käitumismustrid (Farmer jt, 2019). Seega loovad geneetilised tegurid osalt soodsa pinnase uimastitarvitamisega alustamiseks ja sõltuvuse välja kujunemiseks.

Dopamiinihüpotees on teine peamine sõltuvushäire tekkimise teooria, mis selgitab sõltuvuse arengut neurobioloogilisest vaatenurgast, vaadeldes uimastite tarvitamise mõju dopamiinisüsteemile. Uimastite tarvitamine aktiveerib aju mesolimbilise dopamiini süsteemi (Tomkins & Sellers, 2001), millel on keskne roll naudingute ja premeerituse tunde kogemisel (Alcaro et al., 2008). Kui inimene kogeb midagi nauditavat (näiteks söömine, seks või sotsiaalne suhtlus), vabastab aju dopamiini, mis tekitab rahulolu- ja naudingutunnet. Seda mehhanismi peetakse ellujäämiseks hädavajalikuks, sest see motiveerib otsima tegevusi, mis soodustavad heaolu ja liigi jätkumist. Uimastid, nagu kokaiin, amfetamiinid, opiaadid ja alkohol, suurendavad dopamiini taset aju tasusüsteemis kunstlikult (Di Chiara & Imperato, 1988; Willuhn et al., 2010). See loob intensiivse naudingu- ja tasutunde, mis on sageli tavapärastest kogemustest tugevam. Dopamiinihüpoteesi järgi tugevneb uimastite tarvitamise vajadus, kuna aju seostab uimastite tarvitamist tasu ja naudinguga (Booji et al., 2016). See mehhanism loob positiivsete kogemuste tugevdamise tsükli, kus inimeses kasvab motivatsioon korrata uimastitarvitamist, kogemaks taas naudingutunnet (Ostlund et al., 2014).

Siiski ei ole uimastite proovimine ega nende pidev kasutamine üksnes neurobioloogilise tundlikkuse või geneetiliste eelsoodumuste tulemus. Uimastite tarvitamine kujuneb pigem **bioloogiliste tegurite ja keskkonna vastastikmõjus** (Vink, 2016).

1.3.2 Sotsiaalsed teooriad



Üksnes bioloogilised tegurid ei määra, kas inimene hakkab uimasteid tarvitama või mitte. Teine oluline komponent on sotsiaalsed tegurid. Viimase kolme aastakümne jooksul on Ronald Akersi **sotsiaalse õppimise teooria** (*social learning theory*; 1985, 1998), mis põhineb nii Bandura sotsiaalse õppimise (Bandura et al., 1961) kui ka Sutherlandi (1947) diferentsiaalse assotsiatsiooni teoorial, kujunenud üheks juhtivaks teoreetiliseks paradigmat **kriminoloogias**. Sotsiaalse õppimise teooria järgi omandavad inimesed oma käitumismustrid, sealhulgas uimastite tarvitamise, läbi sotsiaalsete interaktsioonide. Kui inimene puutub tihti kokku kollektiividega, kus teatud käitumine on soositav või aktsepteeritud (nt kolleegidega suitsupausidel käimine), on suurem tõenäosus, et ta omandab ka ise selle käitumismudeli (Akers, 1985). Lisaks sellele mängib olulist rolli ka positiivne või negatiivne tugevdamine (*operant conditioning*). See tähendab, et kui käitumine toob kaasa soodsaid tagajärgi – näiteks rahulolu või tunnustust, siis positiivse tugevdamise järgi on suurem tõenäosus, et inimene kordab seda käitumist (Akers, 1985; Bandura et al., 1961). Jätkates suitsupausidel käimise näitega, võib rahuldust tuua oma kolleegidega lähedasemate suhete loomine; lisaks ka nikotiini tarvitamisest tulenev tunne. Sotsiaalse õppimise teooria järgi **õpivad inimesed mitte ainult teiste käitumisest, vaid ka sellest, kuidas nende enda käitumist teiste poolt hinnatakse**.

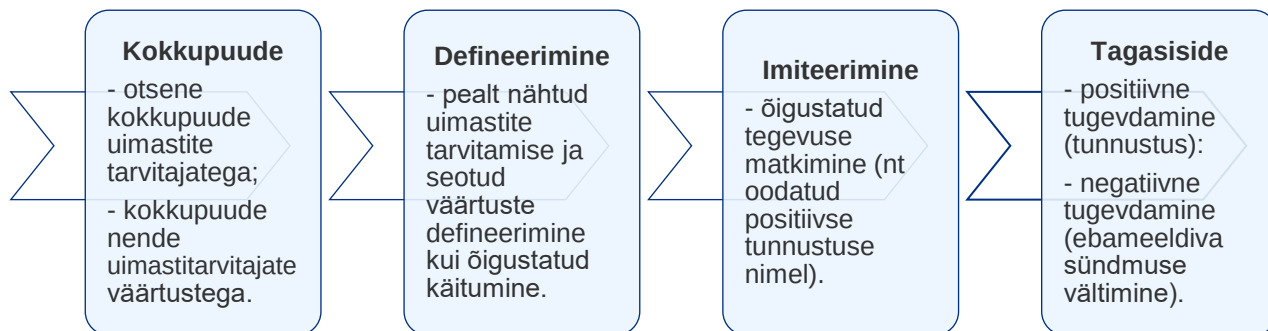
Akersi (1985, 1998) sotsiaalse õppimise teooria koosneb neljast põhikomponendist (vt Joonis 2), mis selgitavad, kuidas käitumine kujuneb ja kinnistub sotsiaalsete ja individuaalsete tegurite koosmõjus.

1. **Kokkupuude:** inimesed puutuvad sotsiaalsete interaktsioonide kaudu kokku paljude neile oluliste inimestega (nt eakaaslased, vanemad, sõbrad), kes kõik käituvad teatud viisidel. Sellise vastastikuse suhtluse ehk interaktsiooni käigus omandavad inimesed ka väärtusi ja norme, mis mõjutavad nende tõekspidamisi ja käitumist erinevates olukordades.
2. **Defineerimine:** sotsiaalsete kontaktide kaudu kujunevad inimese hoiakud ja tõekspidamised, mis võivad soodustada või takistada teatud tegevusi. Akers (1998) laiendas Sutherlandi teooriat, väites, et hoiakud võivad olla üldised (väljendades näiteks suhtumist kuritegevusse) või spetsiifilised (väljendades suhtumist konkreetsetesse käitumisse, näiteks kanepi tarvitamisse). Need hoiakud võivad olla negatiivsed (kuritegevuse vastased), positiivsed (kuritegevust soosivad) või neutraalsed (õigustades või vabandades teatud käitumist).
3. **Imiteerimine:** käitumine algab sageli inimese jaoks mõjuisiku rollis olevate inimeste jäljendamisega. Kui inimene jälgib, mida talle olulised inimesed sotsiaalses keskkonnas teevad, võib ta seda käitumist matkida. Esmase jäljendamise järel kujuneb käitumise edasine kordumine sõltuvalt saadud tagasisidest.
4. **Tagasiside:** käitumise kordumist mõjutab saadud tagasiside. Käitumist, mida kinnistatakse läbi tasu (positiivne tugevdamine) või ebameeldiva sündmuse vältimise (negatiivne tugevdamine), tehakse

suurema tõenäosusega uuesti. Tugevdamine võib pärineda sotsiaalsetest allikatest (näiteks kaaslaste heakskiidust) või mittesotsiaalsetest allikatest (nt uimastite tarvitamisel kogetav eufooria). Käitumised, mis toovad kõige sagedamini tugevdust või pakuvad suurimat tasu, muutuvad aja jooksul kõige püsivamaks.

Joonis 2.

Uimastitarvitamise kujunemine Akersi (1985) sotsiaalse õppimise teooria järgi.



Sotsiaalse õppimise teooria on olnud kasulik noorte kuritegevuse (nt Haynie, 2002), üldise kuritegeliku käitumise (nt Pratt & Cullen, 2000) ja uimastite tarvitamise selgitamisel (nt Miller jt, 2011; Steele jt, 2011). Seejuures on see teooria aidanud eriti hästi seletada just uimastitarvitamist (Kruis jt, 2020; Pratt jt, 2010). Sotsiaalse õppimise teooria rakendamine on näidanud tugevamat seost kergemate uimastitega (sh alkohol, kanep, tubakas), kuid sellegipoolest on see mõõdukalt seotud ka tugevamate narkootikumidega (nt amfetamiin, kokaiin, heroiin jms; Kruis jt, 2020). Samas võib siin tähtsat rolli mängida nn kättesaadavuse mõjutegur – see tähendab, et inimestel võib tulenevalt nende kättesaadavusest olla rohkem võimalusi saada ja tarvitada kergemaid uimasteid.

Sotsiaalse õppimise teooria avab konteksti, kuidas ja miks uimastitarvitamine võib alguse saada ning kuidas ja miks see jätkub. See võib anda tugeva sisendi teadmisesse, *millel* mingit sekkumist rakendada ning *millele* sekkumises rõhk panna. Näiteks on leitud, et noorte jaoks on sotsiaalsetes interaktsioonides suurema mõjuga just eakaaslased, mitte niivõrd lapsevanemad, õed-vennad või õpetajad (Kruis jt, 2020). Seeläbi pakub teooria suunise, mis hetkel ning keda kaasates saab sekkuda uimastite tarvitamise süvenemise ennetamiseks.

Tuginedes sotsiaalse õppimise teooriale, on uimastitarvitamise ennetuses esmaseks prioriteetseks sihtrühmaks noorukid ja noored täiskasvanud. Uuringud näitavad, et uimastitega eksperimenteerimine algab sageli teisme- ja noore täiskasvanu eas (Dawson et al., 2008; King & Chassin, 2007). Varajane kokkupuude uimastitega võib suurendada hilisema kuritarvitamise riski ning viia negatiivsete tagajärgedeni, sealhulgas vaimse tervise probleemideni (Newcomb & Locke, 2005). Seetõttu on äärmiselt oluline uurida ja arendada sekkumisi, mis võimaldaksid ennetada uimastite tarvitamist ja selle süvenemist **noorukite ja noorte täiskasvanute seas**. Varajastele riskimärkidele ja probleemi algstaadiumis märkamisele keskendumine võimaldab rakendada väheintensiivseid sekkumisi, mis on nii kuluefektiivsed kui ka kergemini vastuvõetavad, võrreldes süvenenud sõltuvushäirete või sellega kaasnevate terviseprobleemide ressursimahuka raviga (O'Brien et al., 2013; Taylor & Briggs, 2012; Volkow, 2022).

Uimastitarvitamise teooriad

- **Bioloogilised teooriad** selgitavad käitumist inimese sisemiste eripärade (aju keemilised protsessid ja geneetiline eelsoodumus) kaudu. Uimastitarvitamise puhul keskenduvad nad sellele, kellel on suurem tõenäosus sõltuvusse jääda (nt geenivariatsioonide mõju) ja kuidas uimastite mõju aju tekkitab sõltuvuse.

- **Sotsiaalsed teooriad** aga uurivad, kuidas väline keskkond ja sotsiaalsed suhted kujundavad inimeste käitumist. Sotsiaalse õppimise teooria järgi omandavad inimesed oma käitumismustrid (sealhulgas uimastite tarvitamise) sotsiaalsete interaktsioonide kaudu.

1.4 Väheintensiivsed psühholoogilised sekkumised

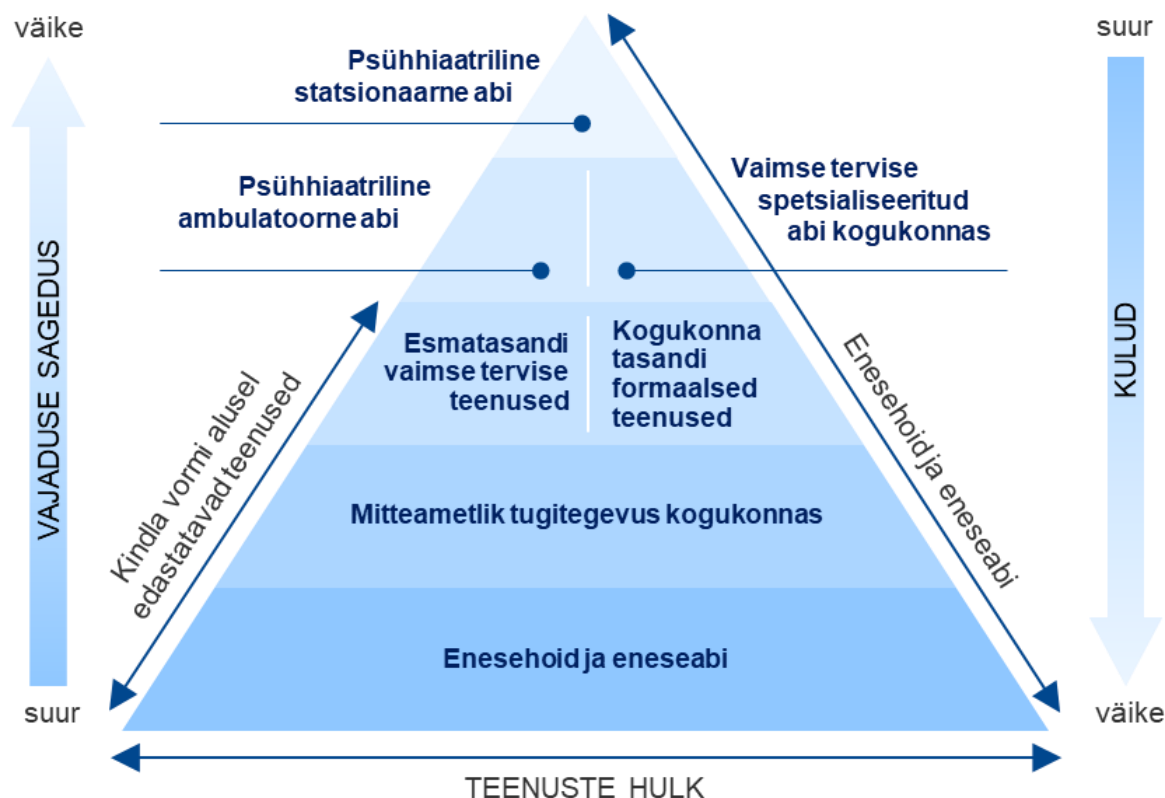
Uimastitarvitamise **ennetuse eesmärk** on takistada psühhoaktiivsete ainete tarvitamist või edasi lükata selle algust ning aidata varajases staadiumis tarvitajatel vältida süvenenud sõltuvushäirete kujunemist (Dawson et al., 2008; King & Chassin, 2007). Uimastitarvitamise ja selle süvenemise ennetamine ei nõua sama intensiivseid lähenemisi nagu juba välja kujunenud sõltuvushäirete ravi. Juba välja kujunenud sõltuvushäire ravi on enamasti pikaaegne ja vajab kõrgema taseme ekspertide ja/või meditsiinitöötajate panust (nt Hubbard et al., 1989; Rychtarik et al., 1992). Varajane märkamine ja esmane sekkumine on enamasti vähem ressursimahukas viis inimest aidata.

Üks viis varajaseks märkamiseks on rakendada **vaimse tervise astmelise abisüsteemi esmatasandi ja kogukonna tasandi formaalseid teenuseid**. Vaimse tervise astmelise abisüsteemi rakendamine on leidnud üha laialdasemat kasutust mitmetes riikides (nt Suurbritannia, Austraalia, Soome jne). Astmelisel abisüsteemil on kaks peamist omadust: optimaalsus ning enesekorreksioon (Sobell & Sobell, 2000). **Optimaalsuse** põhimõtte alusel tuleb rakendada vastavalt juhtumile kõige vähem piiravaid ja kulukaid meetmeid, mis on siiski piisavalt tõhusad tulemuse saavutamiseks. See hõlmab patsiendi jaoks minimaalset kulu ja võimalikult vähest isiklikku ebamugavust (Sobell & Sobell, 2000) ning tervishoiusüsteemi spetsialistide ajaressursi optimeerimist (Bower & Gilbody, 2005). **Enesekorreksioon** tähendab, et ravitulemuse ja otsuseid ravi osutamise kohta jälgitakse süstemaatiliselt ning kui senised sekkumised ei too kaasa tervise paranemist, tehakse muudatusi (nt astutakse kõrgemale astmele) (Bower & Gilbody, 2005). Seega aitab astmeline abisüsteem ennetada vaimse tervise probleemide süvenemist, pakkudes varajasi sekkumisi. Samuti kasutatakse ressursse optimaalselt, vastavalt vajadusele.

Esmatasandi ja kogukonna tasandi formaalsed teenused paiknevad astmelise abisüsteemi kolmnurga kolmandal tasandil (Joonis 3). Need teenused hõlmavad tuge kohalikul tasandil, sealhulgas teaduspõhiseid ennetusprogramme, eneseabi, tugigruppe ja nõustamist. Samuti on seal esmatasandi tervishoiuteenused (nt perearsti ja vaimse tervise õe teenused), mis on mõeldud madalama keerukusega vaimse tervise probleemidega inimeste lühiajaliseks abistamiseks ja toetamiseks (Ilves et al., 2023a). Joonisel kujutatud visiooni kohaselt on suurim vajadus just madalama tasandi sekkumiste järele, sealhulgas eneseabi ja vaimse tervise tuge pakkuvate mitteametlike kogukondlike teenuste järele. Teenusesaajaid jälgitakse süsteemselt (nt valideeritud sümptomite kontrollnimekirjade abil), et määrata, kas neil on vaja suurendada või vähendada saadud sekkumise intensiivsust (s.t astuda üles- või allapoole vastavalt sellele, kas nende kliiniline vastus sekkumisele, sümptomite tõsidus või riski/vajaduse muutused õigustavad seda) (Bower & Gilbody, 2005). Seega, kui madalamad tasandid toimivad toe pakkumisel tõhusalt, väheneb abivajajate hulk järgmistel abi pakkumise tasanditel.

Joonis 3.

Eesti vaimset tervist toetavate tegevuste ja teenuste astmelise korraldamise visioon.



Allikas: kohandatud Sotsiaalministeeriumi „Vaimse tervise tegevuskava 2023–2026”² põhjal.

Astmeline tervishoiumudel (ingl k *stepped care model*) on mitmete välisriikide (nt Suurbritannia, Austraalia, Iirimaa, Norra jne) praktikates laialdaselt kasutusel lähenemisviis vaimse tervise abi osutamisel. Sellises süsteemis kaasatakse sekkumistesse multidistsiplinaarsed meeskonnad ning erineva tasandi teenuste osutajad, sealhulgas registreeritud tervishoiutöötajad ja riiklikult koordineeritult väljaõppe saanud spetsialistid (Ilves et al., 2023b). Selline mitmel tasandil koordineeritud lähenemine tagab abivajajatele paindlikumad ja järjepidevad sekkumised, lähtudes abivajaja probleemi tõsidusest. Ühtlasi võimaldab astmeline mudel optimeerida teenuste korraldust nii, et kõrgeima tasandi abi (nt psühhiaatri vastuvõtt) kasutatakse sihitult seal, kus seda on enim vaja. Ressursse ei raisata seal, kus abi oleks ka madalama tasandi toest, näiteks kogukonnateenustest.

Ka Eestis on võetud eesmärgiks astmelise tervishoiumudeli juurutamine ning neid sihte on täpsemalt kirjeldatud mitmetes arengu- ja tegevuskavades.

- **Rahvastiku tervise arengukavas 2020-2030** on vaimse tervise edendamise ühe prioriteedina välja toodud „teenuste integreerimine ja valdkondade-ülese koostöö arendamine, et teenused oleksid kättesaadavad ja kvaliteetsed, lähtuksid inimese vajadustest ning toetaksid järjepidevalt nii vaimse tervise probleemidega inimesi kui nende lähedasi.“ Sealjuures on Eestile kui EL-i ja teiste rahvusvaheliste organisatsioonide (nt WHO, OECD) liikmesriigile oluline tugineda selliste süsteemide väljatöötamisel ja rakendamisel rahvusvahelistele arengusuundadele ja parimatele praktikatele (Sotsiaalministeerium, 2020).

² [Vaimse tervise tegevuskava 2023-2026 lühiversioon.pdf](#)

- **Vaimse tervise tegevuskavas 2023-2026** on välja toodud vaimse tervise teenuste kergema kättesaadavuse vajalikkus igal tasandil. Senine keskendumine peamiselt ülemistele tasanditele ei ole jätkusuutlik lahendus. Alumiste tasandite teenuste kergem kättesaadavus eeldab eneseabimaterjalide ja -tööriistade väljatöötamist ja kergesti ligipääsetavaks tegemist ning väheintensiivsete sekkumiste lisamist süsteemi (Sotsiaalministeerium, 2023).
- **Psühhiaatria eriala arengukava 2020-2030** üheks prioriteediks on vaimse tervise teenuste järkjärguline üleminek institutsioonikesksetelt lahendustelt kogukonnapõhiste teenustele. Selline lähenemine mitte ainult ei soodusta patsientide paremat lõimitust ühiskonda, vaid suurendab ka nende võimalusi naasta tööturule (Eesti Psühhiaatrite Selts, 2020).

Arengukavades on selgelt näha suunda **integreeritud astmelise vaimse tervise abisüsteemi rakendamise poole, mille fookus on eelkõige püramiidi vundamendi tugevdamisel**. See tähendab, et keskenduda tuleb madalama tasandi sekkumiste täiendamisele, nende kättesaadavusele ja tõhusamale rakendamisele, et vastata operatiivselt ja probleemi tõsidusest lähtuvalt inimeste abivajadusele. Ühe olulise osana nähakse siinkohal ka **väheintensiivsete psühholoogiliste sekkumiste (VIPSide)** rakendamist.

Mis on väheintensiivsed psühholoogilised sekkumised ehk VIPSid?

Väheintensiivsed psühholoogilised sekkumised (edaspidi **VIPSid**) on „*psühholoogilised sekkumised, mille eesmärk on pakkuda varast, väheintensiivset ja operatiivset abi vaimse tervise probleemidega tegelemisel ning mida pakuvad eriväljaõppe saanud spetsialistid*“ (Ilves et al., 2023a, lk 8). Teisisõnu on VIPSid **suunatud peamiselt kergete ja mõõdukate vaimse tervise probleemidega inimeste tervisemurede leevendamisele, seisundi halvenemise ennetamisele ning vaimse tervise häirete (süvenemise) ennetamisele**. Need sekkumised pakuvad intensiivsemat lähenemist kui (juhendamata) vaimse tervise esmaabi tegevused (nt tõenduspõhiste eneseabimaterjalide iseseisev kasutamine), kuna nende sekkumiste elluviimisesse on kaasatud proaktiivselt ka vastav **spetsialist** (McEvoy et al., 2020). VIPSid on enamasti suunatud kas sekundaarsele ennetusele, mille eesmärk on juba ilmnunud haigustunnuste leevendamine ja seeläbi häire süvenemise vältimine, või varase ravi vormile, mida saab rakendada levinud kergete ja mõõdukate vaimse tervise häirete korral (Ilves et al., 2023a).

Eestis on kasutusel mitmesuguseid VIPSe, sellest on ilmunud ka hea ülevaatlik kokkuvõte (Ilves et al., 2023). Ülevaate teinud autorid töid välja peamised **kriteeriumid**, mille alusel eristada, kas ennetus- või sekkumistegevus on VIPS või muu üldine vaimset tervist toetav tegevus (Ilves et al., 2023a). Lähtusime neist kriteeriumidest ka uimastiteemaliste VIPSide kaardistamisel. Täpsemalt võtsime VIPSe määratlades aluseks alljärgnevad kriteeriumid.

- **Sihtrühma kriteeriumi** järgi peavad sekkumised olema suunatud kindlale sihtrühmale. Käesolevas uuringus on VIPSide sihtrühmaks uimasteid tarvitavad inimesed, kel on kerged või mõõdukad sümptomid ning kes ei ole (veel) sõltuvuses, kuid kelle uimastite tarvitamine on siiski praegu või potentsiaalselt tulevikus probleemne. Lisaks konkreetsele uimastitarvitajate sihtrühmale vaatleme käesolevas ülevaates ka VIPSe, mis pole neile suunatud, aga on näidanud tõhusust uimastitarvitajate sihtrühma seas (eeldades, et see teave on olemas). VIPSide sihtrühm jaguneb omakorda sageli veel alamsihtrühmadeks vanuse järgi, sest eri vanuses inimestele toimivad erinevad lahendused.
- **Sihitatuse kriteeriumi** järgi keskenduvad VIPSid mõnele konkreetsetele vaimse tervise sümptomile või haigustunnuste leevendamisele. Meie oma ülevaates keskendume täpsemalt VIPSidele, mille sihiks on vähendada või pidurdada uimastite tarvitamist. VIPSidel on ka selgelt määratletud algus ja lõpp, mis võimaldab hinnata nende mõju ja sihipärasust.
- **Väheintensiivsuse kriteerium** eeldab tasakaalu leidmist liiga vähese ja liiga intensiivse sekkumise vahel. VIPSid ei nõua vaimse tervise või meditsiinilise eriharidusega spetsialisti kaasamist, kuid samas ei tohi sekkumise intensiivsus olla nii madal, et see kuuluks juba esmase ennetuse valdkonda (nt iseseisvalt ennetusprogrammi läbimine). VIPS peaks pakkuma piisavalt struktureeritud, sisulist ja suunatud tuge ilma ülemäärase professionaalide sekkumise vajaduseta, kuid ei jäta inimest ka üksnes iseseisvalt (spetsialisti toeta) programmi läbima.

- **Spetsialisti kaasatuse kriteerium** nõuab, et sekkumist viiks läbi vastava väljaõppega spetsialist, kes on võimeline pakkuma terve sekkumise vältel tuge ja juhiseid (kasutades nt motiveeriva intervjuerimise võtteid). Alternatiivina peab sekkumises sisalduma vähemalt võimalus, et osaleja saaks soovi korral spetsialistiga ühendust võtta. Juhendamata eneseabi vahendid, nagu äpid, veebileheküljed või töövihikud, ei kvalifitseeru VIPSideks.
- **Tõenduspõhisuse kriteerium** eeldab, et VIPSide positiivne mõju oleks vähemalt mõningal määral tõestatud, näiteks mõju-uuringuga, mis võib olla (kvaasi)eksperimentaalne (Nesta 3. tase; Edovald, 2022) või vaatluslik (GRADE 3. tase; TAI, i.a), (Ilves et al., 2023a).
- **Keelekriteerium** aitab Eestis kasutusel olevate VIPSide otsinguil välja tuua need sekkumised, mis oleksid kindlasti kättesaadavad eesti keeles, kuid jälgime ka nende kättesaadavust inglise ja vene keeles.

1.4.1 VIPSides läbivalt kasutatavad meetodid

Kuigi VIPSide täpne vorm ja see, millise teemaga konkreetne VIPS tegeleb (nt alkohol, kanep, e-sigaretid jne), võivad olla erinevad, siis ka pealtnäha erinevatele probleemidele suunatud VIPSide aluseks on sageli samad psühholoogilised alusmeetodid. Need meetodid on enamasti üle võetud intensiivsematest ja struktureeritud sekkumiste meetoditest, nagu näiteks **motiveeriv intervjuerimine** (MI; Miller & Rollnick, 1991) või **kognitiiv-käitumuslik teraapia** (KKT; Beck, 1976), ja kohandatud lühisekkumiste vajadustele. Need pikaajaliselt ja laialdaselt kasutusel olnud intensiivsemad lähenemisviisid on tõenduspõhiselt tõhusad nii käitumise muutmise kui ka vaimse tervise toetamisel (Magill et al., 2019; Sayegh et al., 2017).

Motiveeriv intervjuerimine (MI) on kliendikeskne ja suunav nõustamisstiil, mis aitab inimestel ületada psühholoogilisi kahtlusi ja tugevdada **motivatsiooni positiivsete muutuste tegemiseks**. Selle lähenemise aluseks on arusaam, et motivatsioon ei ole püsiv omadus, vaid dünaamiline protsess, mida saab terapeudi käitumise ja suhtlemisviisi abil mõjutada. MI toetab inimest muutuste eri etappide läbimisel, aidates tal liikuda kõhklusest konkreetsete tegudeni (Miller & Rollnick, 2013). MI on varasemate uuringute põhjal tõhus mitmesugustes kontekstides, sealhulgas alkoholi- ja uimastiprobleemidega inimeste nõustamisel. MI peamisi lähtekohti on kirjeldatud alljärgnevalt (Miller & Rollnick, 1991).

- **Empaatia:** näita aktsepteerimist ja loo hea suhe nõustatavaga. Spetsialist kuulab ja aktsepteerib seda, mis on inimese jaoks oluline (sealhulgas kahtlusi ja hirme muutuse või muutuse vajalikkuse suhtes). Empaatia ja usalduslik kontakt loovad esmase toetava tausta probleemidega tegelemiseks.
- **Arenda vastuolu:** inimene on muutustele motiveeritud, kui ta tajub vastuolu oma praeguse käitumise ning tema jaoks oluliste väärtuste ja isiklike eesmärkide saavutamise vahel.
- **Kaasaminev suhtlusstiil:** vastupanu on märk, et spetsialist peaks reageerima teisiti ning kliendile vastandumise asemel toob enam tulemusi kaasaminev suhtlusstiil.
- **Toeta eneseusku:** kui inimene usub, et ta suudab muutuda, suureneb muutuse toimumise tõenäosus. Inimese usk muutuse võimalikkusse on oluline motivatsiooniallikas.

VIPSides võidakse rakendada ka vaid üksikuid võtteid ja lähenemisi motiveerivast intervjuerimisest, mitte kogu meetodit tervikuna. Näiteks võidakse VIPSides keskenduda empaatilisele suhtlemisele, inimese käitumise ja väärtuste vahelise vastuolu esile toomisele ja/või vastupanu aktsepteerimisele. Seda tehakse lühema aja jooksul ja vähem struktureeritult, et toetada patsiendi autonoomiat, enesetõhusust ja motivatsiooni oma käitumist muuta.

Kognitiiv-käitumuslik teraapia ehk KKT on teaduspõhine ja struktureeritud psühhoteraapia suund, mille keskmes on arusaam, et **inimese käitumist ja emotsioone mõjutavad tema mõttemustrid** (Dobson, 2000). KKT eesmärk on aidata inimestel tuvastada ja muuta negatiivseid või ebatõhusaid mõtteid, tulla toime keeruliste emotsioonidega ning ennetada tagasilööke, pakkudes varajast ja sihipärast sekkumist (Beck et al., 1993). See teraapiameetod on ajaliselt piiratud ning keskendub konkreetsete probleemide lahendamisele, mistõttu on see laialdaselt kasutusel mitmesuguste vaimse tervise häirete ravis. KKT-s eristatakse

kognitiivseid ja käitumuslikke tehnikaid, mis töötavad koos, et toetada kliendi protsessi muutuse elluviimisel.

- **Kognitiivsed tehnikad** hõlmavad kahjulike mõttemustrite äratundmist, nende analüüsimist ning ennast toetavamate mõttemustrite arendamist. Lisaks õpetatakse klientidele eneseteadlikkuse suurendamist, et nad oskaksid märgata olukordi, mis võivad suurendada tagasilanguse riski (Jhanjee, 2014; Wenzel, 2017).
- **Käitumuslikud strateegiad** keskenduvad praktiliste oskuste arendamisele, sealhulgas enesekontrollile riskikäitumise vältimisel, stressirohketes olukordades lõõgastumisele ning tervislike, mitteprobleemsete alternatiivsete tegevuste soodustamisele. Samuti rõhutatakse kriisiolukordadeks ettevalmistumist ja enesejuhtimise oskuste tugevdamist (Jhanjee, 2014; Wenzel, 2017).

Lisaks kasutatakse sotsiaalsete oskuste arendamist (nt suhtlemisoskused ja keeldumise oskused) ning probleemilahendamise tehnikaid (Jhanjee, 2014).

Läbivalt kasutatavad meetodid

- **MI** aitab suurendada inimese motivatsiooni ja valmidust muutuseks, pakkudes turvalist keskkonda, kus uuritakse uimastitarvitamise põhjuseid ja võimalikke tagajärgi. MI keskendub inimese enda motivatsiooni äratamisele, et ta tunneks soovi muudatusi teha.
- **KKT** keskendub negatiivsete mõttemustrite ja uskumuste muutmisele, aidates inimestel mõista, kuidas nende mõtted ja tunded mõjutavad käitumist, sealhulgas uimastitarvitamist. KKT aitab arendada tervislikke toimetulekuoskusi ja pakkuda uimastite kasutamisele alternatiive.

1.4.2 Lühisekkumiste üldised raamistikud

Rahvusvaheliselt on välja töötatud mitmeid **raamistikke**, mis kirjeldavad **lühisekkumiste ülesehitust ja nende eri etappe**. Need raamistikud pakuvad üldisi suuniseid selle kohta, kuidas tuvastada uimastitarvitamise probleemidega inimesi, kuidas vahetult pärast tuvastamist kasutada tõhusaid, kuid lühikesi sekkumisi, ning kuidas vajadusel suunata kõrgema riskiga tarvitajad vajalikule ravile.

Sellised raamistikud aitavad spetsialistidel järgida konkreetseid, kuid paindlikke samme, et seeläbi märgata probleemset uimastitarvitamist ja varakult sekkuda. Nende erinevate lühisekkumiste struktuur on suures osas sama, erinevused ilmnevad vaid detailides.

SBIRT-raamistik

Üks peamisi selliseid raamistikke on **SBIRT** (ingl k *Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment*), mille töötas 1980ndatel aastatel välja Ameerika Ühendriikide uimastitarvitamise ja vaimse tervise teenustega tegelev keskus (SAMHSA) (Babor et al., 2007). SBIRT on terviklik ja integreeritud rahvatervise lähenemine, mis pakub varajase sekkumise ja ravi teenuseid nii ainete tarvitamise häiretega inimestele kui ka neile, kellel on risk selliste häirete tekkeks (SAMHSA, 2024). Selle eesmärk on rakendada esmatasandi ja kogukonna tervishoiuasutustes **sõeltestimist, lühisekkumist ja ravile suunamise mudelit** laste, noorukite ja täiskasvanute seas (vt Joonis 4; SAMHSA, 2024). SBIRT-i integreerimine esmatasandi tervishoiusüsteemi aitab tuvastada uimastite tarvitamist laialdasemalt, olenemata nende juhtumite raskusastmest.

Joonis 4.

SBIRT-raamistiku põhikomponendid.



5A ja 5R mudelid

Teine levinud lühisekkumise mudel on **5A** (*Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange*), mida eesti keeles saab kokku võtta kui **küsi, nõusta, hinda, abista ja korralda**. See raamistik on sarnaselt SBIRT-ile loodud kasutamiseks esmatasandi tervishoiuasutustes. See tugineb struktureeritud sammudele, mis hõlbustavad tervishoiutöötajatel sekkuda probleemse käitumise korral. Need sammud on SBIRT-raamistiku etappidega võrreldavad, kuid mitte päris täpselt samad. Erinevus seisneb selles, et 5A mudelis on lühisekkumise etapp omakorda detailsemateks tegevusteks jaotatud. Kuigi 5A mudelit on sageli rakendatud **suitsetamisest loobumisele** suunatud sekkumistes, saab seda rakendada ka teiste ainete tarvitamise puhul. WHO toob BRIEF projekti põhjal näiteid eri viisidest, kuidas 5A mudelit on kohandatud näiteks vähese kehalise aktiivsuse, ebatervisliku toitumise, alkoholi tarvitamise, suitsetamise jm probleemsete käitumistega tegelemiseks (WHO, 2022).

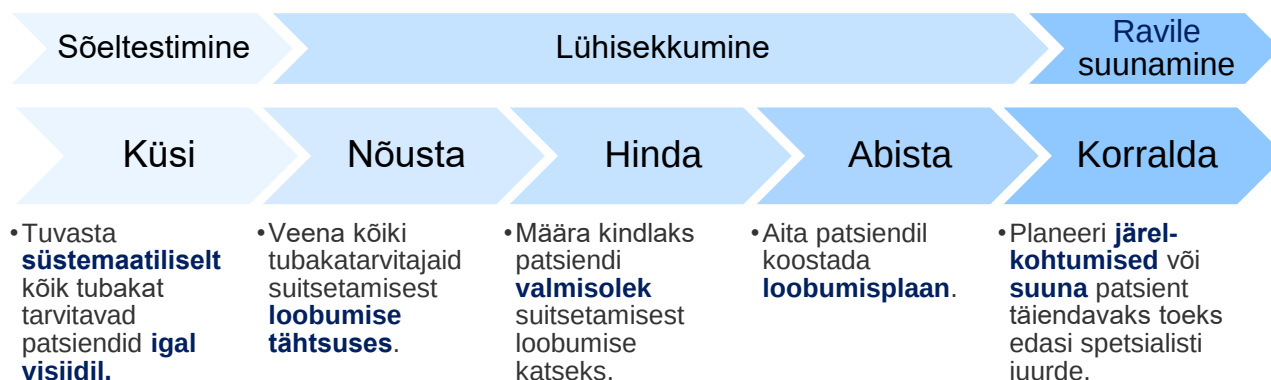
5A mudeli kasutamine põhineb eeldusel, et inimene on valmis uimastitarvitamisest loobuma (WHO, 2014). Kui inimesel puudub motivatsioon loobumiseks, saab temaga rakendada esmalt **5R mudelit** (*Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition*), mille põhietapid on **olulisus, riskid, hüved, takistused ja kordamine**. 5R on meetod motivatsiooni kasvatamiseks ja esmase valmisoleku loomiseks, et uimastisõltuvusega tegeleda (WHO, 2014).

1. **Olulisus**: patsiendi uimastitarvitamise seostamine tema konkreetse haiguse või haigusriskiga, mõjuga perekonnale, sotsiaalsele staatusele, tervisele.
2. **Riskid**: palve patsiendile kirjeldada uimastitarvitamise võimalikku negatiivset mõju. Olulisemate riskide rõhutamine patsiendi puhul.
3. **Hüved**: palve patsiendile nimetada uimastitarvitamisest loobumise korral kaasnevad kasutegurid. Rõhutada olulisemaid hüvesid.
4. **Takistused**: palve patsiendile nimetada asjaolusid, mis neid heidutavad või takistavad uimastitarvitamisest loobumisel; ravivõimaluste (nõustamine ja ravimid) soovimine.
5. **Kordamine**: patsientide puhul, kes ei soovi uimastitarvitamisest loobuda, tuleb igal visiidil korrata motiveerivat intervjuud. Vajadusel selgitada, et enne edu saavutamist peabki enamik inimesi tegema mitu loobumiskatset.

Kui inimesel on tekkinud esmane motivatsioon uimastitest loobumiseks, saab järgmise sammuna rakendada 5A mudelit, mis keskendub uimastitarvitamisest loobumise protsessi toetamisele. 5A mudel annab tervishoiutöötajatele ette selge struktuuri ja juhised, mille põhjal patsiendiga esmase probleemi hindamiseks vestelda. Vestlusele kulub umbes 3–5 minutit. Seega on tegemist väga efektiivse tööriistaga otsustamaks, mis liiki abi inimene vajab ja milline on tema valmisolek abi vastu võtta. Erinevalt SBIRT-ist, mis pakub laiemat lähenemist uimastitarvitamise tuvastamiseks ja sekkumise juhtimiseks, on 5A konkreetsem mudel, mis keskendub uimastite tarvitamisest loobumise toetamisele viie sammu abil (Joonis 5). Need viis sammu on suuresti vastavuses SBIRT-i kolmeosalise raamistikuga.

