



ALKOHOLITARVITAMISE HÄIREGA PATSIENDI KÄSITLUS

Eesti ravijuhend

RJ-F/7.1-2015



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti
tuleviku heaks

Soovituslik viitamine: Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitus, *RJ-F/7.1-2015. Ravijuhendite nõukoda. 2015.*
Otsingusõnad: alkoholitarvitamise häire, alkoholi liigtarvitamine, alkoholi kuritarvitamine, alkoholisõltuvus, ravijuhend, tervishoiu kvaliteet

Ravijuhendi tööühma liikmed:

Kadri Andresen (juhataja)	MD, psühhiaater, Kesk-Põhjamaa Keskhaigla (Soome Vabariik); AJK Kliinik; Eesti Psühhiaatrite Selts
Aire Klaus	Tegevusterapeudi assistent ja sotsiaaltöötaja; tegevjuht ja rehabilitatsioonispetsialist, AJK Kliinik; Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing
Andres Lehtmets	MD, psühhiaater, juhataja, Lääne-Tallinna Keskhaigla Psühhiaatriakeskus; president, Eesti Psühhiaatrite Selts
Elen Kihl	Psühholoogiamaister (kliiniline psühholoogia), kliiniline psühholoog-psühhoterapeut, Psühhiaatria ja Psühhoterapia Keskus SENSUS; Eesti Psühholoogide Liit, Eesti Kognitiivse ja Käitumisteraapia Assotsiatsioon.
Helen Lasn	MD, PhD, perearst, Helen Lasn Perearst OÜ; Eesti Perearstide Selts, Tallinna Perearstide Selts
Iisi Kriipsalu	MD, MScPH, perearst, Tartu Keslinna Perearstikeskus OÜ; ekspert, Tervise Arengu Instituut; Eesti Perearstide Selts, Tartu Arstide Liit
Ingrid Saarmets	Tegevusterapeut, Põhja-Eesti Taastusravikeskus; Eesti Tegevusterapeutide Liit
Innar Tõru	MD, PhD, psühhiaater; arst-õppejõud, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatriakliinik; dotsent, teadur Tartu Ülikool Psühhiaatriakliinik; Eesti Psühhiaatrite Selts, Eesti Kognitiivse ja Käitumisteraapia Assotsiatsioon
Külli Mäe	Tegevjuht, Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing; Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon
Lembi Põlder	MD, perearst, Lembi Põlder Perearstikeskus OÜ; Tallinna Perearstide Selts, Eesti Perearstide Selts, Tallinna Arstide Liit
Marin Vaher	MA, psühholoogia; vanemspetsialist, Tervise Arengu Instituudi mittenakkushaiguste ennetamise osakond
Meelika Limberg	MSc (sotsiaaltöö); Akadeemia üksuse juht, Tallinna Sotsiaaltöö Keskus; Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon
Mihkel Rebane	Patsiendi esindaja
Reet Tohyre	MSc (terviseeadus), ülemõde, SA Tartu Ülikooli Kliinikum psühhiaatriakliinik; Eesti Õdede Liit; Eesti Psühhiaatriaõdede Seltsing
Signe Asi	MSc (terviseeadus), pereõenduse õppejõud-ektor, Tartu Tervishoiu Kõrgkool; Eesti Õdede Liit; Pereõdede Seltsing
Triinu Täht	Peaspetsialist, Rahvatervise osakond, Sotsiaalministeerium
Ulla Raid	Peaspetsialist, metoodik, Eesti Haigekassa
Jane Alop	MA, psühholoogia, MPH, rahvatervis, tervishoiukorraldus; ekspert, Tervise Arengu Instituut
Peeter Pruul	Psühholoogiamaister (kliiniline psühholoogia), kliiniline psühholoog-psühhoterapeut, Lääne-Tallinna Keskhaigla Psühhiaatriakeskus; Eesti Psühholoogide Liit.

Ravijuhendi sekretariaadi liikmed:

Teelia Rolko (juhataja)	MD, arst-resident psühhiaatria erialal, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatriakliinik; Eesti Psühhiaatrite Selts, Eesti Nooremarstide Ühendus
Keiu Paapsi	MSc (geenitehnoloogia), MSc (rahvatervishoid), spetsialist, Tartu Ülikooli tervishoiu instituut
Tatjana Meister	MD, perearst, OÜ Monika Vask; arst, SA Tartu Kiirabi; Eesti Perearstide Selts, Eesti Kiirabi Liit
Madli Pintson	MD, arst-resident sisehaiguste ja kliinilise farmakoloogia erialal, Ravimiamet; Eesti Sisearstide Ühendus, Eesti Farmakoloogia Selts
Kati-Riin Simisker	MD, arst-resident psühhiaatria erialal, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatriakliinik; Katriito Nõustamis- ja Psühhoterapiakeskus; Eesti Nooremarstide Ühendus
Urmeli Joost	MSc (diabeet), MSc (rahvatervishoid); õde, AS Põlva Haigla; Eesti Õdede Liit, MTÜ Diabeedispetzialistid

Trükis on valminud Tervise Arengu Instituudi tellimusel 2016. a.

Materjali reprodutseerimine levitamise eesmärgil ei ole lubatud ilma Tervise Arengu Instituudi nõusolekuta.

Trükkinud: Puffet Invest OÜ

ISBN 978-9949-461-56-1 (trükis) / ISBN 978-9949-461-57-8 (pdf)

Tasuta jagamiseks.

Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitus

Eesti ravijuhend



RJ-F/7.1-2015

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


Teadusliku tõenduse kvaliteet (Balschem 2011)

Kõrge	Võib olla väga kindel, et interventsiooni tegelik mõju on väga lähedane uuringutes antud hinnangutele.
Mõõdukas	Võib olla mõõdukalt kindel, et interventsiooni tegelik mõju on lähedane uuringutes antud hinnangutele, kuid see võib ka oluliselt erineda.
Madal	Ei saa olla kindel interventsiooni mõjule antud hinnangutes, tegelik mõju võib hinnangutest oluliselt erinev olla.
Väga madal	Ei saa üldse kindel olla interventsiooni 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 interventsioonist 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 interventsiooni kasuks. Nõrga soovitus puhul on ette näha, et patsiendi suhtumine sekkumise valikusse sõltub isiklikest väärtustest ja eelistustest, ning arst peab olema kindel, et neid on arvestatud.
Tugev soovitus mitte teha	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 prima ravitulemuse saamisel.
---	---

Sisukord

Lühendid	6
Ravijuhendi vajadus	7
Ravijuhendi käsitlusala ja eesmärk	8
Mõisted	9
Ravijuhendi soovitud	11
Alkoholi liigtarvitamise avastamine ja sõelumine	15
Alkoholitarvitamise häire diagnoosimine	17
Alkoholivõõrutusseisundi diagnoosimine ja ravi	22
Võõrutusseisundi diagnoosimine	22
Võõrutusseisundi ravi	24
Alkoholi ja bensodiasepiinide segakasutus	26
Alkoholi ja muude psühhoaktiivsete ainete segakasutuse väljaselgitamine	26
Alkoholi ja bensodiasepiinide segasõltuvuse ravi põhimõtted	27
Alkoholi ja bensodiasepiinide segatarvitavate patsientide alkoholivõõrutusravi	30
Tagasilangust ennetav ravi	32
Ravi alustamine ja ravi eesmärk	32
Milline ravisekkumine valida?	32
Tagasilangust ennetav mittefarmakoloogiline ravi ehk psühhosotsiaalsed sekkumised	34
Tagasilangust ennetav farmakoloogiline ravi	38
Farmakoloogilise ravi skeem ja pikkus	41
Ravisoostumus ja ravitulemuse hindamine	42
Ravisoostumus	42
Ravitulemuse hindamine	45
Ravi lõpetamine	47
Alkoholitarvitamise häire ravikorraldus	49
Raviotsuste koordineerimine ja juhtumikorraldus	52
Ravijuhendi koostamine	53
Tõendusmaterjali otsimine ja hindamine	54
Lisa 1: AUDITi test (5)	56
Lisa 2: Alkoholisõltuvuse raskusastme küsimustik (SADQ) (47)	58
Lisa 3: CIWA-Ar-i test (122)	60
Lisa 4: SDSi küsimustik (123)	62
Lisa 5: Superviseeritud disulfiraamravi nõusolekuvorm	63
Lisa 6: Alkoholitarvitamise häire ravimite tabel	64
Lisa 7: Alkopäevik	67
Lisa 8: Alkoholi liigtarvitava patsiendi käsitluse algoritm	68
Kasutatud kirjandus	69

Lühendid

12 SP	12 sammu programm
AA	Anonüümsed Alkohoolikud
AGREE	Ravijuhendite hindamise tööriist (<i>Appraisal of Guidelines Research and Evaluation Instrument</i>)
ALAT	Alaniini aminotransferaas
ASAT	Aspartaadi aminotransferaas
ASSIST	Alkoholi, tubaka ja sõltuvusainete tarvitamise sõeluuring (<i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>)
AUDIT	Alkoholi liigtarvitamise sõeltest (<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>)
AUDIT-C	AUDIT testi lühendatud versioon
AWS	Alkoholi võõrutusseisundi raskusastet hindav skaala (<i>Alcohol Withdrawal Symptoms Rating Scale</i>)
CDT	Süsivesikdefitsiitne transferrin (<i>Carbohydrate-deficient transferrin</i>)
CI	Usaldusvahemik (<i>Confidence interval</i>)
CIDI	Rahvusvaheline diagnostiline intervjuu (<i>Composite International Diagnostic Interview</i>)
CIWA-Ar	Alkoholi võõrutusseisundi raskusastme hindamise skaala (<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	Etüül-glükuroniid, etüül-sulfaat, alkoholi metaboliidid
EvSu	Tõendusmaterjali kokkuvõte (<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
MCV	Erütrotsüüdi keskmine maht
MD	Keskmete erinevus (<i>Mean difference</i>)
MET	Motivatsiooni tugevdamise teraapia (<i>Motivational enhancement therapy</i>)
MI	Motiveeriv intervjuu
MoCAM	Alkoholi liigtarvitavate patsientide ravimudel (<i>Models of Care for Alcohol Misusers</i>)
MT	Motiveerivad tehnikad
N	Patsientide arv uuringus
NPV	Negatiivse tulemise ennustusväärtus (<i>Negative predictive value</i>)
OR	Šansisuhe (<i>Odds ratio</i>)
PPV	Positiivse tulemise ennustusväärtus (<i>Positive predictive value</i>)
RCQ-TV	Muutuseks valmisolekut hindav küsimustik (<i>Readiness to Change Questionnaire – Treatment Version</i>)
RHK-10	Rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10. versioon
RR	Suhteline risk (<i>Relative risk / risk ratio</i>)
SADQ	Alkoholisõltuvuse raskusastme küsimustik (<i>Severity of Alcohol Dependence Questionnaire</i>)
SCID	Struktureeritud kliiniline intervjuu (<i>Structured Clinical Interview for the DSM</i>)
SD	Standardhälve (<i>Standard deviation</i>)
SDS	Sõltuvuse raskusastme skaala (<i>Severity of Dependence Scale</i>)
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SMD	Standardiseeritud keskmete erinevus (<i>Standardized mean difference</i>)
SoKo	Soovituste kokkuvõte
SSTI	Selektiivsed serotoniini tagasihaarde inhibiitorid
WHO	Maailma Terviseorganisatsioon (<i>World Health Organization</i>)

Ravijuhendi vajadus

Alkoholi liigtarvitamine on ühiskonnas üks märkimisväärsmaid terviseriske. Hinnanguliselt on alkoholisõltuvuse levimus tööealise elanikkonna (18–64 a) hulgas Eestis kõrgem kui Euroopa Liidus keskmiselt – naiste hulgas 2% (EL 1,5%), meeste hulgas 11% (EL 5,4%) (1). Eesti Vabariigi Valitsus kiitis heaks 2014. aastal alkoholipoliitika rohelise raamatu (2), mis annab ülevaate alkoholitarvitamise olukorrast ja sellega kaasnevatest kahjudest Eestis ning pakub välja olulisemad meetmed alkoholi tarvitamise ning sellest tulenevate kahjude vähendamiseks. Alkoholipoliitika rohelises raamatus leitakse, et vaatamata alkoholitarvitamisest tingitud suurele haiguskoormusele, ei ole Eestis selget ja ühtset alkoholitarvitamise häire ravikäsitlust. Alkoholisõltuvuse korral saab pöörduda üldises korras psühhiaatri vastuvõtule, kuid sõltuvushäire puhul piiratakse enamasti paari vastuvõtuga või lühiajalise detoksikatsiooniga, mis ei ole piisavad efektiivselt käitumise muutuse tekitamiseks ja muutuse säilitamiseks. Alkoholiprobleemi avastamises ja ravis on tervishoiusüsteemil keskne koht. Nii perearsti kui eriarstiabi tasandil on tähtis meeles pidada alkoholiprobleemi laia levikut ja märgata seda erinevates patsiendirühmades.

Ravijuhendi käsitlusala ja eesmärk

Alkoholi kuritarvitamise ja alkoholisõltuvuse diagnoosimisel on Eestis kasutusel rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10. versioon (3). Käesolevas ravijuhendis kasutatakse ka mõistet „alkoholitarvitamise häire“ (ingl. k *alcohol use disorder*), mis hõlmab nii alkoholi kuritarvitamist kui alkoholisõltuvust ning on kasutusel DSM-V klassifikatsioonis.

Ravijuhend käsitleb täiskasvanute alkoholi liigtarvitamise varajast avastamist, alkoholi kuritarvitamise (F10.1) ja alkoholisõltuvuse (F10.2) diagnoosimist ja ravi Eestis. Ravijuhendi sihtrühmaks on perearstid, pereõed, psühhiaatrid, vaimse tervise õed, sotsiaaltöötajad, psühholoogid, tegevusterapeutid jt alkoholitarvitamise häirega isikutega tegelevad spetsialistid.

Ravijuhend ei hõlma järgmisi teemasid:

- alkoholi tarvitamise esmane ennetamine
- alkoholi kuritarvitamise ja alkoholisõltuvuse diagnoosimine ja ravi alla 18 a. vanustel isikutel
- alkoholitarvitamise häirega rasedad
- alkoholideliiriumi diagnostika ja ravi
- alkoholi tarvitamisest tingitud kehaliste haiguste ravi
- kaasuvate psüühikahäirete diagnostika ja ravi
- surrogaat- ja alkoholimürgistuse diagnostika ja ravi
- alkoholi liigtarvitamisega seonduvad õiguslikud aspektid

Ravijuhendi kasutamisel paraneb alkoholi liigtarvitamise avastamine, alkoholi-tarvitamise häire diagnoosimine ja ravi ning vähenevad alkoholi tarvitamisest tingitud kahjud.

Ravijuhendi soovitusel lähtuvad teadusuuringute ja kliinilise praktika tulemustest. Koostatud ravijuhend ei asenda tervishoiutöötaja individuaalset vastutust õigete raviotsuste tegemisel, lähtudes konkreetsest patsiendist, tema eelistustest ja teadvast nõusolekust.

Mõisted

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

Alkoholi liigtarvitamine <i>(alcohol misuse,</i> (NHS Health Library, WHO ¹))	Ohustav, ohtlik alkoholi tarvitamine – alkoholi tarvitamine kogustes või viisil, mis suurendab vaimse või füüsilise tervise kahjustuse riski, aga märkimisväärset alkoholist põhjustatud kahju või sõltuvust ei ole veel ilmnenu. <i>(hazardous drinking, WHO)</i> <ul style="list-style-type: none"> - Alkoholi riskitarvitamine <i>(at risk drinking, SIGN)</i> - Episoodiline ohustav alkoholi tarvitamine <i>(binge drinking, WHO)</i> - Tugev alkoholi tarvitamine <i>(heavy drinking, WHO)</i> 	
	Alkoholi kuritarvitamine (RHK-10) – on selgelt äratuntavaid ja määratletavaid alkoholikasutusest põhjustatud füüsilisi või psüühilisi kahjustusi või kahjusid, aga mitte sõltuvust. Kahjustav, kahjulik alkoholi tarvitamine <i>(harmful drinking (WHO), abuse (DSM-IV)</i>	Alkoholitarvitamise häire <i>(alcohol use disorder, DSM-V)</i>
	Alkoholisõltuvus (RHK-10) – sündroom, mida iseloomustavad joomissund, võõrutussümptomid, taluvuse suurenemine ja joomise jätkamine hoolimata selle kahjulikest tagajärgedest, <i>(alcohol dependence, WHO, DSM-IV)</i>	

Abstinent (*abstinence*) – täielik kainus

Alkoholiühik (*standard drink, alcohol unit*) – alkohoolse joogi kogus, mis sisaldab 10 g absoluutset alkoholi.

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

Alkoholi liigtarvitamine (*alcohol misuse*) – mõiste hõlmab ohustavat alkoholi tarvitamist, kahjustavat alkoholitarvitamist (kuritarvitamine) ja alkoholisõltuvust.

Bensodiasepiin (*benzodiazepine*) on hirmu ja ärevust vähendav, rahustav ja võõrlihaseid lõõgastav ravim. Bensodiasepiinid mõjutavad kesknärvisüsteemis selektiivselt gamma-aminovõihappe (GABA) retseptoreid.

Esmatasandi tervishoid² – iga inimese terviseprobleeme lahendav töö-, kooli- ja elukohajärgselt kättesaadav esmavajalike ambulatoorsete teenuste kogum.

Kliiniline ehk diagnostiline intervjuu (*clinical interview*) on hindamismeetod info kogumiseks isiku probleemide, situatsiooni ja vajaduste kohta.

Komorbiidsus (*comorbidity*) on hulgihäirelisus, kahe või mitme (iseseisva) haiguse samaaegne esinemine.

Kuritarvitamine (*harmful use*) – alkoholi tarvitamise viis, mis kahjustab tervist. Kahjustus võib olla somaatiline või psüühiline.

Kõrvaltoime (*adverse reaction*) on ohtlik ja soovimatu reaktsioon ravimi toimele.

Mõõdukas alkoholisõltuvus (*moderate alcohol dependence*) – mõõduka alkoholisõltuvuse korral ei ole välja kujunenud rasket sõltuvust ja ravi toimub peamiselt ambulatoorselt, sealhulgas võõrutusravi.

Psühhosotsiaalsed sekkumised (*psychosocial interventions*) – alkoholitarvitamise häire ravis kasutatavad mittefarmakoloogilised sekkumised, mis jagunevad madala ja kõrge intensiivsusega sekkumisteks.

Raske alkoholisõltuvus (*severe alcohol dependence*) – varasemas terminoloogias tuntud kui „krooniline alkoholism“. Esinevad tõsised ja pikaajased probleemid (nt kodutus) ja raske alkoholivõõrutusseisund, mis võib vajada statsionaarset ravi ja pikemat rehabilitatsiooni.

Ravisoostumus (*compliance*) – patsiendi nõusolek ettekirjutatud raviga ning tahe ettekirjutusi täita.

Ravivastus ehk raviefekt (*treatment response, effect of treatment*) – raviga saavutatud patsiendi seisundi või haiguse ulatust või raskust väljendava näitaja muutus. Kokkuleppeliselt loetakse ravivastuseks, kui patsiendi seisund on patsiendi enda hinnangul paranenud vähemalt poole võrra võrreldes ravi algusega.

