



## **Ravijuhendi “Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitus” töörühma koosolek nr 3**

14.05.2020 kell 8.00–11.15

E-koosolek (platvormi Webex kaudu)

**Osalesid** töörühma juht Betty-Maria Märk ja liikmed Aire Klaus, Elen Kihl, Lennart Madisson, Andres Lehtmets, Mariliis Pöld, Reet Tohvre; TÜ ravijuhendite püsisekretariaadi liikmed Kaja-Triin Laisaar (sekretariaadi juht) ning Kadi Kallavus (sekretariaadi liikmed). **Ei osalenud** töörühma liige Lembi Pölder.

Koosolekul osales töörühma 8st liikmest 7 – sisuliste otsuste tegemiseks oli kvoorum koos.

Koosolekut juhatas ja protokollis Kaja-Triin Laisaar.

### **Koosoleku päevakord:**

#### **1. Huvide deklareerimine**

Huvide deklaratsioonide esitamise vajaduse kontrollimine. Võimalikke huvide konflikte juhendi koostajatel tekkinud ei ole.

#### **2. Sekretariaadi vastused töörühma 1. ja 2. koosolekul esitatud küsimustele ja ülesannetele**

Töörühmale oli koos koosoleku teemadega meili teel ette saadetud sekretariaadi vastused varasematel koosolekutel töörühmal tekkinud küsimuste ja sekretariaadile antud ülesannetele.

**2.1. RHK-10 ja tulevase RHK-11 (ehk ICD-11) ning DSM-V alkoholi tarvitamist puudutavate diagnooside jaotusest tulenevalt otsustati alge Eesti juhendi alkoholitarvitamise häire jaotust ning mõisteid mitte muuta.**

Tagasisidena sekretariaadi vastuste dokumendile tõid töörühma liikmed välja, et väljendil ‘*binge drinking*’ on valdkonnas kasutusel erinevad tõlked. Töörühm kaalus igapäevatöös, -keeles kasutusel olevaid variante, sh algses juhendis kasutatud ‘episoodiline ohustav alkoholi tarvitamine’ ning leidis, et eestikeelse vastena on kõige sobivam ‘sööstjoomine’. Olenevalt kontekstist sobib kasutamiseks ka ‘joomasööst’. Neid sõnu ajakohastatava juhendi tekstis ka vajadusel kasutatakse. Vastavat mõistet otsustati aga mitte defineerida, sest konkreetse ajaraami ja tarvitatava alkoholikoguse objektiivse määratlemise jaoks ei ole head tõendusmaterjali -- need näitajad on individuaalsed. Samas asja olemus on kõigile valdkonna spetsialistidele (sh patsientidele) selge.

Teine väljend, mille tõlget arutati, on ‘*heavy drinking*’, mille eestikeelseks vasteks on algses juhendis mõiste ‘alkoholi liigtarvitamine’ selgituses ‘tugev alkoholi tarvitamine’. Otsustati, et mõiste ‘alkoholi liigtarvitamine’ selgituses tuuakse ära küll selle alla käivad ingliskeelsed mõisted, kuid neid ei tõlgita. Juhendi tekstis ei ole praeguse seisuga ette näha selle välje ndi eestkeelse vaste kasutamise vajadust (v.a juhul, kui selgub, et olemas on ja juhendile saab lisada SADQ küsimustiku, milles see väljend sees on, eestikeelse versiooni).

**2.2. Täiskasvanuea piiri läbivaatamisel otsustas töörühm lastepsühhiaatril saadud info läbivaatamise järel, et ajakohastatavas juhendis loetakse täiskasvanuks inimene vanuses  $\geq 18$  aastat. Samas tuli ilmsiks, et Eestis on psühhiaatrias (sh alkoholitarvitamise häire käsitluses) lapse- ja täiskasvanuiga erinevalt määratletud. Töörühm leidis, et kasutusel võiks olla üks ühtne määratlus, kuid et see**

vanusepiiri küsimus [haiglaravi ja ambulatoorse vastuvõtu (psühhiaatrias), haridusseaduse ja töövõimelisuse hindamise kontekstis] vajab põhjalikku arutelu ja erinevate osapoolte/huvirühmade kaasamist, siis lisada see tegevus juhendi rakenduskavva. Selle küsimuse juurde tullakse tagasi juhendi rakenduskava koostades. Küll aga esitatab püsisekretariaat töörühmas Eesti Haigekassat esindavale Mariliis Põld'ile palve välja uurida, millised haigekassa spetsialistid võiksid sellesse arutellu kaasatud olla, milliste allüksuste tööülesannetega see teema haakub ning kas selle temaga haigekassas praegu tegeletakser või on plaanis millalgi tegelema hakata.

