



UNITED NATIONS
Office on Drugs and Crime

Farmakoloģiskās opioīdu atkarības ārstēšanas novērtēšana Latvijā

Linda Sīle, Ieva Pūgule
Valsts aģentūra „Sabiedrības veselības aģentūra”
Atkarības slimību epidemioloģiskās uzraudzības centrs
Narkotiku uzraudzības monitoringa fokālais punkts
Rīga, 2008

Projekta pasūtītājs

ANO Narkotiku un noziedzības birojs

Projekta veicēji

Linda Sīle, Ieva Pūgule

Intervētāji

Juris Ekšteins, Andrejs Kostarņenko

Projekta veicēji izsaka pateicību

Signei Rotbergai

Evijai Dompalmi

FranzTrautmann

Emilis Subata

Jānim Bekmanim

Astrīdai Stirnai

Sarmītei Skaidai

Ingai Landsmanei

Agitai Kromulei

Laumai Eglītei

Intai Lācei

Mārim Taubem

Aijai Pelnei

Ilzei Maksimai

Kristīnei Ķipēnai

Regīnai Fedosejevai

Robertam Girgensonam

Satura rādītājs

SAĪSINĀJUMI	5
TERMIŅLOĢIJA	5
KOPSAVILKUMS	6
1. IEVADS	8
2. METODOLOĢIJA	9
3. PAMATINFORMĀCIJA	13
3.1. SITUĀCIJAS RAKSTUROJUMS NARKOMĀNIJAS JOMĀ LATVIJĀ	13
3.2. FARMAKOTERAPIJAS ORGANIZĀCIJA LATVIJĀ	19
3.3. NĒMEDIKAMENTOZĀ ĀRSTĒŠANA UN APRŪPES IESPĒJAS LATVIJĀ	23
3.4. FARMAKOTERAPIJAS CENTRA ORGANIZATORISKIE ASPEKTI	24
3.5. ĀRSTĒŠANA	26
3.6. EKSPERTU VIEDOKLIS PAR FARMAKOTERAPIJU	28
4. FARMAKOTERAPIJAS MĒRĶI UN UZ PIERĀDĪJUMIEM BALSTĪTĀ EFEKTIVITĀTE	30
4.1. PIERĀDĪJUMI PAR FARMAKOTERAPIJAS EFEKTIVITĀTI	30
4.2. FARMAKOTERAPIJAS MEDIKAMENTU EFEKTI	31
4.3. FARMAKOTERAPIJAS EFEKTI	31
4.4. FARMAKOTERAPIJA IESLODZĪJUMA VIETĀS	31
5. FARMAKOTERAPIJAS KVALITĀTE	33
5.1. DARBINIEKU VIEDOKLIS PAR FARMAKOTERAPIJAS PROGRAMMU KVALITĀTI	33
5.2. DARBINIEKU MOTIVĀCIJA, APMIERINĀTĪBA AR DARBU UN ATTIEKSME PRET PACIENTIEM	34
5.3. ĀRSTĒŠANA	34
5.4. FARMAKOTERAPIJAS MEDIKAMENTU NOPLŪDES PROFILAKSE	35
5.5. PACIENTU SŪDZĪBAS UN REĢISTRĀCIJAS KĀRTĪBA	35
5.6. PIEEJAMĪBA	36
5.7. DARBINIEKU AKTIVITĀŠU VĒRTĒJUMS	36
5.8. VADLĪNIJAS, MEDICĪNISKĀS TEHNOLOĢIJAS	36
5.9. PROCESA VADĪBA (MENEDŽMENTS)	37
5.10. SADARBĪBA	37
6. PACIENTU APMIERINĀTĪBA AR FARMAKOTERAPIJU	38
6.1. RESPONDENTU VISPĀRĒJAIS RAKSTUROJUMS	38
6.2. CITU VIELU LIETOŠANA	40
6.3. ĀRSTĒŠANAS UZSĀKŠANAS IEMESLI	41
6.4. ĀRSTĒŠANAS JAUTĀJUMI	42
6.5. ĀRSTĒŠANAS PIEEJAMĪBAS JAUTĀJUMI	47
6.6. ĀRSTĒŠANAS APSTĀKĻI	50
7. NARKOTISKO VIELU LIETOTĀJU, KAS NEAPMEKLĒ FARMAKOTERAPIJU, RAKSTUROJUMS	53
7.1. RESPONDENTU VISPĀRĒJIS RAKSTUROJUMS	53
7.2. LIETOŠANAS BIEŽUMS UN RAKSTURS	53

7.3. IEPRIEKŠĒJA ĀRSTĒŠANĀS PIEREDZE	53
7.4. ATTIEKSME PRET FARMAKOTERAPIJU	54
7.5. INFORMĀCIJAS IEGŪŠANAS AVOTI	54
7.6. FARMAKOTERAPIJAS IESPĒJAMIE UZSĀKŠANAS/NEUZSĀKŠANAS IEMESLI	55
8. REFERENCES VALSTIS	57
9. DISKUSIJA.....	60
9.1. LIKUMDOŠANA, VADLĪNIJAS UN MEDICĪNISKĀS TEHNOLOĢIJAS	60
9.2. DARBINIEKU JAUTĀJUMI	60
9.3. PACIENTU JAUTĀJUMI.....	61
9.4. ĀRSTĒŠANAS JAUTĀJUMI.....	62
9.5. FARMAKOTERAPIJAS PIEEJAMĪBAS PAPLAŠINĀŠANA	63
9.6. STIPRIE PUNKTI – VĀJIE PUNKTI.....	64
10. REKOMENDĀCIJAS	67
10.1. LIKUMDOŠANA, VADLĪNIJAS UN MEDICĪNISKĀS TEHNOLOĢIJAS	67
10.2. DARBINIEKU JAUTĀJUMI.....	67
10.3. PACIENTU JAUTĀJUMI.....	68
10.4. ĀRSTĒŠANAS JAUTĀJUMI.....	69
10.5. FARMAKOTERAPIJAS PIEEJAMĪBAS PAPLAŠINĀŠANA	69
11. LITERATŪRAS SARAKSTS.....	71

Saīsinājumi

ANO	Apvienoto Nāciju organizācija
Centrs	VSIA „Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs”
EMCDDA	Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs
ES	Eiropas Savienība
HIV	Cilvēka imūndeficīta vīruss
IDU	Injicējamo narkotisko vielu lietošana/lietotāji
MK	Ministru kabinets
PDU	problemātiskā narkotisko vielu lietošana/ lietotāji
PVO	Pasaules Veselības organizācija
RPNC	VSIA „Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs”
SVA	V/a „Sabiedrības veselības aģentūra”
Trimbos institūts	Nīderlandes Garīgās veselības un narkoloģijas institūts
TM	Tieslietu ministrija
UNODC	ANO Narkotiku un noziedzības birojs
Vadlīnijas	„Narkoloģisko pacientu ārstēšanas vadlīnijas”
VOAVA	Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra

Terminoloģija

Balstoties uz Pasaules Veselības organizācijas 2007.gada vadlīnijām „*Psihosociāli farmakoloģiskā opioīdu atkarības pacientu ārstēšana*” („WHO Guidelines for Psychosocially Assisted Pharmacological Treatments of Persons Dependent on Opioids”) pasaulē termina „*aizvietojošā ārstēšana*” vietā sāk izmantot terminu „*farmakoloģiskā opioīdu atkarības pacientu ārstēšana*”. Ar šo terminu tiek saprasta „*ārstēšana, izmantojot opioīdu agonistus vai antagonistus, detoksikācijas vai aizvietojošās ārstēšanas veikšanai. Medikamentu lietošana ārstēšanas nolūkos ir integrēta plašākā programmā, ietverot psihosociālu palīdzību*”¹ (Uchtenhagen, Ladjevic et al. 2007).

Šajā ziņojumā, runājot par aizvietojošo ārstēšanu, tiks izmantots termins „*farmakoterapija*”.

¹ By 'pharmacological treatments of patients dependent on opioids' we understand treatments using opioid agonists or antagonists, for detoxification or for maintenance purposes. It is understood that in such treatments the use of medications is integrated into a comprehensive programme including psychosocial assistance.

Kopsavilkums

Ziņojums

Ziņojumā uzmanība vērsta tikai uz farmakoterapiju, konkrēti – divām farmakoterapijas programmām Latvijā – farmakoterapiju ar metadonu un buprenorfīnu. Novērtēšana netiek veikta ar mērķi kontrolēt darbinieku darbu vai ārstēšanas procesu, bet gan ar mērķi identificēt problēmas, ar kurām saskaras darbinieki savā ikdienas darbā un pacienti, saņemot ārstēšanu. Problēmu identificēšana ļaus daudz sekmīgāk tās atrisināt nākotnē un padarīt farmakoterapiju efektīvāku.

Pēc novērtēšanā izmantotās metodoloģijas apraksta, ziņojumā tiek aprakstīta pamatinformācija par situāciju narkomānijas jomā Latvijā, farmakoterapijas organizāciju, nemedikamentozās ārstēšanas iespējām, ekspertu nostāju farmakoterapijas jautājumos. Tālāk sniegta informācija par farmakoterapijas būtību (mērķi, iedarbība), farmakoterapijas kvalitāti Centra darbinieku skatījumā. Ziņojuma sestā nodaļa veltīta informācijas analīzei par pacientu apmierinātību ar farmakoterapiju. Septītajā nodaļā sniegts īss ieskats veiktajās intervijās ar narkotisko vielu lietotājiem, kas neapmeklē farmakoterapiju un ziņojuma astotajā nodaļā sniegts farmakoterapijas darbības salīdzinājums ar citām Eiropas Savienības dalībvalstīm – Slovēniju, Lietuvu un Poliju. Tālāk seko diskusijas nodaļa un rekomendāciju nodaļa.

Pamatinformācija par farmakoterapijas organizāciju Latvijā

Nodaļā tiek aprakstīta farmakoterapijas organizācija Latvijā, tiek sniegta pamata statistiskā informācija par heroīna lietošanu Latvijā, normatīvajiem aktiem, vadlīnijām, medicīniskajām tehnoloģijām, pacientu raksturojumu farmakoterapijā, citām pieejamajām ārstēšanas formām, pakalpojumiem, finansēšanas kārtību, darbiniekiem, sadarbību ar citām organizācijām. Tālāk seko informācija par ārstēšanu – izrakstītajiem farmakoterapijas medikamentiem, izrakstīšanas kārtību, devām, pieeju ārstēšanai un citiem piedāvātajiem pakalpojumiem Centrā. Nodaļās nobeigumā padziļināti tiek aplūkots ekspertu kopējais viedoklis par farmakoterapiju Latvijā, kas kopumā atspoguļo pozitīvu attieksmi pret farmakoterapijas pieejamības paplašināšanu Latvijas reģionos un ieslodzījumu vietās.

Farmakoterapijas mērķi un uz pierādījumiem balstītā efektivitāte

Nodaļā tiek aplūkoti farmakoterapijas mērķi un uz pierādījumiem balstītā efektivitāte. Farmakoterapiju opioīdu atkarības ārstēšanā šobrīd piemēro visās ES dalībvalstīs un pašlaik Eiropā valda ievērojama vienprātība, ka šis risinājums problemātiskajiem opioīdu lietotājiem nāk par labu. Jautājums par farmakoterapijas lomu vairs neizraisa tik lielas domstarpības starptautiskā līmenī: ANO sistēma saistībā ar farmakoterapiju 2004. gadā ir pieņēmusi vienotu nostāju (WHO/UNODC/UNAIDS, 2004), savukārt PVO gan metadonu, gan buprenorfīnu 2006. gadā jūnijā ir iekļāvusi PVO svarīgāko medikamentu paraugarakstā (EMCDDA, 2007b).

Ziņojuma mērķis nav pierādīt farmakoterapijas kā tādas pozitīvos aspektus, tā kā tie līdz šim pasaulē jau ir pierādīti. Novērtēšanas mērķis ir noskaidrot šā brīža reālo situāciju farmakoterapijā un sniegt rekomendācijas farmakoterapijas paplašināšanai nākotnē Latvijas reģionos, definējot vājos un stipros punktus.

Farmakoterapijas kvalitāte

Nodaļā tiek aplūkota un analizēta farmakoterapijas kvalitāte Latvijā, kuru lielā mērā nosaka darbinieku kapacitāte, pieejamie speciālisti un apmācības, darbinieku darba motivācija, apmierinātība ar darbu, attieksme pret pacientiem, laiks, kas tiek patērēts uz pacientu vizītē, farmakoterapijas medikamentu ieņemšanas un uzraudzības kārtība, pacientu sūdzību ievērošana, pacientu reģistrācija,

farmakoterapijas pieejamība, monitorings un novērtēšana, procesa menedžments un sadarbība ar citām organizācijām.

Pacientu apmierinātība

Nodaļā tiek analizēta pacientu apmierinātība ar farmakoterapiju, kas lielā mērā ir atkarīga no pacienta informētības un apmierinātības ar ārstēšanas procesu. Tāpat tiek aplūkoti jautājumi par farmakoterapijas pieejamību, apmierinātību ar cietiem Centra sniegtajiem pakalpojumiem, darbinieku attieksmi, kontaktu ar ārstu un ārstēšanas konfidencialitāti. Atsevišķā nodaļā tiek analizēti to problemātisko opioīdu lietotāju viedokļi, kas farmakoterapiju neapmeklē.

References valstis

Lai varētu sniegt pamatotas rekomendācijas un ieteikumus farmakoterapijas uzlabošanai nākotnē, balstoties uz Trimbos institūta piemēru un ieteikumiem, tika nolemts veikt Latvijas situācijas salīdzinājumu ar trim ES valstīm – Slovēniju, Lietuvu un Poliju, kas izvēlētas, ņemot vērā līdzīgo vēsturisko attīstību.

Diskusija

Nodaļā „Diskusija” iekļauti un atspoguļoti tie temati, kas novērtēšanas laikā atklājās kā vieni no būtiskākajiem. Šie temati saistīti ar likumdošanas, vadlīniju, medicīnisko tehnoloģiju, darbinieku, pacientu, ārstēšanas un farmakoterapijas pieejamības paplašināšanas jautājumiem.

Rekomendācijas

Rekomendāciju nodaļā uzmanība vērsta uz ieteikumiem labākai farmakoterapijas darbības nodrošināšanai, izpratnes veicināšanai par farmakoterapiju (tajā skaitā profesionāļu vidū), kā arī rekomendācijām politikas veidotājiem, veicinot elastīgāku farmakoterapijas darbību.

1. Ievads

Latvija bija viena no pirmajām Austrumeiropas valstīm, kas 1996. gadā uzsāka metadona farmakoterapiju. 2005. gadā oficiāli sāka darboties arī buprenorfīna farmakoterapija, tomēr līdz pat 2008.gada beigām, farmakoterapija Latvijā nav kļuvusi par plaši pieejamu ārstniecības pakalpojumu opioīdu lietotājiem. Līdz 2008.gada beigām metadona farmakoterapija darbojās tikai VSIA „Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs” (turpmāk tekstā- Centrs) (Subata, 2007). Tāpat jāatzīmē, ka līdz šim par farmakoterapijas pieejamības paplašināšanu Latvijas reģionos nav notikušas plašas diskusijas, tomēr līdz ar UNODC projekta „HIV/AIDS profilakse un aprūpe injicējamo narkotisko vielu lietotāju vidū un ieslodzījuma vietās Igaunijā, Latvijā un Lietuvā” uzsākšanu Baltijas valstīs, tika aktualizēts arī jautājums par farmakoterapijas pieejamību opioīdu lietotājiem. Tā rezultātā 2008. gadā tika uzsākta pirmā farmakoterapijas novērtēšana Latvijā ar mērķi novērtēt esošo situāciju farmakoterapijas darbības jomā un sniegt rekomendācijas pakalpojumu uzlabošanai un paplašināšanai, pamatā identificējot šā brīža farmakoterapijas stipros un vājos punktus.

Projekta ietvaros tika izvirzīti šādi farmakoterapijas novērtēšanas mērķi:

1. novērtēt situāciju farmakoterapijas darbības jomā Latvijā,
2. sniegt rekomendācijas farmakoterapijas pakalpojumu uzlabošanā un paplašināšanā,

un šādi uzdevumi:

1. analizēt farmakoterapijas normatīvos aktus, „Metadona aizvietojošās terapijas programmas medicīniskās tehnoloģijas” un „Buprenorfīna pielietošanas medicīniskās tehnoloģijas opioīdu atkarīgo pacientu ārstēšanā” (turpmāk tekstā medicīniskās tehnoloģijas), „Narkoloģisko pacientu ārstēšanas vadlīnijas” (turpmāk tekstā vadlīnijas),
2. analizēt Centra darbību farmakoterapijas pakalpojumu sniegšanā,
3. veikt dziļās intervijas ar ekspertiem,
4. veikt strukturētās intervijas ar Centra farmakoterapijas darbiniekiem,
5. veikt strukturētās intervijas ar farmakoterapijas pacientiem,
6. veikt strukturētas intervijas ar narkotisko vielu lietotājiem, kas neapmeklē farmakoterapijas programmas,
7. veikt farmakoterapijas darbības salīdzinājumu ar izvēlētajām references valstīm,
8. analizēt farmakoterapijas pakalpojumu sniegšanas stipros un vājos punktus.

Novērtēšanu veica valsts aģentūras „Sabiedrības veselības aģentūra” Atkarības slimības epidemioloģiskas uzraudzības centra, Narkotiku uzraudzības monitoringa fokālā punkta darbinieces – Linda Stle un Ieva Pūgule, par piemēru izmantojot Nīderlandes Garīgās veselības un narkoloģijas institūta (turpmāk tekstā Trimbos institūts) un Ļubļanas Universitātes Sociālā darba fakultātes veikto farmakoterapijas novērtēšanu Slovēnijā. Novērtēšanas veikšanas laikā Trimbos institūta eksperti sniedza nozīmīgus ieteikumus un atbalstu projekta realizēšanai Latvijā. Paralēli farmakoterapijas novērtēšanai Latvijā, tāds pats projekts tika realizēts arī Igaunijā. Ziņojums saturiski līdzīgi veidots Trimbos institūta ziņojumam „*Evaluation of substitution maintenance treatment in Slovenia – assessing its quality and efficiency*” (Trautmann, 2007). Tas satur daudz kvalitatīvas informācijas, kā arī rekomendācijas farmakoterapijas darba uzlabošanai un konkrēti metadona farmakoterapijas paplašināšanai Latvijā.

2. Metodoloģija

Pamatojoties uz Trimbos institūta veikto izpēti, veicot novērtēšanu, tika izmantots KIPP modelis, kas paredzēts projektu, programmu, darbinieku, produktu, institūciju un sistēmu novērtēšanai. Saīsinājums KIPP ietver:

- Kontekstu (ietver vajadzību, problēmu, tīpašību un iespēju izvērtēšanu jeb – ko nepieciešams izdarīt?),
- Ieguldījumu (ietver racionalitātes, mērķu un pieejamās informācijas par efektivitātes izvērtēšanu jeb – kā tas ir jāizdara?),
- Procesu (ietver iekšējo procesu atbilstības (vadlīnijas, tehnoloģijas, darbinieku kvalifikācija un pieredze) izvērtēšanu jeb – cik daudz ir izdarīts?) un
- Produktu (ietver rezultātu izvērtēšanu jeb – kādas sekmes ir sasniegtas?) (Stufflebeam, 2003; Trautmann, 2007).

Līdzīgi kā norādīts Trimbos institūta ekspertu novērtēšanas ziņojumā, balstoties uz KIPP modeli, iespējams izdalīt vairākus novērtēšanas veikšanai nepieciešamos jautājumus:

- Kā tiek organizēta farmakoterapija Latvijā?
- Kāds ir ekspertu viedoklis par farmakoterapiju Latvijā?
- Kāda ir farmakoterapijas racionalitāte, mērķi un efektivitātes pamatotība?
- Vai tiek ievērotas ārstēšanas vadlīnijas, medicīniskās tehnoloģijas un darbinieki ir kvalificēti?
- Cik efektīva ir farmakoterapijas organizācija?
- Kā ārstēšanu vērtē pacienti?
- Kā farmakoterapija darbojas Latvijā un citās valstīs?

Lai būtu iespējams atbildēt uz šiem jautājumiem, novērtēšanas veikšanā pārsvarā tika izmantotas kvalitatīvās pētniecības metodes, proti, dziļās intervijas ar ekspertiem, intervijas ar Centra darbiniekiem un intervijas ar narkotisko vielu lietotājiem, kas neatrodas farmakoterapijā. Tikai pacientu apmierinātības novērtēšanai tika izmantotas kvantitatīvas metodes. Anketas, kurās tika novērtēta pacientu apmierinātība ar farmakoterapiju, tika apstrādātas un analizētas SPSS programmatūrā.

Tā kā Latvijā ir tikai viens Centrs, kurā ir iespējams saņemt metadonu un iesākumā – arī buprenorfīnu, lielākā daļa informācijas, kas saistīta ar farmakoterapijas organizāciju un Centra darbību, tika iegūta tieši šajā ārstniecības iestādē.

Pamatinformācija par farmakoterapijas organizāciju un ekspertu viedoklis

Pamatinformācijas iegūšanai par farmakoterapiju un tās organizāciju Latvijā, kā arī, lai noskaidrotu kopējo ekspertu viedokli par farmakoterapiju, tika izmantota gan intervijās ar ekspertiem iegūta informācija, gan informācija, kas iegūta no intervijām ar Centra darbiniekiem. Tā kā eksperti pārsvarā katrs pārstāv atšķirīgu jomu, papildus kopējiem jautājumiem, katram tika jautāti arī jautājumi viņa/as kompetences ietvaros. Pamatinformācijas un ekspertu viedokļa iegūšanai tika intervēti šādi eksperti:

Jānis Bekmanis – Latvijas Republikas Iekšlietu ministrijas Plānošanas, koordinācijas un kontroles departamenta direktora vietnieks, Narkotiku kontroles un narkomānijas ierobežošanas koordinācijas padomes sekretārs.

Astrīda Stirna – VSIA Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centra Narkoloģiskās palīdzības dienesta vadītāja, valdes locekle.

Sarmīte Skaida – VSIA Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centra Narkoloģiskā stacionāra virsārste

Inga Landsmane – VSIA Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centra Narkoloģiskās palīdzības dienesta Ambulatori konsultatīvās nodaļas vadītāja

Agita Kromule – VSIA Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centra Narkoloģiskās palīdzības dienesta Aizvietojošās terapijas kabineta vadītāja.

Māris Taube – Valsts aģentūras „Sabiedrības veselības aģentūra” direktora vietnieks zinātnes un pētniecības jautājumos.

Aija Pelne – Valsts aģentūras „Sabiedrības veselības aģentūra” Atkarības slimību epidemioloģiskās uzraudzības centra vadītāja.

Kristīne Ķipēna – Latvijas Republikas Tieslietu ministrijas Nozaru politikas departamenta Kriminālsodu izpildes politikas nodaļas vadītāja.

Roberts Girgensons – Ieslodzījuma vietu pārvaldes Medicīnas daļas vadītājas vietnieks

Visiem ekspertiem, neatkarīgi no pārstāvētās jomas, tika uzdoti jautājumi par sekojošām tēmām:

- farmakoterapijas darbības principi (vai pastāv vadlīnijas, medicīniskās tehnoloģijas un kāda ir to ieviešanas kārtība? Kādi ir programmu darbības principi? Kādas ir programmu darbībā pastāvošās problēmas? Vai farmakoterapijas ietvaros tiek piedāvāti arī citi pakalpojumi, kas saistīti ar ārstēšanu?),
- farmakoterapijas paplašināšanas iespējas Latvijā (kādi ir iespējamie risinājumi? Kādi ir iespējamie programmas darbības modeļi? Kādas ir iespējamās paplašināšanās problēmas, tajā skaitā ieslodzījuma vietās?),
- esošās farmakoterapijas novērtējums (cik labi farmakoterapija darbojas šobrīd? Kādas ir šī brīža galvenās problēmas? Kādi ir risinājumi un nepieciešamie uzlabojumi?),
- sabiedrības un politiskā viedokļa vērtējums par farmakoterapiju (kādēļ sabiedrībā valda negatīvs viedoklis par farmakoterapiju? Kā to mainīt? Kādas aktivitātes nepieciešamas, lai veidotu izpratni par farmakoterapiju?).

Minētās tēmas tika ietvertas dziļajās intervijās. Intervijas veica divas valsts aģentūras „Sabiedrības veselības aģentūra” darbinieces. Katra intervija aizņēma aptuveni vienu stundu. Intervijas norisinājās laikā no 2008.augusta līdz oktobrim. Eksperti tika intervēti savās darba vietās darba laikā. Papildus nepieciešamā informācija tika noskaidrota un precizēta citās tikšanās reizēs vai telefoniski. Eksperti izvēlēti, ņemot vērā viņu darbības jomu atbilstību novērtēšanas mērķiem. Ekspertu izvēli apstiprināja UNODC.

Pamatinformācijas apkopošanai papildus tika izmantoti arī dažādi literatūras avoti – Narkotiku uzraudzības monitoringa fokālā punkta ikgadējie ziņojumi, vadlīnijas, medicīniskās tehnoloģijas, kā arī Latvijas likumdošanas dokumenti u.c.

Farmakoterapijas kvalitātes novērtēšana

Farmakoterapijas kvalitātes novērtēšanā tika izmantota Trimbos institūta ekspertu izstrādātā anketa, kurā iekļauti jautājumi par šādām tēmām:

- darbinieki: pieejamie darbinieki un ekspertīze, laiks, kas tiek veltīts vienam pacientam, darbinieku profesionālās izglītības līmenis, darbinieku apmācību iespējas, kā arī iespējas piedalīties sanāksmēs,
- darbinieku motivācija, apmierinātība ar darbu un attieksme pret pacientiem: attiecības ar pacientiem, komunikācija komandas ietvaros, apmierinātība ar tiešo vadību un darba procesa norises vērtējums,
- ārstēšana: vielas ieņemšanas procedūra, farmakoterapijas procedūras, individuāli noteiktas devas, papildus psihiatrijas, psihosociālās vai aprūpes intervences, farmakoterapijas

medikamentu noplūdes novēršana, pacientu reģistrācijas sistēmas pastāvēšana un tās lietošana, pacientu sūdzības,

- Centra pieejamība: iestādes darba laiks, pavadītais laiks ceļā uz Centru, gaidīšanas laiks, lai iestātos farmakoterapijā,
- darbinieku aktivitāšu monitorings un novērtēšana,
- vadlīnijas, medicīniskās tehnoloģijas, monitorings: izmantotās vadlīnijas, medicīniskās tehnoloģijas, ar vadlīniju un medicīnisko tehnoloģiju izmantošanu saistītās problēmas, pietiekamība,
- procesa menedžments: darba dalīšana, pacientu konfidencialitātes garantēšana, vadības atbalsts,
- sadarbība ar citām organizācijām.

Minētās tēmas tika ietvertas dziļajās intervijās. Intervijas veica divas valsts aģentūras „Sabiedrības veselības aģentūra” darbinieces. Katra intervija aizņēma aptuveni vienu stundu. Intervijas norisinājās laikā no 2008.maija līdz septembrim. Centra darbinieki tika intervēti savās darba vietās darba laikā.

Centrā tika intervēta tā vadība – konkrēti Narkoloģiskās palīdzības dienesta vadītāja, stacionāra vadītāja un trīs farmakoterapijas darbinieki (ambulatori konsultatīvās nodaļas vadītāja, farmakoterapijas kabineta vadītāja, medicīnas māsa) un sociālais darbinieks. Trīs no darbiniekiem intervēti gan kā jomas eksperti, gan kā Centra darbinieki.

Farmakoterapijas Centra efektivitātes novērtēšana

Farmakoterapijas programmu efektivitātes novērtēšanā tika izmantota Trimbos institūta ekspertu izstrādātā daļēji strukturētā anketa, kas adaptēta atbilstoši Latvijas situācijai. Intervijas tika veiktas laika posmā no 2008.gada jūnija līdz septembrim un kopumā tika intervēti seši Centra darbinieki: Narkoloģiskā palīdzības dienesta vadītāja, stacionāra virsārste, ambulatori konsultatīvās nodaļas vadītāja, farmakoterapijas kabineta vadītāja, stacionāra sociālais darbinieks un farmakoterapijas kabineta medicīnas māsa. Intervijā tika iekļauti šādi jautājumu bloki:

- informācija par Centra darbiniekiem, pieejamību, ekspertīzi un apmācību, darbinieku sanāksmēm, Centra pieejamību (darba laiki) un finansēšanas kārtību,
- informācija par ārstniecību, medikamentu lietošanas uzraudzību, pacientu novērtēšanu,
- informācija par citiem Centrā pieejamajiem pakalpojumiem farmakoterapijas pacientiem,
- informācija par pacientu reģistrācijas sistēmu (vēsture, sūdzību procedūra),
- informācija par vadlīnijām, medicīniskajām tehnoloģijām un sadarbību ar citām organizācijām.

Pacientu apmierinātības novērtēšana

Pacientu apmierinātība ar pakalpojumu ir viens no būtiskākajiem rādītājiem programma darbības un ārstēšanas kvalitātes novērtējumam. Kopumā tika intervēti 70 farmakoterapijas apmeklētāji – 55 metadona farmakoterapijas pacienti un 15 buprenorfīna farmakoterapijas pacienti. Intervijas veica divi sociālie darbinieki, kas strādā Atbalsta centrā visiem, kurus skar HIV/AIDS „Dia+logs” un paši apmeklē farmakoterapijas programmu. Intervētāji no sociālo darbinieku loka izvēlēti, jo tika pieņemts, ka programmas apmeklētāji viņiem uzticētos vairāk kā pilnīgi svešiem cilvēkiem, turklāt šiem sociālajiem darbiniekiem jau ir iepriekšēja pieredze interviju veikšanā. Pirms interviju uzsākšanas intervētāji tika apmācīti. Pacientiem pēc intervijas tika dāvinātas Rimi veikalu tīkla dāvanu kartes 5 LVL apmērā. Tā kā šis ir ļoti motivējošs veids kā iegūt nepieciešamo informāciju, intervētāji ne reizi nesaņēma atteikumu piedalīties intervijā.

Par pamatu tika ņemta Trimbos institūta izstrādātā pacientu apmierinātības anketa, adaptējot šo anketu Latvijas situācijai. Anketā kopumā tika iekļauti 70 jautājumi, par šādām tēmām:

- demogrāfiskais bloks,
- ārstniecības jautājumi (medikaments, deva, sagaidāmie farmakoterapijas efekti),
- informācija par farmakoterapiju (efekti, blaknes),
- papildus pakalpojumi (konsultācijas, analīžu veikšana),
- ārstēšanas nosacījumi (konfidencialitāte, darbinieku attieksme, farmakoterapijas darba organizācija),
- respondentu rekomendācijas (kā uzlabot farmakoterapijas darbu).

Intervijas tika veiktas 2008.gada aprīlī un maijā. Vidējais vienas intervijas ilgums bija 30 – 40 minūtes. Tā kā sociālie darbinieki, kas veica intervijas, paši apmeklēja metadona programmu, intervijas visbiežāk notika Hospitāļu ielas rajonā. Dažas intervijas tika veiktas arī biedrības „Dia+logs” telpās.

Narkotisko vielu lietotāju, kas neatrodas farmakoterapijā, raksturojums

Nepieciešamība veikt atsevišķas intervijas ar narkotisko vielu lietotājiem, kas neatrodas nevienā no farmakoterapijas programmām radās pēc sākotnējo rezultātu apspriedes Igaunijā, Tallinā, 2008.gada septembrī. Saņemot pirmos rezultātus tika secināts, ka pacientu vidū dominē uzskats, ka metadons ir ļoti toksiska un indīga viela, kas kaitē pacientu veselībai. Balstoties uz augstāk minēto, tika nolemts pārbaudīt, kāds ir Latvijas narkotisko vielu lietotāju viedoklis, kas neapmeklēja nevienu no farmakoterapijas programmām.

Igaunijas Narkotiku uzraudzības monitoringa fokālais punkts izstrādāja anketu, kas tika adaptēta Latvijas situācijai. Tika veiktas 11 strukturētas intervijas. Intervijas veica divi atbalsta centra visiemi, kurus skar HIV/AIDS „Dia+logs” sociālie darbinieki, visbiežāk - savā darba vietā. Intervijas ilgums bija aptuveni 20 minūtes un tajā iekļautas šādas jautājumu tēmas:

- demogrāfiskā informācija,
- narkotisko vielu lietošanas stāžs un lietotās vielas,
- attieksme pret farmakoterapiju,
- informācijas iegūšanas avoti par farmakoterapiju,
- nākotnes prognozes farmakoterapijas apmeklēšanā vai neapmeklēšanā.

