



ALKOHOLITARVITAMISE HÄIREGA PATSIENDI KÄSITLUS

Eesti ravijuhend

RJ-F/7.2-2020

Ravijuhendi töörühma liikmed

Betty-Maria Märk (juht)	Vanemspetsialist, alkoholi ja tubaka valdkond (mh projekti „Kainem ja tervem Eesti“ arendaja ja koordineerija), Tervise Arengu Instituut
Aire Klaus	Tegevusterapeudi assistent ja sotsiaaltöötaja; tegevjuht ja rehabilitatsioonispetsialist, AJK Kliinik
Andres Lehtmets	Psühhiaater, juhataja, Lääne-Tallinna Keskhaigla psühhiaatriakeskus
Elen Kihl	Kliiniline psühholoog-psühhoterapeut, Psühhiaatria ja Psühhoterapia Keskus SENSUS
Lembi Põlder	Perearst, Lembi Põlder Perearstikeskus OÜ
Reet Tohvre	Ülemõde, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatrikliinik
Mariliis Põld	Peaspetsialist, Eesti Haigekassa
Lennart Madisson	Kogemusnõustaja, A.A.A. KOGEMUSKLIINIK MTÜ

Ravijuhendi sekretariaadi liikmed

Kaja-Triin Laisaar (juht)	Ravijuhendite meetodikakonsultant, teadur, Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Kadi Kallavus	Ravijuhendite meetodikanõunik, Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

Ravijuhendi meetodiline tugi:

Kairit Linnaste	Ravijuhendite meetodikanõunik, Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
-----------------	---

Ravijuhendi koostajate huvide deklaratsioonide koondandmed, tõenduse kokkuvõtte tabelid, soovitude kokkuvõtte tabelid ja koosolekute protokollid on kättesaadavad veebiaadressil www.ravijuhend.ee.

Ravijuhend on kinnitatud Ravijuhendite Nõukoja poolt 2020. a.

Soovituslik viitamine: Alkoholarvitamise häirega patsiendi käsitus, RJ-F/7.2-2020. Ravijuhend. Eesti Haigekassa. 2021

Otsingusõnad: alkoholarvitamise häire, ravijuhend

Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitus

Eesti ravijuhend







RJ-F/7.2-2020

Ravijuhend on valminud vastavalt Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamatule (www.ravijuhend.ee)


Teadusliku tõenduse kvaliteet (Balshem 2011)¹

Kõrge	Võib olla väga kindel, et sekkumise tegelik mõju on väga lähedane uuringutes antud hinnangutele.
Mõõdukas	Võib olla mõõdukalt kindel, et sekkumise tegelik mõju on lähedane uuringutes antud hinnangutele, kuid see võib ka oluliselt erineda.
Madal	Ei saa olla kindel sekkumise mõjule antud hinnangutes, tegelik mõju võib hinnangutest oluliselt erinev olla.
Väga madal	Ei saa üldse kindel olla sekkumise mõjule antud hinnangutes, tegelik mõju on tõenäoliselt hinnangutest oluliselt erinev.

Soovituse tugevus ja suund (Guyatt 2008)

Tugev soovitus teha 	Soovituse tugevus peegeldab seda, kui kindel võib olla, et sekkumisest saadav kasu ületab võimaliku kahju. Soovituse tugevuse määravad järgmised tegurid:
Soovitus pigem teha 	<ul style="list-style-type: none">- soovitud ja soovimatu toime vahelise erinevuse suurus;- teadusliku tõenduse kvaliteet;- patsientide eelistuste varieeruvuse määr;- ressursikulu.
Soovitus pigem mitte teha 	Tugev soovitus antakse, kui on kindel, et enamus hästi informeeritud patsiente otsustaksid kõnealuse sekkumise kasuks.
Tugev soovitus mitte teha 	Nõrga soovitus puhul on ette näha, et patsiendi suhtumine sekkumise valikusse sõltub isiklikest väärtustest ja eelistustest. Arst peab olema kindel, et neid on arvestatud. Tugev soovitus on väljendatud sõnadega „tehke, kasutage“, nõrk soovitus väljenditega „võib teha, kaaluge tegemist“.

Hea tava suunised

	Ravijuhend sisaldab suuniseid, mis põhinevad ravijuhendi töörühma liikmete kliinilisel kogemusel ja mis võivad olla praktikas abiks parima ravitulemuse saamisel.
---	---

Sisukord

Lühendid	6
Mõisted	8
Sissejuhatus	11
Ravijuhendi koostamine	13
Ravijuhendi soovitude loetelu	17
Alkoholarvitamise häire sõelumine ja avastamine	17
Alkoholarvitamise häire diagnoosimine	18
Alkoholivõõrutusseisundi diagnoosimine ja ravi	18
Alkoholi ja bensodiasepiinide segakasutus	19
Tagasilangust ennetav ravi	20
Tagasilangust ennetav mittefarmakoloogiline ravi ehk psühhosotsiaalsed sekkumised	20
Tagasilangust ennetav farmakoloogiline ravi	20
Ravisoostumus ja ravitulemuse hindamine	21
Alkoholarvitamise häire ravikorraldus ja -protsesside koordineerimine	23
Ravijuhendi soovitusd koos tõenduse ja arutelu lühikokkuvõttega	25
Lisa 1. AUDIT-test	88
Lisa 2. CIWA-Ar test	90
Lisa 3. Superviseeritud disulfiraamravi nõusolekuvorm	92
Lisa 4. Alkoholarvitamise häire ravimite tabel	94
Lisa 5. Alkopäevik	97
Lisa 6. Alkoholi liigtarvitava patsiendi käsitlemise algoritm	98
Kasutatud kirjandus	99

Lühendid

12 SP	12 sammu programm
AA	Anonüümsed Alkohoolikud
AGREE	Ravijuhendite hindamise tööriist, ingl <i>Appraisal of Guidelines Research and Evaluation Instrument</i>
ALAT	Alaniini aminotransferaas
ASSIST	Alkoholi, tubaka ja sõltuvusainete tarvitamise sõeluuring, ingl <i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>
AUDIT	Alkoholi liigtarvitamise sõeltest, ingl <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
AUDIT-C	Alkoholi liigtarvitamise sõeltesti (AUDIT) lühendatud versioon, ingl <i>Alcohol Use Disorders Identification Test - Concise</i>
AWS	Alkoholivõõrutusseisundi raskusastet hindav skaala, ingl <i>Alcohol Withdrawal Symptoms Rating Scale</i>
CDT (IFCC)	Süsivesikdefitsiitne transferriin, ingl (<i>carbohydrate-deficient transferrin</i>), määratud standardiseeritud meetodil IFCC (<i>International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine</i>) juhendi järgi
CI	Usaldusvahemik, ingl <i>confidence interval</i>
CIDI	Rahvusvaheline diagnostiline intervjuu, ingl <i>Composite International Diagnostic Interview</i>
CIWA-Ar	Alkoholivõõrutuse raskusastme hindamise skaala, ingl <i>Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised</i>
DSM (-IV, -V)	Psüühikahäirete diagnostiline ja statistiline käsiraamat, „ <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of the American Psychiatric Association</i> “
EtG ja EtS	Etüülglükuroniid ja etüülsulfaat, alkoholi metaboliidid
EvSu	Tõendusmaterjali kokkuvõte, ingl <i>evidence summary</i>
GABA	Gamma-aminovõihape
GGT	Gammaglutamüüli transferaas
KKT	Kognitiiv-käitumisteraapia
M.I.N.I 5.0.0	Mini rahvusvaheline neuropsühhiaatiline intervjuu, versioon 5.0.0, ingl <i>Mini-International neuropsychiatric interview</i>
MCV	Erütrotsüüdi keskmine maht

MD	Keskmete erinevus, ingl <i>mean difference</i>
MET	Motivatsiooni tugevdamise teraapia, ingl <i>Motivational Enhancement Therapy</i>
MI	Motiveeriv intervjuerimine, ingl <i>Motivational Interviewing</i>
MoCAM	Alkoholi liigtarvitavate patsientide ravimudel, ingl <i>Models of Care for Alcohol Misusers</i>
MT	Motiveerivad tehnikad
n	Patsientide arv uuringus
NPV	Negatiivne ennustusväärtus, ingl <i>negative predictive value</i>
OR	Šansside suhe, ingl <i>odds ratio</i>
PEth	Fosfatidüületanool, alkoholi metaboliit
PICO	Patsient/sihtrühm-sekkumine-võrdlus-tulemusnäitaja, ingl <i>Patient/Population-Intervention-Comparison-Outcome</i> ; kliinilise küsimuse või uurimisküsimuse esitamise formaat
PPV	Positiivse tulemuse ennustusväärtus, ingl <i>positive predictive value</i>
RCQ-TV	Muutuseks valmisolekut hindav küsimustik, ingl <i>Readiness to Change Questionnaire – Treatment Version</i>
RHK-10	Rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10. versioon
RR	Suhteline risk, ingl <i>relative risk / risk ratio</i>
SADQ	Alkoholisõltuvuse raskusastme küsimustik, ingl <i>Severity of Alcohol Dependence Questionnaire</i>
SCID	Struktureeritud kliiniline intervjuu, ingl <i>Structured Clinical Interview for the DSM</i>
SD	Standardhälve, ingl <i>standard deviation</i>
SDS	Sõltuvuse raskusastme skaala, ingl <i>Severity of Dependence Scale</i>
SIGN	Šoti ülikoolidevaheline ravijuhendite võrgustik, ingl <i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>
SMD	Standarditud keskmete erinevus, ingl <i>standardized mean difference</i>
SoKo	Soovituse kokkuvõte
SSTI	Selektiivsed serotoniini tagasihaarde inhibiitorid
WHO	Maaailma Terviseorganisatsioon, ingl <i>World Health Organization</i>

Mõisted

Abstinents (ingl <i>abstinence</i>)	Täielik kainus
Alkoholiühik (ingl <i>standard drink, alcohol unit</i>)	Alkohoolse joogi kogus, mis sisaldab 10 g absoluutset alkoholi
Alkoholi liigtarvitamine (ingl <i>alcohol misuse</i>)	Mõiste hõlmab ohustavat alkoholitarvitamist, kahjustavat alkoholitarvitamist (kuritarvitamine) ja alkoholisõltuvust
Bensodiasepiin (ingl <i>benzodiazepine</i>)	Hirmu ja ärevust vähendav, rahustav ja võõtlihaseid lõõgastav ravim. Bensodiasepiinid mõjutavad kesknärvisüsteemis selektiivselt gamma-aminovõihappe (GABA) retseptoreid
Esmatasandi arstiabi	Iga inimese terviseprobleeme lahendav töö-, kooli- ja elukohajärgne esmavajalike ambulatoorsete teenuste kogum (142), teisisõnu esmatasandi tervishoid (143)
Kliiniline intervjuu (ingl <i>clinical interview</i>)	Hindamise meetod info kogumiseks isiku probleemide, situatsiooni ja vajaduste kohta
Komorbiidsus (ingl <i>comorbidity</i>)	Hulgihäirelisus, kahe või mitme (iseseisva) haiguse samaaegne esinemine
Kuritarvitamine (ingl <i>harmful use</i>)	Alkoholitarvitamise viis, mis kahjustab tervist. Kahjustus võib olla somaatiline või psüühiline
Kõrvaltoime (ingl <i>adverse reaction</i>)	Ohtlik ja soovimatu reaktsioon ravimi toimele
Mõõdukas alkoholisõltuvus (ingl <i>moderate alcohol dependence</i>)	Mõõduka alkoholisõltuvuse korral ei ole välja kujunenud rasket sõltuvust ja ravi, sh võõrutusravi, toimub peamiselt ambulatoorselt
Psühhosotsiaalsed sekkumised (ingl <i>psychosocial interventions</i>)	Alkoholitarvitamise häire ravis kasutatavad mittefarmakoloogilised sekkumised, mis jagunevad madala ja kõrge intensiivsusega sekkumisteks
Raske alkoholisõltuvus (ingl <i>severe alcohol dependence</i>)	Varasemas terminoloogias tuntud kui „krooniline alkoholism“. Esinevad tõsised ja pikaajased probleemid (nt kodutus) ja raske alkoholivõõrutusseisund, mis võib vajada statsionaarset ravi ja pikemat rehabilitatsiooni

Ravimotivatsioon	Patsiendi sisemine seisund, mis ajendab teda kindlal viisil käituma (141), nt osalema raviplaani koostamises ja liikuma raviplaanis seatud eesmärkide poole; patsiendi tahe ravi(tud) saada
Ravisoostumus (ingl <i>compliance, adherence</i>)	Patsiendi nõusolek ettekirjutatud raviga ja tahe ettekirjutusi täita
Ravivastus ehk raviefekt (ingl <i>treatment response, effect of treatment</i>)	Raviga saavutatud patsiendi seisundi või haiguse ulatust või raskust väljendava näitaja muutus. Kokkuleppeliselt loetakse ravivastuseks seda, kui patsiendi seisund on patsiendi enda hinnangul paranenud vähemalt poole võrra võrreldes ravi algusega
Sõelumine (ingl <i>screening</i>)	Haigusnähtudeta või väheste haigusnähtudega haigusjuhtumite kindlakstegemiseks korraldatav uuring
Tagasilangus (ingl <i>relapse</i>)	Naasmine alkoholitarvitamise juurde pärast abstinentsi ehk täieliku kainuse perioodi või naasmine rohke alkoholitarvitamise juurde pärast mõõdukat alkoholitarvitamist

Tabel 1. Alkoholi liigtarvitamise jaotus WHO, RHK-10, DSM-IV ja DSM-V kriteeriumidest lähtuvalt

<p>Alkoholi liigtarvitamine (ingl <i>alcohol misuse</i>, (NHS Health Library, WHO¹))</p>	<p>Ohustav, ohtlik alkoholitartvitamine – alkoholitartvitamine kogustes või viisil, mis suurendab vaimse või füüsilise tervise kahjustuse riski, aga märkimisväärset alkoholist põhjustatud kahju või sõltuvust ei ole veel ilmnenud (ingl <i>hazardous drinking</i>, WHO). - Alkoholi riskitartvitamine (ingl <i>at risk drinking</i>, SIGN) - Episoodiline ohustav alkoholitartvitamine (ingl <i>binge drinking</i>, WHO) - Tugev alkoholitartvitamine (ingl <i>heavy drinking</i>, WHO)</p>	
	<p>Alkoholi kuritartvitamine (RHK-10) – on selgelt äratuntavaid ja määratletavaid alkoholikasutusest põhjustatud füüsilisi või psüühilisi kahjustusi või kahjusid, aga mitte sõltuvust. Kahjustav, kahjulik alkoholi tartvitamine (ingl <i>harmful drinking</i> (WHO), <i>abuse</i> (DSM-IV))</p> <p>Alkoholisõltuvus (RHK-10) – sündroom, mida iseloomustavad joomissund, võõrutussümptomid, taluvuse suurenemine ja joomise jätkamine hoolimata selle kahjulikest tagajärgedest (ingl <i>alcohol dependence</i>, WHO, DSM-IV)</p>	<p>Alkoholi-tartvitamise häire (ingl <i>alcohol use disorder</i>, DSM-V)</p>

¹ http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/index.html

Sissejuhatus

Ravijuhendi ajakohastamise vajadus

Ravijuhendi „Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitus“ ajakohastamine algatati, kuna algse juhendi ilmumisest 2015. aastal oli möödunud viis aastat. Ajakohastatud ravijuhendi aitab tagada alkoholitarvitamise häirega patsientide nüüdisaegse käsitluse Eestis.

Ravijuhendi töörihm vaatas esimesel koosolekul läbi algse juhendi koostamise aluseks olnud küsimused ja leidis, et nii alkoholi kuritarvitavatel ja alkoholisõltuvusega patsientidel kasutatavate erinevate ravivõtete kui ka alkoholisõltuvuse farmakoloogilise ravi kestuse kohta võib aja jooksul olla lisandunud teaduslikku tõendusmaterjali. Samuti sooviti hinnata Eestis kasutusel oleva alkoholiühiku ja alkoholitarvitamise madala riski piiride ajakohasust ning saada värsket ülevaadet alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitluse korraldusest, ravi- ja toetamisvõimalustest Eestis.

Ravijuhendi käsitusala ja sihtrühm

Ravijuhend „Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitus“ käsitleb täiskasvanute alkoholi liigtarvitamise varajast avastamist, alkoholi kuritarvitamise ja alkoholisõltuvuse diagnoosimist, ravi ja ravikorraldust Eestis. Ravijuhend hõlmab ohustava alkoholi tarvitamisega, alkoholi kuritarvitamise ja alkoholisõltuvusega ning alkoholi ja ainete segatarvitamisega täiskasvanud (≥ 18 aastaseid) patsiente (vt ka tabel 1).

Ravijuhend on suunatud eelkõige perearstidele ja -õdedele, samas kuuluvad sihtrühma ka psühhiaatrid, vaimse tervise õed, sotsiaaltöötajad, psühholoogid, tegevusterapeutid jt alkoholitarvitamise häirega isikutega tegelevad spetsialistid.

Ravijuhendi ajakohastamiseks vaatas töörihm läbi algse ravijuhendi koostamisel esitatud kliinilised küsimused ja neile vastamisel antud soovitusel ning arutas uue tõendusmaterjali otsimise vajadust. Kui mõne kliinilise küsimuse kohta oli vahepealse viie aasta jooksul töörihma liikmete hinnangul suure tõenäosusega lisandunud uut tõenduspõhist infot, siis avati see küsimus uue tõendusmaterjali otsimiseks.

Avati üks kliiniline küsimus erinevate platseeboefektli põhinevate ravivõtete kohta.

1. Kas kõigil alkoholi kuritarvitavatel ja alkoholisõltuvusega patsientidel kasutada abstinentsi või alkoholitarvitamise vähendamise saavutamiseks akupunktuuri, sugestsoonravi, platseeboefektiga ravivõtteid või mitte? (Algses juhendis oli see kliiniline küsimus nr 10.)

Algses, 2015. aastal koostatud juhendis oli soovitus „Tõenduspõhisuse puudumise tõttu ärge kasutage alkoholi kuritarvitamise ja sõltuvuse raviks platseeboefektli põhinevaid ravivõtteid“, samas on alternatiivsed platseeboefektli põhinevad võtted praktikas endiselt laialt levinud. Töörühm soovis üle vaadata rahvusvaheliste ravijuhendite teemakohaste seisukohtade aluseks olevad ja muud asjakohased teadusuuringud nende tehnikate mõjususe kohta.

Avati üks kliiniline küsimus ravikuuri pikkuse kohta.

2. Kas kõigile alkoholisõltuvatele patsientidele määrata tulemuslikuks raviks aversiivseid/alkoholihimu vähendavaid ravimeid 3 kuud või 6 kuud või 12 kuud või 24 kuud? (Algses juhendis oli see kliiniline küsimus nr 14.)

Küsimus avati, sest alates algse juhendi koostamisest 2015. aastal võis töörühma hinnangul olla lisandunud teaduslikku tõendusmaterjali ravikuuri optimaalse kestuse kohta. Samuti teati, et alkoholihimu vähendamiseks on mujal maailmas lisaks juhendis nimetatud aversiivsetele ravimitele kasutatud ka muudesse ravimirühmadesse kuuluvaid ravimeid.

Lisaks sooviti läbi vaadata vastused mõlemale algse ravijuhendi koostamisel esitatud tervishoiukorralduslikule küsimusele.

1. Kas kõiki alkoholitarvitamise häirega patsiente on efektiivne sõeluda, ravida ja rehabiliteerida üldarstiasüsteemis, kõigis ambulatoorsetes eriarstiabiüksustes, kõigis päevaraviüksustes, kõigis statsionaarses eriarstiabiüksustes või kõigis rehabilitatsiooniprogrammides?

2. Kas kõikide raviprotsessi koordineerimise meetodite kasutamine või mittekasutamine on tulemuslik alkoholitarvitamise häirega patsientide ravijärjepidevuse tagamiseks?

Töörühm soovis anda ka ülevaate Eesti praegusest (2020. aasta) alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitluse süsteemist, ravi- ja toetamisvõimalustest ning vajadusel korrigeerida algses juhendis esitatud patsiendi käsitluse algoritm.

Sooviti täpsustada vaimse tervise õe rolli, meeskonnatöö printsiipi, esmatasandi arstiabi ja ravimeeskondade koostöö teemat, aga ka ravimeeskondade koosseisu ja töökorralduse küsimuste ning juhtumikorraldusega (teenusega) seonduvat. Samuti soovis töörühm hinnata Eestis kasutusel oleva alkoholiühiku ja alkoholitarvitamise madala riski piiride ajakohasust ning võrrelda neid teiste riikidega.

Ravijuhendi koostamine

Siinne ravijuhend on 2015. aastal valminud ravijuhendi „Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitlus“ ajakohastatud versioon.

Ravijuhendi ajakohastamiseks moodustati eri kutsealade esindajatest koosnev kaheksaliikmeline töörühm (koosseis on esitatud ravijuhendi alguses), kellest enamik kuulus ka algse juhendi töörühma. Sekretariaati kuulus kaks Tartu Ülikooli ravijuhendite püsisekretariaadi esindajat. Ravijuhendite Nõukoda kinnitas ravijuhendi töörühma lõpliku koosseisu 3. märtsil 2020 (vt ravijuhendi koostajad) ja ravijuhendi käsitlusala 13. mail 2020. Ravijuhendi käsitlusala sisaldas kaht PICO-formaadis kliinilist küsimust ja kaht tervishoiukorralduslikku küsimust (vt ravijuhendi käsitlusala veebilehel www.ravijuhend.ee).

Ravijuhendi ajakohastamisel lähtuti „Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamatu“ (2020) põhimõtetest. Kliiniliste küsimuste arutamiseks ja soovitusete sõnastamiseks, tervishoiukorralduslikele küsimustele vastamiseks ja juhendi muude materjalide arutamiseks (patsiendijuhend, patsiendi käsitluse algoritm, rakenduskava jm) pidas töörühm kokku kaheksa koosolekut (sh ühe lühikoosoleku), neist koroonaepeidemia tõttu kuus videovormis. Lisaks toimusid arutelud töörühma liikmetega koosolekute vahelisel ajal elektroonselt. Nii ravijuhendi käsitlusala koostamise eel kui ka edaspidi vaadati iga koosoleku alguses läbi töörühma ja sekretariaadi liikmete võimalike huvide konfliktide deklaratsioonid ja veenduti otsustajate kallutamatuses (vt ravijuhendi koostajate huvide deklaratsioonide koondit ja koosolekute protokolle veebilehele www.ravijuhend.ee). Koosolek oli otsustusvõimeline, kui osales vähemalt 3/4 töörühma liikmetest. Vastuvõetud otsused olid üksmeelsed.

Kui juhendi ajakohastamisel läbi töötatud teaduslik jm tõendusmaterjal ei andnud põhjust muuta algses ravijuhendis antud soovitusi, siis ajakohastati vaid soovitusi

sõnastust. Praeguseks ajaks on Eestis ravijuhendite koostamisel ja soovitude sõnastamisel jõutud nii kaugemale, et iga soovitus peab olema iseseisvalt (ehk mitte üksnes soovitude loetelus ja/või ravijuhendit tervikuna lugedes) mõistetav ehk sisaldama infot selle kohta, millist patsienti (ja vajadusel millises olukorras, nt käsitluse etapis) ja mille tegemist/mittetegemist see puudutab. Samuti kohendati sõnakasutust, et tugevad ja nõrgad soovitused selgelt eristuksid. Igale kliinilisele soovitusele lisati praeguse (sõnastus)korra järgi ka info, millise astme (väga madal kuni kõrge) teaduslikule tõendusmaterjalile see tugineb ning kas tegemist on tugeva või tingimusliku (nõrga) soovitusega. Tavapäraselt esitati ravijuhendis eraldi praktilised soovitused, mida tuli ravijuhendi ajakohastamise käigus juurde tänu tööühma soovile lisada ravijuhendisse info Eestis kasutatava alkoholiühiku ning alkoholitarvitamise madala riski uute piiride kohta. Ravijuhendi tööühm muutis Eestis seni kasutusel olnud alkoholitarvitamise madala riski piire. Et see muudatus puudutab paljude alkoholitarvitamise häirega patsientidega tegelevate spetsialistide igapäevatööd, siis tavapärasest erinevalt otsustas tööühm esimesel võimalusel (veel ravijuhendi koostamise ajal) Eesti erialaorganisatsioonide ja tervishoiuasutusi sellest muutusest teavitada. Kõik infokirjale vastanud (üheksa organisatsiooni/asutust) toetasid alkoholitarvitamise madala riski piiride langetamist Eestis. Kui ajakohastatud ravijuhendis muudeti uue teadusliku tõendusmaterjali põhjal või muudel kaalutlustel soovituse sisu, siis tehti soovituse juurde märge [AJAKOHASTATUD 2020]. Kui koostati täiesti uus soovitus, siis lisati soovitusele märge [UUS 2020].

Ravijuhendi käsitusala, täistekst, tõendusmaterjali kokkuvõtte tabelid, soovitude koostamise tabelid, rakenduskava, ravijuhendi koostajate huvide deklaratsioonide kokkuvõte ja tööühma koosolekute protokollid on kättesaadavad veebiaadressil www.ravijuhend.ee.

Pärast ravijuhendi kinnitamist ajakohastatakse seda uue olulise informatsiooni lisandumisel või viie aasta pärast.

Patsiendile mõeldud infomaterjalid

Ravijuhendi ajakohastamisel otsustas tööühm algse ravijuhendi koostamise järel 2017. aastal valminud alkoholitarvitamise häire patsiendijuhendit mitte ajakohastada. Pärast patsiendijuhendi valmimist on Tervise Arengu Instituut (TAI) kui algse ravijuhendi koostamise algataja ja rahastaja algsele ravijuhendile

tuginedes programmi „Kainem ja tervem Eesti“ (vt lk 84) raames koostanud patsiendile mõeldud infovoldikud

- (1) „Vähem alkoholi. Kas ja kuidas?“;
- (2) „Alkoholi liigtarvitamine – mis see on ja kust saab abi?“;
- (3) „Lähedane joob. Mida teha?“

Patsiendi infomaterjalid on saadaval veebilehel <https://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/alkohol/kainem-ja-tervem-eesti/materjalid>. Paberkanjal jaotab TAI neid materjale Eestis alkoholitarvitamise häirega patsientidega tegelevatele tervishoiu- jm asutustele. Samuti on TAI loonud alkoholialase teabe veebikeskkonna <https://alkoinfo.ee/et/>.

Ravijuhendi ajakohastajad vaatasid läbi algse patsiendijuhendi ja võrdlesid selles esitatud infot TAI koostatud patsiendi infomaterjalides sisalduva infoga. Ravijuhendi töörihm leidis, et TAI infomaterjalid asendavad algse patsiendijuhendi ning neid on tänu väiksemale infomahule ja kindlale sihtrühmale suunatusele igapäevatoos otstarbekam ja mugavam kasutada. Küll aga ajakohastab TAI patsiendile mõeldud infomaterjalides ravijuhendi ajakohastamisel alkoholitarvitamise madala riski piire puudutava info.

Tõendusmaterjali sünteesimine ja soovitude koostamine

Ravijuhendi ajakohastamisel tugineti eelkõige algse ravijuhendi koostamisel kasutatud rahvusvahelistele ravijuhenditele (12 juhendit) ja otsiti välja nende ajakohastatud versioonid. Ajakohastatud oli kaks ravijuhendit (1, 2), lisaks oli ühe ravijuhendi ajakohastamisel koostatud uus tõendusmaterjali kokkuvõtte (3). Neid ravijuhendeid hinnati tööriistaga AGREE II ning Eesti ravijuhendi ajakohastamisel võeti neist tõendusmaterjalina arvesse uusi süstemaatilisi ülevaateid ja metaanalüüse. Vajaduse korral tehti konkreetse kliinilise küsimuse kohta käiva teadusliku tõendusmaterjali lihtsustatud lisaotsing, milles keskenduti süstemaatilistele ülevaadetele ja metaanalüüsidele, aga ka juhuslikustatud kontrollitud uuringutele.

Iga kliinilise küsimuse kohta koostas sekretariaat tõendusmaterjali kokkuvõtte tabeli ja valmistas ette soovitude koostamise tabeli, kasutades veebipõhist tööriista GRADEpro (4). Peale teadusliku tõendusmaterjali (sh huvipakkuva meetodi/tegevuse kasu-kahju tasakaal) võttis töörihm kliinilise soovitude koostamisel arvesse ka patsientide eelistusi ja väärtushinnanguid, sekkumise vastuvõetavust

kõigile sellega seotud osapooltele ja soovituseliga kaasneda võivad patsientide ebavõrdsesse olukorda jätmist. Samuti hinnati sekkumise teostatavust Eestis – võimalusi ja ressursse selle rakendamiseks.







Tervishoiukorralduslikele küsimustele vastamiseks vaatas töörühm üle algse ravijuhendi koostamisel kasutatud teadusliku tõendusmaterjali ning sekretariaadi ette valmistatud ülevaate alkoholarvitamise häirega patsiendi käsitlusest Eestis aastal 2020. Sekretariaat koostas elektroonse suhtluse käigus ülevaate koos töörühma liikmete, Tartu Ülikooli kliinikumi psühhiaatriakliiniku ambulatoorse psühhiaatria keskuse sotsiaaltöötaja ning sotsiaalkindlustusameti esindajaga. Alkoholarvitamise häirega patsiendi käsitluse hetkeolukorra ja -võimaluste kirjeldus on esitatud vastavate tervishoiukorralduslike soovitude selgituses, eraldi tõendusmaterjali ja soovitude koostamise kokkuvõtet esitatud ei ole.

Juhtumikorralduse põhimõtete rakendamise kohta patsiendi käsitluses ja juhtumikorralduse tervishoiuteenusena kättesaadavaks tegemise teemat arutades tugines töörühm muuhulgas 1. oktoobril 2020. aastal Tervise Arengu Instituudis toimunud projektiga „Kainem ja tervem Eesti“ seotud spetsialistide (sh raviteenus osutajate) nõupidamisel otsustatule.







Eestis kasutusel oleva alkoholiühiku ja alkoholarvitamise madala riski piiride ajakohasuse hindamiseks koostas sekretariaat ülevaate teiste Euroopa Liidu riikide vastavatest näitajatest ning otsis teadusuuringuid alkoholi (tervise)mõjude kohta. Need näitajad esitati töörühma otsusel ravijuhendis praktilise soovitusena kõigile patsientidele, kellele räägitakse alkoholi tarvitamise teemal.







Soovitude koostamise tabelile või muus vormis esitatud materjalile tuginedes sõnastas töörühm üksmeelselt soovitud. Ravijuhendis on ära toodud soovitude loetelu ja edasi juba iga soovitus koos kokkuvõtliku selgitusega selle tagamaade kohta. Ravijuhendi soovitude aluseks oleva tõendusmaterjali kokkuvõtete ja soovitude koostamise tabelid on kättesaadavad veebiaadressil www.ravijuhend.ee.