Töörühm leidis taas, et käesolev juhend vajaks nn jätkujuhendit ehk juhiseid noorukite alkoholitarvitamise häire käsitlemiseks. Samuti toodi välja, et sageli tarvitab patsient lisaks alkoholile ka muid aineid. Püsisekretariaadi esindaja lubas seda nn jätkujuhendi koostamise vajadust meenutada Ravijuhendite Nõukojale spetembris toimival koosolekul, mil hakatakse mõtlema 2021. aastal töösse minevate juhendite teemade valimisele.

**2.3.** Selgus, et alkoholitarvitamise häire on teistes Eesti juhendites -- unehäirete ja ärevus- ning paanikahäire teemalistes juhendites pigem vaid mainitud, mistõttu seal antud soovitusel alkoholitarvitamise häire juhendi soovitustega ei haaku. Depressiooni juhendis, mis ei ole küll GRADE-metoodika kohaselt koostatud, on alkoholitarvitamise teemal rohkem juttu ning vastavad soovitusel (haakuvus) vaadatakse üle juhendi ajakohastamise lõppfaasis, kui töörühm otsustab, kas nn avatud ja endiseks jäävate soovituste sõnastus on vaja ühtlustada.

**2.4.** Sekretariaat oli töörühma jaoks ette valmistanud ka ülevaate alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja lühisekkumise (ALVAL) teenusest, kuid seda infot kasutatakse edaspidi juhendi tervishoiukorralduslikele küsimustele vastamisel.

**2.5.** Sekretariaat oli püüdnud välja selgitada ka alkoholi, tubaka ja sõltuvusainete tarvitamise sõeluuringu (ASSIST) eestikeelse versiooni ametlikkuse – kas tõlge on väljatöötaja (WHO) hinnangul endiselt ametlik ning kas eestikeelne küsimustik on valideeritud. Töörühma koosoleku ajaks ei olnud sekretariaat WHOst veel vastust saanud.

Edaspidi on töörühmal plaanis üle vaadata ka teiste algses juhendis soovitatud küsimustike – alkoholisõltuvuse raskusastme küsimustik (SADQ), CIWA-Ar-i test ja Severity of Dependence Scale (SDS) eestikeelsete versioonide olemasolu ja ametlikkus. Juhendi koostamise lõppfaasis otsustab töörühm, kas küsimustikud, mis ei ole eestikeelsetena kättesaadavad ja ametlikud, juhendi lisadest eemaldada ja/või võtta nende eestindamine ja valideerimine plaani juhendi rakendustegevusena.

**2.6.** Püsisekretariaadi esindaja andis ülevaate juhendi ajakohastamisel tõendusmaterjali allikana kasutatavatest rahvusvahelistest juhenditest. Läbi vaadati kõik Eesti algse juhendi koostamisel kasutatud 12 ravijuhendit. Asjakohast tõendusmaterjali otsiti neist juhenditest, mida oli vahepealse aja jooksul ajakohastatud. Lühikokkuvõtte koosolekul käsitletava kliinilisele küsimusele nr 2 vastamiseks leitud tõendusmaterjalist saadeti töörühmale enne koosolekut eraldi failis ning täpsemad uuringute tulemused esitati koosoleku ajal GRADEpro tõendusmaterjali kokkuvõtte tabelis.

**2.7.** Püsisekretariaadi esindaja oli koostanud ülevaate(tabeli) teiste riikide alkoholiühikute/-annuste ning alkoholitarvitamise riskitasemete kohta. Võrdluses toodi välja Eestis ja USAs kehtivas APA 2013 ravijuhendis ning UKs kehtivas NICE 2011 ravijuhendis (mis vaadati läbi 2019 ning jäeti muutmata) ning lisaks 2014 koostatud nalmefeen-ravi puudutavas juhendis soovitatud ühikud ja riskitasemed.

Lisaks saadeti töörühmale enne koosolekut “Good practice principles for low risk drinking guidelines”, Soome *National Institute for Health and Welfare* (THL) poolt 2016 Euroopa Liidu (EL) poolt rahastatud projekti *Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm* (RARHA) raames koostatud ülevaade erinevate EL riikide alkoholiühikute ning riskipiiride võrdlus. Sellest ülevaatest

sai töörühm teada, et ehkki riike, kus riskipiir on sama/surname, on ELis veel, on paljudes riikides (sh nt naaberriigis Soomes) riskipiir (nii meestel kui naistel) kaks korda madalam.