Joonis 5.

5A mudeli rakendamise põhikomponendid tubakasuitsetamise kontekstis SBIRT-raamistiku puhul.



- 1. Küsi:** soovituslik on küsida igalt patsiendilt igal kohtumisel nende tubakasuitsetamise kohta ning see teave dokumenteerida. Küsimus tuleks esitada sõbralikult ja neutraalselt, vältides patsiendis süütunde või ebamugavuse tekitamist.
 - See etapp on võrreldav SBIRT-raamistiku **sõeltestimise** sammuga.
- 2. Nõusta:** patsienti tuleb julgustada suitsetamisest loobuma selge, kindla ja isikustatud sõnumi abil. Suitsetamise kahjulikkust ja loobumise tähtsust tuleb rõhutada üheselt mõistetavalt, vältides ebamäärasust. Sõnum tuleks isikupärastada patsiendi eripäradele tuginedes, näiteks võib naispatsientide puhul rõhutada suitsetamise mõju viljakusele.
- 3. Hinda:** patsiendi valmisoleku ja enesekindluse hindamine kahe küsimuse alusel: (a) *kas te soovite olla mittedsuitsetaja?* ning (b) *kas te usute, et suudate suitsetamisest loobuda?* Jaatavad vastused võimaldavad edasi liikuda järgmistesse etappidesse.
- 4. Abista:** koostöös patsiendiga koostatakse üksikasjalik loobumisplaan, mis hõlmab näiteks loobumiskuupäeva määramist, võimalike väljakutsete ennetamist ja praktiliste strateegiate arutamist. Lisaks antakse praktilisi soovitusi, pakutakse sotsiaalset tuge, jagatakse täiendavaid materjale (nt veebilehed, infoliinid) ning vajadusel soovitakse tõenduspõhiseid ravimeid.
 - Eelnevad kolm etappi (nõusta, hinda, abista) on kombinatsioonina võrreldav SBIRT-raamistiku **lühisekkumise** sammuga.
- 5. Korralda:** lepatakse kokku järgmised kohtumised (nt kohapeal, telefonis või veebi vahendusel) ning patsient suunatakse vajadusel spetsialiseeritud ravile.
 - See etapp on võrreldav SBIRT-raamistiku **ravile suunamise** sammuga.

FRAMES

FRAMES kirjeldab tõhusate lühisekkumiste omadusi. Selle töötasid välja Miller ja Sanchez (1994) ning see ei ole konkreetne mudel kindlate tegevuste järjestusega, vaid üldine raamistik. Selle alusel saab integreerida erinevaid sekkumisvõtteid paindlikult (Miller & Sanchez, 1994). FRAMES kui akronüüm viitab kuuele kesksele komponendile efektiivsetes lühisekkumistes (Miller & Sanchez, 1994), nendeks on:

- **Tagasiside (Feedback).** Patsiendile antakse esmase hindamise põhjal selget ja konkreetset suulist tagasisidet tema sõltuvusainete tarvitamisharjumuste kohta. Paljud inimesed ei teadvusta, et nende praktikad võivad olla riskantsed või kahjulikud. Tähelepanu juhtimine praeguste tarvitamismustrite riskidele võib osutuda oluliseks motivatsiooniallikaks muutuste algatamisel.

- **Vastutus (Responsibility)**. Rõhutatakse, et tarvitamisharjumuste muutmine või jätkamine on täielikult inimese enda otsustada. Isikliku vastutuse esiletõstmine aitab suurendada patsiendi motivatsiooni ja valmisolekut käitumisharjumusi muuta.
- **Nõuanne (Advice)**. Patsiendile antakse lihtsaid, kuid selgelt sõnastatud soovitusi ja juhiseid, kuidas oma tarvitamiskäitumist muuta.
- **Valikud ja võimalused (Menu)**. Esitatakse mitmeid valikuvõimalusi, kuidas käitumist muuta. Näiteks võib soovitada kange alkoholi asendamist lahjemate jookidega, alkoholivabade päevade lisamist nädalakavasse või muid käitumuslikke muutusi. Valikute pakkumine võimaldab patsiendil leida endale sobivaimad lahendused.
- **Empaatia (Empathy)**. Sekkumine toimub empaatilises, toetavas ja koostööd soodustavas keskkonnas. Spetsialisti soe ja lugupidav lähenemine aitab luua usaldusväärse suhte. Autoritaarne või sundiv suhtumine võib lühisekkumise mõju märkimisväärselt vähendada.
- **Eneseusk (Self-efficacy)**. Toetatakse patsiendi usku oma võimesse teha muutusi ja julgustatakse optimistlikku suhtumist. Patsiendi enesetõhususe tugevdamine aitab vältida abituse tunde tekkimist ning soodustab edasiliikumist.

Lühisekkumiste raamistikud

- Lühisekkumiste ülesehitust kirjeldavad raamistikud (nt **SBIRT** ja **5A**) pakuvad esmatasandi tervishoiuasutustes struktureeritud lähenemisviisi uimastitarvitamise probleemide tuvastamiseks, lühiajaliseks sekkumiseks ja vajadusel ravile edasisuunamiseks. Need raamistikud annavad selge ja lihtsasti rakendatava juhise tervishoiutöötajatele, võimaldades neil kiiresti ja tõhusalt patsiendiga suhelda ning edendada nii uimastitarvitamise sekundaarset ennetust kui ka varajast ravi.
- Neis raamistikutes kasutatakse **FRAMES**-põhimõtteid, mis rõhutavad empaatilist suhtlust, koostööd ning inimese enda vastutuse tugevdamist kogu sekkumisprotsessi vältel.
- Need raamistikud annavad olulise tõenduspõhise aluse erinevate sekkumiste välja töötamiseks ja elluviimiseks nii Eestis kui ka rahvusvaheliselt.

1.5 Uuringu eesmärk

Ekspertide hinnangul on VIPSide pakkumine Eestis **killustunud ja süstematiseerimata** (Tervisekassa, 2021; Veldre jt, 2017). Samal ajal on viimastel aastatel VIPSide tähtsus tõusnud vaimse tervise astmelise abisüsteemi rakendamise valguses (nt vt Sotsiaalministeerium, 2023). Selles süsteemis on suurim vajadus madalama tasandi sekkumiste järele, nagu eneseabi, kogukondlikud tugiteenused ja vaimset tervist toetavad tegevused. Kui need madalamad tasandid toimivad tõhusalt, saab vähendada vajadust kulukama ja keerukama spetsialiseeritud abi järele. Sellest tulenevalt on vaja arendada ja parandada just esmatasandi ja kogukonna tasandi teenuseid, mis aitaksid pakkuda varast ja tõhusat tuge uimastitarvitamise ennetamiseks ja sõltuvuse süvenemise takistamiseks. **Tõenduspõhiselt tõhusate VIPSide laialdasemal kasutusel saaks leevendada kõrgema tasandi abi ülekoormust ja pakkuda tuge juba probleemide varajases faasis.**

Eestis on tehtud häid ülevaateid VIPSide kasutamisest üldiselt ja psühholoogiliste probleemide korral (Ilves et al., 2023), kuid puudub ülevaade konkreetselt **uimasteid tarvitavatele inimestele suunatud VIPSidest**.

Meie **eesmärk on anda ülevaade, milliseid VIPSe on Eestis ja mujal maailmas uimastite tarvitajatele suunatud.**

Kaardistame ka neid VIPSe, millel puudub konkreetne sihtrühm või mis on mõne muu probleemiga tegelemisele suunatud, kuid mis on osutunud tõhusaks ka uimastitarvitajate seas. Keskendume ennekõike tõenduspõhiste VIPSide kaardistamisele, kuid toome välja ka huvitavamad sekkumised, mille mõju ei ole veel uuritud. Mõju-uuringute puudumine alles hiljuti välja töötatud sekkumiste puhul ei tähenda, et mõju puuduks. Mõju ei ole lihtsalt jõutud veel piisavalt uurida.

2. Metoodika

Uuringus kasutati **dokumendianalüüsi meetodit**, et saada süsteemne ülevaade Eestis ja rahvusvaheliselt kasutatavatest VIPSidest. Analüüs tugines avalikele kirjalikele materjalidele: teadusartiklitele, teemakohastele raportitele, veebilehtedele ja ülevaadetele. Lisaks rakendati lumepallimeetodit, kus uusi allikaid leiti uuritud artiklites viidatud kirjanduse kaudu.

Tuvastatud sekkumiste, teenuste ja tegevuste puhul hindasime nende vastavust uuringus aluseks võetud VIPSide kriteeriumidele, mis võimaldavad VIPSe eristada laiemast vaimse tervise abimeetmete kogumist. VIPSide määramise kriteeriume, millest ka käesolevas uuringus lähtusime, kirjeldasime täpsemalt aruande 1.4 peatükis (vt lk 15). Selle alusel jätsime välja sekkumised, mis ei vastanud VIPSide määratud tunnustele, näiteks:

- sihtrühma kriteerium: ei kaasatud sekkumisi, mis olid suunatud diagnoositud sõltuvushäirega inimestele;
- väheintensiivsuse kriteerium: välja jäid sekkumised, mis nõudsid mahukaid ressursse ja tervishoiutöötajate olulist panust;
- spetsialisti kaasatuse kriteerium: kõrvale jäid sekkumised, kus inimene läbis materjali või programmi täielikult iseseisvalt, ilma spetsialisti toeta.

Sekkumiste tuvastamisel ja analüüsimisel kogusime andmeid nende **sisu ja korralduslike aspektide** kohta, nagu sessioonide arv ja kestus, vestlusteemad ning sekkumise läbiviimise koht. Samuti kaardistasime sihitud **tulemusmõõdikud**, millest peamine oli uimastitarbimise vähendamine. Lisaks tõime välja **sekkumise sihtgrupi** (kellele see on mõeldud ja kelle seas on mõju-uuringud tehtud), **konteksti** (nt kool, perearstikabinet, veebilahendus) ning **mõju**. Mõju hindamisel keskendusime juhuslikustatud kontrolluuringutele (JuKUd), täpsustades, kelle seas ja kuidas need läbi viidi ning millised olid tulemused (nt kui palju tarvitamine vähenes). Mõju-uuringute kvaliteedi ja hulga põhjal määrasime sekkumiste **tõenduspõhisuse taseme** vastavalt TAI ennetustegevuste tõendatuse hindamise juhiste³.

Ebatäpse või puuduva teabe korral täpsustasime aruandes, et vastav teave on puudulik või otsustasime mitte kaasata sekkumisi, mille puhul puudus käesoleva uuringu kontekstis kriitiline teave, nagu näiteks sekkumise mõju.

2.1 Eesti ülevaate metoodika

Eestis kasutusel olevate VIPSide otsingul toetusime järgmistele allikatele:

- veebilehed: narko.ee (alaleht „siit saad abi“), alkoinfo.ee, tubakainfo.ee, terviseinfo.ee, vaimse tervise portaal peaasi.ee. Viimati kontrollisime neid allikaid 2025. aasta veebruari alguses (11. veebruaril);
- TAI erinevates valdkondades toimuvat ennetustööd kirjeldavad lehed ning valdkondlikud väljaanded (alkohol, narkootikumid, tubakas). Viimati kontrollisime neid allikaid 2025. aasta veebruari alguses (4. veebruaril);

³ [Tõendatuse taseme hindamine](#)

- Tallinna, Tartu, Pärnu ja Narva linna veebilehtedel pakutavate teenuste ja programmide ning peredele suunatud tugiteenuste info. Viimati kontrollisime neid allikaid 2025. aasta jaanuari alguses (9. jaanuaril).

Täiendavalt tegime üldise veebiotsingu märksõnadega: *väheintensiivne psühholoogiline sekkumine, madala intensiivsusega psühholoogiline sekkumine, eneseabi, varajane sekkumine, lühisekkumine* ning *alkoholitarvitamine, uimastitarvitamine, narkootikumide tarvitamine*. Üldine veebiotsing ei toonud teemakohaseid lisaallikaid, mida poleks juba eelpool nimetatud allikates välja toodud.

Eestis kasutusel olevad VIPSide tüübid jaotasime kolme kategooriasse.

- Lühisekkumised: sekkumine hõlmab üht lühikest ja eesmärgipärast vestlust inimesega alkoholi, tubaka ja teiste uimastite tarvitamise teemal. Sageli osa SBIRT-raamistikust.
- Juhendatud eneseabi programmid: mitmest kohtumisest koosnev sekkumisvorm, mida viib läbi nõustaja kas individuaalselt või grupis. Sekkumine hõlmab tõenduspõhiste eneseabimaterjalide käsitlemist ning spetsialisti toetust, aidates omandada toimetulekuoskusi ja ennetada tagasilangust. Teenuse saaja töötab harjutuste ja ülesannetega iseseisvalt, saades vajadusel juhendamist.
- Digilahendused: veebipõhised sekkumised, mis ei vaja otsest füüsilist kohalolekut.

Eesti VIPSide ülevaate koostas üks uuringumeeskonna liige, mille täpsust ja vastavust VIPSide kriteeriumidele kontrollisid teised kaks meeskonnaliiget. Kontrolliprotsess sisaldas tuvastatud VIPSide hindamist määratletud kriteeriumide alusel ning arutelu nende sobivuse üle.

2.2 Rahvusvahelise ülevaate meetodika

Rahvusvaheliselt kasutusel olevate VIPSide ülevaate tegemisel tuginesime **teaduskirjandusele** ja muudele **avalikele infoallikatele**. Kasutasime järgmisi otsingusõnu ja nende omavahelisi kombinatsioone:

- *substance, drug, alcohol, tobacco, smoking;*
- *use, misuse, abuse, problematic use, hazardous use, moderate use;*
- *brief intervention, brief psychological intervention, minimal intervention, low-intensity intervention, secondary prevention, prevention.*

Kuivõrd temaatilist kirjandust on palju, keskendusime teaduskirjanduse otsingul lisaks konkreetsetele programmidele ka metaanalüüsidele ja ülevaateartiklitele, kus oli juba süsteemselt kirjeldatud erinevaid sekkumisi ja nende mõju.

Teaduskirjandust otsisime enamlevinud **andmebaasides** (EBSCO, Google Scholar, PubMed) ja teaduskirjastuste oma andmebaasides (nt Sage Journals, Taylor & Francis). Keskendusime peamiselt viimase kümne aasta jooksul avaldatud publikatsioonidele, et tagada uurimistöö ajakohasus. Samas vajaduspõhiselt ja laiema vaate pakkumiseks kasutasime ka varasemaid allikaid, arvestades, et võtmelähenemised ja alusteoriad on loodud märksa varem. Teaduskirjanduse otsinguid viisime nendes andmebaasides läbi valdavalt perioodil jaanuar – veebruar 2025.

Kuivõrd kõiki VIPSe ei ole (veel) uuritud ning kõigist pole ilmunud teaduspublikatsioone, oli oluliseks infoallikaks ka **üldine infootsing internetis** (Google) ja täpsem otsing erinevate riiklike katusorganisatsioonide, vabaühenduste ja muude uimastiennetusega tegelevate organisatsioonide veebilehtedel. Nii leidsime konkreetseid programme ja teenuseid ning teemakohaseid ülevaateid ja alusdokumente (nt riiklikud uimastiennetuskavad, senise uimastiennetuse tõhususe analüüsid jms). Üldist infootsingut otsingumootoris Google viisime läbi perioodil jaanuar – veebruar 2025.

Väga headeks allikateks olid ka **andmebaasid** ja **registrid**, mis koondavad ülevaatlikult infot erinevatest ennetus- ja sekkumistegevustest ning nende mõjust. Euroopas rakendatavatest VIPSidest andis hea ülevaate

Euroopa Liidus uimastite teemaga tegeleva organisatsiooni EUDA ennetustegevuste register **Xchange**⁴. Põhja-Ameerikas pakutavate teaduspõhiste sekkumiste info on ülevaatliselt koondanud Colorado Boulderi Ülikooli käitumisteaduste instituudi juures tegutsev **Blueprints**⁵. Xchange ja Blueprints registreid kontrollisime viimati 2025. aasta jaanuari lõpus (31. jaanuaril).

Xchange registris kasutasime järgmisi filtreid:

- **sihitud ja mõõdetud tulemused**: *By outcomes targeted; Alcohol use, Use of illicit drugs, Smoking (tobacco), Substance use, Substance-related behaviours;*
- **tulemuslikkus**: *XChange rating; Beneficial, Likely to be beneficial, Possibly beneficial.*
- **riikide** lõikes rakendasime filtreid, et esile tuua käesolevas uuringus käsitletud Euroopa riigid (*Country – Estonia, Finland, United Kingdom*). Vaatasime andmebaasi ka ilma riigipõhise filtrita, et saada ülevaade kasutusel olevatest praktikatest laiemalt.

Blueprints registris kasutasime järgmisi filtreid:

- **sihitud ja mõõdetud tulemused** – *Program outcomes: Problem behaviour – Alcohol, Illicit drugs, Marijuana/Cannabis, Tobacco;*
- **sekkumiste detailid** – *Program specifics: Continuum of Intervention – Indicated prevention* (sekkumine on mõeldud inimestele, kellel ei ole veel sõltuvushäiret, kuid kellel on suurenenud risk selle kujunemiseks juba esinevate kergete ja mõõdukate probleemide näol; viitab VIPSide sihtrühma kriteeriumile). Lisaks uurisime sekkumise intensiivsuse filtrit (*Continuum of Intervention*) laiemalt, et kaardistada ka universaalseid (*Universal prevention*) ja sihtgrupipõhiseid (*Selective intervention*; sihtgrupid, kellel ei ole probleeme uimastitarvitamisega või kes ei tarvita üldse, kuid kellel on kõrgem risk selle kujunemiseks) ennetusprogramme.

Täiendava allikana kasutasime ka **tehisarupõhiseid tööriistu ja otsingumootoreid**, nagu Consensus, Scholar GPT ja Atlas.ti AI-liides. Nii soovisime üles leida veel võimalikke tõenduspõhiseid programme ja sekkumisi, milleni me muude otsinguvahenditega ei jõudnud. Tehisarupõhised tööriistad ei pakkunud siiski kokkuvõttes olulist täiendust neile sekkumistele, mis olid leitud juba teadusandmebaaside ja üldise infootsingu abil.

Rahvusvahelises ülevaates eristasime laiemalt kahte sekkumiste kategooriat:

- lühisekkumised, mis järgivad samu põhimõtteid nagu Eesti VIPSide metoodika osas (vt ptk 2.1 Eesti ülevaate metoodika) välja toodud;
- muud riikides kasutatavad VIPSid, mis vastavad VIPSide kriteeriumidele, kuid ei ole lühisekkumised (nt juhendatud eneseabiprogrammid, mida on võimalik läbida ka veebis).

Lisaks käsitlesime primaarse ja sekundaarse ennetuse vahel paiknevaid programme, mis on laialdaselt kasutusel, kuid ei vasta VIPSide määratlusele. Need jäid välja põhianalüüsist, sest need kaasasid inimesi, kellel ei pruugi olla kergeid või mõõdukaid tarvitamisharjumusi (ei vasta sihtrühma kriteeriumile), ning olid sageli *liiga* madala intensiivsusega (ei vasta väheintensiivsuse kriteeriumile). Lisasime need siiski eraldi peatükina, kuivõrd mitmed uuringud on näidanud nende tõhusust nii primaarse kui ka sekundaarse ennetuse tasandil, ning neist on võimalik tuvastada sekkumise elemente, mis võivad aidata ka VIPSide edendamisel.

⁴ Leitav veebilehel [Xchange prevention registry | www.euda.europa.eu](https://www.euda.europa.eu/xchange-prevention-registry/)

⁵ Leitav veebilehel [Blueprints Programs – Blueprints for Healthy Youth Development](https://blueprintsprograms.org/)

2.2.1 Riigipõhise ülevaate metoodika

Rahvusvahelise ülevaate tegemisel seadsime enda fookuse ka konkreetsetele näidisriikidele, kus on kasutusel astmeline abisüsteem ning mis on teinud märkimisväärsed edusamme VIPSide rakendamisel. Vaatlusalusteks riikideks olid Suurbritannia, Ameerika Ühendriigid, Kanada, Soome, Uus-Meremaa ja Austraalia.

Riikides kasutusel olevate VIPSide tuvastamiseks kasutasime sihipäraseid otsingustrateegiaid, kombineerides ülalnimetatud märksõnu ingliskeelse nime või kohaliku tõlkega ning analüüsid tulemusi nii tavalistes otsingumootorites kui ka teadusandmebaasides. Kasutasime riikide põhjal ülevaadete tegemiseks alljärgnevaid allikaid:

- **teemakohased veebilehed:** riikides kasutatavad erinevad vaimse tervise, astmelise abisüsteemi või uimastitarvitamise teabe jagamisega seotud veebilehed (nt *england.nhs.uk* Suurbritannias, *thl.fi* Soomes ning *samhsa.gov* Ameerika Ühendriikides). Allikate analüüs viidi tervikuna läbi peamiselt jaanuari jooksul, viimane ülevaatus toimus veebruari keskpaigas (11. veebruaril);
- **teenusepakujate ja/või -vahendajate kodulehed:** VIPSide teenust või muid sarnaseid tugiteenuseid (nt *CAMH* Kanadas ja *Hazelden Betty Ford Foundation* Ameerika Ühendriikides) pakkuvate kohalike haiglate, vaimse tervise kliinikute, nõustamiskeskuste jms veebilehed. Allikate analüüs viidi tervikuna läbi peamiselt jaanuari jooksul, viimane ülevaatus toimus veebruari keskpaigas (11. veebruaril);
- **ennetustegevuste andmebaasid:** Euroopa riikide VIPSide leidmiseks kasutasime ELi loodud **Xchange** ennetustegevuste andmebaasi ning Ameerika Ühendriikide ja Kanada sekkumiste kaardistamiseks **Blueprints** sekkumiste andmebaasi. Xchange ja Blueprints registreid kontrollisime viimati 2025. aasta jaanuari lõpus (31. jaanuaril);
- **teaduskirjandus:** otsisime igas riigis kasutusel olevate VIPSide kohta mõju-uuringud, mis olid kättesaadavad kas teadusandmebaasides ja/või riiklike meditsiiniorganisatsioonide ja -liitude kodulehtedel. Teaduskirjanduse otsinguid viisime teadusandmebaasides läbi perioodil jaanuar – veebruar 2025.

Rahvusvahelise ülevaate koostas kolm uuringumeeskonna liiget, kellest igaüks vastutas kahe riigipõhise analüüsi eest. Tuvastatud sekkumiste kontroll toimus omavahelise arutelu käigus ning rotatsioonipõhiselt, kus meeskonnaliikmed hindasid üksteise leitud sekkumisi VIPSide kriteeriumide alusel.

3. Eesti VIPSide ülevaade

Sekkumise nimi, ja kasutuselevõtu aeg Eestis	Lühikirjeldus	Sihtrühm	Läbiviijad	Mõju
Lühisekkumised				
Alkoholi-tarvitamise häire ennetus ja nõustamine (ALVAL) TAI töötas välja aastatel 2009-2011	Üldarstiabi käigus hinnatakse AUDIT-testi abil patsiendi alkoholitarvitamise riskitaset. Kui see on ohustav või kahjustav, viiakse läbi kuni 15-minutiline lühinõustamine või laiendatud nõustamine (kuni 50 minutit). Lühisekkumine on kindla struktuuriga lühike ja motiveeriv vestlus , mis järgib MI ja akronüümi FRAMES põhitõdesid.	Inimesed, kes vastavalt AUDIT-testi tulemustele tarvitavad alkoholi ohustavalt või kahjustavalt. Lühisekkumine ei ole tõenduspõhine alkoholisõltuvusega inimesele.	Arstid ja tervishoiutöötajad, kes on läbinud TAI läbiviidava koolituse „Uimastitarvitamise häire varajase avastamise ja lühisekkumise (UVAL)“, mis sisaldab uimastitarvitamise häire koolituse teemasid koos praktiliste oskuste õpetamisega.	Erinevad uuringud on näidanud, et ALVAL sekkumine vähendab alkoholitarvitamist tõhusalt ning parandab tervisenäitajaid.
Noorukite sõeltestimine, lühisekkumine ja ravile suunamine uimastite	Selleks, et noorte uimastitarvitamist võimalikult varakult avastada ning probleeme ennetada, kohandas TAI 2023. aastal Eesti jaoks juhendmaterjali „Noorukite sõeltestimine, lühisekkumine ja ravile suunamine uimastite tarvitamise korral“ (ingl k <i>Adolescent Screening, Brief Intervention</i> ,	11-18-aastased noored , kes tarvitavad või proovivad erinevaid uimasteid.	Sekkujaks võib olla lapsevanem, kooli tugispetsialist, perearst või keegi, kes oma töös laste ja noortega igapäevaselt tegeleb.	Eestis pole mõju teadaolevat eraldi mõõdetud, kuid lähenemine toetub rahvusvaheliselt tunnustatud

tarvitamise korral TAI avaldas juhendi 2023. aastal	<i>Referral for Treatment – SBIRT</i> (Tamson et al., 2023). Meetodid hõlmavad sõeltestimist, CRAFFT-testil põhinevat lisaküsimustikku ning lühisekkumist, mis hõlmab teavitamist, motiveerivat lühinõustamist ning muutuste kava koostamist. Sekkumine viiakse läbi tavapärase visiidi, kohtumise või vestluse käigus ning see tugineb MI põhimõtetele.			lühisekkumise raamistikule.
Tubakast või nikotiini-toodetest loobumise nõustamine 2006	Tubakast loobumise nõustamine jaguneb lühinõustamiseks ja intensiivseks nõustamiseks. Lühinõustamine sisaldab testimist ja 5A mudeli „küsi, nõusta ja hinda“ etappe, mille käigus toimub testimine, kliendi julgustamine ja veenmine loobumise teostatavuses ja tähtsuses ning kliendi valmisoleku hindamine.	Tubaka-, e-sigareti ja kuumutatava sigareti tarvitajad või muul moel nikotiinisõltuvuses tarvitajad.	Perearstid, pereõed, ämmaemandid, töötervishoiuarstid ja koolitervishoiu töötajad.	Eestis läbi viidud mõju hindamise uuringut ei tuvastatud. Rahvusvaheliselt on sekkumine hinnatud mõjusaks tubakast loobumise efektiivsuse näol (nt Lancaster et al.; 2000; viidanud Ani, 2010).
Juhendatud eneseabi programmid				
Nõustamis-programm Valik 2018	Valik sisaldab lähtuvalt osaleja vajadustest ühe kuni kuue nõustamiskohtumise võimalust . Programmis osalemine võimaldab saada ülevaate kannabinoidide tarvitamise riskidest, analüüsida enda tarvitamisharjumusi ning omandada uusi oskusi tarvitamise vähendamiseks või lõpetamiseks.	Vähemalt 17-aastased kanepi või selle analoogide tarvitajad , kes tunnevad, et vajavad abi. Eelduseks on, et osaleja ei tarvita muid narkootilisi aineid ega ole raske psüühikahäirega.	Nõustajateks on MTÜ Peaasjad kõrgharidusega täiendusõppe läbinud nõustajad, keda toetab superviisor.	Programmi tõendatuse kvaliteet on hinnatud heaks (1/3). Samas on mõjuhinnangud vastuolulised ning vajavad lisaandmeid.

Programm SÜTIK 2018	Tugiisikuprogramm, mis pakub narkootikumide tarvitajatele mitmekülgset abi ja nõu, et aidata neil oma eluga paremini toime tulla. Muu hulgas aitavad tugiisikud leida elukoha või töö, pöörduda tervishoiuasutusse ja planeerida sõltuvusravi. Programmi kestus kliendile on vähemalt üks aasta, edasine koostöö sõltub konkreetse isiku vajadustest. Teenus on saadaval nii eesti kui vene keeles.	Vähemalt 18-aastased narkootikumide tarvitavad inimesed, kes liituvad programmiga vabatahtlikult, pereliikme või sõprade soovitusel või keda suunavad programmi politsei, erinevad õigussüsteemi esindajad, kahjude vähendamise keskuse töötajad, kohalike omavalitsuste, tervishoiuasutuste töötajad jt.	Tugiisikud, kelle seas on erineva taustaga inimesi (sotsiaaltöötajad, kogemusnõustajad, endised narkosõltlased). Vajalik on vähemalt keskharidus ning tugiisiku koolituse läbimine.	Rahulolu-uuring näitab programmis osalejate kõrget rahulolu. Uuringu läbiviijate hinnangul täidab programm oma eesmärgi parandada uimasteid tarvitavate inimeste elukvaliteeti.
Noorte-programm Selge Noorus 2018	Programmi eesmärk on harida riskirühma kuuluvaid noori sõltuvuse tekkimise põhjustest, vabastada neid sõltuvuslikust käitumisest ja jagada teadmisi keemilisest sõltuvusest kui laastavast ja elukvaliteeti langetavast haigusest. Programm sisaldab rühma- ja individuaalnõustamist, millele lisanduvad koduülesanded ja harjutused. See koosneb 12 kohtumisest, kus igal korral tutvustatakse ühte „projekti sammu“. Nõustamine toimub Tallinnas ja Tartus.	13-19-aastased noored, kelle puhul kas vanemad, kool või omavalitsuse vastavad ametnikud on märganud alkoholile ja/või uimastitele liigse tähelepanu osutamist ja nende tarvitamist või siis on korrakaitseorganid registreerinud õigustriikkuva käitumise psühhootroopsete ainete, alkoholi, tubaka või ravimite tarvitamise või käitlemise näol.	Libertas Kliinik MTÜ nõustajad.	Pole teada, kas programmi pikaajalist mõju on hinnatud, kuid programm tugineb teaduspõhistele meetoditele, ühendades erinevates uuringutes kinnitust leidnud MI, KKT, <i>Relapse Prevention</i> programmi ja <i>mindfulness</i>'i (ärksameelsuse) tehnikad.
Ennetus-programm Puhas Tulevik 2015	Programmi eesmärk on mittekariistuslikke meetmeid kasutades vähendada narkootikumide kasutamist ja omamist ning	Kuni 18-aastased noored, kes on sattunud politseisse üldjuhul esmakordse narkosüütega.	KOVide lastekaitse-spetsialistid koos piirkonna politseiametnikega.	TAI ennetuse teadusnõukogu hinnangul oli

	ennetada narkosüütegude toimepanekut ja noore stigmatiseerimist. Programm kestab kuus kuud ja selle aja jooksul peavad noored vähemalt ühe korra kuus: 1) lühikese etteteatamise ajaga lubama politseil teha narko kiirtesti, 2) koos vanemaga osalema kohalikus omavalitsuses (KOV) aruteludel, 3) võimaldama politseil või sotsiaaltöötajal kodu külastada, 4) osalema KOVi pakutud programmides või spetsialistide vastuvõtul.			programm 2023. aastal arendusjärgus.
Digilahendused				
Programm Selge 2020	Programm pakub inimesele tuge ja teadmisi, kuidas muuta oma alkoholtarvitamisega seotud käitumisharjumusi. Programmi sisu ning ülesehitus loodi lähtuvalt KKT ja MI põhimõtetest ning programmi harjutused ja moodulid tuginevad tõenduspõhiste meetoditele. Programmi jooksul läbib inimene 12 moodulit, soovituslikult 8 nädala jooksul. Moodulid sisaldavad käitumisharjumuste muutmise strateegiaid. Programm on kasutamiseks arvutis, tahvelarvutis ja mobiiltelefonis nii eesti kui ka vene keeles.	Täiskasvanud , kes soovivad alkoholtarvitamist vähendada või lõpetada.	Juhendatud eneseabiprogramm. Osalejat saadab isiklik virtuaalne kaaslane ja toetab virtuaalne programmi teejuht.	Programmi tõendatuse kvaliteet on väga hea (2/3) ning tegevuse mõju on uuringutes mõõdukalt tõendatud. Rahulolu-uuringutes leiavad programmis osalejad, et see on kasutajasõbralik, vastab ootustele ning aitab paljudel alkoholi tarvitamist vähendada.

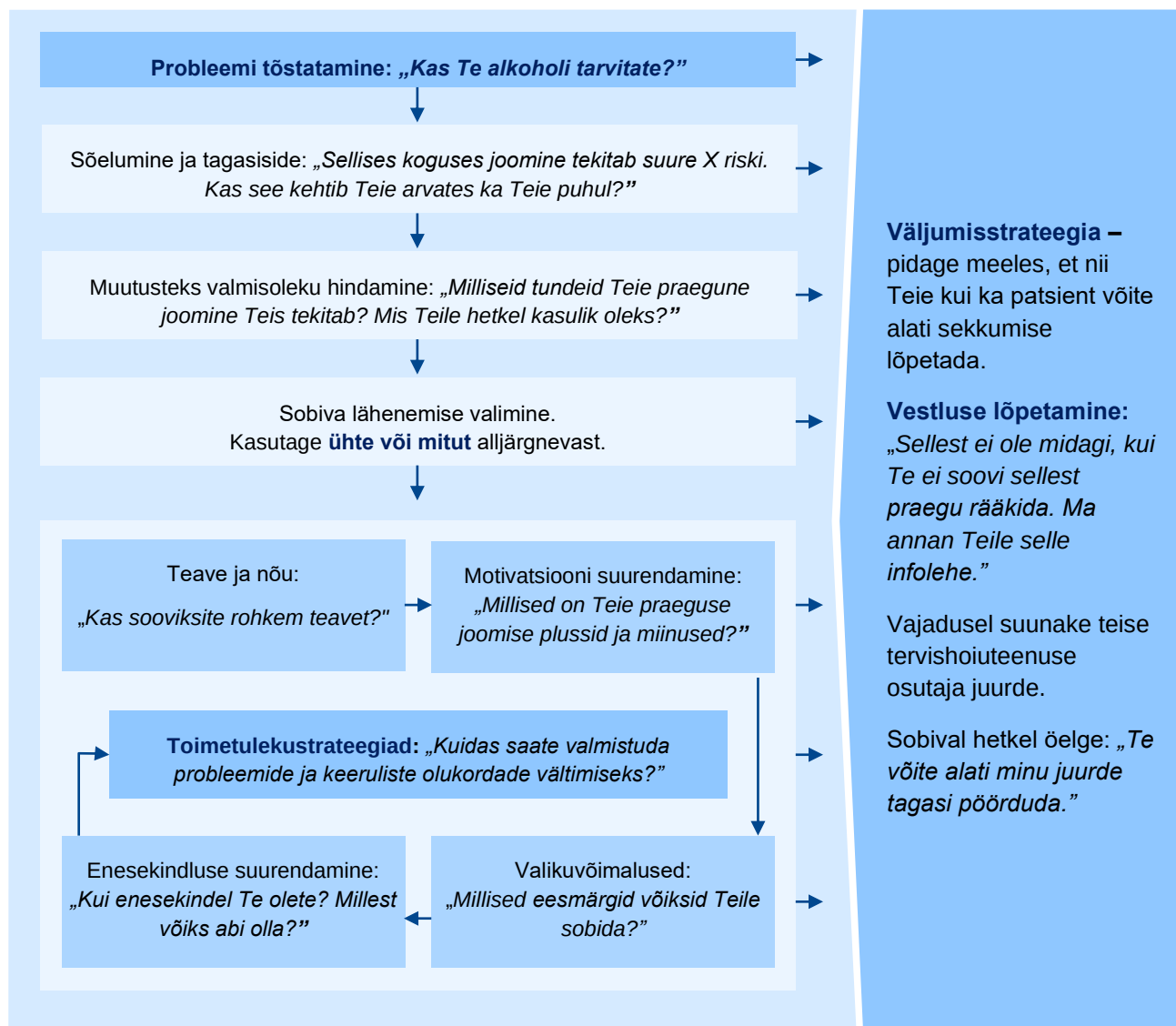
3.1 Lühisekkumised

3.1.1 Alkoholitarvitamise häire ennetus- ja nõustamisteenus: ALVAL

Sisu ja korraldus: alkoholitarvitamise häire ennetus- ja nõustamisteenuse eesmärk on alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine ja lühisekkumine alkoholist põhjustatud kahju vähendamiseks. Üldarstiabi osutamise käigus hinnatakse AUDIT-testi abil patsiendi alkoholitarvitamise riskitaset. Seejärel otsustatakse vastavalt riskitasemele, kuidas edasi tegutseda. Kui selgub, et inimene tarvitab alkoholi ohustavalt või kahjustavalt, on sobivaks sekkumisviisiks kindla struktuuriga motiveeriv vestlus. **Kui üldjuhul piisab kuni 15-minutilise lühinõustamisest, siis mõne patsiendi puhul võib tekkida vajadus põhjalikumaks elustiilinõustamiseks (toitumine, liikumine, vaimne tervis jms), milleks saab kasutada laiendatud nõustamist (kuni 50 minutit).**

Vestluse läbiviimiseks on TAI koostanud juhendmaterjali „Alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine ja lühisekkumine“ (ALVAL; vt Üksik, 2021). Lühisekkumine on **kindla struktuuriga lühike ja motiveeriv vestlus**, mis järgib MI ja akronüümi FRAMES põhitõdesid (vt 1.4.2 Lühisekkumiste üldised raamistikud). Lühisekkumine sisaldab tagasiside andmist patsiendi personaalsete riskide kohta, nõuandeid loobumiseks või tarvitamise vähendamiseks, ning soodustab patsiendil vastutuse võtmist ning enesetõhususe tõusu, samal ajal teda empaatiliselt ära kuulates.

Juhendmaterjali järgi on sekkumise etapid järgnevad (Üksik, 2021):



Teenust rahastab Tervisekassa. Õiguse teenuseid osutada annab TAI läbiviidava koolituse „Uimastitarvitamise häire varajase avastamise ja lühisekkumise (UVAL)“ läbimine. Viimane sisaldab uimastitarvitamise häire avastamise teemasid koos praktiliste oskuste õpetamisega⁶.

Sihtrühm: inimesed, kes tarvitavad alkoholi ohustavalt või kuritarvitavalt vastavalt tulemustele AUDIT-testis, mida täidetakse üldarstiabi visiidil. Teostatav lühisekkumine ei ole tõenduspõhine alkoholisõltuvusega inimestele.

Mõju: uuringud näitavad, et ALVALi sekkumine on tõhus alkoholitarvitamise vähendamisel ja sellega seotud tervisenäitajate parandamisel. Patsientide seas, kelle puhul oli olemas andmestik nii sõelumise, lühisekkumise kui ka kordustestimise kohta kuus kuud hiljem, langes keskmine AUDIT-skoor märkimisväärselt: 12,44 punktilt 6,87 punktil, madala riski piiri ületavate inimeste osakaal vähenes 62% võrra (Jürjen, 2021). Samuti kinnitas Põlluste et al. (2016) uuring, et aasta pärast lühisekkumist oli 82% osalejate AUDIT-skoor langenud 7,5–12,3 punkti, nende kehalist tervist kirjeldavate komponentide üldskoor kasvas keskmiselt 7,8 punkti võrra ning vaimse tervise üldskoor tõusis 5,7 punkti. Oluline oli ka seos AUDIT-skoori vähenemise ja kehalise tervise paranemise vahel, kuigi sarnast seost vaimse tervise muutustega ei täheldatud (Põlluste et al., 2016).