Ravijuhendi soovitude loetelu

Üldine teave alkoholitarvitamise kohta		
1		Patsiendiga alkoholitarvitamisest rääkides teavitage teda, et alkoholitarvitamist hinnatakse alkoholiühikute alusel ja üheks ühikuks loetakse 10 grammi puhast alkoholi. <i>Praktiline soovitus</i> [UUS 2020]
2		Patsiendiga alkoholitarvitamisest rääkides teavitage teda, et mistahes koguses alkoholi tarvitamine võib kahjustada tervist. <i>Praktiline soovitus</i> [UUS 2020]
3		Patsiendiga alkoholitarvitamisest rääkides teavitage teda, et päevaseks madala riski piiriks loetakse meestel 20 g puhast alkoholi (2 ühikut) ja naistel 10 g puhast alkoholi (1 ühik). Madala riski piirist rääkides tuleb lisaks päevasele alkoholitarvitamisele käsitleda alkoholitarvitamist ka nädala arvestuses. <i>Praktiline soovitus</i> [UUS 2020]
4		Patsiendiga alkoholitarvitamisest rääkides teavitage teda, et nädala arvestuses loetakse alkoholitarvitamise madala riski piiriks meestel 140 g puhast alkoholi (14 ühikut) ja naistel 70 g puhast alkoholi (7 ühikut) ning soovitage tal kolmel või enamal päeval nädalas alkoholi üldse mitte tarvitada. <i>Praktiline soovitus</i> [UUS 2020]
Alkoholitarvitamise häire sõelumine ja avastamine		
5		Esmatasandi arstiabis sõeluge kõiki alkoholitarvitamise häire kahtlusega täiskasvanud patsiente AUDIT-testiga. <i>Tugev positiivne soovitus, kõrge tõendatuse aste</i>
6		Eriarstiabis sõeluge alkoholitarvitamise häire kahtlusega patsiente vajadusel AUDIT- või AUDIT-C-testiga. <i>Nõrk positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>




Alkoholitarvitamise häire diagnoosimine

7		Alkoholitarvitamise häire kahtlusega patsiendiga, kes saab AUDIT-testi skooriks 16 või enam, tehke alkoholi kuritarvitamise või alkoholisõltuvuse diagnoosi täpsustamiseks kliiniline intervjuu. <i>Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>
8		Alkoholitarvitamise häire kahtlusega patsiendil alkoholi kuritarvitamise või alkoholisõltuvuse diagnoosimiseks kaaluge lisaks kliinilisele intervjuule struktureeritud diagnostilise intervjuu tegemist. <i>Nõrk positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>
9		Alkoholitarvitamise häire kahtlusega patsiendil alkoholi kuritarvitamise või alkoholisõltuvuse diagnoosimiseks ärge kasutage ainult enesekohaseid teste. <i>Tugev negatiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>
10		Alkoholitarvitamise häire kahtlusega patsiendil alkoholi kuritarvitamise või alkoholisõltuvuse diagnoosimiseks ärge kasutage ainult laboratoorseid analüüse. <i>Tugev negatiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>
11		Alkoholi kuritarvitamise või alkoholisõltuvuse diagnoosiga patsienti hinnake organsüsteemide kahjustuste väljaselgitamiseks objektiivselt. <i>Tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i>
12		Alkoholi kuritarvitamise ja alkoholisõltuvuse diagnoosiga patsiendil kaaluge organsüsteemide kahjustuse kahtlusel täiendavaid uuringuid ja vajaduse korral suunamist vastava eriala arsti konsultatsioonile. <i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i>
Alkoholivõõrutusseisundi diagnoosimine ja ravi		
13		Alkoholivõõrutusseisundis patsienti hinnake vajadusel võõrutusseisundi raskusastme täpsustamiseks igas arsti-abietapis, kasutades selleks standardiseeritud hindamisvahendit (nt CIWA-Ar). <i>Nõrk positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>



14		<p>Kliiniliselt oluliste alkoholivõõrutusnähtudega patsiendi võõrutusravis kasutage esmavaliku ravimina lühiajaliselt bensodiasepiini (eelistatult diasepaami).</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i></p>
15		<p>Alkoholarvitamise häirega patsient, kes on katkestanud alkoholarvitamise ja kellel tekib raske võõrutussündroom (hinnatuna nt CIWA-Ar küsimustikuga), suunake erakorralise meditsiini osakonda, kus otsustatakse statsionaarse ravi vajaduse üle.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i> [UUS 2020]</p>
Alkoholi ja bensodiasepiinide segakasutus		
16		<p>Alkoholarvitamise häire või selle kahtlusega patsiendi kliinilise intervjuu käigus küsige bensodiasepiinide ja teiste psühhoaktiivsete ainete tarvitamise kohta.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i></p>
17		<p>Alkoholi ja bensodiasepiine segatarvitaval patsiendil kasutage esmaseks sekkumiseks lühinõustamist ja enesebivõtete tutvustamist ainete tarvitamise vähendamiseks ning alustage bensodiasepiinide annuse järkjärgulist vähendamist.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i></p>
18		<p>Alkoholi ja bensodiasepiine segatarvitav patsient, kes ei suuda nende tarvitamisest loobuda, suunake psühhiaatri vastuvõtule.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>
19		<p>Kliiniliselt oluliste võõrutusnähtudega bensodiasepiine ja alkoholi segatarvitava patsiendil kaaluge võõrutusnähtude vähendamiseks esmalt farmakoloogilist ravi (esmavalikuks bensodiasepiinid).</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p>

20		<p>Alkoholi ja bensodiasepiine segatarvitav patsient, kes on katkestanud ainete tarvitamise ja kellel tekib raske võõrutussündroom (hinnatuna nt CIWA-Ar küsimustikuga), suunake erakorralise meditsiini osakonda, kus otsustatakse statsionaarse ravi vajaduse üle.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i> [AJAKOHASTATUD 2020]</p>
----	---	--


Tagasilangust ennetav ravi








21		<p>Alkoholitarvitamise häirega patsienti motiveerige kohe pärast võõrutusseisundi ravi jätkama tagasilangust ennetava raviga.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i></p>
22		<p>Alkoholitarvitamise häirega patsiendi tagasilangust ennetavas ravis kasutage esmase valikuna psühhosotsiaalset sekkumist, vajadusel kasutage lisaks farmakoteraapiat.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i></p>
23		<p>Alkoholitarvitamise häirega patsiendi ravis pigem ärge kasutage platseeboefektil põhinevaid ravivõtteid.</p> <p><i>Nõrk negatiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i> [AJAKOHASTATUD 2020]</p>








Tagasilangust ennetav mittefarmakoloogiline ravi ehk psühhosotsiaalsed sekkumised








24		<p>Alkoholitarvitamise häirega patsiendil kasutage püsivama ravitulemuse saavutamiseks tõendus põhiseid psühhosotsiaalseid sekkumisi.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i></p>
25		<p>Alkoholitarvitamise häirega patsiendil kasutage alkoholi kuritarvitamise vähendamiseks lühinõustamist.</p> <p><i>Tugev soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i></p>


Tagasilangust ennetav farmakoloogiline ravi

26		<p>Alkoholitarvitamise häirega patsiendil kasutage farmakoteraapiat koos psühhosotsiaalsete sekkumistega.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, hea tõendatuse aste</i></p>
----	---	--

27		Alkoholisõltuvusega patsiendile farmakoteraapia määramisel arvestage ravieesmärki. Kui eesmärk on abstinents, siis kasutage aversiivseid ravimeid või opioidretseptorite antagonistide. Joomise vähendamiseks kasutage opioidretseptorite antago- niste. <i>Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>
28		Aversiivset ravi (disulfiraamiga) saaval alkoholisõltuvusega patsiendil kasutage abstinentsi säilitamiseks jälgitud suu- kaudset ravi. <i>Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>
29		Alkoholi kuritarvitaval patsiendil, kellel on psühhosotsiaalsete sekkumiste efekt ebapiisav, kaaluge opioidretseptorite antago- niste kasutamist. <i>Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i>
30		Alkoholi kuritarvitava või alkoholisõltuvusega patsiendil, kellel ei ole muud psüühikahäiret, ärge kasutage alkoholitarvitamise häire raviks antidepressante, trankvillisaatoreid, antikon- vulsante ja antipsühhootikume. <i>Tugev negatiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>
31		Alkoholitarvitamise häirega patsiendil kaaluge opioid- retseptorite antagonistide kasutamist igapäevaselt või olu- korras, kus patsient tunnetab alkoholi tarvitamise ohtu. <i>Nõrk positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>
32		Alkoholisõltuvusega patsiendile määrake aversiivse toimega ravim või alkoholi kasutust vähendav opioidretseptorite anta- gonist vähemalt kuueks kuuks. <i>Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i> [AJAKOHASTATUD 2020]
Ravisoostumus, ravi pikkus ja raviefekti hindamine		
33		Alkoholitarvitamise häirega patsiendi ravimotivatsiooni jälgige igal visiidil. <i>Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>

34		<p>Alkoholitarvitamise häirega patsiendi ravisoostumuse parandamiseks kaaluge järgmisi meetmeid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kiire ravi alustamine; • sõltuvusravi teostava meeskonna kaasamine raviprotsessi või juhtumikorralduse rakendamine; • lähedaste kaasamine patsiendi nõusolekul; • soovitud käitumisele positiivse tagasiside andmine. <p><i>Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p>
35		<p>Alkoholitarvitamise häirega patsiendi ravi alustamisel leppige ravisoostumuse parandamiseks kokku regulaarsed kohtumised ravimeeskonna liikmega.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>
36		<p>Alkoholitarvitamise häirega patsiendi ravisoostumuse parandamiseks ärge rakendage täiendavat omaosalust.</p> <p><i>Tugev negatiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i></p>
37		<p>Alkoholitarvitamise häirega patsiendil kasutage ravitulemuse hindamiseks lisaks anamneesile vajaduse korral AUDIT- või AUDIT-C-testi.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i></p>
38		<p>Alkoholitarvitamise häirega patsiendil soovitage kasutada alkoholitarvitamise sageduse ja koguste hindamiseks alko-päevikut.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>
39		<p>Alkoholitarvitamise häirega patsiendil kasutage ravitulemuse hindamiseks vajadusel laboratoorseid analüüse.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p>
40		<p>Alkoholitarvitamise häirega patsiendi ravi alustades peaksite patsienti hindama regulaarselt vähemalt iga 4–6 nädala järel ravile seatud eesmärgi saavutamiseni ja edaspidi vajaduse korral.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p>

41		Alkoholitarvitamise häirega patsiendil vaadake raviefekti puudumisel raviplaan üle ja vajaduse korral muutke seda. <i>Praktiline soovitus</i>
42		Alkoholitarvitamise häirega patsiendi aktiivse ravi või regulaarse jälgimise lõpetamise otsus langetage kaalutletult ja koostöös patsiendiga, lähtudes tema ootustest, eesmärkidest ning võimalikest tagasilanguse riskidest. <i>Praktiline soovitus</i>
43		Alkoholitarvitamise häirega patsienti julgustage tagasilanguse või selle ohu korral uuesti ravile pöörduma. <i>Praktiline soovitus</i>
44		Suure tagasilanguse riskiga alkoholitarvitamise häirega patsiendile (tugivõrgustiku puudumine, kaksikdiagnoos jne) planeerige regulaarsed kohtumised 1–3 aasta jooksul pärast aktiivse ravi lõppu. <i>Praktiline soovitus</i>
Alkoholitarvitamise häire ravikorraldus ja -protsesside koordineerimine		
45		Alkoholitarvitamise häirega patsiendi ravi korraldamisel kasutage astmelise ravi mudelit. <i>Tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i> [AJAKOHASTATUD 2020]
46		Ohustavalt alkoholi tarvitavat ja alkoholitarvitamise häirega patsienti märgake kõikides arstiabietappides. Esmatasandi arstiabis sõeluge, teostage lühinõustamine ja vajaduse korral alustage alkoholitarvitamise häire ravi. <i>Praktiline soovitus</i> [AJAKOHASTATUD 2020]
47		Alkoholitarvitamise häirega patsient, kellel esmatasandi arstiabis teostatud sekkumised ei anna soovitud tulemust, suunake psühhiaatri e-konsultatsioonile. <i>Praktiline soovitus</i> [AJAKOHASTATUD 2020]

48		<p>Alkoholitarvitamisest tekkinud mittekomplitseeritud võõrutusseisundiga patsienti ravige ambulatoorselt.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i> [AJAKOHASTATUD 2020]</p>
49		<p>Tüsistunud alkoholivõõrutusseisundiga (alkoholideliirium, võõrutuskrambid) patsient suunake statsionaarseks raviks erakorralise meditsiini osakonda, pärast statsionaarset ravi motiveerige teda kohe jätkama tagasilangust ennetava raviga.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i> [AJAKOHASTATUD 2020]</p>
50		<p>Alkoholisõltuvuse ravi vajav patsient, kellel kahtlustate kaasuvat komplitseeritud psüühikahäiret, suunake diagnostikaks ja ravi alustamiseks statsionaarsesse psühhiaatriaosakonda valvepsühhiaatri juurde või psühhiaatri e-konsultatsioonile.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i> [AJAKOHASTATUD 2020]</p>
51		<p>Alkoholitarvitamise häirega patsient suunake vajaduse korral sõltuvushäirele spetsialiseerunud üksusesse, kus osutatakse alkoholitarvitamise häire raviks vajalikke tervishoiuteenuseid ja korraldatakse rehabilitatsiooniteenuseid.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i> [AJAKOHASTATUD 2020]</p>
52		<p>Alkoholitarvitamise häirega patsiendil, kellel on suur tagasilanguse risk, kaasuv psüühikahäire ja/või raskusi sotsiaalse toimetulekuga, rakendage juhtumikorralduse põhimõtet.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i> [AJAKOHASTATUD 2020]</p>

Ravijuhendi soovitused koos tõenduse ja arutelu lühikokkuvõttega


Üldine alkoholarvitamise alane teave

Ravijuhendi ajakohastamise eel kogus Tartu Ülikooli (TÜ) ravijuhendite püsisekretariaat alkoholarvitamise häirega patsientidega tegelevatelt spetsialistidelt (sh algse ravijuhendi koostajatelt) infot, millised teemad vajaksid juhendi ajakohastamisel n-ö avamist. Muuhulgas soovitati üle vaadata põhinäitajad (alkoholiühik ja alkoholarvitamise riskipiirid), millele tuginevad oma igapäevatöös spetsialistid (sh käesoleva ravijuhendi sihtrühma kuuluvad spetsialistid), kes peavad hindama inimese alkoholarvitamist ja/või tegema elanikkonnas alkoholiteemalist selgitus- ja ennetustööd. Et algse ravijuhendi valmimisest möödunud aja jooksul oli neid näitajaid paljudes riikides ümber hinnatud, pidas Eestis kasutusel oleva alkoholiühiku ja -arvitamise madala riski piiride ajakohasuse hindamist (võrdluses teiste riikidega) vajalikuks ka ravijuhendit ajakohastanud töörühm.

2015. aastal koostatud algse ravijuhendis oli esitatud vaid alkoholiühiku mõiste ja ühikuid mainiti patsiendi alkoholarvitamise harjumuste kindlakstegemise juures (AUDIT-testis, kliinilises intervjuus ja alkopäevikus). Alkoholi tervist kahjustavast mõjust oli algses ja on ka selles juhendis (lk 48) juttu alkoholarvitamise häire diagnoosimist puudutavate soovitude tagamaid selgitavas tekstis.

2015. aastal Eestis kasutusel olnud alkoholiühik (10 g puhast alkoholi) lepitati kokku 2009. aastal. Ehkki alkoholarvitamise riskipiiridest algses ravijuhendis juttu ei olnud, loeti toona Eestis madala riski piiriks meestel 4 ja naistel 2 ühikut päevas. Nädalapiiri arvutamisel arvestati, et vähemalt kolmel päeval nädalas võiks alkoholi üldse mitte tarvitada. Töörühmale teadaolevalt oli algse ravijuhendi valmimisest möödunud aja jooksul paljudes riikides alkoholarvitamise põhinäitajaid ümber hinnatud.

Ehkki siinne ravijuhend käsitleb alkoholarvitamise häirega patsiente, võivad need põhinäitajad jutuks tulla ka teiste patsientidega, sh alkoholarvitamise häirega patsiendi lähedastega ja/või mittenakkushaiguste ennetamise kontekstis alkoholarvitamisest kui ühest olulisest riskitegurist rääkides.

1		<p>Patsiendiga alkoholitarvitamisest rääkides teavitage teda, et alkoholitarvitamist hinnatakse alkoholiühikute alusel ning üheks ühikuks loetakse 10 grammi puhast alkoholi.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p> <p>[UUS 2020]</p>
---	---	---

Alkohoolsed joogid on eri kangusega, neid müüakse eri suurusega pakendeis ja serveeritakse eri koguses. Alkoholiühik võimaldab inimesel hinnata, milline on jookide alkoholisisaldus ehk kui palju (puhast) alkoholi ta tegelikult tarvitab. Eestis on alates 2009. aastast kasutusel olnud alkoholiühik 10 g puhast alkoholi, mida arvutatakse valemiga alkoholikogus (liitrid) × kangus (%) × alkoholi erikaal (0,789).


Saamaks ülevaadet teistes riikides kasutatavatest ühikutest, vaadati ravijuhendi ajakohastamisel esmalt läbi Soome National Institute for Health and Welfare'i 2016. aastal Euroopa Liidu (EL) rahastatud projekti „Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm (RARHA)“ raames koostatud ülevaade eri Euroopa riikides kasutusel olevatest alkoholitarvitamise põhinäitajatest, sh alkoholiühikutest. Ülevaatest selgus, et enamikus Euroopa riikidest loeti toona alkoholiühikuks kas 10 g või 12 g puhast alkoholi. Eesti teistest riikidest olulisel määral ei erinenud – sama ühik oli kasutusel veel kümnes riigis (sh Eesti naaberriikidest Soomes ja Lätis). Lisaks sellele jäi 10 g puhast alkoholi veel viies riigis kasutusel olnud (vahemikuna esitatud) ühiku piiridesse. (5)

Eelkirjeldatud ülevaade põhines 2014. aasta andmetel, mistõttu otsis sekretariaat ka värskemad infot. Viimati 2019. aastal ajakohastatud alkoholitarvitamise põhinäitajate ülevaade on teinud rahvusvaheline mittetulundusühing International Alliance for Responsible Drinking (IARD), mida rahastavad suured alkoholitootjad (9b). Sekretariaat võttis ühendust ka kolleegidega Eesti lähiriikidest (Soome, Rootsi, Läti, Leedu). Sel viisil kogutud andmete põhjal koostati andmetabel alkoholitarvitamise põhinäitajate kohta novembri 2020 seisuga Euroopa Liitu kuuluvates riikides (26 riiki, sest Eesti andmeid tabelis ei esitata) ja lisaks teistes Euroopa jm riikides (7 riiki) (vt www.ravijuhend.ee/Tõendusmaterjali_kokkuvõte_nr_1_Lisa_3_23.11.2020.xlsx). Kokkuvõttest selgub, et alkoholiühik ei ole teada või defineeritud puhta alkoholi grammides 27 EL-i riigist (sh Eesti) kümnes. Ülejäänud EL-i riikides jääb alkoholiühik vahemikku 8–12 g puhast alkoholi, olles kahes riigis 8 g, üheteistkümnes riigis (sh Eestis) 10 g ning neljas riigis 12 g. Analoogselt Eestiga on muudest valitud riikidest

alkoholiühikuks 10 g puhast alkoholi veel Austraalias ja Šveitsis. Riikidest, mille kohta oli 2019. seisuga alkoholiühiku info olemas, on ühikut korrigeeritud neljas EL-i riigis ja muudest riikidest ühes. Ühikut on vähendatud või mindud vahemikult üle selle alampiirile.

Ravijuhendi töörühm arutas Eestis praegu kehtiva alkoholiühiku (10 g puhast alkoholi) muutmise/mittemuutmise vajadust. Leiti, et kehtivat ühikut on lihtne arvutada, sellega ollakse igapäevatoos harjunud ja sama ühik on kasutusel enamikus EL-i riikidest, mistõttu puudub selle muutmiseks vajadus ning põhjendus.

Eelkirjeldatud tõendusmaterjal on esitatud soovitude 1–4 aluseks olnud tõendusmaterjali (ühises) kokkuvõttes nr 1 ja selle lisa 3 (vt www.ravijuhend.ee). Huviline leiab eri jookide alkoholiühikute arvutamiseks abivahendi ehk alkokalkulaatori Tervise Arengu Instituudi hallatavast veebikeskkonnast <https://alkoinfo.ee/et/> – vt <http://kalkulaator.alkoinfo.ee>.

2		<p>Patsiendiga alkoholitartvamisest rääkides teavitage teda, et mistahes koguses alkoholi tarvitamine võib kahjustada tervist.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p> <p>[UUS 2020]</p>
---	---	---

Alkohol ei ole organismile vajalik toitaine. Kui inimene otsustab alkoholi tarvitada, peaks ta andma endale aru selle mõjust nii lühemas kui ka pikemas plaanis. Alkoholi mõju organismile on individuaalne ja sõltub tarvitatavast kogusest ning tarvitamise kiirusest, inimese organismi eripäradest ja tervises seisundist, samuti muude ainete (sh ravimite) samaaegsest tarvitamisest. Kui üldjuhul tekib alkoholi tarvitamisel esmalt heaolu- ja lõõgastustunne, siis õige pea hakkab avalduma ka selle kahjulik mõju organismile. Alkoholitartvamisest suureneb vigastuste ja õnnetuste tekke tõenäosus. Alkoholi (regulaarsel) tarvitamisel pikema aja jooksul suureneb haigestumise risk, samuti enneaegse surma risk nii haiguste kui ka vigastuste tagajärjel. Pikapeale võivad inimesel kujuneda ka muud (nt sotsiaalsed ja majanduslikud) probleemid.

Kokkuvõtliku hinnangu alkoholi tervisemõjule andsid Shield jt oma 2020. aastal avaldatud alkoholist tingitud tervisekadu käsitlevas uuringus. Uuring näitas, et 2016. aastal oli maailmas alkoholitartvamisega hinnanguliselt seotud 3,0 miljonit surmajuhtu (95% CI 2,6–3,6), mis moodustas kõigist surmadest sel aastal 5,3% (95% CI 4,6–6,3%). Alkoholitartvamisest tingitud tervisekadu oli 131,4 DALY-t

(95% CI 119,4–154,4), mis moodustas ülemaailmsest tervisekaost 5,0% (95% CI 4,6–5,9%). On teada, et WHO peab alkoholarvitamist üheks neljast olulisemast mittenakkushaiguste muudetavast riskitegurist. Samas näitas Shieldi jt uuring veenvalt, et alkohol oli oluline riskitegur ka vigastussurmade korral [rahvastiku panusosis ehk population attributable fraction (PAF) = 17,7%; 95% CI 14,3–23,0%]] ning nakkushaigustest ja toitumishäiretest tingitud surmade ja perinataalsete surmade korral (PAF = 3,3%; 95% CI 1,9–5,6%). Ühtlasi kinnitas Shieldi jt uuring ka teadmist, et alkoholil on oluline osa mittenakkushaigustest tingitud enneaegses suremuses (PAF = 4,3%; 95% CI 3,6–5,1%). (8)



Uuringud, näiteks 2018. aastal avaldatud ülemaailmne „Global Burden of Disease Study“ (195 riigi andmed perioodil 1990–2016) on näidanud, et paljude haiguste (nt erineva paikmega pahaloomulised kasvaja) ja muude tervisekahjude (nt vigastused) tekke tõenäosus suureneb tarvitatava alkoholikoguse suurenedes (9). Samas on nii see uuring kui ka mõned teised näidanud, et rahvastiku teatud alariühmades (nt noortel naistel) võib pikaajalisel väikeses koguses alkoholi tarvitamisel (võrreldes eluaegse mittetarvitamisega) olla teatud mittenakkushaiguste (nt südame isheemiatõbi, isheemiline insult, diabeet) korral ka mõningane kaitsetoime (7, 9). Samas peab nende „positiivsete“ tulemuste tõlgendamisel olema väga ettevaatlik, sest geneetiliste, keskkonna- ja teiste (mõju)tegurite tõttu võivad need tulemused olla nihkes ning uuringutulemuste üldistamisel kogurahvastikule on oma piirangud (7, 9). Urijate lõppjärelendus uuringus „Global Burden of Disease Study“ oli aga, et alkoholist põhjustatud tervisekao (haigestumise ja enneaegse suremuse arvelt) saab nulli viia vaid alkoholi mittetarvitamise korral (9).

Eelkirjeldatud tõendusmaterjal on esitatud soovitude 1–4 aluseks olnud tõendusmaterjali (ühises) kokkuvõttes nr 1 (vt www.ravijuhend.ee).

Siinses juhendis ei käsitleta alkoholarvitamise mõju konkreetsete haiguste ja vigastuse tekkele ning neist tulenevale enneaegsele suremusele. Huviline leiab infot alkoholi mõju kohta tervisele Tervise Arengu Instituudi hallatavast veebikeskkonnast <https://alkoinfo.ee/et/>. Üksikasjalikku tõenduspõhist infot alkoholi seosest konkreetsete haiguste ja vigastuste ning õnnetuste tekkega on huvilisel võimalik leida Austraalias praegu ajakohastamisel olevast juhendist „Draft Australian Guidelines to Reduce Health Risks from Drinking Alcohol“, kus see on koondatud 42 süstemaatilisse ülevaatesse ja metaanalüüsi (vt <https://www.nhmrc.gov.au/health-advice/alcohol#download>) (9a). Austraalia juhend peaks lõplikult valmima alles 2020. aasta lõpuks, kuid juhendi materjalid (sh soovitude

aluseks olnud teadusliku tõendusmaterjali kokkuvõtted) on elektroonselt kättesaadavad.

Kui inimene otsustab alkoholi tarvitada, peab ta teadvustama, et võtab vabatahtlikult ka sellega kaasnevad riskid. Järgnevalt alkoholitarvitamisega kaasnevast riskist ja riskipiiridest rääkides on eelkõige silmas peetud nn tavatarbijat ehk tervet täiskasvanud inimest. Alaealised, rasedad ja imetavad emad ja krooniliste haigustega inimesed ei tohiks alkoholi üldse tarvitada.

3		<p>Patsiendiga alkoholitarvitamisest rääkides teavitage teda, et päevaseks madala riski piiriks loetakse meestel 20 g puhast alkoholi (2 ühikut) ning naistel 10 g puhast alkoholi (1 ühik). Madala riski piirist rääkides tuleb lisaks päevasele alkoholitarvitamisele käsitleda alkoholitarvitamist ka nädala arvestuses.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i> [UUS 2020]</p>
4		<p>Patsiendiga alkoholitarvitamisest rääkides teavitage teda, et nädala arvestuses loetakse alkoholitarvitamise madala riski piiriks meestel 140 g puhast alkoholi (14 ühikut) ning naistel 70 g puhast alkoholi (7 ühikut) ning soovitage tal kolmel või enamal päeval nädalas alkoholi üldse mitte tarvitada.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i> [UUS 2020]</p>

Maailmas on ohtlike tegevuste ja kahjulike teguritega seotud riskidele välja kujunenud teatud üldtunnustatud piirid, millest väiksemat riski on enamik inimesi nõus vabatahtlikult võtma, kui kõik tegevuse/teguriga seotud plussid ja miinused kaalukausile panna. Kui mingi vabatahtliku kahjuliku tegevuse või teguri mõju tulemuseks on surm või haigestumine, loetakse risk (tõenäosus) $< 10^{-6}$ üldiselt vastuvõetavaks ning $> 10^{-4}$ mittevastuvõetavaks. Nende vahele jääb talutava riski ala, kus risk tuleks hoida nii väiksena kui see mõistlike ressursidega võimalik on (6). Maailmas esineb piirkondlikke vm erinevusi, kuid Euroopas loetakse enamasti vabatahtlikult (vastu)võetava ehk madala riski piiriks vähemalt 10^{-4} . Seda võib väljendada ka 1:1000 (üks tuhandest) või 0,1%.

Alkoholitarvitamise madala riski piiridest rääkides tuleb meeles pidada, et alkohol ei ole organismile vajalik toitaine ning selle mistahes koguses tarvitamine võib

kahjustada tervist. Alkoholist tingitud tervisekahju saab vähendada, kui vähendada päevas (sh korraga järjest) ja nädalas tarvitavat puhta alkoholi kogust. Madala riski piiridest rääkides kasutatakse nii päeva- kui nädalapõhist lähenemist. Mõlemal juhul peetakse enamasti silmas alkoholi tarvitamist regulaarselt ehk enamikul päevadel või nädalatel. Kui päevast alkoholitarvitamist saab vähendada eelkõige väiksema koguse või lahjema joogiga piirdudes, siis nädala lõikes on üks võimalus osal päevadest alkoholi mitte tarvitada.

Alkoholitarvitamise madala riski piirid päevas

Alkoholitarvitamise madala riski piirid, mis Eestis algse ravijuhendi koostamise ajal 2015. aastal kasutusel olid, kuid mida juhendis ei mainitud, pärinevad 2009. aastast. 2009. aastal olid Tervise Arengu Instituudi (TAI) andmeil arutlusel ka praegu kehtivatest madalamad päevapiirid, kuid arvestades toonast alkoholitarvitamist Eestis (kogused, tarvitamismustrid), jäädi meestel 40 g ja naistel 20 g kui ambitsioonikate, samas realselt saavutatavate piiride juurde.

Rahvusvahelise ülevaate alkoholitarvitamise põhinäitajate, sh alkoholitarvitamise madala riski piiride kohta on teinud mittetulundusühing International Alliance for Responsible Drinking (IARD) (9b). Viimati ajakohastati selle ülevaate andmeid 2019. aastal. Lisaks võttis sekretariaat ühendust kolleegidega Eesti lähiriikidest (Soome, Rootsi, Läti, Leedu). Sel viisil kogutud andmete põhjal koostati andmetabel alkoholitarvitamise põhinäitajate kohta novembri 2020 seisuga Euroopa Liitu kuuluvates riikides (26 riiki, sest Eesti andmeid tabelis ei esitata) ning lisaks teistes Euroopa jm riikides (seitse riiki) – vt www.ravijuhend.ee (Tõendusmaterjali kokkuvõte nr 1_Lisa 3_23.11.2020.xlsx). Selles kokkuvõttes puuduvad alkoholitarvitamise madala riski piiride andmed viie EL-i riigi kohta. Läti kohta ei õnnestunud värsked andmeid saada, vaatamata korduvatele kontaktikatsetele Läti kolleegidega.

EL-i riikides, mille kohta on andmed olemas, on alkoholitarvitamise madala riski piirid meestel ja naistel praeguseks üldjuhul erinevad, v.a Prantsusmaal ning muudest vaadeldud riikidest Ühendkuningriigis ja Austraalias.

Päevapõhist lähenemist on alkoholitarvitamise madala riski piiri seadmisel kasutanud EL-i riikidest 11, nii päeva- kui ka nädalapiirid on määratlenud seitse. Muudest riikidest on päevapiiridega piirdunud Norra ja Šveits ning mõlemad piirid on seadnud Austraalia, Kanada ja Ameerika Ühendriigid. Alkoholivabade päevade soovitus, milles päevade arv varieerub, on esitatud seitsmes EL-i riigis (sh Eestis) ning kahes muus riigis (Šveits, Ühendkuningriik).

Alkoholitarvitamise madala riski päevapiirid varieeruvad riigiti. Enim on EL-is riike, kus meeste päevapiir on 20 g ja naistel 10 g puhast alkoholi päevas või nende lähedal, seega on need poole väiksemad kui Eestis seni kehtinud piirid. EL-i riikidest on meestel ja naistel päevapiiriks vastavalt 20 g / 10 g puhast alkoholi Horvaatias, Saksamaal, Luksemburgis, Sloveenias ja Rootsis ning muudest riikidest veel Norras ja Šveitsis. Bulgaarias on päevapiirid vastavalt 16 g / 8 g; Itaalias, Soomes ja Taanis (nädalapiiri põhjal arvatuna) 24 g / 12 g ning Austrias ja Ungaris 24 g / 16 g. Ülejäänud riikides on alkoholitarvitamise madala riski päevapiirid kõrgemad, sh 40 g / 20 g juures lisaks Eestile veel Hispaanias ja Rumeenias (vastavalt 32–40 g / 15–20 g). Samas on ühine päevapiir (meestel ja naistel) EL-is Prantsusmaal ja muudest riikidest Austraalias – vastavalt 20 g ning 40 g puhast alkoholi. Osa riike toob eraldi välja ka väikese (tervise)riskiga seotud koguse alkoholi ühekordsel (järjestikusel) tarvitamisel.

2020. aastal kehtivad Põhjamaades (Soome, Rootsi, Norra, Taani, Island) ka ühised 2012. aastal koostatud ja 2014. aastal avaldatud toitumis- ja liikumissoovitused „Nordic Nutritional Recommendations 2012. Integrating nutrition and physical activity“, kus alkoholitarvitamise kohta antud soovituslikuks piiriks on naistel < 10 g päevas ning meestel < 20 g päevas (6a). Need viie riigi ühised soovitused lähevad ajakohastamisele 2022. aastal.

Samuti otsis sekretariaat uuringuid, milles hinnati alkoholi madala riski piiresse jäävas koguses tarvitamise mõju tervisele. EL-i riikides on alkoholitarvitamisega seotud enneaegse suremuse riski hinnanud Shield jt oma 2017. aasta uuringus „Life-time risk of mortality due to different levels of alcohol consumption in seven European countries: implications for low-risk drinking guidelines“ (7). Uuringusse oli kaasatud seitse võimalikult erineva alkoholitarvitamise muustriga riiki (Soome, Saksamaa, Ungari, Iirimaa, Itaalia, Poola, Eesti) (7). Uurijad jõudsid järeldusele, et kui lugeda vastuvõetava riski piiriks 10^{-4} (1 : 1000), peaks Euroopas alkoholitarvitamise madala riski piir olema naistel 8–10 g ja meestel 15–20 g puhast alkoholi päevas (7).

