



Ravijuhendi “Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitus” töörühma koosolek nr 2

02.04.2020 kell 11:00–14:30

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, Lembi Põlder; TÜ ravijuhendite püsisekretariaadi liikmed Kaja-Triin Laisaar (sekretariaadi juht) ning Kairit Linnaste ja Kadi Kallavus (sekretariaadi liikmed).

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

Koosolekut juhatas Kaja-Triin Laisaar, protokollis Kairit Linnaste.

Koosoleku päevakord:

1. Huvide deklareerimine

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

2. Käsitusala koostamine

Jätkati töörühma eelmisel koosolekul alustatud ajakohastatava ravijuhendi käsitusala koostamist.

2.1 Kliiniliste küsimuste avamise, uute esitamise vajaduse arutelu

Kliiniline küsimus nr 1 – ei vaja avamist

Kas kõiki alkoholitarvitamise häire kahtlusega patsiente tuleb järgnevate sekkumiste planeerimiseks alkoholi väärarvitamise suhtes sõeluda vs mitte sõeluda?

Töörühm otsustas, et see kliiniline küsimus ei vaja avamist, kuna algse juhendi soovitus patsientide sõelumise kohta on jätkuvalt asjakohane. Töörühma liikmed leidsid, et praegusele lisaks perearstile veel mõne sõelumismeetodi soovitamine ei ole põhjendatud, kuna, kuna alkoholitarvitamise häire kindlakstegemisel on esmatähtis kliiniline intervjuu. Töörühma tõi aga välja, et mistahes testi (nt AUDIT) puhul on suurele osale patsientidest vastumeelsed pabertestid, mistõttu oluline oleks arendada elektroonset testimiskeskonda. Töörühm otsustab rakenduskava koostamise ajal, kas lisada see juhendi rakendustegevustesse.

Kliiniline küsimus nr 2 – ei vaja avamist

Kas kõigil alkoholi kuritarvitamise ja alkoholisõltuvuse kahtlusega patsientidel tuleb lisaks anamneesile kasutada diagnoosi täpsustamiseks diagnostilist intervjuud vs enesehinnangulisi teste vs laboratoorseid analüüse?

Töörühm otsustas kliinilist küsimust mitte avada sarnastel põhjustel nagu eelmise küsimuse puhul. Küll aga nenditi, et soovitude sõnastus (eriti omaette ehk juhendis vastavast loetelust ja tekstist väljatõstetuna) ei ole üheselt selge, mistõttu ka juhendi kõigi soovitude (sh nende, mille aluseks olnud kliinilist küsimust ei avata) läbivaatamist ja korrigeerimist.

Töörühm soovitas sekretariaadil teha Ravijuhendite Nõukojale (RJNK) ettepanek, et alkoholarvitamise häiret käsitleva juhendi ajakohastamisel vaadatakse üle kõigi (sh nn vanade) soovitude sõnastus, et soovitude sõnastus ühtlustada ja lihtsustada.

Kliiniline küsimus nr 3 – ei vaja avamist

Kas kõiki alkoholi kuritarvitamise ja alkoholisõltuvuse diagnoosiga patsiente tuleb organsüsteemide kahjustuste väljaselgitamiseks hinnata vs mitte hinnata?

Töörühm otsustas kliinilist küsimust mitte avada, sest ei pidanud vajalikuks algses juhendis antud soovitus laiendada/täpsustada. Seda, mida ja kuidas täpselt igal konkreetsel juhul hinnata, loeti arsti erialase pädevuse hulka kuuluvaks.

Töörühm otsustab aga juhendi ajakohastamise käigus, kas kliinilise intervjuu ning objektiivse hindamise kõige olulisemad komponendid tuua juhendi lisas eraldi välja või mitte.

Kliiniline küsimus nr 4 – ei vaja avamist

Kas kõiki alkoholivõõrutusseisundi kahtlusega patsiente tuleb hinnata võõrutusseisundi raskusastme täpsustamiseks hindamisvahenditega vs mitte hinnata?

Töörühm otsustas kliinilist küsimust mitte avada, sest aglse juhendi vastav soovitus on endiselt asjakohane. Töörühm pidas aga vajalikuks, et juhendi lisasse pannakse CIWA-Ar testi viimane valideeritud (eestikeelne) versioon. Sekretariaadile anti ülesanne välja uurida, kas test on olemas ka vene keeles.