Sõelumine (*screening*) – haigusnähtudeta või väheste haigusnähtudega haigusjuhtumite kindlakstegemiseks korraldatav uuring.

Tagasilangus (*relapse*) – naasmine alkoholi tarvitamise juurde pärast abstinentsi ehk täieliku kainuse perioodi või naasmine rohke alkoholi tarvitamise juurde pärast mõõdukat alkoholitarvitamist.

2 https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiususteem/esmatasandi_arengukava_2009-2015.pdf

Ravijuhendi soovitused

Alkoholarvitamise häire sõelumine ja avastamine	
1	Kõiki alkoholarvitamise häire kahtlusega täiskasvanud patsiente sõeluge AUDITi testiga esmatasandi tervishoius.
2	Vajadusel sõeluge alkoholarvitamise häire kahtlusega patsiente AUDITi või AUDIT-C testiga eriarstiabis.
Alkoholarvitamise häire diagnoosimine	
3	Patsientidega, kes saavad AUDITi skoori 16 või enam, viige läbi diagnostiline ehk kliiniline intervjuu alkoholi kuritarvitamise või alkoholisõltuvuse diagnoosi täpsustamiseks.
4	Kaaluge lisaks kliinilisele intervjuule struktureeritud diagnostilise intervjuu kasutamist alkoholi kuritarvitamise ja alkoholisõltuvuse diagnoosimisel.
5	Enesekohased testid ei ole piisavad alkoholi kuritarvitamise ja alkoholisõltuvuse diagnoosimiseks.
6	Laboratoorsed analüüsid ei sobi alkoholi kuritarvitamise ja alkoholisõltuvuse diagnoosimiseks.
7	Kõiki alkoholi kuritarvitamise ja alkoholisõltuvuse diagnoosiga patsiente hinnake objektiivselt organsüsteemide kahjustuste väljaselgitamiseks.
8	Organsüsteemide kahjustuse kahtluse korral kaaluge täiendavaid uuringuid ja vajadusel suunamist vastava eriala arsti konsultatsioonile.
Alkoholivõõrutusseisundi diagnoosimine ja ravi	
9	Alkoholivõõrutusseisundis patsiente hinnake vajadusel võõrutusseisundi raskusastme täpsustamiseks igas arstiabietapis, kasutades selleks standardiseeritud hindamisvahendit (näiteks CIWA-Ar).
10	Kliiniliselt oluliste võõrutusnähtudega patsientide võõrutusravis kasutage esmavaliku preparaadidena lühiajaliselt bensodiasepiini (eelistatult diasepaam).
Alkoholi ja bensodiasepiinide segakasutus	
11	Kõiki alkoholarvitamise häirega patsiente hinnake kliinilise intervjuu käigus bensodiasepiinide ja teiste psühhoaktiivsete ainete samaaegse tarvitamise suhtes.

12	Alkoholi ja bensodiasepiine segakasutavate patsientide puhul kasutage esmaseks sekkumiseks lühinõustamist ja eneseabivõtete tutvustamist ainete tarvitamise vähendamiseks ning alustage bensodiasepiinide annuste järkjärgulist vähendamist.
	Patsiendid, kellel tekib võõrutussündroom või kes ei suuda loobuda ainete tarvitamisest, suunake psühhiaatri vastuvõtule.
14	Kõigil kliiniliselt oluliste alkoholi võõrutussümptomitega bensodiasepiine ja alkoholi segatarvitavatel patsientidel kaaluge võõrutusnähtude vähendamiseks esmaselt farmakoloogilist ravi, esmavalikuks bensodiasepiinid.
15	Segatarvitajate alkoholi võõrutussündroomi ravige vajadusel statsionaari tingimustes.
Tagasilangust ennetav ravi	
16	Motiveerige patsienti kohe pärast võõrutusseisundiravi jätkama tagasilangust ennetavat ravi.
17	Esmase valikuna tagasilangust ennetavas ravis kasutage psühhosotsiaalset sekkumist, vajadusel kasutage lisaks farmakoteraapiat.
18	Tõendus põhise puudumise tõttu ärge kasutage alkoholi kuritarvitamise ja sõltuvuse raviks platseeboefektil põhinevaid ravivõtteid.
Tagasilangust ennetav mittefarmakoloogiline ravi ehk psühhosotsiaalsed sekkumised	
19	Püsivama ravitulemuse saavutamiseks kasutage alkoholi kuritarvitamise ja alkoholisõltuvusega patsientidel tõendus põhiseid psühhosotsiaalseid sekkumisi.
20	Lühinõustamist kasutage alkoholi kuritarvitamise vähendamiseks.
Tagasilangust ennetav farmakoloogiline ravi	
21	Farmakoteraapiat kasutage ainult koos psühhosotsiaalsete sekkumistega.
22	Alkoholisõltuvuse farmakoteraapia määramisel arvestage ravieesmärki. Kui eesmärgiks on abstinents, siis kasutage aversiivseid ravimeid või opioidretseptorite antagonistide. Joomise vähendamiseks kasutage opioidretseptorite antagonistide.

23	Kõigil aversiivseid ravimeid saavatel alkoholisõltuvusega patsientidel kasutage abstinenti säilitamiseks jälgitud suukaudset ravi.
24	Alkoholi kuritarvitavate patsientide puhul kasutage opioidretseptorite antagonistide, kui psühhosotsiaalsete sekkumiste efekt on ebapiisav.
25	Ärge kasutage antidepressante, trankvillisaatoreid, antikongulsante ja antipsühhootikume alkoholitartvitamise häire ravi eesmärgil. Vajadusel kasutage neid kaasuvate psüühikahäirete ravis.
26	Opioidretseptorite antagonistide kasutage igapäevaselt või olukorras, kus patsient tunnetab alkoholi tarvitamise ohtu.
27	Tulemuslikuks raviks kasutage aversiivse toimega ravimeid või alkoholi kasutust vähendavaid opioidretseptorite antagonistide vähemalt 6 kuud.
Ravisoostumus, ravi pikkus ja raviefekti hindamine	
28	Alkoholi kuritarvitavatel ja alkoholisõltuvusega patsientidel hinnake ravimotivatsiooni igal visiidil.
29	Ravisoostumuse parandamiseks kaaluge järgmisi meetmeid: - kiire ravi alustamine - sõltuvusravi teostava meeskonna kaasamine raviprotsessi või juhtumikorralduse rakendamine - lähedaste kaasamine patsiendi nõusolekul - soovitud käitumisele positiivse tagasiside andmine
30	Ravi alustamisel ravisoostumuse parandamiseks leppige patsiendiga kokku regulaarsed kohtumised ravimeeskonna liikmega.
31	Ärge rakendage ravisoostumuse parandamiseks täiendavalt omaosalust.
32	Alkoholi kuritarvitavatel ja alkoholisõltuvusega patsientidel kasutage ravitulemuse hindamiseks lisaks anamneesile AUDIT-C või AUDITi testi.
33	Soovitage patsiendil kasutada alkopäevikut alkoholi tarvitamise sageduse ja koguste hindamiseks.
34	Vajadusel kasutage ravitulemuse hindamisel laboratoorseid analüüse.

35	Ravi alustades hinnake patsienti regulaarselt vähemalt iga 4–6 nädala järel ravile seatud eesmärgi saavutamiseni ja edasi vastavalt vajadusele.
 36	Raviefekti puudumisel vaadake raviplaan üle ja vajadusel muutke seda.
 37	Otsus aktiivse ravi või regulaarse jälgimise lõpetamise suhtes langetage ettevaatlikult ning koostöös patsiendiga. Lähtuge patsiendi ootustest, eesmärkidest ja võimalikest tagasilanguse riskidest.
 38	Julgustage patsienti vajadusel uuesti ravile pöörduma.
 39	Kõrge tagasilanguse riskiga patsientide puhul (tugivõrgustiku puudumine, kaksikdiagnoosidega patsiendid jne) planeerige regulaarseid kohtumisi ka pärast aktiivse ravi lõppu 1–3 aasta jooksul.
Alkoholitartvitamise häire ravikorraldus ja -protsesside koordineerimine	
 40	Märgake alkoholi liigtartvitamise kahtlusega patsienti kõikides arstiabietappides. Üldarstiabis sõeluge, teostage lühinõustamine ja vajadusel alustage alkoholitartvitamise häire ravi.
 41	Kui üldarstiabi sekkumised on ebapiisavad, konsulteerige psühhiaatriga ja vajadusel suunake patsient tema vastuvõtule.
 42	Mittekomplitseeritud võõrutusseisundiga patsienti ravige ambulatoorselt.
 43	Tüsistunud võõrutusseisundiga (alkoholideliirium, võõrutuskrambid) patsienti ravige intensiivravi võimalustega osakonnas. Motiveerige patsienti kohe pärast võõrutusseisundi ravi jätkama tagasilangust ennetavat ravi.
 44	Kaasuvate komplitseeritud psüühikahäirete diagnostikaks ja sõltuvus-ravi sissejuhatuseks rakendage psühhiaatrilist statsionaarset ravi.
 45	Näidustusel suunake patsient sõltuvushäirele orienteeritud rehabilitatsiooniteenusele.
46	Ravi korraldamisel kasutage astmelise ravi mudelit.
47	Kasutage juhtumikorraldust kõrge tagasilanguse riskiga ja/või kaasuvate psüühikahäiretega patsientide puhul, kelle sotsiaalne toimetulek on alkoholitartvitamise häirest tulenevalt raskendatud.

Alkoholi liigtarvitamise avastamine ja sõelumine

Alkoholi liigtarvitamine on oluliseks riskifaktoriks ca 60 erinevale tervisehäirele (4). Vaata tabel 4. Alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine annab võimaluse õigeaegselt sekkuda ning hoida ära tõsisemate tervisekahjude tekkimist. Sagedamini on alkoholi liigtarvitava patsiendi esimeseks kontaktiks perearst, erakorralise meditsiini osakond või traumapunkt. Alkoholi liigtarvitamise sõelumiseks sobib kasutada 10 küsimusest koosnevat AUDITi testi (vt lisa 1). Testi tulemuste põhjal saab otsustada edasise sekkumise vajadused 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 AUDITi testi lühendatud versiooni AUDIT-C, mis koosneb AUDITi testi kolmest esimesest küsimusest.

Tabel 2. AUDITi testi tulemustele vastavad riskitasemed ja nõustamise soovitus

Riskitase	AUDITi skoor	Lühinõustamine
Madala riskiga tarvitamine	0–7	Antakse tagasisidet testi tulemuste kohta. Selgitatakse, et tõenäosus sama alkoholi tarvitamise koguse juures tervisekahjustuse tekkeks on väike. Soovitatakse mitte suurendada alkoholi tarvitamist. Soovitatav on anda patsiendile infomaterjal.
Tervist ohustav tarvitamine	8–15	Antakse tagasisidet testi tulemuste kohta. Selgitatakse, et sellise alkoholi tarvitamise juures on suurenenud risk tervisehäirete tekkeks. Soovitatakse alkoholi tarvitamist vähendada. Antakse soovitusi või viiakse läbi lühinõustamine. Patsiendile antakse eneseabimaterjal.
Tervist kahjustav ehk kuritarvitamine	16–19	Antakse tagasisidet testi tulemuste kohta. Selgitatakse, et selline alkoholi tarvitamise tase kahjustab vaimset või füüsilist tervist. Viiakse läbi kliiniline intervjuu diagnoosi täpsustamiseks, lühinõustamine ja patsiendile antakse eneseabimaterjal.
Võimalik alkoholisõltuvus	≥ 20	Antakse tagasisidet testi tulemuste kohta. Selgitatakse, et selline alkoholi tarvitamise tase kahjustab vaimset või füüsilist tervist. Viiakse läbi kliiniline intervjuu diagnoosi täpsustamiseks. Vajadusel suunatakse patsient spetsialisti või eriarsti vastuvõtule.

Täpsemad juhised AUDITi testi läbiviimise ja lühinõustamise kohta on ära toodud metoodilises juhendmaterjalis „Alkoholi liigtarvitava patsiendi varajane avastamine ja nõustamine perearstipraktises“(5).

1	Kõiki alkoholitarvitamise häire kahtlusega täiskasvanud patsiente sõeluge AUDITi testiga esmatasandi tervishoius.
2	Vajadusel sõeluge alkoholitarvitamise häire kahtlusega patsiente AUDITi või AUDIT-C testiga eriarstiabis.

Kõige enam leidub hea kvaliteediga tõendusmaterjali AUDITi testi efektiivsuse kohta alkoholi liigtarvitamise sõelumiseks. Lisaks toetavad kaks süstemaatilist ülevaadet (6,7) ka AUDIT-C kasutamist perearstiabis. Viiel süstemaatilisel ülevaatel põhinev ülevaade (7) leiab, et mitmed sõeltestid 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 “Kui sageli viimase aasta jooksul tarvitasite 4(naised)/5(mehed) või enam alkohoolset jooki?” sõelumine (tundlikkus 82–87% ja spetsiifilisus 61–79%) (7). Eraldi võib mainida ühte läbilõikelist uuringut (8), mis toetab AUDIT-C kasutamist ka erakorralises meditsiiniabis.

Alkoholi liigtarvitamise sõelumisele peab järgnema tagasiside testi kohta ja vajadusel lühinõustamine. Lühinõustamise kohta andmed varieeruvad esmajoones mõiste endaga seonduvalt – lühinõustamiseks peetakse nii viieminutilist nõuandmist kui ka mitme kontaktiga motiveeriva intervjuu rakendamist. Vaatamata sellele võib tugineda kuuele hea kvaliteediga süstemaatilisele ülevaatele (9–14), mis hindasid lühinõustamise kasutamist perearstiabis ning leidsid, et see on efektiivne vähendamaks alkoholi liigtarvitamist. Antud ravijuhendi valmimise ajal ei leitud uuringuid, milles oleks kindel tõendus sõelumise kahjulikkuse kohta (tegemist on mitteinvasiivse ning vabatahtliku protseduuriga). Soomes läbi viidud uuringus (15) leidis 81% perearsti poolt konsulteeritud patsientidest, et alkoholi teemal rääkimine ja nõustamine on kasulik ja aktsepteeritav. Vt täielik tõendusmaterjali kokkuvõte www.ravijuhend.ee, EvSu 1.

Alkoholitarvitamise häire diagnoosimine

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

Tabel 3. RHK-10 diagnoosikriteeriumid (3).

F10.1 Alkoholi kuritarvitamine

Tarvitamise viis, mis kahjustab tervist. Kahjustus võib olla somaatiline või psüühiline (nt suurest joomisest tingitud episoodilised depressiivsed häired).

Alkoholi kuritarvitamise diagnoosimiseks on obligatoorne tarvitaja poolt enesele tekitatud somaatiline või psüühiline kahjustus. Aine kuritarvitamist kritiseerivad sageli teised inimesed ning seda seostatakse sageli mitmesuguste väärastunud ühiskondlike tõekspidamistega. Fakt, et konkreetse aine tarvitamise viis on teiste inimeste või kultuuri poolt taunitav 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.

F10.2 Alkoholisõltuvus

Somaatiliste, käitumuslike ja kognitiivsete avalduste kompleks, mille korral aine või ainete 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 tarvitada ainet.

(b) võimetus kontrollida aine tarvitamisel käitumist, tarvitamise kestust ja aine hulka, mis väljendub: alkoholi tarvitamises suurtes kogustes või pikemate perioodide vältel kui algselt kavatsatud; või püsivas soovis või edututes katsetes vähendada või kontrollida alkoholi tarvitamist.

(c) aine tarvitamise lõpetamisel või vähendamisel tekkiv võõrutusseisund (vt Flx.3 ja Flx.4), mille tõestuseks on ainele iseloomulik võõrutussündroom; või aine tarvitamine, et leevendada või ära hoida 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 aine tarvitamise ees; suurenenud on ajahulk, mis kulub aine hankimisele, tarvitamisele ja toimest toibumisele;

(f) aine tarvitamise jätkamine vaatamata ilmsetele kahjustavatele tagajärgedele, nagu maksakahjustus massiivse joomise tagajärjel, intensiivsele aine tarvitamise perioodile järgnevad depressiivsed episoodid, kognitiivsete funktsioonide häirimine. Tavaliselt ei ole kerge selgitada, millisel määral on isik teadlik kahjustuse iseloomust või ulatusest

Lisaks diagnostilisele intervjuule viiakse läbi kliiniline hindamine, mille käigus täpsustatakse alkoholi tarvitamise mustrit, tarvitamist soodustavaid faktoreid, teiste ainete kuritarvitamist, alkoholi tarvitamisest tingitud psühhosotsiaalseid probleeme, valmisolekut muutuseks ning seda takistavaid faktoreid. Oluline on identifitseerida kaasuvad somaatilised ja psüühilised haigused. Alkoholisõltuvuse raskusastme hindamiseks võib kasutada SADQ küsimustikku (vt. lisa 2). Punktisumma ≤ 15 viitab kergele sõltuvusele, skoor 16-30 mõõdukale ja ≥ 31 punkti raskele alkoholisõltuvusele (16). Struktureeritud diagnostilisi intervjuusid, nt M.I.N.I 5.0.0 (17) ja CIDI, võib kasutada täiendavalt kliinilisele intervjuule alkoholi kuritarvitamise ja alkoholisõltuvuse diagnoosimiseks. Nende läbiviimine vajab eelnevat väljaõpet ning on ajamahukas, mistõttu leiavad need kasutust pigem eriarsti (psühhiaater) tasandil. Laboratoorsed analüüsid ei sobi alkoholi tarvitamise häire sõelumiseks ega diagnoosimiseks, kuna nad omavad madalat tundlikkust ja spetsiifilisust ega ole kuluefektiivsed. Biomarkereid (GGT, CDT, ASAT, ALAT) võib kasutada alkoholi tarvitamisest tekkinud organsüsteemide kahjustuste hindamiseks (vt tabel 4), ravikäigu jälgimiseks ning vajadusel patsientide motiveerimiseks. Samuti võib laboratoorseid analüüse kasutada kaasuvate haiguste tuvastamiseks, mis võivad mõjutada haiguse edasist kulgu ning ravi valikut.

