

Ievads

Šis ir 11. e-žurnāla "Aktuāla informācija par atkarības problēmām" (AIPAP) numurs. Katrā izdevumā tiek sniegti jaunākie dati par atkarību slimību izplatību un sekām valstī, pārskati par aktuālākajām publikācijām un literatūru, kā arī Slimību profilakses un kontroles centra (SPKC) sabiedrības veselības speciālistu un sadarbības partneru 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 padziļināti apskatām labas prakses vadlīnijas tabakas atkarības ārstēšanā, kā arī sniedzam īsu ieskatu par aktualitātēm sintētisko opioīdu lietošanas tendencēs Eiropā un Latvijā. Tā pat tiek sniegts ieskats par procesu atkarībām un alkoholisko dzērienu iepakojumu etiķešu izmantošanu patērētāju informēšanas un brīdināšanas nolūkā.

SATURS

- Alkoholisko dzērienu etiķetes
- Procesu atkarība
- Amfetamīnu un opioīdu injicētāju riskantas uzvedības atšķirības problemātisko narkotiku lietotāju vidū Latvijā 2017. gadā
- Sintētiskie opioīdi Latvijā un Eiropā – īss ieskats
- Smēķēšanas atmešana. Labā prakse tabakas atkarības ārstēšanai

Aktuālās SPKC publikācijas

1. "NARKOTIKU LIETOŠANAS PARADUMI UN TENDENCES LATVIJĀ" 2017
2. TEMATISKAIS ZIŅOJUMS "SMĒĶĒŠANAS IZPLATĪBA UN SEKAS LATVIJĀ 2016. GADĀ" 5. IZDEVUMS
3. TEMATISKAIS ZIŅOJUMS "ALKOHOLA LIETOŠANAS IZPLATĪBA UN SEKAS LATVIJĀ 2016. GADĀ" 5. IZDEVUMS

PUBLIKĀCIJAS PIEEJAMAS WWW.SPKC.GOV.LV SADAĻĀ "STATISTIKA UN PĒTĪJUMI" / "PĒTĪJUMI UN ZIŅOJUMI" / ATKARĪBAS SLIMĪBAS

ALKOHOLISKO DZĒRIENU ETIĶETES

Pasaules Veselības organizācijas (turpmāk – PVO) 2017. gada diskusijas dokumentā par alkoholisko dzērienu marķēšanas politikas iespējām¹ uzsvērts, ka patērētājiem ir tiesības izdarīt apzinātu izvēli par produktiem, kurus viņi iegādājas un valsts pienākums ir nodrošināt patērētājiem iespēju to darīt. Alkoholisko dzērienu iepakojumu etiķetes var uzskatīt par daļu no visaptverošas sabiedrības veselības stratēģijas, lai sniegtu informāciju un izglītotu patērētājus, kā arī novērstu un samazinātu ar alkoholu saistīto kaitējumu.

Eiropas Savienībā (turpmāk – ES) ir spēkā Regula 1169/2011² par pārtikas produktu informācijas sniegšanu patērētājiem. Minētais noteikums paredz, ka uz alkoholiskajiem dzērieniem, kuros alkohola saturs pārsniedz 1,2 tilpumprocentus, neattiecas obligātā prasība par sastāvdaļu sarakstu un paziņojumu par uzturvērtību.

PVO pieņemtajā Eiropas Rīcības plānā alkohola kaitīga patēriņa samazināšanai 2012.–2020. gadam³ uzsvērts, ka uz alkoholisko dzērienu marķējuma ir jānorāda sastāvdaļas, kas ietekmē veselību, tostarp kaloriju daudzums, un kopumā alkoholisko dzērienu marķējumam ir jābūt tādām pašām kā citiem pārtikas produktiem, lai nodrošinātu, ka patērētājiem ir pieejama pilnīga informācija par produkta saturu un sastāvu, nolūkā aizsargāt gan viņu veselību, gan intereses. Šo rīcības plānu Eiropas reģionālajā komitejā 2011. gada septembrī apstiprināja 53 valstis, tostarp ES dalībvalstis. Turklāt PVO uzskata, ka enerģētiskā vērtība ir vissvarīgākais marķējumā norādāmais uzturvērtības rādītājs.

Eiropas Parlamenta 2015. gada 29. aprīļa rezolūcijā par stratēģiju alkohola jomā⁴ aicina Eiropas Komisiju līdz 2016. gadam nākt klajā ar tiesību aktu priekšlikumu, kurā būtu noteikta prasība uz alkoholisko dzērienu marķējuma norādīt kaloriju daudzumu. Minētajā rezolūcijā norādīts, ka lai gan Regula (ES) Nr. 1169/2011 paredz, ka uz alkoholiskiem dzērieniem neattiecas obligātā prasība norādīt marķējumā sastāvdaļu sarakstu un paziņojumu par uzturvērtību, ar alkohola lietošanu saistīto risku dēļ tomēr būtu nepieciešama visaptveroša informācija par alkoholiskajiem dzērieniem.

Eiropas Komisijai tika iesniegti arī daudzi rakstiski jautājumi par alkoholisko dzērienu marķēšanu, kuros lūgts sagatavot šo ziņojumu un uzsvērts, ka pašreizējiem atbrīvojumiem no prasības marķējumā norādīt sastāvdaļu sarakstu un paziņojumu par uzturvērtību nav pamatojuma, kā arī aicināts sākt likumdošanas iniciatīvas, kas pastiprinātu prasības par alkoholisko dzērienu marķēšanu.

Eiropas Padome 2015. gada 7. decembrī pieņemtajos secinājumos par ES stratēģiju par al-

kohola radītā kaitējuma mazināšanu⁵, aicināja Komisiju apsvērt iespēju ieviest obligātu prasību par sastāvdaļu un paziņojumu par uzturvērtību, jo īpaši par enerģētisko vērtību norādīšanu alkoholisko dzērienu marķējumā.

2017. gada 13. marta Eiropas Komisijas ziņojumā Eiropas Parlamentam un Padomei "Par alkoholisko dzērienu obligāto marķēšanu attiecībā uz sastāvdaļu sarakstu un paziņojumu par uzturvērtību"⁶ norādīts, ka nav konstatēti objektīvi iemesli, kas pamatotu informācijas nesniegšanu uz alkoholisko dzērienu iepakojumiem par alkoholisko dzērienu sastāvdaļām un uzturvērtību. Eiropas Komisija norāda, ka alkohola nozare arvien vairāk vēlas sniegt šādu informāciju, un tādēļ tā dod alkohola ražotājiem gadu, lai iesniegtu pašregulācijas priekšlikumus, kas aptvertu visu alkoholisko dzērienu nozari.

ES Regulā 1169/2011 par pārtikas produktu informācijas sniegšanu patērētājiem 21. pantā ir noteikts, ka marķējums par vielām, kas izraisa alerģiju, attiecas arī uz alkoholiskiem dzērieniem. Tādēļ patērētāji ir informēti, ja alkoholiskos dzērienos ir vielas vai produkti, kas Regulas 1169/2011 II pielikumā ietverti kā visbiežāk sastopamie alerģēni, piemēram, vīnam pievienotie sulfīti. Tomēr Regulas 1169/2011 II pielikumā nav ietvertas citas sastāvdaļas, kas varētu izraisīt alerģiskas reakcijas konkrētās patērētāju grupās, un tādēļ tās netiek norādītas alkoholisko dzērienu marķējumā. Lai gan attiecībā uz alkoholiskiem dzērieniem nav prasības norādīt sastāvdaļu sarakstu, pārtikas aprītē iesaistītie uzņēmēji var brīvprātīgi sniegt šo informāciju patērētājiem. Ar ES Regulas 1169/2011 41. pantu dalībvalstīm ir atļauts piemērot valsts tiesību aktus par sastāvdaļu uzskaitījumu attiecībā uz alkoholiskiem dzērieniem, kamēr nav pieņemti saskaņoti ES noteikumi⁶.