Ühtlasi vaatab töörühm enne juhendi ajakohastatuku kuulutamist üle ka teised algse juhendi lisad, et otsustada, kas eemaldada juhendi lisades esitud (muud) ingliskeelsed mõõdikud (testis).

Kliiniline küsimus nr 5 – ei vaja avamist

Kas kõigil alkoholivõõrutusseisundis olevatel patsientidel kasutada võõrutussümptomite vähendamiseks farmakoloogilist ravi vs mitte kasutada?

Töörühm otsustas kliinilist küsimust mitte avada. Töörühm soovib lisada juhendis esitatud patsientide käsitusalgoritmi võimaluse hinnata CIWA-Ar tulemuste põhjal bensodiasepiinide määramise vajadust, kuna see sõltub võõrutusseisundi raskusastmest (soovitus nr 10 põhjal). Sellega hakkub ka praktiline soovitus nr 13 – töörühm leidis, et sageli saab perearst / vaimse tervise õde patsienti paremini nõustada kui psühhiaater, abi sel tasandil võib olla kiiremini kättesaadav. Sekretariaadile anti ülesanne kogude andmed Eesti hetkeolukorra kohta – kui palju on selles valdkonnas tegutsevaid psühhiaatreid, vaimse tervise õdesi jt spetsialiste.

Kliiniline küsimus nr 6 – ei vaja avamist

Kas kõigil bensodiasepiine ja alkoholi segatarvitavatel patsientidel kasutada võõrutussümptomite vähendamiseks farmakoloogilist ravi vs mitte kasutada?

Töörühm otsustas kliinilist küsimust mitte avada, kuna farmakoloogilise ravi osas ei ole toimunud muutusi. Arutelu käigus jõuti järeldusele, et kuna ainete segakasutus on järjest süvenev probleem, tuleks anda praktiline soovitus selle kohta, et alkoholarvitamise häirega patsiendi käsitlemisel tuleks mõelda ka muude ainete tarvitamisele. Töörühm soovib esitada ravijuhendi lisana tabeli enamtarvitatavate muude ainete loeteluga.

Kliiniline küsimus nr 7 – ei vaja avamist

Kas alkoholivõõrutusravile peaks parema ravitulemuse saavutamiseks järgnema alati spetsiifiline sõltuvushäire farmakoteraapia vs mittefarmakoloogiline ravi vs kombineeritult mittefarmakoloogiline ravi ja spetsiifiline sõltuvushäire farmakoteraapia vs toetavad teenused vs kõik eelnevad sekkumised koos?

Töörühm otsustas kliinilist küsimust mitte avada, ent töörühma hinnangul võiksid ka patsiendi motiveerimist toetavad teenused/tegevused olla patsiendi käsitlemise algoritmis ära toodud. Hetkel

soovitatakse nt liituda „Kainem ja tervem Eesti“ programmiga, kuid mis saab siis, kui see programm (rahastus) lõpeb? Selle küsimuse juurde tuleb töörühm tagasi tervishoiukorralduslike küsimuste arutelu juures.

Kliiniline küsimus nr 8 – ei vaja avamist

Kas kõigi alkoholi kuritarvitavate ja alkoholisõltuvusega patsientide esmaseks raviks kasutada alati spetsiifilist sõltuvushäire farmakoloogilist ravi vs mittefarmakoloogilist ravi vs spetsiifiline sõltuvushäire farmakoloogiline ravi koos mittefarmakoloogilise raviga?

Töörühm otsustas, et kliinilist küsimust ei ole vaja ei mittefarmakoloogilise ega farmakoloogilise ravi seisukohalt avada – varasemad soovitusel on endiselt asjakohased. Küll aga otsustati täiendada reaalse praktika põhjal ravijuhendis antud selgitavat infot (tabelisse 10 lisada konkreetseid näited, võimalusel lingid), milles on kirjeldatud võimalikke psühhosotsiaalseid sekkumisi. Töörühma juht Betty-Maria Märk uurib, milliseid tehnikaid praegu kasutatakse, samuti paneb kirja TAI poolt pakutavad teenused. Oluline on ära nimetada teenused ja ka see, kus neid realselt osutatakse – milline on kättesaadavus patsientidele. Töörühma sõnul võib neid sekkumisi läbi viia kliiniline psühholoog, psühhiater psühhoteraapia lisapädevusega. Erialaorganisatsioonid annavad ise pädevusi erinevateks tegevusteks (sekkumisteks), ühtset süsteemi Eestis ei ole.

