

Ievads

Šis ir septītais e-žurnāla "Aktuāla informācija par atkarības problēmām" (AIPAP) numurs. Katrā izdevumā tiek sniegti jaunākie dati par garīgo veselību, atkarību slimību izplatību un sekām valstī, pārskati par aktuālākajām publikācijām un literatūru, kā arī Slimību profilakses un kontroles centra (SPKC) sabiedrības veselības speciālistu gatavotie raksti.

AIPAP ir paredzēts gan nozares speciālistiem un mūsu sadarbības partneriem, gan ikvienam interesentam, kas meklē jaunāko informāciju par atkarības problēmām un notikumiem Latvijā un pasaulē.

Šajā izdevumā mēs uzmanību pievēršam vairākām aktuālām problēmām: tramadola lietošanai nemedicīniskos nolūkos un pagaidu aizliegumu ieviešanai jaunajām psihoaktīvajām vielām. Līdz ar izmaiņām Eiropas Savienības direktīvā, plašāk analizējam elektroniskās cigaretes, to darbību, drošību un tiesisko regulējumu šobrīd un nākotnē.

Ieskatu sniedzam par situāciju narkoloģijas resursu pieejamībā Latvijā. Īsumā apskatām jauno fenomēnu "interneta atkarība", kā arī skaidrojam vai pašnavībām ir sezonālitate.

SATURS

- Tramadola nemedicīniskas lietošanas raksturojums Latvijā
- Elektroniskā cigarete
- Jauno psihoaktīvo vielu pagaidu aizliegums Latvijā
- Resursi narkoloģijas nozarē
- Brīdinošo uzrakstu, piktogrammu izmantošana uz alkoholisko dzērienu iepakojuma
- Pieņemtas būtiskas izmaiņas tabakas un nikotīnu saturošo izstrādājumu realizācijas noteikumos Eiropā
- Interneta atkarība: 21. gadsimta slimība vai simptoms?
- Vai Latvijā ir novērojama pašnavību sezonālitate?

Aktuālās SPKC publikācijas

1. METODOLOĢISKĀ PĒTĪJUMA REZULTĀTI: ALKOHOLA, TABAKAS UN NARKOTIKU LIETOŠANAS IZPLATĪBA SKOLĒNU VIDŪ LATVIJĀ
2. TEMATISKAIS ZIŅOJUMS "ALKOHOLA LIETOŠANAS IZPLATĪBA UN SEKAS LATVIJĀ 2012. GADĀ"
3. TEMATISKAIS ZIŅOJUMS "SMĒKĒŠANAS IZPLATĪBA UN SEKAS LATVIJĀ 2012. GADĀ"
4. NACIONĀLAIS ZIŅOJUMS "SITUĀCIJA NARKOTIKU UN NARKOMĀNIJAS PROBLĒMAS JOMĀ LATVIJĀ LĪDZ 2013. GADAM"
5. TEMATISKAIS ZIŅOJUMS "ATKARĪBU IZRAISOŠO VIELU PROFILAKSE LATVIJĀ 2012. GADĀ" UN ANALĪTISKAIS ZIŅOJUMS "PSIHISKĀS VESELĪBAS VEICINĀŠANA UN PAŠVALDĪBU PROFILAKSE LATVIJĀ 2012. GADĀ"

PUBLIKĀCIJAS PIEEJAMAS WWW.SPKC.GOV.LV SADAĻĀ "PĒTĪJUMI UN ZIŅOJUMI" / "ATKARĪBU SLIMĪBU PĒTĪJUMI UN ZIŅOJUMI" UN SADAĻĀ "SABIEDRĪBAS VESELĪBAS DATU ANALĪZE"

(c) Slimību profilakses un kontroles centrs

TRAMADOLA NEMEDICĪNISKAS LIETOŠANAS RAKSTUROJUMS LATVIJĀ

Tramadola hidrohlorīds ir sintētisks centrālas dabas opioīdu grupas analgētiķis, kuru indicē pie vidēji stiprām un stiprām sāpēm. Zāļu valsts aģentūra tramadola hidrohlorīda saturošas zāles ir iekļāvusi Narkotisko analgētisko vielu sarakstā. Tās ir iegādājamas, uzrādot ārsta izrakstītu īpašo recepti. Latvijā, saskaņā ar Latvijas Zāļu reģistru, šī viela ir pieejama dažādās formās – apvalkotās tabletes, cietās kapsulas, injekciju šķīdums, ilgstošās darbības tabletes, supozitoriji, šķīdums^{1,2,3}.

Statistika par zāļu patēriņu tiek apkopota analizējot patēriņa datus izteiktus definētās dienas devās uz 1000 iedzīvotājiem dienā (defined daily doses per 1000 inhabitants per day – DID) (sk. 1. attēlu). Izmantojot DID ir iespējams spriest par pacientu skaitu, kuri lieto konkrētās grupas zāles. Zāļu valsts aģentūras apkopotie dati liecina, ka pēdējos gados konstanti ir pieaudzis tramadola patēriņš. Ja 2008. gadā vidēji 1,13 iedzīvotāji no 1000 ik dienas patērēja vienu terapeitisko tramadola devu, tad 2012.gadā šis skaitlis ir pieaudzis līdz 1,53 (vienu tramadola terapeitiskā deva (defined daily dose) ir 0,3g). Patēriņa pieaugums novērojams ne tikai relatīvos rādītājos, bet arī absolūtos rādītājos – 2008.gadā patērēts 272kg tramadola hidrohlorīda, savukārt 2012.gadā patēriņš pieaudzis līdz 342 kg^{4,5}.

Līdzīga tendence novērojama arī Igaunijā, kur vērojams DID pieaugums no 1,63 devām 2010. gadā līdz 1,82 2012. gadā. Arī Lietuvā 2012. gadā, salīdzinot ar iepriekšējo gadu, vērojams neliels pieaugums – no 0,8 uz 0,9, bet tas ir ievērojami mazāk nekā 2010.gadā, kad tramadolu vidēji patērēja 2,04 Lietuvas iedzīvotāji no 1000 iedzīvotājiem. Apkopotā informācija par tramadola patēriņu Baltijas valstīs norāda

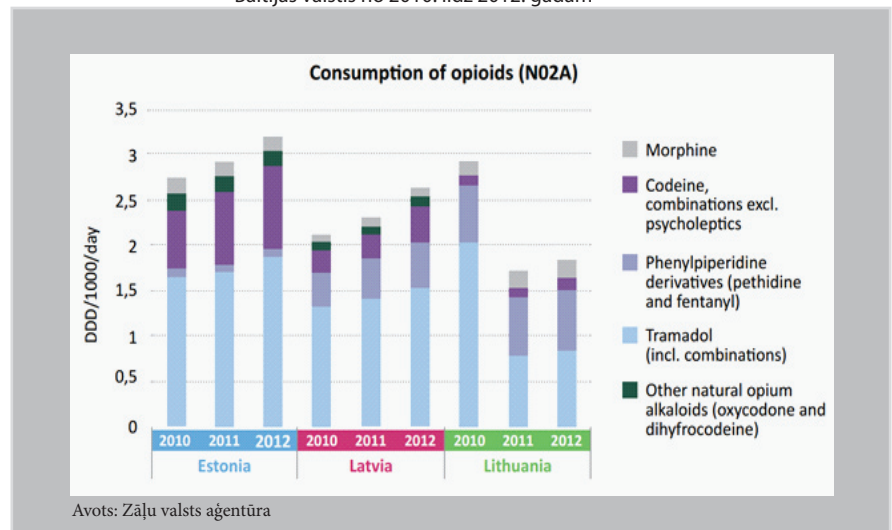
ne tikai uz patēriņa pieaugumu, bet arī izceļ tramadolu kā visbiežāk lietoto opioīdu grupas medikamentu⁶.

Šo zāļu patēriņa pieaugums Latvijā, iespējams, skaidrojams ne tikai ar pacientu pieaugumu, kuriem šīs zāles tiek izrakstītas, bet arī ar to cilvēku skaita pieaugumu, kuri šīs zāles lieto nemedicīniskos nolūkos – lai apreibinātos. To pierāda fakts, ka 2013.gada decembrī Veselības inspekcija ziņoja, ka pēdējā laikā iestāde bieži saņem informāciju no ārstiem par nozagtām īpašo receptu veidlapām un no farmaceitiem par zāļu saņemšanai iesniegtām viltotām receptēm un receptēm ar viltotiem ārstu zīmogiem. Saņemtā informācija liecināja, ka visbiežāk pret minētajām receptēm aptiekās vēlas iegādāties lielāko pieejamo tramadola hidrohlorīdu saturošu zāļu devu vai citas narkotiskās un psihotropās zāles⁷.

Par to, ka tramadolu saturošu vielu lietošana, apreibināšanās nolūkos, nav tikai pēdējo gadu tendence, liecina VSIA „Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centra” Alkohola, narkotisko un psihotropo vielu reibuma ekspertīzes nodaļā veikto ekspertīžu rezultāti Rīgā un tās apkārtnē dzīvojošām personām, kas visbiežāk tiek veiktas pēc tiesībsargājošo institūciju nosūtījuma. Dati liecina, ka lielākas unikālo personu skaits, kam ekspertīzē konstatēts tramadols, novērots 2001.gadā (497 personas), kam seko otrs šī rādītāja pieaugums 2007.gadā (368 personas). Lai arī pēdējo gadu dati liecina par šādu personu skaita samazināšanos, 2012.gada dati norāda uz pretējo. Nemainīgi šī viela tiek biežāk konstatēta viriešiem (skatīt 2.attēlu).

Analizējot ekspertīžu datus pa konstatētajām vielām, secināms, ka tramadola lietošanas tendences gadu laikā ir nedaudz mainījušās.

1. attēls. Opioīdu grupas zāļu patēriņš DDD/1000 iedzīvotājiem/dienā Baltijas valstīs no 2010. līdz 2012. gadam





TABAKAS KONTROLES KAPACITĀTES CELŠANA

Pasaules veselības organizācija (PVO) ir publicējusi četru publikāciju sējumu par kapacitātes stiprināšanu tabakas atkarības ārstēšanai primārajā aprūpē.

Tabakas lietošanas atkarības ārstēšana ir noteikta PVO Vispārējās konvencijas par tabakas uzraudzību 14 paragrāfā kā būtiska visaptverošas tabakas kontroles stratēģijas sastāvdaļa. Tabakas atkarības ārstēšana arī tiek rekomendēta kā daļa no pilnvērtīga pakalpojumu servisa neinfekcijas slimību profilaksē primārajā aprūpē PVO Neinfekcijas slimību globālās profilakses un kontroles rīcības plānā 2013-2020. Sējuma mērķis ir palīdzēt valstīm spert pirmos soļus tabakas atkarības ārstēšanā, nodrošinot īsas intervences primārajā aprūpē. Sējumā publicēti apmācības materiāli:

- Politikas veidotājiem. Veselības aprūpes sistēmas izveidošana un ieviešana, lai uzlabotu īso tabakas atkarības ārstēšanas intervencu nodrošināšanu

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84388/4/9789241505413_eng_Part-I_policy_makers.pdf

- Primārās aprūpes pakalpojumu vadītājiem. Plānot un ieviest izmaiņas ārstniecības sistēmā, lai atbalstītu īso ārstēšanas intervencu nodrošināšanu

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84388/4/9789241505413_eng_Part-II_service_managers.pdf

- Primārās aprūpes personālam. Apmācība īso intervencu sniegšanā pacientiem

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84388/4/9789241505413_eng_Part-III_service_providers.pdf

- Nākotnes ekspertiem. Apmācība speciālistiem, kas veiks apmācības politikas veidotājiem, primārās aprūpes vadītājiem un personālam

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84388/5/9789241505413_eng_Part-IV_future_trainers.pdf

U.Mārtiņšone

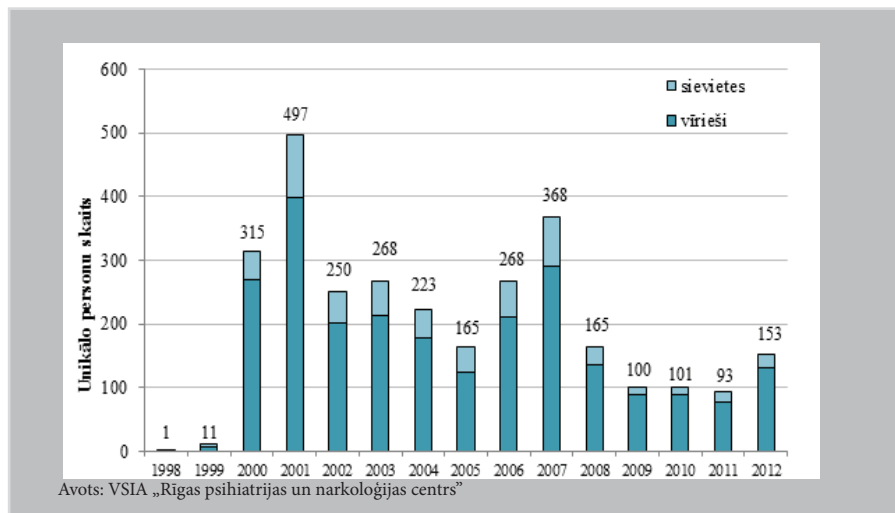
PVO ROKASGRĀMATA NACIONĀLĀS KAPACITĀTES NOVĒRTĒŠANAI TABAKAS KONTROLES POLITIKAS IEVIEŠANĀ

Rokasgrāmatā sniegts pārskats par valdību un sabiedrības izmantoto metodoloģiju, lai novērtētu valstu kapacitāti efektīvas tabakas kontroles pasākumu ieviešanā. Nacionālās kapacitātes izvērtējums ir kopdarbs starp valsti un PVO, ar nacionālo un internacionālo sadarbības partneru līdzdalību. Izvērtēšanā ietilpst organizatoriskās struktūras un citu faktoru izvērtēšana, lai ieviestu uz pierādījumiem balstītus tabakas kontroles pasākumus, kas ir visefektīvākie tabakas lietošanas samazināšanā. Papildus tam tiek apskatīti arī citi kapacitātes noteicoši faktori, kā, piemēram, sadarbība, finansiālie un cilvēkresursi, tehniskie, vadības un politiskie procesi, kas ir nepieciešami efektīvas politikas ieviešanā. Rokasgrāmatā apkopota virkne ieteikumu potenciālai rīcībai, lai vadītu valsti un sabiedrību ikvienā tabakas kontroles posmā.

Rokasgrāmatā pieejama elektroniski PVO mājas lapā: http://www.who.int/tobacco/publications/building_capacity/manual/en/index.html

U.Mārtiņšone

2. attēls. Unikālo Rīgas un tās apkārtnē dzīvojošo personu skaits pa dzimumiem, kuriem ekspertizē konstatēts tramadols no 1998. līdz 2012.gadam



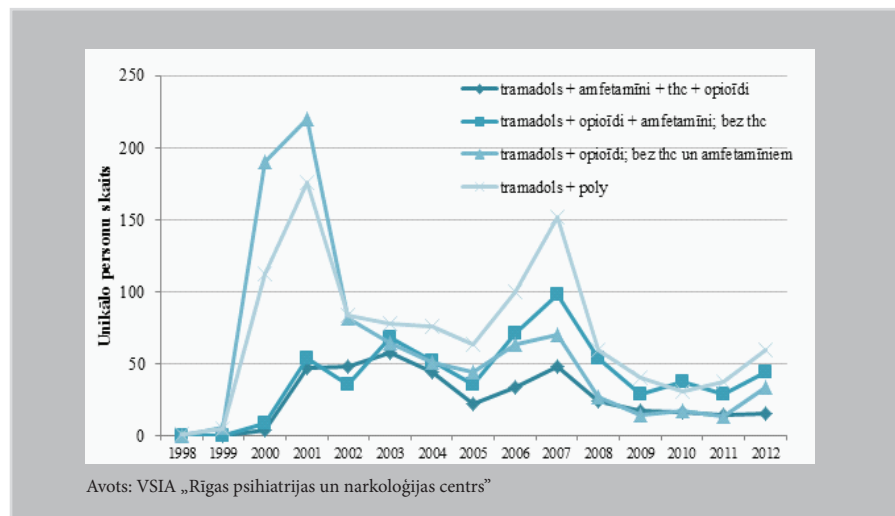
Avots: VSIA „Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs”

2000.–šo gadu sākumā visbiežāk tika konstatēta tramadola lietošana apvienojumā ar kādu citu opioīdu, toties vēlāk to nomainīja tramadola lietošana kopā ar vairākām narkotiskajām vielām (polydrug use). Vēl tramadola lietošana salīdzinoši bieži novērota apvienojumā ar opioīdiem un amfetamīniem – 2010.gadā šis bija biežāk konstatētais tramadola lietošanas modelis (skatīt 3.attēlu). Jāpiemin, ka konstatētā tramadola

grupā „citi precizēti sintētiski opīāti”.