Salīdzinājums ar references valstīm

Plašāka skatījuma iegūšanai par farmakoterapijas programmu darbību, to efektivitāti, nepieciešams situāciju Latvijā salīdzināt ar citu valstu farmakoterapijas darbības principiem. Šāds salīdzinājums ļauj analizēt citu valstu pieredzi, nosakot farmakoterapijas darbības principus, stipros un vājos punktus salīdzinājumā ar situāciju Latvijā, un to, ko iespējams izmantot, plānojot metadona farmakoterapijas paplašināšanu. Salīdzinājuma veikšanai izvēlējāmies trīs ES dalībvalstis – Slovēniju, Poliju un Lietuvu.

Informācijas iegūšanai tika izveidota anketa, izmantojot jau izstrādātus jautājumus, kā arī pievienojot jaunus. Anketa tika nosūtīta valstu Narkotiku monitoringa uzraudzības fokālo punktu vadītājiem.

3. Pamatinformācija

Pamatinformācijas nodaļā tiek apkopota informācija par situāciju narkomānijas problēmas jomā Latvijā t.s. par problemātisko narkotiku lietošanu² Latvijā, ārstniecības pieprasījumu 2007.gadā, HIV, B un C hepatītu izplatību, narkotisko vielu pārdozēšanu. Tāpat tiek atspoguļota informācija par farmakoterapijas pakalpojumu sniegšanas principiem un kārtību, nemedikamentozās ārstēšanas un aprūpes iespējām Latvijā, Centra organizatoriskajiem un ārstēšanas aspektiem. Nodaļas beigās sniegts apkopojums par nozares ekspertu viedokli attiecībā uz farmakoterapiju.

3.1. Situācijas raksturojums narkomānijas jomā Latvijā

Problemātiska narkotiku lietošana

PDU lietotāju aprēķini³ Latvijā veikti salīdzinoši nesen. 2003. gadā, izmantojot ārstniecības reizinātāja (*treatment multiplier*) metodi, aprēķināts problemātisko opioīdu lietotāju skaits Rīgā, kas 2003. gadā bija robežās no 4108 līdz 4786 lietotājiem (National Report, 2007). 2008. gadā, izmantojot reizinātāju metodi (*multiplier method*) ir aprēķināts, ka problemātisko narkotiku lietotāju skaits ir ne mazāks kā 9588 t.s. injicējamo narkotisko vielu lietotāju skaits ir ne mazāks kā 8622. Pēc šīs metodes aprēķinātais problemātisko narkotiku lietotāju skaits Rīgā ir 4757 (National Report, 2008).

2008. gada veiktā kohortas pētījuma trešā posma rezultāti problemātisko narkotiku lietotāju vidū⁴ (Trapencieris, Sņikere u.c., 2008) atklāj, ka 2008. gada pētījumā aptaujāto vidū ir 64% vīriešu un 36% sievietes. Respondentu vidējais vecums ir 29,8 gadi. 22% no aptaujātajiem ir latvieši. Raksturojot savu nodarbošanos, 27% respondentu norādījuši, ka nekur nemācās un nestrādā, 25% strādā uz rakstiska līguma pamata, maksājot nodokļus, 28% strādā uz mutiskas vienošanās pamata, 5% mācās, savukārt 24% respondentu norādījuši citu nodarbinātības statusu.

Visbiežāk minētā pirmā pamēģinātā viela (neskaitot alkoholu un tabaku) ir marihuāna vai hašišs, kuru kā pirmo minējuši 31% respondentu. Kā nākamās biežāk minētās ir amfetamīni (21%), hanka (10%), heroīns (9%), efedrīns (8%), ekstazī (6%). Visbiežāk dzīves, pēdējā gada un pēdējā mēneša laikā 2008. gada kohortas pētījuma respondentu lietotās vielas ir heroīns un amfetamīni, kuras attiecīgi dzīves laikā pamēģinājuši 85% un 83% respondentu, pēdējā gada laikā – 76% un 77%, savukārt pēdējā mēneša laikā kā amfetamīnu, tā heroīnu lietojuši 74% narkotiku lietotāju. 2008. gada pētījuma rezultāti norāda, ka dzīves laikā narkotiku lietošanas rezultātā izraisīto problēmu ārstniecība bijusi katram otrajam (50%) kohortas dalībniekam. Pēdējā gada laikā ārstējušies 26%, savukārt pēdējā mēneša laikā – trīs procenti narkotiku lietotāju. Atbilstoši kohortas pētījuma datiem veselību kā sliktu novērtējuši 11% narkotiku lietotāju, savukārt kā viduvēju – 34%. Salīdzinājumā ar vispārējo 15–64

² Par problemātisku narkotiku lietošanu (PDU) tiek uzskatīta Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centra izmantotā definīcija, kura ietver regulāru un/vai ilgtermiņa opioīdu, kokaīna un/vai amfetamīnu lietošanu vai narkotiku lietošanu injekciju veidā (EMCDDA, 2000).

³ PDU ietver sevī narkotiku izplatības (prevalences) un saslimstības (incidences) aprēķināšanu, izmantojot dažādas modelēšanas metodes, piemēram, *capture-recapture*, *back-calculation* vai citas metodes, taču papildus aprēķiniem tas skaidro tendences ilgākā laika posmā (National Report, 2008).

⁴ Pētījumā izmantota iepriekšējās kohortas pētījuma posmos 2006. un 2007. gadā ievāktā kontaktinformācija par respondentiem, kā arī demogrāfiskā informācija, lai būtu iespējams identificēt tos pašus kohortas dalībniekus. 2008. gadā atbilstoši plānotajam, pēc iepriekš izstrādātas anketas, kurā atsevišķas daļas vai indikatori salīdzinājumā ar 2006. un 2007. gadā izmantotajām aptaujas anketām, ir ieguvuši precīzākas definīcijas, apsekoti 634 problemātiskie narkotiku lietotāji. Trešā posma analizē izmantots 2008. gadā iegūto datu fails (n=634), kā arī apvienotais pētījuma trīs posmu datu fails (n=1225). (Trapencieris, Sņikere u.c., 2008).

gadus vecu Latvijas iedzīvotāju veselības stāvokli, problemātisko narkotiku lietotāju veselības pašnovērtējums ir ievērojami zemāks (Trapencieris, Sniķere u.c. 2008).

Ārstniecības pieprasījums

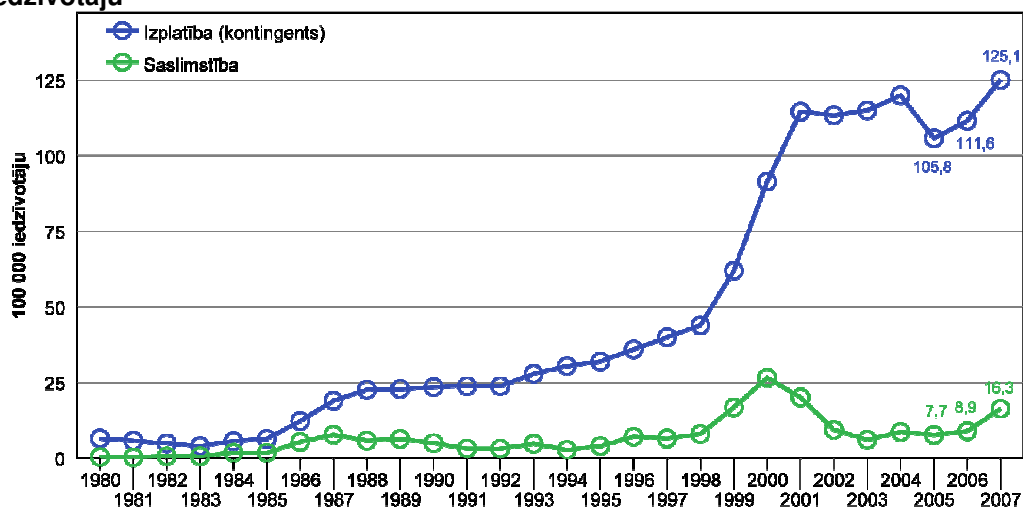
Šīs nodaļas sākumā jānorāda, ka izmantota EMCDDA, UNODC un lielākajā daļā ES dalībvalstu lietotā ārstēšanas/aprūpes definīcija⁵, kas norāda, ka „narkotiku ārstēšana ir jebkāda veida aktivitāte, kas tieši skar individu ar narkotiku problēmām, un tās uzdevums ir uzlabot pacienta psiholoģisko, medicīnisko vai sociālo stāvokli. Šī aktivitāte bieži noris specializētā narkotiku lietotāju ārstniecības iestādē, taču tā var norisēt arī vispārējā veselības aprūpes sistēmā, kurā tiek sniegta medicīniska un/vai psiholoģiska palīdzība”. (EMCDDA, 2000).

Ambulatorā ārstēšana

Balstoties uz Nacionālā ziņojumā sniegto informāciju (National Report, 2008), 2007. gada laikā reģistrēts 611 jauns saslimšanas gadījums ar narkotisko un psihotropo vielu atkarību, intoksikāciju vai pārmērīgas lietošanas diagnozi, tai skaitā 372 (jeb 16,3 uz 100 000 iedzīvotāju) ar pirmreizēji dzīvē uzstādītu atkarības diagnozi (skatīt 3.1. attēlu). Attēlā redzamais izplatības (kontingenta) samazinājums 2005. gadā saistīts ar datu kvalitātes uzlabojumiem, kā rezultātā vairāki simti pacientu, kuri atradās ārstu uzskaitē, taču ilgu laiku nebija griezušies pēc palīdzības, tika „noņemti” no reģistra. 2007. gada beigās narkologu uzskaitē pēc Nozares statistiskā pārskata datiem bija 4158 pacienti, no kuriem 2855 (jeb 125,1 uz 100 000 iedzīvotāju) – ar atkarības diagnozēm.

Salīdzinājumā ar 2006. gadu gan kopējais pirmreizēji reģistrēto pacientu, gan pirmreizējais atkarības diagnožu skaits ir ievērojami pieaudzis – 2006. gadā kopā reģistrēti 390 pirmreizējie pacienti, no tiem 205 – ar atkarības diagnozi.

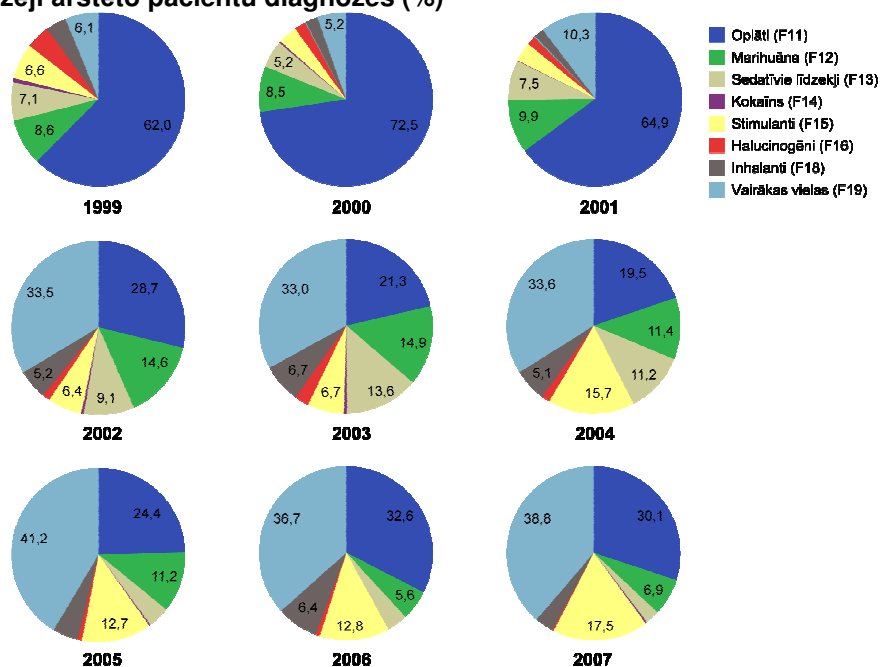
3.1. attēls. Pirmreizēji ārstēto pacientu (saslimstība) un kontingenta (izplatība) dinamika 1980.–2007. gads, uz 100 000 iedzīvotāju



Avots: National Report, 2008.

⁵ Drug treatment is any activity that directly targets individuals who have problems with their drug use and which aim to improve the psychological, medical or social state of those who seek help for their drug problems. This activity often takes place at specialised facilities for drug users, but may also occur in the context of in general services offering medical and/or psychological help to people with drug problems.

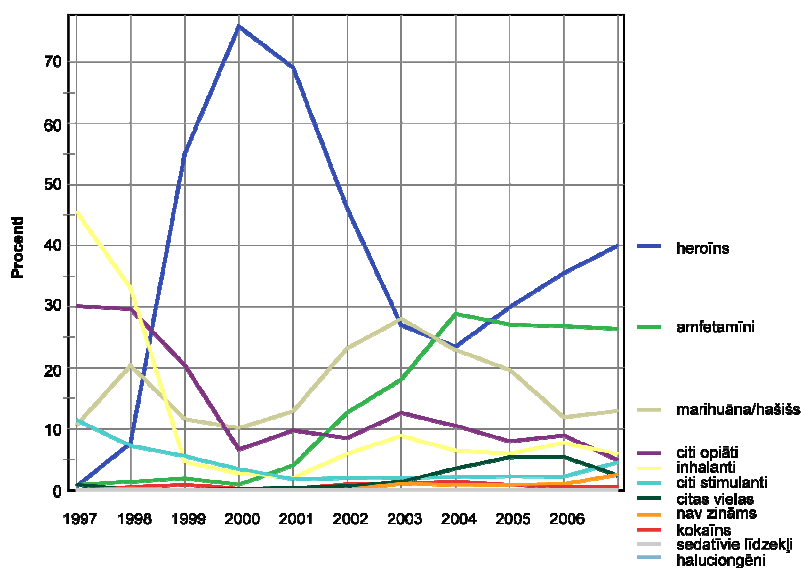
3.2. attēls. Pirmreizēji ārstēto pacientu diagnozes (%)



Avots: National Report, 2008.

Visbiežāk minētās primāri lietotās vielas pirmreizēji ārstēto pacientu vidū 2007. gadā ir heroīns (39%), amfetamīni (25%), marihuāna/hašijs (14%). Pārējās vielu grupas kā primāri lietotās ir minētas mazāk kā 10% pirmreizējo ārstniecības epizožu (skat. 3.3. attēlu). Salīdzinājumā ar 2006. gada datiem pieaudzis ir heroīna (par 6%) un marihuānas (par 3%) lietotāju īpatsvars, amfetamīnu lietotāju īpatsvars palicis nemainīgā līmenī, savukārt citu vielu lietotāju īpatsvars ir samazinājies.

3.3. attēls. Pirmreizēji ārstēto pacientu primāri lietotās vielas (%)

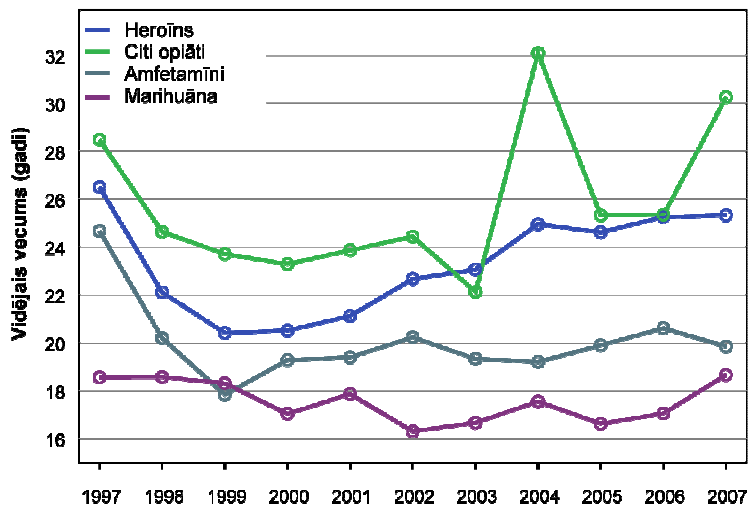


Avots: National Report, 2008.

Analizējot lietotās vielas saistībā ar pirmreizēji reģistrēto pacientu vecumu, secināms, ka pacientu vecums, kad tie pirmo reizi griezušies pēc palīdzības ir atšķirīgs (skatīt 3.4. attēlu). Vidējais heroīna lietotāju vecums, kuri griezušies pēc palīdzības pirmo reizi, 2007. gadā salīdzinājumā ar 2000. gadā

novēroto pieaudzis par aptuveni pieciem gadiem, savukārt amfetamīnu vai marihuānas lietotāju vecums saglabājies praktiski nemainīgā līmenī.

3.4. attēls. Pirmreizēji ārstēto pacientu vidējais vecums dalījumā pēc primāri lietotās vielu, 1997.–2007. gads



Avots: National Report, 2008.

2007. gadā vidējais heroīna lietotāju vecums, kuri griezušies pēc palīdzības pirmo reizi, bija 25,3 gadi, citu opioīdu lietotājiem – 30,3, amfetamīnu lietotājiem – 19,9 (18,8–21,0), savukārt visjaunākie bija marihuānas vai hašiša lietotāji – 18,7 gadi.

Pēdējo gadu laikā ārstniecības dati norāda par tendenci – katru gadu arvien vairāk tiek reģistrēti pirmreizējie pacienti, kas dzīvo ārpus Rīgas, piemēram, 2002. gadā 63% pirmreizēji ārstēto pacientu dzīvoja Rīgā, savukārt 2007. gadā – tikai 45%. Šādi dati liecina par to, ka narkotiku lietošana ir ievērojami izplatījusies ārpus Rīgas.

Ārstēšana stacionārā

Informāciju par specializētajos narkoloģijas stacionāros ārstētiem pacientiem apkopo VSIA „Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs” pēc apstiprinātas veidlapas, kurā papildus personas datiem ir iekļauta informācija par pacienta izglītību, nodarbošanos, pamata un blakus diagnozi un lietotām vielām.

Balstoties uz Nacionālā ziņojumā sniegto informāciju (National Report, 2008), 2007. gadā valsts narkoloģiskajos stacionāros reģistrētas 17 837 ārstniecības epizodes, no kurām 968 (jeb 5,4%) bija saistītas ar narkotiku lietošanas izraisīto problēmu ārstēšanu. Pēdējo desmit gadu laikā ar narkotiku izraisītām problēmām stacionāros Latvijā ārstējušies gandrīz pieci tūkstoši (4898) pacienti.

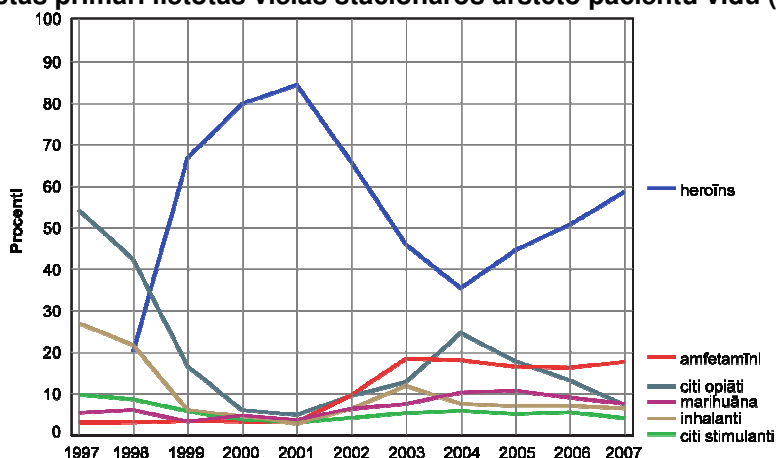
Analizējot 2007. gada stacionāros ārstēto pacientu lietotās vielas, secināms, ka visbiežāk stacionāros ārstēti pacienti ar primāri opioīdu lietošanu izraisītām problēmām jeb 65% pacientu (59% heroīns un 5% citi opiāti, piemēram, hanka⁶). Kā nākamās minētās primāri lietotās vielas ir amfetamīni (16% pacientu) un marihuāna (6%). Citas vielas kā primāri lietotās, piemēram, efedrīns, kokaīns, inhalanti, medikamenti, utt., minētas retāk kā piecos procentos gadījumu. 3.5. attēlā zemāk atspoguļotas biežāk minētās pacientu galvenokārt lietotās vielas.

⁶ Ražots mājās apstākļos no magoņu salmiem, galviņām vai ekstrakta.

Pēdējo gadu stacionāru dati norāda par arvien pieaugošu heroīna lietotāju, kas griežas pēc palīdzības, skaitu un īpatsvaru, savukārt to lietotāju skaits, kuri galvenokārt lieto pašražotos opioīdus jeb hanku – samazinās. Tāpat samazinās arī uz efedrīna bāzes pašražoto preparātu lietotāju skaits. Būtiskas izmaiņas pēc palīdzības griezušos amfetamīna lietotāju īpatsvara ziņā pēdējo gadu laikā nav novērojamas, tomēr skaitliski tas gadu no gada pieaug.

Tāpat novērojams, ka pēdējo gadu laikā pirmreizēji stacionāros ārstēto heroīna pacientu regulāras lietošanas stāžs pieaug, piemēram, 2001. gadā vidējais lietošanas ilgums pirms ārstēšanās uzsākšanas bija 1,95 gadi, savukārt 2007. gadā – 4,99 gadi. Arī pirmreizēji ārstēto amfetamīna pacientu lietošanas stāžs ir pieaudzis salīdzinājumā ar 2001. gadu, taču ne tik izteikti kā heroīna lietotājiem (National Report, 2008.).

3.5. attēls. Biežāk minētās primāri lietotās vielas stacionāros ārstēto pacientu vidū (%)



Avots: National Report, 2008.

HIV izplatība

Līdzīgi kā iepriekšējos gados, arī 2007. gada valsts aģentūras „Sabiedrības veselības aģentūra” AIDS un STI centra dati pierāda – joprojām lielākais inficēto personu skaits ir injicējamo narkotisko vielu lietotāju vidū. 2007. gadā Latvijā ar HIV inficējušies: 141 persona – intravenozi lietojot narkotikas, 126 – heteroseksuālu kontaktu ceļā, 15 – homoseksuālu kontaktu ceļā, astoņos gadījumos notikusi augļa inficēšanās caur māti, bet 60 gadījumos inficēšanās ceļš nav noskaidrots. Inficēšanās jauno gadījumu skaits, lietojot intravenozi narkotiskās vielas, ir proporcionāli ievērojami samazinājusies, savukārt pieaugusi inficēšanās seksuālās transmisijas ceļā.

Latvijā 2007.gadā HIV diagnosticēts 233 vīriešiem un 117 sievietēm (2006.gadā 186 vīriešiem, 113 sievietēm). Vidējais personu vecums, kad atklāta HIV infekcija ir 31,8 gadi vīriešiem un 28,8 gadi sievietēm.

Tabulā 3.1. iespējams apskatīt HIV infekcijas gadījumu skaitu transmisijas grupās laikā no 1987. – 2007.gadam.

3.1.tabula HIV izraisītās infekcijas gadījumu skaits infekcijas transmisijas grupās Latvijā 1987. – 2007.gadā

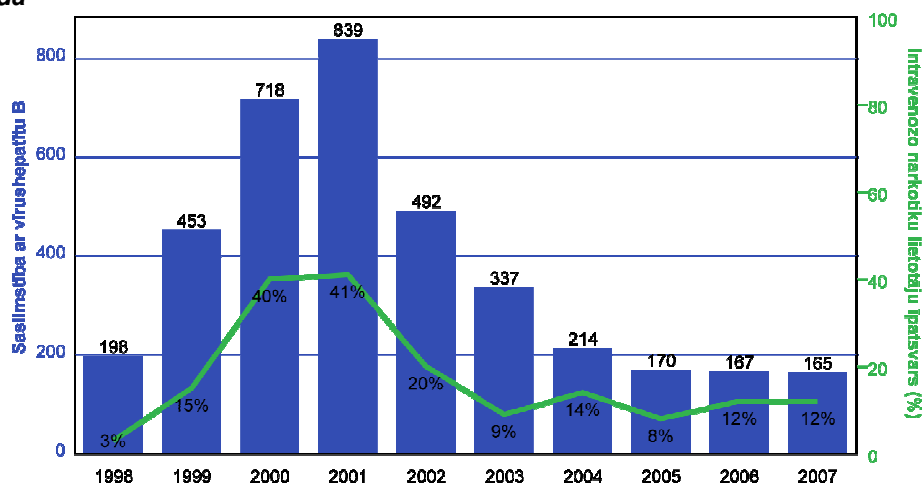
Transmisijas veids	Absolūtos skaitļos	Procentuāli
Injicējamo narkotisko vielu lietošana	2515	63
Heteroseksuāli kontakti	673	16,9
Homoseksuāli kontakti	169	4,2
Māte – bērns	25	0,6
Nav zināms	599	15
Kopā	3981	100

Avots: 2008 National Report, SVA AIDS un STI centrs, 2008.

B un C hepatīta izplatība injicējamo narkotisko vielu lietotāju vidū

Kopš 2001.gada vērojams kopējais B un C hepatīta slimnieku skaita samazinājums, taču injicējamo narkotisko vielu lietotāju vidū ir vērojams būtisks infekcijas slimību pieaugums. Pagaidām šo tendenci viennozīmīgi ir grūti skaidrot, jo šāds pieaugums kopš 2001.gada ir vērojams pirmo reizi.

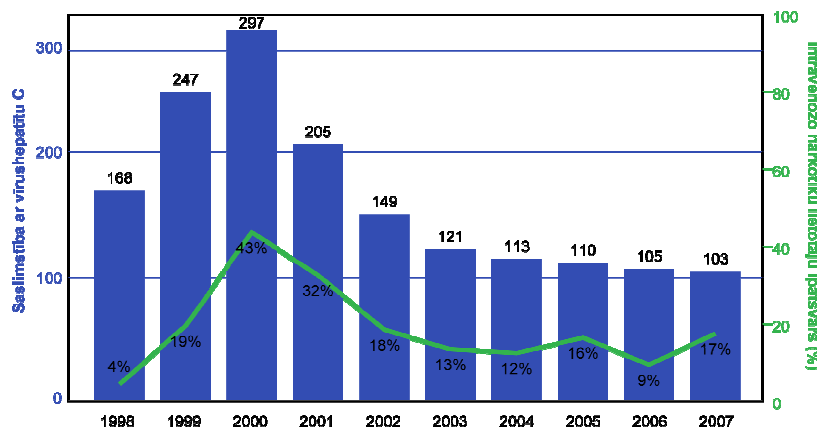
3.6.attēls. Valstī reģistrētā saslimstība ar B hepatītu un intravenozo narkotisko vielu lietotāju īpatsvars (%) 1998. – 2007.gadā



Avots: 2008 National Report

Pieaugums vērojams arī ar C hepatītu saslimušo injicējamo narkotisko vielu lietotāju vidū (līdzīgi kā ar B hepatītu – šajā gadījumā līdz 2000.gadam bija vērojams pieaugums, bet vēlāk kritums).

3.7.attēls. Valstī reģistrētā saslimstība ar C hepatītu un intravenozo narkotisko vielu lietotāju īpatsvars (%) 1998. – 2007.gadā



Avots: 2008 National Report

Pārdozēšana

Latvijā līdzīgi kā citās ES dalībvalstīs visbiežāk no pārdozēšanas mirst tieši jauni vīrieši, tādēļ īpaša uzmanība ir jāpievērš šai riska grupai. Īpaša loma narkotisko vielu pārdozēšanas novēršanā ir farmakoterapijas programmām (EMCDDA, 2004).

Lielu lomu ar narkotiku lietošanu saistītu pārdozēšanu samazināšanā ieņem AIDS un STI profilakses centrs, kas uzrauga un koordinē 13 Latvijas pašvaldībās esošo šļirču apmaiņas punktu darbību, kuros sociālie darbinieki informē lietotājus par drošu lietošanu un to kā jāīstojas pārdozēšanas gadījumos.

Valsts Toksikoloģijas centrā 2007.gadā tika reģistrēti 173 pārdozēšanas gadījumi. Vairums pacientu bija vīrieši, kas pārdozējuši heroīnu, amfetamīnu, kā arī citas vielas, kuras nebija iespējams identificēt (skatīt 3.2.tabulu).

3.2.tabula. Reģistrētie pārdozēšanas gadījumi ar narkotiskajām vielām Valsts Toksikoloģijas centrā 2007.gadā

Vielas nosaukums	Skaitis	
	Vīrieši	Sievietes
Amfetamīni	23	6
Amfetamīni + citas vielas	13	1
Efedrīns	1	0
Ekstazī	3	1
Heroīns	36	5
Heroīns + citas vielas	13	2
Hinīns	0	1
Kokaīns	2	0
Marihuāna	5	2
Marihuāna + citas vielas	0	1
Metamfetamīns	4	3
Morfīns	3	2
Morfīns + citas vielas	3	0
Nātrija oksibutirāts	4	0
Neidentificēta viela	16	6
Neidentificētu vielu kombinācija	5	1
Opiāti	10	1
Kopā	141	32

Avots: Coffin, 2008.

3.2. Farmakoterapijas organizācija Latvijā

Farmakoterapija ar metadonu Latvijā tika uzsākta 1996.gadā, bet ar buprenorfīnu 2005.gadā. Metadona farmakoterapija ir valsts apmaksāta programma, savukārt buprenorfīna farmakoterapija ir maksas programma. Ārstēšanās nosacījumus abās programmās reglamentē 2002.gada 22.septembra Ministru kabineta (turpmāk tekstā MK) noteikumi Nr.429 „Alkohola, narkotisko, psihotropo un toksisko vielu atkarības slimnieku ārstēšanas kārtība”. 2008.gada 9.augustā spēkā stājās MK noteikumi Nr. 640 „Grozījumi Ministru kabineta 2002.gada 24.septembra noteikumos 429 „Alkohola, narkotisko, psihotropo un toksisko vielu atkarības slimnieku ārstēšanas kārtība””. Līdz 2008.gada 9.augustam tikai viena ārstniecības iestāde – VSIA „Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs” (turpmāk tekstā- Centrs) bija tiesīga izsniegt metadonu. Veiktie grozījumi paredz, ka sākot ar 2008. gada 9. augustu metadona farmakoterapiju var veikt jebkurš narkologs, kurš ir līgumattiecībās ar Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūru (turpmāk tekstā VOAVA).

MK noteikumi Nr.429 paredz, ka narkologs var nosūtīt narkotisko vielu atkarības slimnieku uz Centru, kur ārstu konsilijs lemj par farmakoterapijas uzsākšanu. Tomēr pirms nosūtīšanas uz Centru, narkologam ir jāizvērtē narkotisko vielu atkarības slimnieka fiziskais un psihiskais veselības stāvoklis un jābūt pamatojumam, ka narkotisko vielu atkarības slimniekam nepieciešams uzsākt farmakoterapiju. Tāpat arī pirms nosūtīšanas uz Centru, narkotisko vielu atkarības slimniekam pie attiecīgā narkologa ir jāārstējas vismaz sešus mēnešus.

Centrā izveidotais ārstu konsilijs lemj par farmakoterapijas uzsākšanu, ja narkotisko vielu atkarības slimnieks ir grūtniece vai slimo ar HIV, AIDS, B hepatītu vai C hepatītu, sifilisu, tuberkulozi vai citām smagām hroniskām slimībām, kuru dēļ narkotisko vielu lietošanu nav iespējams pārtraukt, un ja narkotisko vielu atkarības slimnieks:

- ir vecāks par 18 gadiem,
- ir atkarīgs no narkotiskām vielām ne mazāk kā piecus gadus,
- vismaz divas reizes ir nesekmīgi ārstējies.

Pēc tam, kad ārstu konsilijs ir nolēmis, ka narkotisko vielu atkarības pacientam ir nepieciešama farmakoterapija un pacients ir piekritis uzsākt farmakoterapiju, starp pacientu un narkoloģiskās ārstniecības iestādi tiek slēgts ārstniecības līgums, kur bez personas datiem un abu pušu tiesībām un pienākumiem, tiek papildus norādīta informācija par:

- farmakoterapijā lietoto zāļu iespējamajām blaknēm,
- farmakoterapijas ilgumu un izmaksām,
- aizliegumu farmakoterapijas laikā lietot citas narkotiskās un psihotropās vielas vai zāles bez ārsta norīkojuma,
- kritērijiem, kuru dēļ farmakoterapija tiek pārtraukta,
- nepieciešamību farmakoterapijas laikā veikt analīzes.