Eiropas Komisijas uzdevumā tika veikts pētījums par pārtikas produktu informācijas ietekmi uz patērētāju izvēli⁷, un šā pētījuma ietvaros tika pētīta patērētāju rīcība saistībā ar informāciju uz alkoholiskajiem dzērieniem. Pētījumā piedalījās 2031 respondents no 8 dalībvalstīm, kuri tika informēti par alus, vīna un stipro alkoholisko dzērienu enerģētisko vērtību, viņiem tika vaicāts par informāciju, kas ideālā gadījumā turpmāk būtu jānorāda uz alkoholiskajiem dzērieniem. Gandrīz puse respondentu (49 %) vēlējās, lai būtu norādīta informācija par alkoholisko dzērienu enerģētisko vērtību, un 16 % respondentu paziņoja par saviem nodomiem samazināt alkohola patēriņu, balstoties uz šo informāciju.

Saskaņā ar 2014. gadā veikto pētījumu⁸, ko pasūtīja aldaru apvienība, patērētāju zināšanas par alkoholisko dzērienu uzturvērtību un sastāvdaļām nav plašas. Pētījumā tika iesaistīti

ALKOHOLISKO DZĒRIENU MARĶĒŠANA

Alkoholisko dzērienu marķēšana var tikt uzskatīta par visaptverošas sabiedrības veselības stratēģijas komponenti alkohola radītā kaitējuma ierobežošanai. Brīdinošo marķējumu izvietošana uz alkoholisko dzērienu iepakojumiem ir svarīgs solis, lai veicinātu izpratnes veidošanu par alkohola kaitīgo ietekmi. Šobrīd prasības alkohola brīdinošajiem marķējumiem pasaulē ir atšķirīgas un ierobežotas, salīdzinājumā ar tabakas izstrādājumu un tabakas izstrādājumu marķējumiem. Publikācijā „Alcohol labelling. A discussion document on policy options”, PVO rekomendē pasākumus, lai ieviestu brīdinošus marķējumus uz alkoholisko dzērienu iepakojumiem, sniedzot patērētājiem informāciju par dzērienu sastāvdaļām un riskiem, ko rada alkohola patēriņš: kaitējumu veselībai (ļaudabīgie audzēji, aknu ciroze), atkarības risku, lietošanas bīstamību grūtniecības laikā, vadot automašīnu, kā arī lietojot noteiktus medikamentus. Alkoholisko dzērienu marķēšana ar brīdinošiem uzrakstiem vai/un attēliem sniedz unikālu iespēju mērķtiecīgi uzrunāt patērētāju tirdzniecības vietās un patēriņa laikā. Rekomendējošās politikas ziņojums pieejams elektroniski: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/343806/WH07_Alcohol_Labelling_full_v3.pdf?ua=1

APMĀCĪBU PROGRAMMA ĪSAI ALKOHOLA INTERVENCEI PRIMĀRAJĀ VESELĪBAS APRŪPĒ

Eiropas Reģionā ir augstākais alkohola patēriņš visu PVO reģionu vidū, kā rezultātā alkohola izraisīto nāves gadījumu skaits pēdējo 20 gadu laikā pieaug, radot akūtu nepieciešamību pēc uz pierādījumiem balstītu intervencu popularizēšanu un ieviešanu valstīs. Lai nodrošinātu valstīm nepieciešamos instrumentus alkohola radītā kaitējuma novēršanai, PVO ir izstrādājusi apmācību programmu ieviešanai primārajā veselības aprūpē ar mērķi paplašināt un uzlabot veselības aprūpes speciālistu sagatavotību darbā ar īsās intervences sniegšanu. Apmācību programma aprakstītā intervence tiks izstrādāta balstoties uz starptautisku jomas ekspertu rekomendācijām un apraksta pa soļiem kārtību, kādā sagatavot apmācības primārās aprūpes speciālistiem. Papildus tam, programmā iekļautas norādes par aktivitātēm un lomu spēlēm, kas veido daļu no apmācību programmas. Programmā iekļauta sadaļa ar pierādījumiem par alkohola radīto ietekmi uz indivīda veselību, kā arī veselības aprūpes sistēmu un sabiedrību kopumā. Apmācību programma pieejama elektroniski: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/351294/Alcohol-training-manual-final-edit-LsJB-290917-new-cover.pdf?ua=1

gandrīz 5400 respondenti 6 dalībvalstīs. Šā pētījuma rezultāti liecina, ka patērētājiem trūkst zināšanu par ogļhidrātu, kaloriju un tauku saturu dažādos pētījumā ietvertajos alkoholisko dzērienu veidos (alus, vīns un stiprie alkoholiskie dzērieni) un par dažādām sastāvdaļām, ko var izmantot to ražošanā. Pētījums liecināja, ka ir liela interese iegūt tādu pašu informāciju par alkoholisko dzērienu sastāvdaļām un enerģētisko vērtību, kā pašlaik tiek sniegta par citiem pārtikas produktiem.

Patērētāju pārstāvji apgalvo⁹, ka neatbilstība starp alkoholisko dzērienu un citu pārtikas produktu marķēšanu nav pieņemama un ka sastāvdaļu sarakstam un paziņojumam par uzturvērtību ir jābūt obligātam attiecībā uz visiem alkoholiskajiem dzērieniem, lai palīdzētu patērētājiem izdarīt apzinātu izvēli par to, kādus dzērienus un kādos daudzumus patērēt.

Arī sabiedrības veselības asociācijas atbalsta sastāvdaļu un paziņojuma par uzturvērtību obligātu norādīšanu alkoholisko dzērienu marķējumā, lai novērstu un mazinātu alkohola radīto kaitējumu Eiropā¹⁰. Informācija par uzturvērtību, piemēram, par enerģētisko vērtību, ļautu patērētājiem labāk uzraudzīt savu uzturu, svaru un veicinātu veselīgu dzīvesveidu. Ražošanas nozares nostāja šajā jautājumā nesen ir ievērojami mainījusies. Lai gan iepriekš pārtikas apritē iesaistītie uzņēmēji bija noskaņoti pret jebkādam papildu marķēšanas prasībām, pašlaik vairākums nozares sektoru atzīst, ka patērētājiem ir tiesības zināt viņu dzērienu sastāvu, un dažādu nozares sektoru dalībnieki brīvprātīgi izstrādā un īsteno vairākas kopīgas vai atsevišķas iniciatīvas nolūkā sniegt patērētājiem papildu informāciju.

PVO 2017.gada diskusijas dokumentā par alkoholisko dzērienu marķēšanas politikas iespējām¹ norādīts, ka pētījumi Eiropā liecina par patērētāju nepietiekošām zināšanām par dažādu veidu ogļhidrātu, kaloriju un tauku saturu alkoholiskais dzēriens un dažādām sastāvdaļām, kuras var izmantot to ražošanā¹¹.

Saistībā ar ES Vienoto rīcību ar Alkoholā radītā kaitējuma mazināšanu (RARHA) ietvaros tika veikts pētījums¹² par patērētāju uztveri un izpratni par komunikāciju par alkohola radītajiem riskiem. Patērētāju atbildes uzsvēra nepieciešamību pēc papildu informācijas par iespējamiem veselības apdraudējumiem. Patērētāji vēlējas saņemt vairāk informācijas par šo tēmu: 50,4% vēlētos iegūt vairāk informācijas par sastāvdaļu uzskaitījumu, 43,2% kaloriju saturu un 37,9% par uzturvērtību.

Dažādos alkoholiskos dzērienos ir krasi atšķirīgs kaloriju daudzums. Jo stiprāks dzēriens, jo vairāk tajā kaloriju. Jebkurā dzērienā esošo kaloriju daudzums ir atkarīgs no cukura daudzuma un alkohola procenta.

Augsts cukura daudzums nozīmē, ka alkohols satur ievērojamu daudzumu kaloriju. Alkoholā enerģijas saturs ir 7,1 kcal/g un tikai taukiem ir lielāka enerģētiskā vērtība par gramu 9 kcal/g¹³. Alkoholā kalorijas ir tā saucamās tukšās kalorijas, jo tām tikpat kā nav uzturvērtības. Vienlaikus lietojot alkoholu un ēdot, organisms vispirms sadedzinās kalorijas, kas uzņemtas

alkoholu, un tikai pēc tam ar ēdienu uzņemtās vielas. Tas palielina iespēju, ka uzņemta ēdiena enerģija netiks izmantota, bet gan tiks uzkrāta organismā tauku veidā.

Itālijā veiktajā pētījumā¹⁴ secināts, ka starp Itālijas patērētājiem tikai 22% apzinājās, cik kilokalorijas (kcal) satur glāze vīna, bet lielākai daļai (51%) bija tendence nenovērtēt kcal saturu vai pat domāja, ka vīnam nav kcal saturs vispār (12%).

