Kliiniline küsimus nr 22

Kas kõiki alkoholitarvitamise häirega patsiente on efektiivne sõeluda, ravida ja rehabiliteerida üldarstiabisüsteemis vs kõigis ambulatoorsetes eriarstiabiüksustes vs kõigis päevaraviüksustes vs kõigis statsionaarses eriarstiabiüksustes vs kõigis rehabilitatsiooniprogrammides?

Töörühma soovitus:

Märgake alkoholi liigtarvitamise kahtlusega patsienti kõikides arstiabietappides. Üldarstiabis sõeluge, teostage lühinõustamine ja vajadusel alustage alkoholitarvitamise häire ravi. (praktiline soovitus)

Kui üldarstiabi sekkumised on ebapiisavad, konsulteerige psühhiaatriga ja vajadusel suunake patsient tema vastuvõtule. (praktiline soovitus)

Mittekomplitseeritud võõrutusseisundiga patsienti ravige ambulatoorselt. (praktiline soovitus)

Tüsistunud võõrutusseisundiga (alkoholideliirium, võõrutuskrambid) patsienti ravige intensiivravi võimalustega osakonnas. Motiveerige patsienti kohe pärast võõrutusseisundiravi jätkama tagasilangust ennetavat ravi. (praktiline soovitus)

Kaasuvate komplitseeritud psüühikahäirete diagnostikaks ja sõltuvusravi sissejuhatuseks rakendage psühhiaatrilist statsionaarset ravi. (praktiline soovitus)

Näidustusel suunake patsient sõltuvushäirele orienteeritud rehabilitatsiooniteenusele. (praktiline soovitus)

Patsient/sihtrühm	Alkoholitarvitamise häirega täiskasvanud patsiendid		
Sekkumine	Alkoholitarvitamise häire skriinimine, ravi ja rehabilitatsioon		
Tegur	**Otsus**	**Selgitus**	
Väga hea või keskmise kvaliteediga tõendusmaterjal (kas tõendusmaterjal on väga kvaliteetne?) *(Mida kõrgem on tõendusmaterjali kvaliteet, seda tugevam on soovitus)*	x Jah □ Ei	Töörühma soovitused põhinevad tõendus-materjalile ja kliinilisele kogemusele.	**<u>Üldarstiabisüsteem:</u>** Kõrge kvaliteediga tõendusmaterjal (24 süstemaatilist ülevaadet, milles 56 RCT-d) esineb skriinimise ja lühinõustamise kohta perearstiabis (primary care). Mõnevõrra vähem on uringuid EMO-s skriinimise ja lühinõustamise kohta. Viimased uuringud toetavad elektroonsete seadmete kasutamist alkoholi liigtarvitamise skriinimiseks EMO-s (Lotfipour 2013). Tõendusmaterjali skriinimise ja lühinõustamise kohta haiglaosakondades on vähem kuid on pigem skriinimist toetav. Cochrane süstemaatiline ülevaade

			McQueen et al., 2011, mis hõlmas 14 uuringut ja kokku 4041 patsienti. Peamiseks tulemusnäitajaks oli nädalase alkoholi tarbimise vähenemine. 6 kuul, peale lühinõustamist oli sekkumiste rühmas alkoholi tarbimine statiliselt oluliselt vähenenud võrreldes kontrollgrupiga: MD -69. 43 (95% CI -128. 14to -10. 72) ja 9.kuul MD -182. 88 (95% CI -360. 00 to -5. 76) aga efekt ei kestnud 1 aasta pärast lühinõustamist. **Ambul. eriarstiabi vs stats. eriarstiabi:** NICE 2011 süstemaatiline ülevaade, millesse kaasatud uuringute kvaliteet on mõõdukas, tõdeb, et stats. ravi ei olnud efektiivsem ambul. ravist abstinentsi säilitamisel või alkoholi koguste vähendamisel ühe joomiskorral ajal (DDD) 3.kuul peale ravi (RYCHTARIK2000A). Ka ei leitud olulist erinevust stats. ravi ja päevakeskuste vahel kui tulemusnäitajaks oli 6.kuul patsientide arv, kes suutsid vähendada alkoholi tarbimist ühe tarbimiskorral ajal alla 6 ühiku päevas (CHAPMAN1988). Üks uuring WALSH1991 leidis, et stats. ravi oli oluliselt efektiivsem tõstmaks nende inimeste arvu, kes 2. aastaks peale ravi lõppu suutsid säilitada kainust võrreldes ambul. raviga. **Rehabilitatsiooniprogram mid:**

			Rehabilitatsiooniprogrammid on näidanud efektiivsust mitmetes uuringutes (Bennett and Rigby, 1990; Gossop et al., 1999; De Leon and Jainchill, 1982). Tõendusmaterjal on limiteeritud, kuid uuringud on näidanud, et sügavamate probleemidega patsiendid saavad paremaid ravitulemusi 90 päeva või rohkem kestvast raviprogrammist (Simpson, 1997). Vähemalt 3 kuuline rehabilitatsioon annab paremaid ravitulemusi vrd lühema perioodi programmidega.(Simpson, 1997).