Provizorisks dati liecina, ka 2013.gadā pēc narkoloģiskās palīdzības kopumā vērsušās 1280 personas ar diagnozi – psihoaktīvo vielu lietošana (SSK – 10: F11 – F19), no kurām 89 personas (7% no visām personām) norādījušas tramadola lietošanu (galvenokārt vai arī papildus kādai citai psihoaktīvai vielai). Vairākas no šīm personām pēc narkoloģiskās palīdzības vērsušās atkārtoti,

3. attēls. Unikālo personu skaits, kuriem ekspertizē konstatēts tramadols kombinācijā ar citām narkotiskajām un psihotropajām vielām Rīgā un tās apkārtnē no 1998. līdz 2012. gadam



Avots: VSIA „Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs”

klātbūtne personas bioloģiskajās vidēs neizslēdz iespēju, ka šī viela tikusi lietota ārstniecības nolūkos⁸.

Pamatojoties uz 2012.gada 18.decembra grozījumiem Ministru kabineta 2008.gada 15.septembra noteikumos Nr.746 “Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība” attiecībā uz narkoloģisko pacientu reģistrāciju, kopš 2013.gada ir pieejama informācija par narkoloģiskajiem pacientiem, kuri saistībā ar tramadola lietošanu ārstējušies ambulatori pie narkologa vai stacionāri ārstniecības iestādēs, kur ir narkoloģiskā profila gultas. Iepriekš tramadols, kā lietotā viela, atsevišķi netika izdalīta, tas ietilpa

kopumā 2013.gadā veidojot 111 epizodes. Papildus šiem gadījumiem 2013.gadā reģistrētas 12 personas, kuras vērsušās pēc narkoloģiskās palīdzības alkohola lietošanas problēmu dēļ (diagnoze SSK – 10: F10), kuras papildus alkohola lietošanai, norādījušas arī tramadola lietošanu.

No 101 personas, kura kopumā norādījusi tramadola lietošanu, 31 persona to minējusi kā galveno lietoto vielu (38 epizodes). Tie galvenokārt ir vīrieši (94%). Lielākā daļa no šīm personām (65%) norādījusi, ka tramadolu sākuši lietot tajā pašā vecumā, kad pirmo reizi lietojusi kādu no atkarību izraisošām vielām. 45% no personām pirmā lietotā viela bija tramadols, nedaudz mazāk – marihuāna – 32%. Jaunāks

tramadola lietotājs bijis trīspadsmit gadus vecs, savukārt vecākais, kurš uzsācis tramadola lietošanu, piecdesmit gadus vecs, vidējais lietotāju vecums – divdesmit gadi.

Lielākā daļa personu (65%), kuri norādījuši, ka tramadola lietošana ir galvenā psihoaktīvo vielu lietošanas problēma, atzīst, ka to apēd/iedzer katru dienu. Savukārt personas, kurām tramadola lietošana nav galvenā lietotā viela, norādījuši, ka tramadolu uzņēma arī injekciju veidā.

Gandrīz pusei no tramadola lietotājiem (42%) diagnoze ir psihiski un uzvedības traucējumi, kas radušies daudzu narkotisko un citu psiho-

tēta tramadola klātbūtnē bioloģiskajā materiālā. Abos gadījumos konstatētās vielas ir – morfīns, kodeīns, tramadols, savukārt nāves pamatcēlonis ir saindēšanās ar narkotiskām un psihodisleptiskām vielām (halucinogēniem). Mirušie bija vīrieši vecuma grupā no 20 līdz 29 gadiem; gadījumi savā starpā nav saistīti¹⁰.

Tramadola nemedicīniskas lietošanas problēma ir aktuāla ne tikai Latvijā. Jaunākajā ANO Narkotiku kontroles komisijas veiktajā starptautiskajā aptaujā, kurā piedalījās arī Latvija, minēts, ka 33 valstis (42%) ir konstatējušas tramadola nemedicīnisku lietošanu. Vairākas valstis no-

ciju¹¹.

Tramadols nav iekļauts ne 1961.gada 30.marta Vienotajā konvencijā par narkotiskajām vielām, ne 1971.gada 21.februāra Konvencijā par psihotropajām vielām, ne arī Latvijā kontrolējamu vielu sarakstos. Tas nozīmē, ka par tramadolu saturošu vielu aprites pārkāpumiem nevar tikt piemērota kriminālatbildība. Pieejamā informācija par tramadola lietošanu nemedicīniskos nolūkos Latvijā liecina par nopietnu problēmu sabiedrības veselības drošībai. Līdz ar to šobrīd tiek veiktas izmaiņas noteikumos par Latvijā kontrolējamajām narkotiskajām vielām, psihotropajām vielām un prekursoriem, ar mērķi tramadolu klasificēt, kā psihotropo vielu un iekļaut to kontrolējamo vielu III sarakstā¹².

I.Redoviča

1. tabula. Unikālo personu skaits, kuri 2013.gadā vērsušies pēc narkoloģiskās palīdzības, norādot, ka primārā lietotā viela ir tramadols

	absolūtie skaitļi	%
Kopā	31	100
Vīrieši	29	93.5
Sievietes	2	6.5
Vecums uzsākot ārstēšanu 2013. gadā:		
20-29 gadi	23	74.2
30-39 gadi	5	16.1
40-49 gadi	1	3.2
50+ gadi	2	6.5
Tramadola lietošanas biežums:		
vairākas reizes dienā	2	6.5
katru dienu	20	64.5
4-6 dienas nedēļā	2	6.5
2-3 dienas nedēļā	2	6.5
nav lietojis pēdējo 30 dienu laikā	5	16.1
Pirmreizēji lietotā viela:		
tramadols	14	45.2
marihuāna	10	32.3
heroīns	5	16.1
citi	2	6.5
Ārstniecības iestāde, kurā ārstējies		
ambulatora iestāde	7	22.6
stacionāra iestāde	24	77.4
Pamatdiagnoze (SSK-10 kods)		
F11-Psihiski un uzvedības traucējumi opiātu lietošanas dēļ	18	58.1
F-19 Psihiski un uzvedības traucējumi, kas radušies daudzu narkotisku un citu psihoaktīvu vielu lietošanas dēļ	13	41.9

Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par narkoloģiskajiem pacientiem

aktīvo vielu lietošanas dēļ. Tas liecina, ka kopā ar tramadolu tiek lietotas arī citas narkotiskas un psihotropas vielas (skatīt 1.tabulu)⁹. Lielāka efekta panākšanai, personas var palielināt tramadola devu, kas atsevišķos gadījumos var novest pie pārdozēšanas. Lai gan Latvijā līdz šim nav reģistrēts neviens ar tramadola pārdozēšanu tieši saistīts nāves gadījums, 2011.gadā divos no vienpadsmit nāves gadījumiem, kas saistīti ar narkotiku pārdozēšanu, tika konsta-

rādīja, ka ir konstatējušas arī tramadola nelegālu izplatīšanu, importu un pat ražošanu un eksportu. ANO Narkotiku kontroles komisija, balstoties uz aptaujas rezultātiem, atzina, ka ir svarīgi nodrošināt tramadola pieejamību ārstniecības mērķiem, bet tikpat svarīgi ir nepieļaut šīs vielas nemedicīnisku lietošanu. Komisija rekomendē valstīm aktīvi sekot līdzi tramadola aprites tendencēm un informēt par tām gan pašu komisiju, gan Pasaules Veselības organizā-

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

- ¹ Racionālas pretsāpju farmakoterapijas rekomendācijas zāļu iegādes kompensācijas sistēmas ietvaros (<http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/4d08c04484f11.pdf>)
- ² Latvijas Zāļu reģistrā iekļauto narkotisko, psihotropo vielu un narkotisko analgētisko līdzekļu saraksts (http://www.zva.gov.lv/doc_upl/LV-Kontr-Nark-Analge-Psihotro_20120828.pdf?b)
- ³ Latvijas Zāļu reģistrs (<http://www.zva.gov.lv/zalu-registrs/>)
- ⁴ „Drug and therapeutics committees – a practical guide” World Health Organization, Kathleen Holloway, Terry Green (<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4882e/s4882e.pdf>)
- ⁵ „Zāļu patēriņa statistika, 2012” Zāļu valsts aģentūra, E. Gailite, A. Seilis, A. Zaķe (http://www.zva.gov.lv/doc_upl/Zalu_paterina_statistika_2012-20130604.pdf)
- ⁶ „Baltic Statistics on Medicines, 2010 – 2012”, Estonian State Agency of Medicines, Latvian State Agency of Medicines, Lithuanian State Medicines Control Agency, Tartu, 2013
- ⁷ „Par receptu un ārstu zīmogu viltojumem” Veselības inspekcija 18.12.2013 (<http://www.vi.gov.lv/sakums/aktuali/jaunumu-arhivs-2013-gads/par-receptu-un-arstu-zimogu-viltajumiem>)
- ⁸ VSIA „Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centra” Alkohola, narkotisko un psihotropo vielu reibuma ekspertīzes nodaļa veikto ekspertīžu rezultāti
- ⁹ Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par narkoloģiskajiem pacientiem
- ¹⁰ Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāze
- ¹¹ „Report of the International Narcotics Control Board for 2013” United Nations: International Narcotics Control Board, January, 2014
- ¹² 2005.gada 8.novembra Ministru kabineta noteikumi Nr.847 „Noteikumi par Latvijā kontrolējamajām narkotiskajām vielām, psihotropajām vielām un prekursoriem”



EIROPAS ALKOHOLA STATUSA UN VESELĪBAS ZIŅOJUMS 35 EIROPAS VALSTĪS

PVO Eiropas reģionā dzīvojošie patērē visvairāk alkoholu pasaulē, rēķinot uz vienu iedzīvotāju. Eiropa bija pirmais PVO reģions, kurā tika pieņemts vienots politiskais instruments dalībvalstīm 1992. gadā un 2011. gadā globāla alkohola kaitējuma mazināšanas stratēģija. Eiropas Savienībā alkohols izraisa vidēji 120 000 iedzīvotāju priekšlaicīgu nāvi ik gadu: alkohola rezultātā mirst viens no septiņiem vīriešiem un viena no 13 sievietēm. Vairākums valstu Eiropas reģionā ir pieņēmušas politiskos dokumentus, stratēģijas un plānus, lai mazinātu alkohola lietošanas rezultātā radītās sekas. 2012. gadā PVO Eiropas reģionālais birojs ir apkopojis informāciju par alkohola patēriņu un radīto kaitējumu, kā arī politikajām iniciatīvām kaitējuma mazināšanas nolūkā 35 ES dalībvalstīs un kandidātvalstīs, kā arī Norvēģijā un Šveicē. Ziņojumu veido trīs daļas: pirmajā daļā apkopoti dati par alkohola patēriņu un kaitējumu, otrajā daļā valstu politiskās iniciatīvas Eiropas rīcības plāna jomu ietvarā. Trešā daļa attēloti sasniegumi politiskās rīcības izstrādāšanā laika posmā no 2006. līdz 2012. gadam. Ziņojums pieejams elektroniski: <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/status-report-on-alcohol-and-health-in-35-european-countries-2013>

U.Mārtiņšone

PVO GLOBĀLĀS TABAKAS EPIDĒMIJAS ZIŅOJUMS MPOWER 2013

Jaunākajā 2013 gada ziņojuma redzeslokā ir visaptverošs tabakas reklāmas un sponsorēšanas aizliegums, kas ir efektīvs veids, lai samazinātu vai pilnībā novērstu vizuālu pakļaušanu tabakas lietošanu veicinošiem faktoriem.

Svarīgākās ziņojumā minētās idejas:

- Kopumā 2,3 miljardi iedzīvotāju jeb viena trešā daļa no pasaules populācijas ir pakļauti vismaz vienam tabakas lietošanu ierobežojošam pasākumam.
- Kopš pirmās ziņošanas publicēšanas 1,3 miljardi iedzīvotāju pēdējo piecu gadu laikā ir aizsargāti no tabakas epidēmijas vismaz ar vienu tabakas kontroles pasākuma palīdzību.
- Biežāk izmantotais tabakas kontroles instruments ir smēķēšanas aizliegšana sabiedriskās vietās, kas ieviests 32 valstīs. Aizliegums attiecas uz visām darba vietām, sabiedriskām vietām un sabiedrisko transportu, laika posmā no 2007. līdz 2012. gadam, no pasīvās smēķēšanas aizsargājot teju 900 miljonus iedzīvotāju.
- Vairāk kā pusei miljardu iedzīvotāju deviņās valstīs pēdējo gadu laikā ir nodrošināta piekļuve piemērotiem smēķēšanas atmešanas pakalpojumiem.

Ziņojums pieejams elektroniski: http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/index.html

U.Mārtiņšone

ELEKTRONISKĀ CIGARETE

Pēdējā gada laikā gan Eiropā, gan Latvijā pastiprināta uzmanība tiek pievērsta jaunu atkarības izraisošo vielu ienākšanai tirgū, minētās vielas daudzviet nav reglamentētas valstu likumdošanas ietvarā. Mēģinājumi ierobežot jaunas legālas vielas saturošus izstrādājumus, radījusi jaunu izaicinājumu valstu likumdevējiem.

Elektroniskās cigaretes, kuru pirmsākumi meklējami Ķīnā 2003. gadā, šodien ir gan Eiropas Komisijas, gan Latvijas politiskas veidotāju redzeslokā.

Produkts, kas savos pirmsākumos tika izgatavots, lai mazinātu smēķēšanas sekas sabiedrības veselībai, labklājībai un valsts ekonomikai, ik gadu iekaro arvien lielāku tirgus daļu un popularitāti iedzīvotāju vidū visā pasaulē.

E-cigarete ir ierīce, kas sastāv no trīs pamatsastāvdaļām: baterijas, pulverizatora un kārtidža, un tā visbiežāk izskatās tieši tāpat kā parasta cigarete (skat. 1. attēlu).

E-cigaretēs lietošanas laikā smēķētājs aktivizē pulverizatoru, kas karsē kārtidžā pildīto nikotīna šķīdumu pārvēršot to tvaikā. Tvaiks satur mikroskopiskas šķīduma daļiņas, kuras smēķētājs ieelpo caur cigaretes mutes daļu.

Pēc internetā pieejamās informācijas, Latvijā pārdošanā pieejamas gan vienreizējās lietošanas e-cigaretēs, gan e-cigaretēs vairākkārtējai lietošanai. Vienreizējās lietošanas e-cigaretēs, kuras nav atkārtoti uzpildāmas ir pieejamas jau sākot no vidēji 7 eiro, bet cigarešu komplekts, kas satur nomaināmus kārtidžus kā arī USB un automašīnā lietojamas uzlādes ierīces ir pieejams sākot no 14 eiro. Saskaņā ar pārdevēju norādīto informāciju ar vienu kārtidžu pietiek 100-200 inhalācijām, kas ir ekvivalents 10-15 tabakas cigarešu izsmēķēšanai. Minētais inhalāciju skaits gan atšķiras dažādiem ražotājiem. Patērētājiem ir iespējas arī iegādāties atsevišķi nomaināmus kārtidžus un uzpildāmos nikotīna šķīdumus dažādās koncentrācijās un ar dažādām garšām. Šobrīd elektroniskās cigaretes ir nopērkamas daudzās Latvijas interneta veikalos, kā arī mazumtirdzniecības stendos lielveikalos.