Pētījumi liecina, ka alkohola patēriņš var būt ievērojams svara pieauguma riska faktors, piemēram¹⁵:

- 330 ml 5% alus satur apmēram 140 kalorijas
- 175 ml 13% sarkanvīns (viena glāze) satur apmēram 160 kalorijas
- 25 ml 40% viskijs satur 60 kalorijas
- 100 ml 5% alus satur apmēram 40 kalorijas
- 100 ml 13% vīns satur 90 kalorijas
- 100 ml 40% viskijs satur 240 kalorijas.

Daži pierādījumi¹⁶ liecina par saistību starp alkohola patēriņu un svara pieaugumu vai aptaukošanās risku jauniešu vidū, īpaši jaunām sievietēm. Alkohols var būt ne tikai potenciāls nozīmīgs kaloriju avots ar ierobežotu uzturvērtību¹⁷. Nodrošinot patērētājus ar informāciju par alkoholisko dzērienu kaloriju saturu ir svarīgs veids kā patērētājiem palīdzēt samazināt uzņemto kaloriju daudzumu, lai novērstu aptaukošanās risku.

Lai labāk informētu patērētājus, kuri cieš no pārtikas alerģijas, ES Regulā 579/2012 ir noteiktas obligātās pārtikas produktu marķēšanas prasības par alerģiju izraisošām vielām. ES Regula 579/2012 prasa uzskaitīt tikai visbiežāk sastopamās alerģiskās vielas. Dažiem cilvēkiem var būt alerģija pret vielām, kuras atbilstoši ES Regulai 579/2012 netiek uzskatītas par alerģiskām. Atšķirībā no pārtikas produktiem, alkoholiskiem dzērieniem nav obligāti norādīt sastāvdaļas.

Alkoholisko dzērienu marķēšana nodrošina plašu iespēju izplatīt paziņojumus par veselības veicināšanu pārdošanas un patēriņa vietās. Veselības informācijas etiķetes ir lēts līdzeklis, kas nodrošina tiešu informāciju par risku, kas saistīts ar alkohola lietošanu.

ES Francija bija pirmā dalībvalsts, kas prasīja, lai patērētāji tiktu informēti par riskiem, kas saistīti ar alkohola lietošanu. Francijā kopš 2007. gada uz alkoholisko dzērienu etiķetēm obligāti ir jābūt paziņojumam: “Alkoholisko dzērienu lietošana grūtniecības laikā, pat nelielos daudzumos, var izraisīt nopietnas sekas bērna veselībai” vai arī jāizvieto atbilstoša piktoграмма.

Veselības informācija uz etiķetes var sniegt skaidru informāciju par kaitējumu, patērējot alkoholiskos dzērienus. Šāds kaitējums ietver kaitējumu fiziskajai veselībai (aknu cirozes, vēža, u.c), garīgās veselības problēmas, fiziskas traumas, vardarbība un atkarības risks. Turklāt īpaši ziņojumi varētu brīdināt par alkohola lietošanas risku grūtniecības laikā un transportlīdzekļa vadīšanas laikā, risku nepilngadīgajiem,

risku mehānismu apkalpošanā vai noteiktu zaļu lietošanā. Veselības informācijas ziņojumus var pievienot ar ieteikumu rīkoties; piemēram: “Ja jūs uztrauc alkohola lietošana, zvaniet [atbilstoša palīdzības līnija un tālruna numurs] vai apmeklējiet [atbilstošu vietni]”. Ja tiek izmantotas piktogrammas, tās ir vēlams izvietot kopā ar atbilstošu veselību informācijas ziņojums. Turklāt, tāpat kā uz tabakas izstrādājumiem, īpašais veselības ziņojuma lielumu vajadzētu noteikt kā minimumu no konteinera lieluma procentuālās daļas. Izmantotie attēli var būt informatīvā stilā un ņemti no citām notiekošām izglītības kampaņām, lai uzlabotu to efektivitāti¹⁸.

Izvērtējot etiķešu efektivitāti uz alkoholisko dzērienu iepakojumiem, jāatzīmē, ka visvairāk pētīta pieredze ar veselību saistītu alkohola marķējumu ir Amerikas Savienotajās Valstīs. Amerikas Savienoto Valstu veselības marķējums uz alkoholiskajiem dzērieniem ir fiksēts nevis rotējošs, un nav mainījies kopš tā ieviešanas 1989. gadā. Uzraksts salīdzinoši garš un parasti ir mazā un grūti nolasāmā drukā¹⁹: “(1) Sievietes nedrīkst lietot alkoholu grūtniecības laikā, jo ir iedzimtu defektu risks. (2) Alkoholisko dzērienu patēriņš pasliktina spēju vadīt automašīnu vai apkalpot mehānismus un var radīt veselības problēmas”.

2016. gada PVO globālais alkohola un veselības pētījums (vēl nav publicēts) ietvēra vairākus jautājumus par patērētāju informēšanu par alkoholiskajiem dzērieniem un to marķēšanu, lai norādītu uz kaitējumu, kas saistīts ar alkoholu¹. Pētījuma provizorisks secinājumi:

- trīspadsmit no 53 PVO Eiropas reģiona dalībvalstīm ziņoja, ka valstu likumdošanā ir noteikts, ka uz alkoholisko dzērienu iepakojumiem ir jābūt veselības brīdinājuma marķējumam (viena dalībvalsts neatbildēja);

- desmit dalībvalstis ziņoja, ka valsts likumdošana nosaka veselības brīdinājuma marķējumu izmēru uz alkoholisko dzērienu iepakojuma (viena dalībvalsts neatbildēja). Valstis uz alkoholisko dzērienu iepakojuma tiek izmantotas brīdinājuma etiķetes, piemēram: “Dzeršana var kaitēt jūsu vēl nedzimušam bērnam”; “Alkohola lietošana kaitē jauniešu smadzenēm”; “Alkohola lietošana var izraisīt vairāk nekā 60 slimības un veselības traucējumus”; “Brīdinājums:

satur alkoholu - ieteicams izvairīties no pārmērīga patēriņa”; un “Brīdinājums: pārmērīgs alkohola patēriņš apdraud dzīvību un ir kaitīgs veselībai”;

- veselības brīdinājuma zīmes attiecībā uz grūtniecību ir obligātas 13 dalībvalstīs, attiecībā uz nepilngadīgo alkohola lietošanu 12 dalībvalstīs,

PROCESU ATKARĪBA

Ar jēdzienu procesu atkarība¹ mēs saprotam azartspēļu (spēļu automāti, bingo, kāršu spēles, loterijas, sporta spēles, derības u.c.) atkarību un jauno tehnoloģiju (interneta, datora, televīzijas, videospēles, čatu, mobilo telefonu, planšetes, u.c.) atkarību. Pie azartspēļu atkarības pieder jebkura patoloģiska sacensība, kur ir ieguvums naudā vai citādi, un mērķis ir izmainīt savu ga-

un attiecībā uz transportlīdzekļa vadīšanu un alkohola lietošanu 11 dalībvalstīs;

- obligāta prasība norādīt patērētājiem informāciju par kalorijām, piedevām, vitamīniem un mikroelementiem uz alus iepakojuma etiķetēm ir 15 ES dalībvalstīs, uz vīna iepakojumiem 15 ES dalībvalstīs, un uz stipro alkoholisko dzērienu iepakojumiem 13 dalībvalstīs (divas dalībvalstis neatbildēja);

- valsts likumdošanas prasība norādīt standarta dzērienu skaitu uz alkoholisko dzērienu iepakojuma etiķetēm ir trijās dalībvalstīs, bet norādīt alkohola saturu uz alkoholisko dzērienu etiķetēm ir 48 dalībvalstīs (divas dalībvalstis nav atbildējušas).

Alkoholisko dzērienu marķēšanā svarīga nozīme ir labam dizainam. Ir četri ziņu komponenti, kurus var ņemt vērā, izstrādājot efektīvu veselības marķējumu, katrs no tiem ir citāds: 1) signāls, kas piesaista uzmanību; 2) problēmas identificēšana; 3) seku izskaidrojums; 4) instrukcijas, kā izvairīties no problēma.