Pēc Centra ārstu konsilija pozitīva lēmuma metadona farmakoterapiju veic narkologs narkoloģiskajā ārstniecības iestādē, kurš ir līgumattiecībās ar VOAVA. Narkologs ārstniecības iestādē nodrošina, lai ārstu konsilija lēmumā noteikto metadona dienas devu narkotisko vielu atkarības slimnieks saņemtu ārstniecības personas klātbūtnē (MK noteikumi Nr.429).

„Narkoloģisko pacientu ārstēšanas vadlīnijās” (turpmāk tekstā vadlīnijas) un medicīniskajās tehnoloģijās ir definēta sākotnējā metadona deva, kas ir 10 – 50 mg/dn (diennaktī), vēlāk devu palielina atbilstoši klīniskajiem simptomiem. Vidējā terapeitiskā deva ir 40 – 100 mg/dn, bet maksimālā pieļaujamā 150 mg/dn. Pacienti ierodas katru dienu, lai saņemtu savu terapeitisko devu. Nepieciešamības gadījumā tiek paņemtas ķīmiski toksikoloģiskās analīzes pārbaudei, lai noteiktu vai netiek paralēli lietotas citas narkotiskās vai psihotropās vielas (Stirna A., u.c., 2006.; „Metadona aizvietojošās terapijas programmas medicīniskā tehnoloģija”). Sīkāk par vadlīnijām un medicīniskajām tehnoloģijām aprakstīts nākošajā nodaļā.

Savukārt, ja Centra ārstu konsilijs ir nolēmis par nepieciešamību uzsākt farmakoterapiju ar buprenorfīnu un pacients tam ir piekritis, tad farmakoterapiju uzsāk Centra stacionārajā vai ambulatorajā nodaļā, nodrošinot ārstu konsilija lēmumā noteiktās buprenorfīna dienas devas saņemšanu ārstniecības personas klātbūtnē un narkotisko vielu atkarības slimnieka novērošanu (MK noteikumi Nr.429). Sākuma deva ir 2 – 6 mg/dn, ko vēlāk atbilstoši klīniskajiem simptomiem palielina līdz 16 mg/dn. Vidējais terapeitiskās devas lielums ir 8 – 12 mg/dn (Stirna A., u.c. 2006.; „Buprenorfīna pielietošanas medicīniskā tehnoloģija opioīdu atkarīgo pacientu ārstēšanā”). Sīkāk par vadlīnijām un medicīniskajām tehnoloģijām aprakstīts nākošajā nodaļā. Par pacienta novērošanas ilgumu lemj ārsts narkologs, izvērtējot narkotisko vielu atkarības slimnieka veselības stāvokli. Pēc ārstēšanās kursa beigām Centra ārstu konsilijs, ja nepieciešams, precīzē buprenorfīna dienas devu un lemj par farmakoterapijas turpināšanu pie ārsta narkologa, kas sākotnēji nosūtījis pacientu uz Centru.

MK noteikumi Nr.429. nosaka, ka narkotisko vielu atkarības slimnieka farmakoterapiju ar buprenorfīnu iepriekšminētais narkologs turpina narkoloģiskajā ārstniecības iestādē vismaz 30 dienas, nodrošinot, lai ārstu konsilija lēmumā noteikto buprenorfīna dienas devu narkotisko vielu atkarības slimnieks saņemtu ārstniecības personas klātbūtnē. Pēc šī iepriekšminētā kursa beigām, kas ilgst vismaz 30 dienas, ārstu konsilijs lemj par narkotisko vielu atkarības slimnieka turpmākās farmakoterapijas veidu, proti, buprenorfīna dienas devas saņemšanu ārstniecības personas klātbūtnē vai arī farmakoterapijas kursa turpināšanu ambulatori. Ja tiek lemts par farmakoterapijas kursa turpināšanu ambulatori, narkotisko vielu atkarības slimniekam izsniedz izziņu par farmakoterapijas kursa rezultātiem un pacients turpina ārstēties pie sava narkologa.

Ja narkologs var nodrošināt narkotisko vielu atkarības slimnieka pastāvīgu uzraudzību, narkologs iesniedz Centrā rakstisku iesniegumu ar lūgumu izsniegt narkotisko vielu atkarības slimniekam buprenorfīna farmakoterapijas programmas karti. Iesniegumam pievieno narkotisko vielu atkarības slimniekam izsniegto izziņas kopiju un rakstisku apliecinājumu, ka turpmākajā farmakoterapijas laikā narkotisko vielu atkarības slimniekam tiks nodrošināta pastāvīga uzraudzība. Centra ārstu konsilijš izvērtē narkologa iesniegumu un tam pievienotos dokumentus un lemj par kartes izsniegšanu. Karti izsniedz trīs dienu laikā pēc iesnieguma saņemšanas. Kartes derīguma termiņš ir viens gads. Karte glabājas pie narkotisko vielu atkarības slimnieka.

Pēc tam kad narkotisko vielu atkarības slimniekam, kuram izsniegta karte, izvērtēts psihiskais, somatiskais un neiroloģiskais stāvoklis un konstatēta neatbilstība izslēgšanas kritērijiem, narkologs uz īpašās receptes veidlapas izraksta zāles, kas satur buprenorfīnu, ambulatorai ārstēšanai ne biežāk kā reizi divās nedēļās, nepārsniedzot ārstu konsilija noteikto buprenorfīna dienas devu.

Ja kartes derīguma termiņš ir beidzies, tad, lai atkārtoti saņemtu karti, narkologs nosūta narkotisko vielu atkarības slimnieku uz ārstu konsiliju un sniedz ziņas par farmakoterapijas gaitu. Ja ārstu konsilijš lemj par buprenorfīna farmakoterapijas turpināšanu, pacients saņem jaunu karti un turpina ambulatori ārstēties pie sava narkologa iepriekš aprakstītajā kārtībā.

Ja pēc narkologa ieteikuma narkotisko vielu atkarības slimnieks piekrīt izbeigt farmakoterapiju, narkologs nodrošina zāļu devas samazināšanu ambulatori vai nosūta narkotisko vielu atkarības slimnieku uz Centru vai ārstniecības iestādes stacionāro nodaļu, kur nodrošina zāļu devas samazināšanu.

Narkotisko vielu atkarības slimnieka farmakoterapiju pārtrauc, ja:

- veicot analīzes, konstatē, ka narkotisko vielu atkarības slimnieks ārstēšanās laikā lieto alkoholu, citas narkotiskās vai psihotropās vielas un zāles vai zāles bez ārsta norīkojuma,
- narkotisko vielu atkarības slimniekam novērotas nopietnas zāļu lietošanas blaknes,
- narkotisko vielu atkarības slimnieks bez attaisnojoša iemesla ilgāk par piecām dienām neierodas Centrā vai ārstniecības iestādes ambulatorajā nodaļā vai neapmeklē narkologu norādītajā laikā;
- narkotisko vielu atkarības slimnieks zāles lieto, neievērojot zāļu lietošanas instrukciju, vai izplata tās citām personām (MK noteikumi Nr.429).

Vadlīnijas un medicīniskās tehnoloģijas

„Narkoloģisko pacientu vadlīnijas” tika pieņemtas 2005.gadā. Šajās vadlīnijās noteikta arī farmakoterapijas kārtība. Vadlīnijām ir ieteicošs raksturs. Šobrīd vadlīnijās praktiski definēts tas pats, kas noteikts Latvijas Republikas likumdošanā attiecībā uz farmakoterapiju, izņemot atsevišķas nianšes. 2008.gada nogalē uzsākta jauno vadlīniju izstrāde.

Ārstu praksē visbiežāk tiek izmantotas Veselības statistikas medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūras apstiprinātās medicīniskās tehnoloģijas, kurās iekļauti konkrētās programmas mērķi, medikamenta pielietošanas iespējas un nosacījumi, programmas realizācijas nosacījumi, ārstēšanas pārtraukšanas nosacījumi, programmas darbībā nepieciešamie resursi, medikamenta saņemšanas, glabāšanas, nozīmēšanas, izsniegšanas un uzskaites kārtība.

„Metadona aizvietojošās terapijas programmas medicīniskā tehnoloģija” (turpmāk tekstā – metadona medicīniskā tehnoloģija)– definē metadona terapijas programmas mērķus, uzsverot, ka galvenais mērķis ir narkotisko vielu lietošanas kaitējuma mazināšana, narkomānu veselības uzlabošana un sociālā integrācija. Mērķi attiecībā uz veselību:

- nelegālo narkotisko vielu patēriņa samazināšana un opioīdu atkarīgo pilnīga abstinence (ar pakāpeniski samazinātām metadona devām tiek panākta pacienta fiziskā un psiholoģiskā stāvokļa stabilizēšana),

- ar asinīm pārnēsājamo infekciju izplatības apturēšana,
- ar pārdozēšanu saistīto nāves gadījumu samazināšana,
- veselības kaitējuma novēršana.

Mērķi attiecībā uz sociālo integrāciju:

- dzīves kvalitātes uzlabošana,
- nodrošināta piekļuve metadona terapijas programmai,
- noziedzīgu nodarījumu samazināšana,
- personīgo, sociālo un darba spēju veicināšana.

Metadona medicīniskajā tehnoloģijas aprakstā arī noteikts, ka metadonu Centram piegādā aptiekas (0,1% metadona šķīdums). Detalizēti aprakstīti terapijas pielietošanas kritēriji, kas papildus opioīdu atkarībai definē tādas iekļaušanas kritērijus kā uzrādīts personu apliecinošs dokuments, personas motivācija ārstēšanas uzsākšanai, sociālās adaptācijas līmenis un uzvedība, analīžu rezultāti, paša pacienta parakstīta piekrišana, kurā pacients tiek informēts par medikamentu, brīdinājumiem, piesardzību lietošanā, nevēlamajām blakusparādībām, mijiedarbību ar citiem medikamentiem, ārstēšanās ilgumu, kontrolanalīžu veikšanu, bīstamību lietojot kopā ar citām psihoaktīvām vielām vai medikamentiem, iespējamām blakusparādībām, kā arī par izslēgšanas kritērijiem. Tāpat tiek plaši aprakstītas kontraindikācijas, nepieciešamā piesardzība, medikamenta lietošana grūtniecības un zīdīšanas laikā, blakussaslimšanas, mijiedarbība ar citiem medikamentiem un pārdozēšanas simptomi un to novēršana.

Atšķirībā no MK noteikumiem Nr.429 un vadlīnijām, metadona medicīniskā tehnoloģija nosaka minimālo pacienta vecumu, lai iestātos programmā, kas ir 20 gadi. Attiecībā uz pārējiem iekļaušanas kritērijiem, tiek pieņemti arī izņēmumi, proti, noteikts, ka opioīdu lietošanas stāžs varētu atsevišķos gadījumos būt mazāks par pieciem gadiem.

Metadona medicīniskajā tehnoloģijā atšķirībā no MK noteikumiem Nr.429 un vadlīnijām tiek noteikts, ka ārstēšana ar metadonu tiek uzsākta stacionārā. Stacionārā tiek novērtēts pacienta vispārējais stāvoklis, nozīmēti papildizmeklējumi un noteikta metadona sākuma deva (10 – 50 mg). Pakāpeniski metadona deva tiek paaugstināta līdz sasniedz individuāli optimālo. Pēc optimālās individuālās devas pacients tiek izrakstīts no stacionāra un turpina ārstēšanos ambulatori.

Gan MK noteikumos Nr.429, gan metadona medicīniskajā tehnoloģijā noteikts, ka pacients var saņemt devu lietošanai mājās vienai dienai tikai tad, ja viņam/ai ir ģimenes ārsta izsniegta darbnespējas lapa. Šo devu var saņemt arī tuvs pacienta radnieks, noformējot līgumu. Metadona medicīniskajā tehnoloģijā arī norādīts, ka, ja pacients atrodas citā stacionārā, metadons kopā ar pavadvēstuli, kur fiksēta metadona diennakts deva un kopējais nogādātais daudzums, tiek aizvests uz konkrēto stacionāra nodaļu, kur to pacientam izsniedz nodaļas vecākā medicīnas māsa. Metadona medicīniskās tehnoloģijas 4.10. punktā minēts, ka „ja pacientam ir darba līgums un sociālais darbinieks ir pārbaudījis darba vietu, kā arī, ja pacientam nav nekādu pārkāpumu metadona terapijas laikā, pēc ārsta ieskatiem iespējams saņemt metadonu līdz uz mājām. Metadonu pacientam uz mājām izsniedz marķētā pudelītē, uz kuras norādīts programmas dalībnieka numurs, metadona deva, norāde, ka minētā viela ir bīstama. Par šādiem izņēmuma gadījumiem lemj ārstu komisija” („Metadona aizvietojošās terapijas programmas medicīniskā tehnoloģija”). Šāda norma MK noteikumos Nr. 429 nav atrunāta, tādēļ faktiski izsniegšana (izņemot slimības gadījumu) ir nelikumīga.

Papildus izslēgšanas kritērijiem (analīzes uzrāda paralēlu lietošanu, pacientam ir izteikta agresivitāte, pierādīta metadona tirdzniecība, pacients tiek apcietināts uz ilgu laiku, ilgstoši (1 nedēļa) neierodas pēc metadona un nesniedz informāciju par sevi) precīzi tiek aprakstīta pacienta izstāšanās kārtība, strauji samazinot devu un tālākā veicamā pacienta motivēšana ārstēties.

Metadona medicīniskajā tehnoloģijā norādītas prasības darbiniekiem, kas strādā programmā (izglītība, valodas zināšanas). Kopumā programmā jādarbojas tās vadītājam, ārstiem narkologiem, psihologam, medicīnas māsām un sociālajam darbiniekam. Definētas arī noteiktas telpu prasības un to aprīkojums („Metadona aizvietojošās terapijas programmas medicīniskā tehnoloģija”).

„Buprenorfīna pielietošanas medicīniskā tehnoloģija opioīdu atkarīgo pacientu ārstēšanā” (turpmāk tekstā buprenorfīna medicīniskā tehnoloģija) definē buprenorfīna pielietošanas iespējas un nosacījumus (pielietošanas indikācijas, papildus kritērijus, kontrindikācijas, piesardzību lietošanā, blakusparādības, pārdozēšanu), pielietošanas veidus, pārtraukšanas iespējas un buprenorfīna programmas nodrošināšanā nepieciešamos resursus. Farmakoterapiju ar buprenorfīnu, balstoties uz šo medicīnisko tehnoloģiju, var pielietot tikai no 18 gadu vecuma. Buprenorfīna farmakoterapijas mērķi ir tādi paši kā metadona farmakoterapijas mērķi.

Buprenorfīna medicīniskā tehnoloģija nosaka pacienta pāreju no heroīna uz buprenorfīnu un no metadona uz buprenorfīnu (devas aprēķināšana), no buprenorfīna uz metadonu, no buprenorfīna uz naltreksonu.

Pārtraucot programmu, deva tiek pakāpeniski samazināta (ambulatori) („Buprenorfīna pielietošanas medicīniskā tehnoloģija opioīdu atkarīgo pacientu ārstēšanā”).

3.3. Nemedikamentozā ārstēšana un aprūpes iespējas Latvijā

Šobrīd narkotisko vielu lietotājiem pieejamas plašas nemedikamentozās ārstēšanas un aprūpes iespējas – psihiatru, psihologu konsultācijas, sociālā rehabilitācija. Lielākās no sociālās rehabilitācijas iestādēm Latvijā ir VSIA „Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs” Narkoloģisko pacientu rehabilitācijas nodaļa, VSIA „Slimnīca „Ģintermuiža””, kurā pieejama Rindzeles narkoloģiskā rehabilitācijas programma narkomāniem un no psihoaktīvām vielām atkarīgu pilngadīgu personu sociālā rehabilitācija (divas programmas), Straupes narkoloģiskās slimnīcas pusaudžu rehabilitācijas kolektīvs „Saulrīti” un Pusaudžu rehabilitācijas centrs „Dzīves enerģija”. Vairākas programmas paredzētas tieši narkotisko vielu lietotājiem – pusaudžiem.

VSIA „Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs” Narkomānijas slimnieku rehabilitācijas nodaļa bija pirmā rehabilitācijas iestāde narkotisko vielu lietotājiem Latvijā. Uzņemšana šajā nodaļā notiek pēc pacientu grupas kopēja lēmuma. Ārstēšanas programmā iekļautas nodarbības ar psihologu, programmas „Divpadsmit soļi” apgūšana, grupas terapijas. Pacients rehabilitācijā uzturas brīvprātīgi un bez maksas, aptuveni vienu gadu. Kad programma pabeigta, pacientiem ir iespēja turpināt dzīvot pusceļā mājā vēl pusgadu.

Rindzeles narkoloģiskajā rehabilitācijas programmā narkomāniem tiek sniegta kvalificēta un specializēta narkoloģiskā palīdzība, nodrošinātas konsultācijas, pacientu dinamiska novērošana, psihosociāla rehabilitācija. Programmas pacientu rīcībā ir lauku saimniecība, kokapstrādes un šūšanas darbnīcas, lopkopības ferma, zivsaimniecība, siltumnīcas, virtuves saimniecība, datoru un valodu apmācības klase, sporta telpas, bibliotēka, mūzikas instrumenti, pirts un peldvietas. Otra VSIA „Slimnīca „Ģintermuiža”” sociālās rehabilitācijas programma darbojas pēc līdzīga principa.

Straupes narkoloģiskās slimnīcas pusaudžu rehabilitācijas kolektīvs „Saulrīti” darbojas Straupes narkoloģiskās slimnīcas ietvaros kā viena no nodaļām. Programma paredz, ka pusaudži brīvprātīgi piekrīt pārtraukt jebkādu narkotisko vielu lietošanu. Programmā uzņem 14 – 18 gadus vecus pusaudžus, kas aptuveni gadu uzturas programmā. Programma ir valsts apmaksāta un tajā var vienlaicīgi uzturēties 20 pusaudži. Pusaudžiem jāievēro noteikti likumi (vielu nelietošana un neieņemšana, vardarbības noliegums, seksuālais aizliegums, godīgums).

Pusaudžu rehabilitācijas centrs „Dzīves enerģija” vienlaicīgi var uzņemt 57 pusaudžus vecumā līdz 18 gadiem. Programmu apmaksā valsts un tā ilgst maksimāli pusotru gadu (SVA, 2008).

3.4. Farmakoterapijas Centra organizatoriskie aspekti

Kā jau iepriekš minēts, šobrīd Latvijā ir tikai viena iestāde, kas nodrošina farmakoterapiju. VSIA "Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrs", kurā valsts kapitāla daļu turētāja ir Veselības ministrija, nodrošina:

- ambulatoro un stacionāro medicīnisko palīdzību personām, kurām konstatētas psihiskās slimības vai uzvedības traucējumi;
- informatīva un konsultatīva atbalsta sniegšanu valsts pārvaldes institūcijām garīgās veselības aprūpes jomā;
- konsultāciju sniegšanu citām ārstniecības iestādēm garīgās veselības aprūpes jomā; psihiatriskās rehabilitācijas veikšanu;
- tiesu psihiatriskās, tiesu psiholoģiskās un kompleksās ekspertīzes veikšanu;
- klīniskās izglītības bāzes nodrošināšanu, lai izpildītu valsts un pašvaldību pasūtījumu veselības speciālistu sagatavošanā;
- narkotisko un psihotropo vielu un alkohola ietekmes ekspertīzes veikšanu;
- ambulatorās un stacionārās narkoloģiskās palīdzības sniegšanu t.s. farmakoterapijas pakalpojumus.

Darbinieki

Farmakoterapijas kabinetā strādā seši darbinieki. Farmakoterapijas kabinets atrodas Narkoloģiskās palīdzības dienesta Ambulatorās nodaļas ietvaros. Dienestam un nodaļai ir divi atsevišķi vadītāji. Farmakoterapijā strādā divi ārsti, trīs medicīnas māsas (pārsvarā nodarbojas ar metadona izdali) un psihologs. Sociālais darbinieks nepieciešamības gadījumā tiek piesaistīts no Narkoloģiskā stacionāra. Centra Narkoloģiskās palīdzības dienesta struktūra attēlota 3.1. shēmā (skatīt nākamā lapā).

Finansēšanas kārtība

Metadona farmakoterapija ir valsts apmaksāta programma, kuras finansējumu nodrošina VOAVA. Balstoties uz RPNC sniegto informāciju, farmakoterapijā izmantojamā medikamenta Metadona vienas devas izmaksas sastāda 0,90 Ls, t.s. iekļaujot aptiekas izdevumus, vienreizējās izdales traukus, izdales aparāta amortizāciju, izdales aparāta kalibrēšanu un transporta izmaksas.

3.3.Tabula Metadona medikamenta vienas devas izmaksas

Izdevumu pozīcijas	Mērvienības	Summa, Ls
Metadons (vidējā deva 90 mg)	mg	0,76
Aptiekas izdevumi 10%		0,076
Vienreizējās izdales trauks	1 gb.	0,01
Izdales aparāta amortizācija (vidēji 5 Ls mēnesī, vidējas devu skaits 20000 gb. mēnesī)		0,01
Izdales aparāta kalibrēšana (vidēji 5Ls mēnesī, vid. devu skaits 2000 gb. mēnesī)		0,0025
Transporta izmaksas mēnesī (600 km, viena km izcenojums 0,15 Ls/km, vid. devu skaits 2000 gb. mēnesī)		0,045
Izdevumi kopā		0,90

Avots: RPNC

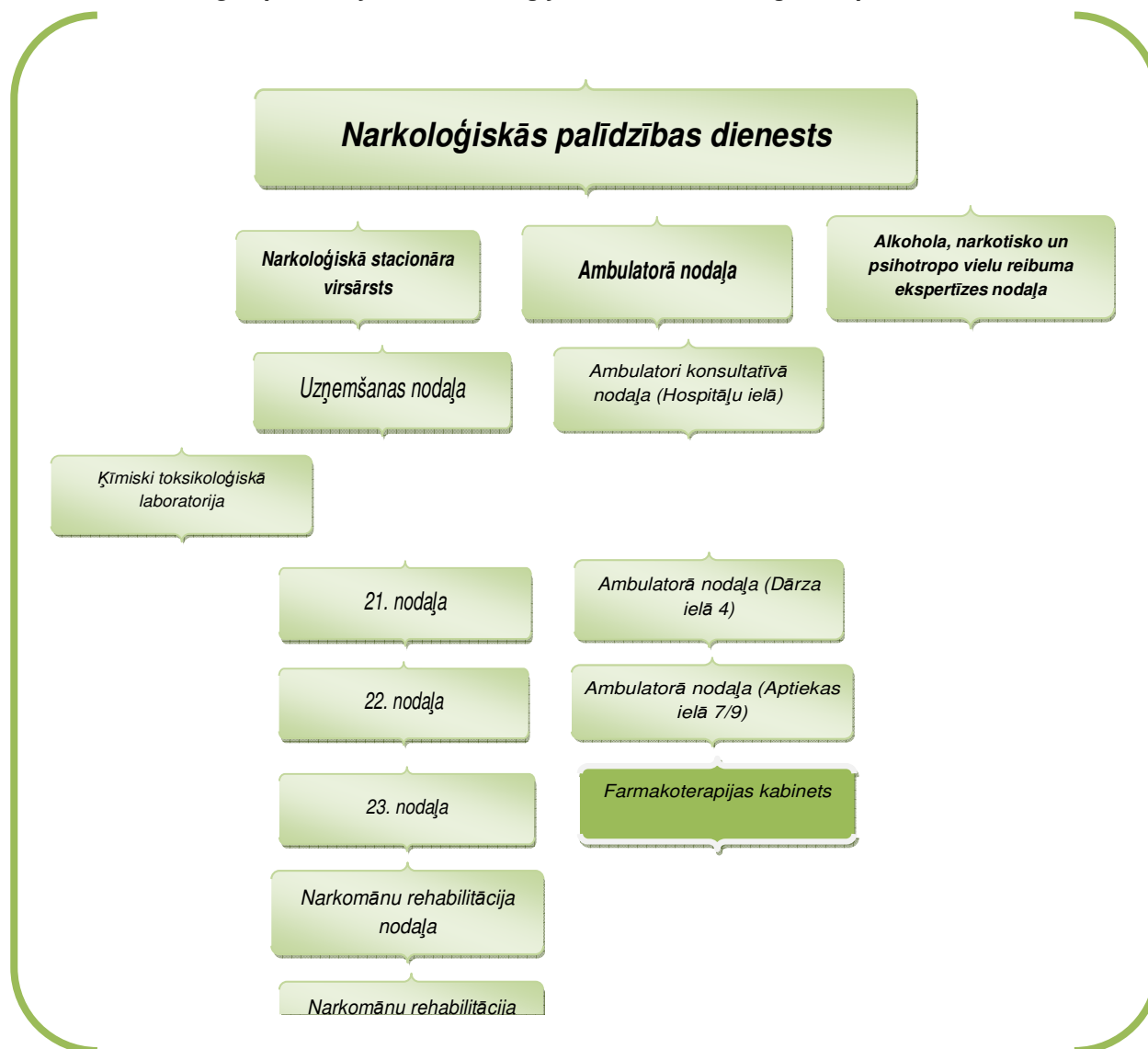
Par metadona medikamenta izmaksām norēķināšanās ar VOAVA notiek ar rēķina taloniem, kas tiek aizpildīti katru dienu par pacientu un izsniegto devu skaitu un reizi mēnesī tiek nosūtīti uz VOAVA apmaksai.

Papildus ikmēneša maksājumam par medikamentu no VOAVA tiek apmaksāti arī farmakoterapijas kabineta uzturēšanas izdevumi, kas ietver darbinieku algas, telpu īri, komunālos pakalpojumus un

sakaru izdevumus. Pēc RPNC veiktajiem aprēķiniem, saskaitot medikamenta izmaksas un uzturēšanas izdevumiem, viens metadona farmakoterapijas pacients dienā izmaksā 2,27Ls.

Buprenorfīna farmakoterapija ir maksas pakalpojums, kur visus izdevumus sedz pacients. Medikamenta *suboxone* vidējā iepakojuma cena, kurā ir 7 gb.8 mg tabletes maksā 35Ls, tātad mēnesī buprenorfīna farmakoterapijas pacientam medikaments izmaksā aptuveni 150Ls. Pirmajā mēnesī pacientam jāsedz arī konsilija izdevumi, kas sastāda 50Ls, kā arī jāmaksā pacienta iemaksa par katru vizīti pie ārsta 2 Ls.

3.1.shēma. VSIA „Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs” Narkoloģiskās palīdzības dienesta shēma



Pacienti

2007. gadā metadona farmakoterapijā tika uzņemti 55 jauni pacienti un izslēgti 29 pacienti, no kuriem viens nonāca apcietinājumā, 19 izslēgti par programmas neapmeklēšanu, četri par narkotisko vielu paralēlu lietošanu, divi miruši, divi pārtraukuši ārstēšanos, bet viens no metadona farmakoterapijas programmas pārgājis uz buprenorfīna farmakoterapijas programmu.

3.3.tabula. Pacientu rotācija metadona farmakoterapijas programmā

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Pacientu skaits gada beigās	107	88	67	69	54	53	55	74
Jauno pacientu skaits	17	11	8	21	16	15	NA	55
Izslēgto pacientu skaits	35	29	29	23	32	20	23	29
Kopējais pacientu skaits pa gadu	142	117	96	92	86	73	78	100

Avots: RPNC, 2008.

Buprenorfīna farmakoterapijas programmā 2007.gada beigās bija 59 pacienti (2006.gadā - 107). Kopējais pacientu skaits 2007.gadā bija 130, no kuriem 77 bija Latvijas Republikas pilsoņi, savukārt 53 bija ārvalstu iedzīvotāji. Gada laikā buprenorfīna farmakoterapijas programmā uzņemti 45 jauni pacienti, bet izslēgti 18 pacienti, no kuriem divi nonāca apcietinājumā, 15 izslēgti par neapmeklēšanu un narkotisko vielu lietošanu, viens pacients izslēgts blakus saslimšanas dēļ. Savukārt 53 ārvalstu iedzīvotājiem programma pārtraukta (SVA, 2008).

Centra sadarbība ar citām organizācijām

Centrs ar citām organizācijām sadarbojas tikai ārkārtas vai nepieciešamības gadījumos. Pārsvārā tās ir slimnīcas, psihiatrijas centri, slimnīcas un aptiekas. Sadarbība ar ģimenes ārstiem, sociālās rehabilitācijas iestādēm, zema sliekšņa centriem, ieslodzījuma vietām praktiski nenotiek.

3.5. Ārstēšana**Izrakstītie farmakoterapijas medikamenti**

Latvijā farmakoterapijā tiek izmantoti divi medikamenti – metadons un buprenorfīns (konkrēti – *suboxone*). Medikamenta *suboxone* izmantošanu uzsāka 2008.gada augustā. Līdz tam buprenorfīna farmakoterapijā tika lietots medikaments *subutex*. Metadons tiek izsniegts vienu reizi dienā Centra telpās ārstniecības personāla klātbūtnē. Metadons Centrā tiek saņemts no aptiekas viena litra pudelēs kā metadona 0,1% šķīdums. Buprenorfīns tiek izrakstīts tabletēs.

Gadījumos, kad pacients atsāk lietot narkotiskās vielas, pastāv iespēja šo pacientu stacionēt un turpināt ārstēšanu ar kādu no farmakoterapijas medikamentiem, kā arī izmantot citas ārstēšanas metodes, lai stabilizētu pacientu un viņš/a varētu atgriezties pie ambulatoras farmakoterapijas medikamenta saņemšanas.

Ārstēšanas pieejamība

Strukturētās intervijas (kvalitātes intervijas) ar Centra darbiniekiem liecina, ka Centrā faktiski nepastāv gaidīšanas laiks, lai iestātos metadona farmakoterapijas programmā. Tikai atsevišķos gadījumos gaidīšanas laiks var sasniegt vienu nedēļu. Savukārt buprenorfīna farmakoterapijas programmā gaidīšanas laika nav vispār.

Praksē buprenorfīna farmakoterapiju piemēro pacientiem, kas ir „saglabātāki” jeb stabilāki, savukārt ārstēšanu ar metadonu piemēro pacientiem, kuriem ir ļoti smaga atkarība. Ārstēšanā automātiski var uzņemt tos pacientus, narkotisko vielu atkarības slimniekus, kas slimo ar HIV/AIDS, B un C hepatītu, sifilisu, tuberkulozi vai citām hroniskām slimībām, kā arī grūtnieces. Kritēriji arī nosaka, ka ārstēšanā uzņem personas, kas atkarīgas no narkotiskajām vielām ne mazāk kā piecus gadus un/vai vismaz divas reizes iepriekš nesekmīgi ārstējušās no atkarības.

Attiecībā uz kritēriju, kas nosaka atkarības ilgumu, proti, pieci gadi, mediķi atzīst, ka tas ne vienmēr stingri tiek ievērots, jo dažkārt arī pacientiem ar divu gadu narkotisko vielu lietošanas stāžu var būt ļoti smaga atkarība.

Pacienti no ārstēšanas var tikt izslēgti tad, ja, veicot analīzes, tiek atklāta paralēla narkotisko vielu lietošana, ir sistemātiski disciplināri pārkāpumi, agresijas izpausmes, programma netiek apmeklēta vairāk kā piecas dienas pēc kārtas, pacients cenšas izņest medikamentu ārpus lietošanas kabineta, tiek konstatēta medikamenta nelikumīga pārdošana, kā arī tad, ja pacientam uz medikamentu ir alerģiska reakcija.

Pacientam, iestājoties farmakoterapijas programmā, tiek definēts ārstēšanas plāns, kas tiek saskaņots ar pacientu.

Medikamenta izrakstīšana

Gan metadona, gan buprenorfīna izrakstīšanu veic ārsts narkologs. Medikamenta izvēlē parasti piedalās vairāki ārsti, proti, ārstu konsilijs. Ārstu konsilijs ir atbildīgs ne tikai par konkrēta medikamenta izvēli, bet arī par devas noteikšanu. Pacientiem pēc metadona jāierodas vienu reizi dienā un tas jālieto medicīnas personāla (parasti medicīnas māsas) klātbūtnē. Arī buprenorfīns sākotnēji tiek lietots medicīnas personāla klātbūtnē un tikai vēlāk (kad nolemj ārsts narkologs), pacients var saņemt recepti un medikamentu iegādāties aptiekā. Metadons līdzņemšanai netiek izsniegts. Tikai atsevišķos gadījumos, ja pacients, piemēram, ir stacionēts citā slimnīcā, Centra darbinieki sazinās ar attiecīgo slimnīcu un vienojas par iespējām nogādāt pacientam metadonu.