3.1.2 Noorukite sõeltestimine, lühisekkumine ja ravile suunamine uimastite tarvitamise korral

Sisu ja korraldus: Eestis käsitletakse uimastite tarvitamist laste ja noorte puhul osana vaimse tervise muredest, kuna vaimse tervise probleemidega noorukid kasutavad tõenäolisemalt uimasteid. Lapsed ja noored, kes puutuvad kokku uimastitega, vajavad täiskasvanu sekkumist. Varajane sekkumine ja abi osutamine aitab ennetada probleemide kuhjumist ning abivajaduse kasvu. Sekkujaks võib olla lapsevanem, kooli tugispetsialist, perearst või keegi, kes oma töös laste ja noortega igapäevaselt tegeleb (Tamson et al., 2023).

Abi ja tuge saab vaimse tervise keskustest ja kabinettidest, ravi- ja rehabilitatsioonikeskustest ning telefoni- ja veebinõustamisest (Narko.ee, 2025c). Info nõustamise keele kohta puudub.

Selleks, et noorte uimastitarvitamist võimalikult varakult avastada ning probleeme ennetada, on Eesti jaoks kohandatud juhendmaterjal „Noorukite sõeltestimine, lühisekkumine ja ravile suunamine uimastite tarvitamise korral“ (ingl k *Adolescent Screening, Brief Intervention, Referral for Treatment – SBIRT*) (Tamson et al., 2023). Selle läbitöötamine moodustas 2023. aastal osa uimastitarvitamise häire koolitusest (põhirõhk täiskasvanute abistamisel), kuid 2025. aastal hakatakse korraldama eraldi koolitusi noortega töötavatele spetsialistidele (nt kooliõed, koolipsühholoogid) (TAI, 2024a). Sekkumine keskendub varasele avastamisele.

Kasutatavad meetodid on järgmised (Tamson et al., 2023):

- **S2BI-sõeltest** (ingl k *Screening to Brief Intervention* ehk sõelumisest lühisekkumiseni) võimaldab hinnata tarvitamise mustreid ja riske;
- **lisaküsimustik** põhineb CRAFFT-testil (ingl k *Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble*) ja see on kohandatud eesti keelde;
- **lühisekkumine**, mis hõlmab teavitamist, motiveerivat lühinõustamist ning muutuste kava koostamist.

Lühisekkumise sisu ja ulatus sõltuvad sõeltesti tulemusest ning noore uimastitarvitamise kogemusest. Sekkumine viiakse läbi tavapärase visiidi, kohtumise või vestluse käigus ning see tugineb MI põhimõtetele (Tamson et al., 2023).

Lühisekkumine hõlmab järgmisi tegevusi (vt Joonis 6):

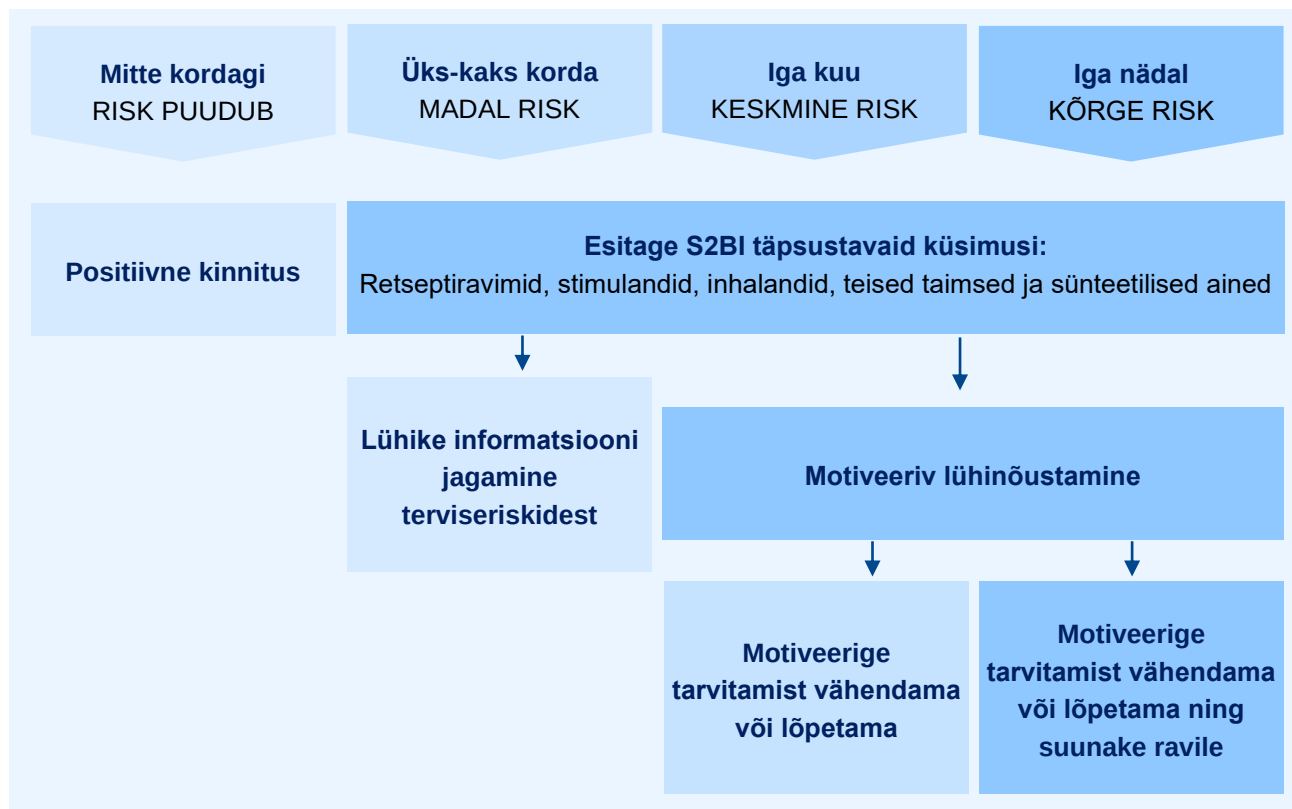
- **tunnustust ja positiivset kinnitust**, et uimasteid tuleb vältida;

⁶ Koolitus „Uimastitarvitamise varajane avastamine ja lühisekkumine (UVAL)“ | Tervise Arengu Instituut, vaadatud 04.02.2025.

- **lühikest informatsiooni jagamist**, et toetada juhusliku ja mittesõltuvuslikul tasemel tarvitamise lõpetamist;
- **motiveerivat lühinõustamist**, mille eesmärk on toetada muutuste kavandamist ning vajadusel suunata noor ravile (kui esineb suur uimastite tarvitamise häire risk).

Joonis 6.

Sõeltestimise, lühisekkumise ja ravile suunamise skeem vastavalt uimastitarvitamise häire riskitasemele.



Allikas: Tamson et al., 2023.

Sihtrühm: varasemalt on seda lähenemist Eestis kasutatud peamiselt täiskasvanute abistamiseks, kuid alates 2025. aastast keskendutakse üha rohkem ka noortele, eelkõige 11-18-aastastele, kes tarvitavad või proovivad erinevaid uimasteid.

Mõju: Eestis pole teadaolevat eraldi mõõdetud, kuid lähenemine toetub rahvusvaheliselt tunnustatud lühisekkumise raamistikule (vt ka peatükk 4.1 Lühisekkumised).

3.1.3 Tubakast- või nikotiinitoodetest loobumise nõustamine

Sisu ja korraldus: tubaka- ja nikotiinisõltuvusest vabanemiseks pakutakse tasuta nõustamist tervishoiusüsteemi erinevatel tasanditel tõendus põhise metoodika alusel. See tugineb 5A mudelile (vt 1.4.2 Lühisekkumiste üldised raamistikud).

Ani (2010) järgi võib tubakast loobumise nõustamise jagada järgnevalt:

1. **Lühinõustamine: testimine ja soovitude andmine.** See võib vastata **5A mudeli küsi, nõusta ja hinda** etappidele. Nende käigus toimub testimine, kliendi julgustamine ja veenmine loobumise teostatavuses ja tähtsuses ning kliendi valmisoleku hindamine.

Esmatasandi tervishoius, kuhu patsient satub sagedamini, on võimalik alustada lühinõustamisest (tõstmaks patsiendi motivatsiooni). Kui patsient on motiveeritud ja valmis loobumisprotsessiga

alustama, saab vastava ettevalmistusega esmatasandi tervishoiutöötaja alustada nõustamisprotsessi. Selleks ta kasutab lühinõustamise võtteid (vt Joonis 7). Ta võib viia nõustamise lõpuni intensiivse nõustamise võtetega või suunata patsiendi pärast lühinõustamist edasi tubakast loobumise nõustamise kabinetti.

Lühinõustamist pakuvad perearstid, pereõed, ämmaemandad, töötervishoiuarstid ja koolitervishoiu töötajad.

2. **Intensiivne nõustamine: loobumisprotsessi aktiivne planeerimine ja elluviimine** koos nõustajaga. See vastab **5A mudeli hinda, abista ja korralda** etappidele. Need hõlmavad kliendi valmisoleku ja motivatsiooni hindamist ning konkreetsete sammude seadmist ja elluviimist. Nende sammude hulka kuuluvad nõuanded, individuaalse loobumis- ja raviplaani koostamine, juhised tagasilanguse vältimiseks ja vajadusel kaasaaitava ravimi kaasamine sõltuvuse ületamiseks.

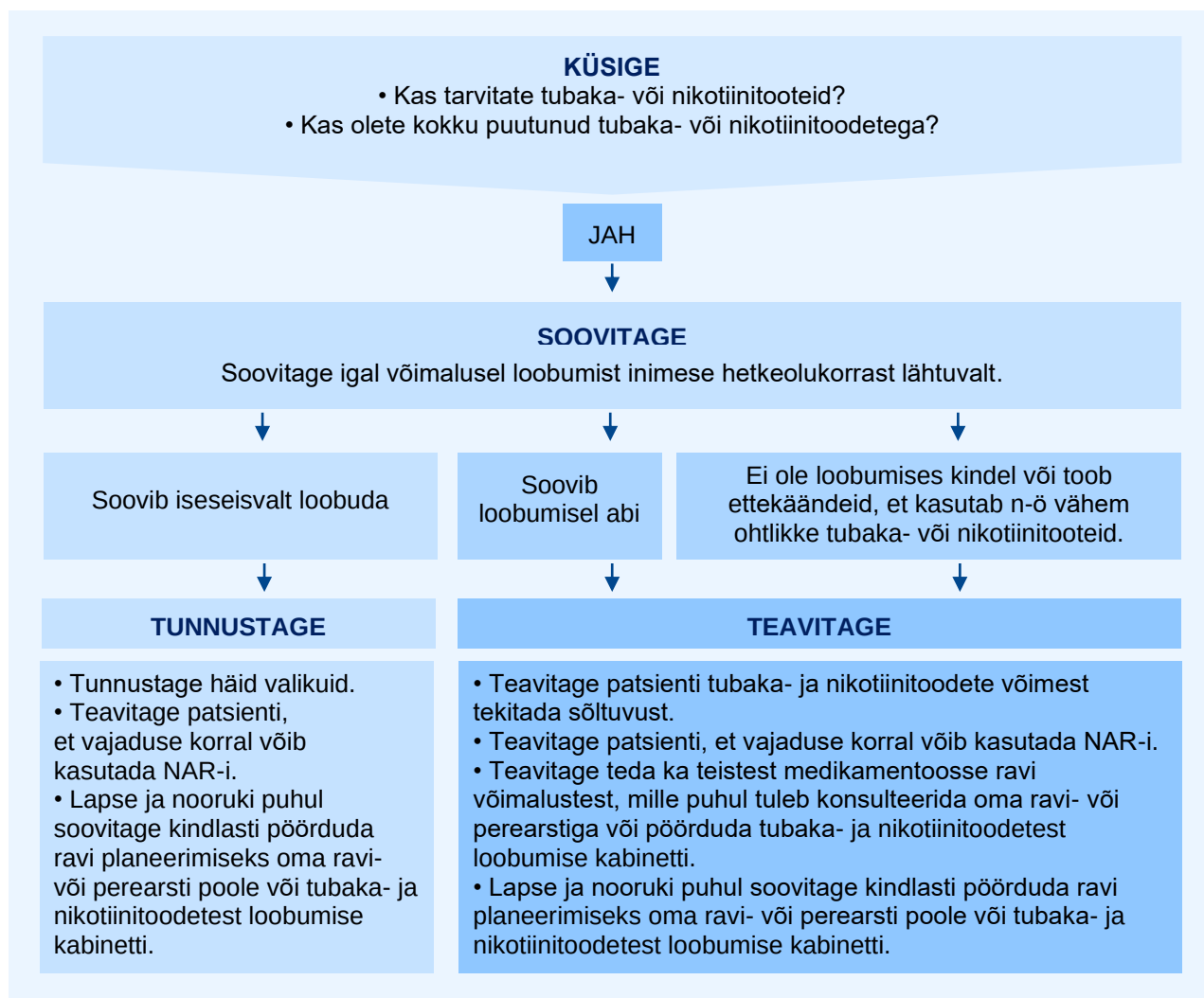
Motivatsiooni tõstmiseks näeb ravijuhend ette 5R mudeli kasutamist (vt 1.4.2 Lühisekkumiste üldised raamistikud).

Kokku lepitakse regulaarsed kohtumised, et patsienti järjepidevalt toetada. Nõustamisprotsess koosneb 5–6 seansist. Esmakordne nõustamine toimub kontaktvastuvõtuna ja kestab vähemalt 50 minutit. Tubakast loobumise nõustamisel ei piisa vaid ühest nõustamisest ja vaja on teha korduvnõustamisi, et toetada inimest kogu protsessi jooksul. Järgnevad seansid on lühemad ja võivad toimuda ka telefoni, e-maili või video vahendusel. Koostöö loobuja ja nõustaja vahel kestab 12 kuud, seejuures toimub aktiivne võõrutamine paar kuud.

Lisaks esmatasandi tervishoiutöötajatele pakuvad sellist intensiivsemat nõustamist ka vastava koolitusega nõustajad 16 tubakanõustamise kabinetis üle Eesti. Vajadusel võib nõustada koostöös koolituse läbinud tugispetsialistidega (füsioterapeut, logopeed, psühholoog, või tegevusterapeut).

Joonis 7.

Tubaka- või nikotiinitoodetest loobumise lühisekkumine.



Märkus: NAR = nikotiiniasendusravi.

Allikas: Tubaka- või nikotiinitoodetest loobumise nõustamine. Eesti ravijuhend 2021 (www.ravijuhend.ee).

Üldarstiabi teenuse osutaja võib pakkuda tubaka- ja nikotiinitoodetest loobumise nõustamist, kui ta on läbinud TAI korraldatud UVAL-koolituse või varasemalt sarnase väljaõppe. Koolitus hõlmab ka alkoholitartvitamise häire ning muude uimastite tarvitamise avastamist ja lühisekkumisi. Teenuse osutamise aluseks on TAI juhendmaterjal „Suitsetamisest loobumise meditsiiniline nõustamine“ ning ravijuhend „Tubaka- või nikotiinitoodetest loobumise nõustamine“⁷.

Sihtrühm: tubaka-, e-sigareti ja kuumutatava sigareti tarvitajad või muul moel nikotiinisõltuvuslikud tarvitajad.

Mõju: 2023. aastal sai tubakast või nikotiinist loobumise nõustamisteenust ca 900 inimest. Neist ligikaudu 400 on saanud teenuseid perearstilt või pereõelt ja ligi 500 nõustamiskabinetist. Tervishoiutöötajate pakutava tavapärase nõustamise korral on tubakast loobumise efektiivsus ühe aasta möödumisel 5–10%, mis oleks rahvatervise parandamisel oluline näitaja (Lancaster et al., 2000; viidanud Ani, 2010).

⁷ Leitav [Tubaka- või nikotiinitoodetest loobumise nõustamine - Ravijuhend](#)

3.2 Juhendatud eneseabi programmid

3.2.1 Nõustamisprogramm Valik

Sisu ja korraldus: see on MTÜ Peaasjad ja TAI koostöös 2018. aastal 2018. aastal välja töötatud nõustamisprogramm kanepit või selle analooge tarvitavale inimestele, kes soovivad senist tarvitamist lõpetada või seda vähendada. Programmi saadi inspiratsiooni Ameerika Ühendriikides 2017. aastal loodud juhendmaterjalist „*Marijuana. Brief intervention. An SBIRT approach*“ (TAI, 2024b). Programmi eesmärk on motiveerida ja toetada osalejaid, aidates neil teha teadlikke otsuseid kanepitarvitamise vähendamiseks või sellest loobumiseks ning kavandada selleks sobivaid samme (Narko.ee, 2025a).



Programm sisaldab võimalust **üheks kuni kuueks nõustamiskohtumiseks**, täpne hulk selgitatakse välja esimesel kohtumisel koos nõustajaga, lähtudes osaleja vajadusest (Peaasi.ee, i.a). Nõustajateks on MTÜ Peaasjad kõrgharidusega nõustajad, keda toetab superviisor. Sekkumist pakutakse eesti keeles, teistes keeltes kättesaadavust pole eraldi välja toodud ning see sõltub eeldatavasti konkreetse nõustaja keeleoskusest. Kuus kuud pärast programmi läbimist oodatakse selles osalejalt elektroonilise järelküsitluse täitmist (Peaasi.ee, i.a). Nõustamine toimub füüsiliselt Tallinnas või videosilla vahendusel üle Eesti.

Programmis Valik osaledes on võimalus (Peaasi.ee, i.a):

- saada täpsem ülevaade kannabinoidide (sh kanepi) **tarvitamisega seotud riskidest** ja vajadusel infot abi saamise võimaluste kohta;
- analüüsida oma kannabinoidide **tarvitamisharjumusi** ja hinnata nende mõju igapäevaelule;
- omandada **uusi oskusi ja teadmisi**, mis aitavad vähendada või lõpetada kannabinoidide tarvitamist.

Programmis osalemine on tasuta, seda finantseerivad TAI ja Justiitsministeerium (Peaasi.ee, i.a).

Soovijatel on võimalik tellida TAIst **eneseabi-töövihik kanepit tarvitavatele inimestele** (TAI, 2022), mis aitab mõtiskleda kanepi tarvitamise kasude-kahjude üle ja julgustab inimest pöörduma programmi Valik nõustajate poole. Töövihikuid on aastatel 2022–2023 jagatud perearsti- ja vaimse tervise keskustes, kutse- ja kõrgkoolides ning teistes asutustes kokku üle 8000 eksemplari (TAI 2024a).

Sihtrühm: vähemalt 17-aastased kanepi või selle analoogide tarvitajad, kes tunnevad, et vajavad abi. Eelduseks on, et osaleja ei tarvita muid narkootilisi aineid ega ole raske psüühikahäirega.

Tõendatus ja mõju: perioodil 2018-2024 nõustati programmis Valik 634 klienti, kellest pooled olid kuni 26-aastased (M. Vaher, isiklik suhtlus, 24. veebruar 2025). Ennetuse teadusnõukogu, mis analüüsib Eestis elluviidavate ennetustegevuste tõendatuse taset, hindas programmi Valik tõendatuse kvaliteedi heaks (1 pall 3st) ning soovitas seda Eestis kasutada (TAI, 2024b).

Programmi soovitud esmane mõju on hoidumine kannabinoidide tarvitamisest. Seni on programmi Valik mõju hindamisel tuginetud enesekohastele hinnangutele, mida kogutakse programmis osalejatelt elektroonilise järelküsitluse abil. Selle alusel näitas üks uuring esmase tulemusnäitajana⁸ kannabinoidide tarvitamisest viimasel kuul hoidunute suuremat osakaalu võrreldes esmase hindamisega. Lisaks nähti positiivset muutust ennetustegevuses osalenute seas võrreldes nendega, kes selles ei osalenud. Mõned uuringud on näidanud ka positiivseid tulemusi teisestest tulemusnäitajates⁹: päevas keskmiselt tarvitatud kannabinoidide koguse vähenemist kuue kuu jooksul, kannabinoidide tarvitamisega seotud probleemide taseme vähenemist ning

⁸ Esmase tulemusnäitaja on ennetustegevuse mõju või toime uuringu peamine tulemusnäitaja.

⁹ Teisene tulemusnäitaja on muu tulemusnäitaja, mille vastu huvi tuntakse

psühholoogilise sõltuvuse vähenemist (viimane oli seotud nõustamissessioonide arvuga). Samas ei näidanud üks uuring tegevuse mõju kannabinoidide tarvitamisest hoidunute osakaalule, hoidumise kestusele päevade lõikes, kannabinoidide sisaldusele uriinis ega psühholoogilise distressi vähenemisele. (TAI, 2024b).

Programmi mõju hinnangud on seega olnud vastuolulised, mistõttu ennetuse teadusnõukogu soovitas koguda tegevuse mõju kohta andmeid juurde. Lisaks soovitati luua mudel intensiivsemat sekkumist vajavate klientide suunamiseks teistele teenustele ning kaaluda alaealistele täiendava ennetustegevuse kohandamist või loomist ja selle mõju testimist. (TAI, 2024b).

3.2.2 Programm SÜTIK

Sisu ja korraldus: programm arendati välja 2011. aastal Ameerika Ühendriikides loodud LEAD (*Law Enforcement Assisted Diversion*) programmi põhjal. Viimase eesmärk oli inimesi süüdimõistmise ja vangistuse asemel suunata programmi, mis tegeleks nendega individuaalselt ja pakuks tuge. Eestis alustas SÜTIK TAI ja Põhja prefektuuri algatusel tööd 2018. aastal (Kallaste & Vaher, 2022).

Programmi esmane eesmärk pole veenda narkootikumistest loobuma, vaid tugisikute abil pakkuda narkootikumide tarvitajatele mitmekülgset abi nende elukvaliteedi tõstmiseks ja paremaks toimetulekuks (Kallaste & Vaher, 2022; Narko.ee, 2025b). Toe pakkumisel arvestatakse kliendi vajaduste, võimaluste ja valmisolekuga abi vastu võtta (Kallaste & Vaher, 2022). See tähendab, et probleemide lahendamine võib toimuda etappide kaupa, alustades baasprobleemide lahendamisest, mis võimaldavad edasi tegeleda järgmistega. Muu hulgas aitavad tugisikud leida elukoha või töö, pöörduda tervishoiuasutusse ja planeerida sõltuvusravi (Narko.ee, 2025b).

Täpsemalt aitavad tugisikud (Narko.ee, 2025b):

- sobiva nõustamis-, ravi- või rehabilitatsiooniteenuse leidmisel;
- psühholoogilisele nõustamisele suunamisel (sh kriisiabi);
- kogemusnõustamisega;
- suhtlemisel erinevate ametiasutustega;
- dokumentide vormistamisel (ID-kaart, elamisluba, selle taotlemine ja pikendamine);
- öömaja, varjupaiga või sotsiaalmajutusüksuses koha taotlemisel;
- sotsiaaltoetuste taotlemisel;
- tööväime hindamise dokumentide täitmisel;
- Töötukassa teenustele registreerimisel;
- CV koostamisel ja töö otsimisel;
- võlanõustamise teenusele suunamisel;
- õigusalaslele nõustamisele suunamisel;
- infoga arstiabi saamise võimalustest (sh ravikindlustamata isikutele).

Tugisik juhindub oma töös kliendiga nõustamise alustest: toetava suhte loomine, eesmärgistatud vestlused, inimese tähelepanelik kuulamine, läbielatu sõnadesse panemine, korrektse info andmine, abi teadlike otsuste tegemisel ning inimese tugevate külgede äratundmisel ja nende arendamisel. Kliendi olukorra hindamiseks viiakse temaga iga kolme kuu tagant läbi riskihindamine, kasutades vastavat ankeeti. Viimase üheks osaks on narkootikumide tarvitamist mõõtev instrument DUDIT. **Programmi kestus kliendile on vähemalt üks aasta**, edasine koostöö ja selle tihedus sõltub kliendi vajadustest. (Kallaste & Vaher, 2022).

Tugisikud töötavad Tallinnas ja Harjumaal, Tartus ja Tartumaal, Narvas ja Sillamäel ning lähiümbruses, Jõhvis ja Kohtla-Järvel ning lähiümbruses ning Rakveres ja Lääne-Virumaal (Narko.ee, 2025b). Alates 2025. aastast on Ida-Virumaal tugisikud politseile kättesaadavad ööpäevaringselt, samas kui teistes piirkondades on teenus

saadaval ainult tööajal (M. Vaher, isiklik suhtlus, 24. veebruar 2025). Pöörduda võivad kliendid üle Eesti (Narko.ee, 2025b). Kuigi paljud abistamise võimalused on seotud elukohajärgse sissekirjutusega, püütakse abiks olla ka neile, kel registreeritud elukohta pole või see erineb tegelikust elukohast (Narko.ee, 2025b). Tugiisikud on oma taustalt erinevad: nende seas on sotsiaaltöötajaid, kogemusnõustajaid, varasemaid narkosõltlasi (Kallaste & Vaher, 2022). Tugiisikuid on nii eesti kui vene emakeelega (Kallaste & Vaher, 2022).

Üldiselt on ühe tugiisiku täiskoormuse kohta ette nähtud 12–25 klienti. Ühe tugiisiku klientide hulk sõltub sellest, kuivõrd aktiivselt kliendid programmis osalevad, millist abi nad vajavad, milline on tugiisiku varasem kogemus jne. Tugiisikutele võimaldatakse üle ühe kuu grupisupervisioone ning korra kvartalis on kohustuslik läbida individuaalne supervisioon. Lisaks on neil võimalik osaleda muudel supervisioonidel, koolitustel ja seminaridel (Kallaste & Vaher, 2022).

2024. aasta seisuga on SÜTIKu teenuseosutajate kogumaht 27,75 täiskoormust, mis jaguneb 32 tugiisiku vahel. Ligikaudu 600 inimest on teenusel samaaegselt, mis tähendab, et keskmiselt teenindab üks tugiisik korraga umbes 22 klienti. Kokku on programmist abi saanud üle 2000 kliendi. (M. Vaher, isiklik suhtlus, 24. veebruar 2025).

Programmis osalemine on tasuta, seda rahastab TAI.

Sihtrühm: vähemalt 18-aastased narkootikume tarvitavad inimesed, kes liituvad programmiga vabatahtlikult, pereliikme või sõprade soovitusel või keda suunavad programmi politsei, erinevad õigussüsteemi esindajad, kahjude vähendamise keskuse töötajad, KOVide, tervishoiuasutuste esindajad jne.

Mõju: 2024. aasta lõpu seisuga osales programmis 600 klienti (M. Vaher, isiklik suhtlus, 24. veebruar 2025) ning nende hulk on programmi algusest alates pidevalt kasvanud.

2023. aastal viidi läbi programmi rahulolu uuring. Sellele said vastata kõik kliendid, kellel oli SÜTIK programmis tugiisik. Kokku vastas 273 inimest ehk 46% klientidest. Vastajad olid programmi ja tugiisikutega väga rahul: rahulolu erinevate aspektidega oli vähemalt 90% tasemel. Kõige enam jäädi rahule tugiisikute kättesaadavuse, emotsionaalse toe, suhtlemisviisi ja info jagamisega. Valdav enamik (93%) vastajatest nõustus, et nad on alustanud oma elu muutmist või on juba muutnud midagi paremuse poole tänu koostööle tugiisikuga. Pea kõik (98%) klientidest olid valmis SÜTIK programmi soovitama teistele sarnases olukorras olevatele inimestele. Uuringu kokkuvõtte koostajate hinnangul täidab programm oma eesmärgi parandada uimasteid tarvitavate inimeste elukvaliteeti (Vaher & Hiob, 2024).

3.2.3 Noorteprogramm Selge Noorus

Sisu ja korraldus: MTÜ Libertas Kliinik kasutab Minnesota programmi noortele suunatud sotsiaalhariduslikku versiooni (*Relapse Prevention ja Living in Balance*). Programm võeti Tartus kasutusele 2018. aastal. See tugineb teaduspõhiste meetodite, ühendades erinevates uuringutes kinnitust leidnud MI, KKT, *Relapse Prevention* programmi ja *mindfulness*'i (ärksameelsuse) tehnikad (Libertas Kliinik, i.a).

Programmi üheks keskseks küsimuseks on see, **kuidas noored saavad toime tulla ühiskonnas kehtivate topeltstandarditega alkoholi ja uimastite tarvitamise osas**. Programmi eesmärgiks on harida riskirühma noori sõltuvuse tekkimise põhjustest, vabastada neid sõltuvuslikust käitumisest ja jagada teadmisi keemilisest sõltuvusest kui laastavast ja elukvaliteeti langetavast haigusest (Libertas Kliinik, i.a).

Programm sisaldab rühma- ja individuaalnõustamist, millele lisanduvad koduülesanded ja harjutused. See koosneb **12 seansist**, kus igal rühmaohtumisel tutvustatakse ühte "projekti sammu". Rühmatundide kestus on 1-2 tundi, kokkusaamised toimuvad kord nädalas nii Tartus kui Tallinnas, vajadusel ka õppevaheajal. Lisaks tehakse individuaalnõustamist teemadel, mida noor grupis jagada ei soovi (Libertas Kliinik, i.a). Info nõustamiskeele kohta puudub.

Tegevusesse kaasatakse ka lapsevanemad, kes kohtuvad kord kuus. Nendega arutatakse teemasid, mis tulenevad noorte käitumisest ja vanemate-lastete vahelisest pingeolukorrast (Libertas Kliinik, i.a).

Programm loetakse noore jaoks läbituks, kui nõustaja hindab, et noor on omandanud vajaliku teabe ja tema käitumises on toimunud positiivsed muutused. Need muutused võivad hõlmata sõltuvusainetega suhte paranemist, selgemat arusaamist enda käitumisest, suhete paranemist lähedastega, kooli ja ametnikega ning uute sõprade leidmist (Libertas Kliinik, i.a).

Teenus on teatud KOVide noortele (Tartu linna ja valla, Elva, Saue, Kiili ja Harku valla) või lastekaitsetöötaja suunatud noortele tasuta.

Sihtrühm: 13-19-aastastele noored, kelle puhul kas vanemad, kool või KOVi vastavad ametnikud on märganud alkoholile ja/või uimastitele liigse tähelepanu osutamist ja tarvitamist või siis on korrakaitseorganid registreerinud õigustrikkuva käitumise psühhotroopsete ainete, alkoholi, tubaka või ravimite tarvitamise või käitlemise näol.

Mõju: pole teada, kas programmi pikaajalist mõju on hinnatud.

3.2.4 Ennetusprogramm Puhas Tulevik

Sisu ja korraldus: eesmärk on mittekariistuslikke meetmeid kasutades vähendada narkootikumide kasutamist ja omamist ning ennetada narkosüütegude toimepanekut ja noore stigmatiseerimist (kriminaalpoliitika.ee; TAI, 2023). Programm loodi 2015. aastal ning selle käigus parandatakse noorte sotsiaalseid oskusi ning aidatakse kaasa alaealiste ja nende perede edukamale sotsiaalsele ja psühholoogilisele toimetulekule ja õiguskäitumisele (kriminaalpoliitika.ee). Programmi viivad ellu KOVide lastekaitsepspetsialistid koos piirkonna politseiametnikega. Ennetusprogrammis osalemine on vabatahtlik.

Programm kestab **kuus kuud** ja selle aja jooksul peavad noored vähemalt ühe korra kuus: 1) lühikese etteteatamise ajaga lubama politseil teha narko kiirtesti, 2) koos vanemaga osalema KOVis aruteludel, 3) võimaldama politseil või sotsiaaltöötajal kodu külastada, 4) osalema KOVi pakutud programmides või spetsialistide vastuvõtul (kriminaalpoliitika.ee).

Sihtrühm: kuni 18-aastased noored, kes on sattunud politseisse üldjuhul esmakordse narkosüüteoga.

Mõju: programm on arendusjärgus ning selle arendamiseks on TAI ennetuse teadusnõukogu esitanud mitmeid ettepanekuid (TAI, 2023).

Seansid hõlmavad järgmisi teemasid:

1. programmi tutvustamine,
2. meeled,
3. eitus, valed ja ausus,
4. muutused meie elus ja nendega toimetulek,
5. positiivne ja negatiivne ellusuhtumine,
6. sotsiaalsed suhted – perekond, sõbrad, koolikaaslased, trennikaaslased jne,
7. minakontseptsioon ja enesehinnang,
8. andestamine,
9. sihid ja eesmärgid,
10. vajadused,
11. väärtused,
12. usaldamine.

3.3 Digilahendused

3.3.1 Programm Selge

Sisu ja korraldus: Selge on internetipõhine tasuta eneseabiprogramm, mis on mõeldud iseseisvaks kasutamiseks. Kuna programmis on ka virtuaalne teejuht, võib seda RAKE koostatud VIPSide ülevaateuuringu kohaselt pidada juhendatud eneseabi või digiteraapia programmiks (Ilves et al., 2023). Selle algse versiooni – „Take Care of You“ (TCOY) töötas aastatel 2015-2017 koostöös Maailma Terviseorganisatsiooniga välja Swiss Institute for Addiction and Health Research (ISGF). See on kasutusel Hollandis, Kanadas, Saksamaal, Šveitsis ja Austrias ning andnud seal häid tulemusi: programmi tulemuslikkus on tõestatud teaduslike uuringutega (Alkoinfo.ee, i.a).

Programmi kohandas Eestile TAI, kes viis enne programmi rakendamist läbi juhuslikustatud kontrolluuringu (JuKU) vormis mõju-uuringu (vt Kaal & Vorobjov, 2020). Eesti ja vene keeles on programm tasuta kättesaadav alates 2020. aasta aprillist. Programm Selge sai 2022. aastal Rahvusvahelise Rahvatervishoiu Instituutide Assotsiatsiooni (IANPHI) tunnustuse ennetustöö eest Euroopa regioonis.

Programm pakub inimesele tuge ja teadmisi, kuidas muuta oma alkoholitarvitamisega seotud käitumisharjumusi. Sisu ning ülesehitus loodi lähtuvalt KKT ja MI põhimõtetest ning programmi harjutused ja moodulid tuginevad tõenduspõhistele meetoditele (Alkoinfo.ee, i.a):

- Programmis tuleb läbida **12 moodulit**, mis sisaldavad käitumisharjumuste muutmise strateegiaid. Need aitavad enda käitumismustreid mõista ja muuta. Igas moodulis on oluline koht eneseanalüüsil, harjutustel ja isikliku kogemuse kirjapanekul. Kümme moodulit on pärit originaalprogrammi TCOY alkoholitarvitamisele vähendamisele suunatud alamprogrammist, kuid Eesti versiooni on kaasatud kaks moodulit ka TCOY „Alkoholi ja depressiooni“ alamprogrammist. Ühe mooduli läbimiseks soovitatakse programmis osalejal võtta aega 1-2 nädalat ning vajadusel seda korrata.
- Oodatav aeg programmi läbimiseks on **vähemalt 2 tundi nädalas**.
- Programmis osaleja õpib tehnikaid, mis õpetavad alkoholile vastupanu osutama. Samuti lahendab ta ülesandeid, mille abil teadvustab oma käitumismustreid ja teeb harjutusi oskuste kinnistamiseks.
- **Programmis osaleja täidab alkopäevikut, tujupäevikut ning tegevuspäevikut, teda saadab isiklik virtuaalne kaaslane ning toetab virtuaalne programmi teejuht.** Kasutatakse automaatseid sõnumeid ja personaalseid e-kirju programmis osalejale. Need lisavad motivatsiooni jätkata ja programmi mitte katkestada.
- Programmis osalemine on täielikult anonüümne ning sisestatud andmed on konfidentsiaalsed.
- Programm on kasutamiseks arvutis, tahvelarvutis ja mobiiltelefonis nii eesti kui vene keeles.

Sihtrühm: täiskasvanud, kes soovivad oma alkoholiga seotud harjumusi, käitumismustreid ja enesetunnet tundma õppida ja muuta, alkoholitarvitamist vähendada või üldse lõpetada. Sobib hästi inimestele, kes ei soovi arstiga oma alkoholitarvitamisest pikemalt rääkida, kuid tunnistavad, et neil on probleem.

Mõju: vahemikus aprill 2020 – jaanuar 2022 liitus programmiga üle 3000 inimese. Ennetuse teadusnõukogu on hinnanud programmi tõendatust kõrgelt – 2/3 – ning soovitanud seda Eestis kasutada, sest tegevuse mõju on uuringutes mõõdukalt tõendatud (TAI, 2024c).

- Soovitud esmane mõju on **alkoholi tarvitamise vähenemine**.



**Uus tasuta programm,
mis aitab vähendada
alkoholi tarvitamist.**
selge.alkoinfo.ee



 **Tervise Arengu Instituut**
National Institute for Health Development



Esmase tulemusnäitajana hinnatakse osalejate enesekohaseid hinnanguid kuni kuus kuud pärast programmi lõppu. Neljas uuringus, sealhulgas Eestis läbi viidud uuringus (vt Kaal & Vorobjov, 2020) leiti, et ennetustegevuses osalenute alkoholitarvitamine vähenes ajas oluliselt võrreldes mitteosalenutega (TAI, 2024c). Mõju kestis vähemalt kuus kuud ja kajastus AUDIT-skoori languses (TAI, 2024c). Kahe uuringu põhjal vähenes osalejate seas nädalas tarvitatud alkoholiühikute arv võrreldes kontrollgrupiga märkimisväärselt (TAI, 2024c).

- Soovitud teisene mõju on **vaimse tervise seisundi paranemine ja depressiooni sümptomite vähenemine**.

Hindamine tugines osalejate enesekohastele hinnangutele kuni kuus kuud pärast programmi lõppu. Nelja uuringu tulemused viitavad sellele, et ennetustegevuses osalenutel esines võrreldes mitteosalenutega vähem depressiooni sümptomeid. Vaimse tervise seisundi paranemisel on tulemused kahes uuringus olnud erisugused (TAI, 2024c).

Eestis enne programmi käivitamist läbi viidud JuKU näitas, et programmi materjalidele ligipääsu saanud sekkumisrühma liikmete rahulolu programmiga oli kõrge: 182st vastanust 87% olid rahul oma liitumisotsusega ja 84% sõnul vastas programm nende ootustele. 79% on valmis vajadusel seda soovitama oma sõbrale, 76% hindas veebikeskkonna kasutamise mugavaks ning 72% kasutaks programmi vajadusel uuesti. Kaks kolmandikku vastanutest (66%) kinnitas, et programm aitas neil alkoholitarvitamist vähendada. Seega viitavad tulemused, et **programm on kasutajasõbralik, vastab osalejate ootustele ning aitab paljudel alkoholitarvitamist vähendada** (Kaal & Vorobjov, 2020).