Etiķetes vizuālo ietekmi var uzlabot, izmantojot lielu, treknrakstu druku, krāsas un simbolu attēlus²⁰.

Secinājumi

1. Saskaņā ar pašreiz spēkā esošo ES Regulu 1169/2011, atšķirībā no citiem pārtikas produktiem, alkoholisko dzērienu marķēšanā sastāvdaļu saraksta un paziņojuma par uzturvērtību norādīšana nav obligāta.

2. Ne tikai Eiropas Parlaments, bet arī Pasaules Veselības organizācija un patērētāju un sabiedrības veselības organizācijas prasa ieviest jaunus alkoholisko dzērienu marķēšanas noteikumus, jo īpaši attiecībā uz enerģētiskās vērtības norādēm uz alkoholisko dzērienu marķējuma.

3. Sastāvdaļu saraksts un paziņojums par uzturvērtību ir svarīgākie informācijas elementi, kas palīdz patērētājiem izdarīt apzinātākas un veselīgākas izvēles.

4. Eiropas Komisija nav konstatējusi objektīvus iemeslus, kas attaisnotu to, ka uz alkoholiskajiem dzērieniem netiek norādīta informācija par sastāvdaļām un uzturvērtību.

L.Šulca

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

1. Alcohol labelling A discussion document on policy option, World Health Organization 2017

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/343806/WH07_Alcohol_Labelling_full_v3.pdf?ua=1

2. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LV/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011R1169&from=LV>

3. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020 WHO Regional Office for Europe,

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf

4. Council Conclusions on an EU strategy on the reduction of alcohol-related harm

[https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:52015XG1216\(01\)&from=LV](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:52015XG1216(01)&from=LV)

5. Padomes secinājumi par ES stratēģiju par alkohola radīta kaitējuma mazināšanu (2015), OV C 418, 16.12.2015., 6.–8. lpp

6. Report from the Commission to the European Parliament and the Council: regarding the mandatory labelling of the list of ingredients and the nutrition declaration of alcoholic beverages. Brussels: European Commission; 2017

https://ec.europa.eu/food/sites/food/files/safety/docs/fs_labelling-nutrition_legis_alcohol-report_en.pdf

7. TNS European Behaviour Studies Consortium, Study on the impact of food information on consumers' decision making (2014).

8. Consumer insights — knowledge of ingredient and nutrition information off-label information and its use — Report GfK Belgium (2014).

9. Informed food choices for healthier consumers — European Consumer Organisation's (BEUC) position on nutrition (2015).

10. Eurocare Reflections On Alcohol Labelling (2014).

11. Consumer insights: knowledge of ingredient and nutrition information of alcoholic beverages — off-label information and its use. Leuven: GfK Belgium, (2014).

12. Tricas-Sauras S, Kaczmarek A, San Martin L. Consumer survey on communication of alcohol associated risks. Reducing Alcohol Related Harm (RARHA)/European Alcohol Policy Alliance; (2015).

13. Liangpunsakul S. Relationship between alcohol intake and dietary pattern: findings from NHANES III. World J Gastroenterol. 2010;16(32):4055–60 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2928459>, accessed 3 July 2017).

14. Annunziata A, Pomarici E, Vecchio R, Marani A. Do consumers want more nutritional and health information on wine labels? Insights from the EU and USA. Nutrients. (2016).

15. Calories in alcohol. London: Drinkaware; 2017

16. Berkey CS, Rockett HR, Colditz GA. Weight gain in older adolescent females: the internet, sleep, coffee, and alcohol. J Pediatr. 2008;153(5):635–9.e1 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18614178>).

17. Yeomans MR. Alcohol, appetite and energy balance: is alcohol intake a risk factor for obesity? Physiol Behav. 2010;100(1):82–9

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20096714>

18. Alcohol health information labels: report of qualitative research into health information labels on alcoholic beverages. Carlton South: Victorian Health Promotion Foundation; 2009

19. Department of the Treasury. Alcohol beverage health warning statement (99R–507P). Federal Register. 2001;66(99):28135–6

20. Grunert KG, Wills JM. A review of European research on consumer response to nutrition information on food labels. J Public Health 2007;15:385–99

rastāvokli.

Atkarības, kas nav saistītas ar vielu lietošanu, sauc par procesu atkarību, bieži arī par paradumu vai uzvedības atkarību. Procesu atkarības attīstības process un centrālās nervu sistēmas bioķīmiskie procesi norisinās līdzīgi kā vielu (alkohola, narkotiku) atkarībām².

Atkarība ir primāra, hroniska un progresējoša slimība, kas skar smadzeņu atlidzības, motivācijas, atmiņas un ar tām saistītos mehānismus. Šo mehānismu disfunkcija izsauc raksturīgas bioloģiskas, psiholoģiskas, garīgās un sociālas izpausmes. Atkarību raksturo nespēja atturēties no darbību veikšanas, traucēta uzvedības kontrole, pastiprināta tieksme, pazemināta

spēja atpazīt nozīmīgas problēmas savā rīcībā un līdzcilvēku attiecībās, kā arī emocionālu reakciju disfunkcija. Atkarība ietver remisijas un recidīva ciklus. Neārstējot atkarību un neiesaistoties rehabilitācijas programmās, slimība pakāpeniski progresē un var izraisīt invaliditāti vai priekšlaicīgu nāvi³.

Azartspēļu atkarība ir impulsu kontroles traucējumu paveids. Atkarīgi spēlētāji nespēj kontrolēt impulsus spēlējot arī tad, ja viņi apzinās, ka spēlēšana nodara kaitējumu sev pašiem un tuviniekiem. Azartspēļu atkarīgie var domāt tikai par spēlēšanu un viss, ko viņi vēlas darīt ir tikai spēlēt, neatkarīgi no sekām. Atkarīgi spēlētāji turpina spēlēt neskatoties uz apkārtējo situāciju - vai ir labs garastāvoklis vai slikts, vai tie ir nomākti vai laimīgi. Viņi turpina spēlēt pat tad, ja zina, ka izredzes uzvarēt nav praktiski nekādas un pat gadījumos, ja viņi nevar atļauties zaudēt.

Procesu atkarība Starptautiskajā statistiskajā slimību un veselības problēmu klasifikācijā (10. redakcija)⁴ (turpmāk - SSK-10) nav klasificēta kā diagnoze. Slimību grupa, kas varētu tikt pielīdzināta procesu atkarībām, taču kurā atkarības jēdziens neparādās, ir "Pieaugušo personības un uzvedības traucējumi" (kods F60-F69), izveidota F63 grupa - "Paradumu un dziņu traucējumi", kurā ir definēta patoloģiska tieksme uz azartspēlēm un kodēta ar F63.0.

SSK-10 norādīts, ka paradumu un dziņu traucējumi ir impulsīvi un ka "cēlonis šiem traucējumiem nav saprotams, un tos apvieno vienā grupā līdzīgu izpausmju, nevis citu svarīgu zināmu pazīmju dēļ".

ASV psihiatru asociācijas Psihisko slimību diagnostikas un statistiskas rokasgrāmatā (Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders jeb DSM) 5. versijā (turpmāk - DSM-5) sadaļas "Ar lielām saistītī un atkarības traucējumi" apakšnodaļā "Ar lielām nesaistītī traucējumi" ir iekļauts tikai viens traucējumu veids - Azartspēļu spēlēšanas traucējumi⁵.

Specializētajā literatūrā⁶ norādīts, ka atkārtota un problemātiska azartspēļu spēlēšana un azartspēļu atkarība nav sinonīmi, vienlaicīgi atzīstot, ka kritēriji šo veselības stāvokļu nodalīšanai un procesu atkarību kā tādu identificēšanai nav viennozīmīgi. Tomēr azartspēļu atkarības un azartspēļu spēlēšanas paradumu simptomātiku var diferencēt.

Azartspēļu atkarība (jeb patoloģiska tieksme uz azartspēlēm), azartspēļu spēlēšanas traucējumi, kompulsīva azartspēļu spēlēšana ir psihiskās veselības traucējums, kam raksturīgas biežas un atkārtotas azartspēļu spēlēšanas epizodes, neskatoties uz nopietnām nelabvēlīgām sekām - problēmas sociālajā, profesionālajā, ģimenes dzīvē, materiālajā stāvoklī⁷.