Mērķis un devas

Kā norāda Centra darbinieki vidējā metadona deva ir 80 mg, bet maksimālā 170 mg, savukārt buprenorfīnam vidējā deva ir 8 mg, maksimālā 16 mg. Vadlīnijās norādītā maksimālā metadona deva ir 150 mg, bet buprenorfīna – 16 mg (Stirna A., u.c., 2005). Līdz ar to jāsecina, ka vadlīnijās norādītais atsevišķos gadījumos neatbilst reālajai situācijai un šajā gadījumā nepieciešamas izmaiņas.

Citi pieejamie pakalpojumi

Kopumā Centrā bez farmakoterapijas tiek piedāvāti šādi pakalpojumi – detoksikācija (tajā skaitā ar buprenorfīnu), ārstēšana ar benzodiazepīniem un citiem medikamentiem (klonidīnu), konsultēšana, psiholoģiskā un sociālā palīdzība, iespēja iegūt informāciju par infekcijas slimībām, pārdozēšanas risku, kā arī pēc detoksikācijas ārstēšana ar naltreksonu. Iespējams nodot analīzes uz HIV un C hepatītu.

HIV un C hepatīta testi farmakoterapijas pacientiem tiek veikti vienu reizi gadā. Pie ārsta narkologa iespējams iegūt nosūtījumu pie infekcionista vai cita speciālista. Viena no būtiskākajām problēmām ir tā, ka metadona farmakoterapijas programma nav saistīta ar HIV un C hepatīta ārstēšanu.

Ļaunprātīga farmakoterapijas medikamentu lietošana

Metadona farmakoterapijas gadījumā praktiski tiek darīts viss, lai neradītu iespēju pacientam zāļu devu izņest no kabineta. Medikaments arī netiek izsniegts līdzņemšanai un lietošanai mājās. Farmakoterapijas kabinetā atrodas seifs ar signalizāciju un policijas izsaukuma poga.

Tā kā buprenorfīns tiek izrakstīts uz receptēm un pacients dodas to iegādāties aptiekā, pastāv daudz lielāka iespēja to pēc tam nelikumīgi pārdot. To apliecina arī Valsts policijas sniegtā statistiskā informācija - 2007.gadā no nelegālās aprites tika izņemti 9,9 g metadona (divi izņemšanas gadījumi) un 4396 buprenorfīnu saturošas tabletes (seši izņemšanas gadījumi) (Valsts policijas Kriminālistikas pārvaldes Ķīmisko ekspertīžu nodaļa, 2008). Tomēr valstī tiek stingri uzskaitītas izrakstītās un izlietotās buprenorfīna devas atbilstoši ārstu apmeklējumu datumiem. Pacientam sākotnēji (kad tiek saņemta atļauja izrakstīt medikamentu uz receptes un iegādāties to aptiekā) tiek izsniegta karte, kurā katru reizi ārsts narkologs veic ierakstu par apmeklējumu un medikamenta izrakstīšanas faktu⁷. Periodiski pacientiem tiek ņemtas urīna analīzes, lai konstatētu vai netiek lietotas citas narkotiskās vielas.

⁷ Kartes izsniegšanas kārtība definēta Ministru kabineta 2005.gada 4.oktobra noteikumos Nr. 751 „Grozījums Ministru kabineta 2002.gada 24.septembra noteikumos Nr.429 "Alkohola, narkotisko, psihotropo un toksisko vielu atkarības slimnieku ārstēšanas kārtība" (skatīt 3.2. nodaļu).

Analīzes ļauj arī konstatēt buprenorfīna klātbūtni un, ja tā nav, iespējams, pacients pārdod izrakstītos medikamentus.

3.6. Ekspertu viedoklis par farmakoterapiju

Farmakoterapijas paplašināšanas iespēju vērtējums

Visi intervētie eksperti atzina, ka kopumā farmakoterapijas paplašināšanu Latvijā vērtē pozitīvi, uzsverot, ka 2008.gada 9.augusta MK noteikumi Nr. 640 „Grozījumi Ministru kabineta 2002.gada 24.septembra noteikumos 429 „Alkohola, narkotisko, psihotropo un toksisko vielu atkarības slimnieku ārstēšanas kārtība””, kas paredz, ka sākot ar 2008. gada 9. augustu metadona farmakoterapiju var veikt jebkurš narkologs, kurš ir līgumattiecībās ar VOAVA, ir apstiprinājums tam, ka arī politiskā līmenī ir atbalsts programmas paplašināšanai Latvijas reģionos. Eksperti norādīja, ka metadons ir viena no visizplatītākajām vielām, kuru lieto problemātisko heroīna lietotāju ārstēšanā visā pasaulē, līdz ar to, šādai ārstēšanai ir jābūt pieejamai arī Latvijā ne tikai vienā Centrā galvaspilsētā, bet arī reģionos ar augstu opioīdu lietošanas izplatības līmeni. Tāpat tika pausts viedoklis, ka farmakoterapijas pielietošana problemātisko heroīna lietotāju ārstēšanā valstij ir ekonomiski izdevīga, jo pacients var pilnvērtīgi strādāt. Atrodies farmakoterapijas programmā samazinās nelegālu narkotisko vielu lietošana un līdz ar to arī ar narkotiku lietošanu saistītā noziedzība. Tāpat samazināts kaitējums, kas saistīts ar narkotiku pārdozēšanu un risku saslimt ar HIV un citām infekcijas slimībām.

Iespējamie modeļi farmakoterapijas darbībai

Intervēto ekspertu vidū nebija vienotas nostājas par iespējamajiem farmakoterapijas darbības modeļiem, paplašinot programmu Latvijas reģionos. Daļa ekspertu pauda uzskatu, ka farmakoterapijai jābūt integrētai narkoloģiskās ārstniecības iestādēs, līdzīgi kā tas šobrīd ir Centrā. Tas ļautu nodrošināt multidisciplinārās komandas pieejamību un pacientu integrāciju, kas pēc ekspertu domām, ir viens no būtiskākajiem aspektiem, lai nodrošinātu veiksmīgu farmakoterapijas darbību. Eksperti pauda arī viedokli, ka farmakoterapijas kabineti varētu tikt izveidoti līdzās šjirču apmaiņas punktiem, tādējādi nodrošinātu vienotu pakalpojumu pieejamību tieši problemātiskajiem narkotiku lietotājiem. Daži eksperti pauda viedokli, ka farmakoterapijas kabinetiem ir jābūt atsevišķi no pārējās ārstniecības un nomaļus no plaši apdzīvotām vietām, vai arī jāpiedāvā farmakoterapijas pakalpojums īpašos autobusus, kas pārvietojas un apkalpo pacientus rajonos, kur ir augsta opioīdu lietošanas izplatība. Pārsvārā šāda pieeja tika skaidrota ar to, ka farmakoterapijā ārstējamie „smagi” pacienti, kas varētu radīt diskomfortu pārējiem ārstniecības iestādē esošajiem pacientiem un apkārtējiem iedzīvotājiem. Tāpat eksperti atzina, ka šā brīža likumdošana neatļauj farmakoterapijas decentralizāciju ārpus narkoloģiskajām ārstniecības iestādēm, kas ir pretrunā ar pasaules praksi.

Farmakoterapijas ieviešanas vērtējums ieslodzījuma vietās

Visi eksperti pozitīvi vērtēja farmakoterapijas nodrošināšanu ieslodzījuma vietās. Daļa ekspertu pauda viedokli, ka farmakoterapijas pieejamība ir jānodrošina visiem ieslodzījumā esošajiem pacientiem, kam šāda ārstniecība ir nepieciešama, uzsverot, ka ieslodzījumā ir jānodrošina visi tie paši pakalpojumi, kas ir pieejami ārpus ieslodzījuma un ieslodzījums ir ideāla vide, lai ieviestu farmakoterapijas programmu, jo pastāv iespēja nodrošināt kontroli un mediķu uzraudzību. Tomēr ekspertu vairākums pauda viedokli, ka pamatā farmakoterapija ieslodzījuma vietās un īslaicīgās aizturēšanas izolatoros ir jānodrošina tiem pacientiem, kas to ir uzsākuši jau atrodies brīvībā. Eksperti bija vienprātīgi, ka farmakoterapija nekādā gadījumā nedrīkst būt vienīgais ārstniecības veids ieslodzījuma vietās. Pamatā tomēr jābūt farmakoterapijas ciešai sasaistei ar psihosociāliem un psihoterapeitiskiem ārstniecībai pakalpojumiem.

Iespējamās problēmas farmakoterapijas paplašināšanai

Kā galvenā problēma farmakoterapijas paplašināšanai tika minēts narkologu trūkums, kas būtu gatavi uzsākt farmakoterapiju reģionos. Tāpat eksperti izteica bažas par iespēju nodrošināt multidisciplināras

komandas darbu, kas strādātu ar farmakoterapijas pacientiem, ja farmakoterapijas programmas tiktu izveidotas ārpus lielākām ārstniecības iestādēm. Eksperti bija vienprātis, ka farmakoterapijas paplašināšanas gadījumā noteikti būtu jādomā par koordinējošas institūcijas izveidi, kas koordinētu un uzraudzītu farmakoterapijas kabinetu darbu, organizētu apmācības un regulāras sanāksmes. Tika pausts viedoklis, ka šo koordinējošas institūcijas funkciju varētu uzņemt Centrs, kas nodrošina farmakoterapijas konsiliju, tomēr šajā gadījumā būtiski jāpārdomā konsilija kapacitāte cilvēkresursu un finansiālā jomā. Eksperti uzsvēra, ka otrs svarīgs aspekts ir kvalitātes kontroles mehānisma izveide, kas uzraudzītu farmakoterapijas kvalitāti, īpaši jaunizveidotajos farmakoterapijas kabinetos.

Iespējamās problēmas farmakoterapijas ieviešanai ieslodzījuma vietās

Kā galveno problēmu farmakoterapijas ieviešanai ieslodzījuma vietās, eksperti minēja narkologu slodžu neesamību. Šobrīd ieslodzījuma vietās ir nodrošināta psihiatra slodze, bet ne narkologa. MK noteikumi Nr. 429. nosaka, ka farmakoterapiju var nodrošināt tikai narkologs, līdz ar to, tas nopietni apdraud farmakoterapijas ieviešanu ieslodzījuma vietās. Kā risinājums tika minēta iespēja grozīt MK noteikumus, atsevišķi norādot, ka ieslodzījuma vietās farmakoterapiju var nodrošināt arī psihiatrs, tādējādi atrisinot cilvēkresursu problēmu. Kā otrs variants tika minēta iespēja atjaunot narkologa štata vietu, tomēr, ņemot vērā šā brīža ekonomisko situāciju, eksperti bija vienprātis, ka praktiski tas nav iespējams. Tāpat eksperti pauda bažas par finansējuma nodrošināšanu farmakoterapijai ieslodzījuma vietās, jo šobrīd nauda neseko pacientam. Tiklīdz pacients nonāk ieslodzījumā, finansējumu pacienta ārstēšanai nodrošina TM. Ieviešot farmakoterapiju ieslodzījuma vietās, būtu jāpārskata finansēšanas kārtība tā, lai VOAVA segtu farmakoterapijas izmaksas arī pacientam, kurš atrodas ieslodzījumā, proti, nonākot cietumā, pacienta ārstēšana farmakoterapijā tiktu turpināta.

Sabiedrības viedokļa vērtējums

Visi eksperti bija vienprātis, ka šobrīd sabiedrībā pastāv negatīvs, vai nepastāv nekāds viedoklis par farmakoterapiju, pārsvarā to skaidrojot ar cilvēku un politiķu nezināšanu par farmakoterapijas būtību, mērķiem un ieguvumiem. Visi eksperti bija vienprātis, ka negatīvo sabiedrības viedokli par farmakoterapiju var mainīt tikai izglītojot un informējot sabiedrību ilglaicīgā laika periodā. Tika pausts viedoklis, ka politiķu negatīvais viedoklis ļoti lielā mērā ir saistīts ar sabiedrības negatīvo viedokli un tikai mainot sabiedrības attieksmi, ir iespējams mainīt arī politisko nostāju. Eksperti bija vienprātis, ka būtiski sabiedrībai stāstīt par farmakoterapijas pozitīvajiem efektiem, ir jārosina diskusija un jāpārlicina par farmakoterapiju kā vienu no iespējam problemātisko opioīdu lietotāju ārstēšanā. Tāpat izskanēja viedoklis, ka „mīkstinot” uzņemšanas kritērijus farmakoterapijas programmās, uzņemot ne tik „smagus” pacientus, ir iespējams mainīt arī priekšstatu par farmakoterapijas programmu kā „nāvinieku programmu”.

4. Farmakoterapijas mērķi un uz pierādījumiem balstītā efektivitāte

4.1. Pierādījumi par farmakoterapijas efektivitāti

Farmakoterapija problemātiskajiem heroīna lietotājiem ir medicīniskās aprūpes forma, kurā izmanto kādu citu vielu ar heroīnam līdzīgām īpašībām un iedarbību. Šīs farmakoloģiskās vielas veids tiek saukts par agonistu. Agonistu izmantošana farmakoterapijā veicina daudz kontrolētāku atkarības formu. Šo vielu izmantošana atvieglo abstinences simptomus, no kuriem parasti cieš problemātiskie lietotāji, kā arī samazina veselības un sociālos riskus, kas saistīti ar problemātisku heroīna lietošanu. Lietojot medikamentu pareizās devās, tas samazina vēlmi pēc opioīdiem, bloķējot opioīdu izraisītos miegainības un eiforiskos efektus (Department of Health and Human Services, 2002).

Ir dažādi opioīdu agonisti. Metadons ir visizplatītākā viela, kuru lieto problemātisko heroīna lietotāju ārstēšanā. Citi opioīdu agonisti, kurus izmanto heroīna atkarīgo slimnieku farmakoterapijā, ir lēnas darbības morfīns un kodeīns. Arvien biežāk izmanto arī buprenorfīnu. Šī viela ir kombinēts agonista-antagonista ārstēšanas līdzeklis un ir nevis tīrs, bet daļējs opioīdu agonists. Antagonists ir bloķējošs aģents, kas iedarbojas uz tiem pašiem smadzeņu šūnu receptoriem kā heroīns (vai citi opiāti), tomēr tas nav atkarību izraisošs. Lietojot antagonistu, opioīdu receptori smadzenēs tiek bloķēti, tas nozīmē, ka (papildus) heroīna (vai citu opioīdu) uzņemšana nerada tik ierasto un vēlamu garastāvokli ietekmējošo efektu (Trautmann, 2007).

Pašreiz ir apkopoti droši fakti, kas liecina, ka farmakoterapija ar metadonu un buprenorfīnu dod labus rezultātus. Pētījumi liecina, ka farmakoterapijas rezultātā mazinās nelegālo narkotiku lietošana, narkotiku injicēšanas biežums, kā arī uzvedība, kas ir saistīta ar augstu HIV un citu infekcijas slimību izplatīšanas risku, piemēram, kopēju injicēšanas piederumu izmantošana, turklāt uzlabojas gan pacientu sociālās funkcijas, gan vispārējais veselības stāvoklis. Pētījumi pierāda, ka farmakoterapijas pietiekams nodrošinājums var palīdzēt samazināt noziedzīgas darbības un ar narkotiku lietošanu satīto nāves gadījumu skaitu. Labākus rezultātus nodrošina laicīga iesaistīšanās programmā, pietiekams farmakoterapijas ilgums un nepārtrauktība, kā arī adekvātas medikamenta devas (EMCDDA, 2006). Ilgtermiņa farmakoterapija ir daudz efektīvāka par īslaicīgu ārstēšanu vai detoksikāciju. Farmakoterapija kopumā paredzēta atkarīgajiem lietotājiem, kuriem ir grūtības pārtraukt narkotiku lietošanu un sasniegt pilnīgu atrodināšanos. Kopumā pasaulē valda vienprātība, ka farmakoterapijas programmu integrēšana plašākā medicīniskās aprūpes un sociālās palīdzības sistēmā ir uzskatāma par labu praksi (EMCDDA, 2007).

Farmakoterapijas mērķi ir sekojoši:

- palīdzēt pacientiem saglabāt veselību, kamēr ar atbilstošu aprūpi viņi var atteikties no nelegālu narkotiku lietošanas,
- samazināt nelegālu narkotisko vielu lietošanu vai panākt pilnīgu to pārtraukšanu,
- samazināt riskus, kas saistīti ar narkotiku lietošanu, proti, narkotiku pārdozēšanas gadījumu skaitu, narkotiku lietotāju nāves gadījumu skaitu un risku saslimt ar HIV, hepatītu B un C un citām ar asinīm pārnestām infekcijām,
- samazināt narkotiku lietošanas recidīvu iespējamību nākotnē,
- samazināt ar narkotiku lietošanu saistīto noziedzību,
- stabilizēt pacientu, kur tas iespējams, izmantojot farmakoterapijas medikamentus, lai atvieglotu abstinences simptomus,
- veicināt dalību citās medicīniskās aprūpes programmās,

- uzlabot vispārējo personisko, sociālo un ģimenes funkcionēšanu.

Jautājums par farmakoterapijas lomu vairs neizraisa lielas domstarpības starptautiskā līmenī: ANO sistēma saistībā ar farmakoterapiju 2004. gadā ir pieņēmusi vienotu nostāju (WHO/UNODC/UNAIDS, 2004), savukārt PVO gan metadonu, gan buprenorfīnu 2006. gadā jūnijā ir iekļāvusi PVO svarīgāko medikamentu paraugsarakstā (EMCDDA, 2007b).

4.2. Farmakoterapijas medikamentu efekti

Zinātniskā literatūrā norādīts, ka caurmērā gan metadonam, gan buprenorfīnam ir daudz labvēlīgu efektu (skatīt zemāk), ja šīs vielas tiek lietotas kā ilgstoša farmakoterapija problemātiskiem opioīdu lietotājiem. Minimālais metadona lietošanas ilgums ir 12 mēneši (Department of Health and Human Services, 2002.), bet maksimālais var sasniegt pat desmit un vairāk gadus (<http://www.drugpolicy.org>). Buprenorfīna farmakoterapijai ir mazāk blakņu un ilgāks pussabrukšanas periods, tādējādi tiek aizkavēti iespējamie abstinences simptomi, atturoties no opioīdu lietošanas. Tas arvien vairāk tiek uzskatīts kā kvalitatīva alternatīva aizvietojošā viela, ja jebkādu iemeslu dēļ farmakoterapijas pacienti dod priekšroku buprenorfīnam vai nepanes metadonu (Trautmann, 2007).

Farmakoterapijas vienīgas mērķis nav ilgtermiņa narkotiku aizvietošana. Metadonu un buprenorfīnu lieto arī, lai palīdzētu atstāt opioīdu lietošanu, šādos gadījumos farmakoterapijas mērķis ir palīdzēt pacientiem atradināties no opioīdiem, noteiktā laika posmā samazinot medikamentu devas, lai pēc iespējas mazinātu abstinences sindromu (EMCDDA, 2006)

4.3. Farmakoterapijas efekti

Kopumā metadona un buprenorfīna farmakoterapija samazina nelegālu opioīdu lietošanu. Saskaņā ar vācu pētījumu opioīdu nelegālas lietošanas samazinājums ir saistīts ar līdzdalības ārstēšanā ilgumu. Pēc viena gada farmakoterapijā urīna analīzes uzrādīja heroīna lietošanas samazināšanos par 80–90%. Turpinot ārstēšanu ilgāku laika periodu, citu psihotropo vielu papildus lietošana samazinās vai tiek pārtraukta (Trautmann, 2007).

Ir pierādīts, ka farmakoterapija samazina arī riska uzvedību, kas saistīta ar kopēju injicēšanas piederumu lietošanu (<http://www.drugpolicy.org>). Pētījumā par narkotiku atkarības ārstēšanas ietekmi uz HIV infekcijas profilaksi ir konstatēts, ka uz uzvedību vērsti iejaukšanās pasākumi var sekmēt farmakoterapijas pozitīvo ietekmi uz HIV pārnesšanas novēršanu, kamēr piemērojot tikai psihoterapiju, rezultāti mēdz būt dažādi. Farmakoterapija sekmē HIV novēršanu, ja pacienti ārstējas 3 mēnešus vai ilgāk (Farrell et.al. 2005).

Metadona un buprenorfīna farmakoterapija var mazināt pārdozēšanas izraisīto nāves gadījumu skaitu, tomēr attiecībā uz šiem rezultātiem pierādījumi ir mazāk spēcīgi (Trautmann, 2007), taču citos avotos pieejamā informācija liecina, ka noziedzīgie nodarījumi, kas saistīti tieši ar nelegālo narkotisko vielu iegādāšanos un lietošanu būtiski samazinās (<http://www.drugpolicy.org>).

Kopumā ārstēšanas efektivitāte palielinās, farmakoterapiju papildinot ar psihosociālu atbalstu vai konsultēšanu. Pētījumi par ārstēšanās rezultātiem Apvienotajā Karalistē un Amerikas Savienotajās valstīs liecina, ka psihosociāli un psihoterapeitiski pasākumi kopā ar farmakoterapiju ir daudz iedarbīgāki. Šīs metodes ne tikai palielina motivāciju ārstēties, novērš lietošanas atsākšanu un mazina kaitējumu, bet ļauj arī sniegt konsultācijas un praktisku atbalstu pacientiem, kam paralēli opioīdu atkarības ārstēšanai ir jārisina ar dzīvesvietu, darbu un ģimeni saistītas problēmas (EMCDDA, 2007b).

4.4. Farmakoterapija ieslodzījuma vietās

ES politikas veidotāji arvien biežāk atzīst, ka ieslodzījuma vietās sniegtās ārstniecības praksei un pakalpojumu kvalitātei būtu jālīdzinās tai, kādu sniedz pārējai sabiedrībai. Tomēr vēl joprojām narkotiku

ārstēšanas nodrošinājuma līmenis ieslodzījuma vietās Eiropā joprojām ir zems salīdzinājumā ar ārpus ieslodzījuma vietām pieejamo, kaut gan pierādīts, ka bieži narkotiku lietošana cietumos ir lielāka. Daudzās ES valstīs priekšroka tiek dota detoksikācijai, kas reizēm ir arī vienīgā pieejamā ārstēšanas metode. Teorētiski vairākas valstīs tiek piedāvāta farmakoterapija, tomēr dati liecina, ka reāli to saņem ļoti neliels skaits narkotiku lietotāju (EMCDDA, 2008).

Nesen ir publicēti praktiski norādījumi farmakoterapijai ieslodzījuma vietās, ko apstiprinājusi PVO un UNODC. Dažos pētījumos ir norādīts, ka farmakoterapijai ir novērota pozitīva ietekme uz riska uzvedību un mirstību. Pārskatā par cietumos īstenoto farmakoterapiju tika secināts, ka pozitīva iedarbība bija atkarīga no diviem faktoriem: pietiekamām devām un no tā, ka ārstēšanās ilgst visu ieslodzījuma laiku. Turklāt pakalpojumus šajā jomā vēlams papildināt ar rūpīgu atbrīvošanas plānošanu un saikni ar veselības aprūpes iespējām ārpus ieslodzījuma vietām, lai pēc atbrīvošanas netiktu atkal zaudēts ieslodzījumā panāktais veselības stāvokļa uzlabojums (Kastelic et.al., 2008).

5. Farmakoterapijas kvalitāte

Lai apzinātu Centra darbinieku viedokli par dažādiem ar farmakoterapijas kvalitāti saistītiem aspektiem, tika aptaujāti seši Centra darbinieki – vadība, ārsti, medicīnas māsas un sociālais darbinieks. Šim nolūkam tika izmantota Trimbos institūta ekspertu izstrādāta anketa, kas tika adaptēta atbilstoši Latvijas situācijai. Tā kā Centrs ir tikai viens un respondentu skaits ir neliels, intervijas analizētas apkopotā veidā, neizdalot atsevišķi katra darbinieka viedokli.

5.1. Darbinieku viedoklis par farmakoterapijas programmu kvalitāti

Darbinieku pieejamība

2007.gadā farmakoterapiju Centrā nodrošināja trīs cilvēki – viens ārsts narkologs un divas medicīnas māsas. Šobrīd farmakoterapijas kabinetā strādā jau seši darbinieki – divi ārsti (1 slodze un 0,5 slodze), trīs medicīnas māsas (0,75, 0,75 un 0,5 slodze) un viens psihologs (1 slodze). Darba apvienošanas kārtībā farmakoterapijas kabinetā strādā arī virsmāsa, kas organizē kabineta darbu un sociālais darbinieks, kas nodarbināts stacionārā, taču ārpus darba laika palīdz arī farmakoterapijas pacientiem. Analīžu veikšanai tiek izmantoti Centrā esošās laboratorijas pakalpojumi. Atsevišķas laboratorijas farmakoterapijas programmām nav. Analīžu materiālu ievāc un laboratorijā nogādā medicīnas māsa, kas izdala metadonu.

Visi intervētie Centra darbinieki norādīja, ka darbinieku skaits farmakoterapijas programmā ir nepietiekošs un īpaši trūkst medicīnas māsu un sociālā darbinieka. Par ļoti pozitīvu faktu uzskatāma psihologa slodzes nodrošināšana farmakoterapijas programmai kopš 2008.gada augusta.

Pacientam veltītais laiks

Laiks, kas tiek veltīts pacientam, vislielākā mērā atkarīgs no situācijas, proti, vai pacients pēc palīdzības vērsas pirmo reizi, atkārtoti, var ir radušās kādas jaunas problēmas. Turklāt katra speciālista – ārsta, medicīnas māsas, psihologa vai sociālā darbinieka pacientam veltītais laiks var būt atšķirīgs. Ja runājam konkrēti par laiku, kas tiek patērēts uz vienu pacientu medikamenta ieņemšanas laikā, Centra darbinieki norāda, ka tas vidēji sasniedz piecas minūtes vai pat mazāk. Darbinieki arī norāda, ka katrs pacients, saņemot zāles katru dienu, speciāli netiek novērtēts (fiziskais, psiholoģiskais stāvoklis, sociālā situācija). Parasti tas tiek darīts tad, kad slimnieks tiek uzņemts programmā, sadarbojoties gan ārstam narkologam, gan psihologam. Tas faktiski nozīmē, ka nepieciešamā informācija tiek iegūta pieņemšanu laikā. Pacients pie ārsta var vērsties pats vai arī ārsts var norādīt pacientam par nepieciešamību atnākt uz konsultāciju. Pacientam veltītais laiks šādā konsultācijā arī var būt no dažām minūtēm līdz pat vienai stundai.

Darbinieku apmācības un sanāksmes

Centrā darbinieku sanāksmes tiek organizētas vienu reizi nedēļā. Sanāksmēs piedalās ārsti narkologi, kas tālāk nodod informāciju pārējiem darbiniekiem – medicīnas māsām, sociālajam darbiniekam u.c. Darbinieki norāda, ka sanāksmju kārtība pamatā sedz visus nepieciešamos jautājumus, taču būtu pozitīvi, ja vairāk tiktu sniegta informācija par citu valstu pieredzi farmakoterapijā.

Reizi gadā valstī tiek organizēti kursi ārstiem narkologiem, četras reizes gadā notiek Narkologu asociācijas rīkotās sēdes, taču vidējam medicīnas personālam profesionālie kursi vai apmācības notiek ļoti reti. Īpaši tiek uzsvērts, ka nepieciešami kursi, kas mazinātu profesionālās izdegšanas sindromu, kā arī profesionālas apmācības par farmakoterapijas mērķiem, būtību un multidisciplināras komandas darbu.

Darbinieki norāda, ka profesionālā zinātniskā literatūra viņiem ir pieejama. Visbiežāk tika minēti Latvijā populāri medicīnas žurnāli – „Latvijas Ārsts”, „Doctus”. Zināšanu papildināšanai bieži tiek izmantots arī Internets (dažādi ārvalstu saiti), bibliotēkās pieejamā literatūra un semināru, kursu materiāli.

5.2. Darbinieku motivācija, apmierinātība ar darbu un attieksme pret pacientiem

Attiecības ar pacientiem, kolēģiem

Darbinieki norāda, ka pret pacientiem vienmēr izturas ar cieņu, dažkārt pat aizbildnieciski vai emocionāli un ir vienoti uzskatā, ka viņu darbs pacientiem ir būtisks.

Darbinieki saņem atsauksmes par savu darbu, pārsvarā no saviem tiešajiem kolēģiem un uzskata šīs atsauksmes par apmierinošām.

Apmierinātība ar vadību

Centra darbinieki ir apmierināti ar savu tiešo vadību un norāda arī, ka tiešais vadītājs viņiem vienmēr ir pieejams nepieciešamības gadījumā. Darbinieki arī uzsver, ka viņu tiešais vadītājs uzticas viņiem darba jautājumos, rūpējas par labu atmosfēru darbā, atbalsta problēmu gadījumā, rūpējas par darba dalīšanu visu kolēģu starpā, ir atvērts jaunām idejām.

Darba procesa norises vērtējums

Darbinieki savu darbu neuzskata par rutīnu, taču norāda, ka bieži darbā ir ļoti aizņemti un darbs mēdz būt „stresains” un saspīlēts. Neskatoties uz to, tiek norādīts, ka ir viegli sekot dažādām izmaiņām darbā, jauniem attīstības posmiem. Darbinieki arī norāda, ka viņiem ir pieejams pietiekošs profesionālais atbalsts un vienīgā neapmierinātība sava darba ietvaros ir darba atalgojums.

5.3. Ārstēšana

Vielas ieņemšanas procedūra

Kā jau tika minēts iepriekš, pacienti vizītes laikā katru dienu netiek īpaši novērtēti. Medicīnas māsa, veicot metadona izdali, protams, novērtē katra pacienta fizisko stāvokli, taču psiholoģiskais stāvoklis un pacienta sociālā situācija tiek novērtēti tikai vizītes laikā pie ārsta. Atkarības smaguma pakāpe (angl. addiction severity index), izmantojot validētus starptautiskus instrumentus, netiek noteikta, taču atkarības smagums tiek vērtēts, ievācot anamnēzi un veicot gan urīna, gan asins analīzes. Sociālā situācija tāpat tiek novērtēta nepieciešamības gadījumā vizītes laikā.

Centrā katram pacientam tiek sastādīts ārstēšanas plāns, kura sastādīšanā piedalās ārsts narkologs un patients, dažkārt tiek piesaistīts arī sociālais darbinieks un psihologs. Plāns tiek saskaņots ar pacientu. Ar pacientu tiek slēgts līgums uz vienu gadu. Šis līgums nepieciešamības gadījumā ik gadu var tikt pagarināts. Līgumā iekļauti ārstēšanas nosacījumi, Centra un pacienta pienākumi un tiesības.

Pastāv arī noteiktas pretindikācijas, lai iestātos farmakoterapijas programmās. Pretindikācijas cieši saistītas ar likumdošanā, medicīniskajās tehnoloģijās un vadlīnijās noteiktajiem uzņemšanas kritērijiem (vecums, smagas blakussaslimšanas, vairākas nesekmīgas iepriekšējās ārstēšanās).

Pacients no ārstēšanas programmas var tikt izslēgts šādu iemeslu dēļ: paralēla narkotisko vielu lietošana, programmas neapmeklēšana vairāk kā piecas dienas pēc kārtas, alerģiska reakcija uz medikamentu, medikamenta iznešana vai neatļauta lietošana, sistemātiska agresija vai pārkāpumi.

Farmakoterapija

Centrā, kā minēts ziņojumā iepriekš, tiek veikta farmakoterapija ar diviem medikamentiem - metadonu un buprenorfinu (*suboxone*). Devas adekvātums visbiežāk tiek novērtēts reizi vienā vai divos mēnešos, dažkārt arī biežāk. Devas adekvātuma novērtēšanas biežums atkarīgs no katra pacienta individuālās situācijas un veselības stāvokļa. Arī pacients pats var lūgt izvērtēt/pārskatīt medikamenta devu.

Pacients vidēji ar ārstu kontaktējas vienu reizi nedēļā, taču iespējamās arī biežākas ārsta vizītes, kas atkarīgas no paša pacienta vēlēšanās.

Urīna analīzes tiek veiktas vienu reizi nedēļā tiem pacientiem, kuriem bijuši pārkāpumi (citu narkotisko vielu lietošana), lai konstatētu vai pacients atkārtoti nelieto citas vielas, kā arī vai analīzēs uzrādās pacientam izrakstītais medikaments. Visbiežāk tas, protams, attiecas uz buprenorfinu lietojošajiem pacientiem. Pārējiem pacientiem analīzes vidēji tiek veiktas vienu reizi mēnesī, dažkārt – reizi divos mēnešos. Urīna analīzes tiek veiktas regulāri, kā arī ārkārtas gadījumos (negaidīti). Ja medicīnas māšai, izsniedzot metadonu, rodas aizdomas, ka pacients ir lietojis citas narkotiskās vielas, pacients tiek lūgts nodot analīzes. Analīžu materiālu ievāc medicīnas māša. Šis process var būt ļoti apgrūtināts, jo, pirmkārt, pacients var mēģināt atteikties no analīžu nodošanas dažādu iemeslu dēļ, kā arī tāpēc, ka analīžu materiāla savākšana notiek kopējā tualetes telpā. Vidēji gada laikā katrs pacients nodod urīna analīzes divpadsmit reizes.