4. Rahvusvaheline ülevaade

Sekkumise nimi, asukohariik ja kasutuselevõtu aeg	Lühikirjeldus	Sihtrühm	Läbiviijad	Tõendus- põhisuse tase (GRADE)
Mitmetes riikides kasutusel olevad VIPSid				
SBIRT- raamistikule tuginevad lühisekkumised <i>Ameerika Ühendriigid Soome Kanada Uus-Meremaa Austraalia Suurbritannia</i>	Esmatasandi tervishoius toimuvad lühisekkumised, mis järgivad SBIRT-raamistikku (vt punkt 1.4.2) ning koosnevad kolmest järjestikusest etapist: sõeltestimine, lühisekkumine (kuni pooletunnine vestlus) ja järeelhindamine või vajadusel edasisuunamine. Sekkumistes kasutatakse motiveeriva MI ja KKT meetodeid, nõustamist, informatiivseid materjale (brošüürid, videoklipid) ning vajadusel ka edasisuunamist. SBIRT-raamistikule vastava lühisekkumise üks näide on Maailma Terviseorganisatsiooni soovitatud ASSIST-i põhine lühisekkumine (WHO ASSIST Working Group, 2002). ASSIST on kultuuriliselt neutraalne hindamisvahend, mis aitab tuvastada enim kasutatavat või probleemset uimastit ning hinnata sellega seotud riske. Tervishoiutöötaja täidab küsimustiku koos kliendiga ja annab isikupärastatud tagasisidet, mis loob aluse edasisele vestlusele.	Mööduka riskiga uimastitarvitajad. Riskitaseme määramine sõltub sihtriigis kehtivatest rahvatervise juhistest ja uimastitarvitamisriskide hindamise kriteeriumidest.	Esmatasandi tervishoiutöötajad.	5. tase

Esimesed kasutusulevõttud ~1960. aastatel	ASSIST-põhine sekkumine tugineb FRAMES-raamistikule ja MI põhimõtetele ning kestab 3–15 minutit. Selle käigus tutvustatakse kliendile tema ASSIST-testi tulemusi, selgitatakse nende tähendust ja antakse soovitusi riskide vähendamiseks. Klienti julgustatakse teadlikult hindama ainete tarvitamise positiivseid ja negatiivseid külgi, samas rõhutades võimalikke probleeme. Arutelu eesmärk on toetada klienti eneserefleksioonis ja pakkuda talle eneseabimaterjale edasisteks muutusteks.			
Vaatlusalustes riikides kasutusel olevad VIPSid				
QUIT (Quit Using Drugs Intervention Trial) Ameerika Ühendriigid Uus-Meremaa Eeldatav kasutuselevõtt ~2011. aastal	Programmi eesmärk on motiveerida osalejaid täielikult ja püsivalt uimastitarvitamisest loobuma (rõhk enim tarvitataval uimastil). Kuigi QUIT on loodud eelkõige suitsetamisest loobumise programmiks, on seda edukalt rakendatud ka teiste uimastite tarvitamise vähendamiseks. Programm koosneb 1–3 nõustamisessioonist ja kestab keskmiselt 6 nädalat. Suitsetamisest loobumisega seotud QUIT-programmid on sageli täielikult veebipõhised. Kui fookus on laiemal uimastitarvitamisel, viiakse esmane sessioon läbi ka esmatasandi tervishoiuasutuses kohapeal. Esimene nõustamine toimub kohe pärast tarvitamise taseme määramist ja keskendub osaleja uimastitarvitamise riskidele, rõhutades loobumise positiivseid mõjusid. Selle kestus on umbes 5 minutit. Programmi jätkuks on kaks telefoninõustamist, mis toimuvad kaks ja kuus nädalat hiljem. Nende käigus käsitletakse süvitsi esimeses sekkumises jagatud teavet ja toetatakse osalejat muudatuste elluviimisel.	Mööduka riskitasemega uimasteid tarvitavad täiskasvanud. Riskitaset määratakse ASSIST-testi abil.	Suitsetamisest loobumise programm näeb ette kootsi (ingl. k. <i>coach</i>) ja esmatasandi tervishoiutöötaja koostööd . Samas võib programmi läbiviijaks olla ka ainult tervishoiutöötaja.	4. tase

Clear Horizons Ameerika Ühendriigid Kasutuselevõtt 1991. aastal	Clear Horizons sisaldab ligikaudu 50-leheküljelise eneseabi materjali läbitöötamist iseseisvalt koos kahe nõustamisega telefoni teel. Mõlemad kõned on umbes 10-15 minutit pikad ning keskenduvad isikliku tagasiside andmisele, loobumismotiivide ja takistuste käsitlemisele ning osaleja eelistustele loobumisviiside ja ajastuse osas. Nõustamised toimuvad ligikaudu 4-8 nädalat ning 6-20 nädalat peale eneseabimaterjali kasutuselevõttu.	Vanemaealised täiskasvanud (50-74), kes suitsetavad, eelkõige 65+ täiskasvanud.	Telefoni teel nõustamisi viivad läbi bakalaureuse- või magistrikraadiga tervisenõustajad, kes on saanud koolituse või on kogenud suitsetamisest loobumise nõustamises.	4. tase
U-Turn Austraalia Uus programm, tegutsenud ~3 aastat	Programmi eesmärk on sihtida nii pereliikmete suhtes vägivaldsete meeste agressiivset käitumist kui ka uimastitarvitamist, sest need kaks probleemi on omavahel tihedalt seotud. Programm koosneb 15 rühmanõustamise seansist, igaüks kestab 90 minutit. Need toimuvad kord nädalas, programm kestab kokku 15 nädalat. Sessioone viivad läbi väljaõppe saanud nõustajad. Programmis käsitletakse emotsioonide reguleerimist, oma tunnete väljendamist, isikliku vastutuse võtmist, empaatiat ja traumasid. Osalejad omandavad oskusi ja teadmisi, et mõista ennast ja oma emotsioone ning seeläbi muuta oma käitumist.	Mehed, kes on enda vägivaldsed pereliikmete suhtes ja tarvitavad uimasteid.	Vastava ettevalmistusega psühholoogilised nõustajad ja terapeudid.	3. tase
Breaking Free Online Suurbritannia	Veebipõhine tööriist, mis tugineb kognitiiv-käitumuslikule teraapiale ja motiveerivale intervjuerimisele, et aidata inimestel süsteemselt tegeleda uimastitarvitamise probleemidega. Programmis osalejad saavad luua anonüümse konto ja läbida erinevaid teemasid, mis aitavad saavutada kontrolli sõltuvuskäitumise üle (elustiili muutused, negatiivsete mõttemustritega toimetulek, stressiga toimetuleku oskused jne).	Inimesed, kes tajuvad oma uimastitarvitamist probleemina.	Spetsialistid, kes on seotud uimastitarvitamise sõltuvusravi teenustega.	3. tase

	Kuigi programmi saab kasutada ilma spetsialisti otsese toeta, on mõnel juhul saadaval täiendav tugi. Programmi läbinud inimesed saavad ka viiteid tugiorganisatsioonidele ja eneseabigruppidele, mis toetavad nende taastumisteede pärast programmi lõpetamist.			
Drug Intervention Programme (DIP) <i>Suurbritannia</i> Kasutuselevõtt 2003. aastal	Programmi eesmärk on tuvastada võimalikku uimastitarvitamist õigussüsteemiga kokkupuutuvatel inimeste puhul ja suunata neid saama asjakohast abi. Programmi viiakse ellu politsei, meditsiinitöötajate ja kogukonnaorganisatsioonide tihedas koostöös. DIP tervikuna on ressursimahukas, kuid sisaldab väheintensiivseid sekkumisi inimestele, kes ei vaja kõrgema tasandi ravi. Programmi väheintensiivne komponent sisaldab motiveerivat intervjuerimist, psühholoogilist nõustamist käitumise muutmiseks ja juhtumikorraldaja abi tugiteenuste leidmisel.	Väheintensiivse elemendi sihtrühm: õigussüsteemiga kokkupuutuvad inimesed, kel on madal või mõõdukas risk uimastitarvitamisel. Uimastitarvitamist kontrollitakse arreteerimise käigus narkootikumide kiirtesti abil. Hindamisel võetakse arvesse ka inimese enda hinnangut uimastitarvitamise olukorrale.	Õigussüsteemi esindav juhtumikorraldaja, kriminaalõiguse sekkumisrühma liige (CJIT: <i>Criminal justice intervention team</i>).	3. tase
Teen Intervene <i>Ameerika Ühendriigid</i> Esimene programmikava kirjeldus ilmus 2003. aastal.	Programmi eesmärk on tuvastada uimastite kuritarvitamise probleeme teismeliste puhul, teha seda varakult ning pakkuda sekkumist enne probleemide süvenemist. Programm koosneb 2-3 nõustamisest kestusega ligikaudu 1 tund. Kaks esimest nõustamist viiakse läbi teismelisega, kolmanda puhul kaasatakse sageli ka lapsevanem või hooldaja või räägitakse ainult lapsevanema/hooldajaga ilma teismeliseta. Nõustamiste vahele jääb 7–10 päeva.	Teismelised (12-19-aastased), kes kogevad kergeid kuni mõõdukaid probleeme seoses uimastite tarvitamisega. Sihtrühma ei kuulu igapäevased tarvitajad ning sõltuvusmärkide ja/või ravimata vaimsete haiguste sümptomitega noored.	Noortega töötavad spetsialistid: õpetajad, treenerid, noorsootöötajad, sotsiaaltöötajad jne, kellel on kogemus ainete tarvitamise	4. tase

	Esimesel korral keskendutakse noore uimastitarvitamise harjumuste ning nende tagajärgede kaardistamisele. Seatakse eesmärgid uimastitest loobumiseks. Teisel korral keskendutakse seatud eesmärkide täitmisele ja edasimineku hindamisele. Kolmandal korral on fookus lapsevanema rollil lapse toetamisel.		probleemidega noorte seas.	
Not on Tobacco (N-O-T) <i>Ameerika Ühendriigid</i> Kasutuselevõtt 2001. aastal	Programmi eesmärk on vähendada noorte tubakatarvitamist, eelkõige populaarsust koguva e-sigarettide kasutamist. Programm koosneb noortele loodud kursusest ning kursuse juhendajate koolitusprogrammist. Kursuse juhendajad on tavaliselt noortega töötavad spetsialistid, kes on läbinud vastava koolitusprogrammi. Kursus koosneb 10-st iganädalasest 50-minutilise õppesessioonist. Need viiakse läbi rangelt struktureeritud õppekava järgi. Kursuse käigus õpivad noored tuvastama oma suitsetamise või veipimise põhjuseid, leidma tervislikke alternatiive ning otsima inimesi, kes neid loobumisel toetavad. Kursuse juhendajate koolitusprogramm hõlmab 8–10-tunnist koolitust, mis keskendub N-O-T metoodikale ja selle rakendamise juhistele.	14–19-aastased igapäevased suitsetajad, kellel on motivatsioon suitsetamisest loobuda.	Noortega töötavad spetsialistid (õpetajad, treenerid, noorsootöötajad jne), kes on läbinud programmis ette nähtud koolituse.	4. tase

4.1 Lühisekkumised

Eestis ja rahvusvaheliselt on kasutusel mõnevõrra erinev terminoloogia. Eestis on levinud mõiste „**väheintensiivsed psühholoogilised sekkumised**“, samas kui rahvusvahelises kirjanduses viidatakse enamasti „**lühisekkumistele**“ („*brief interventions*“). Need terminid võivad viidata aga sisuliselt erinevatele lähenemistele.

Rahvusvaheliselt kasutatakse mõistet „lühisekkumine“ sageli laiemas tähenduses kui üksnes VIPSid. Näiteks on tähelepanu juhitud sellele, et KKT-põhine lühisekkumine võib viidata nii *väheintensiivsetele* KKT-põhistele sekkumistele kui ka *lühiajalistele, kuid intensiivsetele* KKT-sekkumisele (Shafran et al., 2021). Kuna termin "väheintensiivne" (ingl k *low-intensity*) ei ole rahvusvahelises psühholoogiliste sekkumiste teaduskirjanduses laialdaselt kasutusel, domineerivad rahvusvaheliste VIPSide ülevaates valdavalt just **lühisekkumised**.

Väga paljudes riikides on osana uimastialasest ennetusest kasutusel erinevaid sekkumisi, mida koondnimetusena nimetatakse lühisekkumisteks. Need sekkumised on laialdaselt kasutusel ning järgivad sarnast struktuuri, kuid nende nimetused ja rakenduslikud aspektid võivad riigiti erineda. Levinumad mõisted on **lühisekkumine** (*brief intervention*, BI), **psühholoogiline lühisekkumine** (*brief psychological intervention*, BPI) ning **läbirääkimispõhine lühivestlus** (*brief negotiated interview*, BNI).

Kuigi lühisekkumised ei põhine kindlatel ja rangelt määratletud programmimudelitel, on need üles ehitatud **SBIRT-raamistiku** (*Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment*) alusel. See raamistik koosneb kolmest põhielemendist: **sõeltestimine**, **lühisekkumine** (mis kestab tavaliselt kuni 30 minutit) ning **järelhindamine või vajadusel ravile edasisuunamine**. Lühisekkumiste paindlikkus võimaldab neid kasutada erinevates sihtrühmades ja mitmesugustes kontekstides, säilitades samas nende tõenduspõhise tõhususe vaimse tervise ja sõltuvuskäitumise varajases ennetamises ning ravis.

Kuna lühisekkumised on suunatud peamiselt inimestele, kelle uimastitarvitamine on küll riskantne, kuid ei viita veel selgelt sõltuvusele, on ka nende sekkumiste ülesehitus üldiselt **vähem struktureeritud ja paindlikumalt kohandatav** vastavalt indiviidi vajadustele. Tavaliselt kombineeritakse lühisekkumistes **motiveeriva intervjuerimise (MI) ja kognitiiv-käitumusliku teraapia (KKT) meetodeid**, pakutakse nõustamist, kasutatakse informatiivseid brošüüre ja videoid ning vajadusel suunatakse inimene edasi erialaspetsialisti juurde.

Lühisekkumine võib tähendada vaid üht kohtumist spetsialistiga, kuid sageli tehakse ka korduvaid kohtumisi. Need võivad toimuda kohapeal, veebis või telefoni teel. Selline lähenemine võimaldab **järgjärguliselt tugevdada algselt edastatud sõnumit**, keskendudes probleemi teadvustamisele, selle võimalikele pikaajalistele tagajärgedele ning riskantse käitumise jätkamisega seotud väljakutsetele.

Rahvusvahelises teaduskirjanduses on rohkelt näiteid **SBIRT- ja 5A-raamistikega** seotud lühisekkumistest (nt Humeniuk et al., 2010a; Gelberg et al., 2015; National Cancer Institute, 2020a; The Royal New Zealand College of General Practitioners, 2012; Soome Arstide Selts Duodecim ja Soome Sõltuvusmeditsiini Ühing, 2018). Enamik neist järgib ka **FRAMES-i põhimõtteid**, mis toetavad tõhusat ja kliendikesket sekkumist. **Põhjalikud näited edukatest lühisekkumise mudelitest** on Maailma Terviseorganisatsiooni (MTO) soovitatud **ASSISTi-põhine lühisekkumine** ning ülikooliõpilastele suunatud programm **BASICS**. Viimane toetab probleemse uimasti- ja alkoholitavitamise vähendamist noorte seas.

4.1.1 ASSISTi-põhine lühisekkumine

MTO soovib riskantse uimastitarvitamise tuvastamiseks kasutada Alkoholi, Suitsetamise ja Ainete Tarvitamise Sõeltesti (ASSIST) (Humeniuk et al., 2010a), mis loodi MTO jaoks uimastitarvitamise rahvusvaheliste ekspertide koostöös enam kui 20 aastat tagasi (WHO ASSIST Working Group, 2002). ASSIST töötati välja kasutamiseks esmatasandi tervishoiuasutustes, mis on ideaalne koht inimeste sõeltestimiseks, kuid kus sihipärase hindamiseta võib riskantne või kahjulik ainete tarvitamine kergesti märkamata jääda (Humeniuk et al., 2010b).

Sisu ja korraldus: ASSISTi abil tuvastatakse uimasti, mida klient kasutab kõige enam või millega kaasnevad kõige märkimisväärsamad probleemid. Sellele uimastile keskendutakse järgnevas lühisekkumises. Tegu on kaheksast küsimusest koosneva kultuuriliselt neutraalse ankeediga (v 3.1), mille tervishoiutöötaja täidab koos kliendiga ning milleks kulub umbes 5–10 minutit (Humeniuk et al., 2010b). Hinnatakse kõigi ainete tarvitamist, sealhulgas tubakatooteid, alkohol, kanep, kokaiin, amfetamiin ja muud uimastid. Iga aine kohta määratakse testis riskitase, mis võib olla madal, mõõdukas või kõrge (WHO ASSIST Working Group, 2002). Riskiskoorid kantakse ASSISTi tagasiside aruandesse, mis võimaldab tervishoiutöötajal anda kliendile individuaalset tagasisidet, tuginedes testis saadud tulemustele ja nendega seotud terviseriskide hinnangutele. Kliendilt küsitakse, kas ta soovib oma tulemusi näha. See annab tervishoiutöötajale võimaluse alustada vestlust (**lühisekkumist**) konstruktiivselt ja ilma vastasseisuta.

Alternatiivina saab kasutada ka lühendatud **ASSIST-Lite** küsimustikku. Kui standardne ASSIST on põhjalikum ja käsitleb mitmeid uimastitarvitamise aspekte kümne erineva uimasti lõikes eraldi¹⁰, siis ASSIST-Lite annab esmase ja kiirele hinnangu iga uimasti tarvitamissagedusele viimase kolme kuu jooksul¹¹. Tööriista eesmärk on aidata tavapärase tervisesüsteemiga kokkupuute käigus (nt perearstil, ämmaemanda vastuvõtul) avastada võimalikku sõltuvusainete tarvitamisega seotud riskikäitumist, et pakkuda sobivat abi varakult ja ennetada probleemide süvenemist.

ASSISTi-põhine lühisekkumine tugineb **FRAMES-raamistikule** (Miller & Sanchez, 1994) ja **motiveeriva intervjuerimise (MI) põhimõtetele** (Miller & Rollnick, 2013) ning kestab tavaliselt **3–15 minutit**. Selle lähenemise aluseks on **käitumise muutmise mudel** (Prochaska et al., 1992), mis aitab mõista, kuidas inimesed oma käitumist muudavad. Hinnatakse nende valmisolekut uimastitarvitamise vähendamiseks või lõpetamiseks. Käitumise muutmise mudel kirjeldab järjestikuseid **etappe**, mille kaudu inimesed muutuse läbivad. Nendeks etappideks on **eelkaalumine, kaalumine, ettevalmistus, tegevus ja muutuse säilitamine** (Prochaska et al., 1992). ASSISTi-põhise lühisekkumise peamine sihtrühm on inimesed, kes *kaaluvad* uimastitarvitamisest loobumist või selle vähendamist (Humeniuk et al., 2010a). Samas on sekkumine kohandatud vastavalt vajadusele, üldeesmärk on **pakkuda tuge ja juhendamist**, sõltumata inimese hetkevalmidusest oma käitumist muuta (Humeniuk et al., 2010a).

Lühisekkumine järgib **10 soovitatavat põhietappi**, kuid lühema alternatiivina võib keskenduda ka ainult esimesele viiele.

1. Küsige kliendilt, kas ta soovib näha oma küsimustiku (ASSIST) tulemusi.
2. Tutvustage kliendile tema tulemusi ASSISTi tagasisidekaardi abil. Selgitage, mida tulemused tähendavad ja millistele riskidele need viitavad.
3. Andke kliendile konkreetseid soovitusi, kuidas vähendada ainete tarvitamisega seotud riske.
4. Selgitage kliendile, et otsused oma käitumise muutmiseks või jätkamiseks on täielikult tema enda vastutusel.
5. Küsige kliendilt, kui mures ta on oma tulemuste ja nendega seotud riskide pärast.
6. Kaasake klient arutelusse ainete tarvitamise positiivsete ja negatiivsete külgede üle. Aidake tal neid teadlikult hinnata.
7. Tõstke esile tarvitamisega seotud „vähem positiivsed“ aspektid ja selgitage, miks need võivad olla probleemseks.

¹⁰ ASSIST-küsimustiku vormi saab näha siin: <https://www.racgp.org.au/getmedia/fa82d16e-cc34-4c1d-b87e-dbb4a90a9c82/ASSIST-form.pdf.aspx>

¹¹ ASSIST-Lite küsimustiku vormi saab näha siin: <https://www.racgp.org.au/getmedia/e69b64e1-aec2-4441-adce-00f0bd56b00e/ASSIST-Lite-form.pdf.aspx>

8. Peegeldage kliendi väljaöeldut, rõhutades tarvitamise negatiivseid aspekte. See aitab kliendil sõnumit paremini mõista.
9. Küsige kliendilt, kui mures ta on ainete tarvitamise „vähem positiivsete“ külgede pärast. Julgustage teda sel teemal edasi mõtlema.
10. Andke kliendile kaasa eneseabimaterjale (nt brošüürid või juhendid), mis toetavad lühisekkumist ja aitavad kaasa muutustele.

Sihtrühm: ASSIST-testi sihtrühm on lai. Sisuliselt on selleks kõik inimesed, kes puutuvad tavapärase tervisekontrolli käigus kokku meditsiinitöötajatega (nt perearstil, ämmaemanda juures). Need on inimesed, kes ise ei pruugi isegi teada, et nende alkoholi, uimastite või muude ainete tarvitamine on probleemne. ASSISTi-põhine lühisekkumine on suunatud ennekõike inimestele, kelle ASSIST-skoor viitab mõõdukale riskitarvitamisele. See tähendab, et sekkumine *ei ole* mõeldud inimestele, kes on juba sõltuvuses või kellel on kõrge riskitarvitamine. ASSISTi viivad läbi esmatasandi tervishoiutöötajad.

Mõju: lühisekkumine põhineb MI-põhimõtetel, mis on teaduskirjanduse põhjal efektiivne meetod, soodustamaks ebatervisliku käitumise muutmist, sealhulgas uimastite tarvitamisest loobumist (Jensen et al., 2011; Sayegh et al., 2017). Uuringud on näidanud, et probleemse alkoholitarvitamise sõeltestimine ja lühisekkumiste rakendamine esmatasandi tervishoiuasutustes on tõhusad meetmed riskitarvitamise vähendamiseks (nt Cordoba et al., 1998; Maisto et al., 2001; Senft et al., 1997).

JuKU-d, mis keskendusid konkreetset ASSISTi-põhise lühisekkumise tõhususele, on näidanud, et ebaseaduslike ainete tarvitamine algtasemest vähenes sekkumises osalenute seas kolm kuud hiljem märkimisväärselt võrreldes kontrollgrupiga (Humeniuk et al., 2012, 2018; Prasad et al., 2023). Need tulemused viitavad, et ASSISTi-põhise lühisekkumise kasutamine esmatasandi tervishoiuasutustes mõõduka uimastitarvitamise riskiga patsientide seas on tõhus vähemalt lühiajaliselt (kolme kuu jooksul). Uuringutes osalesid patsiendid neljast riigist: Austraaliast, Brasiiliast, Indiast ja Ameerika Ühendriikidest. See näitab sekkumise tõhusust erinevates kultuurides.

Lisaks tõhususele uuriti Austraalias lühisekkumises osalenutelt järelkontrollis ka nende subjektiivse kogemuse ja tervisekäitumise enesehinnanguliste muutuste kohta. Osalejate tagasiside sekkumisele oli valdavalt positiivne: 78% märkis, et lühisekkumine avaldas mingil määral mõju nende uimastitarvitamise käitumisele. Vastanutest 72% kinnitas, et nad olid teinud katseid uimastitarvitamist vähendada. Kommentaaridest ilmses, et lühisekkumine aitas osalejatel teadvustada uimastitarvitamisega kaasnevaid potentsiaalseid riske, mõista jätkuva tarvitamise ohte, tarvitamise lõpetamise või vähendamise eeliseid, samuti omandati strateegiaid käitumise muutmiseks (Newcombe et al., 2018).

Need tulemused näitavad, et ASSISTi-põhine lühisekkumine on tõhus, kompaktne, lihtsasti teostatav ja patsientide poolt vastuvõetav sekkumine, mis pakub osalejatele võimaluse teadlikult ja edukalt astuda esimesi samme käitumise muutmise suunas.

4.1.2 BASICS (Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students)

Sisu ja korraldus: BASICS on lühike ja sihipärane motiveeriv sekkumine, mis on mõeldud kõrge riskiga, alkoholi liigtarvitamisest mõjutatud tudengitele. Programmi eesmärk on pakkuda sõeltestimist ja isiklikku tagasisidet, mis aitavad suurendada motivatsiooni muutuseks, edendada tervislikumaid valikuid ning selgitada alkoholitarvitamisega seotud müüte ja fakte (Blueprints for Healthy Youth Development, 2025).

BASICS on suunatud tudengitele, kes tarvitavad alkoholi liigselt ja kellel on esinenud või esineb oht sattuda alkoholiga seotud probleemidesse. Liigest tarvitamisest tulenevad probleemid võivad olla seotud ülikooliga (puudumised ja kursusetöö tegemata jätmine), kuid need võivad olla ka üdisemad, nagu õnnetused või vägivallailmingud. Programm aitab õpilastel teha teadlikke alkoholitarvitamise otsuseid, pakkudes selget arusaama probleemse alkoholitarvitamise riskidest, suurendades motivatsiooni muutusteks ning arendades oskusi joomise mõõdukaks muutmiseks.

BASICS sisaldab 30-50-minutilist üks-ühele intervjuud, mille käigus suunatakse tudengeid oma joomisharjumusi muutma. Programmi lähenemine on empaatiline, see ei vastandu ega anna hinnanguid. Selles kasutatakse kognitiiv-käitumuslikke ja motiveeriva intervjuerimise võtteid. Sekkumist viivad läbi ülikoolide tervisenõustajad ja -töötajad. Sekkumises keskendutakse eelkõige järgmisele: (a) alkoholi tarvitamise ja selle negatiivsete tagajärgede vähendamisele; (b) tervislike valikute soodustamisele noorte täiskasvanute seas; ja (c) oluliste teabe- ning toimetulekuoskuste pakkumisele riskide maandamiseks.

Sihtrühm: õppurid vanuses 19–24, kes tarvitavad alkoholi liigselt ning kes on kogenud või kel on risk kogeda alkoholiga seotud probleeme ja tagajärgi.

Mõju: BASICS on tõhus meetod alkoholitarvitamise ja sellega seotud riskide vähendamisel. Uuringud on kinnitanud, et programmis osalenud üliõpilased näitasid 2- ja 4-aastaste järelkontrollide jooksul suuremat joomise määra vähenemist ja vähem alkoholitarvitamisest tingitud probleeme võrreldes kontrollgrupiga (Baer et al., 2001; Marlatt et al., 1998). Alkoholitarvitamisest tingitud üldisemad probleemid võisid avalduda raskustes suhetes, emotsionaalses toimetulekus, füüsilises tervises, impulsiivsuse probleemides (Doyle & Donovan, 2009). Alkoholitarvitamisest tingitud probleemid seoses ülikooli ja õpingutega võisid olla näiteks raskused kodutöö tegemisel või õppimisel, purjuspäi koolis käimine ja koolist puudumised (White & Labovue, 1989).

Kuus nädalat pärast sekkumist tarvitasid sekkumisgrupi üliõpilased vähem ühikuid alkoholiseid jooke, nad tarvitasid alkoholi harvem ning osalesid harvem ka liigjoomises (Borsari & Carey, 2000). Ülikooli sportlaste seas vähendas BASICS tarvitatud jookide arvu nädalavahetustel (Turrise et al., 2009). Kuus kuud pärast sekkumist täheldati ka purjuspäi autojuhtimise osakaalu vähenemist ning suuremat motivatsiooni edasisteks muutusteks (Murphy et al., 2010; Teeters et al., 2015). Eelneva põhjal võib järeldada, et BASICS on tõhus lähenemine alkoholitarvitamise kontrollimise edendamiseks ning sellest tulenevate probleemide ja riskikäitumise vähendamiseks.

4.2 Eri riikides kasutusel olevate VIPSide parimate praktikate ülevaade

Lisaks ülaltoodud laialdaselt kasutusel olevatele lühisekkumistele on eri riikides kasutusel mitmesuguseid just selles riigis välja töötatud või teiste riikide praktikatest üle võetud sekkumisprogramme ja ennetustegevusi, mis vastavad VIPSide kriteeriumidele. Ühe uuringu raames ei ole võimalik anda kõikset ülevaadet muu maailma praktikatest, sestap keskendusime näidisriikidele. Vaatlusalusteks riikideks olid Austraalia, Kanada, Uus-Meremaa, Soome, Suurbritannia ja Ameerika Ühendriigid. Analüüsis kaardistasime sekkumiste põhisisu, sihtrühmad ning sekkumise tõhusust käsitleva teabe.

Järgnev ülevaade ei pretendeeri VIPSide täielikule kaardistusele, sest sekkumiste määratlemine ja kategoriseerimine rahvusvaheliselt ei ole endiselt selge. Ühtsete VIPSide kriteeriumide puudumine nii Eestis kui ka mujal tähendas, et osa sekkumisi ei vastanud täpselt kasutatud otsingukriteeriumidele. Lisaks ilmnis analüüsi käigus, et materjali hulk oli märkimisväärtne ja sekkumisi väga palju, mistõttu polnud võimalik kõiki süsteemselt käsitleda. See kõik rõhutab vajadust rahvusvaheliselt tunnustatud VIPSide määratlemise ja kriteeriumide väljatöötamise järele, et nende tõhususe hindamine oleks ühtlasem ning rahvusvaheline rakendamine paremini koordineeritud ja süsteemne.

4.2.1 QUIT (Quit Using Drugs Intervention Trial)

Sisu ja korraldus: suitsetamisest loobumise programm, mida sageli täiendab nikotiiniasendusravi (nt plaastrite kasutamine). Suitsetamisest loobumise nõustamise kombineerimine nikotiiniasendusraviga on näidanud end tõhusamana kui nende meetodite kasutamine eraldi (University of St. Thomas, 2025). QUITi on võimalik kasutada ka veebipõhise programmina (nt Center for Technology and Behavioral Health, 2025). Programm on üles ehitatud paindlikult ja tõhusalt, kohandades selle erinevaid komponente osalejate demograafiliste ning psühhosotsiaalsete omaduste ja vajadustega. **Kuigi QUIT on loodud eelkõige suitsetamisest loobumise jaoks, on seda edukalt rakendatud ka teiste uimastite tarvitamise vähendamiseks.**



QUIT võib toimuda ühe korra või olla jaotatud mitmeks seansiks pikema perioodi vältel (Center for Technology and Behavioral Health, 2025), tüüpiliselt rakendatakse seda **6-nädalase sekkumisena** (Gelberg et al., 2015, 2017; University of St. Thomas, 2025). See ei tähenda iganädalast kokkupuudet, vaid kaht kuni kolme vestlust, mis toimuvad mõnenädalase vahedega. Sekkumise aluseks on KKT meetodid (Center for Technology and Behavioral Health, 2025). Programmi eesmärk on aidata osalejatel täielikult ja püsivalt uimastitarvitamisest loobuda.

Programm keskendub inimese ootuste ja eneseusu kujundamisele, et toetada uimastitarvitamisest loobumise protsessi. Esiteks aitab see teadvustada uimastitarvitamisest loobumise positiivseid mõjusid, nagu parem (isiklik ja pere) tervis, funktsionaalse tervise paranemine, rahaline kokkuvõtte ning füüsilise välimuse parandamine. Samuti motiveerib programm osalejaid keskenduma loobumise olulistele põhjustele ja isiklikele eesmärkidele. Eneseusu tugevdamiseks keskendutakse loobumisega seotud takistuste ja riskantsete olukordade kaardistamisele, tõhusate toimetulekuoskuste arendamisele, varasemate loobumiskatsete kogemuste analüüsimisele ning tarvitamisharjumuste mõistmisele. Lisaks jagatakse osalejatele inspireerivaid edulugusid, mis näitavad praktilisi toimetulekuoskusi ja innustavad osalejaid loobumisprotsessis kindlalt edasi liikuma (Center for Technology and Behavioral Health, 2025).

Kuigi QUITi erinevad kasutused võivad detailide poolest erineda, säilib selle põhistruktuur ja sisu üldiselt samana. Näiteks, kuigi mitmed suitsetamisest loobumisega seotud QUIT programmi rakendused on täielikult veebipõhised, on laiemalt uimastitarvitamisele keskendudes esmane lühisekkumine viidud läbi ka esmatasandi tervishoiuasutustes.

Pärast mõõduka riskiga tarvitajate tuvastamist ASSIST-testi abil esmatasandi tervishoiuasutuses viiakse läbi **lühisekkumine**, mis kestab umbes viis minutit ja keskendub osaleja uimastitarvitamisega seotud riskide teadvustamisele. Rõhk on uimastil, mida osaleja tarvitab enim, välja arvatud stimulantide puhul, millele tuleb alati pöörata erilist tähelepanu sõltumata tarvitamissagedusest. Lühisekkumises käsitletakse sõltuvushäire olemust ning vajadust mõõdukast tarvitamisest loobuda, ennetamaks häiret ning uimastitarvitamisega kaasnevaid füüsilisi ja vaimseid tagajärgi. Samuti selgitatakse, kuidas mitme uimasti samaaegne kasutamine kiirendab sõltuvuse tekkimise riski. Sekkumise käigus antakse osalejatele toetavat teavet, sealhulgas harivad brošüürid ja videomaterjalid. Viimased aitavad sõnumit kinnistada ja julgustavad tervislikke muutusi.

Kontrolluuringus viisid esmase lühisekkumise läbi esmatasandi tervishoiutöötajad, kes olid selleks läbinud 15 minutit kestva koolituse ja pidanud vahetult enne esimese sekkumise läbiviimist 1-2-minutilise meeldetuletusvestluse (vestlus viidi läbi uurijatega; Gelberg et al., 2015). Programmi jätkuks olid **kaks telefoninõustamist vastavalt kaks ja kuus nädalat hiljem**, et minna süvitsi esimeses sekkumises jagatud teabega ning toetada programmis osalejat muutuste läbiviimisel. Telefoninõustamisi viisid läbi uimastisõltuvusega tegelevad nõustajad, kes olid saanud neli koolitust MI ja KKT tehnikates. (Gelberg et al., 2015).

Järelhindamisel (nt kolm kuud peale programmi lõppu) küsitakse programmis osalejalt, mitmel päeval viimase 30 päeva jooksul on nad tarvitanud enim kasutatud uimastit. Seda tulemust võrreldakse sekkumiseelse hindamisega.

Sihtgrupp: 18+ täiskasvanud (k.a). Mõõduka riskiga uimastitarvitajad tuvastatakse ASSIST-testi abil. Testi on kasutatud tervishoiuasutustes, kuid huvilised saavad osalemiseks ka ise programmi läbiviijatega veebi teel ühendust võtta.

Mõju: programmi QUIT tõhusust on näidanud vähemalt kaks JuKU-t (Gelberg et al., 2015, 2017), mille järelhindamised viidi läbi kolm kuud pärast sekkumist. Uuringutes keskenduti programmi rakendamisele enim tarvitatud uimasti kasutamise vähendamiseks. Tulemustest selgus, et võrreldava algtaseme tarvitamisega osalejad vähendasid sekkumisgrupis tarvitamist keskmiselt 3,5 päeva võrra rohkem kui kontrollgrupi liikmed (Gelberg et al., 2015). Kordusuuringus saavutati sarnane tulemus: sekkumisgrupi osalejad vähendasid tarvitamist keskmiselt 4,5 päeva võrra rohkem kui kontrollgrupp. Kokkuvõttes vähenes sekkumisgrupi tarvitamine 30–40%, samal ajal kui kontrollgrupi tarvitamises olulisi muutusi ei toimunud (Gelberg et al., 2015, 2017).

Sellised tingimused viitavad **GRADE tõendatuse 4. tasemele**.

Veebipõhiste, konkreetselt suitsetamisest loobumisele keskendunud programmide tõhusust on hinnatud mitmel korral. Uuringud näitavad, et need võivad olla tõhusad üks, kolm, kuus ja isegi 12 kuud pärast sekkumist võrreldes olukorraga, kus sekkumist ei tehta või seda tehakse näost näkku (Kant et al., 2021; Strecher et al., 2008a). Uuringud rõhutavad ka, et võtmetähtsusega paremate tulemuste saavutamisel on aktiivne osalemine ja kaasamõtlemine programmis (Strecher et al., 2008b). Seda on võimalik saavutada näiteks isikustatud sõnumite kaudu. Tõepoolest, uuringud on näidanud, et isikustatud sõnumid on veebipõhises suitsetamisest loobumise sekkumises tõhusamad kui üldised sõnumid (Chua et al., 2011). Seetõttu on QUITis oluline roll sellel, et programmis osalemine kohandatakse vastavalt osalejate individuaalsetele omadustele ja vajadustele. Selline isikupärane lähenemine võib olla eriti tõhus nende inimeste kaasamisel, kellel on suurem tõenäosus programmist kõrvale jääda (Strecher et al., 2008b).

Riigid: Ameerika Ühendriigid, Uus-Meremaa.

4.2.2 Clear Horizons

Sisu ja korraldus: suitsetamine on peamine enneaegse suremuse põhjus vanematel täiskasvanutel ja on seotud mitme surmapõhjusega 65+ inimeste seas. Suitsetamine raskendab haigusi ja seisundeid, mis on vanemas eas levinud. Vanemad täiskasvanud on suitsetamise jätkamisega suuremas ohus, kuna nad on suitsetanud tõenäoliselt kauem, suitsetavad rohkem ja neil on rohkem kroonilisi haigusi, mis võivad suitsetamise tõttu halveneda. Hoolimata neist teguritest, näitab tõendusmaterjal, et suitsetamisest loobumine, isegi vanemas eas, pakub kaitset ja selle mõju suureneb aastatega pärast suitsetamisest loobumist (National Cancer Institute [NCI], 2020b).

Clear Horizons programm on loodud vanemate suitsetajate vajaduste, harjumuste ja elustiilide põhjal, tuginedes käitumise muutmise mudeli põhimõtetele (vt Prochaska et al., 1992). See hõlmab **48-leheküljelist eneseabijuhendit**, mis pakub praktilisi nõuandeid suitsetamisest loobumiseks, ning **nõustamist telefoni teel** (NCI, 2020b).

Telefonikõned, mida viivad läbi bakalaureuse- või magistrikraadiga tervisenõustajad, kes on saanud koolituse suitsetamisest loobumise nõustamise kohta, toimuvad ligikaudu 4-8 nädala ja 16-20 nädala pärast eneseabijuhendi andmist kliendile (NCI, 2020b). Kõne läbiviimine tugineb muuhulgas sotsiaalse õppimise teooriale, tugedades osalejate suitsetamisest loobumise motivatsiooni ning usku endasse (Rimer et al., 1994). Vestluse käigus keskendutakse positiivse ja hinnanguvaba tagasiside ja toetuse pakkumisele vastavalt osaleja käitumise muutmise etapile, iga osaleja isiklikele loobumismotiividele ja takistustele ning isiklike eelistuste tuvastamisele ja käsitlemisele loobumisviiside ja ajastuse osas (Rimer et al., 1994).