Problemātiska azartspēļu spēlēšana raksturo spēlētājus, kuri spēlēšanas rezultātā piedzīvo vairākas negatīvas sekas, taču neatbilst atkarības jeb patoloģiskas azartspēļu spēlēšanas kritērijiem⁸.

Riskanta azartspēļu spēlēšana⁹ (tostarp vidēja riska un zema riska) raksturo spēlētājus, kuriem ir zems vai vidējs risks piedzīvot spēlēšanas ra-

dītās negatīvās sekas un viņi pieredz mazāk negatīvo spēlēšanas sekas un tās ir mazāk nopietnas kā problemātiskiem azartspēļu spēlētājiem. Šie spēlētāji piedzīvo spēlēšanas negatīvās sekas bez kontroles zaudēšanas pār savu paradumu vai arī nespēj kontrolēt savu paradumu, taču nepiedzīvo spēlēšanas negatīvās sekas.

Atbilstoši DSM-5 klasifikācijai⁵ azartspēļu atkarība ir ilgstošs un atkārtots azartspēļu spēlēšanas paradums, kā rezultātā iestājas klīniski nozīmīgi veselības traucējumi vai diskomforts, kas atbilst četriem vai vairāk no zemāk uzskaitītajiem deviņiem kritērijiem pēdējo 12 mēnešu laika periodā:

1.azartspēļu spēlēšanai nepieciešams izlietot arvien lielāku naudas daudzumu, lai sasniegtu gaidīto labsajūtu;

2.persona jūtas nemierīga vai aizkaitināta, ja mēģina samazināt vai pārtraukt azartspēļu spēlēšanu;

3.ir vairākkārt neveiksmīgi mēģinājis kontrolēt, samazināt vai pārtraukt azartspēļu spēlēšanu;

4.bieži ir pārņemts ar azartspēļu spēlēšanu (piemēram, pastāvīgi domās atkārtoti izdzīvo spēlēšanas pieredzes, plāno nākamo spēlēšanas reizi, domā, kā iegūt naudas līdzekļus spēlēšanai);

5.bieži spēlē azartspēles, kad izjūt distresu (jūtas bezpalīdzīgs, vainīgs, nemierīgs, nomākts);

6.pēc tam, kad spēlējot ir zaudējis naudu, bieži atgriežas spēlēt citā dienā, lai atgūtu zaudēto;

7.melo, lai slēptu apjomu, kādā spēlē azartspēles;

8.ir pametis novārtā vai zaudējis nozīmīgas attiecības, darbu, izglītības vai darba iespēju azartspēļu spēlēšanas dēļ.

Saskaņā ar DSM-5 klasifikāciju⁵, patoloģiska tieksme uz azartspēlēm formāli iekļaujas vienā grupā ar tādām garīgām slimībām kā piromānija un kleptomānija, bet saskaņā ar vispārēju speciālistu novērtējumu patoloģisko azartspēļu spēlētāju uzvedība ir ļoti līdzīga alkoholiķu un narkomānu problēmai.

Sajūtas, ko spēlētāji saņem no spēles, var uzskatīt par sava veida intoksikāciju, jo velme palielināt likmju lielumu atspoguļo atbilstošu atkarības fāzi. Tas pats notiek ar alkoholiķiem vai narkomāniem, kuriem ir vajadzīgas arvien lielākas "devas", lai saņemtu apmierinātību. Tāpat kā alkoholiķi un narkomāni, spēlētāji var pavadīt veselas dienas bez ēdiena un miega, kad viņi spēlē. Cilvēki bieži izmanto aizdevumus, lai nomaksātu parādus, apmaiņā pret solījumu pārtraukt spēlēt. Azartspēļu atkarīgie, tāpat kā alkoholiķi vai narkomāni, savas sajūtas izskaidro ar nepieciešamību pēc "devas", un gandrīz jebkura emocija vai iespaids var kļūt par stimulu spēlēm.

Kad spēlētāji ir spiesti pārtraukt spēli, var novērot kaut ko līdzīgu "pārrāvumiem" vai paģirām. Dažreiz patoloģiskajiem spēlētājiem spēles laikā ir sajūta par dalītu personību, atmiņā ir neveiksmes, līdzīgi, kā tas notiek ar narkotiku vai alkohola intoksikācijas laikā. Turklāt spēlētājiem bieži ir panikas lēkmes, vispārējas depresijas pazīmes, pašnāvības mēģinājumi¹⁰.

Procesu atkarības veidošanās sastāv no četrām fāzēm:

1.uzvaru jeb ieguvumu fāze - sāk spēlēt vai lietot, piemēram, datoru arvien biežāk, pieaug likmes vai pavadītais laiks spēlējot azartspēlēs vai lietojot datoru, internetu;

2.zaudējumu fāze - nevar pārtraukt spēli vai čatošanu, aizņemas naudu, melo, slēpj savu rīcību, tiek ietekmēta ģimenes dzīve un darbs, izmainās personība - kļūst nemierīgs, ātri uzbudināms;

3.depresijas un atspēlēšanās fāze - mēģina atgūt zaudēto jeb "deponēto" naudu, jau nospēlē naudu, kas aizņemta parādu atdošanai, rodas amorāla vai nelegāla rīcība, iedragāta reputācija, atsvešināšanās no ģimenes un draugiem, lietojot datoru realitātes izjūtas zaudēšana un emocionāla atrautība no ārpusaules;

4.bezpalīdzības un izsīkšanas fāze - dziļa depresija, paralēla citu atkarību radošo vielu pastiprināta lietošana, šķiršanās, emocionāls sabrukums, apcietinājums, domas par pašnāvību, tās mēģinājumi¹.

2007. gadā Latvijā veiktajā pētījumā¹¹ secināts, ka 2007.gadā spēļu zāles vai kazino azartspēļu spēlēšanai dzīves laikā ir apmeklējuši piektā daļa jeb 20% iedzīvotāju vecumā no 18-74 gadiem. Augstākā azartspēļu spēlēšanas izplatība tika konstatēta gados jauniem iedzīvotājiem - vecuma grupās no 18-24 gadiem un no 25-34 gadiem (attiecīgi 31% un 39%). Rīgā (20%) vai citā pilsētā (21%) dzīvojošu respondentu vidū azartspēļu spēlēšanas paradumi vērojami nedaudz biežāk kā lauku iedzīvotāju grupā (17%). Pētījumā tika konstatēts, ka paradums raksturīgāks iedzīvotāju vidū ar augstāko izglītību (23%), salīdzinot ar personām, kurām ir pamatizglītība (14%). Biežāk spēlētās azartspēles dzīves laikā ir spēļu automāti (18% no visiem aptaujātajiem). Pēdējā gada laikā spēļu automātus spēlējuši 8% iedzīvotāju. Azartspēles internetā dzīves laikā spēlējuši 4% respondentu (pēdējā gada laikā - 2%). Otrs biežāk izplatītais paradums ir dalība skaitļū vai citās loterijās jeb izlozēs (Superbingo u.tml.) - par šādu paradumu arī ziņojuši 18% iedzīvotāju (pēdējā gada laikā - 7%).

Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra dati par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem¹ liecina, ka 2017. gadā pirmreizēji ārstēti 26 pacienti ar patoloģisku tieksmi uz azartspēlēm, datorspēlēm vai internetu, no tiem 22 vīrieši un četras sievietes. No visiem (n=26) pacientiem lielākai daļai (n=21) pacientu tika konstatēta patoloģiska tieksme azartspēlēm.

Salīdzinot ar 2016. gadu, kad tika ārstēti 42 pacienti, pirmreizēji ārstēto pacientu skaits ar patoloģisku tieksmi uz azartspēlēm, datorspēlēm vai internetu, ir samazinājies. Pēdējo gadu laikā pirmreizēji ārstēto pacientu skaits ir svārstīgs, 2015. gadā 33 pacienti, 2014.gadā - 28.