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

Seede- elundkond	Maksahaigused, k.a alkoholist tingitud rasvmaks, alkoholne hepatiit, alkoholist tingitud tsirroos, mitmed tsirroosiga seotud komplikatsioonid ning portaalhüpertensioon Hepatotsellulaarne kartsinoom Äge ja krooniline pankreatiit Parotiidnäärme suurenemine Gastroösofageaalne refluks Peptiline haavand, gastriit, duodeniit Söögitoru ruptuur Veriokse ehk hematemees Imendumishäireteni viiv peensoole kahjustus Kõhulahtisus
Südame- veresoonkond	Kõrgvererõhutõbi Kardiomiopaatia Kardiaalsed arütmiaid (akuutsed arütmiaid alkoholi mürgistuse korral) Südame isheemiatõbi
Närvisüsteem	Dementsus Alkoholne epilepsia Kortikaalne atroofia Tserebellaarne kahjustus (ataksia) Perifeerne neuropaatia Autonoomne neuropaatia Wernicke entsefalopaatia Wernicke-Korsakovi sündroom Marchiafava-Bignami sündroom
Tugi-liikumis- elundkond	Podagra Osteopoenia Rabdomüolüüs
Vereleome	Trombotsütopeenia Pantsütopeenia Hemolüütiline aneemia Makrotsüütiline aneemia Aneemiad tingitud vit. B12 ja folaadi puudusest Koagulopaatia tingituna maksahaigusest
Hingamis- elundkond	Suurenenud vastuvõtlikkus hingamisteede infektsioonidele Uneapnoe Tuberkuloosi sagedasem esinemine

Ainevahetus-süsteem	Ülekaalusisus Hüpoglükeemia Kõrgenenud triglütseriidide tasemed Muutused kilpnäärme funktsioonis Muutused östrogeeni metabolismis seoses maksakahjustusega Alkoholne pseudo-Cushing Muutused kaltsiumi tasemetes ja luude metabolismis Diabeedi komplitseerumine Ketoatsidoos Testikulaarne atroofia Hüpoparatreoidism Infertiilsus
Nakkus-haigused	Kopsupõletik Tuberkuloos C-hepatiit Seksuaalsel teel levivad haigused
Nahk	Hematoomid Ekseem Psoriaas Erüteem
Psüühika-häired	Depressioon Ärevushäire, paanikahood Alkohoolsed hallutsinatsioonid, deliirium Korduvad enesevigastamise katsed

3	Patsientidega, kes saavad AUDITi skooriks 16 või enam, viige läbi diagnostiline ehk kliiniline intervjuu alkoholi kuritarvitamise või alkoholisõltuvuse diagnoosi täpsustamiseks.
4	Kaaluge lisaks kliinilisele intervjuule struktureeritud diagnostilise intervjuu kasutamist alkoholi kuritarvitamise ja alkoholisõltuvuse diagnoosimisel.
5	Enesekohased testid ei ole piisavad alkoholi kuritarvitamise ja alkoholisõltuvuse diagnoosimiseks.
6	Laboratoorsed analüüsid ei sobi alkoholi kuritarvitamise ja alkoholisõltuvuse diagnoosimiseks.
7	Kõiki alkoholi kuritarvitamise ja alkoholisõltuvuse diagnoosiga patsiente hinnake objektiivselt organsüsteemide kahjustuste väljaselgitamiseks.
8	Organsüsteemide kahjustuse kahtluse korral kaaluge täiendavaid uuringuid ja vajadusel suunamist vastava eriala arsti konsultatsioonile.

AUDITi testi skoor korreleerub hästi alkoholisõltuvuse raskusastmega. Üks 1134 alkoholisõltuvusega patsienti haarav uuring (18) näitas, et AUDITi skoor 8 kuni 15 korreleerus enamasti kerge (53,3%) ja mõõduka (41,7%) sõltuvuse raskusastmega, skoor 16 kuni 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 (19), ristläbilõikeline uuring (20) ning WHO poolt läbi viidud uuring (21) hindasid struktureeritud kliiniliste intervjuude usaldusväärsust ja valiidsust. CIDI ja SCID näitasid kõrget spetsiifilisust, kuid madalat tundlikkust alkoholi liigtarvitamise identifitseerimisel (19). CIDI Coheni kapa-kordajad ehk kooskõlakordajad olid kõrgemad alkoholisõltuvuse osas (CIDI vs ICD-10 – 0,7; SCAN vs ICD-10 – 0,76) ja madalamad alkoholi kuritarvitamise korral (CIDI vs ICD-10 – 0,6; SCAN vs ICD-10 – 0,35) (21). M.I.N.I struktureeritud intervjuu omab kõrget tundlikkust ja spetsiifilisust (20).

Üks süstemaatiline ülevaade ja üks ristläbilõikeline uuring on hinnanud laboratoorsete näitajate tundlikkust ja spetsiifilisust alkoholitarvitamise häire identifitseerimisel. Uuringute tulemused näitasid, et laboratoorsed analüüsid nagu MCV, GGT ja CDT omavad madalat tundlikkust ja spetsiifilisust (22). GGT ja CDT puhul on saadud väga heterogeenseid tulemusi tundlikkuses ja spetsiifilisuses: tundlikkus 0–61% CDT puhul ning tundlikkus 10–61% GGT puhul. Mõlema biomarkeri kombineerimine andis kõrgema tundlikkuse (57–95%) alkoholi liigtarvitamise tuvastamisel (23). Vt tõendusmaterjali kokkuvõte www.ravijuhend.ee, EvSu 2.

Levimisuuringud on näidanud, et alkohoolse maksahaigusega patsientidel esineb sageli C- või B-hepatiiti, depressiooni ja ärevushäiret (24). Kroonilistel, rohke alkoholi tarvitajatel (> 50 ühikut nädalas) esineb defitsiite kognitiivses võimekuses võrreldes madalama kogustega alkoholi tarvitajatega (< 20 ühikut nädalas) (25). Süstemaatilistest ülevaatest ja metaanalüüsist selgus, et tugev alkoholiannusest sõltuv suhe esineb alkoholi tarvitamise ja suuõõne-, söögitoru-, kõrivähi ning hüpertensiooni, maksatsirroosi, kroonilise pankreatiidi ja erinevate traumade vahel. Samuti on risk haigestuda käärsoole-, rektumi-, maksa- ja rinnavähki (26). 8 kohortuuringut ühendav analüüs näitas, et võrreldes alkoholi mittetarvitajatega on rohke alkoholi tarvitajatel (≥ 45 g päevas) oluliselt kõrgem risk haigestuda kolorektaalvähki (RR 1,41 CI 1,16–1,72) (27). 15 randomiseeritud kontrollitud katsel põhinev metaanalüüs näitas, et alkoholi tarvitamise vähendamine langetab süstoolset ja diastoolset vererõhku (28). Vt täielik tõendusmaterjali kokkuvõte www.ravijuhend.ee, EvSu 3.

Alkoholivõõrutusseisundi diagnoosimine ja ravi

Võõrutusseisundi diagnoosimine

Võõrutusseisundi sagedasemad somaatilised võõrutusnähud on higistamine, treemor, südameklõppimine, iiveldus, oksendamine, unetus, peavalu, nõrkus. Võõrutusseisund võib tüsistuda krampide, hallutsinatsioonide või deliiriumiga.

Alkoholivõõrutusseisundi esinemisel tuleb hinnata selle raskust ning 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 nende tugevust (vt lisa 3). Võõrutusseisundit diagnoositakse RHK-10 diagnoosikriteeriumite alusel (vt tabel 5).

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

F10.3 Võõrutusseisund alkoholist

Võõrutusseisund ehk võõrutussündroom on mitmesuguse raskusastmega sümptomite kogum, mis tekib alkoholi absoluutsel või suhtelisel äräjätmisel juhul, kui alkoholi on tarvitatud regulaarselt ja tavaliselt kaua ja/või suurtes annustes. Võõrutusseisundi kujunemine ja kulg on ajaliselt piiratud ning sõltub vahetult enne abstinenti tarvitatud aine tüübist ja kogusest. Võõrutusseisund võib olla tüsistunud krampidega.

Võõrutusseisund on üks sõltuvuse indikaatoreid, mida tuleb sõltuvussündroomi korral arvestada. Võõrutusseisund tuleb panna peadiagnosiks juhul, kui see on arsti poole pöördumise põhjuseks ja raskuse tõttu vajab meditsiinilist tähelepanu.

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 reflekside poolt ilma vahetu eelneva aine tarvitamiseta. Sellistel juhtudel võib diagnoosi püstitada sõltuvusseisundi raskuse alusel.

Tõendusmaterjal on keskmise või hea kvaliteediga. Üks sekkumisuuring (29) ja üks süstemaatiline ülevaade (30) 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 > 15 ja keda ei ravitud, olid suurema tõenäosusega ohustatud raskema alkoholi võõrutussündroomi tekkest (RR, 3,72; 95% CI, 2,85–4,85). Komplikatsioonidega (hallutsinatsioonid, krambid) patsientidel olid CIWA skoorid kõrgemad kui neil, kellel komplikatsioone ei esinenud (keskmine skoor 21,8 [SD 1,2] versus 15,6 [0,55], MD 6,10; 95% CI 5,67 kuni 6,53; $p < 0,00001$) (29). Korduvalt võõrutusel viibivatel patsientidel on oluline hindamisvahendi kasutamine, kuna võõrutussümptomid on neil tugevamad ning nad vajavad agressiivsemat ravi (31). Vaatlusuuring (32) näitas, et võõrutussündroomi sümptomid algasid keskmiselt 5 tundi pärast viimase dringi tarvitamist ning möödusid 22 tunni pärast. Komplikatsioonid tekkisid 21%-il patsientidest. Uuring järeldas, et patsiendi hindamise viibimine > 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)

Vt tõendusmaterjali kokkuvõte www.ravijuhend.ee, EvSu 4.

Võõrutusseisundi ravi

Võõrutusseisundi esmaseks ravivalikuks 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). Patsientidel, kellel on varasemalt esinenud sõltuvushäireid ja keda ravitakse ambulatoorselt, peab eelistama pikatoimelisi bensodiasepiine, et vähendada ravimite kuritarvitamise riski.

Kerge te võõrutusnähtude (CIWA-Ar <10) korral võib piisata toetavast ravist (vedelikubilansi taastamine, rahulik keskkond) ja bensodiasepiine määratakse vajadusel. Kerge kuni mõõduka alkoholivõõrutusseisundi (CIWA-Ar ≤ 20) medikamentoosne ravi võib toimuda ambulatoorselt juhul, kui on korraldatud meditsiinipersonali (perearst, pereõde, psühhiaatriaõde) regulaarsed visiidid ja patsiendil on olemas toetav keskkond. Ambulatoorseks raviks soovitatav raviskeem fikseeritud bensodiasepiini annusetega on toodud tabelis 6.

Tabel 6. Näide ambulatoorsest alkoholivõõrutuse raviskeemist (kohandatud NSW 2008 ravijuhendist)

1. päev:	T. Diasepaam 10 mg	6 tunni järel
2.–3. päev:	T. Diasepaam 5–10 mg	8 tunni järel
4. päev:	T. Diasepaam 5 mg	hommikul ja õhtul
Mahatiitrimine		2 päeva jooksul.

Stationsaarset ravi tuleb kindlasti rakendada järgnevatel 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 vajalik vedelikubilansi ja elektrolüütide tasakaalu taastamine, eriti kui kaasneb tugev oksendamine. Vajalikuks võivad osutada antiemeetikumid iivelduse, antipsühhootikumid hallutsinatsioonide, antikonvulsandid krampide korral.

Wernicke entsefalopaatia tekkeriski vähendamiseks on soovitatav profülaktiline tiamiini (vitamiin B1) manustamine 250 mg i/m või i/v 3 päeva jooksul. Näide statsionaaris kasutatavatest raviskeemidest on toodud tabelist 7.

Tabel 7. Sümptomitest lähtuv alkoholivõõrutusravi statsionaaris (kohandatud NSW 2008 järgi)

Mõõdukas võõrutus (CIWA-Ar 10–20):

Alguses 10–20 mg T. Diasepaami; korda annust 10 mg iga tunni järel või 10–20 mg iga 2 tunni järel, kuni patsient saavutab sümptomite üle kontrolli (kuni 80 mg diasepaami).

Hinda kliiniliselt, kui 80 mg diasepaami on ordineeritud, kuid patsient on endiselt rahutu.

Kaalu 5–10 mg olansapiini lisamist.

Raske võõrutus (CIWA-Ar > 20):

Alusta diasepaamiga küllastamist: algannus 20 mg diasepaami, tõsta annust 4–6 tunni jooksul 80 mg-ni või kui patsient on sedateeritud (korduv kliiniline hindamine vajalik, kui annus 80 mg diasepaami). Hinda CIWA-Ar-i tulemust sagedamini, kuni see hakkab langema. Tõusev skoor viitab agressiivsema ravi vajalikkusele.

10

Kliiniliselt oluliste võõrutusnähtudega patsientide võõrutusravis kasutage esmavaliku preparaatina lühiajaliselt bensodiasepiine (eelistatult diasepaam).

Metaanalüüs (33), mis koosnes 134 randomiseeritud kontrollitud uuringust näitas, et bensodiasepiinid võrreldes platseeboga vähendavad võõrutussümptomite raskust ning deliiriumi võimalikku teket. Lisaks väheneb bensodiasepiinide kasutamisega krampide tekkerisk. Cochrane'i süstemaatiline ülevaade (34) näitas, et bensodiasepiinid on võrreldes platseeboga alkoholi võõrutussündroomi korral esinevate krampide ennetuses efektiivsed. Vt täielik tõendusmaterjali kokkuvõtte www.ravijuhend.ee, EvSu 5.

Alkoholi ja bensodiasepiinide segakasutus

Alkoholi ja muude psühhoaktiivsete ainete segakasutuse väljaselgitamine

Erinevate uuringute andmetel on bensodiasepiinide kasutamine alkoholi liigtarvitajate seas levinud 10–20% (35,36). Osa alkoholi liigtarvitajatest võivad olla bensodiasepiinidest sõltuvad. Mõnede patsientide jaoks algab bensodiasepiinide sõltuvus, kui alkoholivõõrutussündroomi raviks kasutatud bensodiasepiinide väljakirjutamist pidevalt jätkatakse. Teinekord on bensodiasepiinide sõltuvus alguse saanud ärevuse või unetuse kupeerimisest, mille käigus ei lõpetatud ravi õigeaegselt (4–6 nädalat).

Mitmed levimusuuringud on näidanud, et sageli kaasneb alkoholi liigtarvitamisega mingi muu psühhoaktiivse aine tarvitamine. Kliinilise hindamise käigus tuleks hinnata teiste psühhoaktiivsete ainete (sealhulgas legaalsed ained, nt bensodiasepiinid) võimalikku kuritarvitamist. Hinnata tuleks psühhoaktiivse aine tüüpi, manustamise viisi, kogust ja tarvitamise sagedust. Põhjalikku hindamist tuleks kaaluda täiskasvanutel, kelle AUDITi testi punktisumma on suurem kui 16. Hindamiseks võib kasutada ASSISTi küsimustikku (37) või sõltuvuse raskusastme skaalat (SDS, vt lisa 4) (38). Eestis on psühhiaatrite poolt sagedasti kasutatav struktureeritud neuropsühhiaatriline intervjuu M.I.N.I 5.0.0. (17), mille läbiviimine vajab eraldi väljaõpet.

11

Kõiki alkoholitarvitamise häirega patsiente hinnake kliinilise intervjuu käigus bensodiasepiinide ja teiste psühhoaktiivsete ainete samaaegse tarvitamise suhtes.

Uuringud on näidanud, et mitme aine samaaegne kasutamine on levinud (39,40). Alkoholiga samaaegse psühhoaktiivsete ainete tarvitamise hindamisel on peamiselt kasutatud ASSISTi küsimustikku või sõltuvuse raskusastme skaalat (SDS). Kaks uuringut on hinnanud ASSISTi küsimustiku usaldusväärust ja valiidsust. ASSISTi küsimustiku kogu ainete tarvitamise skoori läbilõikeväärtus ≥ 16 omab tundlikkust 0,81 ja spetsiifilisust 0,64. ASSIST omab tugevat korrelatsiooni teiste mõõdikutega: ASI-Lite ($r = 0.76-0.88$), SDS ($r = 0.59$), AUDIT ($r = 0.82$) ja RTQ ($r = 0.78$) (41). Vt tõendusmaterjali kokkuvõtte www.ravijuhend.ee, EvSu 15.

Alkoholi ja bensodiasepiinide segasõltuvuse ravi põhimõtted

Tõenduspõhist informatsiooni mitme aine koostarvitamise ravi kohta on väga vähe, mistõttu on raske anda üheseid ravisoovitusi segasõltuvuse ravi kohta. Segasõltuvuse korral tuleb teostada patsiendile täielik kliiniline hindamine ja integreerida erinevate ainete sõltuvushäire ravis kasutatavad farmakoloogilised ja psühhosotsiaalsed raviviisid vastavalt nende tõenduspõhisusele. 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 ettearvatum, komplitseeritum ja suurema riskiga tüsistuste tekkeks. Ravida tuleb kõikide ainete sõltuvust 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 minimaliseerida, kui kasutada kaasuva aine asendusravi, näiteks diasepaam bensodiasepiinide sõltuvuse korral; lubada alkoholvõõrutusel taanduda, enne kui alustada teise aine võõrutamisega (nt diasepaami doosi mahatiitrimine).

Käesolevalt on ära toodud bensodiasepiinide sõltuvusravi põhimõtted Suurbritannia Psühhofarmakoloogia Assotsiatsiooni (*British Association for Psychopharmacology, BAP 2012*) ravijuhendi materjalidele. Bensodiasepiinide võõrutusnähtudeks on ärrituvus, rahutus, unetus, düskomfordi tunne kõhus, lihasvalud, düsfooria, keskendumisraskused ja kehv mälu. Harvem esinevad tajuhäired, paanikahood, krambid, psühhooos ja segasusseisund.

Bensodiasepiinide sõltuvus „terapeutilise doosiga” kasutajate puhul:

- Varajase, kerge sõltuvuse korral rakendatakse minimaalseid sekkumisi nagu informeerimine või perearstipoolne nõustamine.
- Sõltuvuse olemasolul tuleb bensodiasepiinide annust retseptide väljakirjutamisel järk-järgult alandada.
- Patsiendil, kellel bensodiasepiini annuse vähendamise käigus tekivad problemaatilised võõrutusnähud, tuleks minna üle lühitoimelistelt bensodiasepiinidelt pikatoimelistele.
- Psühhoteeraapiate lisamine bensodiasepiinide järkjärgulisele vähendamisele tõstab raviefektiivsust eriti neil patsientidel, kellel esinevad unehäired või paanikahäire.
- Lisaravimid bensodiasepiinide järkjärgulises vähendamises ei suurenda vähendamise efektiivsust. Teatud patsientide puhul võib kõne alla tulla anti-depressantide, melatoniini, valproaadi ja flumaseeniili kasutamine.

Bensodiasepiinide sõltuvus kõrge 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 kõrge annusega bensodiasepiinide tarvitajate hulgas.
- Peaks rakendama bensodiasepiinide ja teiste ainete kasutamise jälgimist.
- Bensodiasepiinide vähendamine terapeutilise annuse vahemikku kõrge annuse kasutajate puhul võib olla kasulik ravieesmärk mõnede patsientide hulgas.
- Bensodiasepiinide väljakirjutamisel peab olema teadlik potentsiaalsetest riskidest alkoholi ja opioidsõltuvusega 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	Soovitatav raviskeem
Terapeutilise annuse kasutajad (regulaarne pikatoimelise bensodiasepiini kasutaja) / Ambulatoorne arstiabi	Vähendamine või stabili-seerimine	Mahatiitrimine: 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 pidev ravi ülevaade ja toetus patsiendile. Arvesta ravi komplitseeritusega, mis tuleneb bensodiasepiinide sõltuvusest. Bensodiasepiine tuleb patsiendile jagada superviseeritult kokku lepitud annustes. Süмптоomaatiline ravi: * ärevus: kui esineb oluliselt väljendunud ärevus või unetus võõrutuse korral, siis tuleks mahatiitrimise annused üle vaadata. Mõnikord on kasutatud sedatiivse toimega antipsühhootikume. Pikka aega kestvate ärevussümptomite korral võib kasutada SSTI-sid. * krambid: antikongulsandid * treemor: beetablokaatorid

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

Bensodiasepiin või Z-ravim	vastab diasepaamile 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
zopikloon	7,5 mg
zolpideem	10 mg

12

Alkoholi ja bensodiasepiine segakasutavate patsientide puhul kasutage esmaseks sekkumiseks lühinõustamist ning eneseabivõtete tutvustamist ainete tarvitamise vähendamiseks ja alustage bensodiasepiinide annuste järkjärgulist vähendamist.