Clear Horizons programmi pikkus oleneb suuresti sellest, kui kiiresti eneseabimaterjal läbitakse, mistõttu võib see kujuneda isegi aastapikkuseks (NCI, 2020b).

Programmi eesmärk on pakkuda inspireerivat teavet, mis motiveeriks suitsetamisest loobuma. Eneseabijuhendi ülesehitus on kasutajasõbralik ja ajakirja-stiilis, sisaldades pilte eri vanuses erineva päritoluga suitsetajatest, et luua sidet laia sihtrühmaga. Clear Horizons aitab vanematel täiskasvanutel suitsetamisest loobuda ja hoida end eemal tubakast, pakkudes tervisenõu ning toetamist kogu protsessi vältel (NCI, 2020b).

Sihtrühm: eelkõige on see mõeldud vanemaealistele täiskasvanutele (65+), kes suitsetavad. Seda on tõhusalt rakendatud ka vanuserühmas 40-65.

Mõju: JuKU-s võrreldi 50+ vanuses täiskasvanuid Ameerika Ühendriikides ning nad jaotati juhuse alusel kolme erinevasse rühma: hariv brošüür, Clear Horizonsi eneseabijuhend või Clear Horizonsi eneseabijuhend koos nõustamisega. Tulemustest selgus, et kolm kuud hiljem oli suitsetamisest loobujate osakaal esimeses rühmas 7%, teises 9% ning kolmandas – Clear Horizons sekkumise grupis – 12%. Kontrollgrupiga võrdluses kasutasid Clear Horizonsi gruppides osalejad kolme kuu järgses seires rohkem loobumisstrateegiaid, mis on seotud loobumise edukusega. Nad olid suurema tõenäosusega määranud loobumiskuupäeva, vähendanud sujuvalt nikotiini ja kasutanud harjumuste muutmise tehnikaid. (Rimer et al., 1994).

4.2.3 U-Turn

Sisu ja korraldus: see on juhendatud psühholoogilise abi tugiprogramm meestele, kel on korraga probleemiks nii vägivaldne käitumine oma pereliikmete suhtes kui ka alkoholi ja/või uimastite liigtarvitus. Need kaks probleemi on sageli omavahel tihedas seoses ja nõustamisprogramm läheneb neile teemadele tervikuna (Turning Point, 2023).

Programm kestab 15 nädalat, mille jooksul kohtuvad osalejad nõustajatega rühmaseanssidel kord nädalas (90 minutit korraga). Iga seanss keskendub meeste vägivaldse käitumise mõjudele naistele, lastele ja vanematele ning käsitleb alkoholi- ja uimastite väärkasutusega seotud kahjusid. Programmis käsitletakse emotsioonide reguleerimist, oma tunnete väljendamist, isikliku vastutuse võtmist, empaatiat ja traumasid. Osalejad omandavad oskusi ja teadmisi, et mõista ennast ja oma emotsioone ning seeläbi muuta oma käitumist (Turning Point, 2023).

Sihtrühm: mehed, kel on probleeme vägivaldse käitumise ja sõltuvusainete tarvitamisega.

Mõju: seda on uurinud Monashi Ülikooli teadlased nii **kvalitatiivsetes** intervjuudes kui ka **kvantitatiivses** küsitlusuuringus. Uuringu piiranguks on küll väike valim (30 programmis osalenud meest ja 14 perevägivalda ohvriks olnud naist), kuid uuringu tulemused viitavad, et programm on tõhus varajane sekkumisviis vägivaldse käitumise ja sõltuvusprobleemidega tegelemisel tervikuna. Enamik mehi vähendas või lõpetas alkoholi ja uimastite kasutamise programmi ajal ning hoidus ainetest ka kuus kuud pärast programmi lõppu. Osalejad tunnistasid, et alkoholi ja/või uimastite tarvitamise vähendamine oli oluline samm ka vägivaldse käitumise ohjamiseks. Ühegi uuringus osalenud mehe puhul ei ilmnunud **kohtujuhtumite statistika** analüüsist uusi perevägivalda juhtumeid programmile järgnenud 12 kuu jooksul (kuigi juhtumite hulgas oli veel pooleliolevaid kohtuasju varasemast ajast või muid rikkumisi, nt vargusi) (Meyer et al., 2024).

Enamik naisi, kes jäid partneriga suhtesse, ütles, et vägivallakäitumine on pärast programmi vähenenud või lõppenud. Üksikutel juhtudel ei elanud partnerid pärast programmi enam koos ning programm ei olnud ohvrite hinnangul avaldanud mõju meeste käitumisele. Uuringu autorid järeldasid, et programmi mõju hindamisele seadis küll piiranguid uuringu väike valim, kuid selle uuringu põhjal on siiski tegemist paljulubava varajase sekkumisviisiga, mis tegeleb kahe omavahel tihedalt seotud probleemiga korraga (kodune vägivald ja uimastid/alkohol). Uuringu autorid tõdesid, et kui probleemid on juba keerulised ja sügavad (nt inimesel on vaimse tervise häired), on vaja teistsugust ja pikaajalisemat lähenemist, kuid just esmaseks sekkumiseks on U-Turn paljulubav (Meyer et al., 2024).

Riik: Austraalia.

4.2.4 Breaking Free Online

Sisu ja korraldus: KKT-I ja MI-I põhinev **veebipõhine tööriist**, mis aitab inimesel oma sõltuvusega süsteemselt tegeleda. Programmis osaleja saab rakenduses endale anonüümse konto luua ning läbida seal erinevaid teemasid, mis toetavad sõltuvuse kontrolli alla saamist või sellest vabanemist (nt muutused elustiilis, negatiivsete mõttemustritega toimetulek, kahjulike käitumismustrite lõhkumine, stressirikastes olukordades tasakaalu säilitamine jms). Veebipõhise teraapiavahendi eesmärk on aidata inimestel saavutada suuremat kontrolli oma sõltuvuskäitumise üle, parandades tema eneseteadlikkust ning kontrolli oma mõtete ja käitumismustrite üle (Breaking Free, i.a).

Programmi saab läbida ilma spetsialisti otsese toeta, kuid mõnel juhul on see seotud sõltuvusravi teenustega ja spetsialistid pakuvad lisatuge. Inimese täpsemad

The screenshot displays the 'Your current drug use' section of the Breaking Free Online application. It includes a table for tracking drug use and a scale for assessing the impact of drugs on the user's life.

Drug	Amount	Unit	Days a week	
Marijuana/Cannabis	5	Joints	5	<button>Remove</button>
				<button>Add new</button>

Below the table, there is a question: "Overall, what impact do drugs have on your life?" with a green circle icon and an information icon. A large number '7' is displayed above a horizontal scale ranging from 'No impact at all' (green) to 'Overwhelming impact' (red). A slider is positioned at the number 7.

võimalused spetsialistide täiendavale abile sõltuvad sellest, kus piirkonnas või millisel teenusel olles ta seda veebipõhist programmi kasutab. Kõik programmi läbijad saavad ka viiteid välistele tugiorganisatsioonidele ja eneseabigruppidele, mis aitavad neil jätkata taastumisteede pärast programmi lõpetamist (Breaking Free, i.a).

Mõju: programmi on rakendatud esmatasandi tervishoius, sõltuvusravi teenustes, vanglates ja sotsiaalhoolekandeametites ning see on aidanud vähendada uimastitarvitamise sagedust ja intensiivsust (Elison et al., 2014). Programmi sisuanalüüs näitas, et kasutatud on meetodeid ja tööriistu, mis aitavad tugevdada eneseteadlikkust, lõhkuda kahjulikke käitumismustreid ning kujundada tõhusamaid oskusi keeruliste olukordadega toimetulekuks. Kuivõrd tegemist on veebipõhise programmiga, aitab see ennetustegevustega paremini jõuda ka keerukate sihtrühmadeni, näiteks erivajadustega inimesteni (Dugdale et al., 2016). Vangide seas tehtud kombineeritud meetodil uuringus (kvalitatiivsed intervjuud ja psühhomeetriline test) leiti, et programmis osalenud vangide tunnetus oma elukvaliteedist paranes ning sõltuvuse tõsidus vähenes kergema sõltuvuse poole. Samuti oli programm toeks positiivsete muutuste hoidmisel pärast uimastite tarvitamise lõpetamist või vähendamist (Elison et al., 2015).

Riik: Suurbritannia.

4.2.5 Drug Intervention Programme (DIP)

Sisu ja korraldus: Suurbritannias kasutusel olev sekkumisprogramm, mis on suunatud sellele, et märgata õigussüsteemiga kokku puutuvate inimeste seas narkootikumide tarvitamist ja suunata neid varakult asjakohast abi saama. Varasematest uuringutest on teada, et narkootikumide tarvitamine ja kuritegevus on omavahel tihedalt seotud. DIPiga soovitakse murda sõltuvuse ja kuritegevuse tsüklit. Programm tugineb tihedale koostööle politsei, tervishoiu- ja kogukonnaorganisatsioonidega (Critchley & Whitfield, 2017; Home Office, 2011).



Tervikuna on DIP liiga ressursimahukas, et pidada seda väheintensiivseks lühisekkumiseks, kuid selle erinevad osad ja üksikud tegevused on käsitletavad väheintensiivsete sekkumistena. Programmis tehakse järgmist (Home Office, 2011):

- 1. Märkamise ja hindamine:** õigussüsteemiga kokku puutuvale inimesele tehakse enam levinud narkootikumide tarvitamise hindamiseks kiirtestid n-õ sõlmpunktides (nt vahistamisel, kainenemaviiimisel, vanglas), et märgata uimastite tarvitamist. Samuti küsitakse inimese enda hinnanguid. Sealhulgas püütakse mõista, kas inimene on nõus tugiteenustega või ta ei ole nõus, siis kas ta vajab sellele vaatamata abi.
- 2. Abi ja juhtumikorraldus:** esmase hindamise põhjal otsustatakse, mis tasandi abi inimene vajab. Väheintensiivsetest lühisekkumistest pakutakse uimastitarvitajatele näiteks: 1) motiveerivat intervjuerimist, et inimene ise oma probleeme tunnistaks ja kasvaks motivatsioon sõltuvusega tegeleda; 2) muid psühholoogilisi nõustamisteenuseid käitumise muutmiseks, 3) juhtumikorraldaja abi tugivõrgustiku loomisel (sh abi, et inimene edasi suunata muudele olemasolevatele sotsiaal- ja meditsiiniteenustele).

Sihtrühm: õigussüsteemiga kokku puutuvad inimesed, kes tarvitavad narkootikume. Nende hulgas on sõltlasi, kelle probleemid on nii tõsised, et nad vajavad kohe kõrgema tasandi abi, aga ka neid, kelle puhul alustatakse madalama tasandi teenustest (sh lühisekkumistest: psühholoogiline nõustamine, motiveeriv intervjuerimine, kogukonnateenustele suunamine, järelkontakt pärast vanglast vabanemist jms).

Mõju: seda on uuritud Suurbritannias Wirrali piirkonnas mõju ja kulutõhususe vaatenurgast. Arvesse võeti kolme näitajat: (a) programmis osalenud sõltlaste enesehinnang enda heaolule ja tervisele, (b) kuritegevuse statistika ja (c) programmis osalemise kulu inimese kohta. Uuringu valimi suurus oli 266 inimest, kes osalesid programmis Wirrali piirkonnas. Neile tehti uimastite kasutamise test ja nende andmeid analüüsiti, et võrrelda

kuritegevuse määra ja kulusid 12 kuud enne ja pärast programmi. Lisaks sellele kasutati analüüsis suuremat andmekogumit (1806 osalejat) *Treatment Outcome Profiles* (TOPs), et hinnata programmis osalevate inimeste füüsilise ja vaimse tervise ning elukvaliteedi muutusi ravi käigus. Viimases analüüsis ei olnud võimalik eristada ainult DIPi kaudu suunatud osalejaid. Programmi kulutõhususe arvutamisel võtsid uurijad arvesse nii sooritamata jäänud kuritegude kui ka otseseid testimise-, ravi- ja muid kulusid (Collins et al., 2016).

Keeruka modelleerimise ja eri andmete kombineerimise tulemusel jõudsid uuringu autorid järeldusele, et programmil oli mõju nii kuritegevuse vähendamisele kui ka osalejate elukvaliteedi parandamisele. Pärast DIP-sekkumist suurenes osalejate hinnang enda elukvaliteedile keskmiselt 31,1% võrra ja hinnang füüsilisele tervisele paranes 12,4% võrra. DIP tõi keskmiselt 668-naelase kokkuhoiu osaleja kohta, arvestades narkootikumide tarvitamisega seotud kulutuste (sh kuritegevuse) vähenemist ja kõiki ravikulusid (Collins et al., 2016).

Riik: Suurbritannia.

4.2.6 Teen Intervene

Sisu ja korraldus: tõenduspõhine programm, mille eesmärk on tuvastada ainete kuritarvitamise probleemid varajases staadiumis ning sekkuda enne, kui probleemid süvenevad. Programm tugineb käitumise muutmise mudelile (Prochaska et al., 1992) ning selles kasutatakse KKT- ja MI-tehnikaid, mis on kohandatud teismeliste jaoks sobivamaks (Hazelden, i.a). Kohandused hõlmavad mõistete lihtsustamist, suurem rõhk on osaleja kaasamisel ning käitumise muutmise eesmärkide arvestamisel (Hazelden, i.a).

Üldiselt tugineb Teen Intervene järgmistele tõenduspõhistele ennetuspõhimõtetele (Hanley Foundation, 2025):

- kahju tajumise riski suurendamine,
- noorukite normide ja ootuste muutmine ainete tarvitamise osas,
- sotsiaalsete vastupanuoskuste arendamine ja tugevdamine,
- ühiskonna normide ja väärtuste muutmine ainete tarvitamise suhtes,
- vastupidavuse ja kaitsvate tegurite edendamine, eriti kõrge riskiga noorte seas.

Programm hõlmab lühisekkumist, mis viiakse läbi **kahe kuni kolme seansina**, iga seansi kestus on umbes tund (Children's Wisconsin, 2025; Hazelden, i.a). Kahe esimese korra vahel on 7–10 päeva (Winters et al., 2012).

Kaks esimest seanssi viiakse läbi teismelisega ning kolmandal korral kaasatakse sageli ka lapsevanem või hooldaja või räägitakse ainult lapsevanema/hooldajaga (ilma teismeliseta) (Hanley Foundation, 2025; Winters et al., 2012). Sekkumine on kohandatud spetsiaalselt noore ja tema pere vajadustele, keskendudes positiivse käitumismuutuse edendamisele, kahju vähendamisele ja lõppeesmärgina ainete tarvitamisest loobumisele (Children's Wisconsin, 2025; Hazelden, i.a).

Täpsemalt on sekkumise protseduuri kirjeldatud järgmiselt (Winters et al., 2012):

1. Esimesel korral keskendutakse noore alkoholi- ja uimastitarvitamise harjumuste ning sellega seotud tagajärgede kaardistamisele. Samuti hinnatakse valmisolekut muutusteks, tuginedes käitumise muutmise mudelile (Prochaska et al., 1992). Tehakse harjutus, kus analüüsitakse tarvitamise plusse ja miinuseid (vt Miller & Rollnick, 1991). Lisaks arutatakse, milliseid eesmärke osaleja soovib seada ja kuidas neid saavutada. Kuigi noortel on võimalus eesmärkide osas nõustajaga läbi rääkida, rõhutatakse uimastitest täieliku loobumise kui põhieesmärgi olulisust.
2. Teisel korral keskendutakse seatud eesmärkide täitmisele ja edasiminekule hindamisele. Arutatakse kõrge riskiga olukordi, mis võivad soodustada uimastitarvitamist, ning käsitletakse strateegiaid, kuidas toime tulla sotsiaalse survega tarvitada uimasteid. Taas hinnatakse valmisolekut muutusteks ja lepitakse kokku pikaajalistes eesmärkides, mis aitavad positiivseid muutusi kinnistada.

3. Kolmandal korral kaasatakse lapsevanem või hooldaja. Rakendatakse MI tehnikat, mis on lõimitud käitumusliku ja pereteraapia põhimõtetega (vt Liddle & Hogue, 2001). Fookuses on lapse uimastitarvitamise probleemide mõistmine, lapsevanema roll lapse toetamisel läbi järelevalve ja suunamise ning tervislike hoiakute ja käitumismustrite kujundamine ka lapsevanema enda puhul.

Sekkumised ja hindamised, mis puudutasid õpilast, viidi tavaliselt läbi koolis koolipäeva lõpus. Seanss lapsevanemaga toimus enamasti kodus. Sekkumise viisid läbi spetsiaalse koolituse läbinud nõustajad, kellel oli põhjalik ettevalmistus sekkumispõhimõtete ja -meetodite rakendamiseks (Winters et al., 2012).

Sihtgrupp: teismelised (12-19-aastased), kes kogevad kergeid kuni mõõdukaid probleeme seoses uimastite tarvitamisega. See ei ole sobilik noortele, kes tarvitavad aineid igapäevaselt, on näidanud sõltuvuse märke või kellel esineb tõsisid ravimata vaimse haiguse sümptomeid.

Mõju: JuKU-s, kus võrreldi kolme erinevat lähenemist – (a) kaks sessiooni ainult teismelisega; (b) kaks sessiooni teismelisega ja üks lapsevanema või hooldajaga (Teen Intervene); (c) kontrollgrupp, kus keskenduti vaid teismelise tarvitamisharjumuste hindamisele – selgus, et kõige tõhusam sekkumisstrateegia oli Teen Intervene struktuur (Winters et al., 2012).

Kuus kuud pärast sekkumist analüüsiti tulemusi mitmesuguste näitajate põhjal, sealhulgas alkoholi ja kanepi tarvitamise päevade arv viimase 90 päeva jooksul, alkoholi kuritarvitamise ja -sõltuvuse sümptomite arv (kasutades *Adolescent Diagnostic Interview* [ADI]), kanepi kuritarvitamise ja -sõltuvuse sümptomite arv (ADI) ning uimastitarvitamise tagajärgede skaalal (*Personal Consequences Scale*) saadud skoorid (Winters et al., 2012). Tulemused näitasid, et Teen Intervene sekkumisstruktuur oli kõige tõhusam ja järjepidevam, kuid efektiivne oli ka teismelisega läbi viidud kahe seansi põhine sekkumine (Winters et al., 2012). See leid kinnitab varasemate uuringute tulemusi, mis viitavad, et noorukite uimastite kuritarvitamise ravi on tõhusam, kui raviprotsessi kaasatakse lapsevanemad (võrreldes ainuüksi noorukile keskenduvate sekkumistega) (Carney & Myers, 2012; Kuntsche & Kuntsche, 2016). See viitab **GRADE tõendatuse 4. tasemele**.

Uimastitarvitamisest täieliku loobumise määr ulatus mõlema aktiivse sekkumise vormi korral 47%st kuni 63%ni, mis toob esile lühisekkumiste kohati piiratud suutlikkuse põhjalike käitumuslike muutuste esilekutsumisel (Winters et al., 2012). Uurijad rõhutavad, et kuigi VIPSidelt oodatakse sageli suurt tulemuslikkust, ei pruugi need alati toimida ka kergete uimastitarvitamise probleemidega inimeste seas. Siiski on lühisekkumisi tunnistanud tõhusateks lähenemisteks kergete kuni mõõdukate uimastitarvitamise probleemidega teismeliste jaoks, pakkudes praktilist ja nooruki tavakeskkonnas rakendatavat lahendust.

Riik: Ameerika Ühendriigid.

4.2.7 Not on Tobacco (N-O-T)

Sisu ja korraldus: Ameerika Kopsuühingu (*American Lung Association* [ALA]) ja West Virginia Ülikooli ennetusteaduskeskuse koostöös loodud lihtsasti kasutatav programm, mille eesmärk on **vähendada noorte tubakatarvitamist**, eelkõige populaarsust koguvate **e-sigarettide kasutamist** (NCI, 2020c). Programm keskendub tervisele terviklikult, et arendada ja säilitada positiivseid harjumusi negatiivsete asemel (ALA, 2024). Osalejad arutavad kehalise aktiivsuse ja toitumise olulisust, enesekontrolli tugevdamist ning eluks vajalike oskuste – stressijuhtimine, otsuste tegemine, toimetulek ja suhtlemisoskused – parandamist (ALA, 2024). Samuti õpivad nad tuvastama oma suitsetamise või veipimise põhjuseid, leidma tervislikke alternatiive tubakatoodete kasutamisele ning leiavad inimesi, kes neid loobumise teekonnal toetavad (ALA, 2024).

Sekkumine on kohandatud soopõhiselt. Seda korraldatakse poistele ja tüdrukutele eraldi sama soo juhendajate poolt. Juhendajateks on tavaliselt õpetajad, kooliõed, treenerid, nõustajad või teised kooli- ja kogukonnapersonalist vabatahtlikud, kes valitakse vastavalt kindlatele kriteeriumidele. Juhendajad läbivad põhjaliku, 8-10-tunnise koolituse, mis hõlmab N-O-T meetodikat ja rakendamise juhiseid. Programmi rakendamisel järgitakse rangelt struktureeritud õppekava (NCI, 2020c).

Programmi peamised eesmärgid on:

- aidata teismelistel suitsetamisest loobuda;

- vähendada suitsetamise sagedust neil, kellel täielik loobumine pole kohe võimalik;
- soodustada tervislikke eluviise;
- arendada olulisi eluks vajalikke oskusi, nagu stressiga toimetulek, otsuste tegemine, probleemide lahendamine ja suhtlemisoskused (NCI, 2020c).

Programmi viib läbi koolitatud täiskasvanu ja see koosneb **kümnest iganädalasest 50-minutilise seansist**, millele lisaks saab vajadusel teha neli lisaseansi pärast programmi lõppemist (NCI, 2020c). Sekkumine on kõige tõhusam väikeses rühmas (6–10 osalejat), rõhutades meeskonnatööd (ALA, 2024). Läbitavad sessioonid katavad järgmisi teemasid (ALA, 2024):

1. loobumise põhjused;
2. miks ma suitsetan/veibin;
3. nikotiinisõltuvus ja ajendid;
4. suitsetamise/veipimise mõjud;
5. suitsetamisest loobumise füüsilised, psühholoogilised ja sotsiaalsed eelised;
6. nikotiinitarvitamisest loobumine;
7. takistuste ületamine loobumise teekonnal;
8. kuidas stressiga toime tulla;
9. tubakatööstuse müüdid;
10. pühendumine loobumisele.

Sihtrühm: 14–19-aastased igapäevased suitsetajad (mitte eksperimenteerijad), kellel on ilmnenud motivatsioon suitsetamisest loobuda.

Mõju: N-O-T on tõendus põhine programm, mille läbimisel on tuvastatud, et umbes 90% programmis osalevatest teismelistest vähendavad tubakatarvitamist või loobuvad sellest täielikult (Dino et al., 2001). Kui vaadata vaid täielikku loobumist, on tulemused näidanud, et see on keskmiselt 19% (Horn et al., 2005). N-O-T tõhusust tubakatarvitamise vähendamisel tuvastasid järelhindamised nii kolm (Dino et al., 2004; Horn et al., 2005) kui ka kuus kuud hiljem (Dino et al., 2001). Mitmes uuringus näidati ka, et N-O-T programm on tõhusam ühekordsest MI-stiilis lühisekkumisest (Dino et al., 2001, 2004; Horn et al., 2005). Nimelt leiti, et ühekordne lühisekkumine on tõhus küll nende seas, kes suitsetavad väga harva, kuid N-O-T on laialdasema mõjuga, aidates ka neid, kes suitsetavad sagedamini (Horn et al., 2003).

Seega viitavad uuringute tulemused **GRADE tõendatuse 4. tasemele**.

Riik: Ameerika Ühendriigid.

4.3 Primaarse ja sekundaarse ennetuse programmid

Teaduskirjanduses ja praktikas esineb VIPSidega kõrvuti mitmeid **primaarse ennetuse programme, mida kasutatakse ka sekundaarseks ennetuseks**. Kuigi need ei vasta rangelt meie uuringus aluseks võetud VIPSide kriteeriumidele (vt Ilves et al., 2023), on nende tõhusust näidatud nii ennetuse ja tarvitamise alguse edasilükkamise kui ka tarvitamise ja sellega seotud probleemide vähendamise osas. Sageli on need programmid suunatud just noortele ning kasutusel koolikeskkonnas. Selliseid programme on kirjanduses palju, kuid mõned konkreetsemad näited on +FRANK ja FRANK Friends, OurFutures, PreVenture ja Unplugged. Nende efektiivsus on kinnitust leidnud erinevates uuringutes ning need on kasutusel mitmetes riikides üle maailma.

4.3.1 OurFutures (varasema nimetusega Climate Schools)

Sisu ja korraldus: OurFutures (rohkem tuntud varasema nimetusega **Climate Schools**)¹² on Austraalia veebipõhine haridusprogramm alkoholi- ja uimastitarvitamise ennetuseks kooliõpilaste seas. Selles on valikulised õppemoodulid, millest igaüks koosneb kuuest 40-minutilise tunnist. Igas tunnis teevad õpilased esmalt 20 minutit iseseisvat tööd (loeavad läbi koomiksivormis õppematerjalid) ja seejärel 20 minutit koostööd. Veebipõhistes õppematerjalides on info edastatud koomiksiformaadis, et sisu oleks õpilastele haarav ja kergesti jälgitav. Kui õpilased on koomiksides esitatud info iseseisvalt läbi töötanud, järgneb viktoriiniküsimustele vastamine ja töö kogu klassiga (nt rühmatööd, arutelud jm aktiivõppe meetodid). Neid tunde viiakse Austraalias läbi tavaliselt terviseõpetuse tunni osana ja need seostuvad riikliku õppekava eesmärkidega. Õpetaja saab tundide läbiviimiseks põhjalikud juhised ja detailse tunnikava iga tunni kohta, et tagada programmi rakendamine ühtsetel alustel.



Programm pakub lühikesi õppemooduleid järgmistel teemadel: 1) alkohol 2) alkohol ja kanep, 3) psühhostimulandid ja kanep, 4) metüleendioksümetamfetamiin (MDMA) ja uued psühhoaktiivsed ained (NPS – *new psychoactive substances*), 5) veipimine ehk e-sigaretid, mis on programmi uusim moodul ning 6) vaimse tervise moodul.

Sihtrühm: 13–17-aastased koolinoored (osa mooduleid on üksnes gümnaasiumiõpilastele ja osa kõigile). Programm ei ole seega sihtitud üksnes riskirühmas olevatele või juba uimasteid tarvitavatele noortele, vaid kõigile õpilastele, et ennetada uimastitarvitamisega alustamist.

Mõju: haridusprogrammi eri õppemoodulite mõju on aastate jooksul uuritud kaheksas suures JuKU-s Austraalias ja pilootuuringus Suurbritannias. Austraalias osales uuringutes 240 kooli ja üle 21 000 õpilase, sealhulgas on tehtud samadele õpilastele 7-aastase viitega järelkontroll ehk programmi mõju on uuritud pikaajaliselt. Neis eri uuringutes täheldati, et programmi eri mooduleid läbinud õpilaste seas oli kontrollgrupiga võrreldes väiksem kavatsus tarvitada narkootilisi aineid, vähenenud oli alkoholitartvitamine, vähenes kanepi ja MDMA kasutamine, õpilastel esines vähem alkoholi ja uimastite tarvitamise tagajärjel tekkinud kahjusid ning neil oli madalam ärevuse- ja stressitase (Andrews et al., 2022; Newton et al., 2020; Thorton et al., 2018; Birell et al., 2018; Newton et al. 2018; Teesson et al., 2014). Kokkuvõttes on leitud, et programm parandab noorte teadlikkust uimastitest ja alkoholist ning aitab vähendada nende ainete tarvitamist. Eriti head mõju on näidanud programm siis, kui õpilased on läbinud nii sõltuvusainete mooduli kui ka vaimse tervise mooduli, sest sõltuvusainete tarvitamine ja vaimse tervise probleemid käivad sageli käsikäes (Teesson et al., 2024).

Riigid: Austraalia, Kanada, Ameerika Ühendriigid, Suurbritannia, Saksamaa, Zimbabwe.

4.3.2 PreVenture

Sisu ja korraldus: PreVenture on ennetusprogramm, mis keskendub isiksusepõhisele ennetustegevusele¹³. Programmi sihtrühmaks on noored, kellel on isiksuseomadused, mis varasematest uuringutest teadaolevalt suurendavad vastuvõtlikkust sõltuvuskäitumistele. Need isiksusomadused on ärevus, kalduvus pessimistlikule või negatiivsele suhtumisele olukordadesse, impulsiivsus ja elamuste otsimine. Selleks, et otsustada, kellele programmi suunata, testitakse lapsi eelnevalt koolides ja tavaliselt osaleb programmis ca 40% õpilastest, kel on isiksusomadusi, mis suurendavad tõenäosust võimalikuks riskikäitumiseks (Halladay et al., 2024).

¹² Teave leitav veebilehtedelt [Our Futures Institute: Drug & Alcohol Education Courses](#) ja [Climate Schools USA - Health and Wellbeing Courses](#)

¹³ Teave leitav veebilehelt [The Preventure Program – PreVenture](#)

Programmi eesmärk on ennetada riskikäitumise algust ning pakkuda noortele tööriistu, et oma isiksuseomadustega seotud väljakutsetega toime tulla enne, kui riskikäitumine avaldub või süveneb. Programm kasutab KKT ja MI tehnikaid, et aidata osalejatel: 1) tunda ära, kuidas nende isiksuseomadused mõjutavad nende emotsioone ja käitumist; 2) õppida toime tulema enda (keerukate) emotsioonidega. Programm koosneb **kahest 90-minutilise rühmakohtumisest**, mille viivad läbi selleks koolitatud kliiniline psühholoog või toetav nõustaja (minimaalselt psühholoogia BA haridusega). Iga seanss on kohandatud konkreetsele isiksusegrupile (nt ärevustundlikkus, impulsiivsus jne). Programmi keskne lähtekoht on, et tugev vaimne tervis ja enda emotsioonide ja käitumise juhtimise oskused on tõhus viis, kuidas ennetada sõltuvusainete tarvitamist (Halladay et al., 2024).



Sihtrühm: 12–17-aastased koolinoored, kel on isiksusomadused, mis suurendavad nende vastuvõtlikkust sõltuvuskäitumisele.

Mõju: Austraalias osales JuKU-s 14 kooli, millest pooled osalesid PreVenture programmis ja ülejäänud mitte. Andmeid koguti seitsme aasta jooksul (2012–2019). Kokku osales uuringus 438 õpilast. Uuringu tulemused näitasid, et kanepitarvitamise kasvu vähenemisele ei olnud olulist mõju. Samuti ei erinenud oluliselt stimulantide kasutamise kasv kontroll- ja programmgrupi vahel. Seevastu kanepi kasutamisega seotud kahjude vähendamisele (sotsiaalsed probleemid ja tervisemured) oli programmi mõju oluline (Champion et al., 2024).

Kanada kooliõpilaste seas tehtud uuringust selgus, et programmis osalenud õpilastel oli väiksem tõenäosus alustada tubaka, e-sigarettide, kanepi ja illegaalsete uimastite tarvitamist. Samuti tarvitasid nad kanepit harvemini kui õpilased koolides, kus koolitust ei toimunud (uuringu ajal). Uuringus osales neli kooli, millest kaks osalesid programmis ja kaks mitte (võrdlusbaasiks olnud koolid osalesid programmis pärast uuringu lõppu) (Krank, 2024).

Halladay et al. (2024) kirjutavad ülevaateartiklis, et PreVenture mõju on uuritud Suurbritannias, Austraalias, Kanadas ja Hollandis kokku ligi 4000 õpilase seas 80 koolis. Nende uuringute põhjal täheldati positiivset mõju nii sõltuvusainete tarvitamisele (nt kavatsus alkoholi tarvitada lükkus edasi, vähenes alkoholi tarvitamise kogus ja sagedus) ning paranes emotsionaalne heaolu ja enesekontroll (nt vähem paanikat, ärevust, depressiooni, enesetapumõtteid). Lynch et al. (2023) tõdesid, et kuigi programmi mõju eraldiseisvalt üksikute ainete tarvitamisele või erinevatele vaimse tervise teguritele oli väike, siis iga teguri paranemine kas või vähesel määral võib kokkuvõttes anda oluliselt suurema mõju rahvatervisele tervikuna ja seda pikaajaliselt. Seega nad näevad suurt potentsiaali isiksusepõhistel ennetustegevustel, mis õpetavad riskikäitumisele kalduva isiksustüübiga noori enda emotsioone ja käitumist paremini juhtima (Halladay et al. 2024). Nad lisavad, et see mõju ei pruugi avalduda üksnes sõltuvusainete tarvitamisele, vaid laiemalt ka muudes eluvaldkondades ja nende toimetulekus ühiskonnas.

Riigid: Kanada, Austraalia, Suurbritannia, Ameerika Ühendriigid, Holland, Prantsusmaa, Uus-Meremaa.

4.3.3 Unplugged

Sisu ja korraldus: tõenduspõhine ennetusprogramm, mille eesmärk on ennetada või vähendada (sekundaarne ennetus) noorukite uimastitarvitamist, pakkudes neile teadmisi uimastite mõjust ja arendades sotsiaalseid ning isiklikke oskusi (van der Kreeft, 2009). Programm tugineb järgmistele teooriatele: sotsiaalne õppimine, probleemkäitumise teooria, terviseuskumuste mudel, põhjendatud tegutsemise ja planeeritud käitumise teooria ning sotsiaalsete normide teooria (Vigna-Taglianti et al., 2014). See on mõeldud eelkõige **koolikeskkonnas** rakendamiseks (European Drug Abuse Prevention [EU-DAP], 2015).



Programm koosneb **12 sessioonist**, mis viiakse läbi ühe õppesemestri jooksul. Läbiviijateks on kooliõpetajad, kes on läbinud spetsiaalse koolituse, mis annab neile vajalikud teadmised ja oskused Unplugged metoodika rakendamiseks. Sessioonid kestavad tavaliselt 45–60 minutit ning need toimuvad tavalise koolipäeva raames. Lähenedamine on paindlik ja võimaldab õpetajatel kohendada sisu vastavalt õpilaste vajadustele ja klassi eripäradele. Sessioonide eesmärk on tõsta teadlikkust uimastitarvitamisega seotud riskidest, õpetada noori sotsiaalsele survele vastu seisma ning arendada erinevaid oskusi (enesehinnang, enesekontroll ja probleemide lahendamine). Igas sessioonis kasutatakse interaktiivseid meetodeid, sealhulgas rühmaarutelusid, rollimänge ja praktilisi harjutusi, et tagada noorte aktiivne kaasamine ja osalus (EU-DAP, 2015). Täpne kirjeldus läbiviidavatest sessioonidest on leitav õpetajatele loodud Unplugged juhendist¹⁴.

Sihtgrupp: teismelised vanuses 12 kuni 14 aastat.

Mõju: mitmed uuringud on näidanud, et Unplugged on tõhus vahend noorukite tubaka- ja kanepitarvitamise vähendamisel ning sotsiaalsete riskiteguritega toimetuleku parandamisel. Programmi kasulikkus püsib ka pikema aja vältel: tulemused olid säilinud nii 15 kuu (Vigna-Taglianti jt, 2014) kui ka 24 kuu järel (Gabrhelik jt, 2012), näidates selle pikaajalist mõju noorukite käitumisele ja hoiakutele.

Tšehhis läbi viidud uuringus, milles osales üle 7000 õpilase, hinnati Unplugged programmi mõju viies erinevas etapis: 1, 3, 12, 15 ja 24 kuud pärast sekkumist. Tulemused näitasid, et programm aitas tubaka- ja kanepitarvitamist sihtrühma seas märkimisväärselt vähendada ning ennetas muude uimastite eluaegse tarvitamise levimuse kasvu kaheaastase järelhindamise käigus. Samas ei täheldatud programmi mõju alkoholitarvitamisele, sagedasele kanepitarvitamisele ega muude uimastite eluaegsele tarvitamisele. Alkoholi puhul hindasid uurijad, et need tulemused võivad peegeldada alkoholi liigtarvitamise sotsiaalset aktsepteeritavust Tšehhis või viidata sellele, et purjusolek on sealsete noorukite seas teatud määral normiks kujunenud käitumine (Gabrhelik et al., 2012).

2014. aasta uuringus osales ligi 6000 õpilast Itaaliast, Belgiast, Austriast, Rootsist, Hispaaniast, Kreekast ja Saksamaalt. Uuring leidis, et Unplugged vähendas tubaka- ja kanepitarvitamist ning purjusoleku sagedust 3 ja 15 kuud pärast sekkumist. Suitsetamise vähenemine oli lühiajaline, samas kui kanepitarvitamise ja purjusoleku kordade vähenemise mõju püsis kauem. Uurijad leidsid, et vähenenud suitsetamise mõju kadumine oli oodatav, sest suitsetamine on paljudes Lõuna-Euroopa riikides normatiivsem käitumine võrreldes alkoholi ja muude uimastite tarvitamisega. Samuti toodi esile, et õppekavad võivad poiste ja tüdrukute seas erinevalt toimida: programm oli tõhus vaid nooremate tüdrukute seas (11-12-aastased), samas kui poistel oli see läbivalt tõhus. Seetõttu tuleks ennetusprogrammide arendamisel arvestada soospetsiifiliste komponentidega, et tagada ühtlane mõju kõigi õpilaste seas (Vigna-Taglianti et al., 2014).

Kuigi Unplugged on paljuski tõhusaks osutunud, on ka uuringuid, kus ei ole leitud statistiliselt olulist mõju (nt Bourdige et al., 2022; Čurová et al., 2021). Näiteks Prantsusmaal tehtud uuringus selgus, et tarvitamisharjumustele keskenduv Unplugged oli tõhus noorte poiste seas, ent tüdrukute seas osutus efektiivsemaks enesemääratlusele ja isikliku identiteedi arendamisele keskenduv ennetusprogramm (Bourdige et al., 2022).

Lisaks eelnevatele uuringutele on Unplugged programmi rakendatud paljudes teistes riikides ja see on näidanud vähemalt mingil määral positiivseid tulemusi. Erinevates kultuurilistes kontekstides, nagu ülaltoodud märkused Tšehhi ja Lõuna-Euroopa riikide kohta, on programmi mõju tubaka- ja alkoholitarvitamisele olnud erinev, olenevalt sotsiaalsetest normidest ja käitumismustritest. Sellised tulemused viitavad vajadusele kohendada ennetusprogramme vastavalt kohalikele käitumisnormidele, et saavutada parimaid tulemusi.

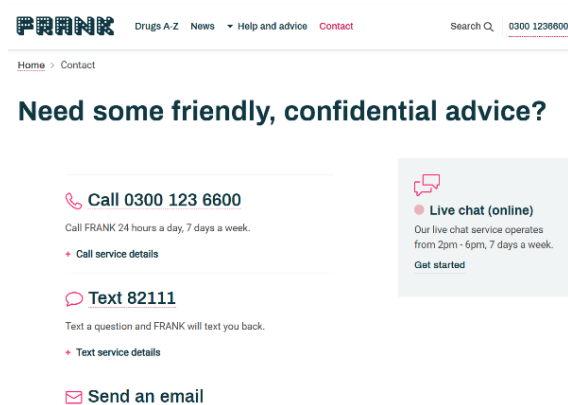
Riigid: Itaalia, Belgia, Austria, Rootsi, Hispaania, Kreeka, Saksamaa, Tšehhi, Nigeeria, Brasiilia, Peruu, Tšiili, Sloveenia, Slovakkia, Prantsusmaa.