Par to, ka e-cigaretēs nebūt nav latviešiem svešs produkts liecina jaunāko pētījumu dati. Saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas Starptautiskā jauniešu smēķēšanas pētījuma datiem, 2011. gadā kopumā 20,2% 13 līdz 15 gadus veco Latvijas skolēnu (22% zēnu un 18% meiteņu) ir mēģinājuši lietot elektronisko cigareti. Pieaugot skolēnu vecumam, palielinās skolēnu īpatsvars, kuri ir mēģinājuši smēķēt elektronisko cigareti. Pēdējā mēneša laikā vienu vai vairākas dienas elektronisko cigareti smēķējuši 9,1% (10,3% zēnu un 7,7% meiteņu) skolēnu. Savukārt 15-

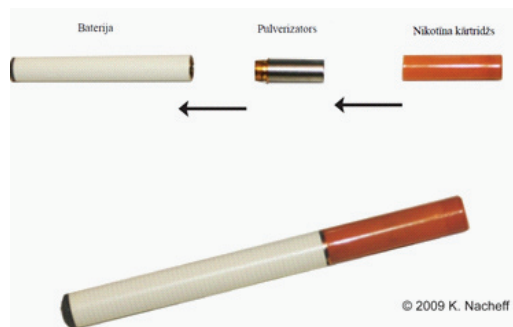
64 gadīgo Latvijas iedzīvotāju vidū, 2012. gadā elektronisko cigareti vienu reizi bija lietojuši

7,2% aptaujāto. Pamatotas ir likumdevēju bažas, ka e-cigaretēs iedzīvotājus pievērsīs smēķēšanai nevis palīdzēs samazināt tabakas izstrādājumu lietošanas radītās sekas.

Lai gan saskaņā ar Eiropas Komisijas finansētā pētījuma datiem, 2009. gadā tikai 3% ES valsturespondenti lietojuši kādu izstrādājumu, kas saturējis nikotīnu, bet nav saturējis tabaku, tiek lēsts, ka e-cigarešu tirgus daļa Eiropā, kura vērtība ir 500 milj. eiro, katru gadu palielinās par 500%. Lielbritānijā 2011. gadā e-cigarešu lietotāju skaits bija vidēji 200 000 - 400 000 iedzīvotāji, bet Vācijā 1,2 miljons iedzīvotāju. Provizoriski aprēķini liecina, ka vidēji četriem līdz pieciem miljoniem iedzīvotāju Eiropā pieder e-cigarete.

Lielā mērā e-cigaretēs popularitātes palielināša-

1. attēls. Elektroniskās cigaretes sastāvdaļas



nos ir veicinājuši to plašā pieejamība, kas atšķirībā no tradicionālajiem tabakas izstrādājumiem daudzviet pasaulē netiek likumiski ierobežota. Arī pie mums šie izstrādājumi ir pieejami ikvienam pircējam, kurš tos vēlas iegādāties. Papildus tam, e-cigarešu ražotāji reklamē, ka nikotīns lietotājam tiek piegādāts „tīrā” veidā, bez darvas, tvana gāzes klātbūtnes, radot maldīgu priekšstatu par šī izstrādājuma „nekaitīgumu”.

VAI DROŠS LIETOŠANAI?

Maz ir zināms par e-cigarešu kvalitāti, drošību un iedarbības efektivitāti, neskatoties uz to, jaunākie pētījumi sniedz pretrunīgu informāciju, kas apliecina uzskatāmas informācijas trūkumu. Pēdējo gadu laikā veikti vairāki pētījumi un laboratoriskas produktu pārbaudes uz kuru rezultātiem balstītas jaunākās atziņas par e-cigarešu drošību.

Vērtējot elektroniskās cigaretes lietošanas drošumu, jāuzsver, ka ikviens izstrādājums, kas satur nikotīnu, ir kaitīgs veselībai. Nikotīna farmakoloģiskā un toksikoloģiskā iedarbība ir plaši aprakstīta (Benowitz 1996). Nikotīns ir viela ar augstu toksicitāti, ar īstermiņa un ilgtermiņa iedarbības sekām. Izplatītākie nikotīna saindēšanas simptomi ir slikta dūša un vemšana. Lielās devās nikotīns izraisa drebuļus un vēlāk krampjus. Nāves gadījumi visbiežāk ir saistīti ar respiratorās sistēmas paralīzi, kas var iestāties pēc pirmo saindēšanās pazīmju novērošanas.

Minimālā letālā orāli uzņemta deva cilvēkam ar zemu nikotīna toleranci ir aptuveni 0.5-0.75 mg/1kg, kas ir aptuveni 40-60 mg, rēķinot uz pieaugušu cilvēku.

Nikotīns ir atkarību izraisoša viela, kas pēc atkarības izraisīšanas riska skalas aiz heroīna un kokaīna ierindota trešajā vietā. Mazāks atkarības risks nekā nikotīnam ir alkoholam un citām narkotiskām un prihotropām vielām - LSD, ekstazī, kanabiss, amfetamīni, ketamīns, barbiturāti.

Tas nozīmē, ka teju katram nikotīna lietotājam pie lielāka vai mazāka nikotīna patēriņa rodas atkarība.

Virknē pētījumu ir pieejama informācija par e-cigarešu nikotīna šķidrums un izdalītā tvaika sastāvu. Atsaucoties uz pētījumu datiem, e-cigarešu pamatsastāvā ir trīs vielas: propilēnglikols, glicerīns un nikotīns. E-cigarešu šķīdumā konstatētas arī to sastāvā nenorādītas vielas dažādās koncentrācijās. Tas visbiežāk tiek saistīts ar slikti attīrītu nikotīna, glicerīna un propilēnglikola izmantošanu, kuru sastāvā var būt citu vielu piemaisījumi. Lai gan citas šķīduma sastāvā esošas vielas visticamāk ir klasificējamas kā smaržvielas un plastifikatori, kā arī vielas, kas ir izmantotas ražošanā un iepakojšanā, trūkst informācijas par to nozīmi un iedarbību.

Būtisku risku e-cigarešu lietošanas drošumam rada vairākā produktu darbības kontroles pārbaudēs konstatētā satura neatbilstība un novirzes paredzētās vielas iedarbības.

Būtiskas neprecizitātes sastāvā un nepietiekama produkta drošības kontrole ir konstatēta vairākiem produktiem, kas pārbaudīti starptautisku pētījumu laikā. Trūkst kontroles par to, kas no kārtidzā saturošā šķīduma faktiski nonāk pašā cigaretē un ko ieelpo smēķētājs. Informācija liecina, ka e-cigaretēm ir raksturīgas ievērojamas darbības nepilnības, kā rezultātā nikotīns netiek piegādāts norādītajās devās. Šobrīd nav informācijas par kārtidzī un pašu ierīču ražošanu, kas liecinātu par stabilu nikotīna koncentrācijas saturu dažādo tirgū pieejamo ierīču vidū. Preču marķēšana bieži vien ir nepilnvērtīga, kā rezultātā nikotīna saturs bieži vien ir neskaidrs, bet uz marķējuma izvietotie apgalvojumi bieži vien ir nepamatoti un maldinoši. No vairāk kā 100 dažādu marku produktiem vien atsevišķiem izstrādājumiem ir veikta kvalitātes kontrole. Pretēji ražotāju apgalvojotajam, pastāv aizdomas, ka elektronisko cigarešu izdalītais tvaiks var saturēt potenciāli kaitīgas vielas. 2009. gadā ASV Pārtikas un Zāļu Pārvalde (FDA) publicēja brīdinājumu, ka elektroniskās cigaretes var saturēt toksiskas vielas. Firms NJOY izstrādājumu sastāvā tika konstatēta dietilēnglikola klātbūtne, bet abos pārbaudītajos šīs firmas produktos tabakas izstrādājumiem raksturīgi nitrozamīni un citu vielu piemaisījumi. Tika arī konstatēts, ka minētās firmas e-cigaretes nepiegādāja stabilu nikotīna devu. (FDA, 2009). Turpmākajās FDA analizēs tika secināts, ka bez nikotīna, e-cigaretes izdala arī citas vielas.

Goniewicz et al (2012) veiktajā pētījumā tika analizēta nikotīna koncentrācija dažādu e-cigarešu ražotāju un modeļu kārtidzīs un uzpildāmajos šķīdumos, kas popularitāti guvuši gal-

venokārt Polijas, Lielbritānijas un ASV tirgos. Nikotīna koncentrācija tika mērīta 20 kārtidzīs un 15 uzpildāmajos šķīdumos. Deviņos no 20 pārbaudītajiem kārtidzīem nikotīna saturs atšķīrās no norādītā vidēji par 20%, bet tādas pašas koncentrācijas svārstības tika konstatētas trijos no pārbaudītajiem maināmajiem šķīdumiem. Lidzīgā pētījumā četrās no septiņām pārbaudītajām e-cigaretēm tika uzrādīta nikotīna klātbūtne, lai gan ražotājs tās pārdeva kā nikotīnu nesaturošas e-cigaretes.

Arī William un Talbot (2011) konstatēja, ka starp e-cigarešu markām pastāv būtiska atšķirība attiecībā uz gaisa caurplūšanas spēju, kas nepieciešama, lai izdalītos tvaiks un tiktu nodrošināta preces ilgtermiņa darbība. Pētījuma autori vērsa patērētāju uzmanību uz pastāvošām atšķirībām e-cigarešu marku vidū. Atšķirīgo gaisa caurplūšanas spēju dažādu marku e-cigaretēs apstiprināja Goniewicz et al (2012), kas analizēja dažādo marku cigarešu izdalīto nikotīna koncentrāciju tvaikā. Pētījums liecināja, ka tvaikā izdalītā nikotīna koncentrācija svārstījās no 0.5 līdz 15.4 mg. Vairākums e-cigarešu nikotīnu izdalīja pirmajos 150-180 ievilcienos. Vidēji tikai 50-60% no šķīdumā saturošā nikotīna tika izdalīts caur tvaiku.

Lai gan nepastāv pierādījumi tam, ka izdalītais tvaiks ir pilnībā nekaitīgs, tiek pieņemts, ka tas ir stipri nekaitīgāks par tabakas izstrādājumu degšanas rezultātā izdalītiem dūmiem. Tajā pašā laikā ASV Pārtikas un zāļu administrācija ir norādījusi, ka e-cigaretes var saturēt sastāvdaļas, kas ir zināmas kā toksiskas cilvēka organismam, kā arī var saturēt citas sastāvdaļas, kas var nebūt drošas lietošanai, bet kuru iedarbība šobrīd nav izpētīta.

ELEKTRONISKO CIGAREŠU TIESISKAIS REGULĒJUMS EIROPĀ UN LATVIJĀ

Viedokļu daudzveidība un pierādījumu trūkums ir radījis situāciju, kad šobrīd ES valstīs ir atšķirīgs elektronisko cigarešu tiesiskais regulējums. Pēc internetā pieejamās informācijas lielākā daļa valstu šobrīd realizē trīs rīcības virzienus e-cigarešu regulēšanā:

- e-cigarešu tirdzniecība ir aizliegta;
- e-cigarešu tirdzniecība nav pilnībā ierobežota vai ir noteikti atsevišķi ierobežojumi, piemēram, attiecībā uz vecumu, no kura e-cigaretes var iegādāties vai reklamēšanu masu medijos;
- e-cigaretes vai to sastāvdaļas tiek pielīdzinātas medicīnas ierīču vai farmakoloģisku līdzekļu statusam.

Eiropas nikotīna tirgus dominējošais produkts ar 121.30 milj. eiro lielu apgrozījumu ir cigaretes. Salīdzinoši, bezdūmu tabakas izstrādājumu apgrozījums ir 0.83 milj. eiro, nikotīna aizstājošās terapijas produktiem 0.56 milj. un e-cigaretēm 0.50 milj. eiro. Viens no būtiskākajiem faktoriem, kas ir radījis situāciju, ko var dēvēt par tradicionālo tabakas izstrādājumu tirgus monopolu, ir šo produktu vieglā pieejamība. Iedzīvotājiem visvieglāk pieejamais produkts ir tieši cigaretes. Latvijā tās ir nopērkamas praktiski ikvienā pārtikas preču veikalā, kā arī kioskos un citās vietās. Daudz mazāka pieejamība ir citiem nikotīnu saturošiem produktiem. Latvijā tāpat

kā vairākumā ES dalībvalstu (izņemot Zviedriju) ir aizliegta šnaucamās un zēlējamas tabakas tirdzniecība. Tajā pat laikā nikotīnu aizstājošās terapijas produkti (plāksteri, košļājamās gumiņas, inhalatori u.c.), kas ir sertificēti produkti smēķēšanas atmešanai ir pieejami vienīgi aptiekās, tādejādi mazinot iedzīvotāju pieejamību tiem, lai gan šie produkti smēķētājiem ir mazāk kaitīgs ikdienas nikotīna uzņemšanas veids.

Ņemot vērā straujo e-cigarešu lietotāju skaita pieaugumu un daudzviet brīvo pieejamību, 2012. gada nogalē Eiropas Komisija nodeva publiskai apspriešanai izstrādātos grozījumus Direktīvai 2001/37/EC, kas nosaka tiesisko regulējumu tabakas izstrādājumiem ES. Grozījumi paredz direktīvas normu paplašināšanu, iekļaujot tajā arī nikotīna saturošos produktus (NSP), tai skaitā e-cigaretes. Minētie priekšlikumi tika pieņemti 2014. gada marta sākumā un turpmāk noteiks aizliegumu visām dalībvalstīm tirgot e-cigaretes un nikotīna saturošos kārtidzīus/šķīdumus, kuros nikotīna koncentrācija pārsniedz 30 mg/ml. Papildus ir noteikti arī tirdzniecības vecuma ierobežojumi un noteikumi marķēšanai un patērētāju informēšanai. Esošie priekšlikumi paredz novērst nevienlīdzīgo situāciju, kura šobrīd pastāv ES dalībvalstu likumdošanā attiecībā uz nikotīnu saturošajiem produktiem. Direktīvas grozījumi gan neaizliedz dalībvalstīm pieņemt stingrākus mērus, tai skaitā aizliegt pilnībā e-cigarešu tirdzniecību savas valsts teritorijā. Šobrīd Saeimā ir iesniegti grozījumi likumā „Par tabakas izstrādājumu realizācijas, reklāmas un lietošanas ierobežošanu”, kas paredz elektronisko cigarešu un to lietošanā izmantoto šķīdumu tirdzniecības aizliegšanu Latvijā.

U.Mārtiņšone

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

- ¹ Velika, B., Grinberga, B., Pudule, I. (2012) Starptautiskais jauniešu smēķēšanas pētījums. 2011. Gada aptauja Latvijā. Rīga: Slimību profilakses un kontroles centrs.
- ² Pudule, I., Grinberga, D., Velika, B., Gavare, I., Villeruša, A. (2013) Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2012. Rīga: Slimību profilakses un kontroles centrs.
- ³ http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/tobacco_matrix_report_eu_market_en.pdf.
- ⁴ Nutt, David Nutt; King, Leslie A; Saulsbury, William; and Blakemore, Colin "Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse," The Lancet (London, United Kingdom: March 24, 2007), Vol 369, p. 1051.

JAUNO PSIHOAKTĪVO VIELU PAGaidu AIZLIEGUMS LATVIJĀ

Valsts policijas Kriminālistikas pārvaldes dati liecina – 2013.gada laikā veiktas vairāk kā 800 jauno psihoaktīvo vielu ekspertīzes. Turklāt nedaudz vairāk kā 700 ekspertīzes saistāmas ar sintētisko kanabinoīdu identifikāciju. Salīdzinājumam – 2012.gadā kopumā veiktas gandrīz 300 jauno psihoaktīvo vielu ekspertīzes, bet 216 gadījumos ekspertīzes veiktas sintētiskajiem kanabinoīdiem.

Pieaugotnekontrolējamajajau psihoaktīvo vielu izplatībai valstī, papildus esošajai likumdošanai (proti, 2013.gada sākumā pieņemtai ģenēriskai sistēmai) radās nepieciešamība pēc vēl kāda kontroles mehānisma, kas ļautu efektīvāk cīnīties ar minēto problēmu.