13

Patsiendid, kellel tekib võõrutussündroom või kes ei suuda loobuda ainete tarvitamisest, suunake psühhiaatri vastuvõtule.

Käesoleva teema kohta leidus vähe tõendusmaterjali. Alkoholi ja bensodiasepiinide segasõltuvuse ravi käsitletakse ravijuhendites lähtuvalt igast ainest eraldi, kuna leidub vähe uuringuid, mis käsitleks alkoholi ja bensodiasepiinide segasõltuvusega patsientide ravi, sest uuringutesse pole kaasatud mitme aine sõltuvusega patsiente. Bensodiasepiinide monosõltuvuse kohta leidub oluliselt rohkem tõendusmaterjali. Ühes metaanalüüsis (42) näidati, et lühisekkumised (perearst teavitas patsienti kirjalikult kolmekuulise bensodiasepiinide tarvitamise perioodi järel vajadusest bensodiasepiine vähendada) on bensodiasepiinidest loobumisel efektiivsemad kui tavaravi (routine care, mitteteavitamine) (3 RCT-d, OR = 4.37, CI 2.28–8.40), tõstes õnnestumise tõenäosuse 5%-lt 22%-le. Kaks randomiseeritud kontrollitud uuringut (43,44) näitasid, et patsientidel, kellel esmasandis ei õnnestunud lühisekkumise teel bensodiasepiinidest loobuda, oli järkjärguline bensodiasepiinide vähendamine efektiivsem võrreldes tavaraviga (vastavalt 51% vs 15%). 15 kuu pärast olid järkjärgulist ravi saanud patsientidest 36% ja tavaravi saanud patsientidest 15% bensodiasepiinidest vabad (baseerudes retseptikeskuse andmetele).

Bensodiasepiinide ja alkoholisõltuvuse koosinemisel kasutatavatest farmakoteraapiatest leidub ülevaateartikkel (45), 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 randomiseeritud topeltpime uuring. Bensodiasepiinide sõltuvuse ravi pregabaliiniga kohta on mõned juhtumikirjeldused ja üks avatud uuring. Mõlema sõltuvuse korral leiti, et pregabaliin on efektiivne võõrutussümptomite kupeerimisel annuses 150–450 mg/päevas alkoholisõltuvuse ja annuses 225–900 mg/päevas bensodiasepiinide sõltuvuse korral. Kirjanduse ülevaade erinevate ainete võõrutusravist (46) leiab, et tõendus on limiteeritud, kuna esineb vähe kontrollitud uuringuid antud valdkonnas ning vajalikud on uuringud ainete võõrutusravi optimaalsete ravimi annuste ja ravirežiimide kohta. Vt tõendusmaterjali kokkuvõte www.ravijuhend.ee, EvSu 16.

Alkoholi ja bensodiasepiine segatarvitavate patsientide alkoholivõõrutusravi

Alkoholivõõrutusseisundis olevatel patsientidel rakendatakse farmakoloogilist ravi sõltumata sellest, kas patsiendil on tegemist ainult alkoholisõltuvusega või kaasub sellega ka bensodiasepiinide kuritarvitamine või sõltuvus. Tõendusmaterjali, mis oleks uurinud alkoholivõõrutusravi bensodiasepiine ja alkoholi segakasutataval patsientidel, ei leidu, kuna segatarvitajad on sageli uuritavast populatsioonist välja jäetud.

Bensodiasepiine ja alkoholi segatarvitavatel patsientidel tuleb alkoholivõõrutusravis kasutada suuremaid bensodiasepiinide annuseid. Kalkuleerida tuleb algne bensodiasepiinide annus, mis on vajalik alkoholivõõrutuse kupeerimiseks ja lisada sinna ekvivalendina bensodiasepiinide annused, mida patsient tarvitab igapäevaselt. Hea on kasutada ühte tüüpi bensodiasepiine (kloordiasepoksiid või diasepaam). Segakasutava patsiendi alkoholivõõrutuse raviskeem peaks kestma 2–3 nädalat või rohkem, olenevalt kaasuva bensodiasepiinide sõltuvuse raskusastmest (47).

Patsiendid, kes on alkoholi ja muude psühhoaktiivsete ainete regulaarsed segakasutajad (nt opiaadid, stimulandid, bensodiasepiinid), võivad tunda raskemaid võõrutusnähtusid. Võõrutus alkoholist ja bensodiasepiinidest võib tõsta riski võõrutuskomplikatsioonide tekkeks (48,49), mistõttu on soovitatav segakasutajate võõrutusravi läbi viia haigla tingimustes.

14	Kõigil kliiniliselt oluliste alkoholi võõrutussümptomitega bensodiasepiine ja alkoholi segatarvitavatel patsientidel kaaluge võõrutusnähtude vähendamiseks esmaselt farmakoloogilist ravi, esmavalikuks bensodiasepiinid.
15	Segatarvitajate alkoholi võõrutussündroomi ravige vajadusel statsionaari tingimustes.

Leidub vähe tõendusmaterjali alkoholivõõrutusravi kohta bensodiasepiine ja alkoholi segatarvitaval populatsioonil. Bensodiasepiine kuritarvitavad ja bensodiasepiinisõltuvusega patsiendid on enamasti jäetud võõrutusravi efektiivsuse uuringutest välja ja napib andmeid detoksikatsiooniprotokollide efektiivsuse ja ohutuse kohta neil patsientidel. Cochrane'i süstemaatilises ülevaates (50) hinnati eraldi publikatsioonis toodud patsientide sisse- ja väljalülitamiskriteeriumeid, selgitamaks kas alkoholivõõrutuse kliinilistesse uuringutesse kaasati ka patsiente, kes kasutasid bensodiasepiine. Enamikes uuringutes ei lubatud osaleda neil patsientidel, kes kasutasid teisi illegaalseid narkootikume, psühhotroopseid ravimeid, antikongulsante, uinuteid, bensodiasepiine 5 päeva enne uuringut, kes kasutasid mingeid teisi ravimeid, kelle uriinist oli positiivne bensodiasepiinidele. Vt tõendusmaterjali kokkuvõte www.ravijuhend.ee, EvSu 6.

Tagasilangust ennetav ravi

Ravi alustamine ja ravi eesmärk

Alkoholarvitamise häire ravi koosneb alkoholivõõrutusravist (kui see osutub vajalikuks) ja sellele kohe järgnevast tagasilangust ennetavast ravist (51). Ravi alustamisel tuleb patsienti informeerida ravi võimalustest ja ravi valikul arvestada patsiendi vajadusi, eelistusi ja sotsiaalseid olusid. Ravisekkumiste valik sõltub mitmetest teguritest: patsiendi praegused probleemid, alkoholitarvitamise ja teiste narkootiliste ainete tarvitamise muster, kaasuv psüühikahäire või kehaline haigus, motiivatsioon ja ravieelistused, sotsiaalsed võimalused ja olemasolevad vahendid. Ravi eesmärgi ja ravisekkumise valik on patsiendi ja arsti jagatud otsus. Abstinents on soovitatav ravieesmärk enamusele mõõduka ja raske alkoholisõltuvusega patsientidele ja neile, kes liigtarvitavad alkoholi ja kellel esineb kaasuvana muu psüühikahäire või kehaline haigus. Patsiendi puhul, kellel on näidustatud abstinents, kuid kes ei soovi alkoholitarvitamist täielikult lõpetada, ei tuleks ravisuhet katkestada, vaid seada ravi vahe-eesmärgiks mõõdukas alkoholitarvitamine ning jätkata patsiendi motiveerimist täieliku abstinentsi suunas (51). Valides ravieesmärgi tuleb silmas pidada, et mõnede patsientide puhul on abstinents nõutud kohtuotsusega. Mõõdukat alkoholitarvitamist võib kaaluda patsientidel, kellel esineb alkoholi kuritarvitamine või kerge alkoholisõltuvus ilma komorbiidsete haigusteta ja neil on olemas toimiv sotsiaalne tugivõrgustik.

Milline ravisekkumine valida?

Tagasilangust ennetav ravi on suunatud joomiskäitumise muutmiseks. Selleks kasutatakse psühhosotsiaalseid ja farmakoloogilisi sekkumisi. Alkoholisõltuvuse ravi põhialuseks on psühhosotsiaalsed sekkumised. Farmakoteraapia lisamine psühhosotsiaalsele sekkumisele suurendab ravi efektiivsust. 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 ebaefektiivseks, võib kaaluda farmakoteraapia lisamist. Farmakoteraapias kasutatakse ravimeid, mis soodustavad abstinentsi (nt disulfiraam) või vähendavad alkoholi tarvitamist (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 eneseabigruppidega (nt AA, Anonüümsed Alkohoolikud). Igal ravimeeskonnal peab olema ülevaade tegutsesatest eneseabigruppidest (vt. www.alkoinfo.ee).

16	Motiveerige patsienti kohe pärast võõrutusseisundiravi jätkama tagasilangust ennetavat ravi.
17	Esmase valikuna tagasilangust ennetavas ravis kasutage psühhosotsiaalset sekkumist, vajadusel kasutage lisaks farmakoteraapiat.
18	Tõenduspõhisuse puudumise tõttu ärge kasutage alkoholi kuritarvitamise ja sõltuvuse raviks platseeboefektli põhinevaid ravivõtteid.

Kaks hea kvaliteediga randomiseeritud platseebokontrollitud uuringut (52,53) leiavad, et on palju erinevaid ravisekkumisi alkoholitarvitamise häire ravis, kuid ei leidu ühte kindlat ravisekkumist, mis sobiks kõigile alkoholiprobleemidega inimestele. Ravivalik varieerub patsientide seas ning muutub ka ühe patsiendi jaoks ravi erinevatel etappidel, kuna haigus on krooniline ning vajab eri etappidel erineva intensiivsusega sekkumisi. Mitmed randomiseeritud platseebokontrollitud uuringud (54–57) on näidanud, et abstinentsile suunatud sekkumised annavad parimaid pikaajaseid ravitulemusi. Alkoholi tarvitamise vähendamisele suunatud sekkumised on efektiivsed ohustava alkoholi tarvitamise ja alkoholi kuritarvitamise puhul (58). Uuring (57) ei kinnita kontrollitud joomisele suunatud sekkumiste efektiivsust mõõduka ja raske alkoholisõltuvuse korral. Kui abstinents ei ole esialgu võimalik, siis tarvitamise vähendamine ja sellega seoses riskikäitumise maandamine võib olla realistlik eesmärk (59,60). Farmakoteraapia ja psühhosotsiaalsete sekkumiste kombineerimise efektiivsuse kohta teostati randomiseeritud platseebokontrollitud uuring COMBINE (54), mis hõlmas kokku 1393 alkoholisõltuvusega patsienti ja uuris akamprosaatravi vs platseebo, naltreksoon vs platseebo, naltreksoon + kombineeritud käitumuslikud sekkumised, akamprosaat + kombineeritud käitumuslikud sekkumised ja käitumuslikud sekkumised ilma farmakoteraapiata. Olulised tulemusnäitajad olid abstinents (mitu % päevadest veedetud abstinentsis) ja aeg esimese joomasööstuni. Leiti, et patsientidel, keda raviti naltreksooni, kombineeritud käitumuslike sekkumiste või nende omavahelise kombinatsiooniga, olid paremad tulemusnäitajad kui akamprosaadil koos või ilma käitumusliku teraapiata. Kui kaasatud oli meditsiiniline jälgimine (ingl medical management), siis kombineeritud ravi ei olnud tõhusam kui naltreksoon või käitumuslik teraapia eraldi võttes. Patsientidele, kes said platseebot ja olid meditsiinipersonaliga regulaarses kontaktis, oli suurem efekt kui patsientidel, kes said ainult käitumuslikku teraapiat. Vt tõendusmaterjali kokkuvõte www.ravijuhend.ee, EvSu 7–8 ja EvSu 10.

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 omavahelist 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 intensiivsematest sekkumistest intensiivsemate sekkumiste poole. Näiteks võib rakendada alkoholi kuritarvitamise korral lühinõustamist, kuid kui selle efekt on vähene, siis alustatakse kognitiiv-käitumusliku teraapiaga. Mõõduka ja raske alkoholisõltuvusega patsientidele on sageli näidustatud kombineeritud ravi, st intensiivsetele psühhosotsiaalsetele sekkumistele lisatakse ka farmakoteraapia.

Tabel 10. Psühhosotsiaalsed sekkumised

Madala intensiivsusega sekkumised	
Harimine (<i>psychoeducation</i>)	Videomaterjalide, kirjanduse, loengute kaudu probleemi kohta informatsiooni pakkumine.
Motiveeriv intervjuerimine (MI)	Isikukeskne, eesmärgile suunatud nõustamismeetod ambivalentsuse lahendamiseks ja positiivse muutuse esilekutsumiseks läbi isiku enese motivatsiooni väljatoomise ning tugevdamise. Meetodit iseloomustab empaatiline ja patsiendiga mittevastanduv nõustamisstiil, vastupanu vähendamine, patsiendi julgustamine vastutuse võtmiseks ja otsuse tegemiseks. Nõustamisel kasutatakse avatud küsimuste esitamist, peegeldavat kuulamist, kokkuvõtete tegemist, vastandlike tundmuste suurendamist. On leitud, et MI meetodi ning teiste patsiendikesksete tehnikate kasutamine aitab parandada meedikku ja patsiendi suhte kvaliteeti, luua usaldust ning vähendada vastupanu muutusteks. (5)
Lühinõustamine	Lühinõustamise käigus motiveeritakse inimesi muutma oma käitumist, aidates neil mõista sõltuvust tekitava aine tarvitamisest tulenevaid terviseriske. Vajadusel julgustatakse inimesi nõustuma põhjalikuma raviga. Lühinõustamine on suunatud kõrgeks sõltuvushäire riskiga inimestele, see ei ole mõeldud raskete sõltuvushäirete raviks. Esmatasandi tervishoius võib lühinõustamine kesta 5-30 minutit (51).

Soovitud käitumise kinnitamine	Käitumuslik meetod, mille eesmärgiks on muuta alkoholi tarvitamine vähem atraktiivseks ja abstinents rohkem atraktiivseks. Soovitud käitumise kinnitamiseks kasutatakse mitmesuguseid tasustamise süsteeme nagu kinkekaardid, muud hüved (47).
Kõrge intensiivsusega sekkumised	
Kognitiiv-käitumisteraapia	Kognitiiv-käitumisteraapia baseerub ideel, et meie mõtted, tunded ja käitumine on omavahel seotud ning neist üht mõjutades saame tekitada muutust teises. Tänapäeval on teaduslikult tõestatud efektiivsusega kognitiiv-käitumisteraapia programme olemas pea kõigi sagedasemate psüühika ning käitumishäirete ravis (www.ekka.ee).
12 sammu programm (12 SP)	12 SP on struktureeritud ja manuaalipõhine lähenemine alkoholismile kui spirituaalsele ja meditsiinilisele haigusele. Rõhutatakse iganädalaste koosviibimiste, abstinentsi ning teiste sarnaste probleemidega inimeste abistamise olulisust (47). 12 SP põhimõtteid kasutatakse sageli AA-gruppides.
Käitumuslikud sekkumised (<i>behavioural interventions</i>)	Käitumuslikud sekkumised lähtuvad seisukohast, et emotsionaalsed ja käitumuslikud reaktsioonid on elu jooksul õpitud, mitte kaasasündinud ning neid on võimalik muuta. Käitumusliku sekkumise käigus püütakse luua negatiivseid kogemusi seoses alkoholi kasutamisega ning positiivseid seoses kainusega (47).
Paari- ja pereteraapiad	Paariteraapia vorm ja sisu on psühhoterapia koolkondade lõikes erinev. Paarisuhtel põhinev sekkumine alkoholi tarvitamise häire puhul sisaldab abikaasa või partneri aktiivset toetust haigestunud isikule vähendamaks alkoholi tarvitamist. Muuhulgas aidatakse paaridel ja peredel parandada omavahelisi lähisuhteid läbi suhtlemisoskuste jmt õpetamise (47,61).
Motivatsiooni tugevdamise teraapia (<i>motivational enhancement therapy</i>)	Sekkumine tugineb motiveeriva intervjuerimise meetodil. Teraapia keskendub patsiendi sisemise motivatsiooni leidmisele, uurides ja püüdes vähendada ambivalentsust käitumise muutmise ees (47).
Sotsiaalsete- ja toimetulekuoskuste treening (<i>coping/ social skills training</i>)	Õpetatakse alternatiivseid tehnikaid (suhtlemis- ja kuulamisoskus, probleemide lahendamise tehnikad, alkoholist keeldumise oskus, alkoholi tungi, viha ja stressiga toimetulemine), kuidas sotsiaalsetes situatsioonides paremini toime tulla ilma selleks alkoholi tarvitamata (51).

19

Püsivama ravitulemuse saavutamiseks kasutage alkoholi kuritarvitamise ja alkoholisõltuvusega patsientidel tõendus põhiseid psühhosotsiaalseid sekkumisi.

20

Lühinõustamist kasutage alkoholi kuritarvitamise vähendamiseks.

Harimine (Psychoeducation)

Vaimse tervise alane harimine ei oma eeliseid teiste sekkumiste ees ning võrreldes MT-ga on see vähem efektiivne (47,62,63).

Motiveerivad tehnikad (MT)

Motiveerivad tehnikad sobivad juhul, kui eesmärgiks ei ole abstinents, või kui vajatakse täiendavat motiveerivat vahendit ravisoostumuse tõstmiseks ravi alguses ja/või tagasilanguse ennetamiseks (47). Kõigile alkoholi liigtarvitajatele sobib esmases hindamises kasutada MT-d (47). Enim mõjub MT tarvitavatele alkoholikogustele liigtarvitamise korral, seda on leitud mitmetes töödes (63,64).

Lühinõustamine/sekkumine

Vt tõendusmaterjali kokkuvõte www.ravijuhend.ee, EvSu 1.

Kognitiiv-käitumuslik teraapia (KKT)

KKT efekt seisneb esmajoones joomasööstude episoodide vähendamises, kuid mitte päevade arvu kahandamises, kui tarvitati alkoholi. Süstemaatiline ülevaade (20 RCT-d, N 3970)(47) soovitab KKT-d alkoholi kuritarvitajatele ja alkoholisõltuvuse korral. Võrreldes KKT-d teiste aktiivsete sekkumistega, ei leitud nendevahelisi olulisi erinevusi abstinentsi säilitamisel või tarvitatava alkoholi koguse vähendamisel (53). Alkoholisõltuvusega patsientidel on KKT ja MT sama efektiivsed, kui eesmärgiks on alkoholi tarvitamise vähendamine(53).

Käitumuslikud teraapiad / sekkumised

Süstemaatiline ülevaade (6 RCT-d, N = 527) (47) ja 17 RCT-st koosnev meta-analüüs (65) leidsid, et käitumuslikel sekkumistel on positiivne efekt tarvitatava alkoholi koguse vähenemisele võrreldes kontrollgrupiga, kuid abstinentsi osas efekt puudub ning võrreldes teiste aktiivsete sekkumistega on käitumuslikud teraapiad vähem efektiivsed.