Plaanis oli töörühma koosolekul läbi vaadata ka teadusuuringud päevase alkoholikoguse ja suremuse (alkoholi tõttu) vahelistest seostest, kuid selleni koosolekul ei jõutud, sest otsustati minna kliinilise küsimuse nr 2 käsitlese juurde.

### **3. Ravijuhendi kliinilise küsimuse nr 2 “Kas kõigile alkoholisõltuvatele patsientidele määrata tulemuslikuks raviks aversiivseid/alkoholihimu vähendavaid ravimeid 3 kuud vs 6 kuud vs 12 kuud vs 24 kuud?” käsitus**

Püsisekretariaadi esindaja oli koosolekuks ette valmistanud tõendusmaterjali kokkuvõtte ja soovituselise koostamise tabelid, mida ta koosolekul tutvustas. Tõendusmaterjali läbivaatusel selgus, et uuringuid, mis oleksid otseselt võrrelnud erineva kestusega ravi, asjakohaste ravimitega läbi viidud ei ole. Kaudse tõendusmaterjalina tulid arvesse uuringud, kus oli võrreldud erinevate ravimite kasutamist nende mittekasutamisega. Töörühm sai tugineda ravimite soovitud/soovimatu mõju andmetele vastavalt selle, kui pikalt olid uuringud kestnud – ehk siis kas 3 kuud, 6 kuud (valdav osa uuringuid) või kauem. Uuringuid, kus tulemusi oleks hinnatud erinevatel ajahetkedel (nt 3. ja 6. kuul) ning millest oleks võinud tulemustes mingi trendi kindlakstegemise korral teha järelduse, kas tulemuslikum on lühem või pikem ravi, ei leitud.

Tõendusmaterjali läbivaatusel sai selgeks, et tõendusmaterjalina kaasatud süstemaatilistes ülevaadetes ja metaanalüüsides ei olnud eraldi hinnatud disulfiraami mõju ehk disulfiraami käsitlevate uuringutega eraldi metaanalüüsi tehtud. Lepiti kokku, et järgmiseks koosolekuks lisab püsisekretariaadi esindaja tõendusmaterjali kokkuvõtte tabelisse siiski ka disulfiraami puudutavad üksikuuringud.

Eelmisel koosolekul oli töörühm tõstatanud ka küsimuse, kuidas on mujal maailmas alkoholihiimu vähendamiseks kasutusel muudesse ravimirühmadesse (kui opioidretseptorite antagonistid) kuuluvaid ravimeid. USAs (APA ravijuhendi kohaselt) on nn teise valikuna kasutusel ka topiramaat ja gabapentiin, mis Euroopas alkoholitarvitamise häirega haakuvat näidustust ei oma. Töörühm leidis, et alkoholitarvitamise häire kui mitmedimensiooniline haigus vajab kompleksset ehk mitte üksnes farmakoloogilist ravi, samas on Eestis ravimite valik piisav ning sekretariaadil nende kahe ravimi kohta tõendusmaterjali sünteesi vaja teha ei ole.

Kokkuvõttes leidis töörühm, et tõendusmaterjali, millele tuginedes peaks alguses juhendis antud soovitus nr 27 ”Tulemuslikuks raviks kasutage aversiivse toimega ravimeid või alkoholi kasutust vähendavaid opioidretseptorite antagonistide vähemalt 6 kuud” ei olnud lisandunud ning soovitus ei ole põhjust muuta.

### **4. Juhendi koostamise edasine kava**

Järgmine koosolek toimub endiselt e-vormis 4.06.2020, mil otsustatakse, mitu koosolekut ning millal veel toimuma peab.

Järgmisel koosolekul jätkatakse alkoholiühikute ja alkoholitarvitamise riskipiiride küsimusega ning käsitletakse kliinilist küsimust nr 1 „Kas kõigil alkoholi kuritarvitavatel ja alkoholisõltuvusega patsientidel kasutada abstinentsi või alkoholi tarvitamise vähendamise saavutamiseks akupunktuuri vs sugestioonravi vs platseeboefektiga ravivõtteid vs mitte kasutada?“.

Edasi, kui aega jääb, minnakse tervishoiukorralduslike küsimuste käsitlese, patsiendijuhendi ajakohastamise ning juhendi rakenduskava koostamise juurde.