2017. gada laikā tika ārstēti 48 pacienti, no tiem 40 pacienti ar patoloģisku tieksmi uz azartspēlēm, lielākā daļa ārstēto pacientu ir vīrieši. 2016. gada laikā tika ārstēti 58 pacienti ar patoloģisku tieksmi uz azartspēlēm, datorspēlēm

Problemātisku azartspēļu spēlēšanas paradumu profilakses pasākumu paredzamā efektivitāte¹⁶

	Augsta	Mēreni augsta	Mērena	Mēreni zema	Zema
IZGLĪTOJOŠĀS INICIATĪVAS					
Intervences agrīnā bērnībā		√			
Informatīvās/Izpratnes veidojošas kampaņas				√	
Informācijas sniegšana spēlēšanas vietās/ konsultāciju centri				√	
Statistikā instruktāža (spēlētājiem tiek izskaidrota laimesta varbūtības iespēja)				√	
Profilakses programmas skolās			?		
POLITISKĀS INICIATĪVAS					
Vispārējās pieejamības ierobežošana		√ ¹			
Vietu skaita ierobežošana		√ ¹			
Kaitīgāko Azartspēļu veidu ierobežošana		√ ¹			
Azartspēļu veidu skaita ierobežošana			?		
Azartspēļu atļaušana konkrētās vietās					
Lokalizācijas ierobežošana					
Darba laika ierobežošana				?	
SPĒLĒTĀJU IEROBEŽOJUMI					
Aizliegumi jauniešiem			?		
Vecuma ierobežojuma palielināšana			?		
leejas ierobežošana nerezidentiem		?			
leejas ierobežošana iedzīvotājiem no augstākās sociālekonomiskā klases			?		
Spēlētāju pašizslēgšanās mehānisms				√ ⁵	
IEROBEŽOJUMI VAI IZMAIŅAS AZARTSPĒĻU ORGANIZĒŠANAS KĀRTĪBĀ					
Izmaiņas azartspēļu automātu parametros					
„Priekšlaicīga” vienošanās (maksimālās likmes, laika un spēlēšanas regularitātes limitu noteikšana pirms spēles uzsākšanas)			√ ⁷		
Lojalitātes/apbalvošanas karšu vai to parametru izmaiņu likvidēšana			?		
Azartspēļu organizatoru noteikts maksimāls nospēlētās naudas summas limits		?			
Spēļu zāļu darbinieku apmācīšana par problemātiskiem spēlēšanas paradumiem				√ ⁸	
Intervences riska spēlētājiem			√		
Naudas pieejamības ierobežošana azartspēļu organizēšanas vietās			?		
Paralēla alkohola un tabakas lietošanas ierobežošana		√			
Reklāmas ierobežošana				√ ⁹	
Azartspēļu organizēšanas vietu dizains/iekārtojums					?
Azartspēļu izmaksu palielināšana				?	
Valsts noteikti ierobežojumi			√		

Avots: Williams, R.J., West, B.L., & Simpson, R.I. Prevention of Problem Gambling: A Comprehensive Review of the Evidence, and Identified Best Practices. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care.

¹ Pie būtiska samazinājuma.

² Ja darba laika samazināšana ir būtiska.

³ Efektīvāka stratēģija var būt atbildīgas spēles skaidrošana jauniešiem pirms legālā AI vecuma sasniegšanas.

⁴ Profilakses ieguvumi ir vairāk ierobežoti rezidentiem nevis nerezidentiem.

⁵ Pat efektīva identificēšanas mehānisma gadījumā, šai iniciatīvai ir ierobežota profilaktiskā vērtība tās terciārās darbības rezultātā (samazina kaitējumu problemātiskiem spēlētājiem, bet nenovērš problēmu rašanās riskus).

⁶ Samazinot maksimālo likmju un laimestu lielumu, spēles ātrumu u.c., tai skaitā likvidējot sēžamvietas.

⁷ Tikai ja vienošanās ir obligāta. Tā pat efektīvāka ir neatsaucama vienošanās, kas attiecas uz visiem automātiem vai visām likumdošanā iekļautajiem AI formām, bez apmaināmu ID.

⁸ Šī pasākuma vērtība var tikt palielināta, ja intervencu veikšana ir obligāta un tiek nodrošināta to izpildīšana.

⁹ Svarīgāka recidīvu gadījumā un spēlēšanas profilaksei jauniešu vidū.

¹⁰ Būtiskāka kaitējuma mazināšana tiek panākta ceļot minimālās likmes lielumu un samazinot maksimālā laimesta lielumu.

? – Trūkstoši pierādījumi

vai internetu.

Savukārt 2017. gadā stacionārā ārstējušies 11 pacientu (2016.gadā – 15).

2015.gadā veiktajā ESPAD pētījumā¹³ aptaujāto 15 gadus vecu jauniešu vidū pēdējā gada laikā azartspēles spēlējuši 15,5%. No tiem 8% uzskatāmi par regulāriem spēlētājiem, jo paradumu praktizē vismaz 2-4 reizes mēnesī. Azartspēļu spēlēšana ir raksturīgāka zēniem (22,8% pēdējā gada laikā), salīdzinot ar meitenēm (8,6%). Visi aptaujātie 15 gadus vecie skolnieki azartspēles spēlējuši internetā, tikai 14,0% spēlējuši kāršu spēles spēļu zālē vai citā azartspēļu organizēšanas vietā, 6,3% spēlējuši spēļu automātus, 5,4% likuši likmes sporta spēlēs vai sacensībās. Savukārt 8,5% jauniešu pēdējā gada laikā ir iegādājušies kādu loterijas biļeti veikalā. Visbiežāk spēlētā azartspēle internetā ir kāršu spēles (piemēram, pokers) – to darijuši teju visi respondenti, kuri atzīmēja spēļu spēlēšanu tiešsaistē.

ESPAD pētījumā konstatēts, ka internetu pēdējās nedēļas laikā izmantojuši 89,4% 15 gadus vecie jaunieši, bet ik dienu internetu izmanto 67-69% jauniešu. Internetu spēļu spēlēšanai četras vai vairāk dienas nedēļā izmantojuši 26,7% jaunieši. Internetā pavadīto stundu skaita ziņā visilgākais laiks tiek veltīts tieši sociālo tīklu izmantošanai – 35,5% jauniešu tam tērē pat 6 vai vairāk stundas dienā un 12,2% - 4-5 stundas dienā. Jāsecina, komunikācija sociālajos tīklos pusei jauniešu 15 gadu vecumā aizņem tikpat daudz laika kā mācības skolā.

ESPAD 2015.gada pētījumā aprēķināts, ka trešajai daļai (34,9%) 15 gadus vecu jauniešu Latvijā ir augsts sociālo mediju atkarības risks, 22,2% šis risks vērtējams kā zems. Atkarības risks nav vērojams mazāk kā pusei (42,8%) skolēnu. Augstāks atkarības risks biežāk vērojams meiteņu vidū, salīdzinājumā ar zēniem (attiecīgi 38,6% un 31,3%).

Augsts datorspēļu spēlēšanas atkarības risks 2015.gadā 15 gadus vecu skolēnu vidū bija 30,2% skolēnu, 12,3% risks vērtējams kā zems, un attiecīgi 57,5% atkarības riska nav. Attiecībā uz dzimumu datorspēļu atkarības riska rādītāji ir pretēji sociālo mediju atkarības rādītājiem. Datorspēļu atkarības risks augstāks ir zēniem nevis meitenēm (attiecīgi 37,7% un 22,6%).

Analizējot 69 pētījumus¹⁴ par azartspēļu spēlēšanas izplatību un azartspēļu atkarību, konstatēts, ka azartspēļu izplatības rādītāji gada laikā (pēdējo 12 mēnešu laikā) dažādās pasaules valstīs laika posmā no 2000.gada līdz 2015.gada ir ļoti atšķirīgi. Konstatēts, ka pasaulē kopumā azart-

spēļu spēlēšanas izplatība pēdējā gada laikā ir robežās no 25,5% Čehijā līdz 82,2% Amerikas Savienotajās valstīs. Problemātiskas un patoloģiskas azartspēļu spēlēšanas izplatība pēdējā gada laikā pasaulē ir no 0,1% līdz 5,8%. Savukārt patoloģiska azartspēļu spēlēšana jeb azartspēļu atkarības izplatība pasaulē pēdējā gada laikā ir no 0,02% līdz 2,2%.

2017. gada PVO forumā¹⁵ par alkohola, narkotiku un atkarību izraisīto uzvedību tika uzsvērts, ka pēdējos gadu desmitos komerciālo azartspēļu jomā ir notikusi liela, bezprecedenta izaugsme. Paredzams, ka šī izaugsme turpināsies, paplašinot jaunus augsta riska populācijas un palielināsies saslimstība ar azartspēļu atkarību un ar azartspēlēm saistīto kaitējumu.