Alkoholitarvitamise madala riski piirid nädalas

Eestis on alkoholitarvitamise madala riski piire nädala kohta määratledes lähtunud päevapiiridest ja soovitusest, et igasse nädalasse peaks jääma vähemalt kolm alkoholivaba päeva. Nii oli algse ravijuhendi koostamise ajal 2015. aastal ja kuni juhendi ajakohastamiseni Eestis alkoholitarvitamise madala riski piir nädalas meestel 160 g puhast alkoholi (16 ühikut) ning naistel 80 g puhast alkoholi (8 ühikut).

IARD-i koostatud alkoholitarvitamise põhinäitajate ülevaatest (9b) ning lähiriikide kolleegidelt saadud andmete põhjal koostas sekretariaat andmetabeli alkoholitarvitamise põhinäitajate kohta novembri 2020 seisuga Euroopa Liitu kuuluvates riikides (26 riiki, sest Eesti andmeid tabelis ei esitata) ning lisaks teistes Euroopa jm riikides (seitse riiki) – vt www.ravijuhend.ee (Tõendusmaterjali kokkuvõte nr 1_Lisa 3_23.11.2020.xlsx).

Alkoholitarvitamise madala riski käsitluses on üksnes nädalapiiri(d) määratlenud neli EL-i riiki. Seitsmes riigis (sh Eestis) on esitatud nii päeva- kui ka nädalapiirid. Muudest riikidest on üksnes nädalapiiridega piiratud Ühendkuningriigis.

Alkoholivabade päevade soovitus on nädalasest mõõdukast (madala riski piiresse jäävast) alkoholitarvitamisest rääkides antud seitsmes EL-i riigis (sh Eestis) ning kahes muus riigis (Šveits, Ühendkuningriik), kusjuures soovituslik päevade arv riigiti varieerub. Kui üldjuhul on alkoholitarvitamise madala riski piir nädalapiir saadud päevapiiri korrutamisel nädalapäevade arvuga (7 päeva), siis Maltal on nädalapiiri arvutamisel arvesse võetud ka kaht soovituslikku alkoholivaba päeva ning Hollandi nädalapiirist võib sama välja lugeda, ehkki konkreetse nn vabade päevade soovitusel kohta info puudub. Erand on ka Hispaania, kus naistel on nädalapiir suurem kui seitse päevapiiri kokku (vastavalt 170 g ja 20 g puhast alkoholi). Muude riikidega võrreldes jääb Austraalias ja Kanadas nädalapiir samuti oluliselt väiksemaks kui päevapiiridepõhise arvutuse järgi võiks eeldada.

Hinnates alkoholitarvitamisega seotud enneaegse suremuse riski seitsmes erineva alkoholitarvitamise „mustri“ Euroopa riigis, leidsid Shield jt 2017. aastal, et kui vastuvõetava riski piiriks lugeda 10^{-4} (1 : 1000), peaks Euroopas alkoholitarvitamise madala riski piir olema naistel 8–10 g ja meestel 15–20 g puhast alkoholi päevas (7).

Tõendusmaterjali otsinguil jõuti mh Soomes 2018. aastal jõustunud alkoholitarvitamise häiret käsitlevas juhendis alkoholitarvitamise mõõduka riski piiri määratlemisel kasutatud Tynjälä jt 2012. aastal avaldatud uuringuni (7a, 7b). Ligi 19 000 uuritava (vanuses 25–74 aastat) hinnati regulaarse (iganädalase) alkoholitarvitamise seost võimaliku tervisekahjuga – organsüsteemide kahjustusega hinnatuna biomarkeri gammaglutamüüli transferaasi (GGT) väärtuste suurenemise alusel. Uuring näitas, et üle 40-aastastel meestel põhjustas olulist tervisekahju regulaarne vähemalt 8 ühiku (ühikuks 12 g puhast alkoholi) ehk 96 g puhta alkoholi tarvitamine nädalas ja noorematel meestel 14 ühiku ehk 168 g puhta alkoholi tarvitamine nädalas. Naistel leiti oluline tervisekahju üle

40-aastastel juba regulaarselt 4 ühiku ehk 48 g puhta alkoholi ja noorematel naistel 7 ühiku ehk 84 g tarvitamise korral nädalas.

Eelkirjeldatud tõendusmaterjal on esitatud soovitude 1–4 aluseks olnud tõendusmaterjali (ühises) kokkuvõttes nr 1 ja selle lisas 3 (vt www.ravijuhend.ee).

Ravijuhendi töörühm leidis, et inimesele võib, tulenevalt tema alkoholitarvitamise muhtrist, olla alkoholitarvitamisest rääkides sageli päevast kohasem ajaühik nädal. Eestis on seni kehtinud soovitus nädalas vähemalt kolmel päeval alkoholi mitte tarvitada. Ühtlasi on inimestele selgitatud, et nende päevade arvelt, mil alkoholi ei tarvitata, ei ole mõistlik alkoholiühikuid n-õ koguda, et siis ühe korraga kogu nädala kogus ära juua.

KOKKUVÕTTES jõudis ravijuhendi töörühm järeldusele, et Eestis tuleb alkoholitarvitamise madala riski piire alandada poole võrra ja uueks alkoholitarvitamise päevaseks madala riski piiriks on meestel 20 g puhast alkoholi (2 ühikut) ja naistel 10 g puhast alkoholi (1 ühik). Nädala arvestuses võrdub see meestel 140 g puhta alkoholiga (14 ühikut) ning naistel 70 g puhta alkoholiga (7 ühikut). Samas leidis töörühm, et senisest alkoholivabade päevade soovitusest ei ole põhjust loobuda. Nii saab iga regulaarselt alkoholi tarvitav inimene (patsient) leida endale sobivaima viisi hoida sellega seotud (tervise) riskid võimalikult väiksena – kas alkoholikoguse ja/või alkoholivabade päevade arvelt.

Töörühm andis endale aru, et igapäevaelus võib uutest alkoholitarvitamise madala riski piiridest kinnipidamisel, eelkõige naistel, tekkida raskusi. Näiteks ületab restoranis väljavalatud tavapärase veinikogus (120 ml 12% veini) naiste soovitatud 1-ühikulise madala riski päevapiiri (mis võrdub 106 ml 12% veiniga). Samas peetakse päevapiiridest rääkides eelkõige silmas regulaarset, koguni igapäevast alkoholitarvitamist. Kui inimene iga päev alkoholi ei tarvita, võib ta oma (tervise)riskide vähendamisel lähtuda nädalapiiirist, hoides ühel päeval (sh korraga) tarvitatava koguse siiski võimalikult väiksena. Ei tohi aga unustada, et tervisele ohutuim lahendus on alkoholi üldse mitte tarvitada. Alkoholi tarvitades võetakse vabatahtlikult (tervise)risk.

Alkoholitarvitamise madala riski piirid aitavad alkoholist põhjustatud potentsiaalset tervisekahju võimalikult väiksena hoida. Madala riski piir ei tähenda, et see alkoholikogus tuleks kindlasti ära juua.

Alkoholarvitamise häire sõelumine ja avastamine



Alkoholi liigtarvitamine on oluline riskitegur ligikaudu 60 tervisehäirele (vt tabel 4) (10). Alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine annab võimaluse õigel ajal sekkuda ja hoida ära tõsisemate tervisekahjude tekkimist. Sagedamini on alkoholi liigtarvitava patsiendi esimeseks kontaktiks perearst, erakorralise meditsiini osakond või traumapunkt. Alkoholi liigtarvitamise sõelumiseks sobib kasutada kümnest küsimusest koosnevat AUDIT-testi (vt lisa 1). Testitulemuste põhjal saab otsustada edasise sekkumise vajaduse olenevalt sellest, kas tegemist on ohustava tarvitamise, kuritarvitamise (tervist kahjustav tarvitamine) või alkoholisõltuvusega (vt tabel 2). Erakorralise meditsiini osakondades, kus sageli on piiratud ajaressurss, sobib kasutada AUDIT-testi lühendatud versiooni AUDIT-C, mis koosneb AUDIT-testi kolmest esimesest küsimusest.

Tabel 2. AUDIT-testi tulemustele vastavad riskitasemed ja nõustamise soovitusel.

Riskitase	AUDIT-testi skoor	Lühinõustamine
Madala riskiga tarvitamine	0–7	Antakse tagasisidet testitulemuste kohta. Selgitatakse, et tõenäosus sama alkoholi-koguse tarvitamise juures tervisekahjustuse tekkeks on väike. Soovitatakse alkoholi tarvi-tamist mitte suurendada. Soovitav on anda patsiendile infomaterjal.
Tervist ohustav tarvitamine	8–15	Antakse tagasisidet testitulemuste kohta. Selgitatakse, et sellise alkoholikoguse tarvi-tamise juures on suurenenud risk tervise-häirete tekkeks. Soovitatakse alkoholi-tarvitamist vähendada. Antakse soovitusi või tehakse lühinõustamine. Patsiendile antakse eneseabimaterjal.
Tervist kahjustav tarvitamine ehk kuritarvitamine	16–19	Antakse tagasisidet testitulemuste kohta. Selgitatakse, et sellise alkoholikoguse tarvitamine kahjustab vaimset ja/või füüsilist tervist. Diagnoosi täpsustamiseks tehakse kliiniline intervjuu, lühinõustamine ja patsiendile antakse eneseabimaterjal.

Võimalik alkoholisõltuvus	≥ 20	Antakse tagasisidet testitulemuste kohta. Selgitatakse, et sellise alkoholikoguse tarvitamine kahjustab vaimset ja/või füüsilist tervist. Diagnoosi täpsustamiseks tehakse kliiniline intervjuu. Vajaduse korral suunatakse patsient spetsialisti või eriarsti vastuvõtule.
---------------------------	------	---

Täpsemad juhised AUDIT-testi tegemise ja lühinõustamise kohta on esitatud meetodilises juhendmaterjalis „Alkoholi liigtarvitava patsiendi varajane avastamine ja nõustamine perearstipraktises“ (11).

5		Esmatasandi arstiabis sõeluge kõiki alkoholitarvitamise häire kahtlusega täiskasvanud patsiente AUDIT-testiga. <i>Tugev positiivne soovitus, kõrge tõendatuse aste</i>
6		Eriarstiabis sõeluge alkoholitarvitamise häire kahtlusega patsiente vajadusel AUDIT- või AUDIT-C-testiga. <i>Nõrk positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>

Kõige enam leidub hea kvaliteediga tõendusmaterjali AUDIT-testi tõhususe kohta alkoholi liigtarvitamise sõelumiseks. Lisaks toetavad kaks süstemaatilist ülevaadet (12, 13) ka AUDIT-C kasutamist perearstiabis. Veel süstemaatilisel ülevaatel põhinev ülevaade (13) leiab, et mitu sõeltesti suudavad tuvastada alkoholi liigtarvitamist aktsepteeritava tundlikkuse ja spetsiifilisusega. Arvestades tundlikkust, spetsiifilisust ja ajakulu, on ohustava alkoholitarvitamise ja kuritarvitamise sõelumiseks perearstiabis kõige paremad instrumendid AUDIT (äraldikepunkti 8 juures tundlikkus 44–51%, spetsiifilisus 96–97%), AUDIT-C (äraldikepunkti 3 juures tundlikkus 74–88% ja spetsiifilisus 64–83%) ja ühe küsimuse esitamisega sõelumine („Kui sageli viimase aasta jooksul tarvitasite neli (naised) / viis (mehed) või enam alkohoolset jooki?“; tundlikkus 82–87% ja spetsiifilisus 61–79%) (13). Eraldi võib mainida ühte läbilõikelist uuringut (14), mis toetab AUDIT-C kasutamist ka erakorralises meditsiiniabis. Alkoholi liigtarvitamise sõelumisele peab järgnema tagasiside testi kohta ja vajaduse korral lühinõustamine. Lühinõustamise kohta varieeruvad andmed esmajoones mõiste endaga seonduvalt – lühinõustamiseks peetakse nii viie-minutilise nõuandmist kui ka mitme kontaktiga motiveeriva intervjuu rakendamist. Vaatamata sellele võib tugineda kuuele hea kvaliteediga süstemaatilisele ülevaatele (15, 16, 17, 18, 19, 20), mis hindasid lühinõustamise kasutamist perearstiabis ja leidsid, et see on tõhus alkoholi liigtarvitamise vähendamisel. Ravijuhendi valmimise ajal ei leitud

uuringuid, milles oleks kindel tõendus sõelumise kahjulikkuse kohta (tegemist on mitteinvasiivse ja vabatahtliku protseduuriga). Soomes tehtud uuringus (21) leidis 81% perearsti konsulteeritud patsientidest, et alkoholitooma rääkimine ja nõustamine on kasulik ning aktsepteeritav.

Vaata 2015. aastal koostatud algse ravijuhendi tõendusmaterjali kokkuvõtet EvSu 1 (www.ravijuhend.ee).

Alkoholitarvitamise häire diagnoosimine

AUDIT-testi skoor ≥ 16 võib viidata alkoholi kuritarvitamisele või alkoholisõltuvusele. Sel juhul on vaja diagnoosi täpsustamiseks hinnata patsiendi seisundit diagnostilise kliinilise intervjuuga. Mõiste „alkoholitarvitamise häire“ on võetud kasutusele DSM-V klassifikatsioonis ja hõlmab alkoholi kuritarvitamist ning alkoholisõltuvust. Eestis on kasutusel RHK-10 klassifikatsioon, milles vastavad häirele eraldi diagnoosidena alkoholi kuritarvitamine ja alkoholisõltuvus ning neid diagnoositakse RHK-10 diagnoosikriteeriumite alusel (vt tabel 3).

Tabel 3. RHK-10 diagnoosikriteeriumid (22)

F10.1 Alkoholi kuritarvitamine	<p>Alkoholi kuritarvitamine on alkoholitarvitamise viis, mis kahjustab tervist. Kahjustus võib olla somaatiline või psüühiline (nt suurest joomisest tingitud episoodilised depressiivsed häired).</p> <p>Alkoholi kuritarvitamise diagnoosimiseks on obligatoorne tarvitaja enesele tekitatud somaatiline või psüühiline kahjustus. Aine kuritarvitamist kritiseerivad sageli teised inimesed ja seda seostatakse sageli mitmesuguste väärastunud ühiskondlike tõekspidamistega. Fakt, et konkreetse aine tarvitamise viis on teiste inimeste või kultuuri taunitud või on toonud endaga kaasa ühiskondlikult negatiivseid tagajärgi, nagu arest või abielulahutus, ei ole kuritarvitamise tõestuseks. Kuritarvitamist ei saa diagnoosida, kui esineb sõltuvus (F1x.2), psühhootiline häire (F1x.5) või mõni muu alkoholi või mõne teise aine tarvitamisest põhjustatud häire.</p>
---------------------------------------	---

Alkoholisõltuvus on somaatiliste, käitumuslike ja kognitiivsete avalduste kompleks, mille korral aine(te) tarvitamine saavutab patsiendi käitumises prioriteedi käitumisavalduste suhtes, mis on kunagi olnud suurema väärtusega. Sõltuvust võib kindlalt diagnoosida juhul, kui mingil ajahetkel eelneva aasta jooksul on esinenud kolm või enam järgmist sümptomit:

- (a) tugev tung või sundmõte ainet tarvitada;
- (b) võimetus kontrollida käitumist ainetarvitamisel, selle kestust ja aine hulka, mis väljendub suurte alkoholikoguste tarvitamises või pikemate perioodide vältel kui algselt kavatsetud, püsivas soovis või edututes katsetes vähendada/kontrollida alkoholitarvitamist.
- (c) ainetarvitamise lõpetamisel või vähendamisel tekkiv võõrutusseisund (vt F1x.3 ja F1x.4), mille tõestuseks on ainele iseloomulik võõrutussündroom; ainetarvitamine, et leevendada või hoida ära võõrutussümptomaatikat;
- (d) tolerantsuse teke, mis väljendub selles, et aine esialgse toime saavutamiseks tuleb tarvitatava aine annust tõsta. Ilmekas on näide alkoholi- ja opiaadisõltuvusega isikutest, kes tarvitavad selliseid ööpäevaannuseid, mis on piisavad mittetolerantsete tarvitajate invaliidistamiseks või surmamiseks;
- (e) vaba aja veetmise muude võimaluste ja huvide progresseeruv taandumine ainetarvitamise ees; suurenenud on ajahulk, mis kulub aine hankimisele, tarvitamisele ja toimest toibumisele;
- (f) ainetarvitamise jätkamine vaatamata ilmsetele kahjustavatele tagajärgedele, nagu maksakahjustus massiivse joomise tagajärjel, intensiivsele ainetarvitamise perioodile järgnevad depressiivsed episoodid, kognitiivsete funktsioonide häirumine. Tavaliselt ei ole kerge selgitada, millisel määral on isik teadlik kahjustuse iseloomust või ulatusest.

Lisaks diagnostilisele intervjuule tehakse kliiniline hindamine, mille käigus täpsustatakse alkoholitarvitamise mustrit, tarvitamist soodustavaid faktoreid, teiste ainete kuritarvitamist, alkoholi tarvitamisest tingitud psühhosotsiaalseid probleeme, valmisolekut muutuseks ja seda takistavaid faktoreid. Oluline on identifitseerida kaasuvad somaatilised ja psüühilised haigused. Alkoholisõltuvuse raskusastme hindamiseks võib kasutada nt SADQ küsimustikku. Punktisumma

≤ 15 viitab kergele sõltuvusele, skoor 16–30 mõõdukale ja ≥ 31 punkti raskele alkoholisõltuvusele (23). Struktureeritud diagnostilisi intervjuusid, nt M.I.N.I 5.0.0 (24) ja CIDI, võib kasutada lisaks kliinilisele intervjuule alkoholi kuritarvitamise ja alkoholisõltuvuse diagnoosimiseks. Nende tegemine vajab eelnevat väljaõpet ja on ajamahukas, mistõttu leiavad need kasutust pigem eriarstide (psühhiaatre) seas.

Laboratoorsed analüüsid ei sobi alkoholitartvitamise häire sõelumiseks ega diagnoosimiseks, kuna nendel on madal tundlikkus ja spetsiifilisus ja need ei ole kulutõhusad.







Biomarkereid GGT ja ALAT võib kasutada alkoholitartvitamisest tekkinud organsüsteemide kahjustuste hindamiseks (vt tabel 4), ravikäigu jälgimiseks ning vajaduse korral patsientide motiveerimiseks. Biomarker CDT (IFCC) sobib alkoholi pikaajalise liigtartvitamise kindlakstegemiseks ja ravirežiimist kinnipidamise hindamiseks. Samuti võib kasutada laboratoorseid analüüse, et tuvastada kaasuvaid haigusi, mis võivad mõjutada haiguse edasist kulgu ja ravivalikuid.

Tabel 4. Peamised haigused ja terviseprobleemid, mis on seotud alkoholitartvitamise häirega

Seedeelundkond	<ul style="list-style-type: none"> • Maksahaigused, k.a alkoholist tingitud rasvmaks, alkoholne hepatiit, alkoholist tingitud tsirroos, tsirroosiga seotud komplikatsioonid ja portaalhüpertensioon • Hepatotsellulaarne kartsinoom • Äge ja krooniline pankreatiit • Parotiidnäärme suurenemine • Gastroösofageaalne refluks • Peptiline haavand, gastriit, duodeniit • Söögitoru ruptuur • Imendumishäireteni viiv peensoole kahjustus • Kõhulahtisus
Südame- veresoonekond	<ul style="list-style-type: none"> • Kõrgvererõhutõbi • Kardiomüopaatia • Kardiaalsed arütmiaid (akuutsed arütmiaid alkoholimürgistuse korral) • Südame isheemiatõbi

Närvisüsteem	<ul style="list-style-type: none"> • Dementsus • Alkohoolne epilepsia • Kortikaalne atroofia • Tserebellaarne kahjustus (ataksia) • Perifeerne neuropaatia • Autonoomne neuropaatia • Wernicke entsefalopaatia • Wernicke-Korsakovi sündroom • Marchiafava-Bignami sündroom
Tugi-liikumis- elundkond	<ul style="list-style-type: none"> • Podagra • Osteopeenia • Rabdomüolüüs
Vereleome	<ul style="list-style-type: none"> • Trombotsütopeenia • Pantsütopeenia • Hemolüütiline aneemia • Makrotsütaarne aneemia • Aneemiad tingitud vitamiin B12 ja folaadi puudusest • Koagulopaatia tingituna maksahaigusest
Hingamis- elundkond	<ul style="list-style-type: none"> • Suurenenud vastuvõtlikkus hingamisteede infektsioonidele • Uneapnoe • Tuberkuloosi sagedasem esinemine
Ainevahetus- süsteem	<ul style="list-style-type: none"> • Ülekaalulisus • (Sekundaarne) diabeet ja diabeedi komplitseerumine • Kõrgeenenud triglütseriidide tasemed • Muutused kilpnäärme funktsioonis • Muutused östrogeeni metabolismis seoses maksakahjustusega • Alkohoolne pseudo-Cushing • Muutused kaltsiumi tasemetes ja luude metabolismis • Ketoatsidoos • Testikulaarne atroofia • Hüpparatüroidism • Infertiilsus
Nakkushaigused	<ul style="list-style-type: none"> • Kopsupõletik • Tuberkuloos • C-hepatiit • Seksuaalsel teel levivad haigused

Nahk	<ul style="list-style-type: none"> • Hematoomid • Ekseem • Psoriaas • Erüteem
Psüühikahäired	<ul style="list-style-type: none"> • Depressioon • Ärevushäire, paanikahood • Alkohoolsed hallutsinatsioonid, deliirium • Korduvad enesevigastamise katsed

7		<p>Alkoholarvitamise häire kahtlusega patsiendiga, kes saab AUDIT-testi skoori 16 või enam, tehke alkoholi kuritarvitamise või alkoholisõltuvuse diagnoosi täpsustamiseks kliiniline intervjuu.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i></p>
8		<p>Alkoholarvitamise häire kahtlusega patsiendil alkoholi kuritarvitamise või alkoholisõltuvuse diagnoosimiseks kaaluge lisaks kliinilisele intervjuule struktureeritud diagnostilise intervjuu tegemist.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i></p>
9		<p>Alkoholarvitamise häire kahtlusega patsiendil alkoholi kuritarvitamise või alkoholisõltuvuse diagnoosimiseks ärge kasutage ainult enesekohaseid teste.</p> <p><i>Tugev negatiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i></p>
10		<p>Alkoholarvitamise häire kahtlusega patsiendil alkoholi kuritarvitamise või alkoholisõltuvuse diagnoosimiseks ärge kasutage ainult laboratoorseid analüüse.</p> <p><i>Tugev negatiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i></p>
11		<p>Alkoholi kuritarvitamise või alkoholisõltuvuse diagnoosiga patsienti hinnake organsüsteemide kahjustuste väljaselgitamiseks objektiivselt.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p>
12		<p>Alkoholi kuritarvitamise ja alkoholisõltuvuse diagnoosiga patsiendil kaaluge organsüsteemide kahjustuse kahtluse korral täiendavaid uuringuid ja vajaduse korral suunamist vastava eriala arsti konsultatsioonile.</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p>

AUDIT-testi skoor korreleerub hästi alkoholisõltuvuse raskusastmega. Üks 1134 alkoholisõltuvusega patsienti haarav uuring (25) näitas, et AUDIT-i skoor 8–15 korreleerus enamasti kerge (53,3%) ja mõõduka (41,7%) sõltuvuse raskusastmega, skoor 16–19 mõõduka (55,7%) ja kerge (37,1%) sõltuvuse raskusastmega ning skoor üle 20 enamasti mõõduka (55,7%) kuni raske (29,5%) sõltuvusega. Nelja üksikuuringut hõlmav võrdlusuuring (26), ristläbilõikeline uuring (27) ning WHO uuring (28) hindasid struktureeritud kliiniliste intervjuude usaldusväärset ja valiidsust. CIDI ja SCID näitasid kõrget spetsiifilisust, kuid vähest tundlikkust alkoholi liigtarvitamise identifitseerimisel (26). CIDI Coheni kapa-kordajad ehk kooskõlakordajad olid suuremad alkoholisõltuvuse (CIDI vs. ICD-10 –0,7; SCAN vs. ICD-10 –0,76) ja väiksemad alkoholi kuritarvitamise korral (CIDI vs. ICD-10 –0,6; SCAN vs. ICD-10 –0,35) (28). M.I.N.I struktureeritud intervjuu on suure tundlikkusega ja spetsiifiline (27). Üks süstemaatiline ülevaade ja üks ristläbilõikeline uuring on hinnanud laboratoorsete näitajate tundlikkust ja spetsiifilisust alkoholitarvitamise häire identifitseerimisel. Uuringute tulemused näitasid, et laboratoorsetel analüüsidel nagu MCV, GGT ja CDT on vähene tundlikkus ja spetsiifilisus (29). GGT ja CDT puhul on tundlikkuses ja spetsiifilisuses saadud väga heterogeenseid tulemusi: tundlikkus 0–61% CDT puhul ja 10–61% GGT puhul. Mõlema biomarkeri kombineerimine andis suurema tundlikkuse (57–95%) alkoholi liigtarvitamise tuvastamisel (30).

Vaata 2015. aastal koostatud algse ravijuhendi tõendusmaterjali kokkuvõtet EvSu 2 (www.ravijuhend.ee).

Levimusuuringud on näidanud, et alkohoolse maksahaigusega patsientidel esineb sageli C- või B-hepatiiti, depressiooni ja ärevushäiret (31). Kroonilistel, rohke alkoholi tarvitajatel (üle 50 ühiku nädalas) esineb võrreldes väiksemas koguses alkoholi tarvitajatega (alla 20 ühiku nädalas) defitsiite kognitiivses võimekuses (32). Süstemaatilistest ülevaatest ja metaanalüüsist selgus, et tugev alkoholiannusest sõltuv suhe esineb alkoholitarvitamise ja suuõõne-, söögitoru-, kõrivähi ning hüpertensiooni, maksatsirroosi, kroonilise pankreatiidi ja traumade vahel. Samuti on risk haigestuda käärsoole-, rektumi-, maksa- ja rinnavähki (33). Kaheksa kohortuuringuga analüüs näitas, et võrreldes alkoholi mittetarvitajatega on rohke alkoholi tarvitajatel (≥ 45 g päevas) oluliselt suurem risk haigestuda kolorektaalvähki (RR = 1,41, 95% CI 1,16–1,72) (34). 15 juhuslikustatud kontrollitud katsel põhinev metaanalüüs näitas, et alkoholitarvitamise vähendamine langetab süstoolset ja diastoolset vererõhku (35).

Vaata 2015. aastal koostatud algse ravijuhendi tõendusmaterjali kokkuvõtet EvSu 3 (www.ravijuhend.ee).


Alkoholivõõrutusseisundi diagnoosimine ja ravi

Võõrutusseisundi diagnoosimine

Võõrutusseisundi sagedamad somaatilised võõrutusnähud on higistamine, treemor, südamekloppimine, iiveldus, oksendamine, unetus, peavalu ja nõrkus. Võõrutusseisund võib tüsistuda krampide, hallutsinatsioonide või deliiriumiga. Alkoholivõõrutusseisundi esinemisel tuleb hinnata selle raskust ja farmakoloogilise ravi vajalikkust. Kuna kliiniliste sümptomite alusel hindamine võib põhjustada kallutatust või olla ebatäpne, on soovitatav kasutada valideeritud hindamisvahendeid (nt CIWA-Ar; *Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised*), mis võtavad arvesse nii sümptomite esinemist kui ka nende tugevust (vt lisa 2). Võõrutusseisundit diagnoositakse RHK-10 diagnoosikriteeriumite alusel (vt tabel 5).

Tabel 5. Alkoholivõõrutusseisundi diagnoosikriteeriumid RHK-10 järgi (3)

F10.3 Võõrutusseisund alkoholist	<p>Võõrutusseisund ehk võõrutussündroom on mitmesuguse raskusastmega sümptomite kogum, mis tekib alkoholi absoluutsel või suhtelisel ärajätmisel juhul, kui alkoholi on tarvitatud regulaarselt ja tavaliselt kaua ja/või suurtes annustes. Võõrutusseisundi kujunemine ja kulg on ajaliselt piiratud ning sõltub vahetult enne abstinentsi tarvitatud aine tüübist ja kogusest. Võõrutusseisund võib olla tüsistunud krampidega.</p> <p>Võõrutusseisund on üks sõltuvuse indikaatoreid, mida tuleb sõltuvussündroomi korral arvestada. Võõrutusseisund tuleb panna peadiagnosiks juhul, kui see on arsti poole pöördumise põhjuseks ja vajab raskuse tõttu meditsiinilist tähelepanu.</p> <p>Psüühilised häired (nt ärevus, depressioon ja unehäired) on võõrutusseisundi tavalised nähud. Tüüpiline on, et patsiendi sõnul leevendab aine edasine tarvitamine võõrutusnähte. Tuleb silmas pidada, et võõrutusseisund võib olla indutseeritud ka tingitud refleksidest ilma vahetult eelnenud ainetarvitamiseta. Sellistel juhtudel võib diagnoosi püstitada sõltuvusseisundi raskuse alusel.</p>
---	---

13		Alkoholivõõrutusseisundis patsienti hinnake vajadusel võõrutusseisundi raskusastme täpsustamiseks igas arstiabi-etapis, kasutades selleks standardiseeritud hindamisvahendit (nt CIWA-Ar). <i>Nõrk positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>
----	---	---


Tõendusmaterjal on keskmise või hea kvaliteediga. Üks sekkumisuuring (36) ja üks süstemaatiline ülevaade (37) näitasid, et objektiivse kliinilise skaala (nt CIWA, AWS) kasutamine alkoholi võõrutussündroomi hindamiseks on kasulik selle varajaseks diagnoosimiseks ja komplikatsioonide vältimiseks. Kui ravimisel lähtuti hindamisvahendiga saadud punktisummast, siis patsiendid, kes said punkte enam kui 15 ja keda ei ravitud, olid suurema tõenäosusega ohustatud raskema alkoholi võõrutussündroomi tekkest (RR = 3,72; 95% CI, 2,85–4,85). Komplikatsioonidega patsientidel (hallutsinatsioonid, krambid) olid CIWA skoorid kõrgemad kui neil, kellel komplikatsioone ei esinenud [keskmine skoor 21,8 (SD 1,2) vs. 15,6 (0,55), MD = 6,10; 95% CI 5,67–6,53; p < 0,00001] (36). Korduvalt võõrutusel viibivatel patsientidel on oluline hindamisvahendi kasutamine, kuna võõrutussümptomid on tugevamad ja nad vajavad agressiivsemat ravi (38). Vaatlusuuring (39) näitas, et võõrutussündroomi sümptomid algasid keskmiselt viis tundi pärast viimase alkohoolse joogi tarvitamist ja möödusid 22 tunni pärast. Komplikatsioonid tekkisid 21%-l patsientidest. Uuringust järeldati, et patsiendi hindamise viibimine enam kui 24 tundi suurendab riski võõrutusseisundi komplikatsioonide tekkimiseks: deliirium [20/52 (38%), OR = 8,1; 95% CI 3,7–17,7]; hallutsinatsioonid [18/52 (35%), OR = 3,2; 95% CI 1,6–6,0]; muud komplikatsioonid [25/52 (48%), OR = 4,0; 95% CI 2,7–7,6].

Vaata 2015. aastal koostatud algse ravijuhendi tõendusmaterjali kokkuvõtet EvSu 4 (www.ravijuhend.ee).

