



## **Ravijuhendi “Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitus” töörühma koosolek nr 4**

04.06.2020 kell 8.00–11.00

E-koosolek (platvormi Webex kaudu)

**Osalesid** töörühma juht Betty-Maria Märk ja kõik liikmed: Aire Klaus, Elen Kihl, Lennart Madisson, Andres Lehtmet, Mariliis Põld, Lembi Põlder, Reet Tohvre; TÜ ravijuhendite püsisekretariaadi liikmed Kaja-Triin Laisaar (sekretariaadi juht) ning Kadi Kallavus (sekretariaadi liige).

Koosolekul osales töörühma 8st liikmest 8 – 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. Varasematest koosolekutest n-ö õhku jäänud teemade arutelu**

Sekretariaat andis teada, et ASSIST-küsimustiku kunagise versiooni kehtivuse kohta ei ole selle koostajalt WHOlt ikka veel vastust saadud. Sekretariaat jätkab ühenduse saamise üritamist.

#### **3. Alkoholiühiku/-annuse ning alkoholitarvitamise riskitasemete arutelu**

##### **3.1. Alkoholiühik**

Töörühm jätkas eelmisel koosolekul alanud arutelu Eestis kehtiva alkoholiühiku (10 g puhast alkoholi) muutmise/mittemuutmise vajaduse teemal. Meenutati 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 ülevaadet erinevates EL riikides kasutusel olevatest alkoholiühikutest. Ülevaatest selgus, et kõige enam on ühikuna kasutusel kas 10 g või 12 g (puhast alkoholi).

Arutelu tulemusena leidis töörühm, et kehtiva ühikuga (sh selle arvutamisega) ollakse igapäevatoos harjunud ning selle muutmiseks puudub vajadus. Samuti ei eristu Eesti olulisel määral teistest EL riikidest – sama ühik on kasutusel 10 EL riigis (sh Eesti naaberriikidest Soomes ja Lätis), lisaks jääb 10 g puhast alkoholi veel 5 riigis kasutusel oleva vahemikuna defineeritud ühiku piiridesse.

##### **3.2. Alkoholitarvitamise riskitasemed**

Töörühm jätkas eelmisel koosolekul alanud arutelu Eestis kehtiva alkoholitarvitamise riskipiiri muutmise/mittemuutmise vajaduse teemal. Meenutati 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 ülevaadet erinevates EL riikides kasutusel olevatest riskipiiridest (eraldi meestel ja naistel). Ülevaatest joonistus välja, et valdavalt jääb ELis meestel riskipiir 20–25 g ning naistel 10 g puhta alkoholi juurde päevas. Eesti naaberriikidest Läti ja Rootsi kohta andmed puuduvad, Soomes on need piirid vastavalt 20 g ja 10 g.

Algselt Eestis riskipiiride kehtestamisel 2009. aastal olid Tervise Arengu Instituudi (TAI) andmeil arutlusel ka madalamad riskipiirid, kuid tuginedes toonasele reaalsele alkoholi tarbimisele Eestis (kogus, tarvitamise “mustrid”) jäädi 40 g ja 20 g kui ambitsioonikate, samas ikkagi ka realselt saavutatavate juurde.

Lisaks vaatas töörühm üle Shield jt poolt 2017. avaldatud uuringu “*Life-time risk of mortality due to different levels of alcohol consumption in seven European countries: implications for low-risk drinking guidelines*”. Selles uuringus hinnati alkoholi tarvitamisega seotud enneaegse suremuse riski 7 võimalikult erineva alkoholi tarvitamise “mustriga” Euroopa riigis (Eesti, Soome, Saksamaa, Ungari, Iirimaa, Itaalia, Poola). Uurijad jõudsid järeldusele, et Euroopas peaks alkoholarvitamise riskipiiriks olema naistel 8–10 g ja meestel 15–20 g puhast alkoholi päevas.

Töörühm arutas põhjalikult riskipiiride alandamise plusse-miinuseid ning leidis piiride alandamisel saadavale hinnangulisele tervisekasule tuginedes lõpuks üksmeelselt, et Eestis tuleb alkoholarvitamise riskipiire alandada poole võrra – uuteks riskipiirideks on meestel 20 g puhast alkoholi (2 ühikut) ning naistel 10 g puhast alkoholi (1 ühik) päevas.