Šā iemesla dēļ tika izstrādāti un 2013.gada 14.novembrī spēkā stājās grozījumi likumā „Par narkotisko un psihotropo vielu un zāļu likumīgās aprites kārtību”. Likuma 4.panta otrā daļa paredz, ka „Ar Slimību profilakses un kontroles centra lēmumu uz laikposmu līdz 12 mēnešiem no lēmuma spēkā stāšanās dienas var aizliegt vai ierobežot tādu jaunu psihoaktīvo vielu vai tās saturošu izstrādājumu izgatavošanu, iegādāšanos, glabāšanu, pārvadāšanu, pārsūtīšanu vai izplatīšanu, kuras nav iekļautas Latvijā kontrolējamo narkotisko vielu, psihotropo vielu un prekursoru sarakstos un par kurām ir iegūta informācija no Eiropas Agrinās brīdināšanas sistēmas vai saņemts tiesu ekspertīžu iestādes atzinums par jaunām psihoaktīvām vielām. Lēmums stājas spēkā nākamajā dienā pēc tā publicēšanas oficiālajā izdevumā “Latvijas Vēstnesis”.

Līdz šim Slimību profilakses un kontroles centrs (turpmāk SPKC) ir pieņēmis lēmumu piemērot aizliegumu 21 jaunajai psihoaktīvajai vielai, sešām 2013.gadā un desmit vielām šogad. Lēmumi izdoti un publicēti administratīvo aktu formā un ir attiecināmi uz visiem valsts iedzīvotājiem.

Stājoties spēkā grozījumiem likumā „Par narkotisko un psihotropo vielu un zāļu likumīgās aprites kārtību”, SPKC ar 2013. gada 14. novembri izdeva pirmo administratīvo aktu, pagaidu aizliegumam pakļaujot psihoaktīvo

vielu 5F-AKB48 un to saturošus izstrādājumus, bet vēlāk, 2013. gada 20. decembrī aizliegums tika piemērots vēl piecām vielām - 5F PB-22, AB-FUBINACA, AKB48, AM-2201 indazolboksamīda analogs un 25I-NBOMe. 2014.gadā aizliegums piemērots attiecīgi vielām AB-PINACA, 5F-AB-PINACA, THJ-2201, FUB-PB-22, ADBICA, ADB-PINACA, FUBIMINA, 25C-NBOMe, AB-CHMINACA un THJ-018. Atbilstoši likumam minētās vielas un to saturošie izstrādājumi fiziskām un juridiskām personām triju darbadienu laikā no lēmuma spēkā stāšanās dienas jānodod Valsts policijai. Ja fiziskā vai juridiskā persona triju darbadienu laikā no lēmuma spēkā stāšanās nenodod Valsts policijai vielas vai tās saturošus izstrādājumus, Valsts policija vai izmeklēšanas iestāde vielu no aprites izņem.

Pamatojoties uz Valsts policijas Kriminālistikas pārvaldes veikto ekspertīžu rezultātiem 2013. gadā Valsts policijas Kriminālistikas pārvalde 467 augu maisījumu ekspertīzēs identificējusi vielu 5F-AKB48, kas liecina par ļoti plašu vielas izplatību valstī. 288 gadījumos viela 5F-AKB48 bija vienīgais sintētiskai kanabinoīds maisījumā, bet pārējos gadījumos (179) viela identificēta kopā ar citiem kanabinoīdiem.

Savukārt jaunā psihoaktīvā viela 5F PB-22 2013. gada laikā identificēta 14 ekspertīzēs un tikai vienā no tām – kā vienīgais komponents. AB-FUBINACA atklāta 107 veiktajās ekspertīzēs. No tām 49 gadījumos viela AB-FUBINACA bija vienīgā maisījuma sastāvdaļa. Vielai 5F-AKB48 strukturāli ļoti līdzīga viela AKB48 2013.gada laikā atklāta kopumā 115 ekspertīzēs, no kurām 45 gadījumos AKB48 bija vienīgā sastāvdaļa, bet 70 gadījumos atklāta citu kanabinoīdu klātbūtnē. Jaunā psihoaktīvā viela AM-2201 indazolboksamīda atvasinājums pagājušā gada laikā identificēta 37 ekspertīzēs – tikai savienojumos ar citiem sintētiskajiem kanabinoīdiem. Visbeidzot viela 25I-NBOMe identificēta vienu reizi, taču tās no nelegālās aprites izņemtais daudzums bija ievērojams. Vielās, kurām aizliegums piemērots 2014.gada sākumā, izņemtas salīdzinoši maz, taču precīza statistika būs pieejama tikai attiecīgā gada vidū.

Pagaidu aizliegumam pakļautās vielas, kas pieder sintētisko kanabinoīdu grupai to iedarbības var līdzināties kanabiss izraisītai iedarbībai un var radīt draudus veselībai. Šo vielu un tās saturošu izstrādājumu lietošana var izraisīt agresīvu un neprognozējamu rīcību, tahikardiju, sirds aritmiju, kas saistās ar palielinātu infarkta risku, paaugstinātu asinsspiedienu, tremoru, psihozi un nieru nepietiekamības risku. Savukārt vielu 25I-NBOMe un 25C-NBOMe iedarbība līdzinās lizergīnskābes dietilamīda jeb LSD izraisītai iedarbībai un var radīt draudus veselībai. 2013.gada februārī Agrinās brīdināšanas sistēmā ziņots par septiņiem saindēšanās gadījumiem ar vielu 25I-NBOMe Apvienotajā Karalistē, bet 2013. gada 11. augustā ziņots par trīs saindēšanās gadījumiem ar šo pašu vielu Beļģijā. Vielās lietošana izraisīja apziņas traucējumus, apgrūtinātu elpošanu, acu zilīšu paplašināšanos, tahikardiju, pēkšņas spēcīgas galvassāpes, hipertensiju, agresivitāti, vizuālas un skaņas halucinācijas.

SPKC regulāri seko līdzī jebkādam izmaiņām jauno psihoaktīvo vielu nelegālajā tirgū, kā arī informācijai, kas pieejama Agrinajā brīdinājuma sistēmā. Nepieciešamības gadījumā SPKC reaģē, pieņemot lēmumu par vielas pakļaušanu vai nepakļaušanu pagaidu aizlieguma normām. Turklāt, ņemot vērā faktu, ka 12 mēnešu ietvaros pagaidu aizliegumam pakļautās vielas jāiekļauj Latvijā kontrolējamo narkotisko un psihotropo vielu sarakstos to pastāvīgai kontrolei, SPKC sadarbojas ar ķīmijas ekspertiem, organizē jaunu ģenērisku grupu izstrādi un iepriekšējo grupu papildināšanu un uzlabošanu. Tas tiek darīts ar mērķi maksimāli ātri un efektīvi pakļaut kontrolei visas bīstamās radošās jaunās psihoaktīvās vielas.

Vairāk informācijas par pagaidu aizliegumam pakļautajām vielām: <http://www.spkc.gov.lv/pagaidu-aizliegumi-2014/>

L.Sile

RESURSI NARKOLOĢIJAS NOZARĒ

Ārstu narkologu galvenais uzdevums ir ne tikai ārstēt atkarības slimības pacientus, bet arī samazināt atkarības vielas lietošanu un saslimstību ar atkarībām. Nepieciešamību nodrošināt ārsta narkologa pieejamību nosaka vairāki valsts politikas dokumenti.

Latvijas ilgtspējīgas attīstības stratēģija „Latvija 2030”¹ 2.sadaļā „Ilgttermiņa ieguldījumi cilvēkkapitālā” noteiktais ilgttermiņa rīcības virziens ir veselības un sociālo pakalpojumu kvalitātes celšana un pieejamības nodrošināšana.

Sabiedrības veselības pamatnostādnes

2011.–2017. gadam² noteikts mērķis - novērst nevienlīdzību veselības jomā, veicot pasākumus, lai nodrošinātu visiem Latvijas iedzīvotājiem vienādas iespējas uz veselību.

Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011.–2017. gadam noteikts, ka šī mērķa sasniegšanai nepieciešams nodrošināt vienlīdzīgu pieeju veselības veicināšanas, slimību profilakses, agrīnas slimību diagnostikas un veselības aprūpes pakalpojumiem, neatkarīgi no cilvēka dzīvesvietas, vecuma, dzimuma, ienākumiem, sociālā stāvokļa, kā arī personu juridiskā statusa.

Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011.–2017. gadam noteikts arī apakšmērķis - samazināt saslimstību un mirstību no neinfekcijas slimībām, mazinot riska faktoru negatīvo ietekmi uz veselību. Lai šo apakšmērķi sasniegtu, ir nepieciešams turpināt īstenot vienotu politiku dažāda veida atkarības izraisīto vielu (tabakas izstrādājumu, alkohola, narkotisko vielu) lietošanas samazināšanai sabiedrībā, uzlabojot iedzīvotāju zināšanas par šo vielu kaitīgo ietekmi uz veselību.

2010. gadā Veselības ministrijas sagatavotajā informatīvajā ziņojumā par pamatnostādņu

„Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē” un programmas „Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006.-2015. gadam” īstenošanu 2006.-2009. gadā³, uzsverts, ka ņemot vērā pēdējos gados veselības aprūpes sistēmā veiktās izmaiņas, kas saistītas ar slimnīcu, ambulatoro iestāžu, speciālistu prakšu un dienas centru reorganizāciju, nepieciešams izstrādāt jaunu, aktualizētu politikas plānošanas dokumentu cilvēkresursu attīstībai veselības aprūpē. Minētā informatīvā ziņojuma ietvaros, analizējot situāciju veselības aprūpē, konstatēts, ka netiek nodrošināta integrēta, nepārtraukta un pēctecīga veselības aprūpe, tai skaitā arī narkoloģijā.

Pamatnostādņēs „Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē” un programmā „Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006.-2015. gadam” ir noteikts mērķis - nodrošināt cilvēkresursus un to attīstību veselības aprūpes nozarē ilgtermiņa posmā (līdz 2015. gadam).

Šī mērķa sasniegšanai tika definēti apakšmērķi:

iestādēs, valsts un pašvaldību, gan arī privātajās. 2012. gadā Latvijā narkoloģisko palīdzību sniedza 91 ārsts narkologs 97 ambulatorās un stacionārās ārstniecības iestādēs, valsts un pašvaldību, gan arī privātajās iestādēs. 2010. gadā valsts, pašvaldību un privātajā sektorā strādāja 98 narkologi.

2012. gadā ambulatorās un stacionārās palīdzības pakalpojumus par valsts budžeta līdzekļiem sniedza 69 ārsti narkologi 42 ambulatorās un stacionārās ārstniecības iestādēs, kurām bija līgumattiecības ar Nacionālo veselības dienestu (turpmāk - NVD). 2013. gadā 12 ārstniecības iestādēs tika nodrošināta opioīdu atkarīgo pacientu ilgtermiņa farmakoterapija ar metadonu.

2013. gadā no visiem Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā reģistrētajiem 94 ārstiem narkologiem līgumattiecībās ar NVD bija 69 narkologi, bet privāti strādāja 25 narkologi.

narkologiem narkoloģijas pakalpojumi tiek apmaksāti ar fiksētajiem ikmēneša maksājumiem, ja to apjoms sasniedz 0,5 slodzes, bet pārējos gadījumos ar aprūpes epizodes tarifu.

Atbilstoši NVD datiem, 2013. gadā 18 ārstniecības iestādēm un 26 ārstu narkologu kabinetiem bija tāmes finansējums. 2013. gadā NVD tāmes finansējuma ietvaros finansēja 24,5 ārstu narkologu slodzes un 27,75 narkoloģijas māsu slodzes. Savukārt 31 ārstniecības iestādē narkoloģiskos pakalpojumus sniedza ārsti narkologi saskaņā ar aprūpes epizodes tarifa.

STATISTIKA

Atbilstoši Slimību profilakses un kontroles centra (turpmāk tekstā - SPKC) Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra par narkoloģiskajiem pacientiem un personām, kuras lieto atkarību izraisošas vielas (turpmāk - Reģistrs), saslimstība ar psihiskiem traucējumiem psihoaktīvo vielu (alkohols,

1. tabula. Līgumattiecībās ar NVD strādājošo ārstu narkologu skaits 2007.- 2012. gadā

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Narkologs	65	77	75	72	68	69	69

Avots: Nacionālais veselības dienests, 2013

1. Plānot cilvēkresursus veselības aprūpes nozarē;

2. Nodrošināt veselības aprūpes nozari ar cilvēkresursiem nepieciešamā skaitā, izvietojumā un pieprasījumam atbilstošā kvalifikācijā;

3. Izveidot darba samaksas sistēmu, pamatojoties uz amatu klasificēšanu amatu saimēs un līmeņos, un sociālo garantiju sistēmu veselības aprūpē, kas nodrošinātu nozares attīstību un veicinātu darbaspēka piesaisti.

Latvijā atkarīgo pacientu ārstēšanu nosaka Ārstniecības likums un Ministru kabineta noteikta alkohola, narkotisko, psihotropo un toksisko vielu ārstēšanas kārtība. Tā balstās uz ārstēšanas sistēmu, kuru nodrošina ārstniecības personas, kam ir medicīniskā izglītība (ārsti - narkologi), kuriem ir tiesības uzstādīt diagnozi saskaņā ar SSK-10⁴ klasifikāciju. Ārstniecības procesā tiek iesaistītas arī medicīnas māsu, un pēdējos gados arī ārstniecības atbalsta personas - psihologi un sociālie darbinieki, tādējādi veidojot multidisciplināru ārstēšanas komandu. Kopumā ārstēšanas sistēma pēdējo gadu laikā nav būtiski mainījusies.

Ambulatorā narkoloģiskā palīdzība ir pieejama visos Latvijas reģionos, tomēr tā izvietota nevienlīdzīgi un nevienmērīgi. Lielākā daļa ārstu narkologu koncentrējas Rīgā un tās apkārtnē, bet reģionos ir nepietiekama narkologu pieejamība.

Atbilstoši Veselības inspekcijas Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra datiem, 2013. gadā Latvijā narkoloģisko palīdzību sniedza 94 ārsti narkologi 110 ambulatorās un stacionārās ārstniecības

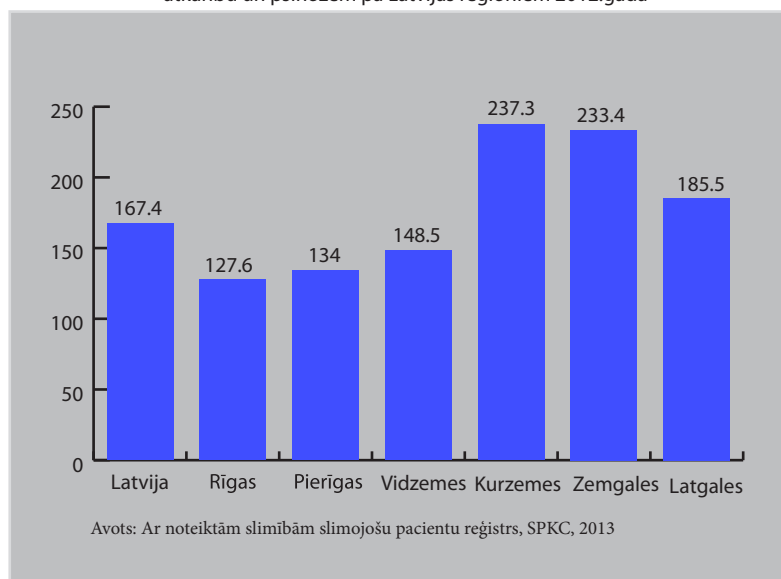
Izvērtējot līgumattiecībās ar NVD strādājošo ārstu narkologu skaitu no 2007. gada līdz 2012. gadam (sk. 1. tabulu), jāsecina, ka šo ārstu skaits ir bez īpašām svārstībām.

Veselības inspekcijas Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā ir vairāki

narkotiskās un psihotropās vielas) lietošanas dēļ uz 100 000 iedzīvotāju Latvijas statistiskos reģionos (sk. 1. attēlu) ir ļoti atšķirīga. Tāpat arī dažādos reģionos strādājošo ārstu skaits uz 100 000 iedzīvotājiem ir atšķirīgs.

2012. gadā vislielākā saslimstība ar psihiskiem

1. attēls. Pirmreizēja saslimstība ar alkohola, narkotisko un psihotropo vielu atkarību un psihozēm pa Latvijas reģioniem 2012. gadā



ārsti, arī pensijas vecumā, kuri ilgstoši - vairākus gadus strādā kā ārsti stažieri, bez sertifikāta. Šie ārsti kopējā skaitā nav iekļauti.