Centrā pieejami sekojoši papildus pakalpojumi: detoksikācija, ārstēšana ar benzodiazepīniem un citām vielām (klanidīns), pēc detoksikācijas ārstēšana ar naltraksonu, konsultēšana, psiholoģiska un sociāla palīdzība. Tāpat pieejama informācija par infekcijas slimībām, pārdozēšanas riskiem. Diemžēl netiek piedāvāti īpaši pakalpojumi specifiskām grupām, tādām kā grūtnieces, bijušie ieslodzītie, gados jauni lietotāji, duālās diagnozes pacienti.

Centrā pacienti regulāri vienu reizi gadā tiek pārbaudīti uz HIV un C hepatītu, bet pie ārsta narkologa iespējams saņemt nosūtījumu pie citiem speciālistiem, piemēram, infekcionistiem.

5.4. Farmakoterapijas medikamentu noplūdes profilakse

Centrs rūpīgi seko līdzi tam, lai medikaments netiktu iznests ārpus farmakoterapijas kabineta telpām. Pacienti kabinetā dodas pa vienam, izdzer metadonu medicīnas māšas klātbūtnē un dodas prom. Metadonu ir aizliegts izsniegt līdzī nešanai (izņemot likumdošanā noteikto gadījumu). Farmakoterapijas kabinetā atrodas seifs un policijas izsaukšanas poga. Atšķirīga situācija ir attiecībā uz buprenorfinu, jo ir grūti izkontrolēt vai pacients, iegādājoties medikamentu aptiekā, to nepārdod tālāk. Lai to kontrolētu, rūpīgi tiek uzskaitītas izrakstītās un izlietotās buprenorfīna devas atbilstoši apmeklējumu datumiem. Papildus tam pacienti regulāri nodod urīna analīzes, kurās iespējams noteikt vai tiek lietots izrakstītais medikaments.

5.5. Pacientu sūdzības un reģistrācijas kārtība

Pacientu sūdzības

Pacientiem ir tiesības sūdzēties par ārstēšanu. Oficiāli sūdzības var iesniegt Veselības inspekcijā, kas ir Veselības ministrijas pakļautībā esoša tiešās pārvaldes iestāde un kuras viens no darbības mērķiem ir nodrošināt veselības aprūpi regulējošo normatīvo aktu prasību ievērošanu un izpildi (MK 2008.gada 5.februāra noteikumi Nr.76 „Veselības inspekcijas nolikums”). Tāpat pacients var griezties pie Centra vadības vai tieši pie sava ārstējošā ārsta.

Pacientu reģistrācijas sistēma

Katram pacientam tiek veidota slimības vēsture, kurā iekļauta demogrāfiskā informācija, kā arī informācija par pacienta veselības stāvokli. Vēsturē tiek atspoguļots arī ārstēšanas plāns. Īpaša reģistrācijas datorprogramma nepastāv, taču farmakoterapijas pacienti tiek reģistrēti datorizēti, izmantojot Excel programmu. Programmā tiek ievadīts pacienta vārds, uzvārds, personas kods un noteiktā diennakts deva. Dati pieejami farmakoterapijas ārstam narkologam.

Saņemot devu farmakoterapijas kabinetā, katrs pacients parakstās speciālā žurnālā. Šis žurnāls pieejams farmakoterapijas medicīnas darbiniekiem. Savukārt buprenorfinu lietojošajiem pacientiem Centrā tiek izsniegta speciāla karte. Ārsts, izrakstot medikamenta recepti, izdara atzīmi pacienta kartē.

5.6. Pieejamība

Darba laiks

Centra darba laiks darba dienās ir no plkst. 8:30 – 19:00, bet brīvdienās Centrs nestrādā, izņemot uzņemšanas nodaļu un ekspertīžu centru. Farmakoterapijas kabineta darba laiks darba dienās ir no plkst. 7:30 – 15:30, bet sestdienās un svētdienās no 8:30 – 13:30

Patērētais laiks ceļā uz Centru

Centra darbinieki uzsvēra, ka vidējo laiku, ko pacienti patērē ceļā uz Centru, ir grūti noteikt, jo pacientu ir daudz un šāds aprēķins nav veikts, taču kā maksimālais laiks tiek minēts divas līdz divarpus stundas.

Gaidīšanas laiks

Ne metadona, ne buprenorfīna farmakoterapijas programmās parasti nepastāv gaidīšanas laiks. Rindas var veidoties tikai metadona programmā un tikai atsevišķos gadījumos, kā tiek norādīts – tad, ja ir grūtības nokomplektēt darbiniekus, ko ietekmē liels medicīnas māsu trūkums. Šādos gadījumos gaidīšanas laiks, lai iestātos programmā maksimāli varētu sasniegt vienu nedēļu.

5.7. Darbinieku aktivitāšu vērtējums

Reizi ceturksnī tiek veikta farmakoterapijas kabineta darbības pārbaude, kas iekļauj uzskaites kārtības pārbaudi, medikamenta norakstīšanas pārbaudi. Līdzīgas aktivitātes, proti, pārbaudot dokumentāciju, tiek veiktas arī lai novērtētu darbinieku darbu.

5.8. Vadlīnijas, medicīniskās tehnoloģijas

Centra darbinieki uzsver, ka savā darbā izmanto vadlīnijas un medicīniskās tehnoloģijas, taču atsevišķi dokumentos noteiktie punkti rada problēmas, piemēram, izslēgšanas kritēriji un medikamenta līdzņemšanas politika.

Darbinieki norāda, ka ir ļoti grūti „cīnīties” ar pacientiem, kuri paralēli lieto narkotiskās vielas, pirmkārt, jau tādēļ, ka pacientiem bieži vien ir ne tikai opioīdu atkarība, bet arī citas atkarības (amfetamīnu, marihuānas atkarība). Otrkārt, ir salīdzinoši neproduktīvi no programmas izslēgt visus, kas tiek „pieķerti” paralēlā lietošanā, jo šiem cilvēkiem programma, iespējams, ir vienīgais veids kā atgriezties sabiedrībā. Turklāt, „*ko dos fakts, ka pacients pēc izslēgšanas atkārtoti iestāsies programmā? Un atkal tiks izslēgts?*”

Centra darbinieki arī uzsver otras problēmas – medikamenta līdzņemšanas – neadekvātumu. Par normu nav uzskatāms fakts, ka pacientam ceļā uz Centru ir jāpavada vairākas stundas ik dienu. Šo problēmu varētu atrisināt, padarot noteikumus elastīgākus un pieļaujot metadona izsniegšanu

līdzņemšanai tiem pacientiem, kas ir pierādījuši sevi ilgstošākā laika periodā kā stabilus (ir regulārs oficiāls darbs, ienākumi, nav pārkāpumu, uzvedības problēmu).

Ņemot vērā iepriekšminēto, tiek uzsvērts, ka esošās vadlīnijas un medicīniskās tehnoloģijas ir pārāk stingras un neatbilst reālajai darba situācijai. Katrs pacients un katrs gadījums būtu jāizvērtē individuāli. Ārsti arī norāda, ka šāda pieeja būtu stimulējoša pārējiem pacientiem. Mainot vadlīnijās un medicīniskajās tehnoloģijās noteikto, jāmaina arī likumdošana. Tāpat izskanēja viedoklis, ka šā brīža likumdošana aizliedz farmakoterapijas decentralizāciju ārpus narkoloģiskajām iestādēm, kas ir pretrunā ar pasaules praksi.

5.9. Procesa vadība (menedžments)

Darba dalīšana

Centrā pastāv formāli noteikts atbildību sadalījums starp dažādām profesionāļu grupām. Katra darbinieka atbildība tiek definēta amata aprakstā.

Konfidencialitāte

Visi intervētie Centra darbinieki uzsvēra, ka pacientu konfidencialitāte tiek stingri ievērota. Pacientu datu aizsardzība tiek noteikta Latvijas Republikas Ārstniecības likumā, ārstēšanas līgumā, kā arī katra darbinieka, kas darbojas ar pacientiem, amata aprakstā.

Vadības atbalsts

Darbinieki norādīja vairākus aspektus, jomas, kurās vēlētos saņemt lielāku vadības atbalstu (kā arī lietas, kuras uzskata par nepieciešamām savā darbā):

- iespēja apmeklēt profesionālas apmācības, kursus,
- telpu izremontēšana un iekārtošana atbilstoši drošības prasībām,
- elektroniska un ar datoru savienota dozatora iegāde (šobrīd metadona atlikumu uzskaitē ir sarežģīta un ilga),
- labāks darba atalgojums.

5.10. Sadarbība

Pārsvārā sadarbība ar citām organizācijām notiek tikai ārkārtas vai nepieciešamības gadījumos. Ar tādām iestādēm/organizācijām kā ieslodzījuma vietas, zema sliekšņa centri, pašpalīdzības grupas sadarbība praktiski nenotiek vispār. Kā nozīmīgākā no sadarbības formām tiek minēta sadarbība ar slimnīcām (tā ir īpaši svarīga gadījumos, kad pacients nonāk citā stacionārā un viņam/ai nepieciešams piegādāt medikamentu. Šādos gadījumos Centra darbinieki sazinās ar konkrētās slimnīcas vadību un izskaidro situāciju, lūdzot atļauju slimniekam nogādāt medikamentu). Kā otra būtiskākā sadarbības forma tiek norādīta sadarbība ar psihiatrijas centriem, slimnīcām, tam seko sadarbība ar aptiekām un probācijas dienestiem.

6. Pacientu apmierinātība ar farmakoterapiju

Pacientu apmierinātība ir viens no būtiskākajiem rādītājiem veselības aprūpes sistēmā. Šis rādītājs var atklāt nozīmīgākos spēcīgos un arī vājos punktus sistēmas darbībā.

Lai noskaidrotu pacientu apmierinātību ar farmakoterapijas programmām, tika izmantota Trimbos institūta ekspertu izstrādātā anketa. Anketa adaptēta atbilstoši Latvijas situācijai. Kopumā anketā tika iekļauti 72 jautājumi. Balstoties uz Trimbos institūta ekspertu pieredzi, jautājumi anketā sagrupēti piecās lielās tēmās: ārstēšanas jautājumi, informētība par farmakoterapiju, ārstēšanas pieejamības jautājumi, papildus piedāvātie pakalpojumi un ārstēšanas apstākļi (Trautmann, 2007). Šajā nodaļā padziļināti aplūkoti būtiskākie pacientu apmierinātības pētījuma rezultāti.

6.1. Respondentu vispārējais raksturojums

2008.gada aprīlī un maijā tika aptaujāti 70 farmakoterapijas pacienti – 55 metadona programmas apmeklētāji un 15 buprenorfīna programmas apmeklētāji. Visbiežāk intervētāji veica intervijas ar programmu pacientiem Hospitāļu ielas rajonā (Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centra atrašanās vieta), kā arī biedrībā „Dia+logs”, kur abi intervētāji strādā par sociālajiem darbiniekiem.

Aptaujāto pacientu vidū vairāk bija vīriešu – 71%, sievietes attiecīgi 29%. 69% pacientu bija krievvalodīgie, savukārt 30% latvieši (skatīt 6.1.tabulu):

6.1.tabula. Respondentu dalījums pēc dzimuma un tautības (absolūtos skaitļos)

Dzimums	Tautība		
	Latvietis	Krievs	Cits
Sieviete	6	14	0
Vīrietis	15	34	1
Kopā	21	48	70

Respondentu vidējais vecums bija 36,28 gadi, jaunākajam pacientam bija 22 gadi, vecākajam – 54 gadi. Metadona farmakoterapijas programmas apmeklētāju vidējais vecums bija 37,2 gadi, bet buprenorfīna farmakoterapijas aptaujāto respondentu vidējais vecums bija 30,1 gads (kopumā tikai pieci respondenti bija vecāki par 30 gadiem, bet jaunākajam buprenorfīna pacientam bija 22 gadi).

Vairums pacientu – 25.7% uz intervijas brīdi bija bezdarbnieki. 24.3% bija gadījuma darbs (bez līguma), 12.9% bija pagaidu darbs (ar līgumu). Nozīmīga daļa respondentu atzīmēja, ka ir invalīdi – 11.4% vai tiem ir invaliditāte, taču viņi strādā gadījuma darbus – 2,9%. Viens respondents norādīja, ka viņa darbs ir zagšana, viens sevi identificēja gan kā invalīdu, gan kā bezdarbnieku un viena respondents norādīja, ka mājās audzina bērnu. Regulārs oficiāls darbs uz intervijas brīdi bija tikai 13 respondentiem jeb 18.6% aptaujāto (skatīt 6.2.tabulu):

6.2.tabula. Respondentu nodarbinātības statuss (absolūtos skaitļos un %)

Nodarbinātības statuss	Absolūtos skaitļos	Procentos
Regulārs oficiāls darbs	13	18,6
Pagaidu darbs (ar līgumu)	9	12,9
Gadījuma darbs (bez līguma)	17	24,3
Bezdarbnieks	18	25,7
Bezdarbnieks/invalīds	1	1,4
Invalīds	8	11,4
Gadījuma darbs/invalīds	2	2,9
Zog	1	1,4
Audzina bērnus	1	1,4
Kopā	70	100,0

Vidējais respondentu opioīdu lietošanas stāžs pirms terapijas uzsākšanas bija 13.4 gadi (minimālais stāžs trīs gadi, maksimālais – 30 gadi). 31 pacienta narkotisko vielu lietošanas stāžs bija no trīs līdz desmit gadiem, 28 pacientu stāžs bija robežās no 11 līdz 17 gadiem, 18 pacientu stāžs bija robežās no 18 līdz 25 gadiem un divu pacientu stāžs – līdz 30 gadiem.

Visvairāk lietotās vielas pirms farmakoterapijas uzsākšanas bija *hanka* un heroīns. Vairāki pacienti norādīja, ka lietojuši gan heroīnu, gan *hanku* vai arī, piemēram, heroīnu un amfetamīnu (skatīt 6.3. tabulu):

6.3.tabula. Pirms ārstēšanās terapijas uzsākšanas lietotās vielas

Vielas	Absolūtos skaitļos
Hanka	41
Heroīns	39
Amfetamīns	2
Efedrīns/efedrons	2
Metadona pulveris	1
Tramadols	2

Citu vielu lietošana farmakoterapijas pacientu vidū praktiski nav bijusi izplatīta, tikai daži aptaujātie respondenti pirms terapijas lietojuši amfetamīnu, efedrīnu vai efedronu un tramadolu. Pilnīgi visiem septiņdesmit respondentiem ir bijusi iepriekšēja nesekmīga ārstēšanās pieredze.

Dati pierāda, ka narkotisko vielu lietotāji daudz biežāk mēģinājuši pārtraukt narkotiku lietošanu paši bez profesionālas palīdzības. No 65 respondentiem, kas minējuši šo ārstniecības pieredzi (detoksikāciju bez profesionālas palīdzības), vidēji katrs respondents to izmantojis 5.6 reizes. Detoksikācijā ar profesionālu palīdzību kopumā iepriekš bijuši 68 narkotisko vielu lietotāji (vidēji katrs 3.2 reizes) uz intervijas brīdi. 13 no respondentiem pirms uzsākt esošo farmakoterapijas kursu, jau iepriekš bija ārstējušies farmakoterapijas programmā. 21 respondents iepriekš atradies kādā rehabilitācijas programmā, bet 22 citur (pieciem lietotājiem pirms tam bijusi ampula, septiņi atradušies ieslodzījumā, bet 10 – citās ārstniecības klīnikās (pārsvārā privātajās)).

Esošais ārstēšanās kurss vairumam respondentu uzsākts salīdzinoši nesen – pēdējos četros gados. Tādu respondentu, kas terapijā būtu vairāk kā piecus gadus bez pārtraukuma, ir salīdzinoši maz un kopumā tikai astoņi pacienti atrodas terapijā desmit vai vairāk gadus (skatīt 6.4.tabulu):

6.4.tabula Kad jūs sākāt tagadējo kursu aizvietojošā terapijā?

Gads	Absolūtos skaitļos	Procentos
1992	1	1,4
1995	1	1,4
1997	2	2,9
1998	4	5,7
1999	6	8,6
2000	2	2,9
2001	1	1,4
2002	1	1,4
2003	4	5,7
2004	3	4,3
2005	8	11,4
2006	11	15,7
2007	20	28,6
2008	6	8,6
Kopā	70	100,0

6.2. Citu vielu lietošana

Respondentiem tika vaicāts par citu vielu lietošanu un lietošanas biežumu, kā arī tas vai konkrēto nosaukto vielu lietošana ir atļauta. Tā kā radās bažas, ka respondenti varētu nesaprast, ko nozīmē tādi termini kā „benzodiazepīni”, „barbiturāti” un „stimulanti”, anketās par piemēru tika nosauktas vairākas izplatītākās noteiktās grupas vielas, proti, benzodiazepīni (klonazepāms, fanazepāms, alprozolāms, Xanax, leksotanils, diazepāms), barbiturāti (fenobarbitāls, korvalols, volokardīns, reladorms), stimulanti (ritalīns, koldargons, rinodeks, teofedrīns).

Lielākā daļa pacientu norādīja, ka lieto citas vielas papildus izrakstītajam medikamentam. Visbiežāk – benzodiazepīnus, alkoholu un kanabiss.

Alkoholu papildus medikamentam lieto 52 respondenti (74,3%). 12 respondenti no šiem alkoholu lieto katru dienu, 21 respondents – dažas reizes nedēļā, bet 16 respondenti – reizi nedēļā. Trīs respondenti norādīja citu lietošanas biežumu. No 52 respondentiem, kas lieto alkoholu, visi norādīja, ka tā lietošana mazās devās ir atļauta, bet 16 atzīmēja, ka tas ir arī atkarīgs no personas, kas veic kontroli jeb pārbaudi.

Benzodiazepīnus lieto 55 respondenti jeb 78,6%. 38 respondenti no 55 lieto benzodiazepīnus katru dienu, 12 – dažas reizes nedēļā, četri respondenti – reizi nedēļā un viens respondents nosauca citu lietošanas biežumu. 60 no visiem respondentiem uzskata, ka benzodiazepīnu lietošana mazās devās ir atļauta. 22 arī norāda, ka tas atkarīgs no personas, kas veic kontroli

Kanabiss lieto 27 respondenti jeb 38,6% no visiem respondentiem. Lielākā daļa kanabiss lietojošo respondentu to dara vienu reizi nedēļā (14 respondenti), katru dienu – divi respondenti, dažas reizes nedēļā – arī divi respondenti, bet citu lietošanas biežumu norādīja deviņi aizvietojošās terapijas pacienti. Interesanti, ka 39 respondenti jeb 55,7% uzskata, ka arī kanabiss lietošana mazās devās ir atļauta. Septiņi respondenti domā, ka tas atkarīgs no personas, kas kontrolē.

Trīspadsmit respondenti atzina, ka lieto stimulāntus un 21 norādīja, ka, viņaprāt/viņasprāt, stimulāntu lietošana mazās devās ir atļauta. Četri respondenti uzskata, ka tas atkarīgs no personas, kas veic kontroli.

Septiņi respondenti norādīja, ka lieto tramadolu, bet par atļautu mazās devās to nosauca 18 respondenti. Seši norādīja, ka tramadola lietošana atkarīga no personas, kas uzrauga.

Hanku lieto pieci respondenti, bet par atļauju tās lietošanai mazās devās bija pārliecināts tikai viens respondents. Tikai trīs atzīmēja, ka lieto barbiturātus, seši norādīja, ka barbiturātu lietošana mazās devās ir atļauta un tik pat daudz norādīja, ka tas atkarīgs no personas, kas veic kontroli.

Jānorāda arī būtisks fakts – lielākā daļa visu respondentu, atrodoties farmakoterapijas programmā, turpina injicēt vienu vai vairākas narkotiskās vielas⁸ (skatīt 6.5.tabulu):

6.5.tabula Narkotisko vielu injicēšana aizvietojošās terapijas ārstēšanas programmas laikā

	Absolūtos skaitļos	Procentos
Nē	29	41,4
Jā	41	58,6

Jāatzīmē, ka šie dati nenozīmē, ka narkotiskās vielas tiek lietotas regulāri. Tā piemēram, viens respondents atzīmēja, ka kopš farmakoterapijas uzsākšanas gadu atpakaļ, ir lietojis heroīnu divas vai trīs reizes, taču viņam kļuvis slikti. Vēl kāds respondents norādīja, ka injicē, taču reti. Diemžēl anketā nebija iekļauts jautājums par to, cik bieži terapijas laikā pacienti injicē citas narkotiskās vielas un tas neļauj pilnībā saskatīt problēmas apjomu, taču jāņem arī vērā, ka šāds liels skaits lietojošo var nozīmēt kādas nepilnības pašā sistēmā, proti, pakalpojuma piedāvājumā. Viena no problēmām varētu būt arī nepietiekoša medikamenta deva, taču esošie konkrētie dati neļauj saskatīt šādu sakarību simtprocentīgi, jo injekcijas turpina izdarīt gan pacienti ar salīdzinoši mazām devām, gan tādi, kuru deva krietni pārsniedz vidējo (88,8 mg).

No tiem metadona pacientiem, kas injicē citas vielas terapijas laikā (35 respondenti), septiņu pacientu deva pārsniedz 100 mg, pārējo respondentu devas ir zemākas. Visvairāk injicē tie respondenti, kuru deva ir robežās no 70 – 100 mg.

No kopumā 15 buprenorfīnu lietojošiem respondentiem seši injicē citas vielas papildus izrakstītajam medikamentam. Četrus pacientu deva ir 8 mg, viena pacienta deva 10 mg un vēl viena – 5 mg.

Respondentiem tika arī vaicāts par to vai kāds cits pacients „dalās” ar savām zālēm. 61 (87%) respondents norādīja, ka nezina, pieci atbildēja apstiprinoši, bet četri – noliedzoši. Neformālās sarunās ar citiem narkotisko vielu lietotājiem tika noskaidrots, ka visbiežāk „uz ārpusi” no pacientu vidus tiek pārdots buprenorfīns. Īpaši viegli tas ir gadījumos, kad programmā atrodas divi vai pat vairāk ģimenes locekļi. Medikamenta viena deva tiek sadalīta uz diviem, otra deva tiek pārdota, bet iegūtie līdzekļi ļauj turpināt uzturēšanos programmā, kā arī nelieli līdzekļi vēl paliek pāri. Tā kā šī informācija iegūta neformālā ceļā un nav oficiāla, to nav iespējams uzskatīt par simtprocentīgi patiesu, taču šāda iespēja pastāv.

6.3. Ārstēšanas uzsākšanas iemesli

Pārsvārā visi respondenti uz jautājumu par galvenajiem farmakoterapijas kursa uzsākšanas iemesliem nosauca vairāk kā vienu iemeslu. Gandrīz visi pacienti minējuši tādas pozitīvus iemeslus kā vēlēšanās iegūt daudz normālāku, labāku dzīvi, kā arī pozitīvu izmaiņu meklēšana dzīvē un apnikums jeb nogurums būt atkarīgam (jāatzīmē, ka vairāki respondenti, bija atzīmējuši šo iemeslu, taču nolieguši iemesla papildinājumu - „ienīstus sevi”).

⁸ Būtiski atzīmēt, ka sniegtās atbildes nesniedz skaidru priekšstatu par to, cik bieži notiek narkotisko vielu injicēšana, proti, vai tā ir regulāra vai tikai atsevišķos izņēmuma gadījumos. Tāpēc interpretējot šos datus, būtu jāatceras, ka narkotisko vielu injicēšanas regularitāti šis jautājums neatspoguļo.

6.6.tabula Iemesli aizvietojošās terapijas ārstēšanas uzsākšanai

Iemesls	Absolūtos skaitļos	%
Fiziskās veselības problēmas	20	29
Meklēju dzīvē pozitīvas izmaiņas	52	74
Lai izvairītos/mīkstinātu sodu	8	11
Bija ļoti grūti dabūt narkotikas	11	16
bija žēl naudas narkotiku iegādei	18	26
Vēlos daudz normālāku/labāku dzīvi	59	84
Esmu piekūsis būt atkarīgs no narkotikām/ienīstu sevi	53	76
Cits	14	20

Interesanti, ka fiziskās veselības problēmas kā iemeslu ārstēšanas uzsākšanai minējuši tikai 29% respondentu. Savukārt 16% minēja, ka viņiem bija grūti dabūt narkotikas un 11% uzsāka ārstēšanu, lai izvairītos no soda vai mīkstinātu to.

Kā var redzēt tabulā, 14 respondenti minējuši citu ārstēšanas uzsākšanas iemeslu. Starp šiem citiem iemesliem iezīmējas četri galvenie iemesli, ko minējuši vairāki respondenti, proti:

„Piekusū baidīties no policijas”.

„Piekusū baidīties no dzīves”.

„Vēlos strādāt”.

„Neredzēju izeju, biju sasniedzis robežu”.

Apstiprinoši uz jautājumu par to vai kāds jūs piespieda/izdarīja spiedienu iestāties farmakoterapijā atbildēja 30 respondenti. Respondenti arī šajā jautājumā dažkārt nosauca vairāk kā vienu atbildi (skatīt 7.7.tabulu):

6.7.tabula Spiediens uzsākt ārstēšanu

Spiediena izdarītājs	Absolūtos skaitļos	%
Tiesa/tiesu sistēma	9	13
Vecāki	14	20
Partneris	9	13
Citi narkotiku lietotāji	5	7
Cits	10	14

Interesanti, ka neviens no respondentiem nav minējis, ka spiedienu iestāties jeb uzsākt ārstēšanu būtu izdarījis ģimenes ārsts. Starp citiem iemesliem, ko minējuši 14% respondentu, pārsvarā dominēja atziņa, ka viņus „piespiedusi dzīve” vai ārsts no Centra Hospitāļu ielā.

6.4. Ārstēšanas jautājumi**Izrakstītais medikaments un deva**

Metadona maksimālā deva, ko saņem farmakoterapijas pacients ir 170 mg, bet minimālā 30 mg. Kopumā vidējā metadona deva ir 88,8 mg. Buprenorfīna maksimālā deva ir 10 mg, bet minimālā nosauktā 5 mg. Pārsvarā pacienti saņem 8 vai 10 mg medikamenta.

Lielākā daļa respondentu (57%) norādīja, ka ir apmierināti ar viņiem izrakstīto medikamentu, attiecīgi – metadonu vai buprenorfīnu. 40% jeb 28 respondenti norādīja, ka nav apmierināti. Pieci no šiem

respondentiem minēja, ka vēlētos saņemt citas zāles (piemēram, kodeīnu) vai arī pie šī jautājuma atzīmēja, ka galvenais, lai metadons būtu „bez piegaršas”. Citā formā (visbiežāk tabletēs) medikamentu vēlētos saņemt 13 respondenti, bet citu devu (lielāku) – seši respondenti. Pie citiem neapmierinātības iemesliem visbiežāk tika minēts tas, ka metadons visu laiku ir atšķirīgs un tas ir kļuvis vājāks.

Attiecībā uz devas ietekmēšanas iespējām apstiprinoši atbildēja 44 respondenti, noliedzoši 25, bet viens respondents norādīja, ka nezina vai viņam/ai ir iespēja ietekmēt izrakstītā medikamenta devu. Vairāki respondenti arī norādīja, ka vēlētos ietekmēt savas devas lielumu līdz vajadzīgajam:

„...uzskatu, ka man ir par maz”.

„...lai es justu”.

Katru dienu pēc aizvietojošā medikamenta jādodas 60 respondentiem (tas nozīmē, ka pieci intervētie respondenti lieto buprenorfīnu, turklāt iestājušies šajā programmā nesen, tādēļ uz Centru dodas katru dienu). Divi respondenti dodas pēc medikamenta vienu reizi nedēļā, bet astoņi norādīja citu biežumu. Parasti buprenorfīna pacienti pēc receptes pie narkologa dodas divas reizes mēnesī.

Praktiski visi aptaujātie farmakoterapijas pacienti norādīja, ka vēlētos saņemt metadonu līdzī (lietošanai mājās). Kopumā 35 respondenti norādīja, ka vēlētos saņemt medikamentu ceļojumu laikā, 40 – neparedzētiem gadījumiem, 11 – kā bonusu, bet 61 respondents nosauca citu variantu. Starp citiem variantiem pārsvarā dominēja trīs. Respondenti minēja, ka vēlētos saņemt medikamentu lietošanai mājās brīvdienās un gadījumos, ja ir darbs, kā arī savas vai savu tuvinieku slimības gadījumā. Trīs respondenti uzsvēra, ka viņi ir invalīdi un došanās katru dienu uz Centru ir ļoti apgrūtinoša.

16 respondenti norādīja, ka šobrīd saņem devu lietošanai mājās (buprenorfīnu lietojošo respondentu skaits bija 15), bet 52 atbildēja noliedzoši. Divi respondenti nebija atbildējuši uz šo jautājumu. 51 respondents atzina, ka ir lūdzis iespēju medikamenta devu saņemt uz mājām.

Medikamenta lietošanas uzraudzība

Lai gan procentuāli lielākā daļa respondentu (41%) ir apmierināti ar to kā tiek uzraudzīta medikamenta lietošana vizītes laikā, jāatzīmē, ka nozīmīgs daudzums respondentu norādījuši, ka tas ir atkarīgs no apstākļiem – 30%. Vairums šo apstākļu tika minēti kā negatīvie aspekti. Neapmierināti ar medikamenta lietošanas uzraudzību ir 27% respondentu.

No 39 respondentiem, kas bija atzīmējuši negatīvos aspektus, 32 norādīja, ka viņus neapmierina darbinieku negatīvā attieksme, 31 norādīja, ka viņi izjūt no darbinieku puses pazemojošu attieksmi, 24 – norāda, ka viņiem ir sajūta, ka darbinieki viņam/ai neuzticas un trīs respondenti norādīja, ka gaidīšanas laiks, lai saņemtu medikamentu, ir pārāk ilgs. Citu iemeslu minēja 21 respondents. Starp šiem citiem iemesliem pārsvarā dominēja cieņas trūkums no darbinieku puses:

„Mēs esam slimnieki, bet mūs uzskata par kropliem”.

„Mēs neesam dzīvnieki, bet slimnieki”.

„Viņi par mums ņirgājas”.

„Šantāžē, ņirgājas”.

Īpaši tika uzsvērts tas, ka attiecības ar ārstu ir labas, bet sliktas tieši ar tiem darbiniekiem, kas izdala metadonu:

„Ārsts ir labs, bet darbinieki ļauni cietumnieki (viena arī cietumā ir strādājusī)”.

„Ar ārstu ir labas attiecības”.

Šo faktoru, iespējams, var skaidrot ar faktu, ka pacienti ārstu nesatiek katru dienu, medicīnas māsa, kas izdala metadonu ir arī tā, kas „nosūta” pacientus nodot urīna analīzes (aizdomu gadījumā vai vispār).

Respondentu ieteikumi farmakoterapijas medikamentu izdales organizācijas uzlabošanā

Gandrīz visi 70 respondenti sniedza ieteikumus kā uzlabot farmakoterapijas medikamentu izdali. Dominējošs pārsvars uzsvēra, ka nepieciešams dot metadonu „uz rokas” cilvēkiem, kas strādā (arī gadījumos, ja nav pārkāpumu un brīvdienās). Tāpat lielākā daļa respondentu norādīja, ka ir ar mieru, ka tiek bieži pārbaudīti: „...pārbaudiet kaut vai katru dienu”. Daži respondenti izteica bažas, ka viņu ieteikums tāpat neko nemainīs vai arī uzsvēra darbinieku negatīvo attieksmi:

„Attiekties kā pret slimniekiem (viņi mūs ienīst). Šeit netiek domāts ārsts, bet tie, kas izdala”.

„Diez vai mans viedoklis kaut ko atrisinās”.

„Mēs negribam lietot narkotikas, bet palīdziet arī jūs mums”.

„Mūs neviens nesadzirdēs”.

Daļa respondentu arī uzskatīja, ka būtu labi, ja aizvietojošo medikamentu izsniegtu pēc dzīves vietas un uz terapijas laiku maksātu pabalstu:

„Izsniegt pēc dzīves vietas, strādājošiem - divas reizes nedēļā”.