Käesoleva ravijuhendi ajakohastamise eel, kui püsisekretariaat kogus alkoholarvitamise häirega patsientidega tegelevatelt spetsialistidelt (sh algse ravijuhendi koostajatelt) infot selle kohta, millised juhendi teemad vajaksid juhendi ajakohastamisel läbivaatamist, tõusis esile alkoholarvitamise riskipiiride (vähendamise) küsimus. See viitab, et tuntakse vajadust, on olemas teatav valmisolek riskipiire korrigeerida.

Töörühm leidis aga, et riskipiiride muutmise otsus puudutab Eesti tervisemaastikul väga paljusid osapooli, keda on vaja muudatusest esimesel võimalusel informeerida, et saada neilt tagasisidet. Sekretariaadile anti ülesanne koostada infokiri, mis saadetakse Eestis tervisevaldkonnas tegutsevatele (eriala)seltsidele ja tervishoiuasutustele (nimekiri sama, mida kasutatakse kõigi ravijuhendite kohta avalikkuselt tagasiside kogumiseks) ning TAI koostööpartneritele alkoholi valdkonnas. Infokiri saadetakse välja juunis ning suvist puhkuseperioodi arvestades planeeritakse tagasiside kokkuvõtte töörühmale esitada (meili teel) augustis.

### **3.3. Alkoholivabad päevad**

Töörühm leidis, et igapäevatöös on patsiendile alkoholi tarvitamisest rääkides sageli lihtsam ajaühikuks võtta nädal. Eestis on senine soovitus nädalas vähemalt 3 päeval alkoholi üldse mitte tarvitada. Teistes riikides (nii ELs kui mujal maailmas) on soovitused alkoholi (mitte)tarvitamise kohta nädala lõikes väga heterogeensed.

Eestis selgitatakse patsiendile ühtlasi, et alkoholi nende päevade arvelt, mil alkoholi ei tarvitata (lisaks soovituslikule 3 päevale) ei saa alkoholi (koguseid) koguda – nende päevade koguseid, mil alkoholi ei tarvitatud, kokku liites ja lõpuks suure koguse tarvitamine väljub mõõduka tarvitamise piiridest ning ei ole enam kindlasti tervisele ohutu.

Töörühm leidis, et alkoholivabade päevade soovitusest ei ole Eestis põhjust loobuda või seda päevade arvu muuta. See tähendab, et mõõdukaks alkoholi tarvitamiseks loetakse nüüd uute riskipiiride korral meestel 4 x 20 g puhast alkoholi ehk 8 ühikut nädalas ning naistel 4 x 10 g puhast alkoholi ehk 4 ühikut nädalas ning püsima jääb soovitus vähemalt 3 päeval nädalas alkoholi üldse mitte tarvitada.

### **3.4. Madalamad riskipiirid vanemaealistele**

Töörühm arutas ka vanemaealistele ja teistele rahvastikurühmadele madalamate riskipiiride kehtestamist. Läbi töötatud tõendusmaterjalist sekretariaat selle kohta infot ei leidnud. Samas ilmnes, et teistes riikides püütakse kehtestada võimalikult vähe erinevaid riskipiire, et sõnum (üld)rahvastikule oleks võimalikult lihtne/selge ja seetõttu meelde jääv. Näiteks Ühendkuningriigis on vastavalt NICE 2011/2019 juhendile mõõduka alkoholarvitamise piir nii meestel kui naistel < 14 ühiku (1 ühik on 8 g puhast alkoholi) nädalas.

Arvestades eelnevat ning seda, et Eestis minnakse niikuinii üle uutele riskipiiridele, otsustas töörühm vanemaealistele vm rahvastikurühmadele hetkel teistsuguseid riskipiire mitte välja pakkuda. Selle teema juurde saab tagasi tulla tulevikus kas juhendi järgmise ajakohastamise käigus või siis, kui maailmas lisandub kaalukat teaduslikku tõendusmaterjali.

#### **4. Tervishoiukorralduslikele küsimustele vastamise kava arutelu**

Juhendi käsitlusalas on kirjas:

“1. 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?”

Mh esitatakse ülevaade Eestis praegusest (2020. a) alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitluse süsteemist, ravi- ja toetamise võimalustest. Läbi arutatakse algses juhendis esitatud patsiendi käsitluse algoritm, mis vajadusel korrigeeritakse.