Võõrutusseisundi ravi

Võõrutusseisundi esmane ravivalik on pika toimeajaga bensodiasepiinid (nt diasepaam). Maksapuudulikkuse, kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse ja hingamispuudulikkuse korral ning eakatel ja rasvunud patsientidel, kellel on ravimite metabolism aeglustunud ja suurenenud oht kõrvaltoimete tekkeks, on soovitatav kasutada lühitoimelisi bensodiasepiine (nt oksasepaam, lorasepaam). Patsientide puhul, kellel on varem esinenud sõltuvushäireid ja keda ravitakse ambulatoorselt, peab eelistama pikatoimelisi bensodiasepiine, et vähendada

ravimite kuritarvitamise riski. Kergete võõrutusnähtude korral (CIWA-Ar < 10) võib piisata toetavast ravist (vedelikubilansi taastamine, rahulik keskkond) ja bensodiasepiinide vajaduse korral määramisest. Kerge kuni mõõduka alkoholi võõrutusseisundi (CIWA-Ar ≤ 20) medikamentoosne ravi võib toimuda ambulatoorselt juhul, kui on korraldatud meditsiinipersonali (perearst, -õde, psühhiaatriaõde) regulaarsed visiidid ja patsiendil on olemas toetav keskkond. Raskemad juhud ravitakse statsionaaris.

14		<p>Kliiniliselt oluliste alkoholi võõrutusnähtudega patsiendi võõrutusravis kasutage esmavaliku ravimina lühiajaliselt bensodiasepiini (eelistatult diasepaami).</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i></p>
-----------	---	--


Metaanalüüs (40), mis koosnes 134 juhuslikustatud kontrollitud uuringust, näitas, et võrreldes platseeboga vähendavad bensodiasepiinid võõrutussümptomite raskust ja deliiriumi võimalikku teket. Samuti väheneb bensodiasepiinide kasutamisega krampide tekkerisk. Cochrane'i süstemaatiline ülevaade (41) näitas, et bensodiasepiinid on võrreldes platseeboga alkoholi võõrutussündroomi korral esinevate krampide ennetuses tõhusad.

Vaata 2015. aastal koostatud algse ravijuhendi tõendusmaterjali kokkuvõtet EvSu 5 (www.ravijuhend.ee).

Ambulatoorseks raviks soovitatav raviskeem fikseeritud bensodiasepiini annustega on esitatud tabelis 6.

Tabel 6. Näide ambulatoorsest alkoholivõõrutuse raviskeemist (kohandatud New South Walesi 2008. aasta ravijuhendi järgi) (41a)

1. päev	T Diasepaam 10 mg	Kuue tunni järel
2.–3. päev	T Diasepaam 5–10 mg	Kaheksa tunni järel
4. päev	T Diasepaam 5 mg	Hommikul ja õhtul
Mahatiitrimine		Kahe päeva jooksul

15		<p>Alkoholitarvitamise häirega patsient, kes on katkestanud alkoholi tarvitamise ja kellel tekib raske võõrutussündroom (hinnatuna nt CIWA-Ar küsimustikuga), suunake erakorralise meditsiini osakonda, kus otsustatakse statsionaarse ravi vajaduse üle.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i> [UUS 2020]</p>
----	---	--

2015. aastal koostatud algses ravijuhendis oli öeldud, et statsionaarset ravi tuleb kindlasti rakendada järgmistel juhtudel: esineb segasusseisund või hallutsinatsioonid; anamneesis on rasked võõrutusseisundid või epilepsia; patsient on alatoitunud; kaasneb raske oksendamine või kõhulahtisus; patsient pole koostöövõimeline ega suuteline käima arsti/õe vastuvõtul; varasem ambulatoorne ravi on ebaõnnestunud; esinevad rasked võõrutussümptomid; anamneesis on muu psühhiaatriline haigus; esineb mitme aine koostarvitamine; pole toetavat keskkonda või patsient on kodutu, rase või eakas.

Toetava ravina on vaja taastada vedelikubilansi ja elektrolüütide tasakaal, eriti kui kaasneb tugev oksendamine. Antiemetikumid võivad osutada vajalikuks iivelduse, antipsühhootikumid hallutsinatsioonide, antikonvulsandid krampide korral ning lisaks ka hapnikravi. Wernicke entsefalopaatia tekkeriski vähendamiseks on soovitatav profülaktiline tiamiini (vitamiin B1) manustamine 250 mg i/m või i/v kolme päeva jooksul.

Näide statsionaaris kasutatavatest raviskeemidest on esitatud tabelis 7.

Tabel 7. Sümptomitest lähtuv alkoholi võõrutusravi statsionaaris (kohandatud New South Walesi 2008. aasta ravijuhendi järgi) (41a)

Mõõdukas võõrutus (CIWA-Ar 10–20):	Raske võõrutus (CIWA-Ar > 20):
<p>Alguses 10–20 mg T Diasepaami; korda annust 10 mg iga tunni järel või 10–20 mg iga kahe tunni järel, kuni patsient saavutab sümptomite üle kontrolli (kuni 80 mg diasepaami).</p> <p>Hinda kliiniliselt, kui 80 mg diasepaami on ordineeritud, kuid patsient on endiselt rahutu.</p> <p>Kaalu 5–10 mg olansapiini lisamist.</p>	<p>Alusta diasepaamiga küllastamist: algannus 20 mg diasepaami, suurenda annust 4–6 tunni jooksul 80 mg-ni või kui patsient on sedateeritud (korduv kliiniline hindamine vajalik, kui annus 80 mg diasepaami).</p> <p>Hinda CIWA-Ar-i tulemust sagedamini, kuni see hakkab vähenema. Suurenev skoor viitab agressiivsema ravi vajalikkusele.</p>


Ravijuhendi ajakohastamise käigus leidis töörühm, et lisaks eelnevale algsest ravijuhendist pärinevale infole peaks selgelt välja ütleva, et raskema võõrutuse korral vajab patsient statsionaarset ravi. Seetõttu anti eelkõige perearstile mõeldes uus praktiline soovitus raske võõrutussündroomiga patsient suunata erakorralise meditsiini osakonda.

Alkoholi ja bensodiasepiinide segakasutus

Alkoholi ja muude psühhoaktiivsete ainete segakasutuse väljaselgitamine

Uuringute andmetel on bensodiasepiinide kasutamine levinud 10–20% alkoholi liigtarvitajate seast (42, 43). Osa alkoholi liigtarvitajatest võivad olla bensodiasepiinidest sõltuvad. Mõne patsiendi jaoks algab bensodiasepiinide sõltuvus, kui alkoholi võõrutussündroomi raviks kasutatud bensodiasepiinide väljakirjutamist pidevalt jätkatakse. Mõnikord on bensodiasepiinide sõltuvus alguse saanud ärevuse või unetuse kupeerimisest, mille käigus ei lõpetatud ravi õigel ajal (4–6 nädalat).

Levimusuuringud on näidanud, et sageli kaasneb alkoholi liigtarvitamisega mingi muu psühhoaktiivse aine tarvitamine. Kliinilise hindamise käigus tuleks hinnata teiste psühhoaktiivsete ainete (sh legaalsed ained, nt bensodiasepiinid) võimalikku kuritarvitamist. Hinnata tuleks aine tüüpi, manustamise viisi, kogust ja tarvitamise sagedust. Põhjalikku hindamist tuleks kaaluda täiskasvanute puhul, kelle AUDIT-testi punktisumma on suurem kui 16. Hindamiseks on loodud ASSIST-küsimustik (44) või sõltuvuse raskusastme skaala SDS (45). Eestis kasutavad psühhiaatrid sageli struktureeritud neuropsühhiaatrilist intervjuud M.I.N.I 5.0.0. (24), mille tegemine nõuab eraldi väljaõpet.

16		Alkoholarvitamise häire või selle kahtlusega patsiendi kliinilise intervjuu käigus küsige bensodiasepiinide ja teiste psühhoaktiivsete ainete tarvitamise kohta. <i>Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>
----	---	--

Uuringud on näidanud, et mitme aine samaaegne kasutamine on levinud (46) (47). Alkoholiga samaaegse psühhoaktiivsete ainete tarvitamise hindamisel on peamiselt kasutatud ASSIST-i küsimustikku või sõltuvuse raskusastme skaalat (SDS). Kaks uuringut on hinnanud ASSIST-i küsimustiku usaldusväärust ja valiidsust. ASSIST-i küsimustiku kogu ainete tarvitamise skoori läbilõikeväärtus ≥ 16 on tundlikkusega 0,81 ja spetsiifilisusega 0,64. ASSIST-il on tugev korrelatsioon teiste mõõdikutega: ASI-Lite ($r = 0,76-0,88$), SDS ($r = 0,59$), AUDIT ($r = 0,82$) ja RTQ ($r = 0,78$) (47).

Vaata 2015. aastal koostatud algse ravijuhendi tõendusmaterjali kokkuvõtet EvSu 15 (www.ravijuhend.ee).

Alkoholi ja bensodiasepiinide segasõltuvuse ravi põhimõtted

Tõenduspõhist informatsiooni mitme aine koostarvitamise ravi kohta on vähe, mistõttu on raske anda üheseid ravisoovitusi segasõltuvuse ravi kohta. Segasõltuvuse korral tuleb teha patsiendile täielik kliiniline hindamine ja integreerida eri ainete sõltuvushäire ravis kasutatavad farmakoloogilised ja psühhosotsiaalsed raviviisid nende tõenduspõhisuse alusel. Mitme aine sõltuvuse korral esineb sagedamini kehalisi, psüühilisi ja sotsiaalseid probleeme, mida tuleb menetleda põhjaliku ja mitmekülgse raviplaaniga. Sageli on vajalik statsionaarne ravi, kuna mitme aine tarvitaja võõrutussündroom võib olla ettearvamatum, komplitseeritum ja suurema tüsistuste tekke riskiga. Kõikide ainete sõltuvust tuleb ravida korraga. Mitme aine sõltuvuse korral tuleb alustada selle aine võõrutusravist, millel on potentsiaalselt kõige problemaatilisem võõrutusseisund. Enamikul juhtudest on selleks alkoholi võõrutussündroom. Kaasuva aine võõrutust saab ennetada või minimeerida, kui kasutada kaasuva aine asendusravi, näiteks diasepaami bensodiasepiinide sõltuvuse korral või lubada alkoholivõõrutusel taanduda, enne kui alustada teise aine võõrutamisega (nt diasepaami doosi mahatiitrimine).

Järgnevalt on esitatud bensodiasepiinide sõltuvusravi põhimõtted Suurbritannia Psühhofarmakoloogia Assotsiatsiooni (*British Association for Psychopharmacology*, BAP 2012) vastavalt ravijuhendi materjalidele. Bensodiasepiinide võõrutusnähud on ärritus, rahutus, unetus, ebamugavustunne kõhus, lihasvalud, düsfooria, keskendumisraskused ja kehv mälu. Harvem esinevad tajuhäired, paanikahood, krampid, psühhooos ja segasusseisund.

Bensodiasepiinide sõltuvus „terapeutilise annusega“ kasutajate puhul:

- varajase, kerge sõltuvuse korral rakendatakse minimaalseid sekkumisi nagu informeerimine või perearstipoolne nõustamine;
- sõltuvuse olemasolul tuleb bensodiasepiinide annust retseptide väljakirjutamisel järk-järgult vähendada;
- patsiendil, kellel tekivad bensodiasepiini annuse vähendamise käigus problemaatilised võõrutusnähud, tuleks lühitoimelistelt bensodiasepiinidelt minna üle pikatoimelistele;
- psühhoterapiate lisamine bensodiasepiinide järkjärgulisele vähendamisele suurendab raviefektiivsust eriti neil patsientidel, kellel esinevad unehäired või paanikahäire;

- lisaravimid bensodiasepiinide järkjärgulises vähendamises ei suurenda vähendamise tõhusust. Teatud patsientide puhul võib kõne alla tulla antidepressantide, melatoniini, valproaadi kasutamine.

Bensodiasepiinide sõltuvus suure annuse või illegaalse aine kasutamise puhul:



- asendusravi ei ole soovitatav patsientidele, kelle puhul on kindlad tõendid illegaalse aine tarbimise kohta, kuigi mõne puhul võib see vähendada illegaalsete bensodiasepiinide tarbimist;
- karbamasepiini võib kasutada bensodiasepiinide asemel, et kontrollida võõrutusnähtusid;
- 30 mg-st suuremad annused diasepaami on harva vajalikud. 30 mg päevas on piisav annus, et hoida ära võõrutusnähte, sealhulgas krampe, ka väga suures annuses bensodiasepiinide tarvitajate hulgas;
- tuleks rakendada bensodiasepiinide ja teiste ainete kasutamise jälgimist;
- bensodiasepiinide vähendamine terapeutilise annuse vahemikku võib suures annuses kasutajate puhul olla kasulik ravieesmärk;
- bensodiasepiinide väljakirjutamisel peab olema teadlik potentsiaalsetest riskidest alkoholi ja opioidisõltuvusega patsientide puhul.

Tabel 8. Bensodiasepiinidest võõrutamise skeem („*Alcohol and Other Drug Withdrawal: Practice Guidelines*“ 2nd ed, *Turning Point Alcohol and Drug Centre*, 2012)

Patsiendi tüüp / raviasutus	Võõrutamise eesmärk	Soovitav raviskeem
Terapeutilise annuse kasutajad (regulaarne pikatoimelise bensodiasepiini kasutaja)	Vähendamine või stabiliseerimine	<p>Mahatiitrimine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konverteeri bensodiasepiin diasepaamile ja vähenda annust 10% võrra iga 1–2 nädala tagant. • Kui annus on 5 mg juures, siis vähenda edasi 1 mg võrra. • Taga patsiendile pidev raviülevaade ja toetus. • Arvesta ravi komplitseeritusega, mis tuleneb bensodiasepiinide sõltuvusest. • Bensodiasepiine tuleb patsiendile jagada superviseeritult kokkulepitud annustes. • Sümptomaatiline ravi <p>Ärevus: kui võõrutuse korral esineb oluliselt väljendunud ärevus või unetus, siis tuleks mahatiitrimise annused üle vaadata.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mõnikord on kasutatud sedatiivse toimega antipsühhootikume. • Pikka aega kestvate ärevussümptomite korral võib kasutada SSTI-sid. <p>Krambid: antikonvulsandid</p> <p>Treemor: beetablokaatorid</p>

Tabel 9. Bensodiasepiinide konverteerimine diasepaamile (*British National Formulary*, 2013)

bensodiasepiin või Z-ravim	5 mg
alprasolaam	0,25 mg
oksasepaam	10 mg
klonasepaam	0,25 mg
nitrasepaam	5 mg
lorasepaam	0,5 mg
kloordiasepoksiid	12,5 mg
temasepaam	10 mg
tsopikloon	7,5 mg
tsolpideem	10 mg

17		<p>Alkoholi ja bensodiasepiine segatarvitaval patsiendil kasutage esmaseks sekkumiseks lühinõustamist ja eneseabivõtete tutvustamist ainete tarvitamise vähendamiseks ning alustage bensodiasepiinide annuse järkjärgulist vähendamist.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i></p>
18		<p>Alkoholi ja bensodiasepiine segatarvitav patsient, kes ei suuda nende tarvitamisest loobuda, suunake psühhiaatri vastuvõtule.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>

Kõnealuse teema kohta leidus vähetõendusmaterjali. Alkoholi ja bensodiasepiinide segasõltuvuse ravi käsitletakse ravijuhendites iga aine puhul eraldi, kuna leidub vähe uuringuid, mis käsitleksid alkoholi ja bensodiasepiinide segasõltuvusega patsientide ravi, sest uuringutesse pole kaasatud mitme aine sõltuvusega patsiente. Bensodiasepiinide monosõltuvuse kohta leidub oluliselt rohkem tõendusmaterjali. Ühes metaanalüüsis (48) näidati, et lühisekkumised (perearst teavitab patsienti kirjalikult kolmekuulise bensodiasepiinide tarvitamise perioodi järel vajadusest bensodiasepiine vähendada) on bensodiasepiinidest loobumisel tõhusamad kui tavaravi (ingl routine care, mitteteavitamine) (kolm RCT-d, OR = 4,37, 95% CI 2,28–8,40), viies õnnestumise tõenäosuse 5%-lt 22%-le. Kaks juhuslikustatud

kontrollitud uuringut (49, 50) näitasid, et patsientide puhul, kellele esmatasandil ei õnnestunud lühisekkumise teel bensodiasepiinidest loobuda, oli järkjärguline bensodiasepiinide vähendamine tõhusam kui tavaravi (vastavalt 51% ja 15%). 15 kuu pärast olid järkjärgulist ravi saanud patsientidest 36% ja tavaravi saanud patsientidest 15% bensodiasepiinidest vabad (retseptikeskuse andmete põhjal). Bensodiasepiinide ja alkoholisõltuvuse koosinemisel kasutatavatest farmakoteraapiatest leidub ülevaateartikkel (51), mis käsitleb pregabaliini alkoholi ja bensodiasepiinide sõltuvuse ravis. Ka selles ülevaates kasutatud uuringutes ei olnud uuritavateks alkoholi ja bensodiasepiinide segatarvitajad, vaid alkoholisõltuvusega või bensodiasepiinisõltuvusega patsiendid. Uuringus tõdeti, et pregabaliini kasutamise kohta alkoholisõltuvuse ravis leidub üks avatud uuring ja üks juhuslikustatud topeltpime uuring. Bensodiasepiinisõltuvuse pregabaliiniga ravimise kohta on mõni juhtumikirjeldus ja üks avatud uuring. Mõlema sõltuvuse korral leiti, et pregabaliin on tõhus võõrutussümptomite kupeerimisel annuses 150–450 mg/päevas alkoholisõltuvuse ja annuses 225–900 mg/päevas bensodiasepiinisõltuvuse korral. Kirjanduse ülevaade erinevate ainete võõrutusravist (52) leiab, et tõendus on limiteeritud, kuna selles valdkonnas esineb vähe kontrollitud uuringuid. On vaja uuringuid ainete võõrutusravi optimaalsete ravimiannuste ning -režiimide kohta.


Vaata 2015. aastal koostatud algse ravijuhendi tõendusmaterjali kokkuvõtet EvSu 16 (www.ravijuhend.ee).

Alkoholi ja bensodiasepiine segatarvitavate patsientide alkoholi võõrutusravi

Alkoholi võõrutusseisundis olevate patsientidel rakendatakse farmakoloogilist ravi sõltumata sellest, kas tegemist on ainult alkoholisõltuvusega või kaasub sellega ka bensodiasepiinide kuritarvitamine või sõltuvus. Tõendusmaterjali, milles oleks uuritud alkoholi võõrutusravi bensodiasepiine ja alkoholi segakasutavatel patsientidel, ei leidu, kuna segatarvitajad on sageli uuritavast populatsioonist välja jäetud.


Bensodiasepiine ja alkoholi segatarvitavatel patsientidel tuleb alkoholi võõrutusravis kasutada suuremaid bensodiasepiinide annuseid. Kalkuleerida tuleb algne bensodiasepiinide annus, mis on vajalik alkoholivõõrutuse kupeerimiseks ja lisada sinna ekvivalendina bensodiasepiinide annused, mida patsient iga päev tarvitab. Hea on kasutada ühte tüüpi bensodiasepiine (kloordiasepoksiid või diasepaam). Segakasutava patsiendi alkoholi võõrutusravi skeem peaks kestma 2–3 nädalat või rohkem, olenevalt kaasuva bensodiasepiinide sõltuvuse raskusastmest (53).

Patsiendid, kes on alkoholi ja muude psühhoaktiivsete ainete regulaarsed segakasutajad (nt opiaadid, stimulandid, bensodiasepiinid), võivad tunda raskemaid võõrutusnähtusid. Võõrutus alkoholist ja bensodiasepiinidest võib suurendada võõrutuskompliksatsioonide tekke riski (54, 55), mistõttu on soovitatav segakasutajate võõrutusravi teha haiglatingimustes.

19		<p>Kliiniliselt oluliste võõrutusnähtudega bensodiasepiine ja alkoholi segatarvitaval patsiendil kaaluge võõrutusnähtude vähendamiseks esmalt farmakoloogilist ravi (esmavalikuks bensodiasepiinid).</p> <p><i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i></p>
----	---	---

Leidub vähe tõendusmaterjali alkoholi võõrutusravi kohta bensodiasepiine ja alkoholi segatarvitaval populatsioonil. Bensodiasepiine kuritarvitavad ja nendest sõltuvad patsiendid on enamasti jäetud võõrutusravi tõhususe uuringutest välja, mistõttu napib andmeid detoksikatsiooniprotokollide efektiivsuse ja ohutuse kohta nende patsientide seas. Cochrane'i süstemaatilises ülevaates (56) hinnati eraldi publikatsioonid toodud patsientide sisse- ja väljalülitamiskriteeriumeid, selgitamaks välja, kas alkoholvõõrutuse kliinilistesse uuringutesse kaasati ka patsiente, kes kasutasid bensodiasepiine. Enamikus uuringutes ei lubatud osaleda neil patsientidel, kes kasutasid teisi illegaalseid narkootikume, psühhotroopseid ravimeid, antikongulsante, uinuteid või bensodiasepiine viis päeva enne uuringut, samuti neil, kes kasutasid mingeid teisi ravimeid või kellel esines sõltuvusainete analüüsil uriinis bensodiasepiinide positiivne leid.

Vaata 2015. aastal koostatud algse ravijuhendi tõendusmaterjali kokkuvõtet EvSu 6 (www.ravijuhend.ee).

20		<p>Alkoholi ja bensodiasepiine segatarvitav patsient, kes on katkestanud ainete tarvitamise ja kellel tekib raske võõrutussündroom (hinnatuna nt CIWA-Ar küsimustikuga), suunake erakorralise meditsiini osakonda, kus otsustatakse statsionaarse ravi vajaduse üle.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p> <p>[AJAKOHASTATUD 2020]</p>
----	---	---

2015. aastal koostatud algse ravijuhendi soovitus nr 15 oli öeldud, et alkoholi ja bensodiasepiine segakasutavate patsientide alkoholi võõrutussündroomi

tuleks vajaduse korral ravida statsionaari tingimustes. Soovitus oli nõrk ja seda andes tugineti samale väheesele tõendusmaterjalile, millele ka segatarvitajate farmakoloogilise ravi soovitus (siinses ravijuhendis soovitus nr 19) andes.

Ravijuhendi ajakohastamisel leidis töörühm, et kliinilises praktikas on perearstil raske eristada, kas ainete segatarvitaja võõrutusnähud on tingitud alkoholist või bensodiasepiini(de)st ning puuduvad võimalused raskete võõrutusnähtude raviks. Seepärast leidis töörühm, et analoogselt ravijuhendi soovitusena nr 15 „Alkoholarvitamise häirega patsient, kes on katkestanud alkoholarvitamise ja kellel tekib raske võõrutussündroom (hinnatuna nt CIWA-Ar küsimustikuga), suunake erakorralise meditsiini osakonda, kus otsustatakse statsionaarse ravi vajaduse üle“ võib ka aineid segatarvitav patsient raskema võõrutuse korral vajada statsionaarset ravi. Eelkõige perearstile mõeldes anti praktiline soovitus raske võõrutussündroomiga patsient suunata erakorralise meditsiini osakonda.

Tagasilangust ennetav ravi




Ravi alustamine ja selle eesmärk

Alkoholarvitamise häire ravi koosneb alkoholi võõrutusravist (kui see osutub vajalikuks) ja sellele kohe järgnevast tagasilangust ennetavast ravist (57).

Ravi alustamisel tuleb patsienti informeerida ravivõimalustest ja arvestada ravivalikul patsiendi vajadusi, eelistusi ja sotsiaalseid olusid. Ravisekkumiste valik sõltub paljudest teguritest: patsiendi praegused probleemid, alkoholarvitamise ja teiste narkootiliste ainete tarvitamise muster, kaasuv psüühikahäire või kehaline haigus, motivatsioon ja ravieelistused, sotsiaalsed võimalused ja olemasolevad vahendid. Ravieesmärgi ja -sekkumise valik on patsiendi ja arsti jagatud otsus. Abstinents on soovitatav ravieesmärk enamikule mõõduka ja raske alkoholisisõltuvusega patsientidele ja neile, kes liigtarvitavad alkoholi ning kellel esineb kaasuvana muu psüühikahäire või kehaline haigus. Patsiendi puhul, kellel on näidustatud abstinents, kuid kes ei soovi alkoholarvitamist täielikult lõpetada, ei tuleks ravisuhet katkestada, vaid seada ravi vahe-eesmärgiks mõõdukas alkoholarvitamine ja jätkata patsiendi motiveerimist täieliku abstinentsi suunas. Ravieesmärki valides tuleb silmas pidada, et mõne patsiendi puhul on abstinents nõutud kohtuotsusega. Mõõdukat alkoholarvitamist võib kaaluda patsientide puhul, kellel esineb alkoholi kuritarvitamine või kerge alkoholisisõltuvus ilma komorbiidsete haigusteta ja neil on olemas toimiv sotsiaalne tugivõrgustik.

Milline ravisekkumine valida?

Tagasilangust ennetav ravi on suunatud joomiskäitumise muutmisele. Selleks kasutatakse psühhosotsiaalseid ja farmakoloogilisi sekkumisi. Alkoholisõltuvuse ravi põhialuseks on psühhosotsiaalsed sekkumised. Farmakoteraapia lisamine psühhosotsiaalsele sekkumisele suurendab ravi tõhusust. Kõikidele alkoholi liigtarvitavatele patsientidele tuleb rakendada motiveerivat intervjuud kui üht osa üldisest seisundi käsitlusest. Alkoholi kuritarvitajatele ja kerge sõltuvusega patsientidele on sobilik rakendada ainult psühhosotsiaalseid sekkumisi (vt tabel 10). Kui need osutuvad ebatõhusaks, võib kaaluda farmakoteraapia lisamist. Farmakoteraapias kasutatakse ravimeid, mis soodustavad abstinentsi (nt disulfiraam) või vähendavad alkoholitarvitamist (nt naltreksoon, nalmefeen). Pärast mõõduka ja raske alkoholisõltuvusega patsientide edukat võõrutusravi tuleks kohe rakendada farmakoteraapiat (aversiivsed või opioidretseptorite antagonistid) koos psühhosotsiaalsete sekkumistega. Sõltuvushäirele orienteeritud rehabilitatsiooniteenus on soovitatav mõõduka ja raske alkoholisõltuvusega inimeste puhul, kes vajavad struktureeritud tugi- ja raviteenuseid, nt kodutud patsiendid. Lisaks psühhosotsiaalsetele sekkumistele ja farmakoteraapiale on soovitatav patsiendil liituda eneseabirühmadega (nt Anonüümsed Alkohoolikud). Igal ravimeeskonnal peab olema ülevaade tegutsevatest eneseabirühmadest (vt www.alkoinfo.ee).

21		Alkoholitarvitamise häirega patsienti motiveerige kohe pärast võõrutusseisundi ravi jätkama tagasilangust ennetava raviga. <i>Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>
22		Alkoholitarvitamise häirega patsiendi tagasilangust ennetavas ravis kasutage esmase valikuna psühhosotsiaalset sekkumist, vajadusel kasutage lisaks farmakoteraapiat. <i>Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>
23		Alkoholitarvitamise häirega patsiendi ravis pigem ärge kasutage platseeboefektil põhinevaid ravivõtteid. <i>Nõrk negatiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i> [AJAKOHASTATUD 2020]

2015. aastal koostatud algses ravijuhendis tugineti neid soovitusi andes alljärgnevale tõendusmaterjalile.

Kaks hea kvaliteediga juhuslikustatud platseebokontrollitud uuringut (58, 59) leiavad, et alkoholarvitamise häire ravis on palju sekkumisi, kuid ei leidu ühte kindlat, mis sobiks kõigile alkoholiprobleemidega inimestele. Ravivalik varieerub patsientide seas ja muutub ka ühe patsiendi jaoks ravi eri etappidel, kuna haigus on krooniline ning vajab igal etapil eri intensiivsusega sekkumisi. Mitu juhuslikustatud platseebokontrollitud uuringut (60, 61, 62, 63) on näidanud, et abstinentsile suunatud sekkumised annavad parimaid pikaajaseid ravitulemusi. Alkoholarvitamise vähendamisele suunatud sekkumised on tõhusad ohustava alkoholi tarvitamise ja alkoholi kuritarvitamise puhul (64). Uuring (63) ei kinnita kontrollitud joomisele suunatud sekkumiste tõhusust mõõduka ja raske alkoholisõltuvuse korral. Kui abstinents ei ole esialgu võimalik, siis tarvitamise vähendamine ja sellega seoses riskikäitumise maandamine võib olla realistlik eesmärk (65, 66). Farmakoteraapia ja psühhosotsiaalsete sekkumiste kombineerimise tõhususe kohta tehti juhuslikustatud platseebokontrollitud uuring COMBINE (60), mis hõlmas 1393 alkoholisõltuvusega patsienti. Uuriti akamprosaatravi võrreldes platseeboga, naltreksooni võrreldes platseeboga, naltreksooni koos kombineeritud käitumuslike sekkumistega, akamprosaati koos kombineeritud käitumuslike sekkumistega ja käitumuslike sekkumisi ilma farmakoteraapiata. Olulised tulemusnäitajad olid abstinents (mitu protsenti päevadest veedetud abstinentsis) ja aeg esimese joomasööstuni. Leiti, et patsientidel, keda raviti naltreksooni, kombineeritud käitumuslike sekkumiste või nende kombinatsiooniga, olid paremad tulemusnäitajad kui akamprosaadil koos käitumusliku teraapiaga või ilma. Kui kaasatud oli meditsiiniline jälgimine (ingl medical management), siis ei olnud kombineeritud ravi tõhusam kui naltreksoon või käitumuslik teraapia eraldi võttes. Patsientidel, kes said platseebot ja olid meditsiinipersonaliga regulaarses kontaktis, oli suurem mõju kui neil, kes said ainult käitumuslikku teraapiat.

Vaata 2015. aastal koostatud algse ravijuhendi tõendusmaterjali kokkuvõtteid EvSu 7–8 ja 10 (vt www.ravijuhend.ee).

Ravijuhendi ajakohastamise käigus soovis töörihm teada saada, kas leidub uuemat tõendusmaterjali akupunktuuri ja sugestioonravi tulemuslikkuse kohta. Samuti sooviti rohkem teada saada platseebiefektli põhinevate ravivõtete teadusliku tõendatuse kohta. Selliste ravivõtete all pidas töörihm silmas näiteks nn torpeedosüsti ja kodeerimist, mida võidakse inimestele alkoholarvitamise häire korral Eesti erameditsiiniasutustes pakkuda, kuid mille kohta töörihmale teadaolevalt hea kvaliteediga teaduslik tõendusmaterjal puudub.

Tõendusmaterjali leidmiseks otsiti algsesse Eesti ravijuhendisse kaasatud rahvusvaheliste ravijuhendite (12 juhendit) uuendatud versioone. Leiti uuendatud teemakohane Soome 2015. aasta ravijuhend (2) ja NICE-i ravijuhendi uuendamisel koostatud tõendusmaterjali kokkuvõtte (3). Soome ravijuhendis on öeldud, et akupunktuur ei ole tõhus alkoholisõltuvuse ega alkoholi võõrutusseisundi sümptomaatika vähendamisel. Kliinilisele kogemusele tuginedes tõdeti siiski, et akupunktuur näib suurendavat patsiendi ravimotivatsiooni (pühendumust), kuid teaduskirjanduslik tõendus puudub. NICE-i uuema tõendusmaterjali kokkuvõttes järeldati, et on mõningane tõendus, et akupunktuur vähendab alkoholihimu (vt allpool kahe metaanalüüsi kokkuvõtet), aga uuemat tõendusmaterjali arvestades ei ole akupunktuuri soovimine alkoholarvitamise häirega patsiendile põhjendatud. Akupunktuuri kohta jäi sõelale kaks uuemat metaanalüüsi, millesse oli kaasatud kümme juhulikustatud kontrollitud uuringut. Shini jt (2017) metaanalüüsis (n = 82) (67) tuvastati nõiuravi oluline mõju alkoholihimule (Hedge'i g = 0,78). Alkoholarvitamise tulemusnäitajas (n = 111) ilmnis erinevus akupunktuuri ja kontrollsekkumiste puhul (Hedge'i g = 0,78, p = 0,065). Teises metaanalüüsis (68) leiti statistiliselt olulised erinevused kahe võrdlusrühma vahel. Võrreldes kontrollrühmaga vähenes akupunktuurirühmas (n = 345) alkoholihimu (standarditud keskmiste erinevus SMD = -1,24, 95% CI = -1,96 kuni -0,51). Akupunktuurirühmas (n = 148) vähenesid alkoholi võõrutusseisundi sümptomid võrreldes kontrollrühmaga (SMD = -0,50, 95% CI = -0,83 kuni -0,17).