„...pēc dzīves vietas un dot pabalstu uz ārstēšanās laiku”.

Tika pieminēts arī, ka būtu pozitīvi, ja Latvijā būtu tāda pati prakse kā citās Eiropas Savienības dalībvalstīs, izsniedzot farmakoterapijas medikamentu: „Vajag uztaisīt kā Polijā vai Igaunijā”. Diemžēl plašāk neizdevās noskaidrot, ko respondenti zina par farmakoterapijas programmām ārpus Latvijas. Tas būtu īpaši svarīgi, lai izprastu vai zināšanas ir precīzas vai arī tās balstās tikai uz pieņēmumiem.

Viens respondents arī norādīja, ka vēlētos, lai Rīgā būtu vairāk vietu, kurās iespējams saņemt metadonu, vēl viens norādīja, ka vēlētos, lai metadonu būtu iespējams saņemt arī citās Latvijas pilsētās.

Attieksme pret farmakoterapiju

Gandrīz visi 70 respondenti atzina, ka viņu kopējā attieksme pret farmakoterapiju ir pozitīva. Daļa respondentu gan izteica bažas par to, ka vēl nezina, kādas ir medikamenta lietošanas sekas, ka no tā, iespējams, būtu grūti atteikties:

„Ļoti palīdz. Varu būt neatkarīgs darbā un citos gadījumos”.

„Man kļūva vieglāk, bet sociālā adaptācija nesanāk”.

„Pagaidām palīdz, bet baidos, ja kaut kas atgadīsies, būs grūti "atlauzties””.

Daži respondenti arī šajā jautājumā norādīja, ka terapija ir laba, taču:

„...realizācija - pretīga, kāda ir arī visa narkoloģijas sistēma”.

„Ļoti palīdz, taču personāla attieksme neliek uz visu plusus. Palīdz, bet arī dzīvot negribas”.

„...visu bojā tas, ka jānāk katru dienu un personāla attieksme”.

Vairāk kā pusei respondentu (61,4%) ir ģimenes locekļi, draugi vai paziņas, kas injicē narkotiskās vielas, taču neapmeklē farmakoterapijas programmu. Kā atzina respondenti, viņu zināmie cilvēki programmu neapmeklē, pirmkārt, jo ir jābrauc katru dienu (daudziem ceļš ir tāls), otrkārt, viņi/as baidās būt tik ļoti „piesieti” un, treškārt, domā, ka no metadona ir ļoti lielas „lomkas”. Vairāki respondenti arī norādīja, ka viņu paziņas uzskata, ka:

„...tas ir krusts uz visu dzīvi.

„...tas jau ir pēdējais etaps”.

„...pēdējā robeža, viss-dzīves vairs nebūs”.

Viens respondents norādīja, ka viņa paziņas tic, ka metadons ir kaitīgs.

Buprenorfinu lietojošie respondenti savukārt biežāk norādīja, ka viņu pazīstamie cilvēki neapmeklē programmu, jo viņiem nav līdzekļu programmas apmaksai.

Kas attiecas uz vielām, ko lieto respondentu ģimenes locekļi, draugi vai paziņas, izplatītākās ir heroīns, kam seko amfetamīns un *hanka*.

Vērtējot savu fizisko veselību, situāciju darba tirgū, sociālo stāvokli (ģimene, draugi), psiholoģisko labklājību, nelegālo vielu lietošanu un noziedzību, kas saistīta ar narkotiku lietošanu šobrīd (salīdzinājumā ar periodu pirms iestāšanās programmā) un pēc gada, jāatzīmē, ka gandrīz visi respondenti savu stāvokli pēc gada vērtēja kā nedaudz vai daudz labāku (skatīt 6.8.tabulu):

6.8.tabula Fiziskās veselības pašvērtējums tagad un pēc gada

	Tagad		Pēc gada	
	Absolūtos skaitļos	Procentos	Absolūtos skaitļos	Procentos
Daudz sliktāk	1	1,4	1	1,4
Nedaudz sliktāk	16	22,9	8	11,4
Nekādas atšķirības	21	30	21	30
Nedaudz labāk	24	34,3	30	42,9
Daudz labāk	8	11,4	10	14,3

Līdzīga situācija redzama arī attiecībā uz darbu un nodarbinātības statusa vērtējumu tagad, salīdzinājumā ar periodu pirms iestāšanās terapijā un iespējamo – pēc viena gada (skatīt 6.9.tabulu):

6.9.tabula Darba/nodarbinātības statusa pašvērtējums tagad un pēc gada

	Tagad		Pēc gada	
	Absolūtos skaitļos	Procentos	Absolūtos skaitļos	Procentos
Nezinu/nemāku pateikt	4	5,7	3	4,3
Daudz sliktāk	2	2,9	-	-
Nedaudz sliktāk	2	2,9	2	2,9
Nekādas atšķirības	26	37,1	15	21,4
Nedaudz labāk	18	25,7	26	37,1
Daudz labāk	18	25,7	24	34,3

Kā var redzēt, neviens respondents stāvokli darba jomā pēc gada nenovērtē kā daudz sliktāku.

Arī attiecībā uz sociālo situāciju, stāvoklis tiek vērtēts pārsvarā kā nedaudz vai daudz labāks – gan salīdzinot ar periodu pirms un pēc iestāšanās terapijā, gan sagaidāmo – pēc gada (skatīt 6.10.tabulu):

6.10.tabula Sociālās situācijas pašvērtējums tagad un pēc gada

	Tagad		Pēc gada	
	Absolūtos skaitļos	Procentos	Absolūtos skaitļos	Procentos
Nezinu/nemāku pateikt	1	1,4	1	1,4
Nedaudz sliktāk	3	4,3	2	2,9
Nekādas atšķirības	17	24,3	8	11,4
Nedaudz labāk	31	44,3	37	52,9
Daudz labāk	18	25,7	22	31,4

Psiholoģiskā labklājība procentuāli biežāk arī tiek vērtēta kā daudz vai nedaudz labāka. 15 respondenti psiholoģisko labklājību novērtēja kā daudz vai nedaudz sliktāku šobrīd, bet 14 – kā daudz vai nedaudz sliktāku pēc gada (skatīt 6.11.tabulu):

6.11.tabula Psiholoģiskās labklājības pašvērtējums tagad un pēc gada

	Tagad		Pēc gada	
	Absolūtos skaitļos	Procentos	Absolūtos skaitļos	Procentos
Daudz sliktāk	4	5,7	3	4,3
Nedaudz sliktāk	11	15,7	11	15,7
Nekādas atšķirības	17	24,3	11	15,7
Nedaudz labāk	31	44,3	32	45,7
Daudz labāk	7	10	13	18,6

Pozitīvi, ka arī nelegālo narkotisko vielu lietošanas jomā respondenti savu stāvokli pārsvarā novērtēja kā labāku (skatīt 6.12.tabulu):

6.12.tabula Nelegālo narkotisko vielu lietošanas pašvērtējums tagad un pēc gada

	Tagad		Pēc gada	
	Absolūtos skaitļos	Procentos	Absolūtos skaitļos	Procentos
Nezinu/nemāku pateikt	2	2,9	2	2,9
Daudz sliktāk	-	-	1	1,4
Nedaudz sliktāk	1	1,4	-	-
Nekādas atšķirības	3	4,3	-	-
Nedaudz labāk	16	22,9	12	17,1
Daudz labāk	48	68,6	55	78,6

Šajā kategorijā respondenti daudz retāk kā citās izvēlējās tādus variantus sava stāvokļa novērtēšanai kā „daudz sliktāk”, „nedaudz sliktāk” un „nekādas atšķirības”.

Īpaši pozitīvas tendences, vērtējot savu statusu, saskatāmas jautājumā par kriminalitāti, kur neviens respondents netika minējis, ka viņa situācija būtu kļuvusi vai kļūs nākotnē nedaudz vai daudz sliktāka (skatīt 6.13.tabulu):

6.13.tabula Kriminalitātes pašvērtējums tagad un pēc gada

	Tagad		Pēc gada	
	Absolūtos skaitļos	Procentos	Absolūtos skaitļos	Procentos
Nezinu/nemāku pateikt	4	5,7	4	5,7
Nekādas atšķirības	4	5,7	-	-
Nedaudz labāk	7	10	7	10
Daudz labāk	55	78,6	59	84,3

Kopumā 60 respondenti norādīja, ka narkotiku lietošana šobrīd salīdzinājumā ar pagātni ir daudz mazāka, deviņi respondenti norādīja, ka lieto narkotikas nedaudz mazāk, bet viens – ka lieto daudz vairāk šobrīd kā pagātnē.

Ar narkotiku lietošanu saistīto noziedzību kā daudz mazāku šobrīd salīdzinājumā ar pagātni, atzīmēja 57 respondenti, nedaudz mazāku – pieci respondenti, bez atšķirībām – arī pieci respondenti, bet viens – kā daudz lielāku.

Vairāki respondenti intervijas laikā arī norādīja, ka jautājums par narkotiku lietošanu un ar to saistīto noziedzību ir tendenciozs, pieņemot, ka visi lietotāji ir arī noziedznieki. Šie respondenti arī uzsvēra, ka nekad nav veikuši noziedzīgas darbības un līdz ar to uz šo jautājumu nevar atbildēt.

Informētība par farmakoterapiju

Lielākā daļa to respondentu, kas lieto metadonu, arī norādīja, ka viņu informētība par šo medikamentu ir vērtējama kā laba. Tas pats attiecas arī uz buprenorfīnu lietojošiem respondentiem attiecībā uz šo medikamentu. Kopumā 38 (54,3%) respondentu norādīja, ka viņu informētība par metadonu (iedarbību, riskiem un atšķirībām starp abiem medikamentiem) ir laba un tikai 17 jeb 24,3% respondentu atzīmēja, ka viņi jūtas labi informēti par buprenorfīnu.

Daži respondenti nosauca vairākus informācijas par medikamentiem iegūšanas avotus, taču visbiežāk respondenti norādīja, ka viņus par vienu vai abiem medikamentiem informējuši paziņas – 44 (62,9%). Tālāk seko ārsts – 33 (47,1%). 17 respondenti atzīmēja, ka informāciju meklēja paši, deviņi to ieguva no kāda cita Centra darbinieka (ne ārsta), trīs – no informatīvā bukleta, bet vēl trīs minēja citu variantu:

„Eksperimentējot ar sevi”.

„Neviens”.

„Neviens līdz galam neinformēja, cik lielā mērā tā ir inde”.

Neviens no respondentiem kā informācijas avotu nenosauca nevalstisko organizāciju.

6.5. Ārstēšanas pieejamības jautājumi

Ārstniecības Centra atrašanās vieta un galvenās Centra sasniegšanas grūtības

Lielākā daļa respondentu norādīja, ka Centrs, kurā tiek saņemts farmakoterapijas medikaments nav tuvu viņu dzīves vietai (skatīt 6.14.tabulu):

6.14.tabula Vai centrs atrodas tuvu jūsu dzīves vietai?

	Absolūtos skaitļos	Procentos
Jā	44	62,9
Nē	26	37,1
Kopā	70	100,0

Pārsvārā respondenti līdz Centram nokļūst ar sabiedrisko transportu, tajā skaitā – elektrisko vilcienu. Tikai daži respondenti norādīja, ka uz Centru dodas kājām, ar velosipēdu un tikai viens – ar mašīnu (skatīt 6.15.tabulu):

6.15.tabula Nokļūšana līdz centram

	Absolūtos skaitļos	Procentos
Eju ar kājām	5	7,1
Braucu ar velosipēdu	2	2,9
Braucu ar mašīnu	1	1,4
Ar sabiedrisko transportu	62	88,6
Kopā	70	100,0

Vidējais laiks, ko ceļā uz Centru patērē katrs pacients ir 74,6 minūtes (tātad vairāk par vienu stundu). Īsākais respondentu minētais laiks bija 12 minūtes, bet garākais – 180 minūtes, kas sasniedz trīs

stundas vienā virzienā. Jāņem arī vērā, ka daļa pacientu ir invalīdi, kuriem nokļūšana varētu sagādāt salīdzinoši lielas problēmas.

Šāda laika patēriņš vienā virzienā (pēc metadona vai buprenorfīna) norāda ne tikai uz sistēmas smagnējo raksturu, bet arī uz programmas pacientu saslimstības pakāpi un atkarību no farmakoterapijas. Ja vidēji ik dienu ceļā uz un no Centra ir jāpavada aptuveni 2 stundas un 55 minūtes, neņemot vērā pašā Centrā pavadīto laiku, iespējams, ir salīdzinoši grūti atrast darbu (ko pierāda arī nodarbinātības rādītāji respondentu vidū), turklāt šāds laika patēriņš ceļā ir arī fiziski nogurdinošs (īpaši, ja respondents uz un no centra ir spiests doties ar vairākiem sabiedriskiem transportiem). Lielais laika patēriņš (maksimālais turp un atpakaļ – sešas stundas) nopietni ierobežo programmas pacienta individuālo brīvību, piespiež pakļauties sistēmas ierobežotībai, izveidojot situāciju, kurā pati sistēma rada sociāldemogrāfiski un psiholoģiski „smagu” pacientu un, protams, arī otrādi – pacients padara „smagnēju” sistēmu (vienmēr neapmierināts, gatavs sūdzēties par praktiski visu – darbiniekiem, medikamentiem, nespēju normāli dzīvot).

Gandrīz līdzīgās daļās sadalās tie respondenti, kurus apmierina Centra darba laiks (51,4%) un tie, kurus tas neapmierina (48,6%). Starp neapmierinātības iemesliem respondenti bieži minēja vairākus, no kuriem izplatītākie bija darbs, brīvdienas un citi (skatīt 6.16.tabulu):

6.16. tabula Neapmierinātības iemesli ar centra darba laiku

Iemesls	Absolūtos skaitļos	Procentos
Nav kur atstāt bērnus šajā laikā/rūpes par bērniem	6	8,6
Darbs	29	41,4
Brīvā laika aktivitātes	6	8,6
Brīvdienas	17	24,3
Cits	19	27,1

(N=34)

Neviens no respondentiem neatzīmēja tādus neapmierinātības iemeslus ar Centra darba laiku kā skola vai kvalifikācijas celšanas kursi. Lai gan regulārs oficiāls darbs ir tikai 13 respondentiem, 29 to nosauc par būtiskāko neapmierinātības iemeslu. Salīdzinoši liels skaits respondentu minēja citus neapmierinātības iemeslus, kuru starpā izplatītākie bija nespēja nekur aizbraukt vai iekārtoties darbā:

„Nevaru iekārtoties darbā nevienā normālā vietā”.

„Ar ģimeni nekur nevar aizbraukt”.

„Nav laika vecākiem, gribas atpūsties, piesien kā slimus izdzimteņus”.

„Maz laika (ātri taisa ciet, vēlu atver)”.

„Ātrāk lai sāk strādāt”.

Lielākā daļa respondentu – 49 (70%) atzīmēja, ka Centrā, saņemot medikamentu, pavada vienu līdz piecas minūtes, 11 respondenti atzīmēja variantu – sešas līdz desmit minūtes un vēl desmit respondenti norādīja, ka Centrā pavadītais laiks pārsniedz desmit minūtes.

Papildus pieejamie pakalpojumi

Lai gan Centrā ar atkarības slimību sirgstošiem pacientiem ir pieejams plašs klāsts dažādu pakalpojumu, 55 respondenti (78,6%), atbildot uz jautājumu par Centrā pieejamajiem pakalpojumiem, atbildēja, ka viņiem nav pieejami pilnīgi nekādi pakalpojumi vai arī viņi par šādiem pakalpojumiem nezina. Septiņi respondenti atzīmēja, ka pieejamas tikai konsultācijas, bet četri respondenti uzsvēra, ka Centrā pieejama tikai saruna ar ārstu. Viens respondents norādīja, ka nevēlas neko prasīt, bet vēl trīs citu respondentu atbildes bija sekojošas:

„Bailes kaut ko pateikt, paliks dusmīgi – pieminēs”.

„Ienāci, izdzēri un aizgāji”.

„Izdzēri un tinies”.

Šādas atbildes norāda uz būtiskām problēmām. Pirmkārt, protams, iespējams, ka respondenti nav labi sapratuši jautājumu, ja tik liels procents uzskata, ka Centrā nav pieejams neviens no pakalpojumiem vai arī viņi par šiem pakalpojumiem neko nezina. Otrkārt, iespējams, ka pastāv informācijas trūkums, proti, informācija par pakalpojumiem, ko iespējams saņemt, nenonāk pie pacientiem un, treškārt, atbildes ļauj secināt, ka kontakts ar darbiniekiem ir negatīvs un pacienti pat baidās izteikt kādas savas vēlmes vai kaut ko jautāt. Un visbeidzot, iespējams, ka šāds noliegums raksturīgs konkrētajai pacientu grupai, noliedzot patieso problēmas cēloni un vainojot citus savās problēmās.

Atbildot uz jautājumu par to, kādi citi pakalpojumi ir obligāta farmakoterapijas sastāvdaļa, 31 respondents nosauca psihologa – sociālo palīdzību, bet 49 (70%) – citu variantu. Starp šiem citiem variantiem visbiežāk respondenti minēja, ka Centrā nekādi pakalpojumi nav obligāta farmakoterapijas sastāvdaļa, Pārējie minēja, ka vēlētos saņemt par velti braukšanas kartītes (sabiedriskajam transportam), palīdzību policijā vai tiesā un darba meklēšanā. Vairāki respondenti uzsvēra, ka anketā nosauktos pakalpojumus iespējams saņemt citur (Linezerā) par saviem līdzekļiem, bet Centrā nekas par velti netiek dots/piedāvāts.

69 respondenti no 70 uzsvēra arī, ka nesaņem konsultācijas par iespējām ārstēties no HIV, B un C hepatīta un seksuāli transmisīvajām slimībām.

Citus pakalpojumus, bez tiem, kas pieejami Centrā (pēc respondentu viedokļa – nekādi), vēlētos saņemt gandrīz 70% visu respondentu. Atbildes uz šo atklāto jautājumu bija ļoti dažādas, taču pārsvarā gandrīz visi respondenti minēja vēlmi pēc psihologa konsultācijām:

„Analīzes, psihoterapiju, sociālo palīdzību” (minēja vairāki respondenti).

„Atpūtas istabu”.

„Citu specialitāšu ārstu konsultācijas” (minēja vairāki respondenti).

„Morālu atbalstu” (minēja vairāki respondenti).

„Palīdzība iekārtoties darbā un stimulēt cilvēkus darbam” (minēja vairāki respondenti).

Lai gan psihologa konsultācijas, tāpat arī sociāla rakstura konsultācijas Centrā ir pieejamas (psihologs darbojas Centrā no 2008.gada augusta), nav skaidrs, kādēļ pacienti par tām nezina vai arī uzskata, ka tās nesaņem. Viens no skaidrojumiem ir sociālā darbinieka pārslogotība Centrā (šobrīd farmakoterapijā nav sociālā darbinieka. Sociālais darbinieks tiek piesaistīts no stacionāra). Viens sociālais darbinieks praktiski nav spējīgs sniegt atbalstu gan stacionāra pacientiem, gan farmakoterapijas pacientiem. Piemēram, Lietuvā farmakoterapijas programmās paši sociālie darbinieki par normālu un adekvātu skaitu ir atzinuši 30 pacientus uz vienu sociālo darbinieku⁹.

Saruna ar ārstu, kā norāda respondenti, parasti notiek tikai pēc vēlēšanās (47,1%). Šeit jāatzīmē, ka vairāki respondenti piemetināja, ka tas notiek tikai pēc ārsta, nevis viņu pašu vēlēšanās. 41,4% respondentu atzīmēja, ka runā ar ārstu katru mēnesi, 8,6% - katru nedēļu, bet divi respondenti – katru dienu, ja nepieciešams. Tikai četri respondenti (no visiem) uzsvēra, ka vēlētos ar ārstu runāt biežāk, bet pārējie atbildēja noliedzoši.

⁹ Emilis Subata (28.augusts, Tallina).

6.6. Ārstēšanas apstākļi

Konfidencialitāte

Konfidencialitāte – gan personīgo datu, gan ārstniecības procesa, ir ļoti būtisks apmierinātības ar pakalpojumu rādītājs. Konfidencialitāte ir svarīga ik vienam cilvēkam, īpaši personām, kas iziet jebkāda veida ārstēšanu (ne tikai tādu, kas saistīta ar atkarību ārstēšanu).

54 respondenti jeb 77,1% ir pārliecināti, ka Centrā netiek garantēta viņu personīgo datu konfidencialitāte, kas kopumā svarīga ir 64 (91,4%) respondentiem. Vairums arī ir pārliecināti, ka pati ārstēšanās Centrā nav konfidenciala (skatīt 6.17.tabulu):

6.17.tabula Ārstēšanās konfidencialitāte centrā (absolūtos skaitļos)

Konfidencialitāte	Absolūtos skaitļos
Pilnībā konfidenciala	1
Pietiekami konfidenciala	12
Vāji konfidenciala	14
Nemaz nav konfidenciala	33
Nezinu	10

Attiecībā uz urīna testu veikšanu (biežumu, procedūras privātumu, rezultātu apspriešanu un sekām) respondenti praktiski sadalās divās vienādās daļās – tie, kas ir apmierināti un tie, kas nav (skatīt 6.18.tabulu):

6.18.tabula Apmierinātība ar urīna testu veikšanu centrā

	Apmierināts		Neapmierināts	
	Absolūtos skaitļos	Procentos	Absolūtos skaitļos	Procentos
Biežums	38	54,3	32	45,7
Privātums	35	50	35	50
Rezultātu apspriešana	36	48,6	34	51,4
Sekas	36	48,6	34	51,4

Ārstniecības līgums

Visi 100% respondentu atbildēja apstiprinoši uz jautājumu, vai, iestājoties farmakoterapijā tika parakstīts līgums ar ārstniecības iestādi. 68 respondenti arī norādīja, ka ir iepazinušies ar līguma nosacījumiem un tikai divi atbildēja noliedzoši.

Šis fakts ir pozitīvi vērtējams, proti, tas, ka visi aptaujātie respondenti zina, ka ir parakstījuši līgumu un pārsvarā arī zina, kas šajā līgumā ir noteikts.

Sūdzību procedūra

No visiem 70 respondentiem tikai viens respondents atbildēja, ka ir iesniedzis oficiālu sūdzību par farmakoterapijas ārstēšanu. 69 respondenti norādīja, ka nav to darījuši un arī oficiālā sūdzību iesniegšanas procedūra viņiem nav zināma.

Pārsvarā respondenti tic, ka sūdzību iesniegšana ir lietderīga (36 respondenti), septiņi domā, ka tas nav lietderīgi, bet 27 nezina vai nemāk atbildēt uz šo jautājumu. Apmierināti ar esošo sūdzību iesniegšanas procedūru ir tikai četri respondenti, seši nav apmierināti, bet pārējie 60 – nezina/nemāk atbildēt.

Šāds atbilžu sadalījums liecina, ka pārsvarā respondenti/pacienti nav informēti par oficiālas sūdzības iesniegšanas kārtību.

Centra darbinieku attieksme

Jau iepriekšējā nodaļā bija iespējams iegūt iespaidu par respondentu attieksmi un uzskatiem attiecībā uz Centra darbiniekiem. Šajā nodaļā plašāk skatīsim respondentu sniegtās atbildes.

Respondentiem tika lūgts novērtēt, kāda ir Centra darbinieku izturēšanās pret viņiem. Gandrīz puse respondentu izturēšanos novērtēja kā sliktu un bez cieņas esošu (skatīt 6.19.tabulu):

6.19.tabula Centra darbinieku izturēšanās vērtējums

Izturēšanās	Absolūtos skaitļos	Procentos
Ar cieņu/labi	7	10
Neitrāli (ne labi, ne slikti)	27	38,6
Bez cieņas/slikti	33	47,1
Cits	3	4,3

Ļoti neapmierināti ar darbinieku attieksmi ir 19 respondenti, neapmierināti – 16, ne pārāk apmierināti – desmit respondenti, bet apmierināti ar darbinieku attieksmi ir tikai 20 respondenti, ļoti apmierināts – viens respondents. Pieci respondenti sacīja, ka nezina vai nevar atbildēt uz šo jautājumu.

Attiecībā uz spēju ietekmēt darbinieku attieksmi, apstiprinoši atbildēja tikai viens respondents. 26 norādīja, ka viņiem/ām nav īpašas iespējas ietekmēt darbinieku attieksmi pret sevi, desmit respondenti nezināja/nemācēja pateikt, bet lielākā daļa atbildējušo – 33 respondenti minēja citu variantu, proti, 30 respondenti uzsvēra, ka viņiem nav pilnīgi nekādas iespējas ietekmēt darbinieku attieksmi. Viens respondents minēja, ka šis jautājums pat ir smieklīgs, vēl kāds norādīja, ka darbinieki ienīst pacientus, bet vēl viens cits, ka darbinieki viņus t.i. – pacientus „dresē”.

Programmas apmeklētāji visbiežāk uzsvēra, ka vēlētos, lai darbinieki pret viņiem izturas cilvēcīgāk un ar cieņu:

„Dvēseliskāk. Viņi domā, ka dod mums devas par brīvu un tie vēl kaut ko prasa – parazitī!”

„Gribu cieņu, lai neuzskata mani zemāku par sevi”.

„Lai viņi varētu uzklaut pacientu, neapvainotu un nepazemotu”.

Daži respondenti arī minēja, ka šo darbinieku vietā vēlētos redzēt citus:

„Es viņu vietā gribētu redzēt citus cilvēkus - smaidīgus, profesionālus, labus, nevis ļaunus”.

„Es viņus visus atlaistu”.

Viens no svarīgākajiem faktoriem normālu attiecību uzturēšanā starp pacientiem un medicīnas darbiniekiem, ir spēja izrunāties par svarīgiem un mazāk būtiskiem jautājumiem. Diemžēl rezultāti rāda, ka ar darbiniekiem problēmas izrunāt bez negatīvām sekām vienmēr var tikai viens respondents, lielākoties – astoņi respondenti, dažreiz – pieci un reti – četri respondenti. Atbilžu variantu „gandrīz nekad” (savas problēmas izrunāt ar darbiniekiem) izvēlās deviņi respondenti, bet 33 norāda, ka nekad savas problēmas nevar izrunāt ar Centra darbiniekiem.

Nedaudz labāka situācija ir attiecībā uz spēju runāt par ikdienišķām lietām. Trīs respondenti minēja, ka vienmēr var runāt ar Centra darbiniekiem par ikdienišķiem jautājumiem, 12 norādīja, ka to var darīt lielākoties, vēl 12 atzīmēja, ka var runāt dažreiz, bet 13 respondenti – reti. Desmit respondenti norādīja, ka nevar runāt ar darbiniekiem par ikdienas lietām gandrīz nekad un 15 atzīmēja variantu „nekad”.

Darbinieku rīcība narkotiku lietošanas atklāšanas gadījumā

Visiem respondentiem tika jautāts par to, kādas, viņuprāt, ir sekas, ja darbinieki atklāj, ka farmakoterapijas laikā tiek lietotas citas narkotiskās vielas, proti, tās tiek diagnosticētas analīzēs. Visi respondenti bija vienprātīgi, ka kādas sekas noteikti ir. Daudzi respondenti minēja vairākas iespējamās sekas vai sankcijas no darbinieku puses (skatīt 6.20.tabulu):

6.20.tabula Respondentu minētās sekas gadījumos, kad tiek atklāta narkotisko vielu lietošana

Sekas	Absolūtos skaitļos	Procentos
Brīdinājums	43	61,4
Lauž ārstniecības līgumu	33	47,1
Cits	29	41,4
Nezinu	22	31,4
Pārrunas/konsultācija ar ārstu	12	17,1
Palielina aizvietojošo zāļu devu	4	5,7
Samazina aizvietojošo zāļu devu	1	1,4
Privilēģiju zaudēšana (piemēram, aizliedz nākt katru dienu)	1	1,4

Kā var redzēt 6.20.tabulā, vairāk kā puse respondentu ir pārliecināti, ka, konstatējot vielu lietošanu, no darbinieku puses tiek izteikts brīdinājums. Savukārt nedaudz mazāk kā puse ir pārliecināti, ka tiek laužts ārstniecības līgums. 29 respondenti nosauca citu variantu, kur pamatā dominēja divas iespējas: izslēgšana uz laiku (laiks tika minēts dažāds – viena nedēļa, divas, trīs, viens mēnesis) un izslēgšana, ja vielu lietošana tiek konstatēta atkārtoti; desmit respondenti savukārt sacīja, ka viņi līdz šim nav pieķerti.

Salīdzinoši liels skaits respondentu norādīja, ka nezina, kas notiek gadījumos, ja tiek konstatēta vielu lietošana. Interesanti, ka četri respondenti bija pārliecināti, ka šādā gadījumā tiek palielināta izrakstītā medikamenta deva.

7. Narkotisko vielu lietotāju, kas neapmeklē farmakoterapiju, raksturojums

Šī pētījuma daļa ar narkotiku lietotājiem, kas neatrodas farmakoterapijā, sākotnēji netika plānota, taču, saņemot pirmos pētījuma rezultātus Igaunijā, tika secināts, ka narkotiku lietotāju vidū bieži dominē maldīgs uzskats, ka farmakoterapijā lietotie medikamenti- metadons un buprenorfīns ir ļoti toksiski un indīgi, kas kaitē pacientu veselībai.

Ņemot vērā iepriekšminēto, tika veiktas papildus 11 intervijas ar injicējamo narkotisko vielu lietotājiem, kas neatrodas nevienā no farmakoterapijas programmām. Šī interviju mērķis bija noskaidrot, vai Latvijā narkotisko vielu lietotāju vidū nepastāv līdzīgs uzskats kā Igaunijā, proti, ka farmakoterapijas medikamenti ir toksiski un indīgi, kā arī noskaidrot iemeslus, kāpēc lietotāji nevēlas iestāties farmakoterapijā.

7.1. Respondentu vispārējs raksturojums

Kopumā tika intervēti deviņi vīrieši un divas sievietes. Jaunākais respondents bija 21 gadu vecs, vecākais – 48. Pieci respondenti minēja, ka strādā gadījuma darbus bez darba līguma, divi respondenti ir bezdarbnieki. Viens respondents norādīja, ka viņam šobrīd ir darba līgums uz laiku, viens atteicās atbildēt uz jautājumu par nodarbinātības statusu, bet vēl viens respondents norādīja, ka viņa nodarbošanās ir zagšana un zagtu mantu pārdošana. Tikai vienam respondentam ir regulārs oficiāls darbs. Divi no šiem respondentiem arī norādīja, ka viņiem ir piešķirta invaliditāte.

Lielākais opiātu lietošanas laiks ir 28 gadi, mazākais – trīs gadi, bet vidējais respondentu opiātu lietošanas stāžs ir 11 gadi. Deviņi respondenti norādīja heroīnu kā galveno lietoto vielu, divi minēja magones. Šie divi respondenti kā citu biežāk lietoto vielu atzīmēja heroīnu, bet pārējie biežāk norādīja „hanku” un marihuānu.

7.2. Lietošanas biežums un raksturs

Desmit no 11 respondentiem atzina, ka injicē narkotikas katru dienu, bet viens norādīja, ka injicē divas līdz trīs reizes nedēļā vai dažkārt – vienu reizi nedēļā. Lietoto devu daudzums tika uzrādīts čekos (tie, kas lieto heroīnu), bet tie, kas kā lietoto vielu nosauca magones, daudzumu norādīja glāzēs. Viens čeks ir 0,1 g heroīna. Par glāzi kā mērvienību ir spriest grūtāk, jo dažkārt lietotāji uzskaita glāzi žāvētu un saberztu magoņu stiebru, bet dažkārt – jau stiebru novārtījumu šķidrā veidā. Pārsvarā heroīnu lietojošie respondenti vienas injicēšanas reizē lieto (injecē) vienu līdz trīs čekus heroīna (trīs respondenti – vienu čeku, četri respondenti – divus čekus, bet viens – trīs čekus vienā injicēšanas reizē). Magones lietojošie respondenti vienā reizē lieto attiecīgi pusi glāzes un vienu glāzi magoņu. Septiņi respondenti minēja, ka injicē divas reizes dienā, četri norādīja, ka injicē vienu līdz divas reizes dienas laikā.

Astoņi respondenti par galveno narkotisko vielu lietošanas iemeslu nosauca atkarību, pārējie – „kaifu” jeb labsajūtu, jo sniedz narkotiku lietošana.