¹⁴ EU-DAP. (2015). *Unplugged: Handbook for the Teacher*.

https://www.unodc.org/conig/uploads/documents/BookTeacher_Nigeria_juni2019_HR.pdf

4.3.4 +FRANK ja FRANK Friends

Sisu ja korraldus: Talk to FRANK¹⁵ on narkootikumide teabe- ja nõustamisteenus Suurbritannias. Selle eesmärk on pakkuda usaldusväärset ja selget teavet narkootikumide mõjude, riskide ja nende tarvitamisega seotud seaduslike tagajärgede kohta. Veebileht pakub mitmesuguseid info- ja tugimaterjale iseseisvalt läbimiseks, samuti viiteid juhendatud abile. Näiteks saab postiindeksi järgi otsida, millised tugiteenused on inimese kodu lähedal kättesaadavad (koos kontaktidega). Talk to Frank teenuse osaks on ka anonüümne ööpäevaringne abiliin, millelt saab infot ja soovitusi nii sõnumi, telefoni kui ka veebivestluse teel.



- **+FRANK** on Suurbritannia koolides läbiviidav tubaka- ja uimastiennetusprogramm, mis tugineb Talk to Frank sisule, kuid milles teavet annavad kooliõpilastele edasi nende eakaaslased. +FRANK teeb teavitustööd kahel teemal: tubakatarvitamise ennetus (8. klassidele) ja muude uimastite tarvitamise ennetus (9. klassidele).
- **FRANK Friends** on eraldiseisev, üksnes uimastite teemale pühendatud ennetusprogramm, milles on samuti kesksel kohal eakaaslaste abil tehtav teavitustöö koolides.

Kuivõrd sõltuvusainete proovimine ja tarvitama jäämine on sageli seotud sotsiaalse survega ja oskamatusesega sellega toime tulla, kasutatakse FRANK Friends ja +FRANK puhul ennetuseks eakaaslaste vahelist positiivset sotsiaalset survet.

+FRANK ja FRANK Friends kasutavad ASSIST-mudelit (*A Stop Smoking in Schools Trial* [ASSIST]; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010), mitte segi ajada Maailma Terviseorganisatsiooni ASSIST-põhise sekkumisega (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* [ASSIST]; WHO ASSIST Working Group, 2002).

ASSIST-mudel (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010) tugineb eakaaslastest toetajate kaasamisele. Programmi alguses palutakse kõigil 8. klassi õpilastel täita küsimustik, kus nad saavad nimetada neid eakaaslast, keda nad austavad või peavad heaks juhiks spordis ja muudes rühmategevustes. Küsitluse tulemuste põhjal **valitakse õpilaste seast toetajad**, kes läbivad kahel päeval toimuva koolituse noorsootöö kogemusega koolitajate ja rahvatervise spetsialistide juhendamisel. Seejärel vestlevad eakaaslastest toetajad **kümne nädala jooksul** oma klassikaaslastega suitsetamise teemal, **kasutades selleks igapäevaseid olukordi, nagu koolitee, vahetunnid, lõunapausid ja aeg pärast kooli**. Vestluste dokumenteerimiseks peavad toetajad päevikut ning koolitajad kohtuvad nendega neljal korral, et pakkuda tuge ja jälgida päevikute pidamist.

+FRANK ja FRANK Friends sekkumised töötati välja koostöös peamiste sidusrühmadega (noored, õpetajad, koolide juhtkond ja muud haridustöötajad, vanemad, ASSIST-meetodi koolitajad, uimastiennetusvaldkonna töötajad ja rahvatervise valdkonna volinik).

Sihtrühm: +FRANK sihtrühm on 8. klassi õpilased (vanuses 12–13), kes läbivad esmalt tubakaennetuse teema, jätkuprogramm uimastite teemal on suunatud 9. klassi õpilastele. Frank Friends uimastiennetusprogrammi sihtrühm on üksnes 9. klassi õpilased.

Mõju: seni on uuritud noorte ja haridustöötajate üldist tagasisidet ja esmaseid hinnanguid programmidele, nende rakendatavusele ja kulukusele. Uuringus osales 12 kooli ja selle põhjal järeldati, et FRANK Friends

¹⁵ Teave leitav veebilehelt [Honest information about drugs | FRANK](#)

meeldis sidusrühmadele rohkem kui +FRANK (White et al., 2017). Programmide mõju on plaanis uurida ka JuKU-na, kuid selle kohta teaduspublikatsioonid veel puuduvad.

Riik: Suurbritannia.

4.4 VIPSide trendid ja arengusuunad

Uimastisõltuvuse sekundaarse ja tertsiaarse ravi valdkonnas on üha suuremat tähelepanu pälvinud käitumisteraapia tüüp, kus rõhutatakse tugevduspõhiseid lähenemisi (ingl k **contingency management** [CM]). Need sekkumisviisid on pälvinud tähelepanu eelkõige nende märkimisväärse tõhususe tõttu vähemalt lühiajalises perspektiivis (kuni kuus kuud) ning need on uimastisõltuvuse ravis ja haldamises korduvalt osutunud oluliselt tõhusamaks kui traditsioonilised ravimeetodid (Brown & DeFulio, 2020; Pfund et al., 2024).

CM (Stitzer et al., 1979) põhineb positiivse tugevdamise põhimõttel (Ginley et al., 2021), mis esineb keskse ideena ka sotsiaalse õppimise teoorias (vt 1.3.2 Sotsiaalsed teooriad). See kujutab endast stiimulite või tugevdajate süsteemi, mis on suunatud soositava käitumise toetamisele, nagu uimastitest hoidumine, ravis osalemine, muud tervist soodustavad tegevused (Ginley et al., 2021; Pilling et al., 2010). Stiimulid antakse vastutasuks tõendite esitamise eest soovitud käitumise kohta, näiteks bioloogiliste proovide (enamasti uriiniproovide) eest, mis on testitud uimastite suhtes negatiivseks (Pilling et al., 2010). Seega pakub CM uimastite vältimise soodustamiseks koheseid positiivseid tagajärgi ja häid alternatiive, mis on konkurentsivõimeline uimastitarvitamise positiivsete aspektidega (Petty, 2012). Sageli kasutatavad stiimulid ja tugevdajad on rahalise väärtusega kupongid, kliiniku privileegid (nt paindlikumad raviskeemid) ning auhindade loosimises osalemise võimalus (National Institute for Health and Care Excellence, 2007).

Uuringud on aga näidanud, et **rahalisel stiimulil pakuvad vaid ajutist tuge ning ravi lõppedes võib tekkida tagasilangus, kuna stiimulid lõpetatakse** (Davis et al., 2016). Seetõttu on viimasel ajal keskendutud laiemalt **tugevdustele, mille aluseks on arusaam, et keskkonnast saadav tugevdamine mängib tervislikus toimetulekus olulist rolli** (Fazzino et al., 2019). Noortele täiskasvanutele keskenduvad uuringud toetavad seda teooriat. Need näitavad, et inimestel, kellel on vähem alternatiivseid tegevusi, mis pakuvad uimastitarvitamise asemel tugevdust, esineb uimastite tarvitamist ja sellega seotud käitumist kõrgemal tasemel (Joyner et al., 2016; Meshesha et al., 2018). Seetõttu on sekkumise eesmärgiks inimeste aktiivsuse suurendamine tugevdavates alternatiivsetes tegevustes nende igapäevaelus, mis võib omakorda vähendada riskantset uimastitarvitamist (Murphy & Dennhardt, 2016). Selliste pikaajaliste ja keskkonnast lähtuvate tugevdajate rakendamine uimastitarvitamise vähendamiseks **avab olulisi võimalusi ka primaarsete ja sekundaarsete ennetussekkumiste arendamisel**.

Käitumuslik aktiveerimine ja käitumisökonomika on kaks tugevduspõhist konkreetset sekkumisviisi, mis suunavad inimesi alternatiivsetesse tugevdavatesse tegevustesse uimastite kasutamise asemel. Mõlemat meetodit on varasemalt tõhusalt rakendatud lühisekkumiste raames, kus sekkumised viidi läbi osalejate igapäevases keskkonnas, mitte spetsialiseeritud sõltuvusravi tingimustes (nt Murphy et al., 2012; Reynolds et al., 2011). See näitab nende võtete potentsiaali pakkuda lisaväärtust VIPSides.

- **Käitumuslik aktiveerimine** aitab inimesel ühendada oma igapäevaelu tegevused oma isiklike väärtuste ja pikaajaliste eesmärkidega (Lejuez et al., 2001). Planeerimise ja monitoorimise strateegiate abil seatakse tegevused, mis pakuvad tugevdust, samuti jälgitakse, kas need tegevused on tõhusad ja kas need on kooskõlas pikaajaliste eesmärkidega (Fazzino et al., 2019). Kuna käitumuslik aktiveerimine hoiab fookuse inimese isiklikel eesmärkidel ja soodustab regulaarset hindamist selle kohta, kui võrd käitumine on nendega kooskõlas, aitab see sekkumine vähendada kalduvust vahetada pikaajalised eesmärgid kiirete ja kergesti kättesaadavate tugevdustega, nagu uimastitarvitamine (Fazzino et al., 2019).

Näiteks on leitud, et käitumusliku aktiveerimise meetodite rakendamine nende inimeste seas, kes oma tarvitamist probleemseks ei pea, aitab vähendada riskantset alkoholitavitamist (Reynolds et al., 2011).

- **Käitumisökonoomika-põhine sekkumine** aitab sarnaselt käitumusliku aktiveerimisega uimastitarvitamise asendada alternatiivsete tugevdavate tegevustega (Murphy et al., 2012). See keskendub aga konkreetselt pikaajaliste akadeemiliste ja karjäärieesmärkide tähtsuse suurendamisele (Fazzino et al., 2019) ning tuvastab, kuidas uimastitarvitamine takistab nende eesmärkide saavutamist. Selline lähenemine loodi eesmärgiga täiendada lühiajalisi MI-I põhinevaid sekkumisi.

JuKU-s, kus võrreldi MI lühisekkumise tõhusust koos käitumisökonoomika lähenemise või lõõgastumisvõtetega, selgus, et MI ja käitumisökonoomika integreeritud ühekordne sekkumine oli alkoholitarvitamise vähendamisel tõhusam (Murphy et al., 2012). Uuringu tulemused näitasid, et üks sessioon, mis keskendub alternatiivsete tugevdavate tegevuste jms leidmisele alkoholi tarvitamise asemel, võib suurendada lühisekkumiste mõju.

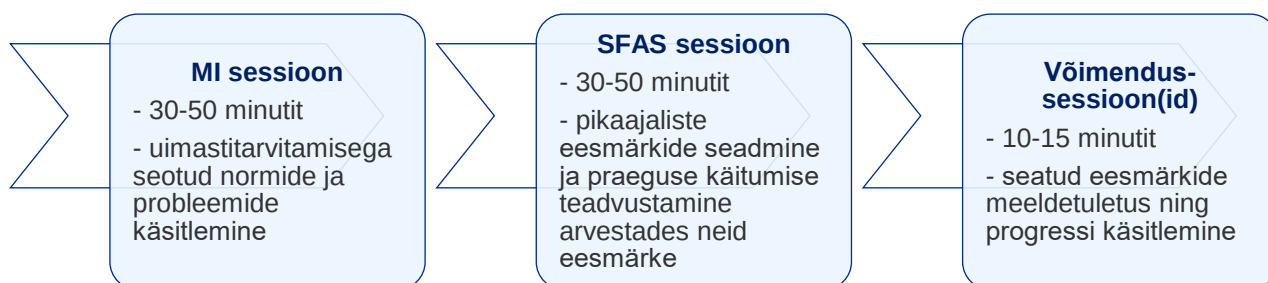
CM rakendamine uimastisõltuvuse ravis on osutunud järjest tõhusamaks, pakkudes võimalust liikumiseks ka vähem intensiivsete sekundaarse ennetuse sekkumiste valdkonda. Kuna uuringud on näidanud, et uimastitarvitamine on tõenäolisem seal, kus puuduvad muud positiivsed keskkonnast saadavad tugevdajad (Joyner et al., 2016; Meshesha et al., 2018), pakub see tugevat sisendit ka tõhusate VIPSide kujundamiseks ja täiustamiseks.

4.4.1 Tugevduspõhised lühisekkumised: uimastivabad tegevused

Teaduskirjanduses on uuritud mõningaid lühisekkumisi, mis kujutavad endast standardseid SBIRT-struktuurile tuginevaid lühisekkumisi, kuid millesse on integreeritud tugevduspõhiseid elemente. Kuna need võtted kuuluvad oma olemuselt KKT meetodite raamesse, laiendavad need VIPSides juba kasutusel olevaid KKT meetodeid, kuid rõhutavad rohkem alternatiivsete tegevuste tugevdamist.

Nagu eelnevalt kirjeldatud, põhinevad lühisekkumistes kasutatavad tugevdamised käitumusliku aktiveerimise ja käitumisökonoomika põhimõtetel, kus keskendutakse uimastitarvitamise asemel alternatiivsetele tegevustele, mis toetaksid pikaajalisi eesmärke (Fazzino et al., 2019). Erinevate MI-I põhinevate lühisekkumiste raames on kaasatud sessioone, mida kutsutakse **uimastivabade tegevuste sessioonideks** (ingl k *substance-free activity session* [SFAS]). Nende sessioonide eesmärk on suurendada õpilaste pühendumust alternatiivsetele uimastivabadele tegevustele ja eluviisile ning tugevdada nende suunatust tulevikule (Murphy et al., 2019). Selleks seostatakse nende isiklikud eesmärgid – nii haridusteel kui ka edaspidi – nende igapäevaste harjumustega ning julgustatakse noori mõtlema, kas ja kuidas nende ajakasutus, sealhulgas uimastitarvitamine, on kooskõlas nende pikaajaliste sihtidega (Murphy et al., 2019). Samuti tehakse tervislikud ja kasulikud alternatiivid konkreetsemaks ja atraktiivsemaks, et suunata noori teadlikumalt oma valikuid tegema (Murphy et al., 2019).

SFAS on kuni 50-minutiline lisasessioon, mis täiendab MI-I põhinevat lühisekkumist, aidates osalejatel teadlikumalt mõtestada oma tulevikueesmärke ja tuvastada igapäevaseid tegevusi, mis onnendega kooskõlas (Murphy et al., 2019). Uuringutes on sageli kasutatud ka telefonipõhiseid võimendus („booster“) sessioone, kus tuletatakse meelde SFASis seatud eesmärgid, hinnatakse käitumise vastavust neile ning vajadusel kohandatakse eesmärke vastavalt muutunud oludele (Murphy et al., 2019).



Tulemused on olnud kahetised: SFAS sessioon koos MI sessiooniga on näidanud end nii tõhusamana (Murphy et al., 2012) kui ka sama tõhusana kui võrreldav aktiivne kontrollsekkumine (Murphy et al., 2019; 2024), milleks oli MI koos lõdvestussessiooniga. Mõlemad sekkumised näivad olevat mõjusamad kui ühekordne MI

lühisekkumine või elektrooniline isikustatud tagasiside (Acuff et al., 2019) ning on näidanud tõhusust veel 16 kuud pärast sekkumist (Murphy et al., 2019). Ühes uuringus aga leiti, et telefoni teel läbi viidud MI lühisekkumine koos SFAS sessiooniga oli liigjoomise vähendamisel tõhusam kui ainuüksi uimastitarvitamise kohta tehtud hariv sessioon (Gex et al., 2023).

5. Järeldused ja soovitused

5.1 VIPSide tõhusus

Kuna VIPSid on oma olemuselt piiratud intensiivsusega sekkumised, ahendab see programmide väljatöötamisel erinäoliste tehnikate ja lähenemiste kasutusvõimalusi. Seetõttu on laialdaselt kasutusel VIPSe, mis pealtnäha on küll erinevad, kuid mille alusmeetodid on siiski sarnased, tuginedes valdavalt kas **motiveerivale intervjuerimisele** või **kognitiiv-käitumusliku teraapia elementidele** . Uuema suunana on esile tõusnud ka **tugevduspõhised lähenemised** (*contingency management*). Peamised erinevused VIPSides seisnevad pigem sekkumiste praktilistes aspektides, nagu sekkumise kestus, kohtumiste arv, toimumiskoht, läbiviijad (nt esmatasandi tervishoiutöötaja, õpetaja või nõustaja), rakendamise etapis (kas siis, kui motivatsioon loobumiseks on juba olemas, või siis, kui seda tuleb veel kujundada) ning sihtgrupis, kellele sekkumine on suunatud.

Aastate jooksul on läbi viidud arvukalt uuringuid ja ilmunud ülevaateartikleid, mis on hinnanud VIPSide tõhusust uimastitarvitamise ennetamisel ja süvenemise takistamisel (nt Landy et al., 2016; Morse et al., 2023; Rodgers, 2018). Mitmed uuringud on tõstnud esile VIPSide olulise mõju riskantse tarvitamiskäitumisega inimeste seas, kellel ei ole (veel) sõltuvust välja kujunenud (nt Dino et al., 2001, 2004; Gelberg et al., 2015, 2017), kuid samas leidub ka uuringuid, kus VIPSide tulemuslikkus ei ületa oluliselt kontrollgrupi taset (nt Huh et al., 2015; Roy-Byrne et al., 2014; Utap et al., 2019). Seega seniste uuringute põhjal on VIPSide tõhusus varieeruv, ulatudes positiivsetest tulemustest kuni juhtudeni, kus olulist mõju ei täheldatud.

Selle vastuolu üks võimalik põhjus võib olla seotud **uurimismetoodikaga** : mitmed positiivseid tulemusi näidanud uuringud võrdlevad VIPSide mõju kontrollgrupiga, kus puudub igasugune sekkumine. Sellises olukorras võib täheldatud efekt osaliselt tuleneda psühholoogilisest nähtusest, kus osalejate heaolu paraneb pelgalt seetõttu, et neile pööratakse tähelepanu, mitte tingimata sekkumise sisulise mõju tõttu (Wampold & Imel, 2015). Seda võib pidada omamoodi platseeboefektiks, kus inimeste usk abi saamise või olukorra paranemise võimalikkusesse aitab kaasa nende seisundi tegelikule paranemisele (Wampold & Imel, 2015).

VIPSide tõhusust hinnatakse sageli võrdluses teiste ennetusmeetoditega (näiteks teabe edastamine või uimastite tarvitamise riski hindamine). Võrdluses teiste lihtsamate meetoditega on VIPSid osutunud sageli tulemuslikumaks (Kohler & Hofmann, 2015). Uuringutes on vähem võrreldud erinevaid väheintensiivseid sekkumisi omavahel. Võrreldud on näiteks MI lühisekkumist koos tugevduspõhise SFAS sessiooniga ning MI lühisekkumist koos lõdvestustehnikatega (Acuff et al., 2019; Murphy et al., 2012, 2019, 2024), kus tulemused on näidanud nii MI+SFAS paremat tulemuslikkust (Murphy et al., 2012) kui ka mõlema sekkumise võrdset mõju (Acuff et al., 2019; Murphy et al., 2019, 2024). Samuti on leitud, et laiapõhjalisem ennetusprogramm Not on Tobacco võib olla tõhusam kui ühekordne MI-põhine lühisekkumine (Dino et al., 2001, 2004; Horn et al., 2005), seda eriti sagedasemate suitsetajate seas (Horn et al., 2003).

Üks ulatuslik ülevaade, mis koondas varasemate uuringute tulemusi, kinnitas aga varasemate tulemuste põhjal, et motivatsiooni tõstvad lühisekkumised näivad sõltuvuskäitumise puhul olevat tõhusad (DiClemente et al., 2017). Kõige tugevamat tõendusmaterjali leidis alkoholi- ja tubakatarvitamise vähendamise kohta, lisaks leidis tõendusmaterjali ka kanepitarvitamise vähendamise kohta motiveeriva intervjuerimise abil (DiClemente et al., 2017). Metamfetamiini ja opioidide tarvitamise puhul jäi tõendusmaterjal siiski piiratuks, viidates täiendavate uuringute vajadusele. Selliste väheintensiivsete lühisekkumiste mõju võib olla märkimisväärne ka mitme aine samaaegse tarvitamise puhul (Tait & Hulse, 2003).

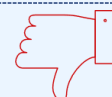
Samas on mitmed süstemaatilised ülevaateartiklid ja metaanalüüsid VIPSide tõhususe suhtes siiski ettevaatlikult skeptilised (nt Landy et al., 2016; Tanner-Smith et al., 2022; Young et al., 2014). Kuigi üksikuuringud on näidanud lootustandvaid tulemusi, on ka selge, et VIPSide mõju sõltub väga paljudest teguritest: sealhulgas sellest, millise aine tarvitamist püütakse vähendada (nt alkohol vs psühhoaktiivsed narkootikumid), mil viisil (näost näkku vs veebis) ja millises kontekstis (nt EMO vs perearsti kabinet) (Kaner et al., 2018; Tanner-Smith et al., 2022). Teisalt näitavad koondefektid küll **tagasihoidlikke, kuid siiski tõhusaid tulemusi**.



Tõhusate VIPSide puhul on esile tõstetud mitmesuguseid tegureid, mis suurendavad sekkumiste mõju:

- Noortele suunatud VIPSide puhul on kasulik olnud **vanemate kaasamine** (Carney & Myers, 2012; Kuntsche & Kuntsche, 2016; Winters et al., 2012), mis läbi positiivsema lapse ja vanema vahelise suhte toetamise loob noortele stabiilsema tugisüsteemi (Sandler et al., 2011).
- Oluliseks on osutunud **isikustatud tagasiside** (Chua et al., 2011). See aitab osalejatel mõista oma käitumise ja selle tagajärgede spetsiifilist ja otsest mõju, motiveerides muutusteks. Inimene on muutustele enam motiveeritud, kui ta näeb, et uimastite tarvitamine on üks põhjus ka muudele muutmist vajavatele probleemidele tema elus, näiteks vägivaldsus oma pereliikmete suhtes (Meyer et al., 2024)
- Nagu ilmneb valdkonna arengusuundadest, on VIPSide tõhususe suurendamiseks oluline kaaluda ka **tugevduspõhiseid lähenemisi**. Need lähenemised rõhutavad, et lisaks kliendi probleemi teadvustamisele ja motivatsiooni tõstmisele tuleks uimastitarvitamisele pakkuda konkreetseid alternatiive, mis suudavad konkureerida tarvitamisega kaasnevate naudingutega (Murphy et al., 2012; 2019; 2024).
- VIPSide puhul rõhutatakse ka, et üks nende roll peaks olema üleüldiste **toimetulekuoskuste arendamine**. Nii oleksid inimesel oskused ja praktikad keerulises psühholoogilises olukorras toimetulekuks ilma, et ta otsiks abi uimastitest või langeks tagasi uimastite kasutamise juurde (Center for Technology and Behavioral Health, 2025).
- Olulisel kohal on ka **korduvad kohtumised**, et tagada tarvitamise vähendamise või loobumise olulisuse sõnumi mitmekordne esitamine ja käsitlemine kliendiga. See on näidanud seost psühholoogilise sõltuvuse vähendamisega (TAI, 2024b).

Samas on leitud ka aspekte, mis võivad vähendada VIPSide tõhusust.



- **Liiga üldine ja mitte isikustatud tagasiside**, mis ei arvesta osaleja individuaalseid eripärasid, kipub jääma vähem mõjuvaks ega loo püsivat muutust (Cunningham et al., 2014).
- Lisaks on **minimaalsetel sekkumistel – nagu ainult sõeltestimine, hindamine või kirjaliku teabe jagamine (nt brošüür) –** piiratud tõhusus (Kaner et al., 2018). Sekkumised, mis ei sisalda isikupärastatud lähenemist ega motivatsiooni suurendavaid elemente, võivad osutuda ebapiisavaks, et pakkuda vajalikku tuge ja innustust käitumise muutmiseks (Kaner et al., 2018; Miller & Rollnick, 1991).

VIPSide tõhususe hindamisel tuleb arvestada ka nende mõju piiratust ajas. Metaanalüüsid on näidanud, et **lühisekkumiste mõju on tõhus vähemalt kuus kuud pärast sekkumise lõppu, kuid mõju kipub hajuma 12 kuu möödudes** (Mun et al., 2023). See tähendab, et **VIPSe ei tasu käsitleda vaid ühekordse lahendusena**. Neid tuleks rakendada regulaarselt, s.t sagedamini kui üks kord aastas, kuid optimaalne intervall pole selge (Mun et al., 2023). Seega, kuigi lühisekkumine võib ajutiselt aidata uimastite tarvitamist vähendada, võivad tagasilangust sageli mõjutada keskkondlikud ja sotsiaalsed tegurid (Barati et al., 2021), mida VIPSid sageli ei puuduta. Sotsiaalse õppimise teooria (vt 1.3.2 **Sotsiaalsed teooriad**) selgitab, kuidas tarvitamine algab ning kuidas samad keskkonna- ning grupimõjud võivad soodustada uimastite tarvitamise harjumuste taastumist. See on eriti oluline noorte ja noorte täiskasvanute seas, mil eakaaslaste mõju – näiteks

alkoholitarvitamise, suitsetamise või muu kahjuliku käitumise osas – ning tahe kohaneda sotsiaalsetele standarditele on tugevaim (Castrellon et al., 2024). Sellistes olukordades ei pruugi piisata ainult individuaalsest inimesepõhisest sekkumisest, kuigi see on tuvastatud kui kõige tähtsam tagasilanguse ennustaja (Rahman et al., 2016). Laiemad ennetusprogrammid ja grupipõhised lähenemised võivad aidata mõjutada sotsiaalset ja keskkondlikku tausta, soodustades pikaajalisema mõju kinnistamist (Barati et al., 2021).

5.2 Rahvusvahelise ja kohaliku kogemuse õppetunnid

5.2.1 Soovitused

Soovitused

- **Regulaarne sõeltestimine:** inimesi võiks Eesti tervishoiusüsteemis regulaarselt, üks kuni kaks korda aastas, hinnata uimastitarvitamise hindamise standardiseeritud vahendiga, näiteks ASSIST-iga, et varakult tuvastada riskikäitumist ja pakkuda ennetavat sekkumist.
- **Sihtrühmade laiendamine:** soovitame laiendada olemasolevate VIPSide sihtrühmi, kaasates rohkem nooremaid inimesi ja vanemaealisi. Samuti soovitame suurendada VIPSide kättesaadavust erinevates piirkondades üle Eesti.
- **Soopõhine lähenemine:** soovitame sekkumistes rõhutada teemasid ja vestluspunkte, mis on varasemates uuringutes osutunud tõhusaks eri sihtgruppide jaoks. Samas ei pruugi paralleelsessioonide korraldamine olla vajalik, kuna erinevaid teemasid saab käsitleda mitme sessiooni vältel.
- **Teised mõjusad inimesed:** soovitame tuua VIPSide läbiviimise koormust kõrgema tasandi tervishoiutöötajatelt madalamatele tasanditele ja tervishoiusüsteemivälisetele sektoritele. Sekkumiste läbiviimiseks saab ette valmistada inimesi, kes on seotud inimeste igapäevaelu ja tegevustega, võimaldades neid rohkem kaasata.
- **Teiste teenustega sidumine:** soovitame kasutada VIPSe mitme sotsiaalse- või tervisemure samaaegseks käsitlemiseks, kuna paljud probleemid, nagu lähisuhtevägivald ja uimastitarvitamine, esinevad sageli koos. Nende üheaegne käsitlemine võib parandada sekkumise tõhusust ja aidata saavutada paremaid tulemusi.
- **Veebipõhine lähenemine:** soovitame laiendada veebipõhiste VIPSide rakendamist, et parandada VIPSide kättesaadavust ja kasutusmugavust, säilitades samal ajal tõenduspõhisuse ja tõhususe, mis on võrreldav traditsiooniliste näost näkku sekkumistega.
- **VIPSide kestus:** soovitame kaaluda keskmise kestusega (näiteks kolme kohtumisega) VIPSide kasutuselevõttu Eestis, et pakkuda paindlikumaid ja mitmekesisemaid sekkumisvõimalusi lühisekkumiste ja pikaajaliste programmide kõrval.

Regulaarne sõeltestimine esmatasandi tervishoius

Ainete tarvitamise varajane tuvastamine on oluline osa esmatasandi tervishoiust, kuid see on sageli vähem levinud kui teised rutiinsed sõeluuringud, nagu vererõhu mõõtmine, emakakaelavähi testid või laste kasvu ja kaalu jälgimine (Humeniuk et al., 2010b). Varasemad uuringud kinnitavad veenvalt, et ainete tarvitamisega seotud probleemide varajane märkamine ja asjakohane sekkumine aitavad ennetada tõsisemaid tervisemõjusid (Royal Australian College of General Practitioners, 1998; Skinner, 1987). **Ideaaljuhul peaks ainete tarvitamise sõeluuring olema regulaarne osa tervise edendamise programmidest**, eriti nendes esmatasandi tervishoiuasutustes, kus riskirühmade osakaal on kõrgem kui üldpopulatsioonis (nt ülikoolide tervishoiuasutused, seksuaaltervise kliinikud, vaimse tervise teenused) (Humeniuk et al., 2010b).

Esmatasandi tervishoiutöötajatel on uimastite tarvitamise varajasel märkamisel võtmetähtsusega roll, sest nad on paljude patsientide jaoks esmane kokkupuutepunkt tervishoiusüsteemiga ja esmased usaldusväärsed teabeallikad. Arenenud riikides külastab kuni 85% inimestest vähemalt kord aastas esmatasandi

tervishoiuteenust, mistõttu loob see soodsa võimaluse riskikäitumise (sealhulgas uimastitarvitamise) varajaseks hindamiseks. Üldise sõeltestimise eeliseks on tähelepanu pööramine ühtviisi kõigile, mitte ainult riskirühmadele. See võimaldab esmatasandi tervishoiuasutustes paremini tuvastada inimesi, kes tarvitavad aineid küll mitte sõltuvuse tasemel, kuid siiski kahjulikul või riskantsel viisil. Kui hindamine piirdub ainult selgelt probleemsete juhtumitega, võivad jääda märkamata need kliendid, kelle tarvitamine on küll ohtlik, kuid veel mitte kliiniliselt probleemne. ASSIST-testi (sh ka ASSIST-Lite) saab kasutada iseseisva hindamisvahendina või integreerida seda tervisekontrolli, eluviisiküsimustike, riskihindamiste või patsiendi haigusloo osaks, muutes selle paindlikuks ja tõhusaks tööriistaks esmatasandi tervishoius (Humeniuk et al., 2010b).

Kuigi mitmesugustes riikides on soovitatud rakendada universaalset ja regulaarset uimastitarvitamise sõeltestimist (nt Gifford et al., 2012; US Preventive Services Task Force et al., 2018), on selle praktikas rakendamine osutunud keerukaks. Üheks probleemiks on osutunud ebamäärased soovituslikud testimisintervallid, et tuvastada probleemset uimastitarvitamist. Kuigi seni puudub üksmeel sõeltestimise optimaalse sageduse osas, on hiljutised uuringud jõudnud järeldusele, et **pelgalt kord aastas tehtav sõeltestimine ei pruugi olla piisav riskantse uimastitarvitamise usaldusväärseks tuvastamiseks ja hindamiseks** (Drnach-Bonaventura et al., 2024; McNeely et al., 2018). Ameerika Ühendriikides läbi viidud pikaajaline SBIRT-i rakendamise uuring näitas, et keskmiselt üheksakuise intervalliga muutus tarvitamise riskitase umbes pooltel jälgitud patsientidest (Drnach-Bonaventura et al., 2024). Oluline oli aga see, et neist pooled kogesid muutusi juba esimese kuue kuu jooksul pärast eelmist testimist (Drnach-Bonaventura et al., 2024). Need tulemused viitavad, et testimise läbiviimine sagedamini kui kord aastas võib aidata tuvastada riskantset tarvitamist varasemalt ja pakkuda kiiremat sekkumist.

Regulaarne uimastitarvitamise hindamine standardiseeritud vahendi (näiteks **ASSIST-i** abil) **üks kuni kaks korda aastas** võiks olla oluline täiendus Eesti tervishoiusüsteemis. Selline süsteemne lähenemine aitaks **tõhustada uimastitarvitamise seiret**, võimaldades varakult tuvastada riskikäitumist ning pakkuda ennetavat sekkumist.

Eesti VIPSide sihtrühmade laiendamine

Eestis kasutusel olevate VIPSide analüüs näitas, et olemasolevad programmid keskenduvad peamiselt teatud kitsamatele sihtrühmadele. Rahvusvaheline praktika aga pakub näiteid sekkumistest, mis on suunatud vanuselt ja uimastitarvitamise harjumustelt erinevatele sihtrühmadele, pakkudes Eestile võimalusi VIPSide haarde laiendamiseks.

Üks võimalus sihtrühma laiendamiseks on sekkumiste võimaldamine ka **vähem levinud narkootikumide** tarvitajatele. Eesti VIPSide ülevaate koostamisel jäi silma, et sekkumised keskenduvad peamiselt enim kasutatavatele uimastitele, nagu alkohol, tubakas ja kanep. Rahvusvahelises praktikas leidub aga näiteid sekkumistest, mis hõlmavad laiemat spektrit uimasteid ja pakuvad abi ka harvem esinevate narkootikumide tarvitajatele. Tõendus põhine näide laia uimastispektriga sekkumisest on ASSIST-põhine sekkumine (vt 4.1.1 ASSISTi-põhine lühisekkumine).

Viimastel aastatel on Eestis astunud süsteemseid samme VIPSide kohandamiseks **noorematele sihtrühmadele**. 2023. aastal valmis materjal, mis käsitleb SBIRT-mudelil põhinevat lühisekkumist 11–18-aastastele noortele (vt 3.1.2 **Noorukite sõeltestimine, lühisekkumine ja ravile suunamine uimastite tarvitamise korral**). Lisaks noortele on oluline pöörata tähelepanu ka **vanemaealistele uimastitarvitajatele**, kelle puhul võib samuti olla vajadus kohandada materjale ja lähenemisviise vastavalt nende eale, nagu seda on tehtud **Clear Horizons** programmi raames (vt 4.2.2 **Clear Horizons**).

Sihtrühmade laiendamise kõrval on oluline parandada ka sekkumiste **regionaalset kättesaadavust**. Näiteks programm **Selge Noorus** on põhjalik sekkumisprogramm, mis käsitleb erinevaid uimasteid, kuid selle rakendamine on praegu piiratud Tartu, Tartu ümbruse ja Tallinnaga (vt 3.2.3 **Noorteprogramm Selge Noorus**). Sarnaste võimaluste pakkumine ka teistest piirkondadest pärit noortele või laiemale sihtrühmale oleks oluline arengusuund.

Soopõhine lähenemine

Sekkumiste kujundamisel ja elluviimisel on oluline arvestada ka potentsiaalse soopõhise efektiga. Mõned uuringud on näidanud, et uimastitarvitamist sihtivad sekkumised võivad oma tulemuslikkuses erineda poiste ja tüdrukute vahel. Sageli on need uuringud läbi viidud just noorte seas (nt Bourduge et al., 2022; Vigna-Taglianti et al., 2014). Uuringud on näidanud, et **Unplugged** programm, mis keskendub tarvitamisharjumustele, oli poiste seas tõhus, kuid tüdrukutele sobis paremini sekkumine, mis toetas enesemääratlust ja identiteedi arengut (Bourduge et al., 2022). Samas on leitud, et kuigi Unplugged oli Tšehhis tõhus mõlema soo puhul, oli selle mõju tüdrukutele püsivam (Novák et al., 2013).

Varasemad uuringud viitavad, et tüdrukutele sobivad eriti hästi programmid, mis arendavad enesekehtestamist, keeldumisoskusi ja eakaaslaste survele vastupanu (Springer et al., 2004) ning korrigeerivad vaeleusaamu sotsiaalsete normide kohta (Butters, 2004). Poiste seas on tõhusamad sekkumised, mis keskenduvad suhtlemisoskuste arendamisele (Springer et al., 2004), stressiga toimetulekule (Yeh et al., 2006) ning eneseregulatsioonile ja teadlike otsuste tegemisele (Butters, 2004).

Soopõhist lähenemist rakendab ka **Not on Tobacco** programm (vt 4.2.7 **Not on Tobacco (N-O-T)**), kus sisulist eristust programmis sugude vahel ei tehta, kuid sekkumise mõju toetatakse samastumise efektiga – programmi viivad läbi sama soo esindajad.

Need leiud viitavad, et sihtrühmale kohandatud lähenemine võib suurendada sekkumiste mõju ja kestvust vastavas grüpis (Bourduge et al., 2022; Novák et al., 2013).

Sekkumiste jagamine rangelt kahe soo järgi ei pruugi olla soodne neile, kes ei samastu binaarse soorolliga, ning võib olla üldiselt ressursimahukam. See tähendab, et eraldi paralleelsessioonide korraldamine erinevatele sihtgruppidele ei pruugi olla vajalik, kuna mitme sessiooni jooksul või isegi ühe pikema sessiooni sees saab rõhutada erinevaid teemasid. Sellises kontekstis tasub arvestada, et selliste nn soopõhiste elementide, nagu enesekehtestamise või eakaaslastega suhtlemise rõhutamine, lisamine ei ole tõenäoliselt kellelegi kahjulik. Küll aga võib see tõhus olla just nende jaoks, kellele need teemad on olulised. Seega soopõhiste elementide kaasamine ja rõhutamine sekkumistes aitab kohandada neid viisil, mis suurendab mõju just nende seas, kelle vajadustele need mingil hetkel paremini vastavad.

Teised potentsiaalsed mõjusad inimesed

Muu maailma praktikaid kaardistades leidsid mitmesuguseid häid näiteid ka sellest, kuidas viia koormust kõrgema tasandi tervishoiutöötajatelt madalamatele tasanditele ja ka väljaspoole tervishoiusüsteemi. Kõneisikuteks ja sekkumiste läbiviijateks on võimalik ette valmistada kõiki inimesi, kes puutuvad võimaliku riskirühmaga kokku oma muudes rollides. Näiteks treenerid, noorsootöötajad, patrullpolitseinikud, noorsoopolitseinikud, õpetajad, aga ka populaarsed eakaaslased koolikeskkonnas (nt Teen Intervene, FRANK Friends). Huvitava näitena võib tuua ka meeste juuksurite kasutamise meeste vaimse tervise lühisekkumistes (Ogborn et al., 2022). Siiski ei ole tegemist n-ö kiire ja lihtsa lahendusega, sest nagu näitab muude riikide kogemus, on kõneisikud saanud eelnevalt ka põhjaliku ettevalmistuse, et nad oleksid pädevad sekkumisi läbi viima.