Ir pierādīts, ka ar azartspēlēm saistītais kaitējums, ir tāds pats, kā kaitējuma apmērs no smagiem depresijas traucējumiem un riskantas alkohola lietošanas un alkohola atkarības. Ar azartspēlēm saistītais kaitējums ir ievērojami lielāks nekā kaitējums, kas saistīts ar atkarību no narkotikām.

Forumā tika secināts, ka neskatoties uz saslimstības ar azartspēļu un tā nodarītā kaitējuma pieaugumu, reti kad šī problēma tiek uzskatīta par sabiedrības veselības problēmu vai prioritāti.

PVO forumā uzsvēra, ka steidzami nepieciešams likt valsts un starptautiskajai sabiedrības veselībai stiprināt uz pierādījumiem balstītas azartspēles politikas un profilakses stratēģijas paplašināt agrīnu iekļaušanos un ārstēšanas nodrošināšanu. Šie pasākumi ir būtiski, lai samazinātu pašreizējo un turpmāko kaitējumu un sociālās izmaksas, kas saistītas ar azartspēļu tirdzniecību.

Austrālijas un Jaunzēlandes pētījumi atklāja, ka ar azartspēlēm saistītais kaitējuma nodarījums bija 2,5 reizes vairāk nekā no cukura diabēta un 3,0 reizes vairāk nekā narkotiku lietošanas.

Kaitējuma slogs galvenokārt ir saistīts ar finansiālu ietekmi, savstarpējo attiecību un veselības traucējumiem, emocionālu un psiholoģisku diskomfortu, nelabvēlīgu ietekmi uz darbu un izglītību. Šis kaitējuma slogs galvenokārt skar neaizsargātās un sociāli atstumtās iedzīvotāju grupas, līdz ar ko veicina veselības un sociālās atšķirības plaisu.

Lai mazinātu azartspēļu nodarīto kaitējumu un aizsargātu sabiedrības intereses, valstī nepieciešami profilaktiski pasākumi azartspēļu ierobežošanai. 2012. gadā Kanādā veiktajā pētījumā¹⁶ par problemātisku spēlēšanas paradumu profilakses pasākumiem un labu praksi norādīts, ka nepieciešams izvērtēt profilakses pasākumu

efektivitāti.

L.Šulca

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

¹⁴ Azartspēļu un jauno tehnoloģiju atkarīgo pacientu ārstēšanas medicīniskā tehnoloģija. www.vmnvd.gov.lv

² Rosenberg K. P., et al. An introduction to behavioral addictions. Ed.: Rosenberg K. P. Feder L. C. Behavioral addictions: criteria, evidence, and treatment. London: Academic, 2014;

³ American Society of Addiction Medicine. Definition of addiction. <http://www.asam.org/quality-practice/definition-of-addiction>

⁴ "Pasaules Veselības organizācija, Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, 10. redakcija. Ženēva: Pasaules Veselības organizācija, 2015.

⁵ American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington: American Psychiatric Association, 2013;

⁶ Starcevic V. Behavioural addictions: A challenge for psychopathology and psychiatric nosology. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2016; 50 (8): 721-725.

⁷ Pinna F., Dell'Osso B., Di Nicola M., et al. Behavioural addictions and the transition from DSM-IV-TR to DSM-5. Journal of Psychopathology, 2015; 21: 380-389.

⁸ National Center for Responsible Gaming. What is problem gambling or gambling disorder? <http://www.ncrg.org/press-room/media-kit/faq/what-problem-or-pathological-gambling>

⁹ Public Health Agency of Sweden. What is at-risk gambling? SWELOGS Fact Sheet, 2014;

¹⁰ <https://ru.pokerstrategy.com/forum/thread.php?threadid=575912>

¹¹ Tīrgus un sabiedriskās domas pētījumu centrs SKDS. Pētījums/projekts: Latvijas iedzīvotāju attieksme pret azartspēlēm, 2007.

¹² Slimību profilakses un kontroles centrs. Psihiskie un uzvedības traucējumi psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ. Statistika dati par 2017.gadu.

¹³ Sņikere S., Trapencieris M. ESPAD 2015. Atkarību izraisīto vielu lietošanas paradumi un tendences skolēnu vidū. Rīga: Slimību profilakses un kontroles centrs, 2016.

¹⁴ Calado F., Griffiths M. D. Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000-2015). Journal of Behavioural Addictions, 2016; 5 (4): 592-613. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27784180>

¹⁵ WHO Forum on alcohol, drugs and addictive behaviours Enhancing public health actions through partnerships and collaboration 26-28 June 2017, WHO headquarters Geneva, Switzerland. The epidemiology and impact of gambling disorder and other gambling-related harm Discussion paper developed for the WHO Forum on Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours, 26-28 June 2017

http://www.who.int/substance_abuse/activities/fadab/abbot_gambling_forum.pdf?ua=1

¹⁶ Williams, R.J., West, B.L., & Simpson, R.I. (2012). Prevention of Problem Gambling: A Comprehensive Review of the Evidence, and Identified Best Practices. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care. October 1, 2012.

<https://www.uleth.ca/dspace/bitstream/handle/10133/3121/2012-PREVENTION-OPGRC.pdf>

AMFETAMĪNU UN OPIOĪDU INJICĒTĀJU RISKANTAS UZVEDĪBAS ATŠĶIRĪBAS PROBLEMĀTISKO NARKOTIKU LIETOTĀJU VIDŪ LATVIJĀ 2017. GADĀ

Eiropas narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs (turpmāk-EMCDDA) definē problemātisko narkotiku lietošanu kā opioīdu, kokaīna un/vai amfetamīna ilgstošu vai regulāru lietošanu vai to injicēšanu.¹ Problemātisko narkotiku lietotāju (turpmāk – PDU (Problem drug users)) aprēķinu rezultāti liecina, ka 2017.

gadā Latvijā bija aptuveni 10,5 PDU uz 1000 15–64 gadus veciem iedzīvotājiem. Aptuvenais opioīdu lietotāju skaits ir trīs reizes augstāks nekā amfetamīnu lietotāju skaits.² Visbiežāk lietotais opioīdu veids PDU vidū Latvijā ir heroīns, taču pēdējo gadu laikā pieaugusi fentanila un tā atvasinājumu lietošana. Narkotiku lietošana

ir saistīta ar vairākiem veselības riskiem, piemēram, tādām infekcijām kā cilvēka imūndeficīta vīruss (HIV) un vīrushepatīti C (VHC) un B (VHB). Eiropā heroīns ir visbiežāk injicētā nelegāla viela, stimulantus intravenozi lieto retāk jeb 15% PDU izvēlas injicēt stimulantus.^{3,4} Galvenie infekciju riski

saistībā ar narkotiku injicēšanu ir šļircu/adatu un citu injicēšanas piederumu kopīga lietošana.^{3,5,6,7} Infekciju izplatību narkotiku lietotāju vidū sekmē arī riskanta seksuāla uzvedība, piemēram, prezervatīvu nelietošana, liels seksa partneru skaits un iesaiste seksa pakalpojumu sniegšanā. Visbiežāk riskanto seksuālo uzvedību asociē ar amfetamīnu, kokaīna vai citu stimulantu lietošanu.^{6, 8} Galvenais HIV transmisijas ceļš Latvijā 2017. gadā bija heteroseksuālā transmisija (131 reģistrēti jauni HIV gadījumi), pēc tās seko narkotiku injicēšanas ceļš (78 reģistrēti jauni HIV gadījumi).⁹

Lai noskaidrotu ar amfetamīnlietošanu saistītus riska faktorus, tika veikti amfetamīnu lietošanas un opioīdu lietošanas izredžu attiecību aprēķini. Tika izmantota Slimību profilakses un kontroles centra kohortas pētījuma "Narkotiku lietošanas paradumi un tendences Latvijā" 2017. gada datu bāze. Pētījuma ietvaros 2017. gadā tika aptaujāti 542 narkotiku lietotāji. Papildus anketēšanai 386 respondentiem veikti HIV, vīrushepatītu B un C, kā arī sifilisa eksprestesti.² Datu analizē kā centrālā pētāmā pazīme tika izvēlēta primāri intravenozi lietotā narkotiskā viela pēdējo 30 dienu laikā. Respondenti tika iedalīti divās grupās: primāri amfetamīnu lietotāji (n = 326) un primāri opioīdu lietotāji (n = 193).