Līgumattiecībās ar NVD esošajiem ārstiem

traucējumiem psihoaktīvo vielu (alkohols, narkotiskās un psihotropās vielas) lietošanas dēļ bija Kurzemes (237,3 saslimšanas gadījumi uz 100 000 iedzīvotāju) un Zemgales (233,4 saslimšanas gadījumi uz 100 000 iedzīvotāju)

reģionos, bet šajos reģionos ir vismazākais strādājošo ārstu narkologu skaits. Savukārt, Rīgā (127,6 saslimšanas gadījumi uz 100 000 iedzīvotāju) saslimstība ar psihiskiem traucējumiem psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ ir zemāka nekā vidēji Latvijā (167,6 saslimšanas gadījumi uz 100 000 iedzīvotāju).

Iespējams, ka zemāki saslimstības rādītāji ar psihiskiem traucējumiem psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ Rīgā ir ne tikai pietiekošā narkologu skaita dēļ, bet Rīgā ir arī mazāks bezdarbs, augstāks dzīves līmenis, plašāka kultūras un atpūtas iespējas, kā pavadīt brīvo laiku.

Pēc Veselības inspekcijas Ārstniecības personu

iedzīvotājiem.

Rīgā 2013. gadā, salīdzinot ar iepriekšējiem diviem gadiem, ir nedaudz palielinājies ārstu narkologu skaits un bija 8,4 narkologi uz 100 000 iedzīvotāju (2011. gadā un 2012. gadā – 7,3 uz 100 000 iedzīvotāju). 2013. gadā, salīdzinot ar 2012. gadu, Latgales reģionā narkologu skaits ir nedaudz samazinājies, no 4 narkologiem uz 100 000 iedzīvotāju 2012. gadā, līdz 3,4 narkologiem uz 100 000 iedzīvotāju 2013. gadā.

Analizējot cilvēkresursus narkoloģijā pēdējos gados, secināts, ka ārstu narkologu skaits uz 100 000 iedzīvotāju pietiekošs ir tikai Rīgā, kas ir tuvu pamatnostādņēs „Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana 2009. - 2014. gadam”

ārstniecības atbalsta personu reģistra datiem, pēdējos četros gados narkologu skaits nav būtiski mainījies. 2013. gadā ārstu narkologu vidējais vecums Latvijā bija 55,7 gadi (sk. 3.tabulu).

Ja 2010. gadā narkologu īpatsvars jaunākajā vecuma grupā (vecumā līdz 40 gadiem) bija 10,2% (10 narkologi), tad 2013. gadā vairs tikai 5,3% (5 narkologi).

Pirmspensijas un pensijas vecuma (vecuma grupa >=60) narkologu īpatsvars no 21,4% (21 ārsts) 2010. gadā palielinājies līdz 29% (27 ārsti) 2013. gadā.

Narkologu vecuma struktūras dinamika četrus gadus laikā liecina, ka strādājošo narkologu īpatsvars vecuma grupā līdz 39 gadiem samazinājies par 4,9%, vecuma grupā >=60 palielinājies par 7,6%.

Vairākas ārstniecības iestādes reģionos norāda uz grūtībām jaunu speciālistu piesaistē. Jauno ārstu skaita samazinājums varētu būt skaidrojams ar to, ka citas valstis aktīvi piesaista Latvijas jaunos speciālistus ārvalstu darba tirgum. Ārvalstīs darba apstākļi, sociālās un ekonomiskās garantijas ir ievērojami augstākas nekā Latvijā. Tāpat jāatzīst, ka Latvijā darbs katkarības pacientiem ir ar zemu prestižu.

Reģionos daudziem ārstiem narkologiem darbs narkoloģijā ir blakus darbs, jo bieži vien pamatdarbs ir kā ārstam psihiatram vai kā ģimenes ārstam, neirologam.

No visiem 2013. gadā Veselības inspekcijas Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā (turpmāk tekstā - Reģistrs) reģistrētajiem 94 ārstiem narkologiem

52 narkologi strādāja pamatdarbā, bet 42 ārsti strādā blakus darbā kā narkologi.

2013. gadā no Reģistrā reģistrētas 43 narkoloģijas māsas, no kurām 13 māsas, jeb 39,5% ir bez masu sertifikātiem.

Reģistrā reģistrētas narkoloģijas māsas strādā galvenokārt stacionāros. 2013. gadā narkoloģijā strādājošo masu vidējais vecums bija 52,7 gadi.

2013. gadā narkoloģijas masu īpatsvars jaunākajā vecuma grupā (vecumā līdz 40 gadiem) bija 11% (5 māsas), bet pirmspensijas un pensijas vecumā (vecuma grupa >=60) bija 21%.

Pēdējos četros gados narkoloģijā strādājošo

2. tabula. Ārstu narkologu skaits* absolūtos skaitļos un uz 100 000 iedzīvotājiem pa Latvijas statistiskajiem reģioniem 2012.gadā

Statistiskais reģions	Ārsti narkologi			Ārstu narkologu skaits uz 100 000 iedzīvotājiem		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013**
LATVIJA	91	91	94	4.4	4.5	4.6
Rīgas	48	47	54	7.3	7.3	8.4
Pierīgas	17	16	15	4.6	4.2	4
Vidzemes	10	10	10	4.6	4.8	4.9
Kurzemes	7	7	7	2.6	2.6	2.7
Zemgales	7	7	7	2.7	2.8	2.8
Latgales	11	12	10	3.6	4	3.4

Avots: Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrs, Veselības inspekcija, 2014;

Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs, SPKC, 2013

* Viens ārsts narkologs strādā vairākos reģionos, piemēram, Rīgas un Pierīgas reģionā

** provizorisks dati

un ārstniecības atbalsta personu reģistra datiem 2012. gadā Rīgā strādāja 47 ārsti narkologi valsts, pašvaldības ārstniecības iestādēs un privātpraksēs un privātajās ārstniecības iestādēs, kas ir 7,3 ārsti uz 100 000 iedzīvotāju. 2013. gadā Rīgā strādāja 54 ārsti narkologi, kas ir 8,4 narkologi uz 100 000 iedzīvotāju (sk. 2.tabulu).

Nepietiekošs narkologu skaits lauku reģionos ietekmē ārsta pieejamību un medicīniskās palīdzības saņemšanu. Narkologu pieejamību attālākajos lauku reģionos ietekmē arī lielie attālumi, kas jāmēro līdz ārstniecības iestādēm pilsētu centros pie narkologa, kā arī bieži vien nesakārtotā infrastruktūra (samazināts kursējošo autobusu skaits u.c. faktori) un arī pacienta līdzmaksājums.

Ārstu narkologu skaits vidēji Latvijā un reģionos pēdējos trīs gados ir bez būtiskām izmaiņām. Nelielas izmaiņas ārstu narkologu skaitā uz 100 000 iedzīvotāju laika posmā no 2010. gada līdz 2013. gadam skaidrojamas ar iedzīvotāju skaitu samazināšanos reģionos.

Ārstu narkologu skaits uz 100 000 iedzīvotāju vidēji Latvijā laika posmā no 2011. gada līdz 2013. gadam bija praktiski nemainīgs un 2013. gadā šis rādītājs bija 4,6 ārsti uz 100 000

rekomendētajam optimālajam nepieciešamajam psihiatru skaitam valstī - 10 psihiatri uz 100 000 iedzīvotājiem. Šādu relatīvu salīdzinājumu var izdarīt, jo citās ES un pasaules valstīs narkologi kā ārstniecības personas nav izdalītas atsevišķi, un ar atkarības slimību pacientiem strādā psihiatri.

VECUMS

Latvijā būtiska problēma ir medicīnas darbinieku vidējā vecuma paaugstināšanās. Arī narkologus ir skārusi „novecošanās” tendence. Saskaņā ar Veselības inspekcijas Ārstniecības personu

3. tabula. Narkologu skaits sadalījumā pa vecuma grupām 2010. - 2013.gadā

Vecuma grupa	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 un >	Kopā	Vidējais vecums
2013	5	20	42	16	10	1	94	55.7
2012	5	24	38	16	8	-	91	54.5
2011	9	27	31	16	8	-	91	53.6
2010	10	32	35	15	6	-	98	52

Avots: Veselības inspekcija, Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrs, 2014

māsu skaits ir bez būtiskām izmaiņām.

2012. gadā ambulatori narkologu ir apmeklējuši 11 853 unikālie pacienti⁵, kas ir par 928 pacientiem mazāk nekā 2011. gadā (12 781 unikālie pacienti).

Vidējais ambulatoro apmeklējumu skaits uz vienu unikālo pacientu 2012. gadā bija 4,2 apmeklējumi (2011. gadā - 3 apmeklējumi, 2010. gadā - 2,94 apmeklējumi, 2009. gadā - 2,82), kas liecina par pacientu motivāciju atbrīvoties no atkarību izraisošo vielu lietošanas.

Jāatzīmē, ka ambulatoro narkoloģisko palīdzību Latvijā neliela daļa pacientu, galvenokārt, bērni saņem arī pie pediatriem un ģimenes ārstiem.

Pēc NVD datiem⁶ 2013. gadā vislielākais vidējais aprūpes epizožu skaits uz vienu unikālo pacientu bija pie psihiatra, nefrologa, bet trešajā vietā – pie narkologa.

PVO veiktajā ATLAS ziņojumā (WHO, 2010c) par atkarību izraisošo slimību ārstēšanu, kurā apkopoti dati no 147 valstīm, kas aptver 88% no visiem pasaules iedzīvotājiem (2008. gada datus iesniedza PVO fokālie punkti, dati tika validēti PVO) secināts, ka

-narkoloģiskā profila (visu atkarību ārstēšanai) vidējais gultu skaits uz 100 000 iedzīvotāju ir 1,7 gultas. Gultu skaits variēja no 0 līdz 52 gultām uz 100 000 iedzīvotāju 147 valstīs. Viszemākais gultu skaits uz 100 000 iedzīvotāju bija Āfrikas reģionā – 0,2 gultas, bet visaugstākais gultu skaits ir Eiropas valstu reģionā – 10,3 gultas;

-narkoloģiskā profila gultu skaitu ietekmē katras konkrētās valsts ienākumu līmenis. Konstatēts, ka starp zema un zema/vidēja ienākumu līmeņa valstīm nav būtisku atšķirību, bet starp zema/vidēja līmeņa ienākumu valstīm un līdz augsta ienākumu līmeņa valstīm ir atšķirība 10 reizes. Zema/vidēja līmeņa valstīs ir 0,7 gultas uz 100 000 iedzīvotāju, bet augsta līmeņa – 7,1.

Atbilstoši ATLAS ziņojumam, Latvija 2008. gadā ir klasificēta kā vidēji augsta ienākumu līmeņa valsts, kad 2008. gadā Latvijā vidējais narkoloģisko gultu skaits uz 100 000 iedzīvotāju bija 17,1 gultas.

Kā negatīva tendence jāatzīmē vidējā gultas dienu skaita uz vienu slimnieku samazināšanās narkoloģijā. 2012. gadā vidējais gultas dienu skaits uz vienu slimnieku bija 4,5 dienas, 2008. gadā – 5,38 dienas.

Narkoloģiskiem pacientiem atrodies

stacionārā vidēji mazāk par 5 dienām, pastāv liels slimības recidīva risks, jo pacients nav motivēts turpināt tālāko uzturošo ārstēšanas kursu (jāmaksā pacienta iemaksa, ambulatorā līmenī nav pieejami kompensējamie medikamenti pieaugušajiem). Pacientiem nepieciešama ilgstoša uzturošā terapija, tajā skaitā psihoterapija.

Arī tālāko īstermiņa psihoterapijas programmu (motivācijas un „Minesotas programmas”) pieejamība valstī ir nepietiekama, kas lielā mērā ir skaidrojams ar nepietiekošu finansējumu veselības aprūpei. Saīsinoties ārstēšanas laikam, pacienti pēc paātrinātas izrakstīšanas no stacionāra un nesaņemot nepieciešamo psihoterapijas programmu, biežāk atkārtoti, pat vairākas reizes gadā, atgriežas akūtās narkoloģiskās palīdzības (detoksikācijas) programmās.

SPKC Stacionāra gultu fonda izmantošanas datu bāzē (turpmāk - Gultu fondā) ir apkopota informācija tikai par tām ārstniecības iestādēm, kuras Gultu fondā tiek identificētas kā iestādes, kas sniedz ārstniecības pakalpojumus narkoloģiskajā profilā.

2012. gadā valstī, līdzīgi kā iepriekšējos gados, turpināja samazināties narkoloģiskā profila gultu skaits. Salīdzinot ar 2011. gadu, 2012. gadā bija par 12 narkoloģiskā profila gultām mazāk. Laika posmā no 2008. gada līdz 2012. gadam narkoloģiskā profila gultu skaits ir samazinājies par 138 gultām, no 387 gultām 2008. gadā līdz 249 gultām 2012. gadā.

Līdz ar narkoloģiskā profila gultu skaita samazināšanos, samazinās arī vidējais gultu nodrošinājums uz 100 000 iedzīvotāju, kurš 2012. gadā bija 12,2 uz 100 000 iedzīvotāju, bet 2011. gadā bija 12,7 gultas uz 100 000 iedzīvotāju.

Narkoloģiskā profila gultu nodrošinājums atbilst Alkoholisko dzērienu patēriņa mazināšanas un alkoholisma ierobežošanas rīcības plāna 2012.-2014. gadam⁷ izvirzītā rīcības virziena – alkoholisko dzērienu pieprasījuma samazināšanas sniegšanai noteiktajam uzdevumam - ārstēšanas un rehabilitācijas nodrošināšana. Tas paredz nodrošināt pēctecīgu narkoloģiskas ārstēšanas pieejamību, saglabājot vismaz 12 narkoloģiskā profila gultas uz 100 000 iedzīvotāju.

Atbilstoši Gultu fonda datiem, 2012. gadā

vidējais gultas noslogojums (%) bija 66,66%, kas neatbilst optimālajiem plānotajiem 85% un norāda, ka narkoloģijas profila gultas pēdējos 4 gados ir nepietiekoši noslogotas.

Provizoriski rēķinot, izmantojot SPKC Gultu fonda datus, 2012. gadā 100% bija noslogotas 8,1 gultas uz 100 000 iedzīvotājiem.

Pēc Gultu fonda datiem 2012. gadā stacionāros narkoloģiskā profila gultās pacienti ārstējās 60 746 gultas dienas un bija 13 406 hospitalizācijas gadījumi. Savukārt pēc NVD Vadības informācijas sistēmas datiem, stacionāros, kuri ir līgumattiecībās ar NVD, bet kuros nav narkoloģiskā profila gultas, 2012. gadā ar narkologu bija saistīti 940 hospitalizācijas gadījumi, kas no visām kopējām hospitalizācijām (14 346) ir 6,2%.

Atbilstoši SPKC Gultu fonda datiem, 2012. gadā valstī stacionārā palīdzība narkoloģiskā profila gultās tika nodrošināta 9 ārstniecības iestādēs.

Lai samazinātu saslimstību ar atkarības slimību un šīs slimības izplatību, kā arī atkarības vielu (alkohola, narkotisko un psihotropo vielu) lietošanas sociālās sekas, nepieciešams nodrošināt vienmērīgu narkologu pieejamību valstī, kas prasa papildus finansējumu veselības aprūpes budžetā.

L.Šulca

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

¹ Apstiprināta 2010. gada 10. jūnija Saeimas sēdē (Latvijas Vēstnesis Nr.101, 29.06.2010.).

² Ministru kabineta 2011. gada 5. oktobra rīkojums Nr. 504

³ <http://polsis.mk.gov.lv/view.do?id=1774>

⁴ Pasaules Veselības organizācijas Starptautisko slimību klasifikācija, 10. Redakcija

⁵ Par unikālu pacientu tiek uzskatīts pacients, kurš vienu vai vairākas reizes gadā saņēmis ambulatoro palīdzību, aprēķinos tiek izmantoti NVD Vadības informācijas sistēmas dati

⁶ <http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/5294bdcf8f942.pdf>

⁷ Ministru kabineta 2012. gada 19. decembra rīkojums Nr. 614

PUBLICĒTS ZIŅOJUMS PAR SMĒĶĒŠANAS IZPLATĪBU UN SEKĀM LATVIJĀ 2012. GADĀ



2012. gadā Latvijā ikdienā smēķēja 52% vīriešu un 18% sieviešu jeb 34% 15-64 gadīgo iedzīvotāju. Kopš 2010. gada ikdienā smēķējošo iedzīvotāju skaits ir

saglabājies nemainīgs. Samazinājusies ir iedzīvotāju pasīvā smēķēšana darba vietā.