Sidumine teiste teenustega

Sageli on erinevad sotsiaalsed- ja terviseprobleemid omavahel tihedalt **läbi põimunud** inimese igapäevapraktikates. Teiste riikide kogemuse põhjal on mitmeid edukaid näiteid sellest, kuidas väheintensiivseid psühholoogilisi sekkumisi kasutatakse korraga **mitme probleemiga terviklikult tegelemiseks**. Näiteks Austraalias on U-Turn sekkumine suunatud meestele, kel on probleeme uimastite ja perevägivallaga, kuivõrd uimastite tarvitamine käivitab sageli ka vägivaldse käitumise (Meyer et al., 2024). Leidub näiteid ka projektidest, kus tegeletakse korraga inimese kuritegeliku käitumise ja uimastitarvitamisega, sest needki praktikad on sageli omavahel tihedalt seotud (Collins et al., 2016). Eestiski võiks kaaluda teenuste senisest suuremat sidumist, et inimene saaks lühisekkumisest abi oma probleemidele tervikuna, kui need probleemid on omavahel tihedalt põimunud (nagu näiteks uimastite tarvitamine ja lähisuhtevägivald).

Veebipõhine lähenemine

Rahvusvahelised kogemused näitavad, et veebipõhiseid VIPSe rakendatakse üha laialdasemalt. Seda sageli paralleelselt traditsiooniliste näost näkku sekkumistega või integreerituna hübriidudelitesse (nt veebipõhised materjalid). 2017. aasta süsteemses ülevaates digisekkumistest riskantse alkoholitartvitamise vähendamisel leiti mõõdukas tõendus, et veebipõhised sekkumised on tõhusad ning nende mõju võib olla võrreldav näost näkku sekkumistega (Kaner et al., 2017). Veebipõhised lahendused on aga märkimisväärselt kättesaadavamad, võimaldades jõuda ka sihtrühmadeni, kellele traditsioonilised n-ö kabinetiteenused pole lihtsasti ligipääsetavad (Dugdale et al., 2016).

Üks näide sellisest rahvusvaheliselt rakendatud VIPSist on **QUIT** (vt 4.2.1 *QUIT (Quit Using Drugs Intervention Trial)*), mida on võimalik rakendada nii kohapeal kui ka veebis. See näitab, et olemasolevate kohapealsete teenuste digitaalseks kohandamine on teostatav ja võimaldab laiendada teenuse kättesaadavust, pakkudes samaväärset tuge.

Eestis on kasutusel veebipõhine **programm Selge**, mis on suunatud alkoholitartvitamise vähendamisele. Programm on peamiselt iseseisvalt läbitav, kuid samas pakub võimalust veebimaterjali läbimist kombineerida virtuaalse spetsialisti kaasamisega. See mudel pakuks osalejatele paindlikkust, võimaldades neil vajadusel saada välist tuge. Samal ajal säilib veebipõhise lähenemisega seotud kättesaadavus ja mugavus.

Veebipõhiste VIPSide rakendamisel on aga oluline tagada nende tõenduspõhisus ja tulemuslikkus, eriti juhul, kui sekkumine toimub täielikult digitaalselt (Ilves et al., 2023a). Seetõttu on oluline kehtestada selged kvaliteedistandardid, millele sellised lahendused peavad vastama. Näiteks Suurbritannias (NHS England, i.a) on NHS Talking Therapies programmi raames loodud digilahendustele riiklikud standardid ning VIPSi pakujatele koostatakse standardiseeritud juhendid, mis tagavad sekkumiste usaldusväärsuse ja ühtlase kvaliteedi (vt Ilves et al., 2023b).

Kuigi digilahendused võimaldavad jõuda abivajajateni paindlikumalt ja suuremas ulatuses, peab nende kasutuselevõtul arvestama sihtrühma digipädevusega: ehk kas sihtrühma kuulujatel on vajalikud oskused sekkumise iseseisvaks läbimiseks. Digilahenduste pakkumine neile, kellel puuduvad piisavad tehnilised oskused, võib piirata teenuse tõhusust.

VIPSide kestus

Eestis on seni keskendunud peamiselt lühisekkumistele, mis hõlmavad üksikuid kohtumisi (nt ALVAL), või pikaajalistele programmidele, mis kestavad kuid või isegi aasta (nt SÜTIK, Selge Noorus). Samas võiks kaaluda ka keskmise kestusega VIPSide rakendamist, mis pakuvad tasakaalu kiirete lühisekkumiste ja pikemate programmide sügavama lähenemise vahel.

Eestis kasutatav programm **Valik** on hea näide n-ö mõõduka kestusega programmist, võimaldades paindlikku kohtumiste arvu (üks kuni kuus kohtumist). Rahvusvahelisest praktikast võib eeskujuks võtta **Teen Intervene** programmi, mille ülesehitus võimaldab struktureeritud, kuid ajaliselt mõõdukat sekkumist. See koosneb kolmest kohtumisest: kaks keskenduvad noorele ja kolmas lapsevanemale või hooldajale. Kohtumised toimuvad 7–10-päevaste vahedega, pakkudes piisavalt aega reflekteerimiseks, kuid säilitades sekkumise kompaktsuse. Iga kohtumine on tunnipikkune, tagades, et arutelu jõuab piisava sügavuseni. Sellised keskmise kestusega programmid võiksid täiendada Eesti praegust VIPSide spektrit, pakkudes paindlikumaid võimalusi erinevate vajadustega inimestele.

5.2.2 Muud õppetunnid ja takistused

Rahvusvaheliselt kasutatavate ja uuritavate VIPSide piiratus

Enamik rahvusvaheliselt uuritud VIPSe on keskendunud alkoholi ja suitsetamisega seotud sekkumistele, samas kui narkootikumide tarvitamise puhul on teadusuuringuid vähem. See piirab võimalusi teha kaugemale ulatuvaid järeldusi VIPSide tõhususe kohta erinevate uimastite lõikes ning võrdlusi erinevatele uimastitele suunatud VIPSide vahel. Lisaks on rahvusvaheliselt laiem rõhk lühisekkumistel, mis viitab sellele, et

väheintensiivsed sekkumised väljaspool lühisekkumisi pole rahvusvaheliselt palju tähelepanu pälvinud, pärssides nende üldist tõhususe hindamist.

Lõpuks on rahvusvahelised VIPSid suuresti sarnased Eesti omadega, kuna praktikas ei ole välja kujunenud märkimisväärsed erinevusi nende erinevates vormides või tehnikates. Peamised suunad on motiveeriva intervjuerimise ja kognitiiv-käitumusliku teraapia võtete kasutamine sekkumistes, mis erinevad peamiselt vaid selle poolest, mitu kohtumist on kliendi ja spetsialisti vahel arvestatud. See viitab sellele, et rahvusvahelised tõendus põhised lähenemised on Eestis juba paljuski kasutusel, kuid ka sellele, et valdkonnas üldiselt võib esineda arenguruumi uuenduslike ja sihtrühmale paremini kohandatud meetodite loomiseks.

5.3 Muud tõhusad ennetuse abivahendid

Sõltuvushäirete ja nende sotsiaalsete mõjurite tõhusaks vähendamiseks on vaja eri valdkondade koostööd. Lisaks tervishoiule tuleb kaasata ka haridusasutused, sotsiaalteenused ja kohalikud kogukonnad, et tagada varajane sekkumine ja järjepidev abi (Griffin & Botvin, 2023). Teaduskirjanduses on lisaks VIPSidele sageli esitatud ka teisi tõhusaid abivahendeid, mis ei kuulu VIPSide kategooriasse, kuid neid rakendatakse sageli samaaegselt või need täiustavad üldist süsteemset uimastitarvitamise ennetamise ja vähendamise strateegiat.

Laiem uimastitarvitamise vähendamise süsteem hõlmab lisaks sekundaarsele ennetusele ka primaarset ennetust ja sõltuvusravi.

– Üldised ennetusprogrammid

Primaarse ennetuse programmid (sh nt kohalikud algatused) aitavad inimestel oma tarvitamisharjumusi iseseisvalt teadvustada ning ennetada probleemide kujunemist enne, kui need sõltuvuseks arenevad. Seeläbi võimaldavad need kaasata ka riskirühmi, kelle tarvitamine võib olla problemaatiline, kuid kes ei pruugi veel abi otsida või oma probleemi teadvustada. Ennetusprogrammid võivad olla kooli-, pere, või kogukonnapõhised.

Näiteks koolides rakendatavad ennetusprogrammid annavad noortele teadmisi uimastite mõju kohta, arendavad sotsiaalseid oskusi ja edendavad tervislikke eluviise. Samuti aitavad need tuvastada riskirühma kuuluvaid noori ja pakkuda neile sihitud sekkumisi. Efektiivsust suurendavad sihtrühmale kohandatud, interaktiivsed tegevused ja arutelud, mis toetavad teadlikkuse kasvu ja riskide ennetamist. Head näited teaduspõhistest koolis rakendatavatest ennetusprogrammidest on **Unplugged**, **+FRANK** ja **FRANK friends**, **PreVenture** ning **OurFutures** (vt 4.3 Primaarse ja sekundaarse ennetuse programmid).

Ennetusprogrammid hõlmavad ka erinevaid väljakutseid ja kohalikke algatusi, mis aitavad tõsta teadlikkust ja motiveerida inimesi tervislikumaid valikuid tegema. Näiteks Eestis korraldatakse iga-aastaselt kampaaniat „**Septembris ei joo**“, mis julgustab inimesi vähemalt üheks kuuks alkoholist loobuma (TAI, 2024d). Mitmes riigis, sh Eestis, on katsetatud koolipõhist programmi **Be Smart – Don’t Start**, kus klassid võtavad kohustuse jääda kuueks kuuks suitsuvabaks (The European Union Drugs Agency, i.a). Edukalt osalenud klassid pääsevad loos, kus neil on võimalus võita auhindu (The European Union Drugs Agency, i.a). Sellised kampaaniad ja väljakutsed võivad teadlikkuse suurendamise kõrval tugevdada kogukonnatunde loomist. Nii saavad inimesed üksteist toetada ja motiveerida, soodustades seega käitumismuutusi ja vastutuse võtmist.

– Nõuandeliinid

Samuti on oluline roll nõuandeliinidel, mis pakuvad tuge ja nõu igal ajal, olles kergesti ligipääsetavad inimestele, kes võivad vajada professionaalset abi või lihtsalt tuge oma tarvitamisharjumuste muutmiseks. Need teenused on sageli anonüümsed, mis muudab nad eriti kasulikuks neile, kes ei soovi oma probleemidest avalikult rääkida. Nõuandeliinide kaudu saab inimene rääkida spetsialisti või nõustajaga, kes aitab neil saada professionaalset juhendamist, hinnata oma tarvitamispraktikaid ja arendada strateegiaid enesekehtestamiseks. Samuti võivad nad inimesi vajaduse korral suunata täiendavatele teenustele (nt VIPSid).

Austraalias on näiteks kasutusel SMS-põhine teenus **Text the Effects**, kust saab sõnumi teel küsida infot enamlevinud uimastite ja nende kõrvalmõjude kohta kiirelt ja konfidentsiaalselt. Sõnumi teel saab

vastuseid narkootiliste ainete mõju kohta, erinevate narkootiliste ainete koostoime ja riskide kohta, samuti nõuandeid uimastite tarvitamise vähendamiseks. Info katab enamlevinud uimasteid Drug Wheel liigituse järgi, mille eestikeelne versioon on kättesaadav TAI kodulehel¹⁶. Teenus on tasuta ja kättesaadav kõikjal Austraalias (Alcohol and Drug Foundation, 2024).

Eestis on kasutusel **narko.ee tugiliin**, mis pakub tuge nii uimasteid tarvitavatele inimestele kui ka nende lähedastele. Tugiliini vaimse tervise spetsialistid jagavad usaldusväärset infot, suunavad abiteenustele ja aitavad leida sobivaid lahendusi. Teenus on kättesaadav iga päev eesti ja vene keeles telefoni, e-posti ning veebivestluse kaudu. Pöördumine e-kirja ja vestlusrakenduse kaudu on tasuta (Narko.ee, 2025d).

– Juhendamata eneseabi programmid/materjalid

Juhendamata eneseabi programmid on oluline osa uimastitarvitamise vähendamise süsteemist, pakkudes inimestele vahendeid oma harjumuste hindamiseks ja muutmiseks iseseisvalt. Need võivad hõlmata teemakohaseid veebilehekülgi, enesehindamise teste, töövihikuid ja mobiilirakendusi. Ennetusprogrammid, väljakutsed ja nõuandeliinid võivad inimesi suunata neid materjale kasutama, kuid sageli otsivad inimesed neid ka ise. Sellised programmid on eelkõige mõeldud madalama riskitasemega tarvitajatele ning teadusuuringud viitavad, et need võivad olla tõhusad, eriti esmakordsete abiotsijate seas (Riper et al., 2014).

Mõned uuringud problemaatiliste alkoholi tarvitajate seas on näidanud, et juhendamata eneseabi programmid võivad olla sama tõhusad kui juhendatud sekkumised (Johansson et al., 2021; Riper et al., 2014). Uurijad on aga märkinud, et see võib olla tingitud asjaolust, et veebipõhiseid programme kasutavad sageli esmakordsed abiotsijad. Nende puhul võib juba pelgalt sekkumise kättesaadavus aidata, sõltumata sellest, kas see on juhendatud või mitte (Riper et al., 2014).

Mobiilirakendustel põhinevad eneseabi programmid on osutunud tõhusaks erinevates uuringutes (nt Bertholet et al., 2023; Cunningham et al., 2024). Üks selline rakendus sisaldab kuut kasulikku moodulit: (a) isikustatud tagasiside alkoholitarvitamise kohta; (b) vere alkoholisisalduse arvutusvahend; (c) enesemonitoorimise tööriist; (d) eesmärkide seadmine; (e) määratud juhi tööriist; ning (f) faktilised (täpsem teave vt Bertholet et al., 2023). Sellised funktsioonid võivad mõõdukatel tarvitajatel aidata oma tarvitamist paremini teadvustada, hallata ning seatud eesmärgi saavutada, toetades seeläbi ka teisi eluvaldkondi.

¹⁶ [NARKO-Info-Circle-EST-A4-preview](#)

6. Kasutatud kirjandus

- Acuff, S. F., Voss, A. T., Dennhardt, A. A., Borsari, B., Martens, M. P., & Murphy, J. G. (2019). Brief Motivational Interventions Are Associated with Reductions in Alcohol-Induced Blackouts Among Heavy Drinking College Students. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 43(5), 988–996. <https://doi.org/10.1111/acer.14019>
- Airagnes, G., Lemogne, C., Meneton, P., Plessz, M., Goldberg, M., Hoertel, N., Roquelaure, Y., Limosin, F., & Zins, M. (2019). Alcohol, tobacco and cannabis use are associated with job loss at follow-up: Findings from the CONSTANCES cohort. *PLoS one*, 14(9), e0222361. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222361>
- Akers, R. L. (1985). *Deviant behavior: a social learning approach* (3rd ed). Wadsworth Pub. Co.
- Akers, R. L. (1998). *Social learning and social structure: A general theory of crime and deviance*. Boston, MA: Northeastern University Press.
- Alcaro, A., Huber, R., & Panksepp, J. (2007). Behavioral functions of the mesolimbic dopaminergic system: an affective neuroethological perspective. *Brain research reviews*, 56(2), 283–321. <https://doi.org/10.1016/j.brainresrev.2007.07.014>
- Alcohol and Drug Foundation. (2025). *Text the Effects*. Vaadatud 31.01.2025, <https://adf.org.au/resources/text-the-effects/>
- Alibegović, D.J., & Slijepčević, S. (2015). Assessment of Drug-Related Public Expenditures in Croatia. *Drustvena Istrazivanja*, 24, 1-20. <https://hrcak.srce.hr/file/204089>
- Alkoinfo.ee. (i.a). *Programm "Selge"*. Vaadatud 04.02.2025, <https://alkoinfo.ee/et/kuidas-vahendada/programm-selge/>
- American Lung Association. (2024). *N-O-T: Not On Tobacco—Proven Teen Smoking and Vaping Cessation Program*. Vaadatud 20.01.2025, <https://www.lung.org/quit-smoking/helping-teens-quit/not-on-tobacco>
- Andrews, J.L., Birrell, L., Chapman, C., Teesson, M., Newton, N., Allsop, S., McBride, N., Hides, L., Andrews, G., Olsen, N., Mewton, L.*, & Slade, T.* (2022). Evaluating the effectiveness of a universal eHealth school-based prevention program for depression and anxiety, and the moderating role of friendship network characteristics. *Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/s0033291722002033> (*joint senior author)
- Ani, Ü. (2010). *Suitsetamisest loobumise meditsiiniline nõustamine. Metoodiline juhendmaterjal*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut. Vaadatud 09.01.2025, https://www.tai.ee/sites/default/files/2021-03/135789023495_Suitsetamisest_loobumise_meditsiiniline_noustamine_est.pdf
- Arbour, S., Gavrysh, I., Hambley, J. M., Tse, A., Ho, V., & Bell, M. L. (2014). Addiction treatment and work-related outcomes: Examining the impact of employer involvement and substance of choice on absenteeism, tardiness, and productivity. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 29(1), 73–90. <https://doi.org/10.1080/15555240.2014.866478>
- Babor, T. F., McRee, B. G., Kassebaum, P. A., Grimaldi, P. L., Ahmed, K., & Bray, J. (2007). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. *Substance abuse*, 28(3), 7–30. https://doi.org/10.1300/J465v28n03_03
- Baer, J. S., Kivlahan, D. R., Blume, A. W., McKnight, P., & Marlatt, G. A. (2001). Brief intervention for heavy-drinking college students: 4-year follow-up and natural history. *American journal of public health*, 91(8), 1310–1316. <https://doi.org/10.2105/ajph.91.8.1310>

- Bandura, A., Ross, D., & Ross, S. A. (1961). Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63(3), 575.
- Barati, M., Bashirian, S., Mohammadi, Y., Moeini, B., Mousali, A., & Afshari, M. (2021). An ecological approach to exploring factors affecting substance use relapse: a systematic review. *Journal of Public Health*, 31, 135-148. <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01412-x>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Bernstein, J., Bernstein, E., Belanoff, C., Cabral, H. J., Babakhanlou-Chase, H., Derrington, T. M., Diop, H., Douriez, C., Evans, S. R., Jacobs, H., & Kotelchuck, M. (2014). The association of injury with substance use disorder among women of reproductive age: an opportunity to address a major contributor to recurrent preventable emergency department visits?. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 21(12), 1459–1468. <https://doi.org/10.1111/acem.12548>
- Bertholet, N., Schmutz, E., Studer, J., Adam, A., Gmel, G., Cunningham, J. A., McNeely, J., & Daeppen, J. B. (2023). Effect of a smartphone intervention as a secondary prevention for use among university students with unhealthy alcohol use: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, 382, e073713. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-073713>
- Birrell, L., Newton, N. C., Slade, T., Chapman, C., Mewton, L., McBride, N., ... & Teesson, M. (2018). Evaluating the long-term effectiveness of school-based depression, anxiety, and substance use prevention into young adulthood: protocol for the Climate School Combined Study. *JMIR research protocols*, 7(11), e11372.
- Booij, L., Welfeld, K., Leyton, M., Dagher, A., Boileau, I., Sibon, I., Baker, G. B., Diksic, M., Soucy, J. P., Pruessner, J. C., Cawley-Fiset, E., Casey, K. F., & Benkelfat, C. (2016). Dopamine cross-sensitization between psychostimulant drugs and stress in healthy male volunteers. *Translational psychiatry*, 6(2), e740. <https://doi.org/10.1038/tp.2016.6>
- Borsari, B., & Carey, K. B. (2000). Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), 728–733.
- Bourdige, C., Brousse, G., Morel, F., Pereira, B., Lambert, C., Izaute, M., & Teissedre, F. (2022). "Intervention Program Based on Self": A Proposal for Improving the Addiction Prevention Program "Unplugged" through Self-Concept. *International journal of environmental research and public health*, 19(15), 8994. <https://doi.org/10.3390/ijerph19158994>
- Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 186, 11–17. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.1.11>
- Breaking Free. (i.a). *Frequently Asked Questions*. Vaadatud 07.02.2025, <https://www.breakingfreeonline.com/faq>
- Brown, H. D., & DeFulio, A. (2020). Contingency management for the treatment of methamphetamine use disorder: A systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 216, 108307. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108307>
- Butters, J. E. (2004). The impact of peers and social disapproval on high-risk cannabis use: Gender differences and implications for drug education. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 11(5), 381–390. <https://doi.org/10.1080/09687630410001704437>
- Cafferky, B. M., Mendez, M., Anderson, J. R., & Stith, S. M. (2018). Substance use and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Psychology of Violence*, 8(1), 110–131. <https://doi.org/10.1037/vio0000074>.
- Carney, T., & Myers, B. (2012). Effectiveness of early interventions for substance-using adolescents: findings from a systematic review and meta-analysis. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 7, 25. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-7-25>

- Carpenter, C. S., McClellan, C. B., & Rees, D. I. (2017). Economic conditions, illicit drug use, and substance use disorders in the United States. *Journal of health economics*, 52, 63–73. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2016.12.009>
- Castrellon, J. J., Zald, D. H., Samanez-Larkin, G. R., & Seaman, K. L. (2024). Adult age-related differences in susceptibility to social conformity pressures in self-control over daily desires. *Psychology and Aging*, 39(1), 102–112. <https://doi.org/10.1037/pag0000790>
- Center for Technology and Behavioral Health. (2025). *Project Quit: Program Overview*. Vaadatud 13.01.2025, <https://www.c4tbh.org/program-review/project-quit/>
- Champion, K. E., Debenham, J., Teesson, M., Stapinski, L. A., Devine, E., Barrett, E. L., ... & Newton, N. C. (2024). Effect of a selective personality-targeted prevention program on 7-year illicit substance related outcomes: A secondary analysis of a cluster randomized controlled trial. *Drug and alcohol dependence*, 258, 111266.
- Chermack, S. T., Grogan-Kaylor, A., Perron, B. E., Murray, R. L., De Chavez, P., & Walton, M. A. (2010). Violence among men and women in substance use disorder treatment: a multi-level event-based analysis. *Drug and alcohol dependence*, 112(3), 194–200. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.06.005>
- Children's Wisconsin. (2025). *Teen intervene*. Vaadatud 13.01.2025, <https://childrenswi.org/medical-care/adolescent-health-and-medicine/issues-and-concerns/youth-rural-health-interventions-toolkit/implementation/teen-intervene>
- Chua, H. F., Ho, S. S., Jasinska, A. J., Polk, T. A., Welsh, R. C., Liberzon, I., & Strecher, V. J. (2011). Self-related neural response to tailored smoking-cessation messages predicts quitting. *Nature neuroscience*, 14(4), 426–427. <https://doi.org/10.1038/nn.2761>
- Collins, B. J., Cuddy, K., & Martin, A. P. (2016). Assessing the effectiveness and cost-effectiveness of drug intervention programs: UK case study. *Journal of Addictive Diseases*, 36(1), 5–13. <https://doi.org/10.1080/10550887.2016.1182299>
- Critchley, K. & Whitfield, M. (2017). *Criminal Justice Project: Drug Interventions Programme. Wirral DIP Activity Profile (2015/16)*. Liverpool John Moores University. https://www.ljmu.ac.uk/~media/phi-reports/pdf/2017_03_criminal_justice_project_drug_interventions_programme_wirral_dip_activity_profile_.pdf
- Cunningham, J. A., Godinho, A., Schell, C., Studer, J., Wardell, J. D., Garnett, C., & Bertholet, N. (2024). Randomized controlled trial of a smartphone app designed to reduce unhealthy alcohol consumption. *Internet interventions*, 36, 100747. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2024.100747>
- Cunningham, J. A., Murphy, M., & Hendershot, C. S. (2014). Treatment dismantling pilot study to identify the active ingredients in personalized feedback interventions for hazardous alcohol use: randomized controlled trial. *Addiction science & clinical practice*, 10(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s13722-014-0022-1>
- Čurová, V., Orosová, O., Abrinková, L., & Štefaňáková, M. (2021). Effectiveness of the programs Unplugged and Unplugged 2 on alcohol use and smoking among schoolchildren. In *International Psychological Applications Conference and Trends* (pp. 426-428).
- Dare, P. S., & Begun, A. (2020). *Introduction to Substance Use Disorders*. MSL Academic Endeavors at Cleveland State University. <https://pressbooks.ulib.csuohio.edu/substancemisusepart1/>
- Davis, D. R., Kurti, A. N., Skelly, J. M., Redner, R., White, T. J., & Higgins, S. T. (2016). A review of the literature on contingency management in the treatment of substance use disorders, 2009-2014. *Preventive medicine*, 92, 36–46. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.08.008>
- Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Grant, B. F. (2008). Age at first drink and the first incidence of adult-onset DSM-IV alcohol use disorders. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 32(12), 2149–2160. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2008.00806.x>

- Di Chiara, G., & Imperato, A. (1988). Drugs abused by humans preferentially increase synaptic dopamine concentrations in the mesolimbic system of freely moving rats. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 85(14), 5274–5278. <https://doi.org/10.1073/PNAS.85.14.5274>.
- DiClemente, C. C., Corno, C. M., Graydon, M. M., Wiprovnick, A. E., & Knoblach, D. J. (2017). Motivational interviewing, enhancement, and brief interventions over the last decade: A review of reviews of efficacy and effectiveness. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(8), 862–887. <https://doi.org/10.1037/adb0000318>
- Dino, G. A., Horn, K. A., Goldcamp, J., Maniar, S. D., Fernandes, A., & Massey, C. J. (2001). Statewide demonstration of not on tobacco: a gender-sensitive teen smoking cessation program. *The Journal of school nursing: the official publication of the National Association of School Nurses*, 17(2), 90–97. <https://doi.org/10.1177/105984050101700206>
- Dino, G.A., Kamal, K., Horn, K., Kalsekar, I., & Fernandes, A. (2004). Stage of change and smoking cessation outcomes among adolescents. *Addictive behaviors*, 29(5), 935–940. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.01.004>
- Doyle, S. R., & Donovan, D. M. (2009). A validation study of the alcohol dependence scale. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 70(5), 689–699. <https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.689>
- Drnach-Bonaventura, G. M., Moore, D. W., Scott, G. L., Cloutier, R. M., & Pringle, J. L. (2024). Why Substance Use Screening Frequency Matters in Adult Primary Care. *Substance use & addiction journal*, 45(1), 65–73. <https://doi.org/10.1177/29767342231210112>
- Dugdale, S., Elison, S., Davies, G., & Ward, J. (2017). Applying behavior change theories and qualitative methods in substance misuse implementation research: conceptualizing the adoption of breaking free online in real-world clinical practice. *Qualitative Health Research*, 27(7), 1049–1059.
- Edovald, T. (2022). *Kas mu tegemistest on tolku? Tõendus põhise praktiku teekonda teotavad raamistikud*. https://www.tai.ee/sites/default/files/2022-10/Kas%20mu%20tegemistest%20on%20tolku_%20T%C3%B5endus%C3%B5hise%20praktiku%20teekonda%20toetavad%20raamistikud%2C%20Triin%20Edovald.pdf
- Eesti Kognitiivse ja Käitumisteraapia Assotsiatsioon. (i.a). *Mida kujutab endast KKT? Vaadatud 12.02.2025*, <https://ekka.ee/lugemiseks/mida-kujutab-endast-kkt>
- Eesti Kohtueksperitiisi Instituut. (2024). *Reovee uuringud*. Vaadatud 22.12.2024, <https://www.ekei.ee/et/statistika-ja-kasulikud-viited/reovee-uuringud>
- Eesti Konjunkturiinstituut. (2024). *Eesti alkoholiturg, alkoholi tarvitamine ja alkoholipoliitika 2023. aastal*. <https://www.sm.ee/sites/default/files/documents/2024-08/Eesti%20alkoholiturg%2C%20alkoholi%20tarvitamine%20ja%20alkoholipoliitika%202023.%20aastal.pdf>
- Eesti Motiveeriva Intervjueerimise ja Treeningu Assotsiatsioon. (2023). *Meetodist*. Vaadatud 12.02.2025, <https://emita.ee/meetodist-2/>
- Eesti Psühhiaatri Selts. (2020). *Psühhiaatria eriala arengukava aastateks 2020–2030*. <https://www.sm.ee/media/2155/download>
- Elison, S., Humphreys, L., Ward, J., & Davies, G. (2014). A pilot outcomes evaluation for computer assisted therapy for substance misuse--an evaluation of Breaking Free Online. *Journal of Substance Use*, 19(4), 313–318.
- Elison, S., Weston, S., Davies, G., Dugdale, S., & Ward, J. (2015). Findings from mixed-methods feasibility and effectiveness evaluations of the “Breaking Free Online” treatment and recovery programme for substance misuse in prisons. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 23(2), 176–185. <https://doi.org/10.3109/09687637.2015.1090397>
- Esmaeelzadeh, S., Moraros, J., Thorpe, L., & Bird, Y. (2018). Examining the association and directionality between mental health disorders and substance use among adolescents and young adults in the US and

- Canada — a systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical medicine*, 7(12), 543. <https://doi.org/10.3390/jcm7120543>.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2024). *European Drug Report 2024: Trends and Developments*. <https://doi.org/10.2810/91693>
- Farmer, R. F., Kosty, D. B., Seeley, J. R., Gau, J. M., & Klein, D. N. (2019). Family Aggregation of Substance Use Disorders: Substance Specific, Nonspecific, and Intrafamilial Sources of Risk. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 80(4), 462–471. <https://doi.org/10.15288/jsad.2019.80.462>
- Fazzino, T. L., Bjorlie, K., & Lejuez, C. W. (2019). A systematic review of reinforcement-based interventions for substance use: Efficacy, mechanisms of action, and moderators of treatment effects. *Journal of substance abuse treatment*, 104, 83–96. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.06.016>
- Forbes, E. E., Brown, S. M., Kimak, M., Ferrell, R. E., Manuck, S. B., & Hariri, A. R. (2009). Genetic variation in components of dopamine neurotransmission impacts ventral striatal reactivity associated with impulsivity. *Molecular psychiatry*, 14(1), 60–70. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4002086>
- Gabrhelik, R., Duncan, A., Miovsky, M., Furr-Holden, C. D., Stastna, L., & Jurystova, L. (2012). "Unplugged": a school-based randomized control trial to prevent and reduce adolescent substance use in the Czech Republic. *Drug and alcohol dependence*, 124(1-2), 79–87. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.12.010>
- GBD 2016 Alcohol and Drug Use Collaborators (2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The lancet. Psychiatry*, 5(12), 987–1012. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30337-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30337-7)
- Gelberg, L., Andersen, R. M., Afifi, A. A., Leake, B. D., Arangua, L., Vahidi, M., Singleton, K., Yacenda-Murphy, J., Shoptaw, S., Fleming, M. F., & Baumeister, S. E. (2015). 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 (Abingdon, England)*, 110(11), 1777–1790. <https://doi.org/10.1111/add.12993>
- Gelberg, L., Andersen, R. M., Rico, M. W., Vahidi, M., Natera Rey, G., Shoptaw, S., Leake, B. D., Serota, M., Singleton, K., & Baumeister, S. E. (2017). A pilot replication of QUIT, a randomized controlled trial of a brief intervention for reducing risky drug use, among Latino primary care patients. *Drug and alcohol dependence*, 179, 433–440. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.04.022>
- Gex, K. S., Mun, E. Y., Barnett, N. P., McDevitt-Murphy, M. E., Ruggiero, K. J., Thurston, I. B., Olin, C. C., Voss, A. T., Withers, A. J., & Murphy, J. G. (2023). A randomized pilot trial of a mobile delivered brief motivational interviewing and behavioral economic alcohol intervention for emerging adults. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 37(3), 462–474. <https://doi.org/10.1037/adb0000838>
- Gifford, H., Paton, S., Cvitanovic, L., McMenamin, J., & Newton, C. (2012). Is routine alcohol screening and brief intervention feasible in a New Zealand primary care environment. *The New Zealand medical journal*, 125(1354), 17–25.
- Ginley, M. K., Pfund, R. A., Rash, C. J., & Zajac, K. (2021). Long-term efficacy of contingency management treatment based on objective indicators of abstinence from illicit substance use up to 1 year following treatment: A meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 89(1), 58–71. <https://doi.org/10.1037/ccp0000552>
- Griffin, K. W., & Botvin, G. J. (2010). Evidence-based interventions for preventing substance use disorders in adolescents. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 19(3), 505–526. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2010.03.005>
- Halladay, J., Sunderland, M., Newton, N. C., Lynch, S. J., Chapman, C., Stapinski, L., ... Slade, T. (2024). Do school-based prevention programs impact co-occurring alcohol use and psychological distress during adolescence? *Psychological Medicine*, 54(16), 4725–4735. doi:10.1017/S0033291724002897

- Hanley Foundation. (2025). *Teen Intervene*. Vaadatud 13.01.2025, <https://hanleyfoundation.org/prevention/teen-intervene/>
- Hazelden. (i.a). *Teen-Intervene: Using Brief Intervention with Substance-Abusing Adolescents*. https://www.hazelden.org/HAZ_MEDIA/scopseq_teenintervene.pdf
- Hatoum, A. S., Colbert, S. M. C., Johnson, E. C., Huggett, S. B., Deak, J. D., Pathak, G., Jennings, M. V., Paul, S. E., Karcher, N. R., Hansen, I., Baranger, D. A. A., Edwards, A., Grotzinger, A., Substance Use Disorder Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, Tucker-Drob, E. M., Kranzler, H. R., Davis, L. K., Sanchez-Roige, S., Polimanti, R., Gelernter, J., ... Agrawal, A. (2023). Multivariate genome-wide association meta-analysis of over 1 million subjects identifies loci underlying multiple substance use disorders. *Nature. Mental health*, 1(3), 210–223. <https://doi.org/10.1038/s44220-023-00034-y>
- Haynie, D. L. (2002). Friendship networks and delinquency: The relative nature of peer delinquency. *Journal of Quantitative Criminology*, 18(2), 99–134. <https://doi.org/10.1023/A:1015227414929>
- Hines, D. A., & Douglas, E. M. (2012). Alcohol and drug abuse in men who sustain intimate partner violence. *Aggressive behavior*, 38(1), 31–46. <https://doi.org/10.1002/ab.20418>
- Home Office. (2011, mai 13). *Drug Interventions Programme Operational Handbook*. <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a74937440f0b616bcb1798d/DIP-Operational-Handbook.pdf>
- Horn, K., Dino, G., Kalsekar, I., & Mody, R. (2005). The Impact of Not on Tobacco on Teen Smoking Cessation: End-of-Program Evaluation Results, 1998 to 2003. *Journal of Adolescent Research*, 20(6), 640–661. <https://doi.org/10.1177/0743558405274891>
- Horn, K., Fernandes, A., Dino, G., Massey, C. J., & Kalsekar, I. (2003). Adolescent nicotine dependence and smoking cessation outcomes. *Addictive behaviors*, 28(4), 769–776. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(02\)00229-0](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(02)00229-0)
- Hubbard, R. L., Marsden, M. E., Rachal, J. V., Harwood, H. J., Cavanaugh, E. R., & Ginzburg, H. M. (1989). *Drug abuse treatment: A national study of effectiveness*. University of North Carolina Press.
- Huh, D., Mun, E. Y., Larimer, M. E., White, H. R., Ray, A. E., Rhew, I. C., Kim, S. Y., Jiao, Y., & Atkins, D. C. (2015). Brief motivational interventions for college student drinking may not be as powerful as we think: an individual participant-level data meta-analysis. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 39(5), 919–931. <https://doi.org/10.1111/acer.12714>
- Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T., Souza-Formigoni, M. L., de Lacerda, R. B., Ling, W., McRee, B., Newcombe, D., Pal, H., Poznyak, V., Simon, S., & Vendetti, J. (2012). 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 (Abingdon, England)*, 107(5), 957–966. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03740.x>
- Humeniuk, R., Henry-Edwards, S., Ali, R., Poznyak, V., & Monteiro, M. (2010a). *The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care*. World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44321/9789241599399_eng.pdf?sequence=1
- Humeniuk, R., Henry-Edwards, S., Ali, R., Poznyak, V., & Monteiro, M. (2010b). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care*. World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44320/9789241599382_eng.pdf?sequence=1
- Humeniuk, R., Newcombe, D. A. L., Dennington, V., & Ali, R. (2018). A randomised controlled trial of a brief intervention for illicit drug use linked to ASSIST screening in a primary healthcare setting: results from the Australian component of the World Health Organization Phase III ASSIST studies. *Australian journal of primary health*, 24(2), 149–154. <https://doi.org/10.1071/PY17056>
- Hunt, G., & Barker, J. C. (2001). Socio-cultural anthropology and alcohol and drug research: towards a unified theory. *Social science & medicine* (1982), 53(2), 165–188. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00329-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00329-4)

- Ilves, K., Kubre, M.-A., Saapar, M., Randver, R., Haring, L. & Kastepõld-Tõrs, K. (2023b). *Välisriikide madala intensiivsusega psühholoogiliste sekkumiste rakendusmodelite analüüs ja stsenaariumite väljatöötamine astmelise psühholoogilise abisüsteemi rakendamiseks Eestis*. RAKE, Tartu. https://skytte.ut.ee/sites/default/files/2023-03/RAKE_MIPS_l%C3%B5ppraport_ISBN.pdf
- Ilves, K., Kubre, M.-A., Timberg, M., Tubelt, E., Haring, L., & Randver, R. (2023a). *Eestis kasutatavate väheintensiivsete psühholoogiliste sekkumiste ülevaade*. RAKE, Tartu. https://skytte.ut.ee/sites/default/files/2024-01/RAKE_VIPS_raport_ISBN.pdf
- Jensen, C. D., Cushing, C. C., Aylward, B. S., Craig, J. T., Sorell, D. M., & Steele, R. G. (2011). Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(4), 433–440. <https://doi.org/10.1037/a0023992>
- Johansson, M., Berman, A. H., Sinadinovic, K., Lindner, P., Hermansson, U., & Andréasson, S. (2021). Effects of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Harmful Alcohol Use and Alcohol Dependence as Self-help or With Therapist Guidance: Three-Armed Randomized Trial. *Journal of medical Internet research*, 23(11), e29666. <https://doi.org/10.2196/29666>
- Johnson, E. C., Demontis, D., Thorgeirsson, T. E., Walters, R. K., Polimanti, R., Hatoum, A. S., Sanchez-Roige, S., Paul, S. E., Wendt, F. R., Clarke, T. K., Lai, D., Reginsson, G. W., Zhou, H., He, J., Baranger, D. A. A., Gudbjartsson, D. F., Wedow, R., Adkins, D. E., Adkins, A. E., Alexander, J., ... Agrawal, A. (2020). A large-scale genome-wide association study meta-analysis of cannabis use disorder. *The lancet. Psychiatry*, 7(12), 1032–1045. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30339-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30339-4)
- Joyner, K. J., Pickover, A. M., Soltis, K. E., Dennhardt, A. A., Martens, M. P., & Murphy, J. G. (2016). Deficits in Access to Reward Are Associated with College Student Alcohol Use Disorder. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 40(12), 2685–2691. <https://doi.org/10.1111/acer.13255>
- Jürjen, T. (2021). *Programmi „Kainem ja tervem Eesti“ mõju TAI lepingupartneriteks olevate keskuste praktikale ALVAL teenuse osutamisel*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut. https://www.tai.ee/sites/default/files/2022-03/ALVAL_2021.pdf
- Kaal, E., & Vorobjov, S. (2020). *Alkoholitarvitamise vähendamisele suunatud veebipõhise eneseabiprogrammi „Selge“ mõju-uuringu aruanne*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut. Vaadatud 08.01.2025, https://www.tai.ee/sites/default/files/2021-03/15909923064_Alkoholitarvitamise_vahendamisele_suunatud_veebipohise_eneseabiprogrammi_Selge_mujuuuringu_aruanne.pdf
- Kallaste, K., & Vaher, M. (2022). *Tugiisik narkootikumide tarvitavatele inimestele ehk programm SÜTIK. Ülevaade programmi rakendamisest 2018-2022*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut. https://www.tai.ee/sites/default/files/2022-12/SYTIK_ulevaade.2022_0.pdf
- Kaner, E. F., Beyer, F. R., Garnett, C., Crane, D., Brown, J., Muirhead, C., Redmore, J., O'Donnell, A., Newham, J. J., de Vocht, F., Hickman, M., Brown, H., Maniatopoulos, G., & Michie, S. (2017). Personalised digital interventions for reducing hazardous and harmful alcohol consumption in community-dwelling populations. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9(9), CD011479. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011479.pub2>
- Kaner, E. F., Beyer, F. R., Muirhead, C., Campbell, F., Pienaar, E. D., Bertholet, N., Daeppen, J. B., Saunders, J. B., & Burnand, B. (2018). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2(2), CD004148. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004148.pub4>
- Kant, R., Yadav, P., & Bairwa, M. (2021). Effectiveness of the Internet-Based Versus Face-to-Face Interaction on Reduction of Tobacco Use Among Adults: A Meta-Analysis. *Cureus*, 13(11), e19380. <https://doi.org/10.7759/cureus.19380>