12 sammu programm (12 SP)

Kõrge kvaliteediga süstemaatiline ülevaade ($N = 2556$, 6 RCT-d) (47) leidis, et 12 SP on efektiivne vähendamaks tarvitatavaid alkoholi koguseid järgneva poole aasta jooksul. Muus osas (abstinents, joomasööstud) ei erine tulemused teiste aktiivsete sekkumistega.

Paari- ja pereteraapiad (sh käitumuslikud paariteraapiad)

Toimiva paarisuhte korral soovitatakse käitumuslikku paariteraapiat. Süstemaatiline ülevaade (8 RCT-d, $N = 602$) (47) leidis, et lühiajalise abstinentsi osas ei ole nimetatud teraapial erinevust võrreldes teiste aktiivsete sekkumistega, kuid joomasööstude vähendamiseks võiks eelistada paariteraapiat. Meta-analüüs (66) leidis, et paarisuhte olemasolul on paariteraapia eelistatum kognitiiv-käitumisteraapiale.

Sotsiaalse võrgustiku- ja keskkonnapõhised teraapiad (Social network and environment-based therapies)

Need teraapiad on efektiivsemad kui ravita jätmine, kuid ei oma eeliseid muude sekkumiste ees. Süstemaatiline ülevaade (3 RCT-d, $N = 1058$) (47) soovitab keskkonnapõhist sekkumist lisaks farmakoloogilisele, kui eelnev sekkumine ei ole osutunud efektiivseks. Eraldi on uuritud motiveerivate tehnikate ning keskkonnapõhiste teraapiate efektiivsust, kuid olulisi erinevusi raviefektiivsuses ei leitud (53).

Psühhodünaamiline sekkumine

Tõenduspõhiseid uuringuid on selle sekkumise kohta vähe. Ühes uuringus (67) on välja toodud, et kuigi psühhodünaamilist lähenemist sobib kasutada motiveeritud ja koostöövalmis patsientidega, vajab antud teraapia tõenduspõhisuse tõstmiseks rohkem uuringuid.

Teadvelolek (Mindfulness)

Ravijuhendi valmimise ajal on mindfulness'i puudutavaid uuringuid vähe ning seetõttu napib soovitude tegemiseks tõenduspõhist materjali. Vt täpsemalt erinevate teraapiasuundade tõendusmaterjali kokkuvõte www.ravijuhend.ee, EvSu 9.

Tagasilangust ennetav farmakoloogiline ravi

Farmakoloogilist ravi tuleb kasutada alati koos psühhosotsiaalsete sekkumistega. Alkoholisõltuvuse farmakoteraapias kasutatakse aversiivseid ravimeid ja opioidretseptorite antagonistide. Alkohol suurendab ajus endorfiinide taset, mille mõjul suureneb dopamiinergiline aktiivsus. Kõige enam on alkoholi kasutamise seotud μ -opioidretseptorid, vähesemal määral ka κ - ja λ -retseptorid. Opioidretseptorite antagonistid (naltreksoon ja nalmefeen) vähendavad meeldivaid aistinguid, mida alkohol tekitab ning sellega väheneb tarvitatava alkoholi kogus ning kasutamise sagedus. Naltreksoon blokeerib μ -, κ - ja λ -retseptoreid, nalmefeen on μ -retseptorite antagonist ning κ -retseptorite osaline agonist. Naltreksoon on laialdasemalt kasutusel ning tema kohta on rohkelt tõendus põhised materjali. Nalmefeeni kohta on tõendus põhised materjali vähem ja tema efektiivsust veel uuritakse, kuid on leitud mitmeid positiivseid eeliseid võrreldes naltreksooniga – nalmefeen seostub suurema efektiivsusega tsentraalsete opioidretseptoritega, tal on suurem biosaadavus ning puudub annusest sõltuv maksatoksilisus.

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

Disulfiraami jälgitud (superviseeritud) manustamine on oluliselt efektiivsem mittesuperviseeritud manustamisest, kuna ravimi kasutamise jälgimine parandab ravisoostumust ning ravitulemusi. Superviseeritud 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 farmakoteraapia määramisel tuleb arvestada ravieesmärke. Kui eesmärgiks on abstinents, siis võib kasutada nii aversiivseid ravimeid kui opioidretseptorite antagonistide. Joomise vähendamiseks tuleb kasutada ainult opioidretseptorite antagonistide (vt ravimite tabel lisa 6). Antidepressante, trankvillisaatoreid, antikongulsante ja antipsühhootikume võib kasutada ainult kaasuva psüühikahäire raviks, alkoholisõltuvuse ravis pole näidatud neil piisavat efektiivsust. Sobilikud ravimite valikud on toodud tabelis 11 ja lisa 6.

Tabel 11. Farmakoteraapia erinevate tervises seisundite korral

	Ravimid				
	Akampro- saat (pole Eestis saadaval)	Disulfi- raam	Suukaudne naltreksoon	Süstitav naltreksoon (pole Eestis saadaval)	Nal- mefeen
Mõõdukas neerukahjustus (GFR > 30 ml/ min/1,73 m 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 opioidsõltuvus	A	A	C	C	C
Psühhoos	A	X	A	A	A
Halb ravimsoostumus	C	C	C	A	C
Diabeet	A	C	A	A	A
Rasumine	A	A	A	X	A
Hüübimishäired	A	A	A	C	A
Kõrge 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

21

Farmakoteraapiat kasutage ainult koos psühhosotsiaalsete sekkumistega.

22	Alkoholisõltuvuse farmakoteraapia määramisel arvestage ravieesmärki. Kui eesmärgiks on abstinents, siis kasutage aversiivseid ravimeid või opioidretseptorite antagonistide. Joomise vähendamiseks kasutage opioidretseptorite antagonistide.
23	Kõigi aversiivseid ravimeid saavate alkoholisõltuvusega patsientide puhul kasutage abstinentsi säilitamiseks jälgitud suukaudset ravi.
24	Alkoholi kuritarvitavate patsientide puhul kasutage opioidretseptorite antagonistide, kui psühhosotsiaalsete sekkumiste efekt on ebapiisav.
25	Ärge kasutage antidepressante, trankvillisaatoreid, antikongulsante ja antipsühhootikume alkoholisõltuvuse ravi eesmärgil. Vajadusel kasutage neid kaasuvate psüühikahäirete ravis.

Metaanalüüsi (68) kohaselt on naltreksoon efektiivsem kui platseebo; keskmine tagasilanguse määr oli 14% madalam; keskmine päevade arv, millal joodi, oli 3% madalam; keskmine abstinents oli 10% suurem võrreldes platseeboga. Kaks süstemaatilist ülevaadet (69,70) näitasid, et võrreldes platseeboga vähenes naltreksooni kasutajatel relapside hulk 36% ning alkoholi tarvitamise päevade arv 3–4%. Nalmefeeni kohta leidub vähem uuringuid. Nalmefeen võrreldes platseeboga langetas riski taasalustada joomist 15% ja vähendas riski taasalustada joomist pärast detoksikatsiooni 8% (70). Ükski efektiivsuse tulemusnäitaja ei saavutanud statistilist olulisust. Üks artikkel (71) ja üks RCT (72) näitasid, et nalmefeeni kasutamine 6 kuu jooksul on efektiivne eriti kõrge või väga kõrge riskiga patsientide hulgas võrreldes platseeboga: vähenes tarvitatava alkoholi kogus 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. Vt tõendusmaterjali kokkuvõte www.ravijuhend.ee, EvSu 11.

Süstemaatilises ülevaates (73), mis hõlmas 22 randomiseeritud kliinilist uuringut, millest osa olid pimendatud ning osa avatud uuringud, analüüsiti superviseeritud vs mittesuperviseeritud disulfiraami efektiivsust alkoholisõltuvusega patsientide ravis võrreldes platseeboga. Analüüsi käigus leiti, et disulfiraami efektiivsus võrreldes platseebogrupiga ilmnes vaid avatud uuringutes. Pimendatud uuringutes ei leitud gruppidevahelist erinevust, kuna pimendatud disainiga disulfiraami uuringutes kaob rühmade vahel ära oluline psühholoogiline efekt (hirm alkoholi ja ravi-mi koostoime ees). Metaanalüüs (74), mis hõlmas nelja randomiseeritud uuringut, milles hinnati disulfiraami implantaadi efektiivsust alkoholisõltuvusega patsientidel abstinentsi säilitamiseks, leidis, et disulfiraami implantaat ei ole esimese dringi ära hoidmiseks platseebost efektiivsem. Küll on implantaadil mõned varasemad uuringud näidanud olulist platseeboefekti (75) – disulfiraami implantaadi grupis

olid patsiendid kained 361 päeva, platseebogrupis 307 päeva. Kontrollgrupis olnud patsientidel, kellel ei olnud implantaati, oli kaineid päevi 24. Vt tõendusmaterjali kokkuvõte www.ravijuhend.ee, EvSu 12.

Farmakoloogilise ravi skeem ja pikkus

Alkoholit tarvitamise häire farmakoteraapia optimaalse pikkuse kohta ei ole ühest tõendusmaterjali. Farmakoloogilise ravi pikkus sõltub patsiendi vajadustest ja eelistustest ning vajab individuaalset lähenemist. Arvestama peab kõrvaltoimete esinemist, tagasilangusi anamneesis, toetava kodukeskkonna olemasolu ja muid individuaalseid tegureid. Kliinilistes uuringutes on enam tõendust, et ravi aversiivsete ravimite või opioidretseptorite antagonistidega peaks kestma vähemalt 6 kuud. Opioidretseptorite antagonistide võib kasutada kas regulaarse annustamisskeemi kohaselt või vastavalt vajadusele riskiolukorras, kui patsient tunneb soovi alkoholi tarvitamise järele. Disulfiraami annustamine peab olema regulaarne ja vältima peab selle kasutamist riskiolukorras.

26

Opioidretseptorite antagonistide kasutage igapäevaselt või olukorras, kus patsient tunnetab alkoholi tarvitamise ohtu.

27

Tulemuslikuks raviks kasutage aversiivse toimega ravimeid või alkoholi kasutust vähendavaid opioidretseptorite antagonistide vähemalt 6 kuud.

Süstemaatiline ülevaade (69) koosnes 29 RCT-st (2 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 dringini ja vähendas tungi alkoholi järele. Keskmise pikkusega ravi naltreksooniga oli efektiivsem kui ravi akamprosaadiga relapside ennetamises ja drinkide arvu vähendamises. Patsientidel, kes said ravi 3–12 kuu jooksul, oli 14% väiksem risk joomasööstude tekkeks ja 6% väiksem risk taasalustada igasuguse alkoholi tarvitamisega. 3 RCT-d (76–78) hindasid naltreksooni tarvitamist riskiolukorras. Võrdluseks oli platseebo tarvitamine riskiolukorras või kord päevas ning naltreksooni 50 mg regulaarselt kord päevas või riskiolukorras. Randomiseeritud kontrollitud uuring (76) näitab, et riskiolukorras naltreksooni kasutamine vähendab tarvitatava alkoholikoguse hulka, kuid vajalikud on lisaurin-gud, enne kui soovitada naltreksooni kasutamist vajadusel. Kaks läbiviidud uurin-gut (77,78) näitasid mõlemad, et naltreksooni kasutamine riskiolukorras vähendab joomasööste. Efekti suurus oli aga väike ning vajalikud on veel täiendavad uurin-gud. Vt tõendusmaterjali kokkuvõte www.ravijuhend.ee, EvSu 13–14.

Ravisoostumus 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 katkestamise ja tagasilanguse. Ravi käigus tuleb võimaluse korral kasutada motivatsiooni tugevdavaid tehnikaid paremate ja püsivamate tulemuste saamiseks. Käitumise muutuste jooksul liiguvad patsiendid motiveerituse tsükli, mis hõlmab viit faasi (mõtlemis-, kaalumis-, ettevalmistus-, tegutsemis- ja säilitusfaas). Mõistmine, millises motiveerituse faasis patsient asub, annab tervishoiutöötajale võimaluse otsustada, millised motiveerivad strateegiad võiksid antud patsiendi puhul olla kõige tulemuslikumad ning aidata patsiendil liikuda soovitud eesmärgi suunas. Motiveeritust tuleks hinnata otseste küsimuste teel, mitte hinnanguid andes ja vältides vastuseisu patsiendiga (5).

28

Alkoholi kuritarvitavatel ja alkoholisõltuvusega patsientidel hinnake ravimotivatsiooni igal visiidil.

Metaanalüüs (56) leidis, et patsiendi motivatsioon kainuseks mõjutab olulisel määral ravisoostumust ja parandab ravi efektiivsust, olles seega oluline ravitulemuste ennustaja (79,80). Erinevad uuringud (81–86) näitavad, et lisaks muutuse faasile, milles patsient on, omavad käitumise muutmisel olulist tähtsust ka teised faktorid (nt enesekindlus, sõpruskonna käitumine jne) ning neid tuleks igal patsiendi hindamisel arvesse võtta. Alkoholi liigtarvitavatel patsientidel saab ravimotivatsiooni hindamiseks kasutada erinevaid küsimustikke (nt RCQ-TV). RCQ-TV küsimustik on mõeldud ravi otsivatele alkoholi liigtarvitavatele patsientidele. Patsiendid, kes olid saanud eelnevalt ravi rohkem kui 6 kuud, olid suurema tõenäosusega tegutsemise faasis kui need, kes olid saanud vähem või üldse mitte ravi ($x^2 = 8.75, p > 0.005$) (85). Erinevates tervishoiu asutustes ja hindamise faasides soovitatakse (87,88) kasutada motiveerivat intervjuud. Randomiseeritud kontrollitud uuring (89) võrdles motiveerivat intervjuud (MI) ja rolli induktsiooni kontrollgrupiga. MI gruppi kuulunudel esines vähem joomasööste võrreldes võrdlusgrupiga nii ravi jooksul kui 12 kuud pärast ravi. MI grupi liikmetel oli rohkem kainuse päevi (ravi ajal ja 3 kuud pärast), kuid see ei säilinud 12-kuulise jälgimisperioodi lõpuni. Randomiseeritud kontrollitud uuringud (90,91) näitasid, et motivatsiooni tugevdavad teraapiad koos platseeboga või medikamentoosse

raviga ei olnud efektiivsemad kui kognitiivne käitumisteraapia koos naltreksooniga. Vt tõendusmaterjali kokkuvõte www.ravijuhend.ee, EvSu 17.

Ravisoostumuse parandamiseks soovitatakse tagada patsiendile võimalikult kiiresti kontakt ravimeeskonnaga. Uuringud on näidanud, et parem teenuse kättesaadavus võib aidata kaasa ravimotivatsiooni säilitamisele ning tõsta ravile pöördumiste sagedust (92–94). Lühem ajaline periood vastuvõttude vahel ning arsti ja patsiendi usalduslik suhe võivad vähendada ravilt väljalangemist (94).


Juhtumikorraldus

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

Partneri kaasamine raviprotsessi võib parandada ravisoostumust ning vähendada alkoholi tarvitamist. Samuti võib see olla vajalik järelevalve teostamiseks alkoholi tarvitamist pärssivate ravimite üle (nt disulfiraam). Partneri kaasamine võib parandada ka alkoholi mitte tarvitava kaaslase üldist toimetulekut ning aidata kaasa suhte paranemisele.

Soovitud käitumise kinnitamine (ingl *contingency management*) võib osutada efektiivseks meetodiks abstinenti säilitamisel ja ravisoostumuse parandamisel. Soovitud käitumise markeriks alkoholitarvitamise häire korral võib olla nt negatiivne analüüs aine tarvitamise suhtes, analüüside normaliseerumine jm. Enam on levinud neli soovitud käitumise kinnitamise strateegiat: kinkekaardi väljastamine, auhinnaga kinnitamine; rahaline kinnitamine ja soodustuste pakkumine. Soovitud käitumise kinnitamise sobivust tuleb hinnata isiku- ja situatsioonipõhiselt.

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

29	Ravisoostumuse parandamiseks kaaluge järgmisi meetmeid: <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
	Ravi alustamisel ravisoostumuse parandamiseks leppige patsiendiga kokku regulaarsed kohtumised ravimeeskonna liikmega.
31	Ärge rakendage ravisoostumuse parandamiseks täiendavalt omaosalust.

Enamikes ravisoostumusele pühendatud uuringutes on leitud, et lühem ajaline periood ravi saamiseni soodustab motivatsiooni säilitamist ning paremate ravitulemuste saavutamist (92,93,95). Olulisust ravisoostumuse aspektist näitasid samuti patsiendi suhted tervishoiutöötajaga ning patsiendi uskumus haiguse tõsidusest (94).

Alkoholisõltuvuse ravi on kompleksne protsess, mis haarab nii aktiivse ravi perioodi kui ka järelravi ja jälgimise perioodi. Patsiendi käsitlemine tervikuna, võttes arvesse ka tema sotsiaalset ja majanduslikku tausta, on näidanud oma efektiivsust alkoholitarvitamise häire ravis. Sellele leidub kinnitust mitmes uuringus, kus on võrreldud omavahel juhtumikorraldust saanud patsiente kontrollgrupiga. Jälgimisperioodi lõpus näitasid juhtumikorralduse grupis olevad patsiendid suurimaid muutusi alkoholi tarvitamises, meditsiinilises staatuses, ravisoostumuses, töötamise staatuses, perekondlikes suhetes ja juriidilises staatuses võrreldes tavaravi grupiga, samuti oli järelravi saanud patsientide seas vähem tagasilangenuid võrreldes kontrollgrupiga (96–100). Järelevalvega disulfiraami tarvitamine vähendas joomist ning parandas ravil püsimise määra võrreldes ilma järelevalveta manustamisega (101).

Lisaks eelnevale on oluline roll perekonnaliikmete kaasamisel raviprotsessi. Mitmes uuringus on leitud, et perekonna ja sõprade mõju aitasid soodustada muutusi alkoholi tarvitamise käitumises. Nendest patsientidest, kelle peredes oli läbi viidud nn kodust perekondlikku sekkumist (kodused käitumise muutmise soodusta-

vad sekkumised), alustas 75% alkoholi tarvitamist vähendavat ravi. Sekkumist on seotud positiivse tulemusega alkoholi mittetarvitava kaaslase paremas funktsioneerimises ning suhte üldises paranemises (59,102).

Soovitud käitumise kinnitamine (koos võrgustiku toega) on efektiivsem strateegia võrreldes kontrollrühmaga pärast ravi lõppu ning jälgimise perioodil, sellega on seostatud nii alkoholi tarvitamise vähenemist kui ka patsientide paremat ravisoostumust (103–105). Uuringus (106) rühm, kes sai soovitud käitumise kinnitamist, oli suurema tõenäosusega kaheksanädalase perioodi lõpuks jätkanud raviga ($p < 0,001$). Samuti olid soovitud käitumise kinnitamisega rühma inividid säilitanud suurema tõenäosusega kaheksanädalase perioodi jooksul abstinenti ($p < 0,05$). 15 randomiseeritud uuringut ja 6 mitterandomiseeritud uuringut haarav metaanalüüs (107), milles rahalisi stiimuleid rakendati ravisoostumuse parandamiseks järgnevatele seisunditele: tuberkuloos, aine kuritarvitamine, HIV, hepatiit, skisofreenia ja insuldi ennetus, näitas et rahalised stiimulid parandasid oluliselt ravisoostumust 0.77 (95% CI = 0.70–0.84, $p < 0.001$). Patsiendi omaosaluse rakendamisel võib ravisoostumus halveneda (108). Vt tõendusmaterjali kokkuvõtte www.ravijuhend.ee, EvSu 18.