Kindlustunne kasude ning kahjude ja koormuse tasakaalu suhtes (kas on kindlustunne?) *Mida suurem on erinevus soovitavate ja soovimatute tagajärgede vahel ning kindlustunne selle erinevuse suhtes, seda tõenäolisem on tugev soovitus. Mida väiksem on tegelik kasu ja mida väiksem on kindlustunne selle kasu suhtes, seda tõenäolisem on tingimuslik/nõrk soovitus*	x Jah □ Ei	Esineb piisav kindlustunne selles, kui alkoholi liigtarvitava patsiendi märkamine kõigis arstiabisüstee mides toimub edukalt, siis kiireneb adekvaatse abi kättesaadavus ning haigusest tingitud kahjusid on võimalik ennetada.	Johnson et al., 2010 uuris skriinimise ja lühinõustamise juurutamise takistusi üldarstiabis. Kaasati 47 uuringu.t Patsiendid, keda kohatakse EMO-s, on tihti alkoholijoobes, ägedamas seisundis või oluliselt vigastatud, võimalik, et ka teadvusetud, teeb EMO töötajatel otsustamise, keda skriinida, keda mitte raskemaks.Seeõttu on EMO-s pigem suurem tõenäosus patsientide edasi suunamiseks spetsialisti juurde, mis aga omakorda seab ajalise lünga sekkumisele. Uuringud näitavad, et lühinõustamise rakendamist takistavateks fakotriteks on organisatoorsed, teenusepakkujapoolsed ja patsientidest tingitud põhjused. Kuigi uuringutest ilmnes, et töötajad on üldiselt

			positiivselt meelestatud tervist edendavast tööst, ei rakenda paljud perearstid skriinimist ja lühinõustamist standardsel kujul nagu ette nähtud. Patsiendid ootavad perearstidelt alkoholiprobleemide korral rohkem arutelu, kuid vähene teadlikkus alkoholiprobleemidest ja selle ravist ning hirm patsienti pahandada on tihti takistavateks faktoriteks perearstidele. Autorid leiavad et terviseedenduse kliinikud ja rutiinsed tervisekontrollid tunduvad olevat paremini aktsepteeritud alkoholiteemasid puudutama kui kindla konsultatsiivse eesmärgiga visiidid.

Kindlus või sarnasus väärtustes (kas on kindlustunne?) *Mida suurem on varieeruvus või ebakindlus patsiendi väärtuste ja eelistuste suhtes, seda tõenäolisem on tingimuslik või nõrk soovitus.*	□ Jah X Ei		Töörühm otsustas, et patsiendile pakub rohkem väärtust .... Ja vähem väärtust .... On näidatud, et patsiendid eelistavad alkohoiteemadest rääkida pigem perearsti või pereõega kui et sõltuvusravi spetsialistiga. (Johnson 2010) Kõikidest alkoravi sekkumistest on rehabilitatsioooniprogrammid patsientide poolt kõige kõrgemalt hinnatud (NTA, 2006c).
Ressursi tähendus (kas tarbitud ressursid olid väärt		Ambulatoorne ravi on	Pettinati et al., 1999 võrdles alkoholisõltuvuse

oodatavat kasu) *Mida suurem on sekkumise kulu võrreldes kaalutava alternatiiviga ja muud otsusega seotud kulud, st mida rohkem ressursse tarbitakse, seda tõenäolisem on tingimuslik/ nõrk soovitus.*	x Jah □ Ei	enamusele patsientidele sama efektiivne kui statsionaarne ravi, kuid oluliselt kulutõhusam.	statsionaarset ja ambulatoorset ravi ning leidis, et ravile allunud patsientide keskmine ravimaksumus oli statsionaarse ravi korral $9,014 ja ambul ravi korral $1,420 - suhe 6,5 : 1. NICE 2011 on kaudselt välja arvutanud rehabilitatsiooniprogrammi maksumuse 3 kuu jooksul (voluntary sector, 808 naela nädalas) on £9,696. Bray 2011 süstemaatiline ülevaade, mis uuris skriinimise ja lühinõustamise kasu tervishoiule ambul.ravi, EMO-s ja stats. patsientidel. Results: Systematic review results suggest that SBI has little to no effect on inpatient or outpatient health care utilization, but it may have a small, negative effect on ED utilization. A random effects meta-analysis using the Hedges method confirms the ED result for SBI delivered across settings (standardized mean difference ┐ 0.06, I 2 13.9%) but does not achieve statistical significance (confidence interval: ┐ 0.15, 0.03). Conclusions: SBI may reduce overall health care costs, but more studies are needed. Current evidence is inconclusive for SBI deliv-ered in ED and non-ED hospital settings. Future studies of SBI and health care utilization should report the estimated effects and vari-ance, regardless of the effect size or statistical significance.
Soovituse üldine tugevus *Mida suurem on sekkumise kulu võrreldes kaalutava alternatiiviga ja muud otsusega seotud kulud, st mida rohkem ressursse tarbitakse, seda tõenäolisem on tingimuslik/ nõrk soovitus.*	**Net benefits** = the intervention clearly does more good than harm. **Trade-offs** = there are important trade-offs between the benefits and harms. **Uncertain trade-offs** = it is not clear whether the intervention does more good than harm.		

	No net benefits = the intervention clearly does not do more good than harm.