Smēķēšana ir būtisks sirds un asinsrites slimību riska faktors, kas ir biežākais iedzīvotāju nāves cēlonis mūsu valstī. Savukārt saslimstība un mirstība no plaušu vēža ir izplatītākā diagnoze ļaundabīgo audzēju lokalizāciju vidū vīriešiem.

Slimību profilakses un kontroles centra publicētajā ziņojumā „Smēķēšanas izplatība un

sekas Latvijā 2012. gadā” apkopota informācija gan par tabakas tirgus attīstības tendencēm, gan jaunākā statistika par smēķēšanas lietošanas paradumiem iedzīvotāju vidū.

Ziņojums pieejams SPKC mājas lapā: <http://www.spkc.gov.lv/atkaribu-slimibu-petijumi-un-zinojumi/>

U.Mārtiņšone

BRĪDINOŠO UZRAKSTU, PIKTOGRAMMU IZMANTOŠANA UZ ALKOHOLISKO DZĒRIENU IEPAKOJUMA

Ikvienam smēķētājam ir labi pazīstami brīdinošie attēli un uzraksti, kas izvietoti uz tabakas izstrādājumu iepakojumiem. Tie ir kļuvuši par neatņemamu iepakojuma sastāvdaļu, kuru mērķis ir brīdināt patērētāju par smēķēšanas kaitīgo ietekmi. Pētījumi ir pierādījuši, ka brīdinošie attēli un uzraksti ir efektīvs līdzeklis, lai palielinātu patērētāja informētību par smēķēšanas sekām. Lai gan brīdinošos attēlus uz tabakas izstrādājumu iepakojumiem izmanto daudzas pasaules valstis, stipri šaurāks ir to valstu loks, kur brīdinošie uzraksti/piktoqrammas tiek izmantotas uz alkoholisko dzērienu iepakojumiem, lai informētu to patērētājus par alkohola lietošanas negatīvo ietekmi.

Jebkura uzraksta vai attēla izmantošana uz kādas preces tiek izmantota, lai informētu patērētāju par šīs preces sastāvu, lietošanu un arī lietošanas iedarbību. Īpaša nozīme attēliem un uzrakstiem ir tad, ja to mērķis ir brīdināt par preces lietošanas negatīvajām sekām.

Visuzskatāmākā un ilgstošākā pieredze brīdinošo uzrakstu izmantošanā uz alkoholisko dzērienu iepakojumiem ir Amerikas Savienotajām Valstīm (ASV), kur brīdinošie marķējumi uz alkoholisko izstrādājumu iepakojumiem tika ieviesti jau 1989. gadā. Līdz ar to vairākums šobrīd pieejamo atzinumu par šo uzrakstu izmantošanas efektivitāti balstās uz ASV pieredzi un tur veiktiem pētījumiem.

Pēc brīdinošo uzrakstu ieviešanas ASV 1989. gadā tika veikta virkne pētījumu (1990., 1991., 1993. un 1994. gads), lai konstatētu izmaiņas, ko šāda likumdošana ir devusi. Salīdzinot ar 1990. gadu, 1994. gadā sabiedrības informētība par brīdinošiem uzrakstiem bija palielinājusies no 30% līdz 43%. Visos pētījumu posmos, vislielākā informētība tika novērota gados jaunu iedzīvotāju vidū (61% 18-29 gadīgo iedzīvotāju vidū pēdējā pētījuma posmā) un riskanto alkohola lietotāju vidū (74% pēdējā pētījuma posmā)¹.

Attiecībā uz brīdinošo uzrakstu ietekmi uz alkohola lietošanas paradumiem, Greenfield et al pētījumā, kurā tika salīdzināta iedarbība, kad brīdinājumu pircējs pamanīja un, kad tas netika pamanīts, tika atklātas uzskatāmas atšķirības alkohola patērētāju vidū. Alkoholisko dzērienu pircēji, kuri brīdinājumus bija pamanījuši ziņoja par samazinātu alkoholisko dzērienu patēriņu veselības uzlabošanas nolūkā.²

Pierādījumi arī liecinājuši, ka krāsainie brīdinošie attēli ir efektīvāki nekā brīdinājumi, kas satur vienīgi tekstu, jo tie labāk spēj nodot vēlamu ziņu arī tiem iedzīvotājiem, kuriem ir aprgrūtināta rakstisku tekstu uztveršana. Šādi brīdinājumi palīdz labāk vizualizēt alkohola lietošanas sekas¹. Attēlu saturošie brīdinājumi izraisa spēcīgāku patērētāju emocionālo reakciju un tiek saistīti ar pastiprinātu brīdinošo uzrakstu efektivitāti³.

Melburnas (Austrālija) Alkoholā politikas

pētniecības centra pētnieku veiktā pētījumā tika uzsverts, ka pastāv liels sabiedrības atbalsts brīdinošo uzrakstu ieviešanai. Tā, piemēram, 2007. gadā 29 Eiropas valstīs veiktā pētījumā tika konstatēts, ka vairāk nekā ¾ respondentu „pilnībā piekrīt” vai „tiecās piekrist” priekšlikumam, ka brīdinājumi uz alkohola izstrādājumu iepakojumiem būtu jāizmanto, lai brīdinātu grūtnieces un šoferus par alkohola lietošanas riskiem⁴.

Pētījumi ASV arī liecinājuši, ka brīdinošo uzrakstu ieviešana ir palielinājusi cilvēku informētību par tajos minētajām alkohola lietošanas sekām. Visvairāk informētība palielinājusies augsta riska iedzīvotāju grupu vidū, tai skaitā jauniešiem un riskantajiem alkohola lietotājiem. Vislabāk lietotāju atmiņā bija palikuši brīdinājumi par riskiem bērnam, ko izraisa mātes grūtniecības laikā¹ lietotais alkohols. Šeit gan jāuzsver, ka brīdinājums par alkohola kaitīgo ietekmi uz augli ir viens no visvairāk lietotajiem brīdinājumiem.

Cilvēku pakļaušana alkohola brīdinošajiem marķējumiem stimulēja diskusijas par alkohola patēriņu¹⁰ kā arī samazināja varbūtību, ka alkohola lietotājs izvēlējas vadīt automašīnu brīžos, kad viņam to arī visticamāk nevajadzēja darīt¹.

Šīs izmaiņas pēc brīdinošā marķējuma ieviešanas ASV tika novērotas neskatoties uz to nelielo izmēru, slikto redzamību uz iepakojumiem un faktu, ka tie nav mainīti kopš to ieviešanas 1989. gadā.

PIEREDZE EIROPĀ

Salīdzinot ar citām alkohola patēriņa ierobežošanas politikas intervencēm, tai skaitā akcīzes nodokļa celšanu, tiek pieņemts, ka brīdinošajiem uzrakstiem ir mazāk uzskatāms tūlītējas iedarbības efekts, taču tas ir izmaksu efektīvs un tiešs instruments, lai atgādātu patērētājam par riskiem, kas saistīti ar alkohola lietošanu.⁵

Pēdējo gadu laikā, Eiropā pieaug aktivitāšu skaits attiecībā uz brīdinošo uzrakstu marķēšanu uz alkoholiskajiem dzērieniem. Vairākums šo aktivitāšu ir balstītas uz brīvprātības principa un vien dažas valstis ir nostiprinājušas šādu praksi nacionālajā likumdošanā. Šobrīd izmantotie brīdinājumi galvenokārt satur informāciju par legālo alkohola iegādāšanās vecumu un brīdinājumu grūtniecēm. Virkne alkoholisko dzērienu ražotāju izmanto piktoqrammas, lai vizuāli ilustrētu šos brīdinājumus.⁶

Atbilstoši tiesiskajam regulējumam, pārtikas produktu marķēšanas prasības ir noteiktas Eiropas Savienības (ES) Direktīvas 2000/13/ES ietvarā, nosakot norādāmās informācijas saturu par sastāvdaļām un brīdinājumiem attiecībā uz noteiktām sastāvdaļām (piemēram, sulfātiem). Alkoholisko dzērienu marķēšana ir noteikta ES Direktīvā 87/250/ EES. Šobrīd nav spēkā esošas ES likumdošanas, kas noteiktu prasības

brīdinošas informācijas izvietošanai vai jebkādas citas informatīvas informācijas izvietošanai uz alkoholisko dzērienu iepakojumiem (piemēram, par alkohola standarta devām).⁶

SABIEDRĪBAS ATTIEKSME

Pētījumos ir pierādīta pozitīva sabiedrības attieksme šādas iniciatīvas ieviešanai, taču viedokļi par konkrētu brīdinājumu ietekmi un attieksme pret tiem mēdz atšķirties. Sešās ES dalībvalstīs veiktā kvalitatīva pētījuma rezultāti jauniešu auditorijā liecināja, ka esošie brīdinājumi uz 18-25 gadīgu vecu mērķa auditoriju neatstāj būtisku ietekmi.⁷

Novērtējot piktoqrammu, kur attēlots ar sarkanu svītru pārsvītrotas grūtnieces siluets, kas rokā tur glāzi, tika gūti pretrunīgi rezultāti. Kamēr daļa aptaujāto uzskatīja, ka brīdinošo piktoqrammu izmantošana ir pozitīvs solis, citi apgalvoja pretējo. Gandrīz neviens no pētījumā aptaujātajiem jauniešiem gan nemācēja paskaidrot kādi tad ir riski, ko rada alkohola patēriņš grūtniecības laikā, norādot, ka attēls bez atbilstoša paskaidrojoša teksta nepalīdzina informētības līmeni par alkohola lietošanas sekām.

Atšķirīgi rezultāti tika arī konstatēti attieksmē pret brīdinošiem tekstiem. Lielāks atbalsts bija brīdinošiem attēliem, kas respondentu vidū izraisīja vislielāko atbildes reakciju, jo daudzus no attēlotajiem riskiem jaunieši saistīja ar reālām situācijām, kas viņus satrauca.

Publicēto pētījumu autori vienprātīgi ir nākuši pie atzinuma, ka šādas politikas efektivitāte lielā mērā ir atkarīga no tās kvalitātes. Proti, rīdinošie uzraksti ir visefektīvākie, ja tie:

- ir pietiekami lieli, lai būtu viegli pamanāmi un izlasāmi;
- ir izvietoti uz iepakojuma (pudeles, skārdenes) priekšējās, nevis malējās puses, jo kā liecina pētījumi, pircēji labāk spēj atcerēties to, kas ir rakstīts un attēlots priekšpusē⁸;
- bieži tiek mainīti. Kādā ASV veiktā pētījumā tika konstatēts, ka brīdinošie uzraksti ir visefektīvākie pirmos četrus gadus pēc to ieviešanas, piektajā gadā samazinājās cilvēku informētība, jo viņi bija pieraduši pie nemainīgajiem uzrakstiem un tos vairāk nepamanīja⁹;
- satur skaidru, vienkāršu un tiešu ziņu par specifisko alkohola lietošanas ietekmi uz veselību¹⁰.

U.Mārtiņšone

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

¹ TR, Stockwell.(2006) A review of research into the impacts of alcohol warning labels on attitudes and behaviour. British Columbia, Canada: University of Victoria, Centre for Addictions Research of BC.

² T, Greenfield., K, Graves., L, Kaskutas. (1999) Long-term effects of alcohol warning labels: findings from a comparison of the United States and Ontario, Canada. Psychol Mark 1999;16:261-82.

³ Food Standards Australia New Zealand. (2007) Initial assessment report. Application A576: labelling of alcoholic beverages with a pregnancy health advisory label. Canberra: FSANZ

⁴ W, Farke. Health warnings and responsibility messages on alcoholic beverages - a review of practices in Europe. Catholic University of Applied Science Cologne

⁵ European Alcohol Policy Alliance (EUROCARE). Position paper on: Health warning messages on alcoholic beverages, March 2011

⁶ W, Farke. Health warnings and responsibility messages on alcoholic beverages - a review of practices in Europe. Catholic University of Applied Science Cologne

⁷ Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs. (2011)

How do young consumers respond to alcohol labelling and prevention? WP4 report - young peoples panel. Project Protect- No 2008 1205

⁸ D, Hammond. (2009) Tobacco labelling and packaging toolkit, a guide to FCTC Article 11., viewed 9 December

2012, <http://www.tobaccolabels.ca/toolkit>

⁹ J, Hankin. (2002) Foetal Alcohol Syndrome Prevention Research. Alcohol Research and Health, Vol. 26, No. 1, p. 60.

¹⁰ T, Babor., R, Caetano., S, Casswell., et al. (2003) Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy, Oxford University Press, Oxford

PIEŅEMTAS BŪTISKAS IZMAIŅAS TABAKAS UN NIKOTĪNA SATUROŠO IZSTRĀDĀJUMU REALIZĀCIJAS NOTEIKUMOS EIROPĀ

Ši gada marta sākumā Eiropas Parlamentā tika nobalsots par Tabakas izstrādājumu Direktīvas 2001/37/EC grozījumu pieņemšanu, kas tuvāko gadu laikā noteiks vairāku būtisku izmaiņu veikšanu tabakas izstrādājumu tirgus noteikumos ES dalībvalstīs. Direktīva ir būtiskākais ES dalībvalstīm saistošais dokuments, kas nosaka tabakas izstrādājumu tirgus prasības Eiropā.

Jau 2012. gada nogalē pēc ilggadēja izstrādes perioda tika publicēti priekšlikumi Direktīvas grozīšanai. Kopš Direktīvas pieņemšanas 2001. gadā ir notikušas būtiskas izmaiņas patēriņa tirgū un zinātniskajos pierādījumos attiecībā uz tabakas izstrādājumu sastāvdaļu un lietošanas ierobežojošu pasākumu ietekmi, kas radīja nepieciešamību grozīt minētos noteikumus, kas bijuši spēkā vairāk nekā desmit gadu garumā.

ES un tās dalībvalstis ratificēja PVO „Vispārējā konvencija par Tabakas kontroli”, kas stājās spēkā 2005. gada sākumā. Tā rezultātā daļa no esošās Direktīvas nosacījumiem ir zaudējuši savu aktualitāti. Papildus tam, ES dalībvalstis pastāv atšķirīgas likumdošanas mehānismi, kā rezultātā atšķirīgi ir arī ES likumi attiecībā uz tabakas izstrādājumu ražošanu, tirdzniecību un citiem ierobežojumiem.

Jauno grozījumu mērķis ir aktualizēt ES noteikumus atbilstoši tirgus attīstībai un jaunākajai pieejamajai informācijai, kas saņemta par atsevišķu tabakas izstrādājumu sastāvdaļu ietekmi, un par esošo ierobežojumu efektivitāti.

BŪTISKĀKĀS IZMAIŅAS GROZĪJUMOS

•Iepakojums. Lai gan priekšlikumi paredzēja kombinētā brīdinājuma izmēra palielināšanu, kas nosegtu līdz 75% no iepakojuma virsmas, tika nobalsots, ka turpmāk kombinētajam attēla un teksta brīdinājumam būs jāaizņem ne mazāk kā 65% no iepakojuma abām virsmām. Šobrīd brīdināšanai attēlam un tekstam uz tabakas izstrādājumu iepakojumiem Latvijā ir jāaizņem vismaz 40%.

•Cigarešu saturs un daudzums. ES tirgū tiks aizliegta mentola un citu smaržvielu izmantošana tādā daudzumā, kas piešķirtu cigaretēm izteiktas smaržas/garšas īpašības, jo tādejādi tās tiek padarītas pievilcīgākas noteiktām smēķētāju grupām. Tiks aizliegta mazo (mazāk kā 20 cigaretes) cigarešu iepakojumu tirdzniecība, un smēķējamās tabakas iepakojumi, kuri saturēs mazāk par 20g. tabakas.

•Nikotīna saturošie produkti. Tiks aizliegta nikotīna saturošo produktu tirdzniecība, kuros nikotīna daudzums pārsniedz 30mg/ml. Produkti, kuriem tiek piedēvētas ārstnieciskas vai profilaktiskas īpašības tiks atļauti tirdzniecībā, ja tie izpildīs Direktīvas 2001/83/EC („On the Community code relating to medicinal products for human use”) prasības. Produkti, kuri nepārsniedz atļauto nikotīna koncentrāciju un kuri netiks pārdoti kā medicīniska prece, tiks atļauti tirdzniecībā, piemērojot tiem tirdzniecības, iepakojuma un reklāmas ierobežojumus.