Ravitulemuse hindamine

Ravitulemuse jälgimise põhikomponent on alkoholi tarvitamise sageduse ja koguste hindamine. Kliinilises praktikas kasutatakse selleks sageli patsiendi poolt täidetavat alkopäevikut (vt lisa 7). Ravitulemuse jälgimiseks kasutatakse ka AUDITi testi või testi lühiversiooni AUDIT-C.

32

Alkoholi kuritarvitavate ja alkoholisõltuvusega patsientide puhul kasutage ravitulemuse hindamiseks lisaks anamneesile AUDITi või AUDIT-C testi.



Soovitage patsiendil kasutada alkopäevikut alkoholi tarvitamise sageduse ja koguste hindamiseks.

Ravitulemuse jälgimiseks on spetsiaalselt välja töötatud mitmeid hindamisvahendeid. Süstemaatiline ülevaade (47) hindas ravitulemuse hindamisvahendeid kliinilist kasulikkust ja praktilisust, võttes arvesse hindamisvahendi valiidsust ja usaldusväärsust alkoholisõltuvusega patsientide populatsioonis ning hindamisvahendi kasutatavust (kui arusaadav ta on ning millist lisakoolitust läbiviimiseks vajab). Ülevaade identifitseeris AUDITi testi kui kõige usaldusväärsema ja teos-

tatavama ravitulemuse jälgimise vahendi, mida kasutada rutiinsel hindamisel. Mitmed uuringud on käsitlenud enesekohaste testide võimekust alkoholitarvitamise ja/või aktiivse liigtarvitamise või sõltuvuse tuvastamisel. AUDIT on täpsem kui AUDIT-C aktiivse alkoholi liigtarvitamise või sõltuvuse identifitseerimisel (AUC 0,81 vs 0,79). Teaduskirjandusest ei leitud uuringuid, mis oleks hinnanud alkopäevikute tundlikkust ja spetsiifilisust, seetõttu põhineb alkopäeviku kasutamise soovitus ravijuhendi tööühma konsensuslikul arvamusel. Vt täielik tõendusmaterjali kokkuvõte www.ravijuhend.ee, EvSu 19.





Hingeõhu, vere, sülje ja uriini testimine erinevate ainete kasutamise hindamiseks on abiks tagasilanguse varajasel avastamisel. Hingeõhu testimine annab tulemuse aine äsjase tarvitamise kohta. Alkoholi saab määrata uriinist 24 h jooksul pärast tarvitamist, alkoholi metaboliiti etüülglükuroniidi (EtG) 2–3 päeva pärast alkoholi seedimist. Alkoholi tarvitamise ja teatud biomarkerite vahel (CDT, MCV, GGT) on leitud seos, mistõttu need näitajad võivad olla kasulikud patsiendi jälgimisel. Siiski peab ravitulemuste hindamine olema kompleksne, see ei saa baseeruda ainult biomarkerite määramisel. Raviskeemi soovitatakse täielikult üle vaadata juhul, kui patsient saab medikamentoosset ravi, psühhosotsiaalset sekkumist, kuid vaatamata sellele jätkab rohkem alkoholi tarvitamist.

34 Vajadusel kasutage ravitulemuse hindamisel laboratoorseid analüüse.

Üks süstemaatiline ülevaade (23), kaks longitudinaalset uuringut (109,110) ning üks juht-kontrolluuring (111) toetavad biomarkerite kasutamist (CDT, GGT) alkoholi tarvitamise muutmise hindamiseks või tagasilanguse tuvastamiseks. Süstemaatiline ülevaade (23), millesse hõlmati 54 uuringut, näitas, et GGT ja CDT kombineerituna suudavad paremini tuvastada tagasilangust võrreldes kummagi markeri eraldi kasutamisega. Samas CDT on parem marker kui GGT alkoholi liigtarvitamise tuvastamiseks maksahaiguste korral. Muutusi alkoholi tarvitamises saab hinnata ka uriinianalüüsi abil. EtG (ethyl glucuronide) ja EtS (ethyl sulphate) uriinist määratuna tuvastavad alkoholi tarvitamist 24 h jooksul, andmata valepositiivseid tulemusi (112). Vt tõendusmaterjali kokkuvõte www.ravijuhend.ee, EvSu 19.

Ravi lõpetamine

Pärast ravi alustamist tuleb patsienti jälgida regulaarselt vähemalt kord iga 4–6 nädala tagant. Vähe tõendeid on selle kohta, millal tuleks lõpetada aktiivne ravi (psühhosotsiaalsed sekkumised, medikamentoosne ravi). Enamikes uuringutes on aktiivset ravi rakendatud vähemalt 3–6 kuu jooksul. Tagasilangused kuuluvad loomulikku alkoholarvitamise häire kulgu. Mõnede patsientide 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, patsiendi motiveeritust. Kõrgema tagasilanguse riskiga patsiente soovitatakse regulaarselt jälgida ka pärast aktiivse ravi lõppu vähemalt 1–3 aasta jooksul. Selleks võib patsiendiga kokku leppida regulaarsete visiitide ajad ning igal kohtumisel uuesti hinnata alkoholi tarvitamist ja patsiendi emotsionaalset seisundit. Ravi lõppedes peab patsiendile jääma võimalus vajadusel uuesti ravile pöörduda.

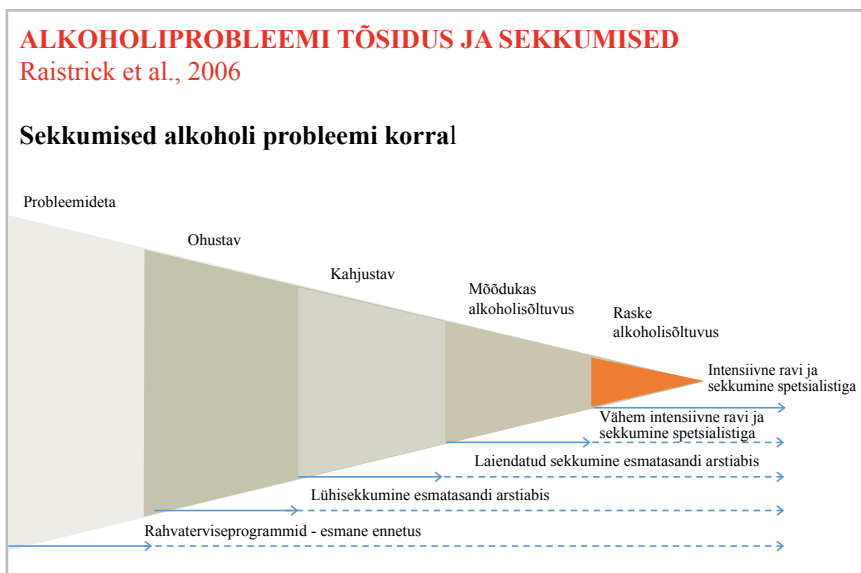
35	Ravi alustades hinnake patsienti regulaarselt vähemalt iga 4–6 nädala järel soovitud efekti saavutamiseni ja edasi vastavalt vajadusele.
 36	Raviefekti puudumisel vaadake raviplaan üle ja vajadusel muutke seda.
 37	Otsus aktiivse ravi või regulaarse jälgimise lõpetamise suhtes langetage ettevaatlikult ning koostöös patsiendiga. Lähtuge patsiendi ootustest, eesmärkidest ja võimalikest tagasilanguse riskidest.
 38	Julgustage patsienti vajadusel uuesti ravile pöörduma.
 39	Kõrge tagasilanguse riskiga patsientide puhul (tugivõrgustiku puudumine, kaksikdiagnoosidega patsiendid jne) planeerige regulaarseid kohtumisi ja pärast aktiivse ravi lõppu 1–3 aasta jooksul.

Kõige enam leidub hea kvaliteediga tõendusmaterjali medikamentoosse ravi pik-kuse kohta kombinatsioonis erinevate psühhoterapia meetoditega. Naltreksooni kohta on leitud, et esimese 12 ravinäädala jooksul vähendas naltreksoon oluliselt joomasööstu riski (RR 0.64, 95% CI 0.51–0.82), kuid ei mõjutanud olulisel määral riski hakata uuesti tarvitama alkoholi (RR 0.91, 95% CI 0.81–1.02). Kõrvaltoimete risk oli oluliselt suurem naltreksoon-ravirühmas võrreldes platseeboga

(iivelduse, 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 katkestamine arv ei erinenud olulisel määral naltreksooni- ja platseebo ravirühmades (RR 0.85, 95% CI 0.72–1.01). Nendest alkoholisõltuvusega patsientidest, kes alustasid ravi naltreksooniga, katkestas 36% ravi erinevatel põhjustel esimese 12 nädala jooksul (69). Lisaks sellele leiavad kolme randomiseeritud kontrolluuringu autorid (113–115), et mõned patsiendid vajavad kindlasti kolmest kuust pikemat ravikuuri raviefekti säilitamiseks. Toetava sotsiaalse võrgustiku olemasolu soodustab karskuse saavutamist ning ennustab pikemat abstinentsi perioodi. Samuti mõjutab patsientide abstinentsi saavutamist nende valmisolek korduvalt abi järele pöörduda. Sellele leidub kinnitust ühes randomiseeritud kontrolluuringus (116), kus 5-aastasel jälgimisperioodil suuremat edu karsklaseks saamisel saavutasid toetava sotsiaalvõrgustikuga patsiendid ning need, kes pöördusid tagasi ravi saamiseks. Uuringu autor tõdeb, et sageli ei ole pikaajalist ravitulemust võimalik saavutada ühekordse raviepisoodiga. Vt tõendusmaterjali kokkuvõte www.ravijuhend.ee, EvSu 20–21.

Alkoholitarvitamise häire ravikorraldus

Alkoholiprobleemide skemaatiline jaotus rahvastikus on kujutatud joonisel 1. Enamikel inimestest ei ole alkoholiprobleeme; teatud osa inimestest tarvitab alkoholi ohustaval määral, kuid märkimisväärset alkoholist põhjustatud kahju ei ole neil veel ilmnenud. Järgmine tase hõlmab alkoholi kuritarvitajaid, kes tarvivad alkoholi määral, millega kaasnevad füüsilised või psüühilised kahjustused, kuid mitte sõltuvus. Mõõdukat ja rasket alkoholisõltuvust, mida iseloomustab joomissund, võõrutussümptomid jne esineb rahvastiku hulgas vähem. Tulenevalt alkoholiprobleemide raskusastmest rakendatakse alkoholitarvitamise häire raviks erineva intensiivsusega sekkumisi kas ambulatoorses või statsionaarses arstiabis. Käesoleva ravijuhendi alkoholitarvitamise häire ravikorralduse soovitusete põhimõtted tuginevad Suurbritannia alkoholiravi mudelile MoCAM – Models of Care for Alcohol Misusers (117) ja Raisticki 2006 ülevaatele (51). MoCAM kirjeldab nelja raviastet ja erinevaid sekkumisi nendel tasemetel. Kaks esimest raviastet hõlmavad esmatasandi arstiabi, 3. ja 4. tase eriarstiabi. Vt tõendusmaterjali kokkuvõte www.ravijuhend.ee, EvSu 22.



Joonis 1. Alkoholiprobleemi tõsidus ja sekkumised.

Kõiki alkoholi liigtarvitamise kahtlusega patsiente tuleb sõeluda ja lühinõustada nii üld- kui eriarstiabisüsteemis. Ohustava alkoholitarvitamise (AUDITi skoor 8–15) korral rakendatakse lühinõustamist perearsti, pereõe või selleks väljaõppinud spetsialisti poolt.

Alkoholi kuritarvitamise (AUDITi skoor 16–19) või alkoholisõltuvuse kahtluse (AUDITi skoor 20+) korral tuleb teostada diagnostiline intervjuu ja kliiniline hindamine, mille käigus täpsustatakse/teostatakse:

- vajadus erakorralisteks sekkumisteks (akuutne trauma, akuutne kehaline haigus või akuutne psüühikahäire)
- ohtlikkus enesele või teistele (sealhulgas lastele)
- millist sekkumist patsient vajab ning suunata sinna, kus teenust osutatakse
- efektiivset kommunikatsiooni patsiendi raviga seotud osapoolte vahel
- edasise põhjaliku hindamise vajadus, suunamine psühhiaatrile
- edasise patsiendi jälgimise vajadus ja korraldus

Lisaks täpsustatakse hindamise käigus:







- alkoholi tarvitamise 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

Alkoholitarvitamise häire ambulatoorne ravi on eelistatud raviviis enamusele alkoholitarvitamise häirega patsientidele, kuna see võimaldab tekitada alkoholitarvitamise muutust patsiendi tavapärasel keskkonnas ja on kulutõhusam. Mittekompliceeritud alkoholi kuritarvitamist ja kergel alkoholisõltuvust võib ravida esmatasandis, rakendades vähem intensiivsemaid psühhosotsiaalseid sekkumisi ja vajadusel farmakoterapiat. Kaasuvate psüühikahäiretega, mõõduka või raske alkoholisõltuvusega patsiendid kuuluvad ravile psühhiaatrilises eriarstiabis (sõltuvusravikeskuses), kus lisaks kliinilisele hindamisele teostatakse täielik hindamine. Täieliku hindamise eesmärgiks on täpsustada probleemi olemus, patsiendi vajadused, koostöövõime, riskid ja korrigeerida vastavalt sellele raviplaanile. Täieliku hindamise käigus võib ilmnedu vajadus statsionaarseks sõltuvushäire raviks (vt tabel 12) või suunamiseks sõltuvushäirele orienteeritud

rehabilitatsiooniteenusele. Patsiendi pikaajaline alkoholisõltuvus ja probleemide mitmekesisus viitab sellele, et patsient vajab struktureeritud ja intensiivseid psühhosotsiaalseid ja farmakoloogilisi sekkumisi ning erinevate spetsialistide kaasamist (vt ka juhtumikorraldus). Alkoholi liigtarvitava patsiendi käsitlus on kirjeldatud lisan 8.

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

<ul style="list-style-type: none"> - kõrge risk raskeks võõrutusseisundiks - esineb kaasuv keheline haigus, mis võib komplitseerida ambulatoorset võõrutusravi - varasemalt on ebaõnnestunud vähem intensiivsed raviviisid (nt ambulatoorne ravi) - kaasuv psüühikahäire, mis oluliselt halvendaks alkoravis osalemist või haiglaravi vajav psüühikahäire (psühhoos, depressioon suitsiidimõtetega) - aine tarvitamisega kaasub otsene oht enesele või teistele - ei ole ravivastust või head ravisoostumust vähem intensiivsematele ravisekkumistele ja esineb tugev sõltuvus, mis kahjustab teiste füüsilist või vaimset tervist. 	
---	--

	Märgake alkoholi liigtarvitamise kahtlusega patsienti kõikides arstiabietappides. Üldarstiasis sõeluge, teostage lühinõustamine ja vajadusel alustage alkoholitarvitamise häire ravi.
	Kui üldarstiabi sekkumised on ebapiisavad, konsulteerige psühhiaatriga ja vajadusel suunake patsient tema vastuvõtule.
	Mittekomplitseeritud võõrutusseisundiga patsienti ravige ambulatoorselt.
	Tüsistunud võõrutusseisundiga (alkoholideliirium, võõrutuskrambid) patsienti ravige intensiivravi võimalustega osakonnas. Motiveerige patsienti kohe pärast võõrutusseisundiravi jätkama tagasilangust ennetavat ravi.
	Kaasuvate komplitseeritud psüühikahäirete diagnostikaks ja sõltuvusravi sissejuhatuseks rakendage psühhiaatrilist statsionaarset ravi.
	Näidustusel suunake patsient sõltuvushäirele orienteeritud rehabilitatsiooniteenusele.

Ravi protsesside koordineerimine ja juhtumikorraldus

Alkoholarvitamise häire korral peaks spetsialistide poolt pakutava ravi koordineerimine olema rutiinne ravi osa kogu ravi vältel. Ravi koordineerimine kätkeb endas vajadusel patsiendi suunamist erinevate spetsialistide konsultatsioonidele, kuid erinevalt juhtumikorraldusest puudub ravi koordineerimisel juhtumikorraldaja. Juhtumikorraldus on patsiendi ja juhtumikorraldaja vaheline koostöö, mille eesmärgiks on individuaalse ravi planeerimine, teenustele parema ligipääsu tagamine, tulemuste jälgimine ja hindamine ning toe pakkumine patsiendile. Juhtumikorralduse kasutamine alkoholisõltuvuse ravis aitab tõhustada erinevate erialaspetsialistide omavahelist koostööd. Juhtumikorraldus on eelkõige efektiivne patsientide puhul, kelle vajadused on mitmekülsemad. Sel juhul on oluline erinevate teenuste tõhus koordineerimine. Juhtumikorraldust tuleks kaaluda nende puhul, kellel on oht jätta ravi pooleli või kelle puhul on eelnevalt teada madal motiveeritus ravis osalemiseks. Juhtumikorralduse kasutamisel peaks see olema kättesaadav kogu ravi (ka järelravi) jooksul.

46 Ravi korraldamisel kasutage astmelise ravi mudelit.

47 Kasutage juhtumikorralduse teenust kõrge tagasilanguse riskiga ja/või kaasvate psüühikahäiretega patsientide puhul, kelle sotsiaalne toimetulek on alkoholarvitamise häirest tulenevalt raskendatud.

Juhtumikorralduslikud sekkumised on efektiivsed alkoholisõltuvuse puhul (62). Juhtumikorraldus on väga oluline patsientide puhul, kel on vähe ressursse või kel on mõne haiguse tõttu vähenenud enesehooldamise võime (118). Ühes metaanalüüsis (119) leiti, et sotsiaaltöötajal on oluline roll ressursside omavahelisel ühendamisel, lisatöö pakkumisel patsiendile ja barjääride eemaldamisel, mis takistavad patsiendil ligipääsu erinevatele teenustele. Randomiseeritud kontrollitud uuring (120) leidis, et juhtumikorraldus aitab luua usaldusväärset sidet patsiendi ja tervishoiutöötaja vahel, kuid ei ole kuluefektiivne meetod võrreldes medikamentoose raviga. Ühes randomiseeritud kontrollitud uuringus (121) said uuritavad kas kolmeastmelise ravi (käitumise muutumise nõustamine, neli 50-minutilist MET-sessiooni, suunamine kogukonna võõrutusravi asutusse) või 5-minutilise nõustamise õe poolt. Kuue kuu möödudes oli alkoholi tarvitamine vähenenud mõlemas grupis, veidi enam oli astmelise ravi grupis vähenenud tarbitud alkoholi üldkogus ja drinkide arv ühe tarbimiskorra kohta (vastavalt: adjusted mean difference = 145.6, 95% CI, -101.7 kuni 392.9, efekti suuruse erinevus = 0.23; kaalutud keskmiste erinevus = 1.1, 95% CI, -0.9 kuni 3.1, efekti suuruse erinevus = 0.27). Vt tõendusmaterjali kokkuvõte www.ravijuhend.ee, EvSu 23.