Akupunktuuri kohta leitud tõendusmaterjali kvaliteet oli küsimuse kontekstis madala või väga madala kvaliteediga, kokkuvõttes hinnati tõendatuse aste madalaks. Teiste platseeboefektli põhinevate sekkumiste kohta juhulikustatud kontrollitud uuringud ei leitud.

Uuringute tulemuste ja kvaliteedihinnangute kokkuvõtte on esitatud tõendusmaterjali kokkuvõtte tabelis nr 2 (vt www.ravijuhend.ee).

Soovituse nr 23 ajakohastamisel arvestas tööriühm lisaks teadusliku tõendusmaterjali tugevusele ka patsientide eelistusi ja väärtushinnanguid. Platseeboefektli põhinevate ravivõtete kasutamine on tööriühma liikmete sõnul patsientide seas levinud. Lähtudes sellest, et kui patsient kasutab tõenduspõhise ravi toetava tegevusena mõnda platseeboefektiga ravivõtet ja kui selline kombinatsioon aitab tal alkoholarvitamist vähendada või sellest loobuda, muudeti algse ravijuhendi tugev soovitus nõrgaks.

Tööriühma mõttekäigu kokkuvõtte koos (tõendus)materjaliga on esitatud soovituse koostamise tabelis nr 2 (vt www.ravijuhend.ee).

Tagasilangust ennetav mittefarmakoloogiline ravi ehk psühhosotsiaalsed sekkumised

Mõistet „psühhosotsiaalne sekkumine“ kasutatakse laialdaselt ja seda on erinevalt defineeritud. Traditsiooniliselt mõistetakse psühhosotsiaalse sekkumise all patsiendi ja terapeudi, arsti, nõustaja või abistaja koostööd sõltuvuskäitumise muutmiseks. Psühhosotsiaalsed lähenemised jaotatakse madala ja kõrge intensiivsusega sekkumisteks (vt tabel 10). Psühhosotsiaalsete sekkumiste valik oleneb alkoholiprobleemi raskusastmest. Alkoholi kuritarvitajatele ja kerge sõltuvusega patsientidele soovitatakse esialgu rakendada vaid psühhosotsiaalseid sekkumisi, rakendades astmelise ravi mudelit ehk liikudes vähem intensiivsetest sekkumistest intensiivsemate poole. Näiteks võib rakendada alkoholi kuritarvitamise korral lühinõustamist, kuid kui selle mõju on vähene, siis tuleks alustada kognitiiv-käitumisteraapiaga. Mõõduka ja raske alkoholisõltuvusega patsientidele on sageli näidustatud kombineeritud ravi, st intensiivsetele psühhosotsiaalsetele sekkumistele lisatakse ka farmakoterapia.

Tabel 10. Psühhosotsiaalsed sekkumised
Madala intensiivsusega sekkumised



Harimine (ingl <i>psychoeducation</i>)	Videomaterjalide, kirjanduse ja loengute kaudu probleemi kohta informatsiooni pakkumine Vaata näiteks Eestis kasutatavat eneseabiprogrammi „Selge“ (https://alkoinfo.ee/et/programm-selge-2/programm-selge/).
Motiveeriv intervjuerimine (MI)	Isikukeskne, eesmärgile suunatud nõustamise meetod ambivalentsuse lahendamiseks ja positiivse muutuse esilekutsumiseks isiku enese motivatsiooni väljatoomise ning tugevdamise kaudu. Meetodit iseloomustab empaatiline ja patsiendiga mittevastanduv nõustamisstiil, vastupanu vähendamine, patsiendi julgustamine vastutuse võtmiseks ja otsuse tegemiseks. Nõustamisel kasutatakse mh avatud küsimuste esitamist, peegeldavat kuulamist, kokkuvõtete tegemist, muutusi toetavaid argumente ja patsiendi enda ressursside esiletoomist. On leitud, et MI meetodi ja teiste patsiendikesksete tehnikate kasutamine aitab parandada meediku ja patsiendi suhte kvaliteeti, luua usaldust ning vähendada vastupanu muutusteks. (11)

Motiveeriv intervjuerimine (MI)	Vaata ka MI meetodil põhineva Eestis kasutatava lühinõustamise juhendmaterjali perearstile ja -õele (https://intra.tai.ee/images/prints/documents/154400163611_Alkoholi%20liigtarvitamine_veeb.pdf) ja MI eestikeelset käsiraamatut (https://intra.tai.ee/images/prints/documents/132196115994_MI_print.pdf).
Lühinõustamine	Lühinõustamise käigus motiveeritakse inimesi muutma oma käitumist, aidates neil mõista sõltuvust tekitava aine tarvitamisest tulenevaid terviseriske. Vajaduse korral julgustatakse inimesi nõustuma põhjalikuma raviga. Lühinõustamine on suunatud sõltuvushäire suurema riskiga inimestele, mitte raskete sõltuvushäirete raviks. Esmatasandi arstiabis võib lühinõustamine kesta 5–30 minutit (57). Vaata ka Eestis kasutatavaid lühinõustamise juhendmaterjale perearstile ja -õele (https://intra.tai.ee/images/prints/documents/154400163611_Alkoholi%20liigtarvitamine_veeb.pdf ja https://intra.tai.ee/images/prints/documents/154383979347_Lyhisekkumine_veeb.pdf).
Soovitud käitumise kinnitamine	Käitumuslik meetod, mille eesmärk on muuta alkoholitarvitamine vähem ja abstinents rohkem atraktiivseks. (53).

Kõrge intensiivsusega sekkumised

Kognitiiv-käitumisteraapia (KKT)	Kognitiiv-käitumisteraapia põhineb ideel, et meie mõtted, tunded ja käitumine on omavahel seotud ning neist üht mõjutades saame tekitada muutust teises. Tänapäeval on teaduslikult tõestatud tõhususega kognitiiv-käitumisteraapia programme olemas pea kõigi sagedamate psüühika- ja käitumishäirete raviks. Vaata ka Eesti Kognitiivse ja Käitumisteraapia Assotsiatsiooni veebilehel KKT kohta esitatud infot (www.ekka.ee).
----------------------------------	--

<p>12 sammu programm (12 SP)</p>	<p>12 SP on struktureeritud ja juhendipõhine lähenemine alkoholismile kui spirituaalsele ja meditsiinilisele haigusele. Programmis rõhutatakse iganädalaste koosviibimiste, abstinentsi ja teiste sarnaste probleemidega inimeste abistamise olulisust (47). 12 SP põhimõtteid kasutatakse sageli AA-rühmades.</p> <p>Vaata näiteks Eesti patsiendiühenduse Anonüümsed Alkohoolikud (AA) veebilehel esitatud infot (http://www.aestonia.com).</p>
<p>Käitumuslikud sekkumised (ingl <i>behavioural interventions</i>)</p>	<p>Käitumuslikud sekkumised lähtuvad seisukohast, et emotsionaalsed ja käitumuslikud reaktsioonid on elu jooksul õpitud, mitte kaasa sündinud, ning neid on võimalik muuta. Käitumusliku sekkumise käigus püütakse luua negatiivseid kogemusi seoses alkoholi kasutamise ja positiivseid seoses kainusega (53).</p>
<p>Pere- ja paariteraapiad</p>	<p>Pereteraapiat kasutatakse suhteraskuste, aga ka psüühikahäirete korral. Teraapiasse kaasatakse patsiendi pereliikmed. Alkoholitarvitamise häire puhul saab kaasatud pereliige pakkuda patsiendile aktiivset tuge alkoholitarvitamise vähendamiseks. Pereteraapia vorm ja sisu on psühhoterapia koolkondade lõikes erinev.</p> <p>Üks pereteraapia nn alaliike on paariteraapia ehk paarisuhtel põhinev sekkumine. (53, 139)</p>
<p>Sotsiaalsete- ja toimetulekuoskuste treening (ingl <i>coping/ social skills training</i>)</p>	<p>Õpetatakse alternatiivseid tehnikaid (suhtlemis- ja kuulamisoskus, probleemide lahendamise tehnikad, alkoholist keeldumise oskus, alkoholi tunni, viha ja stressiga toimetulemine), kuidas sotsiaalsetes situatsioonides paremini toime tulla ilma alkoholi tarvitamata (57).</p>

24		Alkoholitarvitamise häirega patsiendil kasutage püsivama ravitulemuse saavutamiseks tõendus põhiseid psühhosotsiaalseid sekkumisi. <i>Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>
25		Alkoholitarvitamise häirega patsiendil kasutage alkoholi kuritarvitamise vähendamiseks lühinõustamist. <i>Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>

Harimine (ingl *psychoeducation*)

Vaimse tervise teemadel harimisel ei ole eeliseid teiste sekkumiste ees ja võrreldes MT-ga on see vähem tõhus (53, 69, 70).

Motiveerivad tehnikad (MT)

Motiveerivad tehnikad sobivad juhul, kui eesmärk ei ole abstinents või kui vajatakse täiendavat motiveerivat vahendit ravisoostumuse suurendamiseks ravi alguses ja/või tagasilanguse ennetamiseks (53). Kõigi alkoholi liigtarvitajate puhul sobib esmases hindamises kasutada MT-d (53). Enim mõjub MT tarvitavatele alkoholikogustele liigtarvitamise korral, seda on leitud mitmes uuringus (70, 71).

Lühinõustamine/sekkumine

Vaata 2015. aastal koostatud algse ravijuhendi tõendusmaterjali kokkuvõtet EvSu 1 (www.ravijuhend.ee).

Kognitiiv-käitumisteraapia (KKT)

KKT mõju seisneb esmajoones joomasööstude episoodide vähendamises, kuid mitte nende päevade arvu kahandamises, mil tarvitati alkoholi. Süstemaatiline ülevaade (20 RCT-d, n = 3970) (53) soovitab KKT-d alkoholi kuritarvitajatele ja alkoholisõltuvuse korral. Võrreldes KKT-d teiste aktiivsete sekkumistega, ei leitud olulisi erinevusi abstinentsi säilitamisel või tarvitatava alkoholikoguse vähendamisel (72). Kui eesmärk on alkoholitarvitamist vähendada, on KKT ja MT alkoholisõltuvusega patsientide seas sama tõhusad (72).

Käitumuslikud teraapiad/sekkumised

Süstemaatilises ülevaates (kuus RCT-d, n = 527) (53) ja 17 RCT-st koosnevas metaanalüüsis (72) leiti, et võrreldes kontrollrühmaga on käitumuslikel

sekkumistel positiivne mõju tarvitatava alkoholi koguse vähenemisele, kuid abstinentsi puhul mõju puudub ning võrreldes teiste aktiivsete sekkumistega on käitumuslikud teraapiad vähem tõhusad.

12 sammu programm (12 SP)

Hea kvaliteediga süstemaatiline ülevaade ($n = 2556$, kuus RCT-d) (53) leidis, et 12 SP on tõhus vähendamaks tarvitata vaid alkoholikoguseid poole aasta jooksul. Muus osas (abstinents, joomasööstud) ei erine tulemused võrreldes teiste aktiivsete sekkumistega.

Paari- ja pereteraapiad (sh käitumuslikud paariteraapiad)

Toimiva paarisuhte korral soovitatakse käitumuslikku paariteraapiat. Süstemaatiline ülevaade (kaheksa RCT-d, $n = 602$) (53) leidis, et lühiajalise abstinentsi puhul ei ole nimetatud teraapial olulist erinevust teistest aktiivsetest sekkumistest, kuid joomasööstude vähendamiseks võiks eelistada paariteraapiat. Metaanalüüs (73) leidis, et paarisuhte olemasolul on paariteraapia eelistatum kui kognitiiv-käitumisteraapia.

Sotsiaalse võrgustiku ja keskkonnapõhised teraapiad (ingl *social network and environment-based therapies*)

Need teraapiad on tõhusamad kui ravita jätmine, kuid neil ei ole eeliseid muude sekkumiste ees. Süstemaatiline ülevaade (kolm RCT-d, $n = 1058$) (53) soovitab keskkonnapõhist sekkumist lisaks farmakoloogilisele, kui eelnev sekkumine ei ole osutunud tõhusaks. Eraldi on uuritud motiveerivate tehnikate ja keskkonnapõhiste teraapiate tõhusust, kuid raviefektiivsuses olulisi erinevusi ei leitud (72).

Psühhodünaamiline sekkumine

Tõenduspõhiseid uuringuid on selle sekkumise kohta vähe. Ühes uuringus (74) on märgitud, et kuigi psühhodünaamilist lähenemist sobib kasutada motiveeritud ja koostöövalmis patsientidega, on teraapia tõenduspõhiseuse tõstmiseks vaja rohkem uuringuid.

Teadvelolek (ingl *mindfulness*)

Ravijuhendi valmimise ajal on mindfulness'i puudutavaid uuringuid vähe ja seetõttu napib soovitude tegemiseks tõenduspõhist materjali.

Vaata 2015. aastal koostatud algse ravijuhendi tõendusmaterjali kokkuvõtet EvSu 9 (www.ravijuhend.ee).

Tagasilangust ennetav farmakoloogiline ravi

Farmakoloogilist ravi tuleb alati kasutada koos psühhosotsiaalsete sekkumistega.

Alkoholisõltuvuse farmakoterapias kasutatakse aversiivseid ravimeid ja opioidretseptorite antagonistide. Alkohol suurendab ajus endorfiinide taset, mille mõjul suureneb dopamiinergiline aktiivsus. Kõige enam on alkoholitartvitamisega seotud μ -opioiidretseptorid, vähemal määral ka κ - ja λ -retseptorid. Opioidretseptorite antagonistid (naltreksoon ja nalmefeen) vähendavad meeldivaid aistinguid, mida alkohol tekitab. Sellega väheneb tarvitatava alkoholi kogus ja kasutamise sagedus. Naltreksoon blokeerib μ -, κ - ja λ -retseptoreid, nalmefeen on μ -retseptorite antagonist ning κ -retseptorite osaline agonist. Naltreksoon on laialdasemalt kasutusel ja selle kohta on palju tõenduspõhist materjali. Nalmefeeni kohta on tõenduspõhist materjali vähem ja selle tõhusust veel uuritakse, kuid võrreldes naltreksooniga on leitud mitu positiivset eelist. Nalmefeen seostub suurema tõhususega tsentraalsete opioidretseptoritega, sel on suurem biosaadavus ja puudub annusest sõltuv maksatoksilisus.

Aversiivseteks ravimiteks nimetatakse alkoholi suhtes ebameeldivaid reaktsioone (alkoholi suhtes vastikust) tekitavaid ravimeid, ravimirühma esindaja on disulfiraam. Disulfiraami on alkoholisõltuvuse ravis kasutatud abstinentsi säilitamiseks nii suukaudselt kui ka subkutaanse implantaadina. Uuringute tulemused näitavad, et disulfiraami implantaat ei ole tõhusam kui platseebo, kuna ei saavuta vajalikku ravimi kontsentratsiooni veres. Subkutaanse implantaadi puhul on kirjeldatud olulist platseeboefekti, mis on aidanud kaasa abstinentsi säilitamisele.

Disulfiraami jälgitud (superviseeritud) manustamine on oluliselt tõhusam kui jälgimata manustamine, kuna ravimi kasutamise jälgimine parandab ravisoostumust ja -tulemusi. Jälgitud kasutamise korral saab patsient ravimi meditsiinitöötajalt või lähedaselt, kes on andnud nõusoleku ravimi jälgitud kasutamiseks. Enne ravi alustamist on soovitatav patsiendilt ja lähedaselt võtta kirjalik nõusolek ning teavitada teda disulfiraami ja alkoholi koostoimetest (vt lisa 5). Nõusolekuvorm peab sisaldama infot alkoholi ja disulfiraami koostoimete kohta ning teavitama, millistest ainetest tuleks hoiduda (nt alkoholisaldusega suuveed). Jälgijal on kohustus teavitada ravimeeskonda, kui patsiendi ravisoostumusega on probleeme tekkinud.






Alkoholisõltuvuse farmakoterapia määramisel tuleb arvestada ravieesmärke. Kui eesmärk on abstinents, siis võib kasutada nii aversiivseid ravimeid kui ka

opioidretseptorite antagonistide. Joomise vähendamiseks tuleb kasutada ainult opioidretseptorite antagonistide (vt ravimite tabel lisa 4). Antidepressante, trankvillisaatoreid, antikongulsante ja antipsühhootikume võib kasutada ainult kaasuva psüühikahäire raviks. Alkoholisõltuvuse ravis pole nendel piisavat tõhusust näidatud. Sobilikud ravimid on esitatud tabelis 11 ja lisa 4.

Tabel 11. Farmakoterapia erinevate tervises seisundite korral

	Ravimid				
	Akam-prosaat (pole Eestis saadaval)	Disulfi-raam	Suukaudne naltreksoon	Süstiv naltreksoon (pole Eestis saadaval)	Nal-mefeen
Kerge kuni mõõdukas neerufunktsiooni vähenemine, eGFR < 90 ml/min/1,73m ² , kuid mitte väiksem kui 30 ml/min/1,73m ²	X	C	C	C	C
Mõõdukas maksakahjustus	A	C	C	C	C
Südame pärgarterite kahjustus	A	X	A	A	A
Krooniline valu	A	A	C	C	C
Kaasnev opioidide kasutamine	A	A	X	X	X
Anamneesis opioidisõltuvus	A	A	C	C	C
Psühhooos	A	X	A	A	A
Halb ravimisoostumus	C	C	C	A	C
Diabeet	A	C	A	A	A
Rasvumine	A	A	A	X	A
Hüübimishäired	A	A	A	C	A
Suur alkoholihiimu	A	C	C	C	C
Anamneesis võõrutusseisund	C	A	A	A	A
Kognitiivsed häired	A	X	A	A	A

A – sobib kasutamiseks; C – kasutada ettevaatusega; X – vastunäidustatud

26		Alkoholitarvitamise häirega patsiendil kasutage farmakoteraapiat koos psühhosotsiaalsete sekkumistega. <i>Tugev positiivne soovitus, hea tõendatuse aste</i>
27		Alkoholisõltuvusega patsiendile farmakoteraapia määramisel arvestage ravieesmärki. Kui eesmärk on abstinents, siis kasutage aversiivseid ravimeid või opioidretseptorite antagonistide. Joomise vähendamiseks kasutage opioidretseptorite antagonistide. <i>Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>
28		Aversiivset ravi (disulfiraamiga) saaval alkoholisõltuvusega patsiendil kasutage abstinentsi säilitamiseks jälgitud suukaudset ravi. <i>Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>
29		Alkoholi kuritarvitaval patsiendil, kellel on psühhosotsiaalsete sekkumiste efekt ebapiisav, kaaluge opioidretseptorite antagonistide kasutamist. <i>Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i>
30		Alkoholi kuritarvitava või alkoholisõltuvusega patsiendil, kellel ei ole muud psüühikahäiret, ärge kasutage alkoholitarvitamise häire raviks antidepressante, trankvillisaatoreid, antikongulvante ja antipsühhootikume. <i>Tugev negatiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>

Metaanalüüsi (75) põhjal on naltreksoon tõhusam kui platseebo. Keskmine tagasilanguse määr oli 14% madalam; keskmine päevade arv, millal joodi, oli 3% väiksem; keskmine abstinents oli 10% suurem kui platseeborühmas. Kaks süstemaatilist ülevaadet (76, 77) näitasid, et võrreldes platseeboga vähenes naltreksooni kasutajatel relapside hulk 36% ja alkoholitarvitamise päevade arv 3–4%. Nalmefeeni kohta leidub vähem uuringuid. Nalmefeen vähendas võrreldes platseeboga riski taasalustada joomist 15% võrra ja riski taasalustada joomist pärast detoksikatsiooni 8% võrra (77). Ükski efektiivsuse tulemusnäitaja ei saavutanud statistilist olulisust. Üks artikkel (78) ja üks RCT (79, 71) näitasid, et võrreldes platseeboga on nalmefeeni kasutamine kuue kuu jooksul tõhus eriti suure või väga suure riskiga patsientide hulgas: tarvitatava alkoholi kogus vähenes vastavalt 7,6 g päevas ja 1,0 g päevas. Samuti vähenes päevade arv, millal alkoholi tarvitati: 2 päeva kuus ja 2,3 päeva kuus.


Vaata 2015. aastal koostatud algse ravijuhendi tõendusmaterjali kokkuvõtet EvSu 11 (www.ravijuhend.ee).

Süsteematises ülevaates (80), mis hõlmas 22 juhuslikustatud kliinilist uuringut, millest osa olid pimendatud ja osa avatud uuringud, analüüsiti jälgitud ja jälgimata disulfiraami tõhusust alkoholisõltuvusega patsientide ravis ja võrreldi seda platseeboga. Analüüsi käigus leiti, et disulfiraami tõhusus võrreldes platseeboga ilmnes vaid avatud uuringutes. Pimendatud uuringutes ei leitud rühmade vahel erinevust, kuna pimendatud disainiga disulfiraami uuringutes kaob nende vahel ära oluline psühholoogiline efekt (hirm alkoholi ja ravimi koostoime ees). Metaanalüüs (81) nelja juhuslikustatud uuringuga, milles hinnati disulfiraami implantaadi tõhusust alkoholisõltuvusega patsientidel abstinentsi säilitamiseks, leidis, et disulfiraami implantaat ei ole esimese alkohoolse joogi ärahoidmiseks platseebost tõhusam. Samas on implantaadi puhul mõned varasemad uuringud näidanud olulist platseeboefekti (82) – disulfiraami implantaadi rühmas olid patsiendid kained 361 päeva, platseeborühmas 307 päeva. Kontrollrühmas olnud patsientidel, kel ei olnud implantaati, oli kaineid päevi 24.

Vaata 2015. aastal koostatud algse ravijuhendi tõendusmaterjali kokkuvõtet EvSu 12 (www.ravijuhend.ee).


Farmakoloogilise ravi skeem ja pikkus

Alkoholarvitamise häire farmakoteraapia optimaalse pikkuse kohta ei ole ühest tõendusmaterjali. Farmakoloogilise ravi pikkus sõltub patsiendi vajadustest ja eelistustest ning vajab individuaalset lähenemist. Arvestama peab kõrvaltoimete esinemisega, tagasilangusega anamneesis, toetava kodukeskkonna olemasolu ja muude individuaalsete teguritega. Kliinilistes uuringutes on enam tõendust, et ravi aversiivsete ravimite või opioidretseptorite antagonistidega peaks kestma vähemalt kuus kuud. Opioidretseptorite antagonistide võib kasutada kas regulaarse annustamisskeemi või vajaduse järgi riskiolukorras, kui patsient tunneb soovi alkoholi tarvitada. Disulfiraami annustamine peab olema regulaarne ja selle kasutamist tuleb riskiolukorras vältida.

31		Alkoholarvitamise häirega patsiendil kaaluge opioidretseptorite antagonistide kasutamist igapäevaselt või olukorras, kus patsient tunnetab alkoholi tarvitamise ohtu. <i>Nõrk positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>
----	---	--

Kolm juhuslikustatud kontrollitud uuringut (83, 84, 85) hindasid naltreksooni tarvitamist riskiolukorras. Võrdluseks oli platseebo tarvitamine riskiolukorras või kord päevas ja naltreksooni 50 mg regulaarselt kord päevas või riskiolukorras. Juhuslikustatud kontrollitud uuring (83) näitab, et riskiolukorras naltreksooni kasutamine vähendab tarvitatava alkoholikoguse hulka, kuid vajalikud on lisauuringud, enne kui saab soovitada naltreksooni vajaduspõhist kasutamist. Kaks uuringut (84, 85) näitasid, et naltreksooni kasutamine riskiolukorras vähendab joomasööste. Mõju oli aga väike ja on vaja teha lisauuringud.

Vaata 2015. aastal koostatud algse ravijuhendi tõendusmaterjali kokkuvõtet EvSu 13–14 (www.ravijuhend.ee).

32		<p>Alkoholisõltuvusega patsiendile määrake aversiivse toimega ravim või alkoholi kasutust vähendav opioidretseptorite antagonist vähemalt kuueks kuuks.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i></p> <p>[AJAKOHASTATUD 2020]</p>
----	---	--

2015. aastal koostatud algses ravijuhendis tugineti seda soovitust andes järgnevale tõendusmaterjalile.

Süstemaatiline ülevaade (68) koosnes 29 RCT-st (kaks neist hindas nalmefeeni, 27 naltreksooni). Lühiajaline naltreksoonravi vähendas võrreldes platseeboga relapside hulka. Keskmise pikkusega ravi naltreksooniga ei suurendanud raviefekti relapside ennetamises, kuid pikendas aega esimese alkohoolse joogini ja vähendas tungi alkoholi järele. Keskmise pikkusega ravi naltreksooniga oli relapside ennetamises ja alkohoolsete jookide arvu vähendamises tõhusam kui ravi akamprosaadiga. Patsientidel, kes said ravi 3–12 kuu jooksul, oli 14% väiksem risk joomasööstude tekkeks ja 6% väiksem risk taasalustada alkoholitavitamisega.

Ravijuhendi ajakohastamisel soovis töörühm teema avada, et teada saada, kas on lisandunud teaduslikku tõendusmaterjali ravikuuri optimaalse kestuse kohta.

Tõendusmaterjali leidmiseks otsiti algsesse Eesti ravijuhendisse kaasatud rahvusvaheliste ravijuhendite (12 juhendit) uuendatud versioone. Leiti kaks teemakohast uuendatud ravijuhendit (1, 2) ja NICE-i ravijuhendi ajakohastamisel koostatud uus tõendusmaterjali kokkuvõte (3). Ravijuhenditest kaasati tõendusmaterjalina kolm metaanalüüsi (86, 87, 88). Skinneri jt (2014)

metaanalüüsi (89) ei saanud tervikuna kaasata (analüüsis oli selle ravijuhendi jaoks sobimatu sihtrühm ja võrdlusrühmad), kuid tõendusmaterjaliks sobis viis selles metaanalüüsis kasutatud juhuslikustatud kontrollitud uuringut (90, 91, 92, 93, 94). Uuringutes oli ravi kestuseks kõige enam valitud kuus kuud. Mitte üheski uuringus ei võrreldud eri kestusega ravikuuride mõju, mistõttu on alljärgnev tõendusmaterjal kaudne.

Järgnevalt on esitatud uuemate metaanalüüside tulemused. Ühes metaanalüüsis (88) vaadati tulemusnäitajana tagasilanguse riski ja leiti, et kolme kuu jooksul alates uuringu algusest oli naltreksoonirühmas võrreldes platseeborühmaga statistiliselt oluliselt väiksem risk juua mistahes koguses alkoholi [suhteline risk $RR = 0,92$ (95% CI 0,86–1,00)]. Samas metaanalüüsis leiti, et võrreldes platseeborühmaga oli kuuendaks kuuks akamprosaadirühmas statistiliselt oluliselt väiksem tagasilanguse risk [$RR = 0,83$ (95% CI 0,78–0,89)].

Teises metaanalüüsis (86) vaadati, kui palju esines uuritavatel rohke alkoholarvitamise päevi (ingl heavy drinking days) ravimite võtmisest kuue ja kaheteistkümne kuu möödudes. Kuue kuu möödudes oli nalmefeenirühmas ühes kuus statistiliselt oluliselt vähem rohke alkoholarvitamise päevi kui platseeborühmas. Keskmiste muutuste erinevus uuringurühmade vahel oli $MD = -1,65$; 95% CI -2,41 kuni -0,89). Ühe aasta möödudes oli nalmefeenirühmas ühes kuus statistiliselt oluliselt vähem tugeva alkoholarvitamise päevi kui platseeborühmas ($MD = -1,60$; 95% CI -2,85 kuni -0,35).

Töörühma esitatud kliinilise küsimuse kontekstis varieerus tõenduse kvaliteet väga madalast madalani. Kokkuvõttes hinnati tõendatuse aste väga madalaks. Uuem tõendusmaterjal ei andnud alust muuta olemasolevat soovitusi.

Uuringute tulemuste ja kvaliteedihinnangute kokkuvõtte on esitatud tõendusmaterjali kokkuvõtte tabelis nr 3 (vt www.ravijuhend.ee).

Soovituse uuendamisel kaalus töörühm lisaks teadusliku tõendusmaterjali tugevusele ka sekkumise kasu tervisele (sh potentsiaalse kasu ja kahju vahekorda), patsientide eelistusi ja väärtushinnanguid ning soovitusega kaasneda võivat patsientide ebavõrdsesse olukorda jätmist. Samuti kaaluti võimalusi ja ressursse soovitatava tegevuse rakendamiseks Eesti kontekstis. Arvestades, et patsiendi jaoks on kõige olulisem püsiv hea ravitulemus, leidis töörühm, et kolmekuune või pikem vahe ravikuuri pikkuses ei kallutaks patsiente eelistama lühemat või pikemat ravikuuri. Selles kontekstis ei seaks ravikuuri erinev pikkus

ühtki patsientide alarühma ebavõrdsesse seis. Arvestades alkoholisõltuvuse ravi pikaajalisust ja kombineeritust, ei oleks aversiivse või alkoholihimu vähendava ravi kestus alkoholarvitamise häirega patsiendi ravi määrava tähtsusega.


Et soovitus tõendatuse aste on mõõdukas ja soovitus on kasutatud sõnastust, millega ei seata ravikuuri pikkusele ülempiiri, leidis töörihm, et anda saab tugeva soovitus.

Töörihma mõttekäigu kokkuvõtte koos (tõendus)materjaliga on esitatud soovitus koostamise tabelis nr 3 (vt www.ravijuhend.ee).

Ravisoostumus, ravi pikkus ja ravitulemuse hindamine

Ravisoostumus

Patsiendi esimesel visiidil tuleb hinnata tema valmisolekut ja motiveeritust raviks. Patsiendi motiveeritus on ravitulemuse oluline ennustaja, kuna motivatsioon on üks teguritest, mille puudumine võib põhjustada ravi katkestamist ja tagasilangust. Ravi käigus tuleb võimaluse korral kasutada paremate ja püsivamate tulemuste saamiseks motivatsiooni tugevdavaid tehnikaid. Käitumise muutuste jooksul liiguvad patsiendid motiveerituse tsükliks, mis hõlmab viit faasi (mõtlemis-, kaalumis-, ettevalmistus-, tegutsemis- ja säilitusfaas). Mõistmine, millises motiveerituse faasis patsient asub, annab tervishoiutöötajale võimaluse otsustada, millised motiveerivad strateegiad võiksid selle patsiendi puhul olla kõige tulemuslikumad ja aidata patsiendil liikuda soovitud eesmärgi suunas. Motiveeritust tuleks hinnata otseste küsimuste teel, mitte andes hinnanguid ja vältides vastuseisu patsiendiga (11).

33		Alkoholarvitamise häirega patsiendi ravimotivatsiooni jälgige igal visiidil. <i>Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>
----	---	--

Metaanalüüs (62) leidis, et patsiendi motivatsioon kainuseks mõjutab olulisel määral ravisoostumust ja parandab ravi tõhusust, olles seega oluline ravitulemuste ennustaja (95, 96). Uuringud (97, 98, 99, 100, 101, 102) näitavad, et lisaks muutuse faasile, milles patsient on, on käitumise muutmisel oluline tähtsus ka teistel faktoritel (nt enesekindlus, sõpruskonna käitumine jne) ja neid tuleks igal patsiendi hindamisel arvesse võtta. Alkoholi liigtarvitavatel patsientidel saab

ravimotivatsiooni hindamiseks kasutada mitmesuguseid küsimustikke (nt RCQ-TV). RCQ-TV küsimustik on mõeldud ravi otsivatele alkoholi liigtarvitavatele patsientidele. Patsiendid, kes olid saanud ravi rohkem kui kuus kuud, olid suurema tõenäosusega tegutsemisfaasis kui need, kes olid saanud vähem või üldse mitte ravi ($x^2 = 8,75$, $p > 0,005$) (101). Eri tervishoiuasutustes ja hindamisfaasides soovitatakse (103, 104) kasutada motiveerivat intervjuud. Juhuslikustatud kontrollitud uuring (105) võrdles motiveerivat intervjuud (MI) ja rolli induktiooni kontrollrühmaga. Võrreldes võrdlusrühmaga esines MI-rühma kuulunudel vähem joomasööste nii ravi jooksul kui ka 12 kuud pärast ravi. MI-rühma liikmetel oli rohkem kainuspäevi (ravi ajal ja järgneva kolme kuu jooksul), kuid see ei säilinud 12-kuulise jälgimisperioodi lõpuni. Juhuslikustatud kontrollitud uuringud (106, 107) näitasid, et motivatsiooni tugevdavad teraapiad koos platseeboga või medikamentoosse raviga ei olnud tõhusamad kui kognitiivne käitumisteraapia koos naltreksooniga.