Produktu ražotājiem būs pienākums ziņot ES dalībvalstu kompetentajām institūcijām par ražošanā izmantotajām un lietošanas laikā izdalītajām vielām. Tāpat ražotājiem, preces iepakojumā būs jāiekļauj lietošanas instrukciju informācija par lietošanas iedarbību, brīdinājums īpašām riska grupām un ražotāja kontaktinformācija. Uz visiem nikotīna saturošo izstrādājumu iepakojumiem tiks izvietots brīdināošs uzraksts: „Šis produkts ir paredzēts lietošanai esošajiem smēķētājiem. Tas satur nikotīnu, kas ir spēcīga atkarības izraisoša viela”. Produktus būs atļauts tirgot ārpus aptiekām ikvienam pircējam vecumā no 18 gadiem. Ņemot vērā to, ka tabakas lietošanai vecuma ierobežojumam ir jābūt vienādam ar vecumu, no kura persona tabakas izstrādājumu drīkst iegādāties, tas atšķirsies dalībvalstu vidū.

Dalībvalstīm būs jāievieš direktīvā noteiktās prasības nacionālajā likumdošanā atbilstoši noteiktajam pārejas periodam.

Grozījumi direktīvā pieejami mājas lapā:

<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2013-0398+0+DOC+XML+V0//LV>

U.Mārtiņšone

INTERNETA ATKARĪBA: 21. GADSIMTA SLIMĪBA VAI SIMPTOMS?

Līdz šim termins „atkarība” ticis saistīts ar eiforijas stāvokļa iegūšanu dažādu vielu lietošanas rezultātā. Neskatoties uz to, salīdzinoši nesen sabiedrības uzmanības lokā ir nonācis fakts, ka cilvēks var gūt eiforijas sajūtai līdzīgu stāvokli arī no interneta lietošanas. Šim fenomenam ir zināmi vairāki nosaukumi, tai skaitā interneta atkarības traucējumi (Internet Addiction disorder) jeb interneta atkarība. Progresīva sabiedrības attīstība ir radījusi vidi, kurā interneta lietošana un tās ieguvumi ir kļuvuši par pašsaprotamu paradumu. Dators un citas modernās tehnoloģijas ir pieejamas praktiski visur un visiem, kuriem ir vēlme un iespējas tās iegādāties. Šī vieglā pieejamība tehnoloģijām pavērusi durvis internetam, kas ir pieejams teju jebkur, kur cilvēks vēlas izmantot tā pakalpojumus. Taču daļa lietotāju nespēj kontrolēt internetā pavadīto laiku, un tas var radīt vairākus atkarības sindromam raksturīgus simptomus.

Zinātnieki to jau ir paspējuši nodēvēt par 21. gadsimta atkarības diagnozi (Grohol, 2012). Tā kā nepārvarama vēlme lietot internetu ir salīdzinoši jauns fenomens sabiedrības redzeslokā, šajā jomā nav veikti daudzi pētījumi. Vēl aizvien pastāv kontrastējoši viedokļi, kas apstrīd šādas atkarības esamību. Neskatoties uz to - nenoliedzama ir pārmērīga interneta lietošanas radītā ietekme uz cilvēka fizisko, sociālo un psiholoģisko labklājību. Pastāv vairākas teorijas, kāpēc cilvēks kļūst atkarīgs no interneta. Atkarības izcelsme tiek saistīta ar uzvedības, psihodinamiskas un personības, kulturāliem un biomedicīniskiem skaidrojumiem. Suler, (2004) Viens no lielākajiem pētījumiem par šo fenomenu tika veikts 1998. gadā, tajā piedalījās 18 000 dalībnieki. Pētījuma ietvaros 5,7% aptaujāto tika konstatēti nekontrolētas inter-

neta lietošanas simptomi. (DeAngelis, 2000) Citā pētījumā 496 interneta lietotāji tika pārbaudīti uz patoloģisku azartspēļu spēlētāju klīnisku simptomu klātesamību. Tas tika darīts, jo interneta atkarība ir vislīdzīgākā azartspēļu spēlēšanas atkarība, kad impulsu kontroles trūkums nav intoksikācijas izraisīts. No visiem respondentiem 239 sievietes un 157 vīrieši tika klasificēti kā atkarīgi. Pēc vadošā pētnieka teiktā, internets var būtiski „traucēt indivīda akadēmisko, sociālo, finansiālo un darba dzīvi”, tāpat kā jebkuri citi veselības traucējumi, ieskaitot azartspēļu atkarību, narkotisko vielu lietošanu vai ēšanas traucējumus. (Young, 1996) Starptautiskajā presē regulāri tiek publicētas ziņas par gadījumiem, kas liecina par interneta atkarību. To skaitā ir gan šķirtas laulības sievas vai vīra patoloģiskas interneta lietošanas dēļ, gan nāves gadījumi, kad cilvēks ir tik

ilgi nosēdējis pie datora, ka nomiris no akūtas ķermeņa dehidratācijas vai vēnu trombozes. Interneta lietošanas traucējumiem piemīt daudzi jebkurai citai atkarībai raksturīgie simptomi. Cilvēks ir šķietami „pārņemts” ar internetu, izjūt abstinences simptomus, kad internets vairs nav pieejams, izstrādā augstu tolerances līmeni (vēlme pavadīt arvien vairāk laika internetā, lai sasniegtu eiforijas sajūtu), novērojams citu interešu zudums, neveiksmīgi ir mēģinājumi pārtraukt tā izmantošanu, internets tiek izmantots, lai novērstu nomāktības sajūtu.

Lai izprastu interneta lietošanas traucējumu izcelsmi un to ārstēšanas iespējas, šī jautājuma izpētei tiek veltīta arvien lielāka uzmanība. Esošie pētījumi ir liecinājuši, ka cilvēkiem ar interneta atkarību ir novērotas izmaiņas smadzeņu darbībā - gan šūnu līmenī, gan smadzeņu daļās, kas kontrolē uzmanību, emocionālo un izpildvaras kontroli. Šī ietekme ir arī raksturīga cilvēkiem, kuri ir atkarīgi no kokaīna, heroīna un citām vielām. Citi pētījumi liecina par izmaiņām smadzeņu dopamīna sistēmas darbībā - dopamīns tiek saistīts ar baudas un emocionālās „atlidzības” sajūtas sasniegšanu. Daži pētījumi liecina, ka cilvēkiem, kuri cieš no nekontrolētas interneta lietošanas, atsevišķās smadzeņu daļās ir mazāk dopamīna receptoru, bet citi izteikuši teoriju, ka dopamīna funkcija šiem cilvēkiem ir traucēta. Jaunākā literatūra gan izvirza teoriju, ka noteiktas ģenētiskās variācijas var ietekmēt interneta atkarības izveidošanos. Palielinās pierādījumu skaits, kas liecina par pastāvošu ģenētisku dispozīciju uzvedībai, kuru var dēvēt par atkarību. Teorijas pamatā ir ideja, ka cilvēkiem nav pietiekams skaits dopamīna receptoru vai paša dopamīna, tas sagādā grūtības izjust baudu no aktivitātēm, kas vairākumam iedzīvotāju sniedz šo sajūtu. Attiecīgi, lai panāktu labsajūtas stāvokli, šie cilvēki biežāk pievēršas darbībām, kas stimulē dopamīna izdalīšanos, tādējādi paaugstinot atkarības rašanās risku. Pēdējās desmitgades laikā, kopš „interneta atkarība” ir kļuvis par daudz apspriestu terminu medicīniskajā literatūrā, jaunais jēdziens, pēc zinātnieku domām,

var ietekmēt lielu daļu populācijas. Diskusijas par to kā klasificēt uzvedību, kurai raksturīga ilgstoša laika pavadīšana datora/interneta/video aktivitātēs, bet nav saistīta ar darba pienākumu izpildi, vēl aizvien šķēļ viedokļus. (Walton, 2012) Vēsturiski pirmoreiz ideju, ka problemātiska datora lietošana tiek pielīdzināta atkarības diagnozes kritērijiem un tādējādi ir iekļaujama garīgās veselības traucējumu diagnožu vidū, publicēja PhD K.Young 1996. gadā (Young, 1996). Kopš tā brīža interneta lietošanas traucējumi tiek plašāk pētīti un šobrīd tiek apsvērta doma to iekļaut garīgās veselības traucējumu rokasgrāmatā Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) ASV (American Psychiatric Association, 1996). Daļa zinātnieku un garīgās veselības speciālistu saskata nekontrolējamu interneta lietošanu kā simptomu citām slimībām, kā, piemēram, depresijai. Savukārt Amerikas Atkarības Medicīnas Biedrība (American Society of Addiction Medicine) publicējusi jaunu atkarības definīciju, kurā tās tiek klasificētas kā hroniski smadzeņu traucējumi, pirmoreiz sniedzot priekšlikumu, lai termins „atkarība” netiktu attiecināts vienīgi uz vielu lietošanu (American Society of Addiction Medicine, 2011). Visām atkarībām, ķīmisku vielu vai uzvedības izraisītām, ir raksturīgi kopīgi simptomi: lietošanas kontroles trūkums, izmaiņas garastāvoklī u.c. Zinātniskajā literatūrā ir atrodami dažādi termini, kā arī atšķirīgi kritēriji,

lai definētu interneta atkarību. Dažādo kritēriju rezultātā ir grūti noteikt šīs atkarības izplatību, kas pētījumos uzrādījusi atšķirīgus rādītājus, no 0,3% līdz 38% no aptaujāto grupas (Peukert, 2010) . Pētījumi ASV un Eiropā ir liecinājuši par 1,5%-8,2% augstu interneta atkarības izplatības rādītāju, citi ziņojumi norādījuši, ka vidēji 6%-18,5% aptaujāto ir interneta atkarīgi.

Tiek pieņemts, ka būtisks iemesls, kāpēc internets var radīt atkarību ir saistīts ar digitālo tehnoloģiju lietošanas laikā izjusto daudzpakāpju „apbalvojuma” sajūtu. Neatkarīgi no izmantotā pakalpojuma („sērfošana”, e-pastu rakstīšana, sociālo vietņu izmantošana, video spēļu spēlēšana u.c.) šīs aktivitātes nodrošina neparedzamu un mainīgu „apbalvojuma” pieredzi. Šī pieredze tiek pastiprināta, kad tā tiek apvienota ar garastāvokļa stimulējošu/uzlabojošu saturu, piemēram, iepazīšanās portāli ar romantiskām fantāzijām, pokera spēlēšana ar finansiāliem ieguvumiem vai pornogrāfisku materiālu aplūkošana ar seksuālu stimulāciju.

Interneta atkarības tests

Jautājums		Punkti					
1	Cik bieži Tu pavadī laiku internetā vairāk nekā bijī sākotnēji plānojis?	1	2	3	4	5	0
2	Cik bieži atstāj novārtā ikdienas darbus, lai pavadītu vairāk laika internetā?	1	2	3	4	5	0
3	Cik bieži dod priekšrocību laiku pavadīt internetā nevis ar dzīves biedru?	1	2	3	4	5	0
4	Cik bieži nodibini jaunus kontaktus internetā?	1	2	3	4	5	0
5	Cik bieži līdzcilvēki sūdzas par laiku, kuru Tu pavadī internetā?	1	2	3	4	5	0
6	Cik bieži tavas sekmes skolā cieš no internetā pavadītā laika?	1	2	3	4	5	0
7	Cik bieži Tu pārbaudi savu e-pastu pirms uzsāc citus darbus?	1	2	3	4	5	0
8	Cik bieži Tu kļūsti viegli aizkaitināms vai izvairies atbildēt uz jautājumiem par internetā veiktajām darbībām?	1	2	3	4	5	0
9	Cik bieži Tu novērs uzmanību no nomācošām domām ar interneta palīdzību?	1	2	3	4	5	0
10	Cik bieži nevari sagaidīt brīdi, kad varēsi ieiet internetā?	1	2	3	4	5	0
11	Cik bieži baidies no tā, ka dzīve bez interneta būtu garlaicīga, nepiepildīta un bez prieka?	1	2	3	4	5	0
12	Cik bieži Tu kļūsti viegli aizkaitināms situācijās, kad kāds traucē tevi interneta lietošanas laikā?	1	2	3	4	5	0
13	Cik bieži Tu naktīs maz guli ilgstoši internetā pavadītā laika rezultātā?	1	2	3	4	5	0
14	Cik bieži Tevi pārņem domas par esamību interneta vidē („online”), kad neatrodies tajā?	1	2	3	4	5	0
15	Cik bieži Tu uzturies internetā „vēl tikai pāris minūtes”?	1	2	3	4	5	0
16	Cik bieži centies samazināt laiku, ko pavadī internetā, bet Tev tas neizdodas?	1	2	3	4	5	0
17	Cik bieži centies noslēpt no citiem laiku, ko esi pavadījis internetā?	1	2	3	4	5	0
18	Cik bieži pavadī labāk laiku internetā nekā ar līdzcilvēkiem?	1	2	3	4	5	0
19	Cik bieži jūties nomāks, depresīvs vai nervozs, kad neesi interneta, kas pāriet līdzko pieslēdzies tam?	1	2	3	4	5	0
20	Cik bieži Tava darba produktivitāte cieš no pavadītā laika internetā?	1	2	3	4	5	0

Avots: Dr. Kimberly Young: The Internet Addiction Test, The Center for Internet Addiction Recovery

Saskaiti punktus. Jo augstāks ir punktu skaits, jo mazāk Tu spēj kontrolēt internetā pavadīto laiku, kas var radīt nopietnu atkarības problēmu.

20-49 PUNKTI:

Tu esi tipiskais interneta lietotājs. Iespējams, ka kādreiz pavadīsi pārāk daudz laika internetā, bet Tu spēj kontrolēt internetā pavadīto laiku.

50-79 PUNKTI:

Tava interneta lietošana dažreiz vai bieži rada problēmas. Tev vajadzētu izvērtēt interneta ietekmi tavā dzīvē.

80-100 PUNKTI:

Interneta lietošana sagādā būtiskas problēmas tavā dzīvē. Tev vajadzētu izvērtēt problēmas apmērus un veikt konkrētus pasākumus šo problēmu novēršanai.

U.Mārtiņšone

Atbildi uz testa jautājumiem izmantojot punktu skalu un noskaidro vai interneta lietošana Tev ir kļuvusi par problēmu.

0	Neattiecas uz mani
1	Reti
2	Dažreiz
3	Bieži
4	Regulāri
5	Vienmēr

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

¹ Suler, J. (2004). Computer and cyberspace addiction. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 1, 359-362.

² Grohol, John M. (2012, october). Dr. Grohol's Psych Central. *Internet Addiction Guide*. <http://www.psychcentral.com/netaddiction/>

³ DeAngelis, Tori. (2000, April). *American Psychological*

Association. *Is Internet Addiction Real?* <http://www.apa.org/monitor/apr00/addiction.aspx>

⁴ Young, Kimberly S. (1996) *Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder*. *CyberPsychology & Behavior*. FALL 1998, 1(3): 237-244. doi:10.1089/cpb.1998.1.237.

⁵ Walton, Alice G. (2012, october). *Internet addiction: the new mental health disorder?* <http://www.forbes.com/sites/alicegwalton/2012/10/02/the-new-mental-health-disorder-internet-addiction/>

⁶ American Psychiatric Association. *DSM-5 Publication Date Moved to May 2013*. 2009 [cited 2011 August 21]; [Press release]. <http://www.psych.org/MainMenu/Newsroom/NewsReleases/2009NewsReleases/DM-5-Publication-Date-Moved-.aspx>.

⁷ American Society of Addiction Medicine. *Public Policy Statement: Definition of Addiction*. 2011 [cited 2011 August 21]; http://www.asam.org/1DEFINITION_OF_ADDICTION_LONG_4-11.pdf.

⁸ Peukert P, Sieslack S, Barth G, Batra A. *Internet- and computer game addiction: Phenomenology, comorbidity, etiology, diagnostics and therapeutic implications for the addicts and their relatives*. *Psychiatrische Praxis*. 2010 Jul; 37(5): 219-24.