Ravijuhendi koostamine

Ravijuhendi koostamise algatas ning väljatöötamist finantseeris Tervise Arengu Instituut. Ravijuhendi koostamisel lähtuti „Eesti ravijuhendite koostamise käsi-raamatu” (2011) põhimõtetest. 2013 a sügisel moodustati töörühm koosseisus Kadri Andresen (juhataja), Aire Klaus, Andres Lehtmets, Elen Kihl, Helen Lasn, Iisi Kriipsalu, Ingrid Saarmets, Innar Tõru, Külli Mäe, Lembi Põlder, Marin Vaher, Meelika Limberg, Mihkel Rebane, Peeter Pruul, Reet Tohvre, Signe Asi, Triinu Täht, Ulla Raid, Jane Alop ja sekretariaat koosseisus Teelia Rolko (juhataja), Keiu Paapsi, Kati-Riin Simisker, Madli Pintson, Tatjana Meister ja Urmeli Joost. Töörühma ja sekretariaadi juhatajad valiti ekspertteabe alusel. Töörühmas osalesid perearstid, psühhiaatrid, kliinilised psühholoogid, sotsiaaltöötajad, tegevusteraapeut, pereõde, vaimse tervise õde, patsiendi esindaja, tervishoiukorralduse spetsialistid, Eesti Haigekassa esindaja, Sotsiaalministeeriumi esindaja. Ravijuhendi käsitusala koostamisel võeti arvesse Vabariigi Valitsuse poolt heaks kiidetud alkoholi poliitika rohelise raamatu põhimõtteid ja töörühma liikmetelt kogutud ekspertarvamusi alkoholisisõltuvuse ravi arendusvajaduste kohta. Lõplik käsitusala (23 kliinilist küsimust) kinnitati ravijuhendite nõukoja poolt 04.03.2014.

Ravijuhendi koostamiseks toimus 16 töörühma koosolekut: 3 koosolekut käsitusala koostamiseks (2013-2014), 10 koosolekut (2014-2015) tõendusmaterjalil tuginevate soovitude aruteluks ja sõnastamiseks ning 3 koosolekut (2015) ravijuhendi tööversiooni ja rakenduskava aruteluks. Sekretariaat valmistas igaks koosolekuks ette materjalid, milles olid esitatud lühikokkuvõtted uurimustest, sekkumiste kasulikkusest, kahjustest ja majanduslikest aspektidest. Koosolekute otsused olid konsensuslikud ja otsused soovitude sõnastamisel tehti, kui kohal oli $\frac{2}{3}$ töörühma liikmetest. Töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklaratsioonide ülevaade on leitav www.ravijuhend.ee, huvide konflikte ei olnud.

Valminud ravijuhend saadeti 09.07.2015 kommenteerimiseks erialaseltsidele ja avaldati tähtajaliselt kommenteerimiseks ka veebilehel www.ravijuhend.ee. Ravijuhendit retsenseeris prof. Ruth Kalda. Tehtud ettepanekuid arutas töörühm 07.08.2015 koosolekul ning viis sisse vajalikud parandused. Töörühm kinnitas ravijuhendi koos rakenduskavaga 28.08.2015 ning esitas ravijuhendi ja rakenduskava heakskiidu saamiseks ravijuhendite nõukojale. Ravijuhendite nõukoda kiitis juhendi heaks 08.09.2015. Vastavalt ravijuhendite nõukoja soovitudele täpsustati ravijuhendi Lisas 8 olevat algoritmi ning ravijuhendi rakenduskava ning esitati need heakskiitmiseks ravijuhendite nõukojale 08.12.2015 koosolekul.

Ravijuhendit uuendatakse 5 aastat pärast selle kinnitamist või uute asjakohaste teadusandmete ilmnemisel.

Tõendusmaterjali otsimine ja hindamine

Tõendusmaterjali süstemaatilist otsimist alustati olemasolevatest ravijuhenditest. Tõendusmaterjali otsimisel kasutas sekretariaat Tartu Ülikooli Kliinikumi Medinfo keskuse abi. Otsingukriteeriumid koostas sekretariaat koostöös töörühmaga. Materjali otsimisel lähtuti eelkõige viimase 10 aasta (2003 või värskemad) ingliskeelsetest allikatest.

Esimene otsing ravijuhendite kohta toimus 2014. a märtsis andmebaasides MEDLINE, PsychINFO, SCOPUS, Trip, The Cochrane Library ja spetsiaalsetes ravijuhendite andmebaasides (www.guideline.gov, www.nice.org.uk, www.sign.ac.uk, www.cadth.ca, www.g-i-n.net). Esmasele hindamisele läks 21 teemakohast ravijuhendit, nendest 15 sobisid edasiseks hindamiseks ravijuhendite veebipõhise hindamise tööriistaga AGREE, millega tegelesid kaks sekretariaadi liiget teineteisest sõltumatult. Edasiseks kasutamiseks sobivaks loeti ravijuhendid, mille korral mõlema hindaja üldskoor ravijuhendile oli 50% või rohkem ja soovitus ravijuhendi kasutamiseks tuli mõlemalt sekretariaadi liikmelt. Kriteeriumitele vastavate 10 ravijuhendi ja 2 ennetusjuhendi loetelu on toodud tabelis 13.

Tabel 13. Kasutatud ravi- ja ennetustööjuhendid

Nr	Väljaandmise aasta	Väljaandja	Juhend
1	2013	U. S. Preventive Services Task Force	Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse.
2	2012	The British Association for Psychopharmacology	Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity.
3	2011	National Institute for Health & Clinical Excellence	Alcohol-Use Disorders: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence.
4	2010	The Finnish Medical Society Duodecim and the Finnish Society of Addiction Medicine	Treatment of Alcohol Abuse. Current Care Guideline.

5	2010	National Institute for Health & Clinical Excellence	Alcohol-use disorders: Diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications.
6	2010	NICE public health guidance	Alcohol-use disorders: preventing harmful drinking.
7	2009	Australian Government Department of Health and Ageing	Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems.
8	2009	Substance Abuse and Mental Health Services Administration	Incorporating Alcohol Pharmacotherapies Into Medical Practice.
9	2008	World Federation of Societies of Biological Psychiatry	Guidelines for Biological Treatment of Substance Use and Related Disorders, Part 1: Alcoholism.
10	2008	Department of Health, NSW	Drug and Alcohol Psychosocial Interventions Professional Practice Guidelines.
11	2006	American Psychiatric Association	Practice Guideline For The Treatment of Patients With Substance Use Disorders, 2nd Edition.
12	2003	Scottish Intercollegiate Guidelines Network	The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. A national clinical guideline.

Koostöös Medinfo keskusega teostas sekretariaat lisaotsingud kliiniliste küsimuste kohta Pubmedi andmebaasis ning Cochrane'i koostööorganisatsiooni süstemaatiliste ülevaadete andmebaasis. Otsingusõnad formuleeriti koostöös töörühmaga. Iga ravijuhendi kliinilise küsimuse kohta koostas sekretariaat tõendusmaterjali kokkuvõtte (EvSu) ja soovitude kavandi (SoKo), mille alusel töörühm sõnastas lõplikud soovitusel koos suuna ja tegevusega. Tõendusmaterjali otsistrateegiad ja tõenduse kokkuvõtted kliiniliste küsimuste kohta on esitatud veebilehel www.ravijuhend.ee

Lisa 1: AUDITi test (5)

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

1. Kui sageli Te tarvitate alkoholi sisaldavaid jooke?	2. Mitu ühikut Te tavaliselt korraga alkoholi joote?
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 vähesed alkoholisaldusega jooke nagu siider, lahja õlu.</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 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
<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 alkoholi tarvitamise 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 õhtul 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 alkoholi tarvitamise tõttu vigastada?	10. Kas mõni Teie lähedane, sõber, arst või keegi muu on olnud mures Teie alkoholi tarvitamise pärast või on soovitanud Teil alkoholi tarvitamist 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

Punktsumma kokku

Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ)

The following statements also refer to the recent period when your drinking was heavy, and to periods like it.

9. During a heavy drinking period, I like to have a morning drink.
ALMOST NEVER SOMETIMES OFTEN NEARLY ALWAYS
10. During a heavy drinking period, I always gulp my first few morning drinks down as quickly as possible.
ALMOST NEVER SOMETIMES OFTEN NEARLY ALWAYS
11. During a heavy drinking period, I drink in the morning to get rid of the shakes.
ALMOST NEVER SOMETIMES OFTEN NEARLY ALWAYS
12. During a heavy drinking period, I have a very strong craving for a drink when I awake.
ALMOST NEVER SOMETIMES OFTEN NEARLY ALWAYS

Again the statements refer to the recent period of heavy drinking and the periods like it.

13. During a heavy drinking period, I drink more than a quarter of a bottle of spirits per day (4 doubles or 1 bottle of wine or 4 pints of beer).
ALMOST NEVER SOMETIMES OFTEN NEARLY ALWAYS
14. During a heavy drinking period, I drink more than half a bottle of spirits per day (or 2 bottles of wine or 8 pints of beer).
ALMOST NEVER SOMETIMES OFTEN NEARLY ALWAYS
15. During a heavy drinking period, I drink more than one bottle of spirits per day (or 4 bottles of wine or 15 pints of beer).
ALMOST NEVER SOMETIMES OFTEN NEARLY ALWAYS
16. During a heavy drinking period, I drink more than two bottles of spirits per day (or 8 bottles of wine or 30 pints of beer).
ALMOST NEVER SOMETIMES OFTEN NEARLY ALWAYS

IMAGINE THE FOLLOWING SITUATION:

- (1) You have been COMPLETELY OFF DRINK for a FEW WEEKS
(2) You then drink VERY HEAVILY for TWO DAYS

HOW WOULD YOU FEEL THE MORNING AFTER THOSE TWO DAYS OF HEAVY DRINKING?

17. I would start to sweat.
NOT AT ALL SLIGHTLY MODERATELY QUITE A LOT
18. My hands would shake
NOT AT ALL SLIGHTLY MODERATELY QUITE A LOT
19. My body would shake.
NOT AT ALL SLIGHTLY MODERATELY QUITE A LOT
20. I would be craving for a drink.
NOT AT ALL SLIGHTLY MODERATELY QUITE A LOT

Lisa 3: CIWA-Ar-i test (122)

Patsiendi nimi: _____

Kuupäev/kuu/aasta: _____

<p>Iiveldus ja oksendamine „Kas Teil on süda paha? Kas Te olete oksendanud?” 0. iiveldust ei ole, oksendanud ei ole 1. kerge iiveldus, ei ole oksendanud 2. 3. 4. vahet vahel esineb iiveldust ja oksendamist 5. 6. 7. pidev iiveldamine, korduv oksendamine</p>	<p>Tundehäired „Kas Teil on tunne, nagu Teil miski sügeleks, torgiks, kipitaks või oleks tundetu, või nagu jookseksid sipelgad üle keha?” 0. ei ole tundehäireid 1. väga vähene sügelus, torkimine, kipitamine, tundetus 2. vähene sügelus, torkimine, kipitamine, tundetus 3. mõõdukalt sügelust, torkimist, kipitamist, tundetust 4. keskmisest tugevamad meelepetted 5. tugevad meelepetted 6. eriti tugevad meelepetted 7. pidevad meelepetted</p>
<p>Treemor Käed ette sirutatud ja sõrmed harali 0. väärinat ei ole 1. ei ole näha, kuid võib sõrmedega tunda 2. 3. 4. keskmine, kui haigel on käed ette sirutatud 5. 6. 7. tugev isegi käte rahuolekus</p>	<p>Kuulmishäired „Kas Te kuulete mingeid erilisi helisid? Kas need on tugevad, hirmutavad või häirivad Teid? Kas Kas Te kuulete olematuid helisid?” 0. ei kuule häält 1. väga vähesel määral ja nõrgalt hirmutavad hääled 2. vähe ja veidi hirmutavad hääled 3. mõõdukad ja üsna hirmutavad hääled 4. keskmisest tugevamad kuulmismeelepetted 5. tugevad kuulmismeelepetted 6. eriti tugevad kuulmismeelepetted 7. pidevad kuulmishallutsinatsioonid</p>
<p>Higistamine 0. ei ole nähtavat higistamist 1. vaevu nähtav higistamine, käed on niisked 2. 3. 4. otsmikul on higipiisad 5. 6. 7. eriti rohke higistamine</p>	<p>Nägemishäired „Kas valgus tundub liiga ere? Kas see teeb silmadele haiget? Kas selle värv on teistsugune? Kas Te näete midagi, mis teid häirib? Kas Te näete olematuid asju?” 0. ei ole nägemisillusioone 1. väga kerged nägemisillusioonid 2. kerged nägemisillusioonid 3. keskmised nägemisillusioonid 4. keskmisest intensiivsemad nägemisillusioonid 5. intensiivsed nägemisillusioonid 6. eriti intensiivsed nägemisillusioonid 7. pidevad nägemishallutsinatsioonid</p>

<p>Ärevus „Kas Te tunnete ärevust?“ 0. ei ole ärevust, olen rahulik 1. kergelt ärev 2. 3. 4. keskmiselt ärev või valvel, nii et ärevust võib eeldada 5. 6. 7. ärevus vastab sellisele akuutsele paanikahoole nagu ägeda deliiriumi või skisofreenia puhul</p>	<p>Peavalu, surve peas „Kas Teil pea valutab? Kas Teile tundub, et ümber pea on võru?“ Siin ei hinnata peapööritust. 0. ei ole 1. väga kerge 2. kerge 3. mõõdukas 4. keskmisest tugevam 5. tugev 6. eriti tugev 7. talumat</p>
<p>Rahutus 0. normaalne aktiivsus 1. kergelt rahutu 2. 3. 4. keskmiselt rahutu 5. 6. 7. kõnnib edasi-tagasi peaaegu kogu vestluse ajal või esineb motoorset rahutust</p>	<p>Orienteerumine ja teadvuse taseme hämardumine „Mis päev täna on? Kus Te olete? Kes mina olen? Olge hea ja arvutage, kui palju on ...“ 0. orienteerub ajas ja kohas, suudab arvutada 1. ei suuda arvutada või on koha suhtes ebakindel 2. eksib kuupäeva suhtes kõige enam kahe päevaga 3. eksib kuupäeva suhtes rohkem kui kahe päevaga 4. eksib koha ja/või isiku suhtes</p>

Aeg: _____

Punktisumma: _____

Kehatemperatuur: _____

Pulsisagedus: _____

Hingamissagedus: _____

Vererõhk: _____

Kerge võõrutus: CIWA-Ar < 10

Mõõdukas võõrutus: CIWA-Ar 10–20

Raske võõrutus: CIWA-Ar > 20

Lisa 4: SDSi küsimustik (123)

Severity of Dependence Scale (SDS)

During the past year:

- (1) Did you think your use of [named drug] was out of control?
- (2) Did the prospect of missing a fix [or dose] or not chasing make you anxious or worried?
- (3) Did you worry about your use of [named drug]?
- (4) Did you wish you could stop?
- (5) How difficult did you find it to stop, or go without [named drug]?

For questions 1-4 each item is scored on a four-point schale:

- 0 = never/almost never
- 1 = sometimes
- 2 = often
- 3 = always/nearly always

Question 5 is also scored on a four-point scale, but here:

- 0 = not difficult
- 1 = quite difficult
- 2 = very difficult
- 3 = impossible

The SDS has been validated to measure severity of dependence of opiate and stimulant users. A total SDS score is calculated. Higher scores indicate higher levels of dependence. It is primarily a measure of compulsive use, which is a central component of dependence. It does not measure tolerance, withdrawal or reinstatement.

Lisa 5: 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 osapoolle).

Koht, kuupäev: _____

Ravialune isik

Raviarst

Tugiisik

Kontakttelefonid:

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

Lisa 6: Alkoholitartvitamise häire ravimite tabel

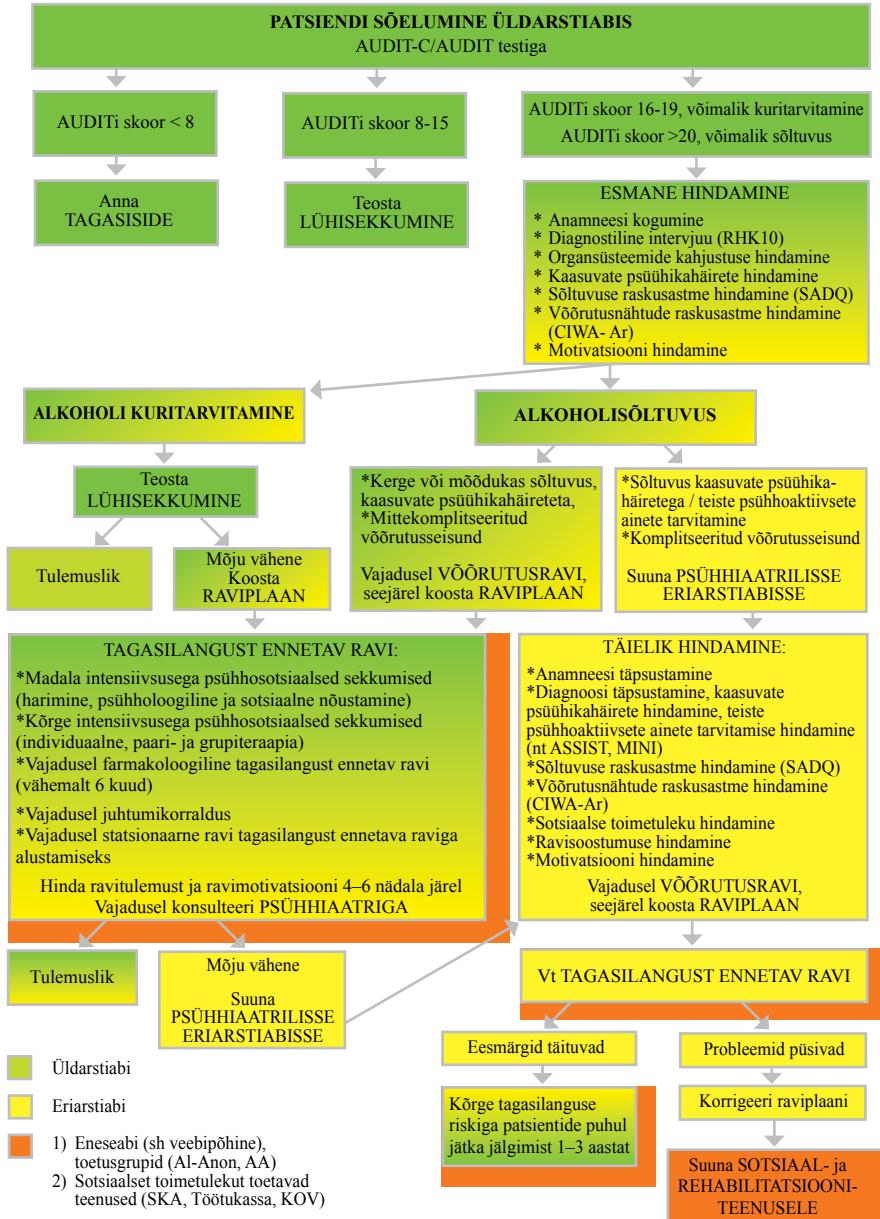
Toimeaine	Sihgrupp	Olulisemad kõrvaltoimed*	Koostained teiste ravimitega	Hoiatused	Annus
Akamprosaat (pole Eestis saadaval)	Patsiendid, kelle ravieesmärgiks on abstinents Kaasava opiodisõltuvuse korral Suur ravimikoormus (akamprosaadil on vähe koostained teiste ravimitega)	Kõhulahtisus+++ , kõhuvalu++ , 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.	Vastuäidustatud 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 vastuäidustatud.	>60 kg 666 mg x 3 <60 kg 666 mg (hommikul) + 333 mg (lõunal) + 333 mg (õhtul)
Disulfiraam	Patsiendid, kes on motiveeritud ja kelle ravieesmärgiks on abstinents Patsiendid, kes on suutelised aru saama tagajärgedest, mis tekivad ravimi kooskasutamisel alkoholiga Patsiendid, kelle ravimi võtmist on võimalik jälgida Kaasav kokaiini kuritarvitamine	Depressioon, maania, libiido langus, entsefalopaatia, <i>n. opticus</i> neurit, iiveldus, oksendamine, maksaraku kahjustus, allergiline dermatiit, nõrkus, halitosis. <u>Disulfiraami-alkoholi reaktsiooni:</u> sümptomid tekivad 15 minutit pärast alkoholi tarvitamist, põhjuseks atseetaldehüüdi kuhjumine. Näo ja kaela punetus, kehatemperatuuri tõus, higistamine, iiveldus, oksendamine, sügelus, ärevus, uimasus, peavalu, hägune nägemine, düspnoe, hüpertensioon, tahhükardia, hüpotensioon, rindkere valu, QT-aja pikenedamine, ST-depressioonid, arütmia, hingamise pärssumine, kooma, krambid.	Disulfiraami-alkoholi interaktsioone võivad soodustada amitriptüliin, kloorpromasiin. Disulfiraam inhibeerib bensodiaseptinide (klooridasepoksiid, diasepaam) metabolismi ja suurendab nende sedatiivset toimet. Disulfiraam inhibeerib fenütoini, teofülliini, varfarini, petidümi, ja morfiini metabolismi.	Vastuäidustatud südamepuudulikkuse, südame pärgarterite kahjustuse ja hüpertensiooni esinemisel, isiksushäirete, psühhooosi ja suitsiidiriski korral ning samaaegsel alkoholi tarvitamisel. Ettevaatusega tuleb manustada neeru- ja maksapuudulikkuse korral, hingamisteede haiguste, diabeedi, hüpoteiroidismi ja epilepsia esinemisel. I trimestril on disulfiraam vastuäidustatud. 2. ja 3. ndal trimestril tohib kasutada ainult siis kui oodatav kasu kaalub üles võimalikud riskid. Imetamise korral on kasutamine vastuäidustatud.	Esimisel päeval 800 mg Teisel päeval 600 mg Kolmandal päeval 400 mg Neljandal ja viiendal päeval 200 mg Edasi 200 mg (või 100mg) päevas