Vaata 2015. aastal koostatud algse ravijuhendi tõendusmaterjali kokkuvõtteid EvSu 17 (www.ravijuhend.ee).

Ravisoostumuse parandamiseks soovitatakse tagada patsiendile võimalikult kiiresti kontakt ravimeeskonnaga. Uuringud on näidanud, et parem teenuse kättesaadavus võib aidata kaasa ravimotivatsiooni säilitamisele ja suurendada ravile pöördumiste sagedust (108, 109, 110). Lühem ajaline periood vastuvõttude vahel ning arsti ja patsiendi usalduslik suhe võivad vähendada ravilt väljalangemist (110).

Juhtumikorraldus




Mõõduka või raske alkoholisõltuvuse puhul aitab ravisoostumust hoida ja parandada juhtumikorralduse rakendamine. Juhtumikorraldus on sõltuvusravikeskustes kasutatav patsiendi vajadustest lähtuv kompleksne lähenemine, kus kombineeritakse juhtumikorraldaja abiga eri valdkondade teenuseid, et tagada patsiendile parim mitmekülgne abi. Juhtumikorralduses vaadeldakse inimest kui tervikut, võttes arvesse nii tema sotsiaalmajanduslikku olukorda kui ka psüühilise ja füüsilise tervisega seotud asjaolusid, et vältida probleemide juurdetekkimist ning süvenemist. Juhtumikorraldajaks valitakse üks ravimeeskonna liige, sagedamini on selleks sotsiaaltöötaja või vaimse tervise õde. On näidatud, et juhtumikorraldus soodustab abstinentsi, vähendab alkoholitartvitamist, pikendab aega tagasilanguseni, parandab kliendi kaasatust ja ravisoostumust ning soodustab järeldraviteenuste kasutamist. Samuti soodustab juhtumikorraldus tööleasumist ja avaldab positiivset mõju perekondlikele suhetele.

Lisaks sõltuvusravikeskustele töötavad Eestis vaimse tervise õed ka esmatasandi arstiaabis, st tervisekeskustes. Vaimse tervise õe kui käitumis- ja psüühikahäirete (sh alkoholitarvitamise häire) kliinilise spetsialisti iseseisev vastuvõtt on Eestis Haigekassa rahastatav tervishoiuteenus. Vaimse tervise õde hindab patsienti ja teeb terviseriskide analüüsi; õpetab ja nõustab patsienti, sh aitab edendada ja toetada patsienti ja tema perekonda igapäevaeluga toimetulekul. Vajaduse korral viib vaimse tervise õde läbi rühmateraapiat. Vaimse tervise õe vastuvõtule pöördumiseks on vajalik pere- või muu erialaarsti saatekiri (v.a esmaseks lühiajaliseks konsultatsiooniks).

Partneri kaasamine raviprotsessi võib parandada ravisoostumust ja vähendada alkoholitarvitamist. Samuti võib see olla vajalik järelevalve teostamiseks alkoholitarvitamist pärssivate ravimite üle (nt disulfiraam). Partneri kaasamine võib parandada ka alkoholi mittetarvitava kaaslaste üldist toimetulekut ja aidata kaasa suhte paranemisele.

Soovitud käitumise kinnitamine (ingl *contingency management*) võib osutada tõhusaks meetodiks abstinenti säilitamisel ja ravisoostumuse parandamisel. Soovitud käitumise marker alkoholitarvitamise häire korral võib olla näiteks negatiivne analüüs ainetarvitamise suhtes, analüüside normaliseerumine jm. Soovitud käitumise kinnitamise sobivust tuleb hinnata isiku ja situatsiooni põhjal.

Omaosaluse rakendamine alkoholi raviteenuse osutamisel vähendab nii ravisoostumust kui ka järelravil käimise määra. Seevastu võib ravimite soetamise rahaline toetamine parandada ravisoostumust.

34		<p>Alkoholitarvitamise häirega patsiendi ravisoostumuse parandamiseks kaaluge järgmisi meetmeid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kiire ravi alustamine; • sõltuvusravi teostava meeskonna kaasamine raviprotsessi või juhtumikorralduse rakendamine; • lähedaste kaasamine patsiendi nõusolekul; • soovitud käitumisele positiivse tagasiside andmine. <p><i>Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i></p>
35		<p>Alkoholitarvitamise häirega patsiendi ravi alustamisel leppige ravisoostumuse parandamiseks kokku regulaarsed kohtumised ravimeeskonna liikmega.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i></p>
36		<p>Alkoholitarvitamise häirega patsiendi ravisoostumuse parandamiseks ärge rakendage täiendavat omaosalust.</p> <p><i>Tugev negatiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i></p>

Enamikus ravisoostumusele pühendatud uuringutest on leitud, et lühemaajaline periood ravi saamiseni soodustab motivatsiooni säilitamist ja paremate ravitulemuste saavutamist (108, 109, 111). Olulisust ravisoostumuse aspektist näitasid samuti patsiendi suhted tervishoiutöötajaga ja patsiendi usk haiguse tõsidusse (110).

Alkoholisõltuvusravi on kompleksne protsess, mis haarab nii aktiivse ravi perioodi kui ka järelravi ja jälgimise perioodi. Patsiendi käsitlemine tervikuna, arvestades tema sotsiaalset ja majanduslikku tausta, on alkoholitarvitamise häire ravis osutunud tõhusaks. Sellele leidub kinnitust mitmes uuringus, kus on võrreldud juhtumikorraldust saanud patsiente kontrollrühmaga. Jälgimisperioodi lõpus näitasid juhtumikorralduse rühmas olevad patsiendid võrreldes tavaravirühmaga suuremaid muutusi alkoholitarvitamises, meditsiinilises staatuses, ravisoostumuses, töötamise staatuses, perekondlikes suhetes ja juriidilises staatuses. Samuti oli järelravi saanud patsientide seas vähem tagasilangenuid kui kontrollrühmas. (112, 113, 114, 115, 116) Võrreldes ilma järelevalveta disulfiraami manustamisega vähendas järelevalvega tarvitamine joomist ja parandas ravil püsimise määra (117).

Lisaks eelnevale on oluline roll perekonnaliikmete raviprotsessi kaasamisel. Mitmes uuringus on leitud, et perekonna ja sõprade mõju aitasid soodustada



muutusi alkoholitarvitamises. Nendest patsientidest, kelle peredes oli tehtud nn kodust perekondlikku sekkumist (kodused käitumise muutmist soodustavad sekkumised), alustas 75% alkoholitarvitamist vähendavat ravi. Sekkumist seostatakse positiivse tulemusega alkoholi mittetarvitava kaaslase paremas funktsioneerimises ja suhte üldises paranemises (65, 118).

Võrreldes kontrollrühmaga on soovitud käitumise kinnitamine (koos võrgustiku toega) tõhusam strateegia pärast ravi lõppu ja jälgimise perioodil. Sellega on seostatud nii alkoholitarvitamise vähenemist kui ka patsientide paremat ravisoostumust. (119, 120, 121) Rühm, kes sai uuringus (122) soovitud käitumise kinnitamist, oli suurema tõenäosusega kaheksanädalase perioodi lõpuks raviga jätkanud ($p < 0,001$). Samuti säilitas soovitud käitumise kinnitamisega rühm suurema tõenäosusega kaheksanädalase perioodi jooksul abstinentsi ($p < 0,05$). 15 juhuslikustatud uuringut ja kuut juhuslikustamata uuringut haaravas metaanalüüsis (123) rakendati rahalisi stiimuleid ravisoostumuse parandamiseks järgmiste seisundite puhul: tuberkuloos, aine kuritarvitamine, HIV, hepatiit, skisofreenia ja insuldi ennetus. Metaanalüüs näitas, et rahalised stiimulid parandasid oluliselt ravisoostumust (0,77; 95% CI = 0,70–0,84, $p < 0,001$). Patsiendi omaosaluse rakendamisel võib ravisoostumus halveneda (124).

Vaata 2015. aastal koostatud algse ravijuhendi tõendusmaterjali kokkuvõtet EvSu 18 (www.ravijuhend.ee).

Ravitulemuse hindamine

Ravitulemuse jälgimise põhikomponent on alkoholitarvitamise sageduse ja koguste hindamine. Kliinilises praktikas kasutatakse selleks sageli patsiendi täidetavat alkopäevikut (vt lisa 5). Ravitulemuse jälgimiseks kasutatakse ka AUDIT-testi või testi lühiversiooni AUDIT-C.

37		Alkoholitarvitamise häirega patsiendil kasutage ravitulemuse hindamiseks lisaks anamneesile vajadusel AUDIT- või AUDIT-C-testi. <i>Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>
38		Alkoholitarvitamise häirega patsiendil soovitage kasutada alkoholi tarvitamise sageduse ja koguste hindamiseks alkopäevikut. <i>Praktiline soovitus</i>


Ravitulemuse jälgimiseks on spetsiaalselt välja töötatud mitmesuguseid hindamisvahendeid. Süstemaatiline ülevaade (53) hindas ravitulemuse hindamisvahendite kliinilist kasulikkust ja praktilisust, arvestades hindamisvahendi valiidsust ja usaldusväärsust alkoholisõltuvusega patsientide populatsioonis ning hindamisvahendi kasutatavust (kui arusaadav see on ja millist lisakoolitust on selle tegemiseks vaja). Ülevaade identifitseeris AUDIT-testi kui kõige usaldusväärsema ja teostatavama ravitulemuse jälgimise vahendi, mida rutiinsel hindamisel kasutada. Mitu uuringut on käsitlenud enesekohaste testide võimekust alkoholitarvitamise ja/või aktiivse liigtarvitamise või sõltuvuse tuvastamisel. Aktiivse alkoholi liigtarvitamise või sõltuvuse identifitseerimisel on AUDIT täpsem kui AUDIT-C (AUC 0,81 vs. 0,79). Teaduskirjandusest ei leitud uuringuid, mis oleks hinnanud alkopäevikute tundlikkust ja spetsiifilisust. Seetõttu põhineb alkopäeviku kasutamise soovitus ravijuhendi töörihma konsensuslikul arvamusel.

Vaata 2015. aastal koostatud algse ravijuhendi tõendusmaterjali kokkuvõtet EvSu 19 (www.ravijuhend.ee).

Hingeõhu, vere, sülje ja uriini testimine eri ainete kasutamise hindamiseks on abiks tagasilanguse varajasel avastamisel. Hingeõhu testimine annab tulemuse aine äsjase tarvitamise kohta. Etanooli saab uriinist määrata 24 tunni jooksul pärast tarvitamist. Alkoholi metaboliidid etüülglükuroniid (EtG) ja etüülsulfaat (EtS) jäävad sõltuvalt tarvitatud alkoholikogusest verest määratavaks ligikaudu 1,5 päevaks ja uriinist 2–3 päevaks. Alkoholi metaboliiti fosfatidüületanooli (PEth) on olenevalt tarvitatud alkoholikogusest võimalik verest määrata vähemalt 3–5 päeva ja maksimaalselt kuni nelja nädala jooksul pärast alkoholitarvitamist.

Alkoholitarvitamise ja teatud biomarkerite vahel [CDT (IFCC), GGT] on leitud seos, mistõttu võivad need näitajad olla kasulikud patsiendi jälgimisel.

Siiski peab ravitulemuste hindamine olema kompleksne ja ei saa põhineda ainult biomarkerite määramisel. Raviskeem soovitatakse täielikult üle vaadata juhul, kui patsient saab farmakoterapiat ja psühhosotsiaalset sekkumist, kuid tarvitab vaatamata sellele rohkelt alkoholi.


39		Alkoholitarvitamise häirega patsiendil kasutage ravitulemuse hindamiseks vajadusel laboratoorseid analüüse. <i>Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste</i>
----	---	---





Üks süstemaatiline ülevaade (30), kaks longitudinaalset uuringut (125, 126) ja üks juhtkontrolluuring (127) toetavad biomarkerite kasutamist (CDT, GGT), et hinnata alkoholitarvitamise muutumist või tuvastada tagasilangust. 54 uuringuga süstemaatiline ülevaade (30) näitas, et võrreldes kummagi markeri eraldi kasutamisega suudavad GGT ja CDT kombineerituna tagasilangust paremini tuvastada. Samas on alkoholi liigtarvitamise tuvastamiseks maksahaiguste korral CDT parem marker kui GGT. Muutusi alkoholitarvitamises saab hinnata ka uriinianalüüsi abil. EtG (ingl ethyl glucuronide) ja EtS (ingl ethyl sulphate) tuvastavad uriinist määratuna alkoholitarvitamist 24 tunni jooksul, andmata valepositiivseid tulemusi (128).

Vaata 2015. aastal koostatud algse ravijuhendi tõendusmaterjali kokkuvõtet EvSu 19 (www.ravijuhend.ee).

Ravi lõpetamine

Pärast ravi alustamist tuleb patsienti hinnata regulaarselt vähemalt kord iga 4–6 nädala tagant. On vähe tõendeid selle kohta, millal tuleks lõpetada aktiivne ravi (psühhosotsiaalsed sekkumised, medikamentoosne ravi). Enamikus uuringutes on aktiivset ravi rakendatud vähemalt 3–6 kuu jooksul. Tagasilangused kuuluvad alkoholitarvitamise häire loomulikku kulgu. Mõne patsiendi puhul võib tagasilanguse riski vähendada pikema ravikuuri abil. Iga konkreetse patsiendi puhul on vaja hinnata tagasilanguse riski, sh toetava sotsiaalse võrgustiku olemasolu, stressirohkeid situatsioone, kaasuvaid psüühikahäireid ja patsiendi motiveeritust. Suurema tagasilanguse riskiga patsiente soovitatakse regulaarselt jälgida ka pärast aktiivse ravi lõppu vähemalt 1–3 aasta jooksul. Selleks võib patsiendiga kokku leppida regulaarsete visiitide ajad ja hinnata igal kohtumisel uuesti alkoholitarvitamist ja patsiendi emotsionaalset seisundit. Ravi lõppedes peab patsiendile jääma võimalus vajaduse korral uuesti ravile pöörduda.

40		Alkoholitarvitamise häirega patsiendi ravi alustades peaksite patsienti hindama regulaarselt vähemalt iga 4–6 nädala järel ravile seatud eesmärgi saavutamiseni ja edasi vastavalt vajadusele. <i>Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i>
----	---	---

41		Alkoholitarvitamise häirega patsiendil vaadake raviefekti puudumisel raviplaan üle ja vajadusel muutke seda. <i>Praktiline soovitus</i>
42		Alkoholitarvitamise häirega patsiendi aktiivse ravi või regulaarse jälgimise lõpetamise otsus langetage kaalutletult ning koostöös patsiendiga, lähtudes tema ootustest, eesmärkidest ja võimalikest tagasilanguse riskidest. <i>Praktiline soovitus</i>
43		Alkoholitarvitamise häirega patsienti julgustage tagasilanguse või selle ohu korral uuesti ravile pöörduma. <i>Praktiline soovitus</i>
44		Suure tagasilanguse riskiga alkoholitarvitamise häirega patsiendile (tugivõrgustiku puudumine, kaksikdiagnoos njne) planeerige regulaarsed kohtumised 1–3 aasta jooksul pärast aktiivse ravi lõppu. <i>Praktiline soovitus</i>


Kõige enam leidub hea kvaliteediga tõendusmaterjali medikamentoosse ravi pikkuse kohta kombinatsioonis psühhoteeraapia meetoditega. Naltreksooni kohta on leitud, et esimese 12 ravinädala jooksul vähendas naltreksoon oluliselt joomasööstu riski (RR 0,64, 95% CI 0,51–0,82), kuid ei mõjutanud olulisel määral riski hakata uuesti alkoholi tarvitama (RR 0,91, 95% CI 0,81–1,02). Kõrvaltoimete risk oli naltreksoonirühmas oluliselt suurem kui platseeborühmas füüvelduse, pearingluse ja väsimuse suhteline risk vastavalt 2,14 ((95% CI) 1,61–2,83), 2,09 ((95% CI) 1,28–3,39) ja 1,35 ((95% CI) 1,04–1,75)]. Ravi katkestanute arv ei erinenud olulisel määral naltreksooni- ja platseeborühmas (RR 0,85, 95% CI 0,72–1,01). Nendest alkoholisõltuvusega patsientidest, kes alustasid ravi naltreksooniga, katkestas 36% ravi eri põhjustel esimese 12 nädala jooksul (76). Lisaks sellele leiavad kolme juhuslikustatud kontrolluuringu autorid (129, 130, 131), et säilitamiseks raviefekti vajavad mõned patsiendid kindlasti kolmest kuust pikemat ravikuuri. Toetava sotsiaalse võrgustiku olemasolu soodustab karskuse saavutamist ja ennustab pikemat abstinentsi perioodi. Samuti mõjutab patsientide abstinentsi saavutamist nende valmisolek korduvalt abi otsida. Seda kinnitab juhuslikustatud kontrolluuring (132), kus saavutasid viieaastaselt jälgimisperioodil suurema edu karsklaseks saamisel toetava sotsiaalvõrgustikuga patsiendid ja

need, kes pöördusid tagasi, et ravi saada. Uuringu autor tõdeb, et sageli ei ole pikaajalist ravitulemust võimalik saavutada ühekordse raviepisoodiga.

Vaata 2015. aastal koostatud algse ravijuhendi tõendusmaterjali kokkuvõtet EvSu 20–21 (www.ravijuhend.ee).

Alkoholarvitamise häire ravikorraldus ja -protsessi koordineerimine

Ravijuhendi ajakohastamisel avas töörühm mõlemad alkoholarvitamise häiret käsitleva algse ravijuhendi koostamisel 2015. aastal esitatud tervishoiukorralduslikud küsimused, et ajakohastada vajaduse korral patsiendi ravikorraldust puudutavad soovitused. Nii ongi kõigi järgnevate nn tervishoiukorralduslike soovituste juures märges [\[AJAKOHASTATUD 2020\]](#), kuigi ükski neist soovitusel sisuliselt ei muutunud. Küll on aga ajakohastatud soovituste selgitusi.

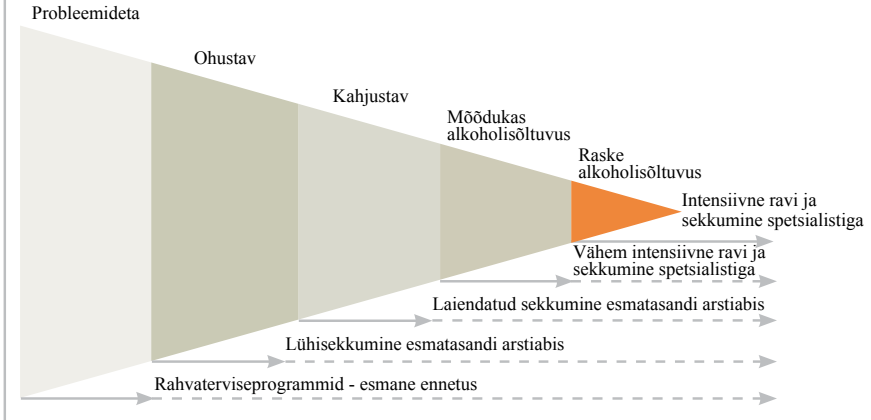
45		Alkoholarvitamise häirega patsiendi ravi korraldamisel kasutage astmelise ravi mudelit. <i>Tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i> [AJAKOHASTATUD 2020]
----	---	---

Alkoholarvitamise häiret käsitlevast algsest ravijuhendist pärineb alkoholiprobleemide rahvastikus jaotumise ja asjakohaste sekkumiste ehk astmelise ravi mudel, mis tugineb Ühendkuningriigi alkoholiravi mudelile MoCAM (ingl *Models of Care for Alcohol Misusers*) (133) ja Raisticki 2006. aasta ülevaatele (57). MoCAM kirjeldab nelja raviastet ja nende astmete sekkumisi. Kaks esimest raviastet hõlmavad esmatasandi arstiabi ning kolmas ja neljas aste eriarstiabi (vt joonis 1).

ALKOHOLIPROBLEEMI TÕSIDUS JA SEKKUMISED

Raistrick et al., 2006

Sekkumised alkoholi probleemi korral



Joonis 1. Alkoholi probleemi tõsidus ja sekkumised


Joonisel 1 on näha, et enamikul inimestest alkoholi probleeme ei ole, samas tarvitab teatud osa inimestest alkoholi ohustaval määral, kuid märkimisväärset alkoholist põhjustatud kahju ei ole neil veel ilmnunud. Järgmine osa rahvastikust on alkoholi kuritarvitajad, kes tarvitavad alkoholi määral, millega kaasnevad füüsilised või psüühilised kahjustused, kuid mitte sõltuvus. Vähem esineb rahvastikus mõõdukat ja rasket alkoholisõltuvust, mida iseloomustavad näiteks joomissund ja võõrutussümptomid. Olenevalt alkoholi probleemi raskusastmest rakendatakse alkoholi tarvitamise häire raviks eri intensiivsusega sekkumisi kas ambulatoorses või statsionaarses arstiabis.

Alkoholi tarvitamise häire ambulatoorne ravi on eelistatud raviviis enamiku alkoholi tarvitamise häirega patsientide puhul, kuna see võimaldab muuta patsiendi alkoholi tarvitamist tavapärasel keskkonnas ja on kulutõhusam. Alkoholi mittekomplitseeritud kuritarvitamist ja kerget alkoholisõltuvust võib ravida esmatasandil, rakendades vähem intensiivseid psühhosotsiaalseid sekkumisi ja vajaduse korral farmakoteraapiat. Kaasuvate psüühikahäiretega ja mõõduka või raske alkoholisõltuvusega patsiente ravitakse psühhiaatrilises eriarstiabis (sõltuvusravikeskuses), kus tehakse lisaks kliinilisele hindamisele täielik hindamine. Täieliku hindamise eesmärk on täpsustada probleemi

olemuse, patsiendi vajadusi, koostöövõimet ja riske ning korrigeerida selle põhjal raviplaani. Täieliku hindamise käigus võib ilmneda vajadus ravida sõltuvushäiret statsionaarselt (vt tabel 12) või suunata patsient sõltuvushäirele orienteeritud rehabilitatsiooniteenusele. Patsiendi pikaajaline alkoholisõltuvus ja probleemide mitmekesisus viitab sellele, et ta vajab struktureeritud ja intensiivseid psühhosotsiaalseid ja farmakoloogilisi sekkumisi, millesse tuleb kaasata spetsialistid (vt ka juhtumikorraldust).

Alkoholi liigtarvitava patsiendi käsitlus on esitatud algoritmina ravijuhendi lisas 6.

Vaata 2015. aastal koostatud algse ravijuhendi tõendusmaterjali kokkuvõtet EvSu 22 (www.ravijuhend.ee).

46		<p>Ohustavalt alkoholi tarvitavat ja alkoholitavitamise häirega patsienti märgake kõikides arstiabietappides. Esmatasandi arstiabis sõeluge, teostage lühinõustamine ja vajaduse korral alustage alkoholitavitamise häire ravi.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i> [AJAKOHASTATUD 2020]</p>
----	---	---

Alkoholi liigtarvitamise sõelumiseks sobib kasutada kümne küsimusega AUDIT-testi (vt ravijuhendi soovitus nr 5 ja lisa 1). Testitulemuse põhjal saab otsustada edasise sekkumise vajaduse olenevalt sellest, kas tegemist on ohustava tarvitamise, kuritarvitamisega (tervist kahjustav tarvitamine) või on kahtlus alkoholisõltuvusele. Erakorralise meditsiini osakondades, kus ajaressurs on sageli piiratud, sobib kasutada AUDIT-testi lühendatud versiooni AUDIT-C, mis koosneb AUDIT-testi kolmest esimesest küsimusest (vt ravijuhendi soovitus nr 6).

Ohustava alkoholitavitamise (AUDIT-testi skoor 8–15) korral rakendatakse lühinõustamist. Nõustaja peaks olema perearst, -õde või selleks väljaõppinud spetsialist (nt tervisekeskuses töötav vaimse tervise õde).

Alkoholi kuritarvitamise (AUDIT-testi skoor 16–19) või alkoholisõltuvuse kahtluse (AUDIT-testi skoor ≥ 20) korral tuleb teha kliiniline intervjuu, mille käigus hinnatakse järgmiseid aspekte:

- erakorraliste sekkumiste vajadus (akuutne trauma, akuutne kehaline haigus või akuutne psüühikahäire);
- patsiendi ohtlikkus enesele või teistele (sh lastele);

- millist sekkumist patsient vajab (vajaduse korral suunatakse ta sinna, kus teenust osutatakse);
- kommunikatsiooni tõhusus patsiendi raviga seotud osapoolte vahel;
- edasise põhjaliku hindamise, sh psühhiaatrilise suunamise vajadus;
- patsiendi edasise jälgimise vajadus (vajaduse korral pannakse paika selle korraldus).

Lisaks täpsustatakse hindamise käigus

- alkoholarvitamise muster;
- tüüpiline joomine, koht, regulaarsus;
- tarvitatud alkoholiühikud tüüpilise joomispäeva jooksul;
- alkoholisõltuvuse ilmingud;
- alkoholiga seotud sotsiaalsed ja kriminaalsed probleemid;
- kaasuvad kehalised haigused ja psüühikahäired;
- valmidus muutuseks.

Programm „Kainem ja tervem Eesti“

Eestis on alates 2014. aastast Euroopa Liidu Euroopa Sotsiaalfondi toel ja Tervise Arengu Instituudi (TAI) eestvõttel käimas programm „Kainem ja tervem Eesti“, mis kestab ravijuhendi ajakohastamise ajal teadaolevatel andmetel 2021. aasta lõpuni. Täpsema info programmi kohta leiate TAI veebilehelt <https://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/alkohol/kainem-ja-tervem-estti/aravi>.

Programmi „Kainem ja tervem Eesti“ raames osutatakse **esmatasandil alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja lühisekkumise (ALVAL) teenust**.

ALVAL-teenuse osutajad (TAI partneriks olevad perearstikeskused ja -praksised) on esitatud TAI veebilehel <https://www.tai.ee/et/kainem-ja-tervem-estti/partnerid>. ALVAL-teenuse osutamiseks peab tervishoiutöötaja läbima kahepäevase koolituse. Kokkuvõtlikult sisaldab ALVAL-teenus alkoholi liigtarvitavate patsientide väljasõelumist, seejärel neile tehtavat lühisekkumist ning mõne aja pärast korduvat hindamist.


Kui AUDIT-testi põhjal selgub, et patsient tarvitab alkoholi madala riski piires (skoor 0–7), antakse talle testi tulemuste põhjal tagasisidet. Liigtarvitamisele viitava tulemuse (skoor 8 ja enam) saanud patsientidele tehakse lühisekkumine, mis on motiveeriv ja kindla struktuuriga vestlus tervishoiutöötaja ning patsiendi vahel. Lühisekkumise käigus antakse tagasiside testi tulemustele ja vajaduse korral motiveeritakse patsienti vähendama alkoholikoguseid ja/või alustama

alkoholitarvitamise häire ravi. Kui vaja, hinnatakse lühisekkumist saanud AUDIT-testiga korduvalt. Lühisekkumise mõju kestab hinnanguliselt kuni neli aastat, kuid on teada, et juba esimesel aastal hakkab sekkumise mõju vähenema, mistõttu soovitatakse kordustestimist ja korduvat lühisekkumist ühe aasta möödudes.


ALVAL-teenuse osutajale on lühisekkumiseks valmistumisel ja selle tegemisel abiks järgmised TAI koostatud kirjalikud materjalid: „Lühisekkumine alkoholi liigtarvitamisse. Töölehed“ (134), „Alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine ja lühisekkumine. Abimaterjal perearstile ja pereõele“ (TAI 2018) ning „Lühisekkumise etapid“ (135).

* * *

Järgnevad alkoholitarvitamise häirega patsiendi ravikorraldust puudutavad nõuanded on suunatud esmatasandile, sh nii ALVAL-teenuse osutajatele kui ka kõigile teistele tervishoiutöötajatele.

47		<p>Alkoholitarvitamise häirega patsient, kellel esmatasandi arstiabis teostatud sekkumised ei anna soovitud tulemust, suunake psühhiaatri e-konsultatsioonile.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i> [AJAKOHASTATUD 2020]</p>
----	---	--

Siinkohal on sekkumiste all silmas peetud kõiki alkoholitarvitamise häirega patsiendi ravis kasutatavaid sekkumisi, mida käsitletakse ravijuhendi soovitusel 14–32. Kui need ei anna soovitud tulemusi, on näidustatud patsiendi suunamine psühhiaatri juurde. Kiireim võimalus on e-konsultatsioon, mis annab psühhiaatrile mh võimaluse perearsti e-vormis nõustada või keerulisema juhu välja selekteerida ja patsiendi kiirkorras kontaktvastuvõtule kutsuda.

48		<p>Alkoholitarvitamisest tekkinud mittekomplitseeritud võõrutusseisundiga patsienti ravige ambulatoorselt.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i> [AJAKOHASTATUD 2020]</p>
----	---	--

Programmi „Tervem ja kainem Eesti“ raames osutatav alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja lühisekkumise (ALVAL) teenus ei hõlma võõrutusseisundiga

tegelemist. Samuti ei osuta ALVAL-teenust sugugi mitte kõik perearstikeskused/-praksised Eestis.

Töörühm soovis võõrutusseisundi ravi puhul ära märkida, et nn kergematel juhtudel ehk mittetüsistunud võõrutusseisundi korral on perearstil abi andmiseks peaaegu samasugused võimalused nagu ambulatoorses psühhiaatrilises abis. Seetõttu ei ole patsiendi teise eriala spetsialisti juurde suunamine mittetüsistunud võõrutusseisundi korral näidustatud.

2015. aastal koostatud alkoholitarvitamise häirega patsiendi ravi käsitlevas juhendis olid kokkuvõtlikult esitatud patsiendi statsionaarsele ravile suunamise näidustused, mis on nüüd esitatud ka ajakohastatud ravijuhendis (vt tabel 12).

Tabel 12. Hospitaliseerimine on näidustatud järgmistel juhtudel (APA 2006):

- esineb suur risk raskeks võõrutusseisundiks;
- esineb kaasuv kehaline haigus, mis võib komplitseerida ambulatoorset võõrutusravi;
- varem on vähem intensiivsed raviviisid ebaõnnestunud (nt ambulatoorne ravi);
- esineb kaasuv psüühikahäire, mis halvendaks oluliselt alkoravis osalemist, või haiglaravi vajav psüühikahäire (psühhoos, depressioon suitsiidimõtetega);
- ainetarvitamisega kaasub otsene oht enesele või teistele;
- vähem intensiivsetele ravisekkumistele ei ole ravivastust või head ravisoostumust ja esineb tugev sõltuvus, mis kahjustab teiste füüsilist või vaimset tervist.

49




Tüsistunud alkoholi võõrutusseisundiga (alkoholideliirium, võõrutuskrambid) patsient suunake statsionaarseks raviks erakorralise meditsiini osakonda, pärast statsionaarset ravi motiveerige teda kohe jätkama tagasilangust ennetava raviga.

Praktiline soovitus

[AJAKOHASTATUD 2020]


Eestis on tavapärane praktika, et tüsistunud alkoholi võõrutusseisundis patsiendi nn kehalised võõrutusnähtud kupeeritakse erakorralise meditsiini osakonnas (EMO-s) ja seejärel suunatakse patsient sageli statsionaarsele psühhiaatrilisele

ravile. Üldjuhul soovitatakse patsiendil statsionaarselt ravilt lahkumisel liituda programmiga „Kainem ja tervem Eesti“, kuid statsionaarse abi andja liitumist hiljem ei kontrolli. Seetõttu soovis töörühm rõhutada, et perearst ja/või -õde, kes võib patsiendiga mõne aja pärast mistahes terviseprobleemi või -küsimuse pärast kohtuda, motiveeriks alkoholarvitamise häirega patsienti kas alustama või jätkama tagasilangust ennetavat ravi.