- King, K. M., & Chassin, L. (2007). A prospective study of the effects of age of initiation of alcohol and drug use on young adult substance dependence. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 68(2), 256–265. <https://doi.org/10.15288/jsad.2007.68.256>
- Kivistik, K., Jurkov, K., Pihelgas, M., Toomik, K., Aavik, A-L., Juuse, L., & Pesti, M. (2023). *Tubaka- ja nikotiinitoodete tarvitamise uuring*. Balti Uuringute Instituut. <https://www.sm.ee/sites/default/files/documents/2023-02/Tubaka-%20ja%20nikotiinitoodete%20tarvitamise%20uuring.pdf>
- Kohler, S., & Hofmann, A. (2015). Can motivational interviewing in emergency care reduce alcohol consumption in young people? A systematic review and meta-analysis. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 50(2), 107–117. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agu098>
- Krank, M. (2024). Evaluation of cognitive and behavioral effects of personality-based substance use prevention in Canada. Conference paper, retrieved from [InPACT 2024 Proceedings](#)
- Kruis, N. E., Seo, C., & Kim, B. (2020). Revisiting the Empirical Status of Social Learning Theory on Substance Use: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Substance use & misuse*, 55(4), 666–683. <https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1696821>
- Kuntsche, S., & Kuntsche, E. (2016). Parent-based interventions for preventing or reducing adolescent substance use - A systematic literature review. *Clinical psychology review*, 45, 89–101. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.02.004>
- Küüts, A. (2024, märts 26). Reoveeuuring 13 linnas: enim kokaiini leitud Rakvere reovees. *Justitsministeerium*. <https://www.just.ee/uudised/reoveeuuring-13-linnas-enim-kokaiini-leitud-rakvere-reovees>
- Landy, M. S., Davey, C. J., Quintero, D., Pecora, A., & McShane, K. E. (2016). A Systematic Review on the Effectiveness of Brief Interventions for Alcohol Misuse among Adults in Emergency Departments. *Journal of substance abuse treatment*, 61, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.08.004>
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. Treatment manual. *Behavior modification*, 25(2), 255–286. <https://doi.org/10.1177/0145445501252005>
- Libertas Kliinik. (i.a). *Noorte sõltuvusalane tugiteenus*. Vaadatud 04.02.2025, <https://libertas.ee/noorte-soltuvusalane-tugiteenus/>
- Liddle, H. A., & Hogue, A. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse. In E. F. Wagner & H. B. Waldron (Eds.), *Innovations in adolescent substance abuse interventions* (pp. 229–261). Pergamon/Elsevier Science Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-008043577-0/50031-6>
- Loukola, A., Hällfors, J., Korhonen, T., & Kaprio, J. (2014). Genetics and smoking. *Current addiction reports*, 1(1), 75–82. <https://doi.org/10.1007/s40429-013-0006-3>
- Lynch, S. J., Chapman, C., Newton, N. C., Teesson, M., & Sunderland, M. (2024). Co-development of general psychopathology and high-risk personality traits during adolescence. *Development and Psychopathology*, 1–13. doi:10.1017/S0954579424001871
- Magill, M., Ray, L., Kiluk, B., Hoadley, A., Bernstein, M., Tonigan, J. S., & Carroll, K. (2019). A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *Journal of consulting and clinical psychology*, 87(12), 1093–1105. <https://doi.org/10.1037/ccp0000447>
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R., Dimeff, L. A., Larimer, M. E., Quigley, L. A., Somers, J. M., & Williams, E. (1998). Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: results from a 2-year follow-up assessment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(4), 604–615. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.66.4.604>

- McDonald D. (2011). Australian governments' spending on preventing and responding to drug abuse should target the main sources of drug-related harm and the most cost-effective interventions. *Drug and alcohol review*, 30(1), 96–100. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00197.x>
- McEvoy, P. Landwehr, E., Pearcy, C., & Campbell, B. (2020). *A Clinician's Guide to Low Intensity Psychological Interventions (LIPIs) for Anxiety and Depression*. WA Primary Health Alliance. https://www.wapha.org.au/wp-content/uploads/2021/06/210308_WAPHA_LIPI-Clinical-Manual.pdf
- McNeely, J., Kumar, P. C., Rieckmann, T., Sedlander, E., Farkas, S., Chollak, C., Kannry, J. L., Vega, A., Waite, E. A., Peccoralo, L. A., Rosenthal, R. N., McCarty, D., & Rotrosen, J. (2018). Barriers and facilitators affecting the implementation of substance use screening in primary care clinics: a qualitative study of patients, providers, and staff. *Addiction science & clinical practice*, 13(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s13722-018-0110-8>
- Meshesha, L. Z., Utzelmann, B., Dennhardt, A. A., & Murphy, J. G. (2018). A Behavioral Economic Analysis of Marijuana and Other Drug Use Among Heavy Drinking Young Adults. *Translational issues in psychological science*, 4(1), 65–75. <https://doi.org/10.1037/tps0000144>
- Meyer, S., Helps, N., McGowan, J., & Williamson, H. (2024). Domestic violence and alcohol and other drug use: Australian pilot intervention findings. *Research on Social Work Practice*, 34(7), 781-792. <https://doi.org/10.1177/10497315231201366>
- Miller, B. L., Stogner, J. M., Khey, D. N., Akers, R. L., Boman, J., & Griffin III, O. H. (2011). Magic mint, the internet, and peer associations: A test of social learning theory using patterns of Salvia divinorum use. *Journal of Drug Issues*, 41(3), 305-325. <https://doi.org/10.1177/002204261104100301>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. The Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd edition). Guilford Press.
- Miller, W. R., & Sanchez, V. C. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In G. Howard (Ed.), *Issues in alcohol use and misuse by young adults* (pp. 55-82). Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.
- Morse, A. K., Sercombe, J., Askovic, M., Fisher, A., Marel, C., Chatterton, M. L., Kay-Lambkin, F., Barrett, E., Sunderland, M., Harvey, L., Peach, N., Teesson, M., & Mills, K. L. (2023). Systematic review of the efficacy, effectiveness, and cost-effectiveness of stepped-care interventions for the prevention and treatment of problematic substance use. *Journal of substance abuse treatment*, 144, 108928. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2022.108928>
- Mun, E. Y., Zhou, Z., Huh, D., Tan, L., Li, D., Tanner-Smith, E. E., Walters, S. T., & Larimer, M. E. (2023). Brief Alcohol Interventions are Effective through 6 Months: Findings from Marginalized Zero-inflated Poisson and Negative Binomial Models in a Two-step IPD Meta-analysis. *Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research*, 24(8), 1608–1621. <https://doi.org/10.1007/s11121-022-01420-1>
- Murphy, J. G., & Dennhardt, A. A. (2016). The behavioral economics of young adult substance abuse. *Preventive medicine*, 92, 24–30. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.04.022>
- Murphy, J. G., Dennhardt, A. A., Martens, M. P., Borsari, B., Witkiewitz, K., & Meshesha, L. Z. (2019). A randomized clinical trial evaluating the efficacy of a brief alcohol intervention supplemented with a substance-free activity session or relaxation training. *Journal of consulting and clinical psychology*, 87(7), 657–669. <https://doi.org/10.1037/ccp0000412>
- Murphy, J. G., Dennhardt, A. A., Skidmore, J. R., Borsari, B., Barnett, N. P., Colby, S. M., & Martens, M. P. (2012). A randomized controlled trial of a behavioral economic supplement to brief motivational interventions for college drinking. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(5), 876–886. <https://doi.org/10.1037/a0028763>

- Murphy, J. G., Dennhardt, A. A., Skidmore, J. R., Martens, M. P., & McDevitt-Murphy, M. E. (2010). Computerized versus motivational interviewing alcohol interventions: impact on discrepancy, motivation, and drinking. *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 24(4), 628–639. <https://doi.org/10.1037/a0021347>
- Murphy, J. G., Dennhardt, A. A., Utzelmann, B., Borsari, B., Ladd, B. O., Martens, M. P., White, H. R., Yurasek, A. M., Campbell, K. W., & Witkiewitz, K. (2024). A pilot trial of a brief intervention for cannabis use supplemented with a substance-free activity session or relaxation training. *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 38(3), 255–268. <https://doi.org/10.1037/adb0000988>
- Nakagawa, T., Suzuki, Y., Nagayasu, K., Kitaichi, M., Shirakawa, H., & Kaneko, S. (2011). Repeated exposure to methamphetamine, cocaine or morphine induces augmentation of dopamine release in rat mesocorticolimbic slice co-cultures. *PLoS one*, 6(9), e24865. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0024865>
- Narko.ee. (2025a). *Nõustamisprogramm kanepitarvitajatele (VALIK programm)*. Vaadatud 04.02.2025, <https://www.narko.ee/siit-saad-abi/noustamisprogramm-kanepitarvitajatele/>
- Narko.ee. (2025b). *Tugiisik narkootikume tarvitavale inimesele (SÜTIK programm)*. Vaadatud 04.02.2025, <https://www.narko.ee/siit-saad-abi/tugiisik-narkootikumide-tarvitajale-sutik-programm/>
- Narko.ee. (2025c). *Abivõimalused lastele ja noortele*. Vaadatud 04.02.2025, <https://www.narko.ee/siit-saad-abi/abivoimalused-lastele-ja-noortele/>
- Narko.ee. (2025d). *Tugiliin*. Vaadatud 11.02.2025, <https://www.narko.ee/siit-saad-abi/tugiliin/>
- National Cancer Institute. (2020a). *It's Your Life – It's Our Future*. Vaadatud 21.01.2025, <https://ebccp.cancercontrol.cancer.gov/programDetails.do?programId=111890>
- National Cancer Institute. (2020b). *Clear Horizons*. Vaadatud 12.02.2025, <https://ebccp.cancercontrol.cancer.gov/programDetails.do?programId=186990>
- National Cancer Institute. (2020c). *Not-On-Tobacco Program (N-O-T)*. Vaadatud 20.01.2025, <https://ebccp.cancercontrol.cancer.gov/programDetails.do?programId=269048>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2007). *Drug misuse – psychosocial interventions*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg51/evidence/drug-misuse-psychosocial-interventions-full-guideline-pdf-195261805>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2010). *School-based interventions to prevent the uptake of smoking among children and young people*. <http://www.sisalombardia.it/pdfs/NICE-47582.pdf>
- Newcomb, M. D., & Locke, T. (2005). Health, Social, and Psychological Consequences of Drug Use and Abuse. In Z. Sloboda (Ed.), *Epidemiology of drug abuse* (pp. 45–59). Springer Publishing Company. https://doi.org/10.1007/0-387-24416-6_4
- Newcombe, D., Humeniuk, R., Dennington, V., & Ali, R. (2018). Participant perspectives on the Australian WHO ASSIST Phase III brief intervention for illicit drug use in a primary healthcare setting. *Australian journal of primary health*, 24(6), 518–523. <https://doi.org/10.1071/PY18035>
- Newton, N. C.*, Chapman, C.*, Slade, T., Conroy, C., Thornton, L., Champion, K., Stapinski, L., Koning, I., & Teesson, M. (2018). Internet-based universal prevention for students and parents to prevent alcohol and cannabis use among adolescents: Protocol for the randomised controlled trial of Climate Schools Plus. *JMIR Research Protocols*, 7(8), e10849. <https://doi.org/10.2196/10849> (*equally credited first authors)
- Newton, N. C., Chapman, C., Slade, T., Birrell, L., Healy, A., Mather, M., Teesson, M. (2022). A national effectiveness trial of an eHealth program to prevent alcohol and cannabis misuse: responding to the replication crisis. *Psychological Medicine*, 52(2), 274–282. doi:10.1017/S0033291720001919
- Newton, N. C., Stapinski, L., Slade, T., Champion, K. E., Barrett, E. L., Chapman, C., ... & Teesson, M. (2018). Pathways to prevention: protocol for the CAP (Climate and Preventure) study to evaluate the long-

term effectiveness of school-based universal, selective and combined alcohol misuse prevention into early adulthood. *BMC public health*, 18, 1-10.

Newton, N. C., Stapinski, L., Teesson, M., Slade, T., Champion, K. E., Barrett, E. L., ... & Conrod, P. J. (2020). Evaluating the differential effectiveness of social influence and personality-targeted alcohol prevention on mental health outcomes among high-risk youth: A novel cluster randomised controlled factorial design trial. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(3), 259-271.

Newton, N.,*, Teesson, M.,* Slade, T., Chapman, C., Birrell, L., Mewton, L., Mather, M., Hides, L., McBride, N., Allsop, S., Andrews, G. (2020). Combined prevention for substance use, depression and anxiety in adolescence: A cluster randomised controlled trial of a digital online intervention. *Lancet Digital Health*, 2(2), 1-13. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(19\)30213-4](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(19)30213-4) (*equally credited first authors).

NHS England. (i.a). *Digitally enabled therapies assessment criteria*. Vaadatud 11.02.2025, <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/nhs-talking-therapies/digital/assessment-criteria/>

Nolte-Troha, C., Roser, P., Henkel, D., Scherbaum, N., Koller, G., & Franke, A. G. (2023). Unemployment and Substance Use: An Updated Review of Studies from North America and Europe. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(8), 1182. <https://doi.org/10.3390/healthcare11081182>

Novák, P., Miovský, M., Vopravil, J., Gabrhelík, R., Šťastná, L., & Jurystova, L. (2013). Gender-Specific Effectiveness of the Unplugged Prevention Intervention in Reducing Substance Use among Czech Adolescents. *Sociologicky Casopis-czech Sociological Review*, 49, 903-926.

O'Brien, C. P., Oster, M., Morden, E., Committee on Prevention, Diagnosis, Treatment, and Management of Substance Use Disorders in the U.S. Armed Forces, Board on the Health of Select Populations, & Institute of Medicine (Eds.). (2013). *Substance Use Disorders in the U.S. Armed Forces*. National Academies Press (US).

OECD. (2021). *Preventing Harmful Alcohol Use*. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>

OECD. (2022). *Alcohol consumption*. Vaadatud 22.12.2024, <https://www.oecd.org/en/data/indicators/alcohol-consumption.html?oecdcontrol-b84ba0ecd2-var3=2022>

OECD. (i.a). *Harmful alcohol consumption*. Vaadatud 22.12.2024, <https://www.oecd.org/en/topics/sub-issues/harmful-alcohol-consumption.html>

OECD/European Commission. (2024). *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>.

Oja, M., Abel-Ollo, K., Mitt, M., Kütt, V., & Kallaste, K. (2023). *Uimastite tarvitamise mustrid Eestis*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.

Orford, J., Velleman, R., Copello, A., Templeton, L., & Ibanga, A. (2010). The experiences of affected family members: A summary of two decades of qualitative research. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 17(Suppl 1), 44–62. <https://doi.org/10.3109/09687637.2010.514192>

Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., & Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social science & medicine (1982)*, 78, 70–77. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.036>

Ostlund, S. B., LeBlanc, K. H., Kosheleff, A. R., Wassum, K. M., & Maidment, N. T. (2014). Phasic mesolimbic dopamine signaling encodes the facilitation of incentive motivation produced by repeated cocaine exposure. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 39(10), 2441–2449. <https://doi.org/10.1038/npp.2014.96>

Parsley, I. C., Dale, A. M., Fisher, S. L., Mintz, C. M., Hartz, S. M., Evanoff, B. A., & Bierut, L. J. (2022). Association Between Workplace Absenteeism and Alcohol Use Disorder From the National Survey on Drug Use and Health, 2015-2019. *JAMA network open*, 5(3), e222954. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.2954>

Peaasi.ee. (i.a). *Nõustamine kanepitarvitajatele*. Vaadatud 04.02.2025, <https://peaasi.ee/valik-kanepinoustamine/>

Petry, N. M. (2012). *Contingency management for substance abuse treatment: A guide to implementing this evidence-based practice*. Routledge/Taylor & Francis Group.

Pfund, R. A., Ginley, M. K., Boness, C. L., Rash, C. J., Zajac, K., & Witkiewitz, K. (2024). Contingency Management for Drug Use Disorders: Meta-Analysis and Application of Tolin's Criteria. *Clinical psychology : a publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 31(2), 136–150. <https://doi.org/10.1037/cps0000121>

Pilling, S., Hesketh, K., & Mitcheson, L. (2010). *Psychosocial interventions from drug misuse: a framework and toolkit for implementing NICE-recommended treatment interventions*. National Treatment Agency for Substance Misuse. https://www.drugsandalcohol.ie/13622/1/NTA_psychosocial_nice_recommendations.pdf

Prasad, S., Basu, D., Mattoo, S. K., & Subodh, B. N. (2023). Assist-linked brief intervention to reduce risky pattern of substance use in male workers employed at a tertiary care hospital in India: A randomized controlled trial. *Indian journal of psychiatry*, 65(1), 36–44. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_660_21

Pratt, T. C., & Cullen, F. T. (2000). The empirical status of Gottfredson and Hirschi's general theory of crime: A meta-analysis. *Criminology*, 38(3), 931–964. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.2000.tb00911.x>

Pratt, T. C., Cullen, F. T., Sellers, C. S., Thomas Winfree, L., Madensen, T. D., Daigle, L. E., ... Gau, J. M. (2009). The Empirical Status of Social Learning Theory: A Meta-Analysis. *Justice Quarterly*, 27(6), 765–802. <https://doi.org/10.1080/07418820903379610>

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *The American psychologist*, 47(9), 1102–1114. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102>

Põlluste, K., Dudanova, V., Kaldoja, A., Kansil, H., Kask-Flight, L., Oja, I., Tammist, P., & Lember, M. (2016). *Alkoholi tarvitamise muutused lühinõustamise järel ja seos elukvaliteediga perearsti poole pöördunud patsientide hulgas*. *Eesti Arst*. 2016;95:628-636.

Rahman, M. M., Rahaman, M. M., Hamadani, J. D., Mustafa, K., & Islam, S. M. S. (2016). Psycho-social factors associated with relapse to drug addiction in Bangladesh. *Journal of Substance Use*, 21(6), 627–630. <https://doi.org/10.3109/14659891.2015.1122099>

Reynolds, E. K., MacPherson, L., Tull, M. T., Baruch, D. E., & Lejuez, C. W. (2011). Integration of the brief behavioral activation treatment for depression (BATD) into a college orientation program: depression and alcohol outcomes. *Journal of counseling psychology*, 58(4), 555.

Rimer, B. K., Orleans, C. T., Fleisher, L., Cristinzio, S., Resch, N., Telepachak, J., & Keintz, M. K. (1994). Does tailoring matter? The impact of a tailored guide on ratings and short-term smoking-related outcomes for older smokers. *Health education research*, 9(1), 69–84. <https://doi.org/10.1093/her/9.1.69>

Riper, H., Blankers, M., Hadiwijaya, H., Cunningham, J., Clarke, S., Wiers, R., Ebert, D., & Cuijpers, P. (2014). Effectiveness of guided and unguided low-intensity internet interventions for adult alcohol misuse: a meta-analysis. *PloS one*, 9(6), e99912. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0099912>

Rodgers C. (2018). Brief interventions for alcohol and other drug use. *Australian prescriber*, 41(4), 117–121. <https://doi.org/10.18773/austprescr.2018.031>

Roy-Byrne, P., Bumgardner, K., Krupski, A., Dunn, C., Ries, R., Donovan, D., West, I. I., Maynard, C., Atkins, D. C., Graves, M. C., Joesch, J. M., & Zarkin, G. A. (2014). Brief intervention for problem drug use in safety-net primary care settings: a randomized clinical trial. *JAMA*, 312(5), 492–501. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.7860>

- Rychtarik, R. G., Prue, D. M., Rapp, S. R., & King, A. C. (1992). Self-efficacy, aftercare and relapse in a treatment program for alcoholics. *Journal of studies on alcohol*, 53(5), 435–440. <https://doi.org/10.15288/jsa.1992.53.435>
- Sandler, I. N., Schoenfelder, E. N., Wolchik, S. A., & MacKinnon, D. P. (2011). Long-term impact of prevention programs to promote effective parenting: lasting effects but uncertain processes. *Annual review of psychology*, 62, 299–329. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.121208.131619>
- Sanna, A., Fattore, L., Badas, P., Corona, G., & Diana, M. (2021). The hypodopaminergic state ten years after: transcranial magnetic stimulation as a tool to test the dopamine hypothesis of drug addiction. *Current opinion in pharmacology*, 56, 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.coph.2020.11.001>
- Sayegh, C. S., Huey, S. J., Zara, E. J., & Jhaveri, K. (2017). Follow-up treatment effects of contingency management and motivational interviewing on substance use: A meta-analysis. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 31(4), 403–414. <https://doi.org/10.1037/adb0000277>
- Shafran, R., Myles-Hooton, P., Bennett, S., & Öst, L. G. (2021). The concept and definition of low intensity cognitive behaviour therapy. *Behaviour research and therapy*, 138, 103803. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103803>
- Shen, J., Hua, G., Li, C., Liu, S., Liu, L., & Jiao, J. (2023). Prevalence, incidence, deaths, and disability-adjusted life-years of drug use disorders for 204 countries and territories during the past 30 years. *Asian journal of psychiatry*, 86, 103677. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2023.103677>
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (2000). Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), 573–579.
- Soome Arstide Selts Duodecim ja Soome Sõltuvusmeditsiini Ühing. (2018). *Alkoholiprobleemid: Ravijuhis*. Helsinki: Soome Arstide Selts Duodecim. Vaadatud 21. jaanuaril 2025, <https://www.kaypahoito.fi/hoi50028#K1>
- Sorge, J. T., Young, M., Maloney-Hall, B., Sherk, A., Kent, P., Zhao, J., Stockwell, T., Perlova, K., Macdonald, S., & Ferguson, B. (2020). Estimation of the impacts of substance use on workplace productivity: a hybrid human capital and prevalence-based approach applied to Canada. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 111(2), 202–211. <https://doi.org/10.17269/s41997-019-00271-8>
- Sotsiaalministeerium. (2020). *Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030*. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rt_a_05.05.pdf
- Sotsiaalministeerium. (2023). *Vaimse tervise tegevuskava 2023-2026*. <https://www.sm.ee/media/2999/download>
- Springer, J. F., Sale, E., Hermann, J., Sambrano, S., Kasim, R., & Nistler, M. (2004). Characteristics of Effective Substance Abuse Prevention Programs for High-Risk Youth. *The Journal of Primary Prevention*, 25(2), 171–194. <https://doi.org/10.1023/B:JOPP.0000042388.63695.3f>
- Stapinski, L. A., Lawler, S., Newton, N. I. C. O. L. A., Reda, B., Chapman, C., Teesson, M., & Newton, N. (2017). Empowering young people to make Positive Choices: Evidence-based resources for the prevention of alcohol and other drug use in Australian schools.
- Steele, J. L., Peralta, R. L., & Elman, C. (2011). The co-ingestion of nonmedical prescription drugs and alcohol: a partial test of social learning theory. *Journal of Drug Issues*, 41(4), 561-585. <https://doi.org/10.1177/002204261104100406>
- Stitzer, M.L., Bigelow, G.E., Liebson, I., 1979. Reinforcement of drug abstinence: a behavioral approach to drug abuse treatment. In: Krasnegor, N.A. (Ed.), *Behavioral Analysis and Treatment of Substance Abuse*. NIDA Research Monograph No. 25, DHEW Publication No. ADM-79-839. National Institute on Drug Abuse, Rockville, MD.

- Strecher, V. J., McClure, J. B., Alexander, G. L., Chakraborty, B., Nair, V. N., Konkel, J. M., Greene, S. M., Collins, L. M., Carlier, C. C., Wiese, C. J., Little, R. J., Pomerleau, C. S., & Pomerleau, O. F. (2008a). Web-based smoking-cessation programs: Results of a randomized trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(5), 373–381. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.12.024>
- Strecher, V. J., McClure, J., Alexander, G., Chakraborty, B., Nair, V., Konkel, J., Greene, S., Couper, M., Carlier, C., Wiese, C., Little, R., Pomerleau, C., & Pomerleau, O. (2008b). The role of engagement in a tailored web-based smoking cessation program: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 10(5), e36. <https://doi.org/10.2196/jmir.1002>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2024, märts 12). *Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT)*. Vaadatud 07.01.2025, <https://www.samhsa.gov/sbirt>
- Sutherland, E. (1947). *Principles of criminology* (4th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott
- Zellers, S. M., Iacono, W. G., McGue, M., & Vrieze, S. (2022). Developmental and etiological patterns of substance use from adolescence to middle age: A longitudinal twin study. *Drug and alcohol dependence*, 233, 109378. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109378>
- Zhang, S., Qi, X., Wang, Y., & Fang, K. (2024). Global burden of drug use disorders by region and country, 1990-2021. *Frontiers in public health*, 12, 1470809. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1470809>
- Tait, R. J., & Hulse, G. K. (2003). A systematic review of the effectiveness of brief interventions with substance using adolescents by type of drug. *Drug and alcohol review*, 22(3), 337–346. <https://doi.org/10.1080/0959523031000154481>
- Tamson, M., Vaher, M., Kurbatova, A., Härma, L., Oidermaa, A-K, Vasli, E., Otstavel, S., Smoljakova, D., Pahla, K., & Haan, E. (2023). *Noorukite sõeltestimine, lühisekkumine ja ravile suunamine uimastite tarvitamise korral*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut. https://www.tai.ee/sites/default/files/2023-09/TAI-soeltestimine-veeb_0.pdf
- Tanner-Smith, E. E., Parr, N. J., Schweer-Collins, M., & Saitz, R. (2022). Effects of brief substance use interventions delivered in general medical settings: a systematic review and meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, 117(4), 877–889. <https://doi.org/10.1111/add.15674>
- Taylor, S., & Briggs, L. (2012). A mental health brief intervention in primary care: does it work?. *The Journal of family practice*, 61(2), E1–E5. https://cdn-uat.mdedge.com/files/s3fs-public/Document/September-2017/6102JFP_ArticleW.pdf
- Teesson, M. (2014). *CLIMATE Schools: Combining mental health and drug and alcohol prevention programs*. Kasutatud 30.12.2014, <https://www.connections.edu.au/researchfocus/climate-schools-combining-mental-health-and-drug-and-alcohol-prevention-programs>
- Teesson, M., Birrell, L., Slade, T., Mewton, L. R., Olsen, N., Hides, L., ... & Newton, N. C. (2024). Effectiveness of a universal, school-based, online programme for the prevention of anxiety, depression, and substance misuse among adolescents in Australia: 72-month outcomes from a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Digital Health*, 6(5), e334–e344.
- Teesson, M., Newton, N. C., Slade, T., Chapman, C., Allsop, S., Hides, L., ... & Andrews, G. (2014). The CLIMATE schools combined study: a cluster randomised controlled trial of a universal Internet-based prevention program for youth substance misuse, depression and anxiety. *BMC psychiatry*, 14, 1-10.
- Teesson, M., Newton, N.C. & Barrett, E.L. (2012). Australian school-based prevention programs for alcohol and other drugs: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 31: 731-736. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2012.00420.x>
- Teeters, J. B., Borsari, B., Martens, M. P., & Murphy, J. G. (2015). Brief Motivational Interventions Are Associated With Reductions in Alcohol-Impaired Driving Among College Drinkers. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 76(5), 700–709. <https://doi.org/10.15288/jsad.2015.76.700>
- Tervise Arengu Instituut (2023). *Ennetustegevused Eestis. Programm „Puhas Tulevik“*. <https://www.tai.ee/sites/default/files/2023-08/Puhas%20Tulevik.pdf> Vaadatud 06.02.2025

- Tervise Arengu Instituut, Peaasjad Nõustamine MTÜ (2022). *Eneseabi-töövihik kanepit tarvitavatele inimestele*. <https://www.tai.ee/et/valjaanded/kanep-eneseabi-toovihik> Vaadatud 06.02.2025
- Tervise Arengu Instituut. (2024a). *Narkootikumide tarvitamise olukord Eestis 2023*. Tallinn. Vaadatud 07.01.2025, <https://www.tai.ee/et/valjaanded/narkootikumide-tarvitamise-olukord-eestis-2023>.
- Tervise Arengu Instituut. (2024b). *Ennetustegevused Eestis. Programm VALIK*. Vaadatud 07.01.2025, <https://tai.ee/sites/default/files/2024-04/VALIK.pdf>
- Tervise Arengu Instituut. (2024c). *Ennetustegevused Eestis. Programm „Selge“*. <https://www.tai.ee/sites/default/files/2024-09/Selge.pdf>
- Tervise Arengu Instituut. (2024d, august 26). *Septembris ei joo 2024*. <https://www.tai.ee/et/uudised/septembris-ei-joo-2024>
- Tervise Arengu Instituut. (i.a). *Ennetustegevuste tõendatusse taseme hindamine*. <https://www.tai.ee/sites/default/files/2024-04/T%C3%B5endatusse%20taseme%20hindamine.pdf>
- Terviseinfo.ee. (2024, mai 24). *Narkootikumid*. Vaadatud 12.02.2025, <https://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/narkootikumid>
- The European Union Drugs Agency. (i.a). *Be Smart — Don't Start - a competition of school classes to remain smoke free for six months*. Vaadatud 31.01.2025, https://www.euda.europa.eu/best-practice/xchange/be-smart-%E2%80%94-don%E2%80%99t-start-smokefree-competition_en#impexp
- The Royal New Zealand College of General Practitioners. (2012). *Implementing the ABC Alcohol Approach in Primary Care*. Wellington, New Zealand: The Royal New Zealand College of General Practitioners. https://ndhadeliver.natlib.govt.nz/delivery/DeliveryManagerServlet?dps_pid=IE15072264
- The World Bank Group. (2025, jaanuar 30). *Total alcohol consumption per capita (liters of pure alcohol, projected estimates, 15+ years of age)*. Vaadatud 12.02.2025, <https://datacatalog.worldbank.org/indicator/Of79f193-c2ce-eb11-bacc-000d3a3b9510/Total-alcohol-consumption-per-capita--liters-of-pure-alcohol--projected-estimates--15--years-of-age->
- Thornton, L., Chapman, C., Leidl, D., Conroy, C., Teesson, M., Slade, T., Koning, I., Champion, K., Stapinski, L., & Newton, N. (2018). Climate Schools Plus: An online, combined student and parent, universal drug prevention program. *Internet Interventions*, 12, 36-45. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.03.007>
- Tomkins, D. M., & Sellers, E. M. (2001). Addiction and the brain: the role of neurotransmitters in the cause and treatment of drug dependence. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 164(6), 817–821.
- Torstenberg, B. (2024, oktoober 8). Reoveeuuring 13 Eesti linnas: suvel suurenes kanepi tarvitamine. *Justitsministeerium*. <https://www.just.ee/uudised/reoveeuuring-13-eesti-linnas-suvel-suurenes-kanepi-tarvitamine>
- Turning Point. (2023, juuli 11). *Connect & Learn: The U-Turn Program, presented by Tony Johannse on the 19th June 2023*. Vaadatud 31.01.2025, <https://www.turningpoint.org.au/education/webinars/connect-learn-The-U-Turn-Program>
- Turrisi, R., Larimer, M. E., Mallett, K. A., Kilmer, J. R., Ray, A. E., Mastroleo, N. R., Geisner, I. M., Grossbard, J., Tollison, S., Lostutter, T. W., & Montoya, H. (2009). A randomized clinical trial evaluating a combined alcohol intervention for high-risk college students. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 70(4), 555–567. <https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.555>
- University of St. Thomas. (2025). *Project QUIT – Nicotine Cessation*. Vaadatud 13.02.2025, <https://www.stthomas.edu/center-for-well-being/services/project-quit-nicotine-cessation/>
- US Preventive Services Task Force, Curry, S. J., Krist, A. H., Owens, D. K., Barry, M. J., Caughey, A. B., Davidson, K. W., Doubeni, C. A., Epling, J. W., Jr, Kemper, A. R., Kubik, M., Landefeld, C. S., Mangione, C. M., Silverstein, M., Simon, M. A., Tseng, C. W., & Wong, J. B. (2018). Screening and Behavioral Counseling

- Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*, 320(18), 1899–1909. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.16789>
- Utap, M. S., Tan, C., & Su, A. T. (2019). Effectiveness of a brief intervention for smoking cessation using the 5A model with self-help materials and using self-help materials alone: A randomised controlled trial. *Malaysian family physician: the official journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, 14(2), 2–9.
- Vaher, M., & Hiob, K. (2024). *Programmi SÜTIK klientide rahulolu-uuring*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut. https://tai.ee/sites/default/files/2024-03/SUTIK_klientide_rahulolu_uuring_2024_2_.pdf
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge/Taylor & Francis Group.
- van der Kreeft, P., Wiborg, G., Galanti, M. R., Siliquini, R., Bohrn, K., Scatigna, M., ... & EU-Dap Study Group. (2009). 'Unplugged': a new European school programme against substance abuse. *Drugs: education, prevention and policy*, 16(2), 167–181. <https://doi.org/10.1080/09687630701731189>
- Whāraurau. (2023). *The SACS ABC Brief Intervention Manual*. Auckland: Whāraurau for Child and Adolescent Mental Health Workforce Development, the University of Auckland. https://cdn.prod.website-files.com/659c669f4c9edefe362ea9ff/6645a0ac0c27796e421e1e10_SACS%20manual.pdf
- White, H. R., & Labouvie, E. W. (1989). Towards the assessment of adolescent problem drinking. *Journal of studies on alcohol*, 50(1), 30–37. <https://doi.org/10.15288/jsa.1989.50.30>
- White, J., Hawkins, J., Madden, K., Grant, A., Er, V., Angel, L., ... & Moore, L. (2017). Adapting and piloting the ASSIST model of informal peer-led intervention delivery to the Talk to FRANK drug prevention programme in UK secondary schools (ASSIST+ FRANK): intervention development, refinement and a pilot cluster randomized controlled trial. *Public Health Research*, 5(7).
- WHO ASSIST Working Group (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction (Abingdon, England)*, 97(9), 1183–1194. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00185.x>
- Vigna-Taglianti, F. D., Galanti, M. R., Burkhart, G., Caria, M. P., Vadrucchi, S., Faggiano, F., & EU-Dap Study Group (2014). "Unplugged," a European school-based program for substance use prevention among adolescents: overview of results from the EU-Dap trial. *New directions for youth development*, 2014(141), 67–12. <https://doi.org/10.1002/yd.20087>
- Vigna-Taglianti, F., Mehanović, E., Alesina, M., Damjanović, L., Ibanga, A., Pwajok, J., Prichard, G., van der Kreeft, P., Virk, H. K., & Unplugged Nigeria Coordination Group (2021). Effects of the "Unplugged" school-based substance use prevention program in Nigeria: A cluster randomized controlled trial. *Drug and alcohol dependence*, 228, 108966. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108966>
- Willuhn, I., Wanat, M. J., Clark, J. J., & Phillips, P. E. (2010). Dopamine signaling in the nucleus accumbens of animals self-administering drugs of abuse. *Current topics in behavioral neurosciences*, 3, 29–71. https://doi.org/10.1007/7854_2009_27
- Vink J. M. (2016). Genetics of Addiction: Future Focus on Gene × Environment Interaction?. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 77(5), 684–687. <https://doi.org/10.15288/jsad.2016.77.684>
- Winters, K. C., Fahnhorst, T., Botzet, A., Lee, S., & Lalone, B. (2012). Brief intervention for drug-abusing adolescents in a school setting: outcomes and mediating factors. *Journal of substance abuse treatment*, 42(3), 279–288. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.08.005>
- Volkow, N. (2022, aprill 28). *Investing in Prevention Makes Good Financial Sense*. National Institute on Drug Abuse. Vaadatud 26.02.2025, <https://nida.nih.gov/about-nida/noras-blog/2022/04/investing-in-prevention-makes-good-financial-sense>
- World Health Organization. (2014). *Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112835/9789241506953_eng.pdf

- World Health Organization. (2022). *Integrated brief interventions for noncommunicable disease risk factors in primary care: the manual*. BRIEF Project. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058551>
- Vorobjov, S., Kaste, A-L., & Veskimäe, L. (2024). Eesti täiskasvanud rahvastiku uimastite tarvitamise uuring 2023. *Tervise Arengu Instituut*, Tallinn. https://www.tai.ee/sites/default/files/2024-06/tuku_2023.pdf
- Üksik, L. (2021). *Alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine ja lühisekkumine: Abimaterjal perearstile ja pereõele*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut. [https://www.tai.ee/sites/default/files/2021-11/Alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine EST.pdf](https://www.tai.ee/sites/default/files/2021-11/Alkoholi_liigtarvitamise_varajane_avastamine_EST.pdf)
- Yeh, M. Y., Chiang, I. C., & Huang, S. Y. (2006). Gender differences in predictors of drinking behavior in adolescents. *Addictive behaviors*, 31(10), 1929–1938. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.12.019>
- Young, M. M., Stevens, A., Galipeau, J., Pirie, T., Garritty, C., Singh, K., Yazdi, F., Golfam, M., Pratt, M., Turner, L., Porath-Waller, A., Arratoon, C., Haley, N., Leslie, K., Reardon, R., Sproule, B., Grimshaw, J., & Moher, D. (2014). Effectiveness of brief interventions as part of the Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) model for reducing the nonmedical use of psychoactive substances: a systematic review. *Systematic reviews*, 3, 50. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-3-50>