Täpsustatakse vaimse tervise õe roll, meeskonnatöö printsiip (võrgustik), ravimeeskondade ja esmatasandi koostöö, üleminekud; aga ka ravimeeskondade koosseisu ja töökorralduse küsimused ning juhtumikorralduse (teenuse) teema.

2. Kas kõikide raviprotsessi koordineerimise meetodite kasutamine vs mittekasutamine on tulemuslik alkoholitarvitamise häirega patsientide ravijärgpidevuse tagamiseks?”

Sekretariaat koos töörühma juhiga arutab neid küsimusi pärast koosolekut eraldi (video)kohtumistel. Töörühma jaoks koostatakse küsimustele vastamiseks vajaliku info kokkuvõte. Tervishoiukorralduslikele küsimustele püütakse võimalikult suures osas vastused koostada elektroonselt enne järgmist töörühma koosolekut ära teha, vajadusel antakse lõplikud vastused (ülevaade, praktilised soovitused) koosoleku ajal.

#### **5. Kliinilisele küsimusele nr 1 vastamine**

Küsimus on: „Kas kõigil alkoholi kuritarvitavatel ja alkoholisõltuvusega patsientidel kasutada abstinentsi või alkoholi tarvitamise vähendamise saavutamiseks akupunktuuri vs sugestioonravi vs platseeboefektiga ravivõtteid vs mitte kasutada?“.

Eesti algses juhendis ütleb soovitus nr 18 “Tõenduspõhisuse puudumise tõttu ärge kasutage alkoholi kuritarvitamise ja sõltuvuse raviks platseeboefektiga põhinevaid ravivõtteid.”

Sekretariaadi palvel täpsustas töörühm, mida peetakse silmas platseeboefektiga ravi(võtete) all. Üheks selliseks võtteks on nn torpeedosüst, samuti on kasutusel (aju) programmeerimine ja kodeerimine. Kõik neid tegevusi võib lugeda sugestiivseteks – patsiendil kujuneb võtte rakendamise järgselt, et nüüd on n-õ asjad teisiti ja hoidub alkoholi tarvitamisest. Eestisse jõudsid need võtted nõukogude ajal idabloki maadest (Venemaalt).

Sekretariaadi esindaja andis ülevaate leitud tõendusmaterjalist, mida oli vaid akupunktuuri kohta. NICE´i ravijuhendi 2019. a tõendusmaterjali kokkuvõttes järeldati, et on mõningane tõendus, et akupunktuur vähendab alkoholihiimu, aga tõendusmaterjal on piirangutega ning vaja oleks rohkem uuringuid. Soome 2015. a ravijuhendis on kirjas, et akupunktuur ei ole abiks alkoholi võõrutusseisundi sümptomite raviks. Juhendis leitakse, et kliinilise kogemuse põhjal näib akupunktuur tõstvat patsiendi pühendumust ravile, kuid teaduskirjanduses vastav tõendusmaterjal puudub. Metaanalüüside tulemused näitavad akupunktuuri mõningast eelist kontrollrühma ees, kuid kaasatud uuringute valimid on väga väikesed ning kokkuvõttes on tõendatuse aste on madal või väga madal. Kliinilises küsimuses esitatud teiste tegevuste (platseeboefektiga ravivõtted, sugestioon) kohta ei leitud teadusuuringuid.

Teaduskirjandusest leitud allikate põhjal ei saa jätkuvalt soovitada platseeboefektiga ravivõtteid, kuid nende kasutamine on töörühma liikmete sõnul patsientide seas levinud. Kui patsient kasutab ravi toetava tegevusena mõnda platseeboefektiga ravivõtet ning kui selline kombinatsioon aitab tal alkoholitarvitamist vähendada või sellest loobuda, siis võiks mitte anda tugevat negatiivset soovitusi („ärge kasutage“). Sellest lähtuvalt otsustas töörühm muuta tugeva negatiivse soovitusena nõrgaks negatiivsest soovitusel („pigem ärge kasutage“). Sekretariaat sõnastab soovitusi ning saadab töörühma liikmetele, et see järgmisel koosolekul kinnitada. Töörühm pidas oluliseks ravijuhendis platseeboefektiga ravivõtteid mitte loetleda.