50		<p>Alkoholisõltuvuseravi vajav patsient, kellel kahtlustate kaasuvat komplitseeritud psüühikahäiret, suunake diagnostikaks ja ravi alustamiseks statsionaarsesse psühhiaatriaosakonda valvepsühhiaatri juurde või psühhiaatri e-konsultatsioonile.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i> [AJAKOHASTATUD 2020]</p>
----	---	--

Töörühm märkis ära, et teatud juhtudel (nt suure suitsiidiriski korral) peaks patsient võimalikult kiiresti saama psühhiaatrilist abi. Praktikast saab sellisel juhul suunata patsiendi raviasutusse, kus on psühhiaatriaosakond valvearstiga.

Muude mitte nii kiiret tegutsemist nõudvate psüühikahäirete (nt anoreksia vm söömishäire) korral piisab patsiendi suunamisest psühhiaatri e-konsultatsioonile, mis annab psühhiaatrilisele mh võimaluse perearsti e-vormis nõustada või keerulisema juhu välja selekteerida ja patsiendi kiirkorras kontaktvastuvõtule kutsuda.

51		<p>Alkoholarvitamise häirega patsient suunake vajaduse korral sõltuvushäirele spetsialiseerunud üksusesse, kus osutatakse alkoholarvitamise häire raviks vajalikke tervishoiuteenuseid ja korraldatakse rehabilitatsiooniteenuseid.</p> <p><i>Praktiline soovitus</i> [AJAKOHASTATUD 2020]</p>
----	--	---

Programmi „Kainem ja tervem Eesti“ raames **osutavad alkoholarvitamise häire raviteenust spetsialiseeritud üksused** (raviasutused). Raviteenus osutajate loetelu leiate Tervise Arengu Instituudi (TAI) veebilehelt <https://www.tai.ee/et/kainem-ja-tervem-estti/partnerid>). Alkoholarvitamise häire raviteenus on patsiendile spetsialiseeritud üksuses tasuta, seda ka juhul, kui tal puudub ravikindlustus.

Igas üksuses on moodustatud ravimeeskond, kuhu kuuluvad psühhiaater, õde või vaimse tervise õde, psühholoog või kliiniline psühholoog ja sotsiaaltöötaja.


Ravimeeskond komplekteeritakse raviasutuse võimekuse ja võimaluste järgi. Kui ei ole õnnestunud komplekteerida nn täismeeskonda, aidatakse patsienti vajaliku abi ja toetuse leidmisel. Spetsialiseeritud üksuses (raviasutuses) kohtub patsient esmalt vaimse tervise õega või õega, kes on õppinud häiret hindama. Ravi alustamiseks peab patsient olema kaine. Raviplaani koostamisel arvestatakse arsti määratud diagnoosi, spetsialistide soovitusi ja patsiendi eelistusi. Patsiendi motivatsioonist ja seisundist lähtudes püstitatakse ravieesmärk.

Programmi raames pakutakse teenuseid patsientidele, kes on otsustanud oma joomisharjumusi muuta koguseid oluliselt vähendades või alkoholist täielikult loobudes. Ravi alustamisel hinnatakse muuhulgas alkoholarvitamisest patsiendi tervisele tekkinud kahju ja alkoholist järsu loobumisega kaasnevate tervisehäirete riske (võõrutusseisund). Ägedatel juhtudel algab ravi võõrutussümptomite leevendamiseks, millele järgneb tagasilangust ennetav ravi. Tagasilanguse ennetamiseks kasutatakse mitmesuguseid psühhosotsiaalseid sekkumisi: nõustamine, patsiendiõpetus, psühhoteraapia, füsioteraapia, rehabiliteerivad (nt sotsiaalset toimetulekut parandavad) tegevused jm. Vajaduse korral lisatakse tagasilangust ennetav farmakoteraapia. Tavaliselt toimub ravi ambulatoorselt, raske võõrutusseisundiga patsiendid võivad vajada diagnoosi täpsustamiseks haiglaravi. Kasutatakse ka päevaravi, et parandada teenuste kättesaadavust ja säilitada patsiendi motivatsiooni.

Programmi „Kainem ja tervem Eesti“ raames alkoholarvitamise häire raviteenust osutavasse spetsialiseeritud üksusesse (raviasutusse) võib patsient pöörduda ka otse ilma perearsti suunamiseta.

Ravi protsesside koordineerimine ja juhtumikorraldus

Alkoholarvitamise häire ravi on enamasti kombineeritud ja pikaajaline, mistõttu leiti juba algses, 2015. aastal koostatud alkoholarvitamise häirega patsiendi ravi käsitlevas juhendis, et kõigi patsiendile abi pakkuvate spetsialistide tegevus (ravi) peaks olema kogu ravi (sh järeldravi) vältel koordineeritud. Praegu on Eestis alkoholarvitamise häirega patsiendi ravis esmatasandi ja spetsiaalsete (ravi) üksuste koostöös infosillaks tervise infosüsteem (TIS) ja/või patsient, kui ta kõigi osapooltega oma ravi puudutavat infot jagab.

52		<p>Alkoholitarvitamise häirega patsiendil, kellel on suur tagasilanguse risk, kaasuv psüühikahäire ja/või raskusi sotsiaalse toimetulekuga, rakendage juhtumikorralduse põhimõtet.</p> <p><i>Tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste</i> [AJAKOHASTATUD 2020]</p>
----	---	--

2015. aastal koostatud alkoholitarvitamise häirega patsiendi ravi käsitlevas algses juhendis tugineti juhtumikorraldust puudutava soovitusel andmisel alljärgnevale tõendusmaterjalile.

Juhtumikorralduslikud sekkumised on alkoholisõltuvuse puhul tõhusad (69). Juhtumikorraldus on väga oluline patsientide puhul, kel on vähe ressursse või on mõne haiguse tõttu vähene enesehooldusvõime (69). Ühes metaanalüüsis (136) leiti, et sotsiaaltöötajal on oluline roll ressursside omavahelisel ühendamisel, patsiendile lisatõe pakkumisel ja barjääride eemaldamisel, mis takistavad patsiendil ligipääsu teenustele. Juhuslikustatud kontrolluuring (137) leidis, et juhtumikorraldus aitab luua usaldusväärset sidet patsiendi ja tervishoiutöötaja vahel, kuid ei ole võrreldes medikamentoosse raviga kulutõhus meetod. Ühes juhuslikustatud kontrollitud uuringus (138) said uuritavad kas kolmeastmelise ravi (käitumise muutumise nõustamine, neli 50-minutist MET-sessiooni, suunamine kogukonna võõrutusravi asutusse) või 5-minutise nõustamise õe poolt. Kuue kuu möödudes oli alkoholitarvitamine vähenenud mõlemas rühmas. Veidi enam oli astmelise ravi rühmas vähenenud tarbitud alkoholi üldkogus ja alkoholsete jookide arv ühe tarbimiskorra kohta (vastavalt: adjusted mean difference = 145,6; 95% CI -101,7 kuni 392,9, mõju suuruse erinevus 0,23; kaalutud keskmiste erinevus 1,1, 95% CI -0,9 kuni 3,1, mõju suuruse erinevus 0,27).

Vaata 2015. aastal koostatud alge ravijuhendi tõendusmaterjali kokkuvõtet EvSu 23 (www.ravijuhend.ee).

Ravijuhendi ajakohastamisel nõustus töörühm algses juhendis antud soovitusega, pidades kõige tõhusamaks alkoholisõltuvusega patsiendi ravi koordineerimise võimaluseks juhtumikorraldaja kaasamist või ravimeeskonna tehtavat juhtumikorralduse kui meetodi rakendamist. Juhtumikorraldus on patsiendi ja juhtumikorraldaja või ravimeeskonna liikme koostöö, mille eesmärk on patsiendile individuaalse ravi planeerimine, teenustele parema ligipääsu tagamine, tulemuste

jälgimine ja hindamine ning patsiendile toe pakkumine. Juhtumikorraldus on eelkõige näidustatud neil juhtudel, kui patsiendi vajadused on mitmekülgsed.

Ravijuhendi ajakohastamise ajal (2020. aastal) on juhtumikorraldusteenust võimalik osutada spetsiaalsetes üksustes (programmi „Kainem ja tervem Eestis“ raames alkoholitarvitamise häire raviteenust osutavates raviasutustes). Juhtumikorraldus ei kuulu Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetellu. Juhtumikorralduse põhimõtteid on aga võimalik rakendada ka perearstipraksistes, eelkõige juhul, kui praksis asub tervisekeskuses, kus on tööl vaimse tervise öde.

Töörühm jäi algses ravijuhendis antud soovitusel juurde, tuues esile patsiendid, kelle ravis kindlasti juhtumikorralduse põhimõtteid rakendada. Samas ei piira soovitus juhtumikorralduse põhimõtete rakendamist ka teistel juhtudel, st kõigi alkoholitarvitamise häirega patsientide ravis.

Et rakendada juhtumikorralduse põhimõtteid ja kaasata juhtumikorraldaja võimalikult paljude alkoholitarvitamise häirega patsientide raviprotsessi, nägi ravijuhendi töörühm juhendi rakenduskavas ühe tegevusena ette **juhtumikorralduse kui tervishoiuteenuse** loomise ja lisamise Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetellu. Seeläbi soovitakse teha juhtumikorralduse teenus kättesaadavaks kõigile alkoholitarvitamise häire tõttu raviteenusele pöördunutele. Esimese sammuna juhtumikorralduse teenuse loomisel toimus TAI eestvõttel 1. oktoobril 2020 programmi „Kainem ja tervem Eestis“ raames alkoholitarvitamise häire raviteenuse osutajatega (arutelu)koosolek.

Muud abisaamise võimalused alkoholitarvitamise häirega patsiendile

Töörühm soovis ravijuhendis esitada ka muud abisaamise võimalused (sh väljaspool tervishoiusüsteemi) alkoholitarvitamise häirega patsientidele.

- (1) Alkoholitarvitamise häire raviteenuse saamiseks võib patsient pöörduda ka väljaspool spetsiaalset (ravi)üksust psühhiaatrilise abi pakkujate poole. Sellisel juhul tuleks aga enne veenduda, et teenusepakkujal on leping Eesti Haigekassaga, sest lepinguta on teenused tasulised. Haigekassa lepingupartnerid on esitatud haigekassa veebilehel <https://www.haigekassa.ee/inimesele/arsti-ja-oendusabi/haigekassa-lepingupartnerid/eriarstiabi>.
- (2) Osalemine patsiendiühenduse Anonüümsed Alkohoolikud (AA) tegevuses võib pakkuda patsiendile tuge ja täiendavat motivatsiooni nii ravi ajal kui ka pärast aktiivse raviperioodi lõppu. AA-sse võib pöörduda igaüks, kes soovib

oma alkoholisõltuvusega toimetulekuks teistelt tuge saada või ise teisi aidata. AA liikmeks olemisega ei kaasne mingeid tasusid ega makse. See ei ole tervishoiu-, sotsiaalabi- ega usuline organisatsioon, vaid toetub oma liikmete kogemusele. AA tugineb paranemisprogrammidele „Kaksteist sammu“ ja tegutseb tänu liikmete vabatahtlikele annetustele. Rohkem infot ja lähima AA koosoleku info on kättesaadav veebilehel <http://www.aaestonia.com>.

- (3) Internetipõhine tasuta eneseabiprogramm „Selge“ on mõeldud iseseisvaks kasutamiseks kõigile, kes soovivad alkoholiga seotud käitumismustreid muuta, alkoholitarvitamist vähendada või üldse lõpetada. Programmi veebileht on <https://alkoinfo.ee/et/>.
- (4) Sotsiaalkindlustusameti (SKA) ja Töötukassa kaudu võimaldatakse osalise või puuduva töövõimega ja puudega inimestele sotsiaal- ja rehabilitatsiooniteenuseid. Alkoholitarvitamise häirega patsient võib vajada tugiisikut. Tugiisikuks võib olla tema lähedane, kuid tuge on võimalik saada ka näiteks kogemusnõustajalt. Töötukassa kaudu võimaldatakse kogemusnõustaja teenust vaid osalise töövõime puhul, teenust on võimalik saada ka SKA kaudu. Kui inimene ei ole töövõimetu või puudega, pakuvad sellist tuge ka mõned kohalikud omavalitsused (KOV). Kogemusnõustamise kohta leiab infot näiteks veebilehelt <https://www.kogemuskoda.ee/>.
- (5) Sotsiaalteenuste, -toetuste ja muu abi andmist alkoholitarvitamise häirega inimesele aitab vajadusel korraldada rahvastikuregistrisse kantud elukohajärgne KOV. Abi saamiseks tuleb võtta ühendust oma elukohajärgse valla- või linnavalitsuse sotsiaaltöõspetsialistiga, kes selgitab välja, millist abi inimene vajab. Sotsiaalhoolekande seaduse alusel on KOV kohustatud osutama 13 sotsiaalteenust. Otsuse abi osutamise/mitteosutamise kohta teeb KOV. Täpsem info KOV-i osutatavate sotsiaalteenuste kohta on kättesaadav veebilehel <https://www.sm.ee/et/kohaliku-omavalitsuse-korraldatavad-sotsiaalteenused>.

Lisa 1. AUDIT-test

Kuna alkoholitarvitamine võib mõjutada Teie tervist ning teatud ravimite ja ravi tõhusust, siis on oluline esitada mõned küsimused Teie alkoholitarvitamise harjumuste kohta. Teie vastused on konfidentsiaalsed, seepärast palume vastata võimalikult ausalt. **Pange tähele, et testi küsimused nr 1–8 puudutavad alkoholitarvitamist viimase aasta jooksul.** Tõmmake sobivale vastusevariandile ring ümber.

1. Kui sageli Te tarvitate alkoholi sisaldavaid jooke?		2. Mitu ühikut Te tavaliselt korraga alkoholi jooke?	
0	Mitte kunagi	0	1–2 ühikut
1	Umbes kord kuus või harvem	1	3–4 ühikut
2	2–4 korda kuus	2	5–6 ühikut
3	2–3 korda nädalas	3	7–9 ühikut
4	4 korda nädalas või sagedamini	4	10 või rohkem
<i>Mõeldud on ka vähese alkoholisisaldusega jooke nagu siider, lahja õlu jne.</i>		1 ühik on näiteks: ½ pudelit (250 ml) 5–5,3% õlut või 1 pokaal (120 ml) 12% veini või 1 pits (40 ml) 40% kanget alkoholi 1 alkoholiühik võrdub alkohoolse joogi kogusega, mis sisaldab 10 g absoluutset alkoholi.	
3. Kui sageli olete joonud korraga 6 või enam ühikut?		4. Kui sageli on Teil viimase aasta jooksul juhtunud nii, et kui Te tarvitasite alkoholi, ei suutnud Te alkoholi tarvitamist enam peatada?	
0	Mitte kunagi	0	Mitte kordagi
1	Harvem kui kord kuus	1	Harvem kui kord kuus
2	Kord kuus	2	Kord kuus
3	Kord nädalas	3	Kord nädalas
4	Iga päev või peaaegu iga päev	4	Iga päev või peaaegu iga päev
<i>Kui küsimuste nr 2 ja 3 punktisumma on 0, võite jätkata küsimustega nr 9 ja 10.</i>			

5. Kui sageli on Teil viimase aasta jooksul jäänud alkoholarvitamise tõttu tegemata midagi, mida teilt oodati?		6. Kui sageli olete viimase aasta jooksul vajanud rohke alkoholi tarvitamise järgsel hommikul mõnd alkoholi sisaldavat jooki, et saada üle pohmellist?	
0	Mitte kordagi	0	Mitte kordagi
1	Harvem kui kord kuus	1	Harvem kui kord kuus
2	Kord kuus	2	Kord kuus
3	Kord nädalas	3	Kord nädalas
4	Iga päev või peaaegu iga päev	4	Iga päev või peaaegu iga päev
7. Kui sageli on Teid viimase aasta jooksul vaevanud pärast alkoholi tarvitamist süü- või kahjutunne?		8. Kui sageli on Teil viimase aasta jooksul juhtunud nii, et alkoholi tarvitamisele järgnenud hommikul ei mäletanud Te eelmisel öhtul toimunut?	
0	Mitte kordagi	0	Mitte kordagi
1	Harvem kui kord kuus	1	Harvem kui kord kuus
2	Kord kuus	2	Kord kuus
3	Kord nädalas	3	Kord nädalas
4	Iga päev või peaaegu iga päev	4	Iga päev või peaaegu iga päev
9. Kas Teie ise või keegi teine on saanud Teie alkoholarvitamise tõttu vigastada?		10. Kas mõni Teie lähedane, sõber, arst või keegi muu on olnud mures Teie alkoholarvitamise pärast või on soovitanud Teil alkoholarvitamist vähendada?	
0	Ei	0	Ei
2	On, aga mitte viimase aasta jooksul	2	On, aga mitte viimase aasta jooksul
4	Jah, on viimase aasta jooksul	4	Jah, on viimase aasta jooksul

Testi tegemise kuupäev _____

Patsiendi nimi

Punktisumma kokku

Lisa 2. CIWA-Ar test

Alkoholivõõrutuse raskusastme hindamise skaala Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised (CIWA-Ar)

Patsient: _____ Kuupäev: _____ Kellaeg: _____
(kuupäev/kuu/aasta) (24-tunnine kell, kesköö = 00.00)

Pulss või südame löögisagedus (minutis): _____ Vererõhk: _____

IIVELDUS JA OKSENDAMINE – Küsi: „Kas Te tunnete iiveldust? Kas Te olete oksendanud?“ Vaatle.

- 0 Iiveldust ega oksendamist ei esine
- 1 Kerge iiveldus, oksendamist ei esine
- 2
- 3
- 4 Vahelduv iiveldus, öökimine
- 5
- 6
- 7 Pidev iiveldus, sagedane öökimine ja oksendamine

TREEMOR – Käed ette sirutatud ja sõrmed harali. Vaatle.

- 0 Treemorit ei esine
- 1 Nähtavat treemorit ei esine, kuid sõrmeotsi vastastikku asetades on tunda
- 2
- 3
- 4 Mõõdukas, kui patsiendi käed on ette sirutatud
- 5
- 6
- 7 Tugev, isegi siis, kui käed ei ole ette sirutatud

HIGISTAMINE – Vaatle.

- 0 Ei esine nähtavat higistamist
- 1 Vaevu märgatav higistamine, peopesad on niisked
- 2
- 3
- 4 Otsmikul märgatavad higiipiisad
- 5
- 6
- 7 Tugev higistamine

ÄREVUS – Küsi: „Kas Te tunnete end ärevana või rahutuna?“ Vaatle.

- 0 Ärevust ei ole, rahulik
- 1 Kergelt ärev
- 2
- 3
- 4 Mõõdukalt ärev või pinges
- 5
- 6
- 7 Ärevus on võrreldav ägeda paanikaseisundiga, mida võib täheldada ägeda deliiriumi või skisofreenia korral

PUUTETAJU HÄIRED – Küsi: „Kas Te tunnete sügelust, torkimist, kõrvetust, tuimust, putukaid roomamas Teie nahal või naha all?“ Vaatle.

- 0 Ei esine
- 1 Väga kerge sügelus, torkimine, kõrvetus või tuimus
- 2 Kerge sügelus, torkimine, kõrvetus või tuimus
- 3 Mõõdukas sügelus, torkimine, kõrvetus või tuimus
- 4 Mõõdukalt väljendunud hallutsinatsioonid
- 5 Tugevasti väljendunud hallutsinatsioonid
- 6 Väga tugevasti väljendunud hallutsinatsioonid
- 7 Pidevad hallutsinatsioonid

KUULMISTAJU HÄIRED – Küsi: „Kas Te olete tavapärasest tundlikum helide suhtes enda ümber? Kas need on häirivad? Kas need hirmutavad Teid? Kas Te kuulete midagi, mis Teid häirib? Kas Te kuulete asju, millest teate, et neid tegelikult siin pole?“ Vaatle.

- 0 Ei esine
- 1 Väga kergelt häirivad või hirmutavad
- 2 Kergelt häirivad või hirmutavad
- 3 Mõõdukalt häirivad või hirmutavad
- 4 Mõõdukalt väljendunud hallutsinatsioonid
- 5 Tugevasti väljendunud hallutsinatsioonid
- 6 Väga tugevasti väljendunud hallutsinatsioonid
- 7 Pidevad hallutsinatsioonid

NÄGEMISTAJU HÄIRED – Küsi: „Kas valgus tundub liiga ere? Kas selle värvus on tavalisest erinev? Kas see on silmadele valus? Kas Te näete midagi, mis Teid häirib? Kas Te näete asju, millest teate, et neid tegelikult siin pole?“ Vaatle.

- 0 Ei esine
- 1 Väga kerge tundlikkus
- 2 Kerge tundlikkus
- 3 Mõõdukas tundlikkus
- 4 Mõõdukalt väljendunud hallutsinatsioonid
- 5 Tugevasti väljendunud hallutsinatsioonid
- 6 Väga tugevasti väljendunud hallutsinatsioonid
- 7 Pidevad hallutsinatsioonid

PEAVALU, SURVETUNNE PEAS – Küsi: „Kas tunne peas on tavalisest erinev? Kas Teile tundub, nagu oleks Teil pea ümber võru? Kas te tunnete peavalu?“ Ära võta arvesse pearinglust või pööratust. Hinda tugevust.

- 0 Ei esine
- 1 Väga kerge
- 2 Kerge
- 3 Mõõdukas
- 4 Mõõdukalt tugev
- 5 Tugev
- 6 Väga tugev
- 7 Äärmiselt tugev

RAHUTUS – Vaatle.

- 0 Tavapärase aktiivsus
- 1 Tavapärasest mõnevõrra suurem aktiivsus
- 2
- 3
- 4 Mõõdukalt püsimatut ja rahutu
- 5
- 6
- 7 Enamiku intervjuu ajast kõnnib edasi-tagasi, või rabeleb pidevalt ringi

ORIENTATSIOON JA TEADVUSE HÄGUNEMINE – Küsi: „Mis päev täna on? Kus Te olete? Kes mina olen?“

- 0 Orienteeritud ja suudab teha järjestikuseid liitmistehteid
- 1 Ei suuda teha järjestikuseid liitmistehteid või on kuupäevast ebakindel
- 2 Eksib kuupäevaga kuni 2 kalendripäeva
- 3 Eksib kuupäevaga enam kui 2 kalendripäeva
- 4 Desorienteeritud kohas või isikus

CIWA-Ar-i koguskoor _____
Hindaja initsiaalid _____
Testi maksimumskoor 67

CIWA-Ar ei ole autoriõigustega kaitstud ning seda võib vabalt paljundada. Võõrutussümptomite hinnang CIWA-Ar-i abil võtab umbes 5 minutit. Testi maksimaalne skoor on 67 punkti (vt skaalat). Patsiendid, kelle skoor on alla kümne punkti, ei vaja tavaliselt võõrutuse tõttu täiendavaid ravimeid.

Alkoholivõõrutussündroomi raskusastme hindamise skaala CIWA-Ar on Eestis kasutamiseks kohandanud (tõlkinud ja valideerinud) Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikum.

Sullivan, J. T.; Sykora, K.; Schneiderman, J.; Naranjo, C. A.; Sellers, E. M. Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (**CIWA-Ar**). *British Journal of Addiction* 84:1353–1357, 1989.



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti
tuleviku heaks



Tervise
Arengu
Instituut

Lisa 3. Superviseeritud disulfiraamravi nõusolekuvorm

Selle ravilepinguga, mina.....
..... (ees- ja perekonnanimi), järgin arsti soovitusi
oma alkoholisõltuvuse raviks ja alustan (kuupäev)
disulfiraamravi, mis kestab kuni 6 kuud.

Olen teadlik, et disulfiraamravi ajal on alkoholi tarvitamine (sealhulgas alkoholi
sisaldavad suuveed jt) keelatud.

Ravimit võetakse(sagedus) ja
ravimi annus on tabletti.

Ravimi võtmist jälgib
..... (tugiisiku* nimi).

Tean, et ravi ei või lõpetada ennetähtaegselt ilma arsti loata.

See leping on koostatud kolmes identses eksemplaris (üks eksemplar igale
osapoollele).

Koht, kuupäev: _____

Ravialune isik	Raviarst	Tugiisik
----------------	----------	----------

Kontakttelefonid:

(*Tugiisikuks võib olla usaldus- ja kontaktisik töökohast, vaimse tervise õde, pereliige jne)

Lisa 4. Alkoholitartvitamise häire ravimite tabel

Toimeaine	Sihtrühm	Olulisemad kõrvaltoimed ^a	Koostoimed teiste ravimitega	Hoiatused	Annus
Akamprosaat (pole Eestis saadaval)	Patsiendid, kelle ravieesmärk on abstinents. Kaasuva opioidi-sõltuvuse korral. Suur ravimkoormus (akamprosaadil on vähe koostoimeid teiste ravimitega)	Kõhulahtisus+++ , kõhuvalu++ , iiveldus++ , oksendamine++ , nahalööve++ , sügelus++ , impotentsus++ , libiido langus++	Koos toiduga manustamisel on bioasaadavus vähenenud. Akamprosaati võib manustada koos antidepressantidega, anksiolüütikumidega, hüpnootikumidega, sedatiivsete ainetega ja mitte-opioidsete valuvaigistitega.	Vastunäidustatud raske neerupuudulikkuse korral. Raske maksapuudulikkuse kohta andmed puuduvad. Raseduse korral tohib kasutada ainult siis, kui oodatav kasu kaalub üles võimalikud riskid. Imetamise korral on kasutamine vastunäidustatud.	> 60 kg 666 mg x 3 < 60 kg 666 mg (hommikul) + 333 mg (lõunal) + 333 mg (õhtul)
Disulfiraam	Patsiendid, kes on motiveeritud ja kelle ravieesmärk on abstinents Patsiendid, kes on suutelised aru saama tagajärgedest, mis tekivad ravimi kooskasutamisel alkoholiga. Patsiendid, kelle ravimi võtmist on võimalik jälgida. Kaasuv kokaiini kuritarvitamine	Depressioon, maania, libiido langus, entsefalopaatia, <i>n. opticus</i> neuriiit, iiveldus, oksendamine, maksaraku kahjustus, allergiline dermatiit, nõrkus, halitosis. Disulfiraami-alkoholi reaktsioon: sümptomid tekivad 15 minutit põhjuseks atseetaldehüüdi kuhjumine. Näo ja kaela punetus, kehatemperatuuri tõus, higistamine, iiveldus, oksendamine, sügelus, ärevus, uimasus, peavalu, hägune nägemine, düspnoe, hüperventilatsioon, tahhükardia, hüpotensioon, rindkere valu, QT- aja pikenedamine, ST-depressioonid, arütmia, hingamise pärssumine, kooma, krambid	Disulfiraami-alkoholi interaktsioonid võivad soodustada amitriptüliin, kloorpromasiin. Disulfiraam inhibeerib bensodiasepiinide (kloordiasepoksiid, diasepaam) metabolismi ja suurendab nende sedatiivset toimet. Disulfiraam inhibeerib fenotüümi, teofüllüümi, varfariini, petidiini ja morfiini metabolismi.	Vastunäidustatud südamepuudulikkuse, südame pärgarterite kahjustuse ja hüpertensiooni esinemisel, isikusehäirete, psühhoosi ja suitsiidiriski korral ning samaaegsel alkoholitarvitamisel Ettevaatusega tuleb manustada neeru- ja maksapuudulikkuse korral, hingamisteedehaiguste, diabeedi, hüpotüreoidismi ja epilepsia esinemisel. 1. trimestril on disulfiraam vastunäidustatud. 2. ja 3. trimestril tohib kasutada ainult siis, kui oodatav kasu kaalub üles võimalikud riskid. Imetamise korral on kasutamine vastunäidustatud.	Esimesel päeval 800 mg Teisel päeval 600 mg Kolmandal päeval 400 mg Neljandal ja viiendal päeval 200 mg Edasi 200 mg (või 100 mg) päevas

Naltreksoon	<p>Motiveeritud patsiendid</p> <p>Patsiendid, kes ei kasuta opioide Tugeva alkoholitungiga patsiendid</p>	<p>Närvilisus+++ , unetus+++ , ärevus+++ , peavalu+++ , unehäired+++ , kõhuvalu+++ , iiveldus+++ , liigesevalu+++ , asteemia+++ , pearinglus+++ , tahükardia++ , valu rinnus++ , kõhulahtisus või kõhukinnisus++ , lööve++ , söögitsi langus++ , ejakulatsioonihäired++ , suu herpes+ , hallutsinatsioonid+ , depressioon+ , treemor+ , hägune nägemine+ , vererõhu kõikumised+ , maksakahjustus ja hepatiit+.</p>	<p>Samaaegne kasutamine ei ole soovitatav: opioidi derivaadid, isentraalse toimega hüpertensiooni vastased ained (nt alfa- metüüldopa).</p> <p>Samaaegsel kasutamisel tuleb olla ettevaatlik: barbituraadid, bensodiasepiinid</p>	<p>Vastunäidustatud raske neeru- ja maksapuudulikkuse ning ägeda hepatiidi korral. Pärast ravi naltreksooniga võib patsientide tundlikkus opioide sisaldavate ravimite suhtes olla suurem Raseduse korral tohib kasutada ainult siis, kui oodatav kasu kaalub üles võimalikud riskid. Imetamise korral pole soovitatav kasutada.</p>	<p>Algannus 2,5 mg/ päevas Säilitusannus 50 mg/päevas</p>
Süstiv naltreksoon (pole Eestis saadaval)	<p>Patsiendid, kes ei ole abi saanud teistest alkoholistestest ravimitest või psühhosotsiaalsetest sekkumistest</p> <p>Halb ravirežiimist kinnipidamine</p>	<p>Närvilisus+++ , unetus+++ , ärevus+++ , peavalu+++ , unehäired+++ , kõhuvalu+++ , iiveldus+++ , liigesevalu+++ , asteemia+++ , pearinglus+++ , tahükardia++ , valu rinnus++ , kõhulahtisus või kõhukinnisus++ , lööve++ , söögitsi langus++ , ejakulatsioonihäired++ , suu herpes+ , hallutsinatsioonid+ , depressioon+ , treemor+ , hägune nägemine+ , vererõhu kõikumised+ , maksakahjustus ja hepatiit+ . Süstimiskoha reaktsioonid.</p>	<p>Uinutid, sedatiivsed antidepressandid, sedatiivsed HI antihistamiinikumid, neuroleptikumid.</p> <p>Samaaegne kasutamine ei ole soovitatav: opioidi derivaadid, isentraalse toimega hüpertensiooni vastased ained (nt alfa- metüüldopa).</p> <p>Samaaegsel kasutamisel tuleb olla ettevaatlik: barbituraadid, bensodiasepiinid, uinutid, sedatiivsed antidepressandid, sedatiivsed HI</p>	<p>Vastunäidustatud raske neeru- ja maksapuudulikkuse ning ägeda hepatiidi korral. Pärast ravi naltreksooniga võib patsientide tundlikkus opioide sisaldavate ravimite suhtes olla suurem. Raseduse korral tohib kasutada ainult siis kui oodatav kasu kaalub üles võimalikud riskid. Imetamise korral pole soovitatav kasutada.</p>	<p>380 mg lihasesiseses süstena üks kord kuus</p>

<p>Nalmefeen</p>	<p>Patsiendid, kes ei kasuta opioide Kõrge alkoholitarbimise riskitase WHO järgi (meestel 6 alkoholiannust päevas, naistel 4) Füüsiliste võõrutusnähtudeta patsiendid, kes ei vaja kohest detoksikatsiooni</p>	<p>Unetus+++; pearinglus+++; peavalu+++; iiveldus+++; unehäired++; rahutus++; libiido langus++; treemor++; paresteesia++; tahhükardia++; söögisu langus ja kehakaalu langus++; higistamine++; lihasspasmid++</p>	<p>Nalmefeeni plasmakontsentratsiooni võivad suurendada diklofenak, flukonasool. Nalmefeeni plasmakontsentratsiooni vähendavad deksametasoon, fenobarbitaal, rifampitsiin, omeprasool. Esinevad koostoimed opioiididega ja kõharavimitega, mis sisalduvad opioiidireseptorite agonistide.</p>	<p>Vastunäidustatud raske neeru- ja maksapuudulikkuse korral. Raseduse ja imetamise ajal pole soovitatav kasutada, kuna piisavad andmed puuduvad.</p>	<p>Regulaarselt 18 mg/päevas või vajaduse järgi, kui tekib oht alkoholi tarvitamiseks</p>
-------------------------	--	--	---	---	---

a)

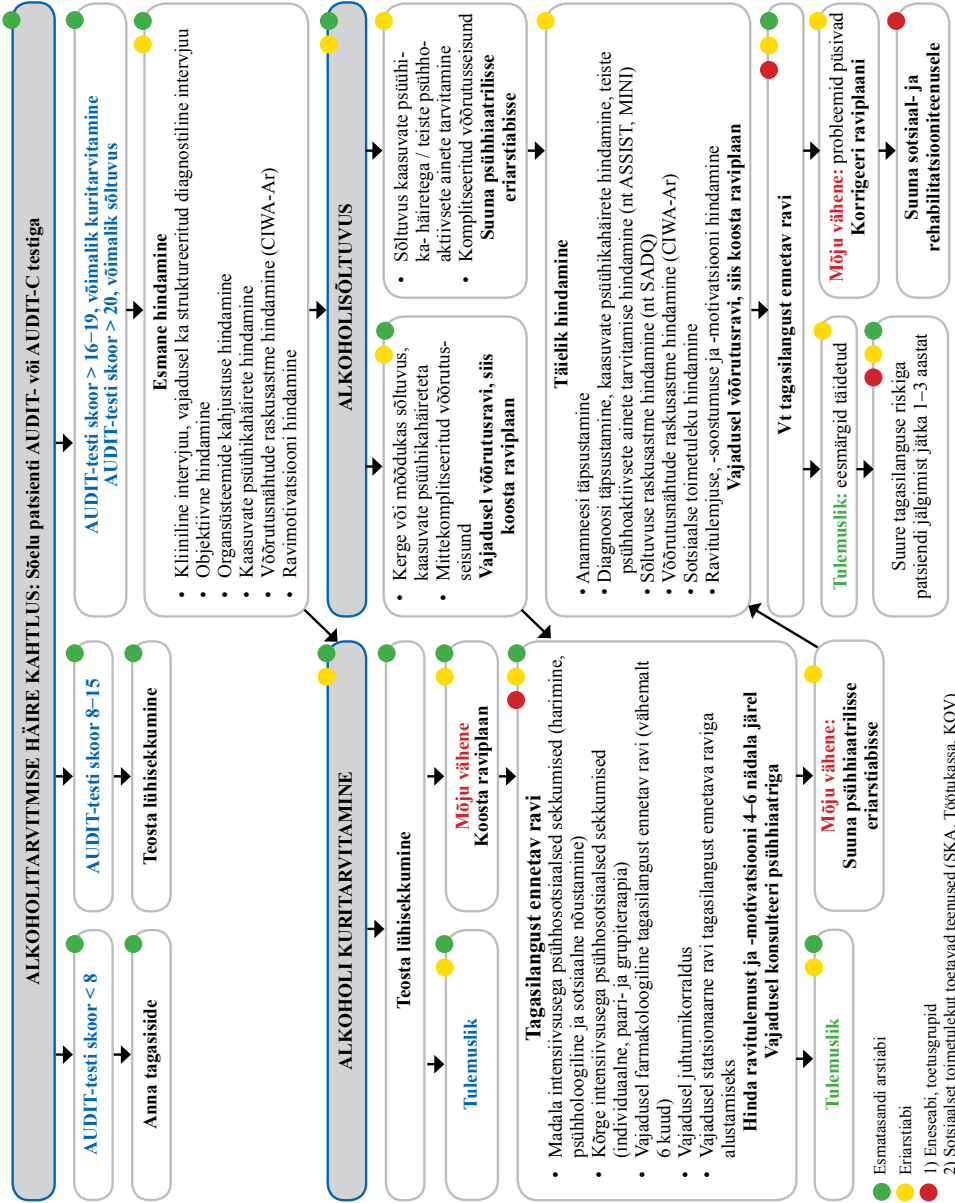
- +++ väga sage kõrvaltoime ($\geq 1/10$)
- ++ sage kõrvaltoime ($\geq 1/100$ kuni $< 1/10$)
- + aeg-ajalt esinev kõrvaltoime ($\geq 1/1000$ kuni $< 1/100$)

Lisa 5. Alkopäevik

1. nädal									
Kuupäev, nädalapäev	Kellaeg	Koht	Kellega koos	Tegevus	Hind	Tagajärg	Jook ja kogused	Tarvitatud ühikud	Planeeritud eesmärk ühikutes
K: 01.07	18.30–21.00	F-hoone	töökaastased	meelelahutus	15 €	Unistus	Kolm 0,5 l õlut (5,2%)	6 ühikut	2 ühikut
							Nädal kokku		

1 ühik (ehk 10 g absoluutset alkoholi) on näiteks: pool pudelit (250 ml) 5–5,3% õlut või üks pokaal (120 ml) 12% veini või üks pits (40 ml) 40% kanget alkoholi.