Vajadusel täiendatakse ka patsiendi käsitluse algoritmi – selle juurde tullakse tagasi tervishoiukorralduslike küsimuste arutelu käigus.

Kliiniline küsimus nr 9 – ei vaja avamist

Kas kõigil alkoholi kuritarvitamise ja alkoholisõltuvusega patsientidel kasutada püsivama ravitulemuse saavutamiseks psühhoteraapiat vs mitte kasutada?

Kliiniline küsimus ei vaja avamist, sest töörühma hinnangul ei ole psühhoteraapia kasutamise vajadus aja jooksul muutunud.

Kliiniline küsimus nr 10 – vajab avamist

Kas kõigil alkoholi kuritarvitavatel ja alkoholisõltuvusega patsientidel kasutada abstinentsi või alkoholi tarvitamise vähendamise saavutamiseks akupunktuuri vs sugestioonravi vs platseeboefektiga ravivõtteid vs mitte kasutada?

Kliinilise küsimuse vastusena on eelnevas juhendis antud tugev negatiivne soovitus. Töörühm arutas, kas alternatiivsed ravimeetodid peaksid olema nii kategooriliselt keelatud, kuna neid tegelikkuses siiski küllaltki palju kasutatakse. Samas leidis töörühm, et soovitada saab siiski vaid tõenduspõhiseid tehnikaid.

Töörühm otsustas kliinilise küsimuse avada, et saada vastus eelkõige platseeboefektiga tehnikate kohta.

Kliiniline küsimus nr 11 – ei vaja avamist.

Kas kõigil alkoholi kuritarvitamise ja alkoholisõltuvusega patsientidel kasutada raviks aversiivseid ravimeid vs alkoholihimu vähendavaid ravimeid vs muid psühhotroopseid ravimeid?

Kliiniline küsimus ei vaja avamist, sest töörühma hinnangul ei ole konkreetsete ravimirühmade kasutamise (eelistuste) seisukohad muutunud.

Kliiniline küsimus nr 12 – ei vaja avamist

Kas kõigil aversiivseid ravimeid saavatel alkoholisõltuvusega patsientidel rakendada abstinentsi säilitamiseks tabletravi (jälgitud kasutamine vs mittejälgitud kasutamine) vs subkutaanset implantaati?

Töörühma arvamisel ei vaja kliiniline küsimus avamist, kuna ka selle küsimuse puhul ei ole seisukohad viimase viie aasta jooksul muutunud.

Kliiniline küsimus nr 13 – ei vaja avamist

Kas alkoholihipu vähendavaid ravimeid saavad patsiendid peavad alkoholarvitamise vähendamiseks ravimit kasutama igapäevaselt vs kasutama riskiolukorras?

Töörühm otsustas, et kliinilist küsimust ei ole vaja avada, ent soovitus nr 26 “Opioidretseptorite antagonistide kasutage igapäevaselt või olukorras, kus patsient tunnetab alkoholi tarvitamise ohtu” sõnastust peab kohendama, et ravimi määramine ning selle tarvitamise sagedus oleks väga selge / üheselt mõistetav – et välistatud oleks tõlgendusvõimalus, et patsient ise kodus otsustab igapäevase vs ohu tunnetamise korral tarvitamise üle.

Kliiniline küsimus nr 14 – vajab avamist

Kas kõigile alkoholisõltuvatele patsientidele määrata tulemuslikuks raviks aversiivseid/alkoholihipu vähendavaid ravimeid 3 kuud vs 6 kuud vs 12 kuud vs 24 kuud?

Töörühm soovib kliinilise küsimuse avada, et saada rohkem infot ravimikuuride kestuse kohta. Samuti soovitakse saada vastus sellele, kas aversiivsete ravimite kõrval on mujal maailmas kasutusel ka teistesse ravimirühmadesse kuuluvaid ravimeid. Töörühm tõi välja, et sõltuvalt sellest, milline soovitus antakse, võid osutada vajalikuks soovitusel mõju hindamine haigekassa eelarvele.

Kliiniline küsimus nr 15 – ei vaja avamist

Kas kõiki alkoholarvitamise häirega patsiente tuleb alkoholi ja bensodiasepiinide segakasutuse suhtes hinnata vs mitte hinnata?