Naltreksoon	Motiiveeritud patsiendid Patsiendid, kes ei kasuta opioide Tugeva alkoholiuuga patsiendid	Närvilisus ⁺⁺⁺ , unetus ⁺⁺⁺ , ärevus ⁺⁺⁺ , peavalu ⁺⁺⁺ , unehäired ⁺⁺⁺ , kõhuvalu ⁺⁺⁺ , iiveldus ⁺⁺⁺ , liigesevalu ⁺⁺⁺ , asteemia ⁺⁺⁺ , pearinglus ⁺⁺ , tahükardia ⁺⁺ , valu rinnus ⁺⁺ , kõhulahtisus või kõhukinnisus ⁺⁺ , lõõve ⁺⁺ , söögisu langus ⁺⁺ , ejakulatsioonihäired ⁺⁺ , suu herpes ⁺ , hallutsinatsioonid ⁺ , depressioon ⁺ , treemor ⁺ , hägune nägemine ⁺ , vererõhu kõikumised ⁺ , maskahjustus ja hepatiit ⁺ .	Samaaegne kasutamine ei ole soovitatav: opioidi derivaadid, tsentraalse toimega hüpertensiooni vastased ained (nt alfa-metüül dopa). Samaaegsel kasutamisel tuleb olla ettevaalik: barbituraadid, bensodiasepinid, uinutid, sedatiivsed antidepressandid, sedatiivsed HI antihistamiinikumid, neuroleptikumid.	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.	Algannus 25 mg/päevas Säilitusannus 50 mg/päevas
Süstiv naltreksoon (pole Eestis saadaval)	Patsiendid, kes ei ole abi saanud teistest alkoholistavastest ravimitest või psühhosotsiaalsetest sekkumitest Halb ravirezüümist kinnipidamine	Närvilisus ⁺⁺⁺ , unetus ⁺⁺⁺ , ärevus ⁺⁺⁺ , peavalu ⁺⁺⁺ , unehäired ⁺⁺⁺ , kõhuvalu ⁺⁺⁺ , iiveldus ⁺⁺⁺ , liigesevalu ⁺⁺⁺ , asteemia ⁺⁺⁺ , pearinglus ⁺⁺ , tahükardia ⁺⁺ , valu rinnus ⁺⁺ , kõhulahtisus või kõhukinnisus ⁺⁺ , lõõve ⁺⁺ , söögisu langus ⁺⁺ , ejakulatsioonihäired ⁺⁺ , suu herpes ⁺ , hallutsinatsioonid ⁺ , depressioon ⁺ , treemor ⁺ , hägune nägemine ⁺ , vererõhu kõikumised ⁺ , maskahjustus ja hepatiit ⁺ . Süstimiskoha reaktsioonid.	Samaaegne kasutamine ei ole soovitatav: opioidi derivaadid, tsentraalse toimega hüpertensiooni vastased ained (nt alfa-metüül dopa). Samaaegsel kasutamisel tuleb olla ettevaalik: barbituraadid, bensodiasepinid, uinutid, sedatiivsed antidepressandid, sedatiivsed HI antihistamiinikumid, neuroleptikumid.	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.	380 mg lihasesisestena 1 kord kuus

Nalmefeeni	Patsiendid, kes ei kasuta optoide Kõrge alkoholtarbimise riskitase WHO järgi (meestel 6 alkoholiannust päevas, naistel 4) Füüsiliste võõrutusnähtudega patsiendid, kes ei vaja kohest detoksikatsiooni	Unetus+++ pearinglus+++ peavalu+++ iiveldus+++ unehäired++ rahitus++ libiido langus++ parestesia++ tahhükardia++ sõõgusu langus ja kehakaalu langus++ higistamine++ lihasspasmid++	Nalmefeeni plasmakontsentratsiooni võivad suurendada diklofenak, flukonasool. Nalmefeeni plasmakontsentratsiooni vähendavaddeksametasoon, fenobarbitaal, rifampitsiin, omeprasool. Esienvad koostoimed opioididega ja kõharavimitega, mis sisaldavad opioidretseptorite agoniste.	Vastunäidustatud raske neeru- ja maksapuudulikkuse korral. Raseduse ja imetamise ajal pole soovitatav kasutada, kuna piisavad andmed puuduvad.	Regulaarselt 18 mg/päevas Või vastavalt vajadusele, kui tekib oht alkoholi tarvitamiseks
-------------------	--	---	--	--	---

- 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 8: Alkoholi liigtarvitava patsiendi käsitlemise algoritm



Kasutatud kirjandus

1. Rehm J, Shield KD, Rehm MX, Gmel G, Frick U. Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence. Centre for Addiction and Mental Health, Canada. 2012;
2. Alkoholipoliitika roheline raamat. Sotsiaalministeerium; 2014.
3. Psüühika- ja käitumishäirete klassifi katsioon. RHK 10. Kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised. Tartu Ülikool; 1999.
4. WHO Global Status Report on Alcohol 2004. Geneva: World Health Organization; 2004.
5. Alkoholi liigtarvitava patsiendi varajane avastamine ja nõustamine perearstipraksises. Tervise Arengu Instituut ja Tartu Ülikooli polikliiniku ja peremeditsiini õppetool; 2012.
6. 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. detsember 2008;149(12):879–88.
7. 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 [tsiteeritud 31. märts 2015]. Salvestatud: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99199/>
8. Rodríguez-Martos A, Santamaría 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.
9. Ashenden R, Silagy C, Weller D. A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Fam Pract.* aprill 1997;14(2):160–76.
10. 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.* aprill 2004;28(4):608–18.
11. Bertholet N, Daepfen 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. mai 2005;165(9):986–95.
12. 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.

13. Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. *Prev Med.* mai 1999;28(5):503–9.
14. 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. aprill 2004;140(7):557–68.
15. Aalto M, Seppä K. Usefulness, length and content of alcohol-related discussions in primary health care: the exit poll survey. *Alcohol Alcohol.* detsember 2004;39(6):532–5.
16. Stockwell T, Murphy D, Hodgson R. The severity of alcohol dependence questionnaire: its use, reliability and validity. *Br J Addict.* juuni 1983;78(2):145–55.
17. Shlik J., Aluoja A., Kihl E. M.I.N.I. 5.0.0 Mini Rahvusvaheline Neuropsühhiaatriline Intervjuu, DSM-IV Eesti versioon. Tartu Ülikool, Psühhiaatria õppetool; 2002.
18. 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.* detsember 2006;101(12):1696–704.
19. 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. detsember 2006;15(4):167–80.
20. 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.
21. Ustün 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.
22. 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.* märts 2001;51(464):206–17.

23. Salaspuro M. Carbohydrate-deficient transferrin as compared to other markers of alcoholism: a systematic review. *Alcohol*. november 1999;19(3):261–71.
 24. 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*. detsember 2004;45(6):517–23.
 25. Williams CM, Skinner AE. The cognitive effects of alcohol abuse: a controlled study. *Br J Addict*. juuli 1990;85(7):911–7.
 26. Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, La Vecchia C. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Prev Med*. mai 2004;38(5):613–9.
 27. 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.
 28. 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.
 29. 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*. juuni 1988;12(3):360–4.
 30. Williams D, Lewis J, McBride A. A comparison of rating scales for the alcohol-withdrawal syndrome. *Alcohol and Alcoholism*. 1. märts 2001;36(2):104–8.
 31. 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. mai 2002;17(5):349–55.
 32. Foy A, Kay J, Taylor A. The course of alcohol withdrawal in a general hospital. *QJM*. 1. aprill 1997;90(4):253–61.
 33. 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. juuli 1997;278(2):144–51.
 34. Ntais C, Pakos E, Kyzas P, Ioannidis JPA. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(3):CD005063.
 35. Ciraulo DA, Sands BF, Shader RI. Critical review of liability for benzodiazepine abuse among alcoholics. *Am J Psychiatry*. detsember 1988;145(12):1501–6.
 36. Busto U, Simpkins J, Sellers EM, Sisson B, Segal R. Objective determination of benzodiazepine use and abuse in alcoholics. *Br J Addict*. detsember 1983;78(4):429–35.
-

37. Humeniuk R. Alkoholi, tubaka ja sõltuvusainete tarvitamise sõeluuring (ASSIST). Esmatasandi tervishoiutöötaja käsiraamat [Internet]. Maailma Terviseorganisatsioon; 2013. Salvestatud: https://intra.tai.ee/images/prints/documents/142779204977_ASSIST_2013_Estonian.pdf
38. 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*. mai 1995;90(5):607–14.
39. 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.
40. 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*. juuli 2006;67(4):529–37.
41. Humeniuk R, Ali R, Babor TF, Farrell M, Formigoni ML, Jitwiwitikarn J, et al. Validation of the Alcohol, Smoking And Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Addiction*. juuni 2008;103(6):1039–47.
42. Parr JM, Kavanagh DJ, Cahill L, Mitchell G, McD Young R. Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. *Addiction*. jaanuar 2009;104(1):13–24.
43. Oude Voshaar RC, Gorgels WJMJ, 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*. veebruar 2006;188:188–9.
44. Voshaar RCO, Gorgels WJMJ, 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*. juuni 2003;182:498–504.
45. Oulis P, Konstantakopoulos G. Pregabalin in the treatment of alcohol and benzodiazepines dependence. *CNS Neurosci Ther*. 2010;16(1):45–50.
46. Diaper AM, Law FD, Melichar JK. Pharmacological strategies for detoxification. *Br J Clin Pharmacol*. veebruar 2014;77(2):302–14.
47. 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 [tsiteeritud 29. august 2015]. Salvestatud: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65487/>
48. 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.

49. 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.
 50. Amato L, Minozzi S, Vecchi S, Davoli M. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(3):CD005063.
 51. Raistrick D, Heather N, Godfrey C. Review of the Effectiveness of Treatment for Alcohol Problems. London: National Treatment Agency for Substance Misuse; 2006.
 52. 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*. september 1993;17(6):1130–45.
 53. UKATT Research Team. Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ*. 10. september 2005;331(7516):541.
 54. 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. mai 2006;295(17):2003–17.
 55. Mason BJ, Lehter 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.
 56. Koeter MWJ, van den Brink W, Lehter P. Effect of early and late compliance on the effectiveness of acamprosate in the treatment of alcohol dependence. *J Subst Abuse Treat*. oktober 2010;39(3):218–26.
 57. Vaillant GE. A long-term follow-up of male alcohol abuse. *Arch Gen Psychiatry*. märts 1996;53(3):243–9.
 58. 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.
 59. 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*. oktober 1999;67(5):688–97.
 60. 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.
 61. 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.
62. Miller WR, Wilbourne PL. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*. 2002;97(3):265–77.
 63. Hettaema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:91–111.
 64. Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol Alcohol*. juuni 2006;41(3):328–35.
 65. Walters, GD. Behavioral Self-Control Training for Problem Drinkers: A Meta-Analysis of Randomized Control Studies. *Behav Ther*. 2000;31:135–49.
 66. Powers JR, Young AF. Longitudinal analysis of alcohol consumption and health of middle-aged women in Australia. *Addiction*. märts 2008;103(3):424–32.
 67. 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.
 68. Streeton C, Whelan G. Naltrexone, a relapse prevention maintenance treatment of alcohol dependence: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Alcohol Alcohol*. detsember 2001;36(6):544–52.
 69. Srisurapanont M, Jarusuraisin N. Naltrexone for the treatment of alcoholism: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Neuropsychopharmacol*. juuni 2005;8(2):267–80.
 70. 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.
 71. Gual A, Bruguera P, López-Pelayo H. Nalmefene and its use in alcohol dependence. *Drugs Today*. mai 2014;50(5):347–55.
 72. 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. aprill 2013;73(8):706–13.
 73. 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.
 74. Gowing LR. *Pharmacotherapies for relapse prevention in alcohol dependence*. Drug and Alcohol Services South Australia; 2011.
 75. Wilson A, Davidson WJ, Blanchard R. Disulfiram implantation: a trial using placebo implants and two types of controls. *J Stud Alcohol*. mai 1980;41(5):429–36.
-
-

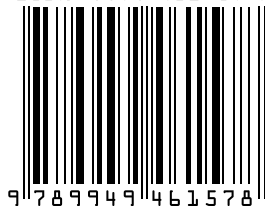
76. Hernandez-Avila CA, Song C, Kuo L, Tennen H, Armeli S, Kranzler HR. Targeted versus daily naltrexone: secondary analysis of effects on average daily drinking. *Alcohol Clin Exp Res*. mai 2006;30(5):860–5.
77. Kranzler HR, Tennen H, Armeli S, Chan G, Covault J, Arias A, et al. Targeted naltrexone for problem drinkers. *J Clin Psychopharmacol*. august 2009;29(4):350–7.
78. 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.
79. Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction*. desember 2001;96(12):1725–42.
80. Rollnick S. Behaviour change in practice: targeting individuals. *Int J Obes Relat Metab Disord*. februar 1996;20 Suppl 1:S22–6.
81. Cutler RB, Fishbain DA. Are alcoholism treatments effective? The Project MATCH data. *BMC Public Health*. 2005;5:75.
82. Callaghan RC, Taylor L, Cunningham JA. Does progressive stage transition mean getting better? A test of the Transtheoretical Model in alcoholism recovery. *Addiction*. 1. oktober 2007;102(10):1588–96.
83. 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. märts 2007;31(3):428–35.
84. West R. Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction*. august 2005;100(8):1036–9.
85. Heather N, Luce A, Peck D, Dunbar B, James I. Development of a Treatment Version of the Readiness to Change Questionnaire. *Addict Res Theory*. 1. januar 1999;7(1):63–83.
86. 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. februar 2007;146(3):167–76.
87. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*. märts 1993;88(3):315–35.
88. Shand, F. *The Treatment of Alcohol Problems: a Review of the Evidence*. Canberra: Australian Commonwealth Department of Health and Ageing; 2003.
89. 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.

90. 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.* aprill 2007;31(4):596–603.
91. 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.* märts 2007;68(2):238–47.
92. Bacchus L. Client perceptions of inpatient treatment: a qualitative account with implications for service delivery. *Drugs: Education, Prevention and Policy.* 1999;6:87–97.
93. Leigh G, Ogborne AC, Cleland P. Factors associated with patient dropout from an outpatient alcoholism treatment service. *J Stud Alcohol.* juuli 1984;45(4):359–62.
94. Rees DW. Health beliefs and compliance with alcoholism treatment. *J Stud Alcohol.* november 1985;46(6):517–24.
95. Rees DW, Beech HR, Hore BD. Some factors associated with compliance in the treatment of alcoholism. *Alcohol Alcohol.* 1984;19(4):303–7.
96. 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.
97. 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.* jaanuar 1998;36(1):40–53.
98. 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.
99. Patterson DG, Macpherson J, Brady NM. Community psychiatric nurse aftercare for alcoholics: a five-year follow-up study. *Addiction.* aprill 1997;92(4):459–68.
100. 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. juuni 1999;55(1-2):91–103.
101. Brewer C, Meyers RJ, Johnsen J. Does disulfiram help to prevent relapse in alcohol abuse? *CNS Drugs.* 2000;5:329–41.
102. 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.
103. 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.
104. Alessi SM, Hanson T, Wieners M, Petry NM. Low-cost contingency management in community clinics: delivering incentives partially in group therapy. *Exp Clin Psychopharmacol.* juuni 2007;15(3):293–300.
 105. 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.
 106. 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.* aprill 2000;68(2):250–7.
 107. 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.
 108. Stein B, Orlando M, Sturm R. The effect of copayments on drug and alcohol treatment following inpatient detoxification under managed care. *Psychiatr Serv.* veebruar 2000;51(2):195–8.
 109. Helander A, Carlsson AV, Borg S. Longitudinal comparison of carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyl transferase: complementary markers of excessive alcohol consumption. *Alcohol Alcohol.* jaanuar 1996;31(1):101–7.
 110. 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.* jaanuar 1997;154(1):75–80.
 111. 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.
 112. 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. juuni 2013;929:149–54.
 113. Moos RH, Moos BS. Long-term influence of duration and intensity of treatment on previously untreated individuals with alcohol use disorders. *Addiction.* märts 2003;98(3):325–37.
 114. 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.* märts 1996;53(3):217–24.
-
-

115. 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.* veebruar 2001;21(1):72–7.
116. 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.
117. Health D of. 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
118. Miller WR, Wilbourne PL. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction.* 1. märts 2002;97(3):265–77.
119. 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.
120. 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.
121. 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.
122. toimetaja V.Vasar. *Narkoloogia.* Tallinn: Medicina; 2000.
123. Waller T, Rumball D. Appendix 5: Severity of Dependence Scale (SDS). *Treating Drinkers and Drug Users in the Community* [Internet]. Blackwell Science Ltd; 2004 [tsiteeritud 24. november 2015]. lk 366–7. Salvestatud: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470693742.app5/summary>

ISBN 9949-461-57-X



9 789949 461578