Lisa 6. Alkoholi liigtarvitava patsiendi käsitluse algoritm



Kasutatud kirjandus

1. Soyka M, Kranzler HR, Hesselbrock V, Kasper S, Mutschler J, Möller HJ & The WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Substance Use Disorders. Guidelines for biological treatment of substance use and related disorders, part 1: Alcoholism, first revision. *The World Journal of Biological Psychiatry*; 2017.
2. Working group appointed by the Finnish Medical Society Duodecim, the Finnish Society of Addiction Medicine. Treatment of Alcohol Abuse. Current Care Guideline. Helsinki: Finnish Medical Association Duodecim; 2015.
3. 2019 surveillance of alcohol-use disorders (NICE guidelines PH24 and CG115). National Institute of Care and Excellence; 2019.
4. GRADEpro GDT: GRADEpro Guideline Development Tool [Software]. McMaster University; 2020 (developed by Evidence Prime, Inc.).
5. Broholm K, Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Ghiselli A, Jones L, Martire S, Mongan D, Montonen M, Mäkelä P, Rossi L, Sarrazin D, Scafato E, Schumacher J, Steffens R. Ed-s: Montonen M, Mäkelä P, Scafato E & Gandin C on behalf of Joint Action RARHA's Work Package 5 working group. Good practice principles for low risk drinking guidelines. National Institute for Health and Welfare; 2016.
6. Pöder T. Keskkonnariski hindamine. Hindamiskäik ja ühildamine keskkonnamõju hindamisega. Keskkonnaministeerium; 2015.
- 6a. Nordic Council of Ministers (2014). Nordic Nutritional Recommendations 2012. Integrating nutrition and physical activity, 5th ed.
7. Shield KD, Gmel G, Gmel G, Mäkelä P, Probst C, Room R, Rehm J. Life-time risk of mortality due to different levels of alcohol consumption in seven European countries: implications for low-risk drinking guidelines. *Addiction*. September 2017;112(9):1535–1544.
- 7a. Tynjälä J, Kangastupa P, Laatikainen T ym. Effect of age and gender on the relationship between alcohol consumption and serum GGT: time to recalibrate goals for normal ranges. *Alcohol* 2012;47:558–62.
- 7b. Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä (2018). Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. www.kaypahoito.fi, täpsemalt <https://www.kaypahoito.fi/hoi50028>
8. Shield K, Mantney J, Rylett M, Probst C, Wettlaufer A, Parry CDH, et al. National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study. *Lancet Public Health*. January 2020;5(1):e51–e61.
9. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 22. September 2018;392(10152):1015–35.

- 9a. National Health and Medical Research Council (2020). Draft Australian Guidelines to Reduce Health Risks from Drinking Alcohol. <https://www.nhmrc.gov.au/sites/default/files/documents/attachments/draft-aus-guidelines-reduce-health-risks-alcohol.pdf> (sh teadusliku tõendusmaterjali kokkuvõtted leitavad <https://www.nhmrc.gov.au/health-advice/alcohol#download>)
- 9b. International Alliance for Responsible Drinking (IARD) (2019). Drinking guidelines: General population: <https://iard.org/science-resources/detail/drinking-guidelines-general-population/>
10. WHO. Global Status Report on Alcohol 2004. Geneva: World Health Organization; 2004.
11. Alkoholi liigtarvitava patsiendi varajane avastamine ja nõustamine perearstipraksises. Tervise Arengu Instituut ja Tartu Ülikooli polikliiniku ja peremeditsiini õppetool; 2012.
12. Kriston L, Hölzel L, Weiser A-K, Berner MM, Härter M. Meta-analysis: are 3 questions enough to detect unhealthy alcohol use? *Ann Intern Med.* 16. December 2008;149(12):879–88.
13. Jonas DE, Garbutt JC, Brown JM, Amick HR, Brownley KA, Council CL, et al. Screening, Behavioral Counseling, and Referral in Primary Care To Reduce Alcohol Misuse [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2012 [siteeritud 31. märts 2015]. Salvestatud: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99199/>
14. Rodríguez-Martos A, Santamariña E. Does the short form of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) work at a trauma emergency department? *Subst Use Misuse.* 2007;42(6):923–32.
15. Ashenden R, Silagy C, Weller D. A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Fam Pract.* April 1997;14(2):160–76.
16. Ballesteros J, Duffy JC, Querejeta I, Ariño J, González-Pinto A. Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analyses. *Alcohol Clin Exp Res.* April 2004;28(4):608–18.
17. Bertholet N, Daeppen J-B, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med.* 9. May 2005;165(9):986–95.
18. Kaner EFS, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(2):CD004148.
19. Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. *Prev Med.* May 1999;28(5):503–9.
20. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J, U.S. Preventive Services

- Task Force. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 6. April 2004;140(7):557–68.
21. Aalto M, Seppä K. Usefulness, length and content of alcohol-related discussions in primary health care: the exit poll survey. *Alcohol Alcohol.* December 2004;39(6):532–5.
 22. Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10. Kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised. Tartu Ülikool; 1999.
 23. Stockwell T, Murphy D, Hodgson R. The severity of alcohol dependence questionnaire: its use, reliability and validity. *Br J Addict.* June 1983;78(2):145–55.
 24. Shlik J, Aluoja A, Kihl E. M.I.N.I. 5.0.0 Mini Rahvusvaheline Neuropsühhiaatrilise Intervjuu, DSM-IV Eesti versioon. Tartu Ülikool, Psühhiaatria õppetool; 2002.
 25. Donovan DM, Kivlahan DR, Doyle SR, Longabaugh R, Greenfield SF. Concurrent validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and AUDIT zones in defining levels of severity among out-patients with alcohol dependence in the COMBINE study. *Addiction.* December 2006;101(12):1696–704.
 26. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, De Girolamo G, Guyer ME, Jin R, et al. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res.* 1. December 2006;15(4):167–80.
 27. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry.* 1998;59(Suppl 20):22–33.
 28. Üstün B, Compton W, Mager D, Babor T, Baiyewu O, Chatterji S, et al. WHO Study on the reliability and validity of the alcohol and drug use disorder instruments: overview of methods and results. *Drug Alcohol Depend.* 25. September 1997;47(3):161–9.
 29. Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *Br J Gen Pract.* March 2001;51(464):206–17.
 30. Salaspuro M. Carbohydrate-deficient transferrin as compared to other markers of alcoholism: a systematic review. *Alcohol.* November 1999;19(3):261–71.
 31. DiMartini A, Dew MA, Javed L, Fitzgerald MG, Jain A, Day N. Pretransplant psychiatric and medical comorbidity of alcoholic liver disease patients who received liver transplant. *Psychosomatics.* December 2004;45(6):517–23.
 32. Williams CM, Skinner AE. The cognitive effects of alcohol abuse: a controlled study. *Br J Addict.* July 1990;85(7):911–7.
 33. Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, La Vecchia C. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Prev Med.* May 2004;38(5):613–9.
-

34. Cho E, Smith-Warner SA, Ritz J, van den Brandt PA, Colditz GA, Folsom AR, et al. Alcohol intake and colorectal cancer: a pooled analysis of 8 cohort studies. *Ann Intern Med.* 20. Aprill 2004;140(8):603–13.
35. Xin X, He J, Frontini MG, Ogden LG, Motsamai OI, Whelton PK. Effects of alcohol reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension.* November 2001;38(5):1112–7.
36. Foy A, March S, Drinkwater V. Use of an objective clinical scale in the assessment and management of alcohol withdrawal in a large general hospital. *Alcohol Clin Exp Res.* June 1988;12(3):360–4.
37. Williams D, Lewis J, McBride A. A comparison of rating scales for the alcohol-withdrawal syndrome. *Alcohol and Alcoholism.* 1. March 2001;36(2):104–8.
38. Malcolm R, Myrick H, Roberts J, Wang W, Anton RF, Ballenger JC. The Effects of Carbamazepine and Lorazepam on Single versus Multiple Previous Alcohol Withdrawals in an Outpatient Randomized Trial. *Journal of General Internal Medicine.* 1. May 2002;17(5):349–55.
39. Foy A, Kay J, Taylor A. The course of alcohol withdrawal in a general hospital. *QJM.* 1. April 1997;90(4):253–61.
40. Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. *JAMA.* 9. July 1997;278(2):144–51.
41. Ntais C, Pakos E, Kyzas P, Ioannidis JPA. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(3):CD005063.
- 41a. New South Wales (NSW) Department of Health. Drug and Alcohol Psychosocial Interventions Professional Practice Guidelines. NSW Department of Health; 2008. Saadaval https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2008_009.pdf
42. Ciraulo DA, Sands BF, Shader RI. Critical review of liability for benzodiazepine abuse among alcoholics. *Am J Psychiatry.* December 1988;145(12):1501–6.
43. Busto U, Simpkins J, Sellers EM, Sisson B, Segal R. Objective determination of benzodiazepine use and abuse in alcoholics. *Br J Addict.* December 1983;78(4):429–35.
44. Humeniuk R. Alkoholi, tubaka ja sõltuvusainete tarvitamise sõeluuring (ASSIST). Esmatasandi tervishoiutõtaja käsiraamat [Internet]. Maailma Terviseorganisatsioon; 2013. Salvestatud: https://intra.tai.ee/images/prints/documents/142779204977_ASSIST_2013_Estonian.pdf
45. Gossop M, Darke S, Griffiths P, Hando J, Powis B, Hall W, et al. The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction.* May 1995;90(5):607–14.

46. Degenhardt L, Dunn M. The epidemiology of GHB and ketamine use in an Australian household survey. *Int J Drug Policy*. August 2008;19(4):311–6.
47. McCabe SE, Cranford JA, Morales M, Young A. Simultaneous and concurrent polydrug use of alcohol and prescription drugs: prevalence, correlates, and consequences. *J Stud Alcohol*. July 2006;67(4):529–37.
48. Parr JM, Kavanagh DJ, Cahill L, Mitchell G, McD Young R. Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. *Addiction*. January 2009;104(1):13–24.
49. Oude Voshaar RC, Gorgels WJM, Mol AJJ, van Balkom AJLM, Mulder J, van de Lisdonk EH, et al. Long-term outcome of two forms of randomised benzodiazepine discontinuation. *Br J Psychiatry*. February 2006;188:188–9.
50. Voshaar RCO, Gorgels WJM, Mol AJJ, van Balkom AJLM, van de Lisdonk EH, Breteler MHM, et al. Tapering off long-term benzodiazepine use with or without group cognitive-behavioural therapy: three-condition, randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. June 2003;182:498–504.
51. Oulis P, Konstantakopoulos G. Pregabalin in the treatment of alcohol and benzodiazepines dependence. *CNS Neurosci Ther*. 2010;16(1):45–50.
52. Diaper AM, Law FD, Melichar JK. Pharmacological strategies for detoxification. *Br J Clin Pharmacol*. February 2014;77(2):302–14.
53. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Alcohol-Use Disorders: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence [Internet]. Leicester (UK): British Psychological Society; 2011 [siteeritid 29. august 2015]. Salvestatud: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65487/>
54. Saitz R, Cheng DM, Winter M, Kim TW, Meli SM, Allensworth-Davies D, et al. Chronic care management for dependence on alcohol and other drugs: the AHEAD randomized trial. *JAMA*. 2013;310(11):1156–67.
55. Soyka M, Lutz W, Kauert G. Epileptic seizures and alcohol withdrawal: Significance of additional use (and misuse) of drugs and electroencephalographic findings. *J Epilepsy*. 1989;2(2):109–13.
56. Amato L, Minozzi S, Vecchi S, Davoli M. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(3):CD005063.
57. Raistrick D, Heather N, Godfrey C. Review of the Effectiveness of Treatment for Alcohol Problems. London: National Treatment Agency for Substance Misuse; 2006.
58. Project MATCH (Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity): rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcohol Clin Exp Res*. December 1993;17(6):1130–45.
59. UKATT Research Team. Effectiveness of treatment for alcohol problems: find-

- ings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ*. 10. September 2005;331(7516):541.
60. Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, Cisler RA, Couper D, Donovan DM, et al. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA*. 3. May 2006;295(17):2003–17.
 61. Mason BJ, Lehart P. The effects of current subsyndromal psychiatric symptoms or past psychopathology on alcohol dependence treatment outcomes and acamprosate efficacy. *Am J Addict*. April 2010;19(2):147–54.
 62. Koeter MWJ, van den Brink W, Lehart P. Effect of early and late compliance on the effectiveness of acamprosate in the treatment of alcohol dependence. *J Subst Abuse Treat*. October 2010;39(3):218–26.
 63. Vaillant GE. A long-term follow-up of male alcohol abuse. *Arch Gen Psychiatry*. March 1996;53(3):243–9.
 64. Heather N. Controlled Drinking, Harm Reduction and Their Roles in the Response to Alcohol-related Problems. *Addiction Research and Theory*. 2006;14(1):7–18.
 65. Miller WR, Meyers RJ, Tonigan JS. Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. *J Consult Clin Psychol*. October 1999;67(5):688–97.
 66. Hodgins DC, Leigh G, Milne R, Gerrish R. Drinking goal selection in behavioral self-management treatment of chronic alcoholics. *Addict Behav*. April 1997;22(2):247–55.
 67. Shin NY, Lim YJ, Yang CH, Kim C. Acupuncture for Alcohol Use Disorder: A Meta-Analysis. *Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*. 2017;2017:7823278.
 68. Southern C, Lloyd C, Liu J, Wang C, Zhang T, Bland M, et al. Acupuncture as an intervention to reduce alcohol dependency: a systematic review and meta-analysis. *Chinesische Medizin*. 15. December 2016;11:49.
 69. Miller WR, Wilbourne PL. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*. 2002;97(3):265–77.
 70. Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:91–111.
 71. Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol Alcohol*. June 2006;41(3):328–35.
 72. Walters GD. Behavioral Self-Control Training for Problem Drinkers: A Meta-Analysis of Randomized Control Studies. *Behav Ther*. 2000;31:135–49.
-
-

73. Powers JR, Young AF. Longitudinal analysis of alcohol consumption and health of middle-aged women in Australia. *Addiction*. March 2008;103(3):424–32.
74. Leichsenring F, Hiller W, Weissberg M, Leibing E. Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: techniques, efficacy, and indications. *Am J Psychother*. 2006;60(3):233–59.
75. Streeton C, Whelan G. Naltrexone, a relapse prevention maintenance treatment of alcohol dependence: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Alcohol Alcohol*. December 2001;36(6):544–52.
76. Srisurapanont M, Jarusuraisin N. Naltrexone for the treatment of alcoholism: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Neuropsychopharmacol*. June 2005;8(2):267–80.
77. Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Vecchi S, Srisurapanont M, Soyka M. Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(12):CD001867.
78. Gual A, Bruguera P, López-Pelayo H. Nalmefene and its use in alcohol dependence. *Drugs Today*. May 2014;50(5):347–55.
79. Mann K, Bladström A, Torup L, Gual A, van den Brink W. Extending the treatment options in alcohol dependence: a randomized controlled study of as-needed nalmefene. *Biol Psychiatry*. 15. April 2013;73(8):706–13.
80. Skinner MD, Lahmek P, Pham H, Aubin H-J. Disulfiram efficacy in the treatment of alcohol dependence: a meta-analysis. *PLoS ONE*. 2014;9(2):e87366.
81. Gowing LR. *Pharmacotherapies for relapse prevention in alcohol dependence*. Drug and Alcohol Services South Australia; 2011.
82. Wilson A, Davidson WJ, Blanchard R. Disulfiram implantation: a trial using placebo implants and two types of controls. *J Stud Alcohol*. May 1980;41(5):429–36.
83. Hernandez-Avila CA, Song C, Kuo L, Tennen H, Armeli S, Kranzler HR. Targeted versus daily naltrexone: secondary analysis of effects on average daily drinking. *Alcohol Clin Exp Res*. May 2006;30(5):860–5.
84. Kranzler HR, Tennen H, Armeli S, Chan G, Covault J, Arias A, et al. Targeted naltrexone for problem drinkers. *J Clin Psychopharmacol*. August 2009;29(4):350–7.
85. Kranzler HR, Van Kirk J. Efficacy of Naltrexone and Acamprosate for Alcoholism Treatment: A Meta-Analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 1. September 2001;25(9):1335–41.
86. Palpacuer C, Duprez R, Huneau A, Locher C, Boussageon R, Laviolle B, et al. Pharmacologically controlled drinking in the treatment of alcohol dependence or alcohol use disorders: a systematic review with direct and network metaanalyses on nalmefene, naltrexone, acamprosate, baclofen and topiramate. *Addiction*. February 2018;113(2):220–37.

87. Mann K, Torup L, Sorensen P, Gual A, Swift R, Walker B, et al. Nalmefene for the management of alcohol dependence: review on its pharmacology, mechanism of action and meta-analysis on its clinical efficacy. *European Neuropsychopharmacology*. December 2016;26(12):1941–49.
88. Donoghue K, Elzerbi C, Saunders R, Whittington C, Pilling S, Drummond C. The efficacy of acamprosate and naltrexone in the treatment of alcohol dependence, Europe versus the rest of the world: a meta-analysis. *Addiction*. June 2015;110(6):920–30.
89. Skinner MD, Lahmek P, Pham H, Aubin HJ. Disulfiram efficacy in the treatment of alcohol dependence: a metaanalysis. *PLoS One*. 10. February 2014;9(2):e87366.
90. Ulrichsen J, Nielsen MK, Ulrichsen M. Disulfiram in severe alcoholism – an open controlled study. *Nord J Psychiatry*. December 2010;64(6):356–62.
91. Niederhofer H, Staffen W. Comparison of disulfiram and placebo in treatment of alcohol dependence of adolescents. *Drug Alcohol Rev*. September 2003;22(3):295–7.
92. Fuller RK, Branche L, Brightwell DR, Derman RM, Emrick CD, et al. Disulfiram treatment of alcoholism. A Veterans Administration cooperative study. *JAMA*. 19. September 1986;256(11):1449–55.
93. Chick J, Gough K, Falkowski W, Kershaw P, Hore B, Mehta B, et al. Disulfiram Treatment of Alcoholism. *Br J Psychiatry*. July 1992;161:84–9.
94. Ling W, Weiss DG, Charuvastra VC, O'Brien CP. Use of disulfiram for alcoholics in methadone maintenance programs. A Veterans Administration Cooperative Study. *Arch Gen Psychiatry*. August 1983;40(8):851–4.
95. Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction*. December 2001;96(12):1725–42.
96. Rollnick S. Behaviour change in practice: targeting individuals. *Int J Obes Relat Metab Disord*. February 1996;20 Suppl 1:S22–6.
97. Cutler RB, Fishbain DA. Are alcoholism treatments effective? The Project MATCH data. *BMC Public Health*. 2005;5:75.
98. Callaghan RC, Taylor L, Cunningham JA. Does progressive stage transition mean getting better? A test of the Transtheoretical Model in alcoholism recovery. *Addiction*. 1. October 2007;102(10):1588–96.
99. Williams EC, Horton NJ, Samet JH, Saitz R. Do Brief Measures of Readiness to Change Predict Alcohol Consumption and Consequences in Primary Care Patients With Unhealthy Alcohol Use? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 1. March 2007;31(3):428–35.
100. West R. Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction*. August 2005;100(8):1036–9.
101. Heather N, Luce A, Peck D, Dunbar B, James I. Development of a Treatment Ver-

- sion of the Readiness to Change Questionnaire. *Addict Res Theory*. 1. January 1999;7(1):63–83.
102. Saitz R, Palfai TP, Cheng DM, Horton NJ, Freedner N, Dukes K, et al. Brief intervention for medical inpatients with unhealthy alcohol use: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 6. February 2007;146(3):167–76.
 103. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*. March 1993;88(3):315–35.
 104. Shand, F. *the Treatment of Alcohol Problems: a Review of the Evidence*. Canberra: Australian Commonwealth Department of Health and Ageing; 2003.
 105. Connors GJ, Walitzer KS, Dermen KH. Preparing clients for alcoholism treatment: Effects on treatment participation and outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002;70(5):1161–9.
 106. Baros AM, Latham PK, Moak DH, Voronin K, Anton RF. What role does measuring medication compliance play in evaluating the efficacy of naltrexone? *Alcohol Clin Exp Res*. April 2007;31(4):596–603.
 107. Davidson D, Gulliver SB, Longabaugh R, Wirtz PW, Swift R. Building better cognitive-behavioral therapy: is broad-spectrum treatment more effective than motivational-enhancement therapy for alcohol-dependent patients treated with naltrexone? *J Stud Alcohol Drugs*. March 2007;68(2):238–47.
 108. Bacchus L. Client perceptions of inpatient treatment: a qualitative account with implications for service delivery. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 1999;6:87–97.
 109. Leigh G, Ogborne AC, Cleland P. Factors associated with patient dropout from an outpatient alcoholism treatment service. *J Stud Alcohol*. July 1984;45(4):359–62.
 110. Rees DW. Health beliefs and compliance with alcoholism treatment. *J Stud Alcohol*. November 1985;46(6):517–24.
 111. Rees DW, Beech HR, Hore BD. Some factors associated with compliance in the treatment of alcoholism. *Alcohol Alcohol*. 1984;19(4):303–7.
 112. Ahles TA, Schlundt DG, Prue DM, Rychtarik RG. Impact of aftercare arrangements on the maintenance of treatment success in abusive drinkers. *Addict Behav*. 1983;8(1):53–8.
 113. Conrad KJ, Hultman CI, Pope AR, Lyons JS, Baxter WC, Daghestani AN, et al. Case managed residential care for homeless addicted veterans. Results of a true experiment. *Med Care*. January 1998;36(1):40–53.
 114. Cox GB, Walker RD, Freng SA, Short BA, Meijer L, Gilchrist L. Outcome of a controlled trial of the effectiveness of intensive case management for chronic public inebriates. *J Stud Alcohol*. September 1998;59(5):523–32.
 115. Patterson DG, Macpherson J, Brady NM. Community psychiatric nurse aftercare for alcoholics: a five-year follow-up study. *Addiction*. April 1997;92(4):459–68.
-

116. McLellan AT, Hagan TA, Levine M, Meyers K, Gould F, Bencivengo M, et al. Does clinical case management improve outpatient addiction treatment. *Drug Alcohol Depend.* 1. June 1999;55(1-2):91–103.
117. Brewer C, Meyers RJ, Johnsen J. Does disulfiram help to prevent relapse in alcohol abuse? *CNS Drugs.* 2000;5:329–41.
118. Barber JG, Gilbertson R. An experimental study of brief unilateral intervention for the partners of heavy drinkers. *Res Soc Work Pract.* 1996;6:325–36.
119. Litt MD, Kadden RM, Kabela-Cormier E, Petry N. Changing network support for drinking: initial findings from the network support project. *J Consult Clin Psychol.* August 2007;75(4):542–55.
120. Alessi SM, Hanson T, Wieners M, Petry NM. Low-cost contingency management in community clinics: delivering incentives partially in group therapy. *Exp Clin Psychopharmacol.* June 2007;15(3):293–300.
121. Ledgerwood DM, Alessi SM, Hanson T, Godley MD, Petry NM. Contingency management for attendance to group substance abuse treatment administered by clinicians in community clinics. *J Appl Behav Anal.* 2008;41(4):517–26.
122. Petry NM, Martin B, Cooney JL, Kranzler HR. Give them prizes, and they will come: contingency management for treatment of alcohol dependence. *J Consult Clin Psychol.* April 2000;68(2):250–7.
123. Petry NM, Rash CJ, Byrne S, Ashraf S, White WB. Financial reinforcers for improving medication adherence: findings from a meta-analysis. *Am J Med.* September 2012;125(9):888–96.
124. Stein B, Orlando M, Sturm R. The effect of copayments on drug and alcohol treatment following inpatient detoxification under managed care. *Psychiatr Serv.* February 2000;51(2):195–8.
125. Helander A, Carlsson AV, Borg S. Longitudinal comparison of carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyl transferase: complementary markers of excessive alcohol consumption. *Alcohol Alcohol.* January 1996;31(1):101–7.
126. Schmidt LG, Schmidt K, Dufeu P, Ohse A, Rommelspacher H, Müller C. Superiority of carbohydrate-deficient transferrin to gamma-glutamyltransferase in detecting relapse in alcoholism. *Am J Psychiatry.* January 1997;154(1):75–80.
127. Anton RF, Lieber C, Tabakoff B, CDTECT Study Group. Carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyltransferase for the detection and monitoring of alcohol use: results from a multisite study. *Alcohol Clin Exp Res.* August 2002;26(8):1215–22.
128. Kummer N, Wille S, Di Fazio V, Lambert W, Samyn N. A fully validated method for the quantification of ethyl glucuronide and ethyl sulphate in urine by UPLC-ESI-MS/MS applied in a prospective alcohol self-monitoring study. *J Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci.* 15. June 2013;929:149–54.

129. Moos RH, Moos BS. Long-term influence of duration and intensity of treatment on previously untreated individuals with alcohol use disorders. *Addiction*. March 2003;98(3):325–37.
130. O'Malley SS, Jaffe AJ, Chang G, Rode S, Schottenfeld R, Meyer RE, et al. Six-month follow-up of naltrexone and psychotherapy for alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry*. March 1996;53(3):217–24.
131. Anton RF, Moak DH, Latham PK, Waid LR, Malcolm RJ, Dias JK, et al. Posttreatment results of combining naltrexone with cognitive-behavior therapy for the treatment of alcoholism. *J Clin Psychopharmacol*. February 2001;21(1):72–7.
132. Weisner C, Ray GT, Mertens JR, Satre DD, Moore C. Short-term alcohol and drug treatment outcomes predict long-term outcome. *Drug Alcohol Depend*. 10. September 2003;71(3):281–94.
133. Health D Models of care for alcohol misusers (MoCAM) [Internet]. 2006 [tsiteeritud 28. aprill 2015]. Salvestatud: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4136806
134. Kalda R, Oona M, Rätsep A, Suija K, Tähepõld H. Lühisekkumine alkoholi liigatarvitamisse. Töölehed. Tervise Arengu Instituut; 2016.
135. Lühisekkumise etapid. Tervise Arengu Instituut; 2018.
136. Dumaine ML. Meta-analysis of interventions with co-occurring disorders of severe mental illness and substance abuse: implications for social work practice. *Research on Social Work Practice*. 2003;13(2):142–65.
137. Saleh SS, Vaughn T, Levey S, Fuortes L, Uden-Holmen T, Hall JA. Cost-effectiveness of case management in substance abuse treatment. *Research on Social Work Practice*. 2006;16(1):38–47.
138. Drummond C, Coulton S, James D, Godfrey C, Parrott S, Baxter J, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a stepped care intervention for alcohol use disorders in primary care: pilot study. *The British Journal of Psychiatry*. 1. November 2009;195(5):448–56.
139. Work Group on Substance Use Disorders, Kleber HD, Weiss RD, Anton RF, Rounsaville BJ, George TP, et al. Treatment of patients with substance use disorders, second edition. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*. August 2006;163(8 Suppl):5–82.
140. Miller WR, Zweben A, Diclemente CC, Rychtarik RG. Motivational Enhancement Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals with Alcohol Abuse and Dependence. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 1992.
141. Kidron A. Põhhoologia Põhisuunad. 3 trükk. Tallinn: Mondo; 2008.

142. Esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2009–2015. Sotsiaalministeerium; 2009. Salvestatud: https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiususteem/esmatasandi_arengukava_2009-2015.pdf.
143. Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020. Sotsiaalministeerium; 2018. Salvestatud: https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/tervishoiu_arengusuunad_2020.pdf.



9 789916 608180