Deviņi aptaujātie atzina, ka ir mēģinājuši atbrīvoties no narkotiku lietošanas paši, bez ārsta palīdzības. Seši no tiem ir mēģinājuši atbrīvoties no atkarības, vēršoties pie ārsta. Divi respondenti nekad nav mēģinājuši atbrīvoties no atkarības – ne pašu spēkiem, ne vēršoties pie ārsta. Kopumā, ar ārsta palīdzību no atkarības nav mēģinājuši atbrīvoties pieci respondenti, kas visi norādīja, ka vienkārši nevēlas atteikties no narkotikām.

7.3. Iepriekšēja ārstēšanās pieredze

Iepriekš farmakoterapijā ārstējušies tikai divi no aptaujātajiem respondentiem. Viņu lietotie medikamenti bijuši gan metadons, gan buprenorfīns. Abi arī atzīst, ka terapijas laikā lietojuši citas narkotiskās vielas,

bet pēc kursa izešanas atsākuši lietot sākotnējā daudzumā. Viens respondents arī norāda, ka farmakoterapijas programmas pamešanai par iemeslu kalpojis tas, ka zāles nav devušas nekādu „kaifu”.

7.4. Attieksme pret farmakoterapiju

Uz jautājumu par vispārēju attieksmi pret farmakoterapiju, septiņi respondenti izvēlējās atbilžu variantu „cits”, kurā norādīja:

„Ja no heroīna var atlauzties, tad no metadona un buprenorfīna nē”.

„Tās ir lamatas uz visu mūžu”.

„Ja tikšu cietumā, negribu tik smagu „atlaušanos”.

„Mani tas neinteresē”.

„Man nav noteikta viedokļa”.

„Es nevēlos būt kā „zombijs”, kas vēlas izpatikt vīriešiem”.

„No tā nevar „atlauzties””.

Četri respondenti savukārt izvēlējās kādu/s no dotajiem atbilžu variantiem. Divi respondenti izvēlējās otro atbilžu variantu norādot, ka farmakoterapija ir efektīva un palīdz lietotājam atgriezties normālā dzīvē. Tāpat divi respondenti atzīmēja, ka terapija tikai palīdz „pārciest” laicīgu narkotisko vielu neesamību/nepieejamību. Tikai viens respondents norādīja, ka medikamenti ir inde, ka tie ir kaitīgi veselībai. Šis respondents arī atzīmēja, ka viņa attieksme kopumā pret farmakoterapiju ir negatīva. Kopumā var secināt, ka narkotiku lietotājiem trūkst kvalitatīvas un izsmeljošas informācijas par farmakoterapijas mērķiem, sagaidāmajiem rezultātiem un ieguvumiem.

Visi 11 respondenti norādīja, ka viņiem ir draugi/paziņas, kas dotajā brīdī iziet farmakoterapijas kursu. Atbildot uz jautājumu par to, ko par farmakoterapiju domā respondentu draugi/paziņas, daži aptaujātie izvēlējās vairākus atbilžu variantus. Piemēram, viens no respondentiem atzīmēja, ka arī viņa draugi/paziņas uzskata, ka šī terapija palīdz „pārdzīvot” laicīgu narkotiku nepieejamību un, ka tā palīdz. Šis pats respondents gan arī atzīmē, ka viņš netic, ka terapija var palīdzēt. Vēl arī citi (seši) respondenti norādīja, ka, pēc viņu draugu/paziņu domām, terapija ir tikai veids kā izturēt narkotiku neesamību vai nepieejamību. Trīs respondenti arī atzīmēja, ka viņu draugi/paziņas terapiju uzskata par efektīvu un noderīgu. Tik pat daudz respondentu arī norāda, ka terapija tiek uzskatīta par bezjēdzīgu. Vēl daži respondenti norāda, ka katram no viņu draugiem vai paziņām ir savs viedoklis, tādēļ konkrētāk ir grūti atbildēt.

7.5. Informācijas iegūšanas avoti

Respondentiem tika lūgts nosaukt informācijas par farmakoterapiju iegūšanas avotus. Tā kā šajā jautājumā respondenti bieži minēja vairāk kā vienu variantu, viņu atbildes apkopotas 7.1.tabulā.

7.1.tabula. Informācijas avoti (respondenti absolūtos skaitļos)

Informācijas avots	Skaitis
No informācijas bukletiem šļirču apmaiņas punktos/no sociālajiem darbiniekiem	1
No šļirču apmaiņas punktu darbiniekiem mutiski (padoms vērsties pēc ārstēšanas)	4
Medicīnas iestādēs (no ģimenes ārsta, infekcionista u.c.)	3
No paziņām/draugiem	10
Cits variants	2

Kā var redzēt 7.1.tabulā, pārsvarā informācija tiek iegūta no paziņām/draugiem. Nevieni no respondentiem nenorādīja, ka informāciju iegūst no sociālajiem darbiniekiem mutiski (padoms vērsties pēc ārstēšanas), no interneta/forumiem vai no masu medijiem. Tāpat neviens arī nenorādīja, ka viņam vispār nebūtu informācijas par farmakoterapiju.

Desmit no visiem respondentiem atzīmēja, ka viņiem par farmakoterapiju (medikamenta iedarbību, efektivitāti, blaknēm un sekām) nav pietiekamas informācijas, tāpat arī astoņiem respondentiem nav pietiekošas informācijas par farmakoterapijā izmantotajiem medikamentiem. Jāatzīmē arī, ka, pēc respondentu teiktā, var secināt, ka viņiem/ām ir liela interese par dažādiem farmakoterapijas aspektiem (skatīt 7.2.tabulu):

7.2.tabula. Respondentiem nepieciešamā informācija (respondenti absolūtos skaitļos)

Nepieciešamā informācija	Skaitis
Par preparātu efektivitāti	4
Par ārstēšanas ietekmi uz veselību	10
Par ārstēšanas rezultātiem	9
Par ārstēšanas blaknēm/sarežģījumiem	10
Par ārstēšanas savienošānu ar citu medikamentu lietošanu	1
Cits variants	2

Tā kā Latvijā ārstēšanās ar metadonu ir bezmaksas, bet ar buprenorfīnu – maksas pakalpojums, kura ietvaros nedarbojas apdrošināšana, neviens no respondentiem arī neizvēlējās variantu par informācijas nepieciešamību par ārstēšanas kursa iziešanas iespējām bez apdrošināšanas.

Arī jautājumā par to, no kurienes, viņuprāt, personai ar narkotiku atkarību būtu jāsaņem informācija par farmakoterapiju, respondenti izvēlējās vairākus atbilstošus variantus (skatīt 7.3.tabulu).

7.3.tabula. Avoti, no kuriem būtu jāsaņem informācija (respondenti absolūtos skaitļos)

Avoti	Skaitis
No šļirču apmaiņas punktu darbiniekiem	7
No interneta	4
No dažādiem informācijas bukletiem	5
No citiem atkarību slimniekiem, kas jau iziet ārstēšanās terapiju	7
No citiem avotiem	11

Starp minētajiem „citiem variantiem” pārsvarā dominēja uzskats, ka informācijai jābūt vairāk pieejamai masu medijos (avīzēs, žurnālos, televīzijā, radio). Respondenti arī minēja, ka informācijai jābūt iegūstamai pie šļirču apmaiņas punktu darbiniekiem, kā arī par to varētu stāstīt citi atkarību slimnieki, kas atrodas farmakoterapijas programmā. Nevieni no respondentiem nenorādīja, ka informācijai būtu jābūt pieejamai pie ģimenes ārsta, aptiekāra vai neatliekamās medicīniskās palīdzības.

Astoņi respondenti uzsvēra, ka pieprasījums pēc farmakoterapijas noteikti pieaugtu gadījumā, ja šajā terapijā tiktu piedāvātas arī citas iespējas/pakalpojumi (trīs aptaujātie nezināja atbildi uz šo jautājumu) un galvenie papildus pakalpojumi, ko vēlētos saņemt respondenti farmakoterapijā ir: sociālās konsultācijas, psihologa konsultācijas, nodarbinātības jautājumu risināšana, vispārēja medicīniskā palīdzība, iespēja saņemt medikamentu arī atrodoties ieslodzījumā, saņemt medikamentu brīvdienās, iespēja veikt B un C hepatīta testus, vieta, kur personas, kas apmeklē programmu, var pasēdēt, parunāties, paskatīties televīziju un izmantot datoru.

7.6. Farmakoterapijas iespējamie uzsākšanas/neuzsākšanas iemesli

Tikai divi aptaujātie respondenti minēja, ka plāno uzsākt farmakoterapiju nākotnē, kam par iemeslu kalpo tas, ka viņi jūtas noguruši no atkarības. Divi respondenti nevarēja precīzi atbildēt, taču norādīja

virkni iemeslu, kādēļ to tomēr vēlētos (fiziskas veselības problēmas, pozitīvu izmaiņu meklēšana dzīvē, jo ir grūti iegūt narkotiskās vielas un žēl tām tērēt naudu, kā arī pastāv vēlme pēc normālas dzīves). Pārējie seši respondenti atbildēja noliedzoši, proti, ka nākotnē neplāno iestāties programmā vai to atsākt.

Visi vienpadsmit respondenti anketas beigās izteica savs domas par farmakoterapiju. Daļa respondentu kā iemeslu farmakoterapijas neuzsākšanai minēja iemeslu, ka nonākot ieslodzījumā vai īslaicīgās aizturēšanas izolatorā, farmakoterapijas medikamenta lietošana ir jāpārtrauc, tāpat tika minēts iemesls, ka terapija ir uz visu mūžu:

„Es baidos būt piesaistīts katru dienu, iet katru dienu. Baidos, ka mani izmetīs. Es vispār tam neticu”.

„Tas ir uz visu mūžu”.

„Ir ļoti grūti no tā „atiet”. Tas stipri un ilgi „spiež” uz morālo stāvokli”.

„Ja iestāsies programmā, tas būs uz visu mūžu. Esmu redzējis kā no tā „atlaužas” cietumā – ļoti ilgi, sāpīgi un briesmīgi”.

„Esmu redzējis kā cilvēki no tā „atlaužas” cietumā. Uzskatu, ka no heroīna vēl var „nokāpt”.

Vēl viens respondents uzsvēra, ka nevēlas atmest „kaifu”, bet cits norādīja, ka viņu apmierina viņa pašreizējā dzīve.

8. References valstis

Lai varētu veikt salīdzinājumu ar situāciju farmakoterapijas jomā citās valstīs, tika veikts salīdzinājums ar trīs Eiropas Savienības dalībvalstis – Slovēniju, Lietuvu un Poliju. Informācijas iegūšanai tika izveidota aptaujas anketa, balstoties uz jautājumiem, kas tika izstrādāti Slovēnijas farmakoterapijas programmu novērtēšanai un salīdzinājuma iegūšanai ar citām ES dalībvalstīm. Zemāk minētā tabula atspoguļo būtiskākos jautājumus, kas saistīti ar farmakoterapiju un to salīdzinājumu starp valstīm.

8.1. tabula Farmakoterapijas pieejamības salīdzinājums References valstīs

Jautājuma joma	Slovēnija ¹⁰	Lietuva	Polija
Kopš kura laika, farmakoterapija darbojas valstī	1988	1995	1992
Medikamenti	Metadons, buprenorfīns	Metadons, buprenorfīns	Metadons, buprenorfīns
Centru/iestāžu skaits	18	17	16 + 4 ieslodzījuma vietās
Aptuvenais darbinieku skaits	89	80	130
Vai ģimenes ārstiem (ĢĀ) atļauts izrakstīt farmakoterapijas medikamentus?	Tikai dažiem ĢĀ	Nē	Nē
Farmakoterapijas medikamentu saņemšanas kārtība	Medikamentu saņem centrā vai aptiekās.	Centrā darbojas ārsts, psihologs, medmāsa un sociālais darbinieks	Pirmos 6 mēnešus pacients nāk uz centru katru dienu, pēc tam var saņemt līdzņemšanai uz 3 dienām, atsevišķos gadījumos – 14 dienām
Medikamenta saņemšanas biežums	Katru dienu, brīvdienās var saņemt aptiekās	Katru dienu	Skat.iepriekšējo
Vai ir iespējams saņemt medikamentu līdzņemšanai	Jā	Jā, tikai ar ārsta atļauju	Skat.iepriekšējo
Farmakoterapijas centrā pieejamā pakalpojumi	Medicīniskā – jā/pilnā apmērā Psihiatriskā – jā/pilnā apmērā Psiholoģiskā – jā/pilnā apmērā Infekcijas slimību – jā/daļēji Konsultēšana – jā/pilnā apmērā Sociālais atbalsts – jā/daļēji	Medicīniskā – jā/pilnā apmērā Psihiatriskā – jā/pilnā apmērā Psiholoģiskā – jā/pilnā apmērā Infekcijas slimību – jā/pilnā apmērā Konsultēšana – jā/pilnā apmērā Sociālais atbalsts – jā/pilnā apmērā	Medicīniskā – jā/daļēji Psihiatriskā – jā/pilnā apmērā Psiholoģiskā – jā/pilnā apmērā Infekcijas slimību – jā/daļēji Konsultēšana – jā/pilnā apmērā Sociālais atbalsts – jā/daļēji
Centru darbinieku apmācība	Regulāri, bet ne	Jā, vienu reizi	Jā, divas reizes

¹⁰ Informācija par farmakoterapijas pieejamību Slovēnijā ir balstīti uz Trimbos institūta veiktās novērtēšanas rezultātiem. Tabulā iekļautie dati atspoguļo situāciju 2006. gadā (Trautmann, 2007).

Aprēķinātais problemātisko narkotisko vielu lietotāju skaits valstī	visos centros 7500	gadā 5000	gadā 100 000 – 120 000
Farmakoterapijas pacientu skaits 2007.gadā	2689 (2006. g)	Metadonā – 522, buprenorfīnā - 2	1520 + 60 ieslodzītie
Vidējā deva 2007.gadā	Metadonam- 74 mg/d Buprenorfīnam- 9 mg/d	N.I.	Metadonam – 75 mg
Piešķirtais budžets 2007.gadā	4 900 000	N.I.	1 641 559, 50 LVL
Vai centros tiek piedāvāta farmakoterapija specifiskām grupām	Jā	Jā	ieslodzītuma vietās – ieslodzītajiem un arestētajiem pacientiem
Vai pastāv gaidīšanas laiks, lai iestātos farmakoterapijas programmā?	Jā, atsevišķos gadījumos līdz 2 nedēļām	Nē	Jā, pusē centru (6 mēneši – 2 gadi)
Iekļaušanas/izslēgšanas kritēriji	Formālie neiekļaušanas kritēriji: nav veselības apdrošināšanas, jaunāks par 18 gadiem, opioīdu atkarība mazāka par 2 gadiem, dzīvo ārpus reģiona, ir vardarbīgs	Iekļaušanas kritēriji - aizvietojošo ārstēšanu var saņemt tikai no opioīdiem atkarīga persona. Prioritāte tiek sniegta grūtniecēm, HIV/B/C hepatīta slimniekiem, pacientiem ar sepsi. Jauni atkarīgie (15 – 18) var saņemt ārstēšanu tikai izņēmuma gadījumos. Medikamentus izraksta ārstu komisija. Izslēgšanas kritēriji – nav formāli noteikti, taču pacients var tikt izslēgts, ja ir vardarbīgs un pārkāpj ārstēšanas protokolu (Trautmann, 2007.)	Iekļaušanas kritēriji – opioīdu atkarība trīs vai vairāk gadus, vecums vismaz 18 gadi, nesekmīga iepriekšēja ārstēšanās pieredze, psihoaktīvo vielu abstinence, rakstiska piekrišana uzsākt ārstēšanu. Prioritāte tiek sniegta grūtniecēm, HIV/B/C hepatīta slimniekiem, Izslēgšanas kritēriji – paralēlas lietošanas konstatēšana trīs reizes pēc kārtas vai sešas atsevišķas reizes sešu mēnešu laikā, atteikšanās no testēšanas, iekšējo noteikumu pārkāpšana
Vai tiek novērsta medikamentu noplūde?	Jā. Lietošana ārstniecības	Jā. Metadons jālieto	Jā, Polijas Nacionālais

	personāla klātbūtnē. Brīvdienās devas saņemšana notiek aptiekās. Farmakoterapijas kabinetos ir video novērošanas kameras. Regulāri urīna testi.	ārstniecības darbinieku klātbūtnē	narkotiku apkaršanas birojs seko tam, lai programmās neuzturētos narkotiku lietotāji. Pacienti parakstās par medikamenta saņemšanu
Centru sadarbība ar citām institūcijām	Jā	Jā	Jā
Vai pastāv farmakoterapijas vadlīnijas/protokoli?	Jā, gan nacionālās, gan vietēja līmeņa.	Jā	Jā
Individuāls ārstēšanas plāns katram pacientam	Jā	Jā	Jā (gan rakstiski, gan mutiski)
Vai pacients tiek iesaistīts ārstēšanas plāna izstrādē?	Pusē pacienti iesaistīti.	Jā	Jā, daļā centru
Vai notiek pacientu reģistrācija?	Nē	Jā	Jā
Vai reģistrācijas sistēma atļauj sekot pacientam?	Nē	Jā	Jā
Vai farmakoterapija ir novērtēta?	Jā	Jā	Jā, daļēji

9. Diskusija

Diskusijas sadaļā pamatā uzmanība vērsta uz farmakoterapijas kvalitāti un efektivitāti. Salīdzinājums ar references valstīm veikts, lai labāk izprastu situāciju Latvijā, saskatītu stipros un vājos punktus. Iegūtie rezultāti tika apspriesti VSIA „Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs” ar Narkoloģiskās palīdzības dienesta vadību un atsevišķiem darbiniekiem. Tas tika darīts, pirmkārt, lai izbēgtu no subjektīvu kļūdu pieļaušanas ziņojumā (attiecībā uz farmakoterapijas kapacitāti, darbinieku slodzēm un citiem jautājumiem) un, otrkārt, lai iegūtu Centra darbinieku viedokli par notikušo izpēti programmas apmeklētāju vidū (rezultātiem, atklājumiem). Šajā sadaļā sīkāk iztirzāsim tos problēmjautājumus, kas atklājās gan intervijās ar ekspertiem, gan darbinieku intervijās, kā arī intervijās ar pacientiem. Sadaļa nobeigumā tiks definēti farmakoterapijas Latvijā stiprie un vājie punkti. Ņemot vērā Trimbos institūta ekspertu ieteikumus, šai sadaļai izvirzītas sekojošas tēmas:

- likumdošana, vadlīnijas un medicīniskās tehnoloģijas;
- darbinieku jautājumi;
- pacientu jautājumi;
- ārstēšanas jautājumi;
- terapijas pieejamības paplašināšana.

9.1. Likumdošana, vadlīnijas un medicīniskās tehnoloģijas

Ekspertu un Centra darbinieku intervijās tika pausts viedoklis par to, ka gan uzņemšanas, gan izslēgšanas kritēriji likumdošanā (MK noteikumos) ir pārāk stingri. Uzņemšanas kritēriji faktiski rada labvēlīgu vidi tam, kādēļ metadona farmakoterapijas programma tiek uzskatīta par paliatīvu programmu pašu programmas apmeklētāju un citu narkotisko vielu lietotāju vidū. Izslēgšanas kritēriji savukārt ir pārāk stingri tieši paralēlās lietošanas konstatēšanas gadījumā. Tas var radīt situāciju, kad vienā dienā pacients tiek izslēgts, bet jau nākošajā – iestājas atpakaļ programmā. Jāņem arī vērā, ka opioīdu atkarības ārstēšanā recidīvi sastopami tik pat bieži, kā citu hronisku saslimšanu, piem., hipertensijas, astmas un diabēta terapijā.

Starp MK noteikumiem un medicīniskajām tehnoloģijām pastāv vairākas atšķirības (vecums, neierašanās ilgums, līdzņemšanas politika). Visiem saistošs dokuments ir tieši MK noteikumi, tomēr jānorāda, ka medicīniskās tehnoloģijas ir elastīgākas un pieļauj vairākus izņēmumus. Arī vadlīnijās, kam ir tikai ieteicošs raksturs, norādītais ne vienmēr saskan ar realitātē notiekošo.

Būtiski, ka šobrīd likumdošana nepieļauj farmakoterapijas ieviešanu ieslodzītāja vietās, t.s. īslaicīgās aizturēšanas izolatoros. Tāpēc būtu nepieciešamas papildus diskusijas par šo jautājumu, lai nonāktu pie vienota slēdziena, kā šo problēmu risināt.

9.2. Darbinieku jautājumi

Darbinieku kapacitāte un pieejamība

Intervijas ar Centra darbiniekiem atklāja, ka īpaši būtisks farmakoterapijā ir multidisciplināras komandas darbs un šobrīd darbinieku kapacitāte farmakoterapijā ir nepietiekoša. Ļoti, kā tiek atzīmēts, trūkst tieši vidējā medicīnas personāla. Tāpat nepieciešams arī sociālais darbinieks, kas atsevišķi varētu darboties tikai ar farmakoterapijas pacientiem. Farmakoterapijas vajadzībām tiek izmantota arī Centra laboratorija un laboratorijas darbinieku darbs.

Komunikācijas komandā

Formālas sanāksmes Centrā ārstiem narkologiem notiek vienu reizi nedēļā, bet pārējiem darbiniekiem informācija tiek nodota neformālā veidā no tiešajiem vadītājiem. Veidojot regulāras visu darbinieku sanāksmes, būtu iespējams ātrāk un kompaktāk risināt dažādas neskaidrības. Paplašinot farmakoterapijas pieejamību Latvijas reģionos, būtu jāpārdomā par iespējām rīkot regulāras sanāksmes visam farmakoterapijā iesaistītajam personālam.

Darbinieku apmācība un atbalsts

Četras reizes gadā notiek Narkologu asociācijas rīkotās sēdes, kurās var tikt izvirzīts arī kāds jautājums par farmakoterapiju, taču speciālas apmācības nenotiek. Vidējam medicīnas personālam, kā tiek atzīmēts, apmācības notiek ļoti reti. Apmācības ir viens no darbinieku motivācijas stūrakmeņiem, tādēļ tās ir ļoti būtiskas visiem darbiniekiem. Darbinieki norādīja, ka vēlētos apmeklēt kursus, kas mazinātu profesionālās izdegšanas sindromu, profesionālas apmācības par farmakoterapiju (mērķi, būtība) un apmācības par multidisciplināras komandas darbu. Darbiniekiem ir pieejama profesionālā literatūra – „Latvijas Ārsts”, „Doctus”. Zināšanu papildināšanai tiek izmantots Internets (dažādi ārvalstu saiti), bibliotēkās pieejamā literatūra un semināru, kursu materiāli.

Arī vadības atbalsts ir viens no darbinieku motivācijas stūrakmeņiem. Diemžēl tā kā šobrīd ir tikai viens Centrs un tikai seši farmakoterapijas darbinieki, tad nav iespējams pilnībā objektīvi novērtēt darbinieku viedokli attiecībā uz atsevišķiem sensitīviem punktiem.

Farmakoterapijas pieejamības paplašināšanas gadījumā, būtu jāpārdomā par vienotas, koordinējošas institūcijas izveidi, kas uzņemtos regulāru apmācību un atbalsta sniegšanu jaunizveidoto farmakoterapijas kabinetu personālam.

Darbinieku motivācija un apmierinātība ar darbu

Darbinieki ir apmierināti ar savu darbu, uzskata to par lietderīgu, taču reizēm arī par stresa pilnu. Atsauksmes par savu darbu visbiežāk tiek saņemtas no saviem tiešajiem kolēģiem. Darbinieki ir apmierināti arī ar savu tiešo vadību, tās pieejamību, atbalstu problēmsituācijās, rūpēm par labu darba atmosfēru. Lai gan darbinieki norāda, ka pret saviem pacientiem izturas ar cieņu, tikai neliels skaits pacientu norāda to pašu. Pārsvarā pacienti uzsver, ka darbinieku attieksme pret viņiem ir negatīva un bez cieņas esoša. Tas varētu tikt skaidrots ar to, ka šobrīd metadona terapiju saņem tikai „smagi” pacienti, kas, savukārt, ļoti cieši ir saistīts ar stingriem uzņemšanas kritērijiem. Vienīgais aspekts, ar kuru Centra darbinieki nav apmierināti, ir darba atalgojums.

9.3. Pacientu jautājumi

Ārstniecības jautājumi: medikaments, deva un sagaidāmie efekti

Nedaudz vairāk kā puse respondentu ir apmierināti ar viņiem izrakstīto medikamentu un devu (57%), bet 40% nav apmierināti. Galvenais neapmierinātības iemesls ir tas, ka daļa no šiem respondentiem vēlētos saņemt medikamentu tabletēs, daļa vēlētos saņemt lielāku devu un vēl kāda daļa – citu medikamentu. Neskatoties uz to, gandrīz visi pacienti pozitīvi vērtē programmas ietekmi uz savu dzīves kvalitāti un veselību kopumā.

Informācija par farmakoterapiju

Pacienti ir labāk informēti par lietoto medikamentu, bet mazāk informēti – par otru farmakoterapijā izmantojamo medikamentu. Īpaši tas attiecināms uz metadonu lietojošajiem pacientiem (tikai neliela daļa uzskata sevi par labi informētiem attiecībā uz buprenorfīnu). Visbiežāk par farmakoterapijas iespējām pacientus informējuši paziņas vai ārsts – narkologs.

Farmakoterapijas pieejamība

Farmakoterapijas pieejamības jautājumi iekļauj tādus aspektus kā Centra attālums no mājām, ceļā patērētais laiks, Centra darba laiks, ārsta vizīšu biežums, medikamentu izsniegšanas politika.

Jāaizver, ka šie ir vieni no problemātiskākajiem jautājumiem. Pirmkārt jau tādēļ, ka Latvijā pagaidām pieejama tikai viena iestāde, kurā tiek īstenotas farmakoterapijas programmas. Otrkārt, lielākā daļa pacientu uzsvēra, ka Centrs neatrodas tuvu viņu dzīves vietai. Pārsvārā pacienti uz Centru dodas ar sabiedrisko transportu (biežāk – vilcienu).

Vidējais ceļā patērētais laiks pārsniedz vienu stundu, bet maksimālais sasniedz trīs stundas vienā virzienā.

Lai gan Centrs sāk strādāt salīdzinoši agri – darba dienās 07:30, daļa pacientu norāda, ka vēlētos, lai Centrs uzsāktu darbu vēl agrāk.

Līdz ar to, būtu svarīgi pārdomāt ne tikai farmakoterapijas pieejamības nodrošināšanu Latvijas reģionos, bet arī apsvērt iespēju izveidot vēl kādu farmakoterapijas kabinetu Rīgā.

Kontaktēšanās ar darbiniekiem

Respondenti norāda, ka kontaktējas ar ārstu nepieciešamības gadījumā vai pēc vēlēšanās. Šeit jāatzīmē, ka vairāki respondenti atzīmēja, ka tas notiek tikai pēc ārsta, nevis pacientu pašu vēlēšanās. 41,4% respondentu atzīmēja, ka runā ar ārstu katru mēnesi, 8,6% - katru nedēļu, bet divi respondenti – katru dienu, ja nepieciešams. Tikai četri respondenti (no visiem) uzsvēra, ka vēlētos ar ārstu runāt biežāk, bet pārējie atbildēja noliedzoši.

Interesanti arī, ka attiecības ar ārstu tika definētas kā labas, taču attiecības ar pārējiem darbiniekiem – pārsvārā kā sliktas. Labas attiecības starp darbiniekiem un pacientiem ir ļoti nozīmīgs rādītājs, kas spēj ietekmēt pacientu uzvedību.

Konfidencialitāte

Lai gan darbinieki norāda, ka pacientu konfidencialitāte tiek pilnībā ievērota un to garantē gan Latvijas likumdošana, gan katra darbinieka darba apraksts, pacienti uzskata, ka viņu ārstēšanās konfidencialitāte ir ļoti vāja vai netiek ievērota vispār. To iespējams skaidrot ar pašu pacientu subjektīvām bailēm tapt atpazīstamiem un tādā veidā – vēl vairāk ierobežotiem savā izvēles brīvībā.

Uzskati par urīna testu veikšanu dalās. Puse pacientu nav apmierināti, bet otra puse – ir apmierināti gan ar testu veikšanas biežumu, gan rezultātu apspriedi un sekām. Urīna testu veikšanā tomēr nepieciešami būtiski uzlabojumi, jo šobrīd materiāla ievākšana notiek kopējā tualetes telpā. Nereti šajā telpā jau iepriekš ir aiznests un noslēpts urīna analīžu materiāls un atsevišķi pacienti ir mēģinājuši to nodot kā savu. Šo problēmu nepieciešams risināt, jo nepareizu analīžu veikšana rada finansiālus zaudējumus un pazemina terapijas kvalitāti.

9.4. Ārstēšanas jautājumi

Papildus pakalpojumi

Centrā ir pieejamas gan psihologa, gan sociālā darbinieka konsultācijas, tāpat arī tiek veikta pacientu testēšana uz HIV un C hepatītu, iespējams saņemt nosūtījumu pie dažādiem speciālistiem (biežāk pie Latvijas Infektoloģijas centra speciālistiem), kā arī ir pieejamas dažādas citas ārstēšanas metodes. Neskatoties uz to, pacienti gandrīz simtprocentīgi atbildēja, ka Centrā nekas no nosauktā nav pieejams. Viens no iespējamajiem skaidrojumiem varētu būt tas, ka respondenti nav sapratuši viņiem/ām uzdoto jautājumu (tomēr tas ir mazāk ticams), bet otrs – noliegums („man neko nedod”, „visi ir slikti”) varētu būt šai konkrētai indivīdu grupai raksturīga iezīme, proti, rodas vēlme savās problēmās vainot citus cilvēkus, nesaskatot problēmas patiesos cēloņus.

Citus pakalpojumus, no kuriem daļa ir pieejami Centrā, vēlētos saņemt gandrīz 70% respondentu. Pārsvārā respondenti minēja vēlmi pēc psihologa konsultācijām, sociālās palīdzības. Tāpat tika nosaukta arī vēlme, lai Centrā, ierodoties saņemt medikamentu, būtu iespēja uzturēties, pavadīt laiku „atpūtas istabā”, kurā būtu pieejams TV, dators. Respondentiem svarīga ir arī iespēja saņemt citu specialitāšu ārstu konsultācijas, palīdzību iekārtoties darbā.

Datu apkopošana par pacientu ārstēšanos

Farmakoterapijas pacientu dati (vārds, uzvārds, vecums un deva) tiek ievadīti Excel programmā. Saņemot devu, katrs pacients parakstās jeb buprenorfīna gadījumā – ārsts izdara ierakstu pacienta kartē.

Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs administrē Narkoloģisko pacientu reģistru (reģistra īpašnieks ir Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūra). Šajā reģistrā tiek reģistrēti visi atkarību slimnieki, arī farmakoterapijas pacienti (izņemot buprenorfīnu lietojošus pacientus no ārvalstīm).

Sadarbība

Līdzīgi references valstīm un to farmakoterapijas centriem, arī VSIA „Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs” (konkrēti farmakoterapijas nodaļa) sadarbojas ar dažādām institūcijām. References valstu aptauja ļāva secināt, ka citviet sadarbība notiek starp vairākiem farmakoterapijas centriem. Tā kā mums pagaidām šādas iespējas nav, tad sadarbība ar citām organizācijām notiek tikai nepieciešamības gadījumos.

Tomēr būtiski atcerēties, ka svarīgu lomu pacientu dzīves kvalitātes uzlabošanā ieņem dažādas reintegrācijas aktivitātes, līdz ar to būtu ieteicams veidot sadarbību ar dažādām nevalstiskajām organizācijām, Nodarbinātības valsts aģentūru u.c., kas palīdzētu pacientiem integrēties sabiedrībā.

9.5. Farmakoterapijas pieejamības paplašināšana

Iespējamie modeļi programmas darbībai

Farmakoterapijas pieejamības nodrošināšanai Latvijas reģionos ir vairāki iespējamie darbības modeļi: pēc ekspertu domām farmakoterapija var tikt integrēta lielākā ārstniecības iestādē, var tikt piesaistīta kā papildus pakalpojums zema sliekšņa centros vai arī veidots kā atsevišķs pakalpojums ārpus lielajām ārstniecības iestādēm. Būtiski atcerēties, ka darbojoties jebkurā no šiem modeļiem, lielu lomu farmakoterapijā ieņem multidisciplināra komanda, tanī pašā laikā atceroties, ka farmakoterapiju var piedāvāt jebkurš ārsts- narkologs, arī atrodoties savā privātpraksē.