Kliiniline küsimus ei vaja avamist, kuna vastava soovitusel sisu osas ei ole seisukohad muutunud. Töörühm otsustas lisada ASSIST segatarvitamise küsimustiku juhendi lisamaterjalidesse ja anda praktiline soovitus selle vajaduspõhise kasutamise kohta. Eestis on selle küsimustikuga dr. Haring läbi viinud uuringu „Ained ja arenevad arud“. Sekretariaadile anti ülesanne välja selgitada, kas eestikeelne ASSIST küsimustik on valideeritud.

Kliiniline küsimus nr 16 – ei vaja avamist

Kas kõigi alkoholi ja bensodiasepiini segakasutavate patsientide esmaseks raviks kasutada farmakoloogilist vs mittefarmakoloogilist ravi?

Töörühma hinnangul ei ole raviseisukohad aja jooksul muutunud, mistõttu ei ole vaja kliinilist küsimust avada.

Kliiniline küsimus nr 17 – ei vaja avamist

Kas kõigil alkoholi kuritarvitavatel ja alkoholisõltuvusega patsientidel käitumise muutmiseks hinnata ravimotivatsiooni vs mitte hinnata:

- ravi alustamisel,
- raviplaani muutmisel,
- tagasilanguse korral,
- ravi lõpetamisel,
- igal visiidil?

Töörühm otsustas kliinilist küsimust mitte avada, kuid lisada mõistetesse „motivatsioon“ ja „soostumus“. Küll aga soovitakse muuta ka soovitusel nr 28 sõnastus – pigem on tegemist patsiendi motivatsiooni pideva jälgimisega (sellest rääkimise, sellega tegelemisega) kui hindamisega, millest üksnes ei piisa.

Kliiniline küsimus nr 18 – ei vaja avamist

Kas kõigil alkoholi kuritarvitavatel ja alkoholisõltuvusega patsientidel, kellel on näidustatud ravi alustamine, tuleks ravisoostumuse parandamiseks kasutada järgmisi meetmeid (võrreldes mittekasutamisega):

- soovitud käitumise kinnitamine,

- lähedaste kaasamine,
- lühem teenusele saamise ooteaeg,
- omaosalus teenuste saamisel,
- regulaarne kontakt ravimeeskonnaga,
- toetavad teenused?

Töörühma hinnangul ei vaja kliiniline küsimus avamist, kuna varasemad soovitused kehtivad ka tänasel päeval. Küll aga soovitakse lihtsustada ravijuhendis pakutud päevikuvormi. Töörühma hinnangul võiks päevik olla ka e-vormis või isegi telefonirakendusena kättesaadav. Töö käigus otsustatakse, kas päeviku muutmine, muude vormide väljatöötamine mahub käesoleva juhendi või pigem rakendustegevuste hulka. Viimasel juhul kuuluvad need tegevused ravijuhendi rakenduskavva.

Kliiniline küsimus nr 19 – ei vaja avamist

Kas kõigil alkoholi kuritarvitavatel ja alkoholisõltuvusega patsientidel tuleb ravitulemuse jälgimiseks lisaks anamneesile kasutada enesehinnangulisi teste vs laboratoorseid analüüse vs muid hindamisvahendeid vs mitte kasutada?

Töörühma hinnangul kliiniline küsimus avamist ei vaja. Küll aga vajab kohendamist vastavate soovituste sõnastus – nii teste kui analüüse kasutatakse vastavalt vajadusele.

Kliiniline küsimus nr 20 – ei vaja avamist

Kas raviefekti puudumisel tuleb kõigil alkoholikuritarvitamise ja alkoholisõltuvusega patsientidel ravi muutmiseks hinnata raviplaani 1 vs 3 vs 6 kuu pärast?

Töörühma hinnangul kliiniline küsimus avamist ei vaja, kuna nõustatakse varasema soovitusega, et raviplaani tuleb hinnata vastavalt vajadusele – ei ole mõistlik konkreetset (aja)intervalli määratleda.

Kliiniline küsimus nr 21 – ei vaja avamist

Kas kõigil alkoholi kuritarvitavate ja alkoholisõltuvusega patsientidel lõpetada ravi vs mitte lõpetada järgmistel juhtudel:

- soovitud ravitulemus on kestnud 3 kuud vs 6 kuud vs 12 kuud,
- patsiendi vähene ravikoostöö?