VAI LATVIJĀ IR NOVĒROJAMA PAŠNĀVĪBU SEZONALITĀTE?

Pašnāvības ir būtiska problēma Latvijā, par ko liecina arī statistikas dati. Apskatot iedzīvotāju skaitu, kas miruši izdarot pašnāvības, Latvija ierindojas 3. vietā Eiropas Savienībā¹ (ES) un 10. vietā pasaulē², turklāt Latvijā pašnāvības pēdējos gados iet bojā aptuveni par 50% vairāk cilvēku nekā transporta nelaimes gadījumos³. Pašnāvību problēmas aktualitāte rada nepieciešamību problēmu pētīt padziļināti, apzinot riska faktorus, pazīmes, situācijas un citas pašnāvību determinantes. Papildus tādiem būtiskiem pašnāvību riska faktoriem kā, depresija, alkohola lietošana, finansiālas problēmas, problēmas ģimenē u.c., nereti aizsākas diskusija par pašnāvību sezonālītāti un saistību ar klimatiskajiem apstākļiem. Vai izteikti zems pašnāvību skaits tādās saulainā un silta klimata ES valstīs kā Spānijā, Itālijā, Malta un Kiprā⁴ ir tikai apstākļu sagādīšanās vai arī to nosaka kādi konkrēti faktori? Vai gadā ir mēneši un gadalaiki, kuros pašnāvības tie izdarītas biežāk? Kādi tam varētu būt iemesli?

Lai noskaidrotu situāciju Latvijā, tika veikta Slimību profilakses un kontroles centra Nāves cēloņu datubāzes analīze par pašnāvību skaitu 10 gadu periodā no 2003.-2012. gadam. Kopumā šajā laika posmā Latvijā veiktas 5037 pašnāvības, jeb vidēji gandrīz 504 pašnāvības katru gadu, gandrīz 42 pašnāvības katru mēnesi un 1,4 pašnāvības ik dienu.

1. attēlā attēlots kopējais pašnāvību skaits 10 gadu periodā atsevišķi pa mēnešiem dzimumu grupās. Redzams, ka lielākais skaits pašnāvību izdarītas maijā (522) un jūnijā (485), bet mēnesis ar mazāko pašnāvību skaitu analizēto 10 gadu periodā, ir februāris. No februāra līdz maijam vērojams arī salīdzinoši straujš pašnāvību skaita pieaugums.

Ņemot vērā, ka gadu no gada lielākā daļa pašnāvības izdarījušo ir vīrieši, tendences vīriešu populācijā ietekmē arī kopējo rādītāju ar augstāko punktu maijā, savukārt sievietēm šis svārstības nav tik izteiktas.

Savukārt 1. tabulā redzams pašnāvību skaits

dinamikā pa mēnešiem. Ar sarkanu krāsu atzīmēts mēnesis ar lielāko pašnāvību skaitu konkrētajā gadā, turpretim ar zaļu – mēnesis ar mazāko pašnāvību skaitu konkrētajā gadā. Arī šādā griezumā redzams, ka visbiežāk (5 no 10 apskatītajiem gadiem) mēnesis ar augstāko pašnāvību skaitu bijis maijs.

Vērtējot gadalaiku griezumā (skatīt 2. attēlu), redzams, ka pavasarī (28%) un vasarā (28%) izdarīto pašnāvību īpatsvars ir lielāks nekā rudenī (23%) un ziemā (21%). Lai arī novērotās pašnāvību skaita atšķirības pa gadalaikiem nav izteikti lielas, interesanti, ka iegūtie rezultāti ir pretēji pieņēmumam, ka lielāks skaits cilvēku pašnāvību izdara aukstajos un tumšajos rudenis un ziemas mēnešos.

Situācija Latvijā saskan ar citās valstīs novēroto - 2012. gadā publicētā meta analizē par pašnāvību un pašnāvnieciskās uzvedības sezonālītāti, norādīts, ka vairākos pētījumos augstākie pašnāvību rādītāji novēroti tieši vēlā pavasarī un vasarā⁴. Vienā no analizē iekļautajiem pētījumiem tika salīdzināta pašnāvību sezonālītāte 28 valstīs un atklāts kļūpums pavasarī, neatkarīgi no valsts ģeogrāfiskās atrašanās vietas⁵.

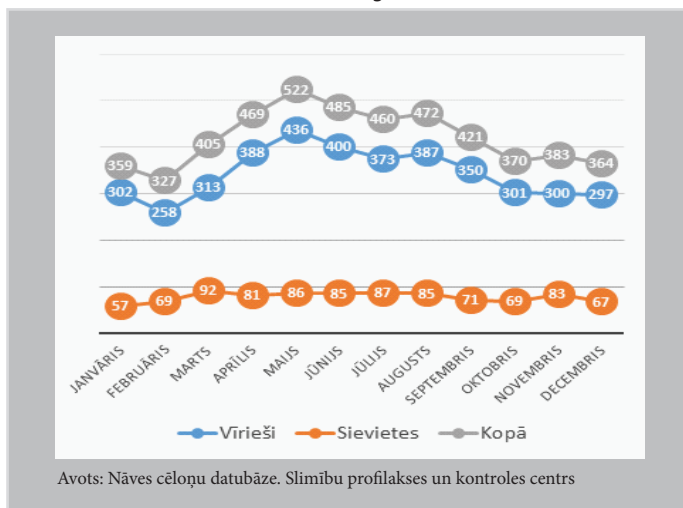
Novērotās pašnāvības sezonālītātes cēlonības izpēte nodarbinājusi prātus vairākiem zinātniekiem – šajā jomā veikti daudzi pētījumi, tomēr pamata mehānismi ir grūti izprotami un pētījumi bieži beigušies bez konkrētiem secinājumiem. Kā iespējami pašnāvības provocējoši faktori pētīti pat tādi vides faktori kā, temperatūra, lietus un gaisa piesārņojums. Kā

viens no iemesliem grūtībām jomas pētniecībā uzsvēta iespējamība, ka sezonālītātes ietekme, samērojot ar citiem faktoriem, varētu būt pārāk niecīga, lai to būtu iespējams noteikt⁴.

Par spīti grūtībām, pētījumi šajā jomā ir notikuši. Viena no pētītajām jomām ir kliniskās determinantes – pierādīts, ka psihiskie traucējumi ir saistīti ar pašnāvībām un vairāk nekā 90% no pašnāvību upuriem pašnāvības izdarīšanas brīdī bijis kāds psihisks traucējums⁶.

Zviedrijā veikts pētījums, kurā konstatēts pacientu skaita ar neirotiskiem, ar stresu saistītiem un somatoformiem traucējumiem pieaugums pavasarī un vasaras sākumā⁷. Citā pētījumā ziņots par pašnāvību pieaugumu tieši pavasarī alkohola atkarīgo vīriešu vidū⁸, bet 2010. gadā publicētā pētījumā novērots pašnāvību pieaugums pavasarī to personu vidū, kuras slimojušas ar garastāvokļa traucējumiem⁹. Šie fakti vedina domāt, ka pašnāvību skaita pieaugums pavasarī varētu būt saistāms ar biežāku psihisko saslimšanu vai stāvokļa saasināšanos šajā gadalaikā, tomēr analizē

1. attēls. Pašnāvību skaits pa mēnešiem dzimumu grupās absolūtos skaitļos 2003.-2012. gadā



norādīts, ka pētījumu skaits par šo traucējumu saistību gada laikā mainās ir ierobežots⁴.

Interesanta saikne atklāta starp alergiju un suicidalitāti¹⁰. Ņemot vērā, ka alergēnu un tādējādi arī alergisku slimību (piemēram, alergiskas astmas, rinīta un atopiskā dermatīta) saslimstībai vai slimības saasināšanās procesam novērojami sezonālie pacēlumi, izteikts pieņēmums, ka šie pacēlumi, varētu būt saistīti arī ar sezonālo pašnāvību pieaugumu. Tas iespējams caur molekulārā un šūnu līmeņa iekaisuma mehānismu, kas ietekmējot arī smadzenes⁴.

Turpinot par pētījumiem molekulārā līmenī, kā vēl viens no iespējamajiem mehānismiem pašnāvību sezonālā pieauguma skaidrošanā pēta neurotransmiteru loma. Piemēram, serotonīna koncentrācija tiek saistīta ar impulsīvu un agresīvu uzvedību¹¹, bet triptofāna (galvenās serotonīna izejvielas) koncentrācijai smadzenēs vērojams sezonāls izmaiņu ritms ar zemāku līmeni pavasarī¹². Atklāts, ka zēmam serotonīna līmenim smadzenēs, iespējams, pastāv stimulējoša ietekme uz impulsīvu braukšanu un vardarbīgu uzvedību, tādējādi arī uz potenciālu pašnāvību iespējamību^{12,13}.

Virzoties no pētījumiem molekulārā līmenī uz vienkāršākām likumsakarībām, jāmin vēl viens zinātnieku uzskats, ka pašnāvību sezonālās izmaiņas nosaka pieeja specifiskām pašnāvības izdarīšanas metodēm. Proti, kamēr, piemēram, naži un ieroči ir pieejami vienmērīgi visu gadu, tādi pašnāvības izdarīšanas līdzekļi kā pesticīdi biežāk pieejami pavasara stādīšanas sezonā. Savukārt noslikšana un noleķšana no augstuma vairāk sastopama siltajā āra aktivitātes sezonā¹⁴. Šis skaidrojums gan visticamāk nederēs Latvijas situācijā, jo Latvijā gadu no gada ap 85% pašnāvību tiek izdarītas pakaroties¹⁵ un pakāršanās ir metode, kura diemžēl ir pieejama neatkarīgi no gada laika.

Ko no šī visa varam secināt? Pirmkārt, pašnāvības joprojām ir būtiska problēma Latvijā, situācijas uzlabošanai gadu gaitā nepieciešams veltīt finanšu un cilvēkresursus. Otrkārt, pašnāvību sezonālitate ar augstākajiem rādītājiem pavasarī pastāv gan Latvijā, gan citās valstīs, tomēr faktori, ar kuriem mēģināts skaidrot sezonālitate, nedod šim fenomenam precīzu zinātnisku skaidrojumu kā arī nesniedz atbildi uz jautājumu, vai dažās valstīs klimata dēļ pašnāvību rādītāji ir augstāki nekā citās. Treškārt, jāņem vērā, ka pašnāvību profilaksē primāri uzmanība jāvērs uz citiem, labi izpētītiem pašnāvību riska faktoriem, sezonālitatei piešķirot tikai sekundāru lomu. Būsim vērīgi pret mūsu līdzcilvēku paaugstināta pašnāvības riska pazīmēm jebkurā gada laikā (vairāk informācijas <http://www.spkc.gov.lv/tematiskas-dienas/345/pasaules-pasnavibu-noversanas-diena>) jebkurā gada laikā.

T.Pulmanis

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

¹ WHO. European Detailed Mortality Database. (Skatīts 10.04.2014.)

² Värnik P. Suicide in the world. (2012) International Journal of Environmental Research and Public Health 9(3):760-71

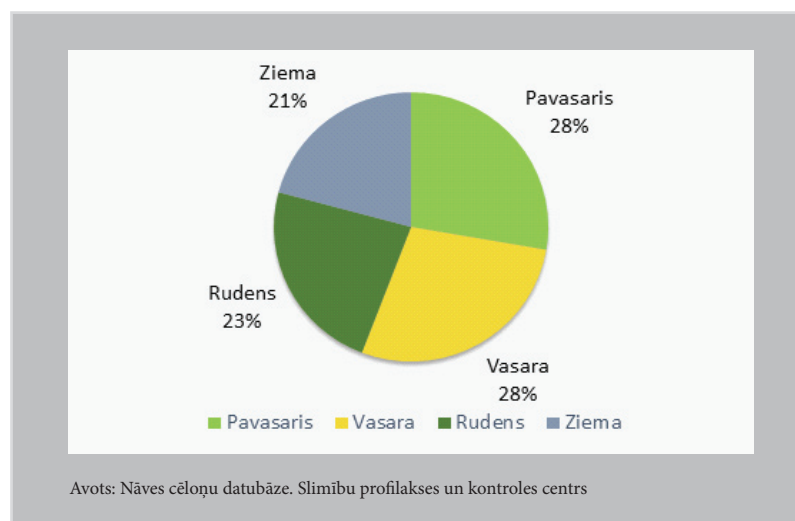
³ Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2012. Slimību profilakses un kontroles centrs, Rīga: 2013., 20. lpp.

1. tabula. Pašnāvību skaits absolūtos skaitļos dinamiskā pa mēnešiem

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Kopā
Janvāris	33	38	55	32	41	31	35	27	29	38	359
Februāris	36	35	42	37	21	33	31	35	26	31	327
Marts	43	58	40	36	32	34	51	38	37	36	405
Aprīlis	54	49	53	45	43	51	57	34	42	41	469
Maijs	69	48	64	57	42	44	63	49	39	47	522
Jūnijs	53	48	56	45	35	67	55	44	37	45	485
Jūlijs	57	61	47	41	49	38	43	42	40	42	460
Augusts	52	51	67	40	38	48	49	40	44	43	472
Septembris	54	60	51	42	35	46	31	29	34	39	421
Oktobris	46	44	26	35	44	43	32	34	37	29	370
Novembris	61	30	39	26	33	48	30	40	44	32	383
Decembris	46	41	27	51	41	44	39	24	31	20	364
Kopā	604	563	567	487	454	527	516	436	440	443	5037

Avots: Nāves ceļoņu datubāze. Slimību profilakses un kontroles centrs

2. attēls. Pašnāvību skaits (%) pa gada laikiem 2003.-2012. gadā



Avots: Nāves ceļoņu datubāze. Slimību profilakses un kontroles centrs

⁴ Jong-Min Woo, Olaoluwa Okusaga, Teodor T. Postolache. Seasonality of Suicidal Behavior. International Journal of Environment Research and Public Health. Feb 2012; 9(2): 531-547.

⁵ Chew K.S.Y., McCleary R. The spring peak in suicides: A cross-national analysis. Soc. Sci. Med. 1995;40:223-230.

⁶ Henriksson M.M. Mental disorders and comorbidity in suicide. American Journal of Psychiatry. 1993;150:935-940.

⁷ Reutfors J., Ösby U., Ekblom A., Nordström P., Jokinen J., Papadopoulos F.C. Seasonality of suicide in Sweden: Relationship with psychiatric disorder. J. Affect. Disord. 2009;119:59-65. doi: 10.1016/j.jad.2009.02.020.

⁸ Brådvik L., Berglund M. Seasonal distribution of suicide in alcoholism. Acta Psychiatr. Scand. 2002;106:299-302.

⁹ Postolache T.T., Mortensen P.B., Tonelli L.H., Jiao X., Frangakis C., Soriano J.J., Qin P. Seasonal spring peaks of suicide in victims with and without prior history of hospitalization for mood disorders. J. Affect. Disord. 2010;121:88-93.

¹⁰ Qin P., Mortensen P.B., Waltoft B.L., Postolache T.T. Allergy is associated with suicide completion with a possible mediating role of mood disorder—A population-based study. Allergy. 2011;66:658-664.

¹¹ Coccaro E.F. Central serotonin and impulsive aggression.

Br. J. Psychiatry. 1989;8:52-62.

¹² Maes M., Scharpe S., Verkerk R., D'Hondt P., Peeters D., Cosyns P., Thompson P., Meyer F.D., Wauters A., Neels H. Seasonal variation in plasma L-Tryptophan availability in healthy volunteers: Relationships to violent suicide occurrence. Arch. Gen. Psychiatry. 1995;52:937-946.

¹³ Preti A., Miotto P., Coppi M.D. Season and suicide: Recent findings from Italy. Crisis. 2000;21:59-70.

¹⁴ Ajdacic-Gross V., Bopp M., Ring M., Gutzwiller F., Rossler W. Seasonality in suicide—A review and search of new concepts for explaining the heterogeneous phenomena. Soc. Sci. Med. 2010;71:657-666.

¹⁵ Pulmanis T., Pelne A., Taube M. Psihiskā veselība Latvijā 2011. gadā. Tematiskais ziņojums. Slimību profilakses un kontroles centrs, Rīga: 2012, 84 lpp.