Farmakoloogilises ravis on Eestis kasutatud ka disulfiraami ja naltreksooni kapsleid, mis implanteeritakse naha alla. Nende ravimite sellisel viisil manustamine ei ole teadusuuringustes suukaudsest manustamisest tulemuslikumaks osutunud, mistõttu anti Eesti algses juhendis soovitus nr 23: “Kõigil aversiivseid ravimeid saavatel alkoholisõltuvusega patsientidel kasutage abstinentsi säilitamiseks jälgitud suukaudset ravi.” Töörühm leidis, et seda algset soovitus ei ole põhjust muuta.

## **6. Alkoholitarvitamise häirega patsiendile mõeldud infomaterjali arutelu**

Töörühmale teadaolevalt ei ole algne patsiendijuhend igapäevatoos kuigivõrd kasutusel, sest see on liiga mahukas ja seetõttu mitte väga käepärane.

Lepiti kokku, et pärast töörühma koosolekut arutab sekretariaat töörühma juhiga alkoholitarvitamise häirega patsiendile mõeldud infomaterjali(de) teemat. Et algse juhendi koostamisest möödunud aja jooksul on TAI välja töötanud mitmed patsiendile (ja ka tema lähedastele) mõeldud info- ja abimaterjalid, mis on igapäevatoos aktiivselt kasutusel ja head tagasisidet saanud. Selgitatakse välja, millises osas algne patsiendijuhend ning TAI materjalid kattuvad ning tehakse töörühmale enne järgmist töörühma koosolekut (meili teel) ettepanekud, millist infomaterjali alkoholitarvitamise häirega patsiendile käesoleval ajal (lisaks) vaja oleks. Praeguse kava kohaselt püütakse patsiendi materjali(de)ga jõuda järgmiseks koosolekuks nii kaugele, et töörühm saaks juba konkreetse materjali (kavandi) koosoleku ajal läbi arutada ja võimalusel kinnitada.

## **7. Ravijuhendi rakenduskava koostamise arutelu**

Püsisekretariaadi esindaja tutvustas lühidalt ravijuhendi rakenduskava ülesehitust ja koostamise põhimõtteid. Sekretariaat saadab töörühma liikmetele augusti alguses (meili teel) rakenduskava vormi ja näidise ning rakenduskava püütakse koosoleku ajaks saada nii kaugele, et see koosolekul veelkord ühiselt läbi arutada ja kinnitada.

## **8. Ravijuhendi selle osa, mida ajakohastamisel n-ö ei avatud, ajakohastamise kava arutelu**

Vaja on ühtlustada juhendi kõigi soovitude sõnastus; ajakohastada algse juhendi tabel 10 ning üle vaadata ka kõik teised algse juhendi tabelid; ajakohastada algse juhendi lisad, sh eestikeelsest juhendist välja võtta ingliskeelsed küsimustikud alkoholisõltuvuse raskusastme kohta (SADQ) ning *Severity of Dependence Scale* (SDS).

Ettevalmistava töö teeb sekretariaat ära enne järgmist koosolekut, et töörühm saaks koosolekul kõik vajalikud muudatused kinnitada.

## **9. Töörühma esimese poolaasta töötasu väljamaksmine**

Seni ravijuhendi koostamisel tehtud töö (koosolekutel osalemise) eest tasu väljamaksmise kohta teeb püsisekretariaat kokkuvõtte juuni jooksul. Kõigi 1. poolaasta tasude väljamakse algatatakse juunis, kuid neist mõne ülekanne võib jääda juuli algusesse.

## **10. Töörühma järgmiste koosolekute kokkuleppimine**

Järgmine koosolek toimub 28.08.2020 kell 11.00–15.00 Tallinnas TÜ esinduses (Teatri väljak 3). Ruumi number teatatakse töörühma liikmetele koosolekut meelde tuletavas meilis vähemalt üks nädal enne koosoleku toimumise aega.

Igaks juhuks, kui järgmisel koosolekul ei õnnestu töörühmal kõigele juhendiga seotule joont alla tõmmata, lepiti kokku veel ka koosolek 2.10.2020 kell 11.00–15.00 Tartus. Selle koosoleku toimumise koht teatatakse töörühmale (kui koosolek toimub) septembris.

*Protokoll koostatud 25.06.2020*