Töörühma hinnangul ei vaja kliiniline küsimus avamist, kuna seisukohad ei ole aja jooksul muutunud. Töörühma hinnangul on oluline patsienti ravi ravi jal pievalt järgida, isegi siis, kui tema ravimotivatsioon on väike. Samuti on väga oluline, et patsient pärast ravi (tsükli) n-ö ära ei kaoks. Töörühm otsustas seda teemat käsitleda tervishoiukorralduse arutelu juures – kes vastutab patsiendi eest pärast aktiivse ravi ravi lõppu ning kas seda üldse peaks tegema.

Otsus: Töörühm otsustas avada algse juhendi kliinilised küsimused nr 10 „Kas kõigil alkoholi kuritarvitavatel ja alkoholisõltuvusega patsientidel kasutada abstinentsi või alkoholi tarvitamise vähendamise saavutamiseks akupunktuuri vs sugestioonravi vs platseeboefektiga ravivõtteid vs mitte kasutada?“ ning nr 14 „Kas kõigile alkoholisõltuvatele patsientidele määrata tulemuslikuks raviks aversiivseid/alkoholihimu vähendavaid ravimeid 3 kuud vs 6 kuud vs 12 kuud vs 24 kuud?“ Ühtki kliinilist küsimust lisaks ei esitatud.

Töörühm otsustas ka üle vaadata ning ajakohastada kõigi soovituste (sh nende, mille aluseks olnud kliinilist küsimust ei avatud) sõnastuse, täiendada patsiendi käsitusalgoritmi ning läbi vaadata (vajadusel lisada või ära jätta) juhendi lisad.

2.2. Tervishoiukorralduslike küsimuste avamise, uute esitamise vajaduse arutelu

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?

Küsimus nr 23: *Kas kõikide raviprotsessi koordineerimise meetodite kasutamine vs mitte kasutamine on tulemuslik alkoholitarvitamise häirega patsientide ravijärjepidevuse tagamiseks?*

Töörühma hinnangul vajab valdkonna tervishoiukorraldus läbiarutamist ja seega algsed tervishoiukorralduslikud küsimused avamist. Nende juurde tullakse tagasi juhendi ajakohastamise lõppfaasis, pärast kliinilistele küsimustele vastuseks antud soovitude koostamist.

Otsus: Töörühm otsustas avada algse juhendi mõlemad tervishoiukorralduslikud küsimused (nr 22 ja nr 23) ning vajadusel vastavalt täiendada patsiendi käsitusalgoritmi ning läbi vaadata (vajadusel lisada või ära jätta) juhendi lisad.

3. Kokkuvõtte eelmisel koosolekul sekretariaadile antud ülesannete tulemustest

Sekretariaat oli koosoleku ajaks koostanud kokkuvõtte vastusena eelmisel koosolekul töörühma poolt antud info kogumise ülesannetele, kuid arvestades seekordse koosoleku väga tihedat arutelu uudes e-vormis, otsustati esitada kokkuvõtte töörühmale tutvumiseks nädal enne järgmise töörühma koosoleku toimumist (koos muude koosolekumaterjalidega). Vajadusel arutatakse saadud infot järgmise koosoleku ajal.

4. Juhendi koostamise edasine ajakava

Sekretariaat vormistab ajakohastatava juhendi käsitusala ning esitab selle töörühmale elektroonselt (meili teel) läbivaatamiseks. Mh täiendab töörühm soovi korral algses juhendis kasutatud tulemusnäitajate loetelu, kõik tulemusnäitajad hinnatakse ning valitakse välja kliinilistele küsimustele vastamiseks oolulised näitajad. Töörühma tagasiside järgselt kohendab sekretariaat vajadusel käsitusala ning esitab selle seejärel Ravijuhendite Nõukojale elektroonseks kinnitamiseks. Ühtlasi annab püsisekretariaat nõukojale teada, et juhendi koostajad soovivad ühtlustada ravijuhendi kõigi soovitude sõnastuse.

Töörühma järgmisel koosolekul alustatakse arutelu alkoholiühikutest ning alkoholi tarvitamise riskitasemetest, lisaks võetakse arutlusele vähemalt üks kliiniline küsimus.

Järgmised koosolekud toimuvad 14.05.2020 ja 04.06.2020. Vajadusel tehakse lisakoosolek(ud) augustis-septembris.

Protokoll koostatud 15.04.2020