Farmakoterapijas ieviešanas vērtējums cietumos

Farmakoterapiju kā vienu no veidiem problemātisko opioīdu lietotāju ārstēšanā, ir jānodrošina arī ieslodzījumu vietās un īslaicīgās aizturēšanas izolatoros. Eksperti uzskata, ka šādam pakalpojumam ir jābūt pieejamam ne tikai tiem pacientiem, kas farmakoterapiju ir uzsākuši jau atrodoties ārpus ieslodzījuma vietas, bet arī visiem pārējiem ieslodzījumā esošajiem problemātiskajiem opioīdu lietotājiem, kuriem šāda ārstēšana ir nepieciešama. Lai varētu veicināt farmakoterapijas ieviešanu ieslodzījuma vietās, ir jāmaina likumdošana un jāpārdomā personāla pieejamība cietumos- šobrīd cietumos ir pieejams psihiatrs, bet ne narkologs.

Iespējamās problēmas farmakoterapijas pieejamības paplašināšanā

Viena no problēmām farmakoterapijas pieejamības nodrošināšanai Latvijas reģionos varētu būt ārstu-narkologu trūkums, kā arī problēma nodrošināt farmakoterapijas pacientiem multidisciplināras komandas pieejamību, tāpēc paplašināšanas gadījumā noteikti būtu jādomā par koordinējošas institūcijas izveidi, kas koordinētu un uzraudzītu farmakoterapijā iesaistīto kabinetu darbu, organizētu

apmācības un seminārus. Šo koordinējošas institūcijas funkciju varētu uzņemt VSIA „Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrs”, kas šobrīd nodrošina farmakoterapijas konsilija darbu un kam ir liela pieredze farmakoterapijas nodrošināšanā. Tāpat būtu jādomā par kvalitātes uzraudzības mehānisma izveidi, kas nodrošinātu regulāru kvalitātes uzraudzību un kvalitātes vadlīniju izstrādi.

Sabiedrības viedokļa vērtējums

Šobrīd sabiedrībā pastāv negatīvs vai ļoti ierobežots viedoklis par farmakoterapijas būtību, mērķiem un ieguvumiem. Eksperti uzskata, ka šo negatīvo viedokli var mainīt tikai izglītojot un informējot sabiedrību ilglaicīgā laika periodā. Eksperti bija vienprātis, ka būtiski sabiedrībai stāstīt par farmakoterapijas pozitīvajiem efektiem, ir jārosina diskusija un jāinformē par farmakoterapiju kā vienu no iespējam problemātisko opioīdu lietotāju ārstēšanā. Mainot iekļaušanas kritērijus, metadona farmakoterapijas programmu var padarīt plašāk pieejamu opioīdu lietotājiem un līdz ar to varētu mainīties arī sabiedrības viedoklis par farmakoterapiju kā „nāvinieku programmu”.

9.6. Stiprie punkti – vājie punkti

Šajā sadaļā iezīmēti tie stiprie- vājie punkti, kas atklājās novērtēšanas laikā un kuriem ir būtiska nozīme farmakoterapijas attīstībai Latvijā.

Stiprie punkti

- Likumdošanas izmaiņas – pozitīvi vērtējams fakts, ka šobrīd līdz ar grozījumiem MK noteikumos Nr.429, iespējama metadona farmakoterapijas pieejamības nodrošināšana Latvijas reģionos.
- Labas medicīniskās tehnoloģijas – medicīniskās tehnoloģijas, kuras, pēc ārstu narkologu teiktā, darbā tiek izmantotas nepārtraukti, ir ļoti labi izstrādātas, tās ir plašas un visaptverošas. Protams, līdz ar izmaiņām likumdošanā nākotnē, arī medicīniskajās tehnoloģijās definētais būtu jāmaina.
- Ļoti laba un spēcīga izpratne par multidisciplināras komandas nepieciešamību – Centra darbiniekiem ir ļoti laba izpratne par farmakoterapiju un par multidisciplināras komandas nepieciešamību, darbu kopumā. Darbinieki ir pieredzējuši un augsti kvalificēti.
- Gaidīšanas laiks – Centrā nepastāv gaidīšanas laiks, lai iestātos farmakoterapijā (izņemot atsevišķus gadījumus līdz vienai nedēļai).
- Drošība – drošības jautājumiem tiek pievērsta pastiprināta uzmanība gan medikamentu lietošanas ziņā, gan telpu aprīkojuma ziņā- izdales kabinetā atrodas seifs un policijas izsaukšanas poga.
- Pieejami dažādi pakalpojumi – Centrā pieejamas dažādas palīdzības un ārstēšanas iespējas, tāpat tiek nodrošināts multidisciplināras komandas darbs, strādājot ar farmakoterapijas pacientiem.
- Profesionāļu vidū laba izpratne par farmakoterapijas nepieciešamību – vadošie eksperti pauž atbalstošo viedokli par farmakoterapijas pieejamības ne tikai valsts reģionos, bet arī ieslodzījumu vietās un īslaicīgās aizturēšanas izolatoros.
- Pozitīva pacientu attieksme pret farmakoterapiju – kopumā attieksme pacientu vidū pret farmakoterapiju ir ļoti pozitīva. Ja tiek salīdzināti dažādi savas dzīves aspekti pirms iestāšanās programmā, programmas laikā un iespējamais stāvoklis pēc gada, tad periods pēc gada vienmēr tiek vērtēts kā daudz labāks, tajā skaitā nelegālo narkotisko vielu lietošana – kā daudz mazāka.

Vājie punkti

- Tikai viens centrs – šobrīd farmakoterapiju nodrošina tikai viens Centrs – VSIA „Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs”. Īpaši tas ietekmē tos pacientus, kas lieto metadonu. Arī buprenorfīnu lietojošiem pacientiem sākotnēji jāgriežas tieši šajā Centrā, vēlāk – atbilstoši likumdošanai pie jebkura narkologa. Vājš pārklājums rada virkni citu problēmu – pacientiem ilgs laiks jāpavada ceļā (pat līdz 180 minūtēm vienā virzienā), tas ir nogurdinoši un ierobežojoši, pacienti nevar atrašanos terapijā savienot ar darbu. Šāda sistēma rada „smagus” pacientus. Ņemot vērā likumdošanu, farmakoterapija ieslodzījuma vietās un īslaicīgās aizturēšanas izolatoros šobrīd netiek piedāvāta vispār.
- Likumdošanas/vadlīniju/medicīnisko tehnoloģiju nesaskaņotība un neatbilstība reālai situācijai – lai gan šobrīd likumdošana pieļauj metadona farmakoterapijas pieejamības paplašināšanu, nepieciešamas arī citas izmaiņas. Kā atzīst ārsti, praktiskajā darbā vairāk tiek izmantotas medicīniskās tehnoloģijas, tās ir labas un plašas (daudz plašākas kā vadlīnijas). Tādēļ nav īsti izprotama vadlīniju nepieciešamība, kas turklāt nesaskan ar medicīniskajām tehnoloģijām. Likumdošanā atrunāta tikai viena epizode, kuras gadījumā pacientam drīkst izsniegt metadonu līdzņemšanai, medicīniskajās tehnoloģijās šo izņēmumu ir vairāk. Visi trīs dokumenti ne vienmēr atbilst reālajai situācijai (piemēram, iekļaušanas un izslēgšanas kritēriju ziņā). Tāpēc būtu ieteicams pārdomāt un nākotnē veidot vienotas kvalitātes vadlīnijas, kas būtu obligātas visiem farmakoterapijā iesaistītajiem kabinetiem.
- Stingri uzņemšanas/izslēgšanas kritēriji – ierobežojošie uzņemšanas kritēriji pieļauj tikai ļoti „smagi” slimu pacientu uzņemšanu, kas rada ne tikai sistēmas smagnējumu, bet arī negatīvu kopējo priekšstatu par farmakoterapiju. Arī izslēgšanas kritēriji, kas paredz pacienta izslēgšanu paralēlu narkotisko vielu lietošanas atklāšanas gadījumā, būtu jāpārskata. Šobrīd tas nozīmē, ka pacients no programmas ir jāizslēdz ar pirmo reizi bez brīdinājuma, taču tas neizslēdz faktu, ka nākošajā dienā pacients programmā var iestāties atkārtoti. Šobrīd apstiprinātie kritēriji neatbilst PVO/UNODC vadlīnijām par farmakoterapiju opioīdu atkarības ārstēšanā.
- Vāja informētība par farmakoterapiju narkotiku lietotāju vidū- intervijas ar narkotiku lietotājiem, kas neapmeklēja farmakoterapiju, atklāja, ka narkotiku lietotāju vidū praktiski nav zināšanu un izpratnes par farmakoterapijas mērķiem, efektiem un sagaidāmajiem rezultātiem. Līdz ar to arī daudzi potenciālie pacienti, kam farmakoterapija būtu nepieciešama, nezina vai ir slikti informēti par šo ārstēšanas metodi.
- Farmakoterapijas pārtraukšana īslaicīgās aizturēšanas izolatoros un ieslodzījuma vietās ir viens no iemesliem, kas attur pacientus uzsākt terapiju.
- Darbinieku trūkums (Centrā/valstī) – Centrā veiktās intervijas ļāva secināt, ka būtiska problēma ir darbinieku trūkums, īpaši – vidējā medicīnas personāla trūkums. Ņemot vērā Lietuvas speciālistu pieredzi, secināts, ka viens sociālais darbinieks spēj normāli darboties un nav pārslogots, ja viņa/as pacientu skaits nepārsniedz 30. Tā kā uz 2008.gada novembri Centra metadona farmakoterapijā reģistrēti 100 pacienti, būtu nepieciešami vismaz trīs sociālie darbinieki. Kadru trūkums un nespēja nodrošināt multidisciplināras komandas darbu varētu būt arī viens no vājajiem punktiem farmakoterapijas pieejamības nodrošināšanas procesā citās Latvijas pilsētās un ieslodzījuma vietās.
- Speciālas pacientu reģistrācijas sistēmas trūkums – šobrīd pacienti tiek reģistrēti Excel programmā un paralēli Narkoloģisko pacientu reģistrā. Pieredze rāda, ka nereti šajā reģistrā dati ir novecojuši, reģistrā arī netiek ievadīta pacienta deva. Faktiski darbā tiek izmantots tikai minētais Excel fails. Šāda pacientu reģistrācijas sistēma ir nedroša un būtu nepieciešams to uzlabot nākotnē.
- Telpu un aprīkojuma trūkums – telpa ir maza, tai nepieciešams remonts, stikla norobežojums rada papildus negācijas un pacienta atstumtību. Esošā dozatora lietošana ir apgrūtināta un laikietilpīga (atlikumu uzskaitē). Urīna analīžu materiāla ievākšana notiek kopējā tualetes telpā.

Šāda situācija nav normāla, jo, pirmkārt, dažkārt dod iespēju pacientiem iepriekš noslēpt analīžu materiālu, otrkārt, izmantojot tualeti analīžu nodošanai, tajā nevar iekļūt citi pacienti (tualetes ir tikai viena).

- Retas darbinieku apmācības – ja ārstiem narkologiem apmācības notiek salīdzinoši regulāri, tad pārējiem darbiniekiem apmācības notiek ļoti reti. Apmācības ir viens no darbiniekus motivējošiem aspektiem.
- Darba samaksas jautājums – ir viens no darbinieku neapmierinātības ar savu darbu jeb motivācijas graušanas aspekts. Īpaši tas attiecas uz vidējo medicīnas personālu.
- Slikta darbinieku attieksme pret pacientiem (pēc pacientu teiktā) – liecina par noteiktām problēmām, kas daļēji varētu tikt saistīts ar īpaši „smago” farmakoterapijas pacientu raksturojumu. Negatīvas attiecības var būt nospiedošas abām pusēm un šajā jautājumā nepieciešams veicināt uzlabojumu un meklēt risinājumu.
- Pacientu zināšanu par papildus pakalpojumiem trūkums – vairums norādīja, ka Centrā nav pieejami pilnīgi nekādi papildus pakalpojumi, daži atzīmēja, ka ir pieejamas tikai konsultācijas ar ārstu. Arī šis jautājums ir jārisina un jāskaidro, kādēļ tā ir. Protams, kā tika minēts jau augstāk, tā varētu būt viena no pacientu grupai raksturīgām īpašībām (noliegums par visu, žēlošanās, vainas „uzvelšana” citiem cilvēkiem). Tomēr iespējams arī, ka pastāv nopietns informācijas trūkums pašā Centrā un pacienti ir slikti informēti par savām iespējām saņemt dažādus pakalpojumus.
- Sadarbības trūkums ar citām organizācijām – Centrs pārsvarā sadarbojas tikai ar slimnīcām, psihiatrijas centriem un aptiekām, taču būtiska būtu sadarbība arī ar citām organizācijām (probācijas dienestiem, šļirču apmaiņas punktiem, rehabilitācijas iestādēm u.c.).
- Politiskā un sabiedrības neizpratne par farmakoterapijas pozitīvajiem aspektiem.

10. Rekomendācijas

Rekomendācijas lielā mērā balstītas uz diskusiju nodaļu un sagrupētas atbilstoši diskusijas nodaļā (tajā skaitā – stiprie un vājie punkti) minētajai shēmai:

- likumdošana, vadlīnijas un medicīniskās tehnoloģijas;
- darbinieku jautājumi;
- pacientu jautājumi;
- ārstēšanas jautājumi;
- terapijas pieejamības paplašināšana.

10.1. Likumdošana, vadlīnijas un medicīniskās tehnoloģijas

Pirmkārt, nepieciešama visu trīs dokumentu saskaņošana, jo, lai gan MK noteikumi Nr.429 ir saistošākais dokuments, ārsti narkologi savā praksē balstās uz medicīniskajām tehnoloģijām. Medicīniskās tehnoloģijas ir plašākas, tajās definēti vairāki izņēmuma gadījumi, kuros pacientam atļauts izsniegt farmakoterapijas medikamentu līdzņemšanai.

Otrkārt, šobrīd pacientu uzņemšanas, gan izslēgšanas kritēriji farmakoterapijā ir ļoti stingri un ne vienmēr atbilst reālai situācijai, tāpēc nepieciešams pārskatīt iespēju šos kritērijus „mīkstināt” vai padarīt elastīgākus, nosakot attiecīgās normas likumdošanā. Tādejādi farmakoterapija kļūtu pieejama lielākam skaitam problemātisko opioīdu lietotāju un būtu iespējams mainīt sabiedrības negatīvo attieksmi, dēvējot farmakoterapiju kā „nāvinieku programmu”.

Treškārt, likumdošana šobrīd nepieļauj farmakoterapijas ieviešanu ieslodzījuma vietās, t.s. īslaicīgās aizturēšanas izolatoros. Tāpēc būtu nepieciešamas papildus diskusijas par šo jautājumu, lai nonāktu pie vienota slēdziena, kā šo problēmu risināt. Šobrīd ieslodzījuma vietās netiek nodrošināta narkologa štata vieta, bet ir pieejama psihiatra štata vieta, līdz ar to, varbūt ir jāpārdomā variants par psihiatra piesaisti farmakoterapijas nodrošināšanai cietumos, kas ir pasaulē pieņemta prakse.

10.2. Darbinieku jautājumi

Centrā nepieciešams izveidot jaunas štata vietas, īpaši trūkst vidējā medicīnas personāla. Svarīga loma ir sociālajam darbiniekam.

Paplašinot farmakoterapijas pieejamību Latvijas reģionos, būtiski attiecīgās iestādēs izveidot multidisciplināras komandas, kuru ietvaros darbotos ārsti narkologi, medicīnas māsas, psihologi un sociālie darbinieki.

Ieviešot farmakoterapiju Latvijas ieslodzījuma vietās, viens no iespējamajiem risinājumiem būtu farmakoterapijas organizēšana uz esošo darbinieku bāzes, proti, kā jau iepriekš minēts, funkcijas varētu pildīt nevis ārsti narkologi, bet psihiatri, kas ir pieejami ieslodzījuma vietās (tāpat arī medicīnas māsas). Protams, šādā gadījumā nepieciešams izstrādāt jaunus normatīvos aktus un veikt darbinieku apmācības. Otrs variants farmakoterapijas paplašināšanai ir ārstu narkologu piesaiste ieslodzījuma vietām. Jebkurā gadījumā arī ieslodzījuma vietās nepieciešams nodrošināt multidisciplināras komandas darbu.

Tā kā šobrīd oficiālas sanāksmes darba ietvaros notiek tikai ārstiem narkologiem vienu reizi nedēļā, būtu pozitīvi, ja šajās sanāksmēs varētu piedalīties arī pārējie darbinieki vai arī šādas sanāksmes tiešais vadītājs organizētu saviem padotajiem. Tas ir labs veids kā pārrunāt iekšienē radušās problēmas, iespējamus risinājumus, jaunumus un nākošās nedēļas katra darbinieka darba plānu.

Tā kā tika secināts, ka profesionālas apmācības notiek ļoti reti, taču pieprasījums un vēlme pēc tām ir ļoti liela, turklāt apmācības kalpo kā darbiniekus motivējošs aspekts, būtu nepieciešams rast iespēju apmācīt darbiniekus par dažādiem nozīmīgiem jautājumiem gan attiecībā uz farmakoterapiju, gan citām tēmām. Svarīga būtu darbinieku izdegšanas profilakse.

Paplašinot farmakoterapijas pieejamību Latvijas reģionos, būtu jādomā par vienotas, koordinējošas institūcijas izveidi vai arī šī koordinācijas funkcija jādeleģē VSIA „Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs”, kur šobrīd strādā narkologi ar ilgu gadu pieredzi farmakoterapijā, kas uzņemtos regulāru apmācību un atbalsta sniegšanu jaunizveidoto farmakoterapijas kabinetu personālam.

Tā kā vienīgā darbinieku neapmierinātība ar darbu ir darba atalgojums, arī šim jautājumam nepieciešams pievērst pastiprinātu uzmanību. Īpaši nozīmīgs šis jautājums ir jaunu speciālistu piesaistē, gadījumos, kad palielinās darba apjoms. Protams, šis nav viena centra, bet gan valsts nozīmes jautājums un diemžēl tuvākajā nākotnē nav iespējams saskatīt kā algu jautājums varētu tikt atrisināts.

Darbinieku motivēšanai ir ļoti liela nozīme farmakoterapijas paplašināšanās gadījumā gan citās Latvijas pilsētās, gan ieslodzījuma vietās. Nepieciešams liels izskaidrojošais darbs, jaunas apmācības.

10.3. Pacientu jautājumi

Viena no galvenajām problēmām ir attālums līdz šobrīd vienīgajam Centram un ceļā pavadītais laiks, otra – medikamenta līdzņemšanas politikas neelastība.

Pirmā problēma norāda uz akūtu nepieciešamību paplašināt farmakoterapijas pieejamību visā Latvijā, arī ieslodzījuma vietās, t.s. īslaicīgās aizturēšanas izolatoros. Pretējā gadījumā ieslodzītajiem ne tikai tiek atņemta iespēja brīvi pārvietoties, kas ir normāla soda sastāvdaļa, bet arī iespēja ārstēties un saņemt nepieciešamo medicīnisko palīdzību.

Pozitīvi būtu pagarināt Centra darba laika stundas (agrāka darba uzsākšana), jo pretējā gadījumā pacientiem rodas grūtības programmas apmeklējumu savienot ar darbu.

Attiecībā uz medikamenta līdzņemšanas politiku, jāņem vērā, ka katrs patients ir indivīds un katra situācija – individuāla, tādēļ tomēr, rūpīgi izvērtējot pacientu pēc noteiktiem kritērijiem, būtu pozitīvi atļaut pacientiem saņemt medikamentu lietošanai mājās. Arī paši pacienti norādīja, ka vēlētos saņemt medikamentu lietošanai mājās gadījumos, ja ir oficiāls darbs. Ārsti narkologi uzsvēra, ka medikamentu būtu iespējams izsniegt, izvērtējot pacienta „stabilitāti”, motivāciju ārstēties. Ja patients ir „stabilis”, būtu pieļaujama medikamenta izsniegšana ne tikai oficiāla darba esamības vai slimības gadījumā, bet jebkurā situācijā. Protams, pacientiem regulāri tiktu veiktas urīna analīzes. Šāds elastīgāks medikamenta izsniegšanas modelis motivētu pacientus un radītu pozitīvu atmosfēru. Pacientiem ir svarīgi atgūt sajūtu, ka viņiem uzticas un viņi spēj būt patstāvīgi.

Arī narkotisko vielu lietotāju, kas neatrodas programmā, intervijas liecina, ka nevēlēšanās iestāties programmās, saistīta ar faktu, ka programma ir jāapmeklē katru dienu, līdz Centram jāveic tāls ceļš un, ja gadās nokļūt ieslodzījumā vai īslaicīgās aizturēšanas izolatorā, ir ļoti smaga abstinence. Šeit jāpiemin arī tas, ka parasti programma tiek pārtraukta stacionārā, bet, nokļūstot ieslodzījumā, indivīdiem šāda iespēja tiek liegta. Tas var spēcīgi kaitēt indivīda veselībai.

Svarīga ir arī attiecību uzlabošana starp Centra darbiniekiem un pacientiem. Šajā sakarā iespējams pozitīvi būtu rīkot sanāksmes, kurās piedalītos gan pacienti, gan darbinieki, izrunājot kā vienas, tā otras puses problēmas, nesaskaņu cēloņus, „aizvainojumu” iemeslus.

Pacienti būtu nepieciešams vairāk informācijas gan par farmakoterapiju, gan par citiem Centrā pieejamajiem pakalpojumiem.

10.4. Ārstēšanas jautājumi

Nepieciešams izveidot speciālu, centralizētu farmakoterapijas pacientu reģistrācijas un uzskaites sistēmu, lai visiem ārstiem, kas ir iesaistīti farmakoterapijas nodrošināšanā, būtu pieejama informācija par pacientiem, to slimības vēsturi utt. Pašreizējā – informācijas apkopošana Excel programmā, ir nedroša. Pacientu novērtēšanai ieteicams ieviest starptautiski validētu instrumentu – atkarības smaguma pakāpes indekss. Pirmās sarunas un apmācības par indeksa ieviešanu notika šī gada septembrī. Apmācībās piedalījās ārsti narkologi no Centra, kā arī citām narkoloģiskās ārstniecības iestādēm/slimnīcām (Liepājas, Jelgavas). Jāuzsver, ka šāda instrumenta ieviešana palīdzētu veikt farmakoterapijas novērtēšanu nākotnē, kas īpaši aktuāli būtu iestādēm, kas farmakoterapijas plāno nodrošināt Latvijas reģionos.

Būtiski uzlabojumi nepieciešami Centra farmakoterapijas kabinetā – telpu izremontēšana, atbilstošas aparatūras iegāde (dozators, kas savienots ar datoru). Šādas ierīces/aprīkojums un atbilstošas telpas nepieciešams iekārtot visos farmakoterapijas kabinetos, arī ieslodzījuma vietu medicīnas daļās.

Svarīgi attīstīt sadarbību ar citām organizācijām, īpaši ar rehabilitācijas centriem, uz kuriem pacienti varētu doties pēc farmakoterapijas programmu pabeigšanas. Šādā veidā tiktu mainīts arī negatīvais uzskats par farmakoterapiju kā par paliatīvu programmu.

10.5. Farmakoterapijas pieejamības paplašināšana

Intervijas ar ekspertiem, diskusijas ar Centra speciālistiem ļauj secināt, ka vislabākais paplašināšanas modelis ir kabinetu izveide esošajās narkoloģiskajās ārstniecības iestādēs, izmantojot jau esošo darbinieku kapacitāti. Jāatceras, ka nepieciešamas multidisciplināras komandas. Atsevišķi eksperti arī uzsvēra, ka kabinetus tik pat labi būtu iespējams izveidot ne tikai narkoloģiskajās iestādēs, bet arī poliklīnikās, zema sliekšņa centros vai speciālos autobusos, kas noteiktos laikos izvadātu medikamentu. Šie viedokļi neguva plašāku atbalstu tā kā, pirmkārt, kabinetu izveidošana poliklīnikās varētu traucēt pārējiem pacientiem un darbiniekiem, turklāt diez vai būtu iespējams nodrošināt multidisciplināras komandas darbu. Otrkārt, kabinetu izveidošana pie šļirču apmaiņas punktiem varētu veicināt pacientu slimības recidīvus un, treškārt, kas attiecas uz autobusiem, tad tajos tomēr nevarētu ievērot nepieciešamās drošības prasības un pacientu uzskaiti. Tomēr jāatceras, ka pasaules prakse rāda, ka farmakoterapiju piedāvā arī ārsti, kas atrodas ārpus lielām ārstniecības iestādēm, savās privātpraksēs, aptiekās un speciālos autobusos. Tāpēc nepieciešams turpināt diskusiju par optimālāko modeli, paplašinot farmakoterapijas pieejamību Latvijas reģionos.

Medicīniskajās tehnoloģijās definēts arī tas, ka ārstēšana ar metadonu uzsākama stacionārā. Tomēr jāuzsver, ka šāda pieeja nav iekļauta PVO vadlīnijās, nedz arī to pieprasa citu valstu pieredze. Tādēļ jautājums par to, vai pacientam sākotnēji jāatrodas pilnīgā ārsta uzraudzībā, ir diskusijas vērts un noteikti būtu jāpārspriež, domājot par nākamajiem grozījumiem normatīvajos aktos. Pēc šobrīd spēkā esošās likumdošanas ārstēšana (stacionārā) jebkurā gadījumā tiek uzsākta Centrā, pat ja vēlāk pacients plāno ārstēties kādā no Latvijas pilsētām.

Plānojot farmakoterapijas paplašināšanu, VSIA „Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs” būtu jāuzņemas koordinatora funkcijas pār tām iestādēm, kurās atvērta metadona farmakoterapijas kabinets. Koordinatora funkciju uzņemšanās nozīmētu papildus darbinieku resursu nepieciešamību (jo sākotnēji visi pacienti tāpat dotos uz Centru un ārstu konsilijā varētu būt pārslogots), regulāru sanāksmju organizēšanu ar citos metadona farmakoterapijas kabinetos strādājošajiem darbiniekiem, aktīvu informācijas apmaiņu, pacientu reģistrācijas sistēmu izveidošanu. Tāpat būtu jādomā arī par kvalitātes uzraudzības mehānismu izveidi, kas nodrošinātu regulāru kvalitātes uzraudzību farmakoterapijas kabinetos, kopēju kvalitatīvo vadlīniju izstrādi un ieviešanu.

Nodrošinot farmakoterapijas pieejamību Latvijas ieslodzījuma vietās, kā jau minēts iepriekš, nepieciešams veidot jaunus normatīvos aktus, jo esošā likumdošana vispār nepieļauj šādu funkciju. Intervijās atklājās divi ekspertu viedokļi attiecībā uz farmakoterapijas paplašināšanas iespējām ieslodzījumā, proti, pirmkārt, atjaunojot ieslodzījuma vietās ārsta narkologa štata vietu vai, otrkārt, izmantojot esošos resursus un šo funkciju pildīt paredzot tur esošajam psihiatram.

Ne mazāk svarīga kā Latvijas ārstu narkologu Latvijā motivācija uzsākt farmakoterapiju ir izskaidrojošā darba veikšana sabiedrībā un lēmumu pieņēmēju vidū. Šobrīd gan sabiedrība kopumā, gan politikā pārsvarā ir negatīvi noskaņoti pret atkarību slimniekiem un zāļu izsniegšanu par velti varētu uzskatīt par līdzekļu izšķērdību. Šī iemesla dēļ būtu nepieciešams uzsākt nopietnu un ilgstošu, uz pierādījumiem balstītu izskaidrošanu par farmakoterapijas pozitīvajiem aspektiem un iegūstamajiem rezultātiem.

11. Literatūras saraksts

Coffin P. (2008). *Overdose: A Major Cause of Preventable Death in Central and Eastern Europe in Central Asia. Recommendations and overview of the situation in Latvia, Kyrgyzstan, Romania, Russia and Tajikistan*. Eurasian Harm Reduction Network

Department of Health and Human Services, Academy for Educational Development (2002). *Methadone Maintenance Treatment*. Department of Health and Human Services

EMCDDA (2008). *Situācija narkomānijas problēmas jomā Eiropā. 2008. gada ziņojums*. Luksemburga: Eiropas Kopienu Oficiālo publikāciju birojs.

EMCDDA (2007a). *Guidelines for the evaluation of treatment in the field of problem drug use. A manual for researcher and professionals*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

EMCDDA (2007b). *Situācija narkomānijas problēmas jomā Eiropā. 2008. gada ziņojums*. Luksemburga: Eiropas Kopienu Oficiālo publikāciju birojs

EMCDDA (2006). *Situācija narkomānijas problēmas jomā Eiropā. 2008. gada ziņojums*. Luksemburga: Eiropas Kopienu Oficiālo publikāciju birojs

EMCDDA (2000). *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Farrell, M., Gowing, L., Marsden, J. et.al. (2005). Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention. *International journal of drug policy* 16S, pp. S67-75.

Kastelic, A., Pont, J. et.al. (2008). *Opioid substitution treatment in custodial settings: a practical guide*. Oldenburga: BIS Verlag der Carl von Ossietzky Universitat. [pieejams arī: <http://www.archido.de/>]

SVA (2007). *Atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatība un sekas Latvijā. 15.izdevums*. Rīga: Sabiedrības veselības aģentūra.

SVA (2008). *Atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatība un sekas Latvijā. 16.izdevums*. Rīga: Sabiedrības veselības aģentūra.

MK 2002.gada 24.septembra noteikumi Nr.429 „Alkohola, narkotisko, psihotropo un toksisko vielu atkarības slimnieku ārstēšanas kārtība”.

MK 2002.gada 4.augusta noteikumi Nr. 640 „Grozījumi Ministru kabineta 2002.gada 24.septembra noteikumos 429 „Alkohola, narkotisko, psihotropo un toksisko vielu atkarības slimnieku ārstēšanas kārtība””.

MK 2005.gada 8.oktobra noteikumi Nr. 751 „Grozījumi Ministru kabineta 2002.gada 24.septembra noteikumos Nr.429 "Alkohola, narkotisko, psihotropo un toksisko vielu atkarības slimnieku ārstēšanas kārtība”.

MK 2008.gada 5.februāra noteikumi Nr.76 „Veselības inspekcijas nolikums”.

Latvian National Focal Point (2007). *2007 National Report (2006 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. „Latvia” New developments, trends and in – depth information on selected issues.* Riga: Public Health Agency.

Latvian National Focal Point (2008). *2008 National Report (2007 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. „Latvia” New developments, trends and in – depth information on selected issues.* Riga: Public Health Agency.

Stirna A., Pelne A. u.c. (2006). *Narkoloģisko pacientu ārstēšanas vadlīnijas.* Rīga: Narkoloģijas valsts aģentūra.

Stufflebeam L., McKee H & B. (2003). *The CIPP Model for Evaluation.* Portland, Oregon: Annual Conference of the Oregon Program Evaluators Network (Open)

Subata E. (2007). *Evaluation of Methadone Maintenance Therapy Program in Latvia. Report to United Nations Office on Drugs and Crime Project “HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users and in prison settings in Estonia, Latvia and Lithuania”.* United Nations Office on Drugs and Crime.

Trapencieris M., Sņikere S. u.c. (2008). *Narkotiku lietošanas tendences un paradumi Latvijā: narkotiku lietotāju kohortas pētījuma trešā posma (2008.gada) rezultātu pārskats.* Rīga: Atbalsta centrs visiem, kurus skar HIV/AIDS „Dia+logs”.

Trautmann F., Rode N. et al. (2007). *Evaluation of substitution maintenance treatment in Slovenia – assessing its quality and efficiency.* Utrecht – Ljubljana: Trimbos Institute of Mental Health and Addiction, Faculty of Social Work, University of Ljubljana.

Uchtenhagen A., Ladjevic T., Rehm J. (2007) *WHO Guidelines for psychosocially assisted pharmacological treatment of persons dependent on opioids.* Toronto: Research Institute for Public Health and Addiction at Zurich University, Centre for Addiction and Mental Health.

Verster A. and Buning E. (2005). *Buprenorphine: Critical Questions Examined.* Amsterdam: Euro-Methwork.

Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūra. *Buprenorfīna pielietošanas medicīniskā tehnoloģija opioīdu atkarīgo pacientu ārstēšanā.*

Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūra. *Metadona aizvietojošās terapijas programmas medicīniskā tehnoloģija.*

WHO/UNODC/UNAIDS (2004). *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention.* Position paper. World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, UNAIDS.

[http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html]

WHO Model List Of Essential Medicines, 15th list, March 2007. [pieejams arī : <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>]

Drug Policy Alliance [pieejams : <http://www.drugpolicy.org/library/research/methadone.cfm>]