Aptaujas anketu dati tika apkopoti un apstrādāti datorprogrammā SPSS. Izmantojot daudzfaktoru analīzi, tiek iegūta samērotā izredžu attiecība (sOR), kas rāda, cik reizes pieaug vai samazinās atkarīgā mainīgā izredzes attiecīgā faktora gadījumā salīdzinājumā ar references kategoriju. Tika izveidoti sekojoši regresijas modeļi:

(I) Sociāli demogrāfisko faktoru saistība ar amfetamīnu lietošanu: atkarīgais mainīgais - amfetamīnu injicēšana pēdējo 30 dienu laikā, references kategorija - opioīdu lietošana;

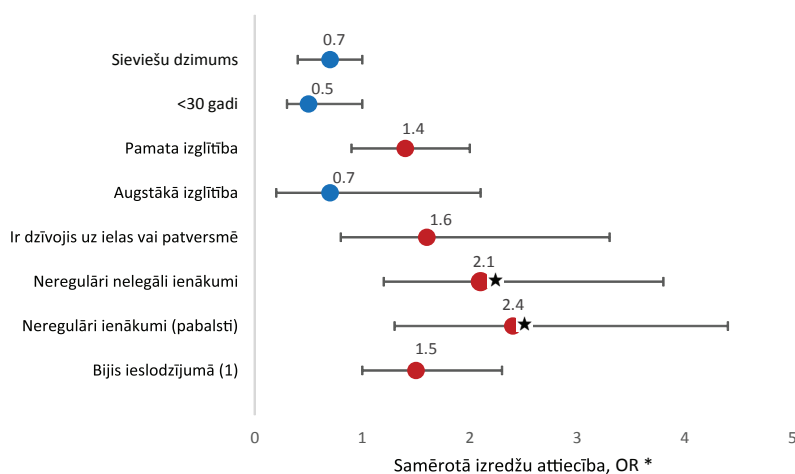
(II) Amfetamīnu lietošanas saistība ar injicēšanu, riskanto seksuālo uzvedību un HIV, VHC seropozitivitāti: atkarīgie mainīgie - ar injicēšanu saistītie riska faktori, ar riskanto uzvedību saistītie riska faktori, HIV un VHC statuss.

Ja $OR > 1$, tad ir pozitīva saistība, ja $OR < 1$, tad ir negatīva saistība un $OR = 1$ - nav saistības. Daudzfaktoru analizē tiek ņemti vērā vairāki neatkarīgie mainīgie, kas ietekmē atkarīgo faktoru, un notiek šo mainīgo savstarpēja samērošana. Tika veikta amfetamīnu lietošanas saistību analīze ar injicēšanas un seksuālās riskantas uzvedības faktoriem, un ar HIV un VHC seropozitivitāti. Pētījumā datu grupēšanai un datu statistiskajai analīzei tika izmantota Igaunijā veiktā pētījuma metodoloģija.¹⁰ Sieviešu dzimums ir negatīvi saistīts ar amfetamīnu lietošanu (sOR = 0,7; 95% TI (0,4 - 1,0)), kā arī jaunākā vecuma respondentiem ir mazākas izredzes būt amfetamīnu lietotājiem nevis opioīdu lietotājiem (sOR = 0,5; 95% TI (0,3 - 1,0)). Neregulāru ienākumu guvējiem, gūstot ienākumus gan nelegālā ceļā (sOR = 2,1; 95% TI (1,2 - 3,8)) piemēram, nodarbojoties ar narkotiku tirdzniecību, zādzībām un prostitūciju, gan likumīgā ceļā (sOR = 2,4; 95%

TI (1,3 - 4,4)), saņemot sociālus pabalstus vai finansiālo atbalstu no apkārtniekiem, ir lielākas izredzes lietot amfetamīnus nekā opioīdus. Zemāks izglītības līmenis ir pozitīvi saistīts ar amfetamīnu lietošanu (sOR = 1,4; 95% TI (0,9 - 2,0)), bet respondentiem ar augstāko izglītību ir zemākas izredzes lietot amfetamīnu nevis opioīdus nekā respondentiem ar vidējo izglītību

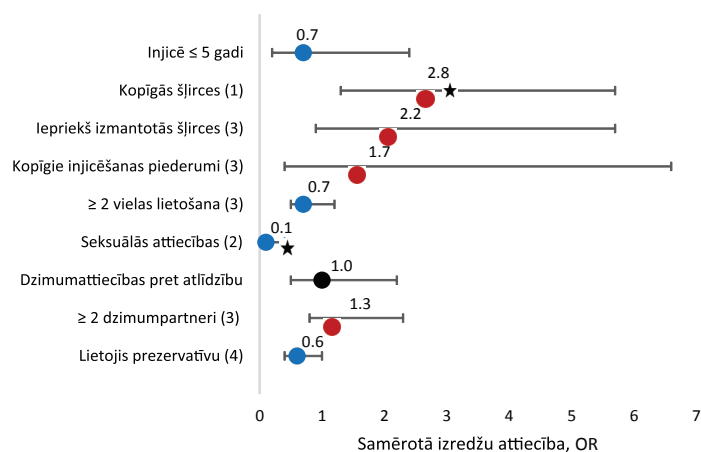
- opioīdu lietotājiem ir mazākas izredzes lietot kopīgas šļircs nekā stimulantu lietotājiem.¹¹ Amfetamīnu lietotājiem ir lielākas izredzes izmantot iepriekš lietotas šļircs (sOR = 2,2; 95% TI (0,9 - 5,7)) un kopīgus injicēšanas piederumus pēdējo 30 dienu laikā (sOR = 1,7; 95% TI (0,4 - 6,6)) nekā opioīdu lietotājiem. Amfetamīnu lietotājiem ir lielākas izredzes

1.attēls. Sociāli demogrāfisko faktoru saistība ar amfetamīnu lietošanu



(1) dzīves laikā rezultāti ir statistiski ticami (95% TI)
 * OR < 1 ir mazākas izredzes lietot amfetamīnus nevis opioīdus [attiecīgā faktora] ietekmē
 * OR > 1 ir lielākas izredzes lietot amfetamīnus nevis opioīdus [attiecīgā faktora] ietekmē
 * tika samērots pēc vecuma, dzimuma, izglītības līmeņa un injicēšanas stāža

2.attēls. Amfetamīnu lietošanas saistība ar injicēšanu un riskanto seksuālo uzvedību



(1) dzīves laikā
 (2) pēdējo 12 mēnešu laikā
 (3) pēdējo 30 dienu laikā
 (4) pēdējā reizē rezultāti ir statistiski ticami (95% TI)
 * OR < 1 [riska faktora] izredzes amfetamīna lietotājiem ir mazākas nekā opioīdu lietotājiem (jeb opioīdu lietotājiem ir lielāks risks)
 * OR > 1 [riska faktora] izredzes amfetamīna lietotājiem ir lielākas nekā opioīdu lietotājiem
 ** tika samērots pēc vecuma, dzimuma, izglītības līmeņa, injicēšanas stāža, šļircu apmaiņas punkta apmeklēšanas pēdējo 30 dienu laikā un opioīdu aizvietojošās terapijas pēdējo 12 mēnešu laikā

(sOR = 0,7; 95% TI; (0,2 - 2,1)). (1.attēls) Amfetamīnu lietošana ir pozitīvi saistīta ar kopīgu šļircu lietošanu dzīves laikā un tās izredzes ir 3,9 reizes augstākas nekā opioīdu lietotājiem (sOR = 2,8; TI 95% (1,3 - 5,7)). Līdzīgi rezultāti tika iegūti Ukrainas pētījumā

injicēt vielas ilgāk par pieciem gadiem, kā arī ir zemākas izredzes lietot vairākas narkotiskas vielas nekā opioīdu lietotājiem, taču rezultāti nav statistiski ticami. (2.attēls) Amfetamīnu lietotājiem ir mazākas izredzes lietot prezervatīvus nekā opioīdu lietotājiem



2018. GADA EIROPAS ZIŅOJUMS PAR NARKOTIKĀM

Narkotiku ražošanas apjoms ir palielinājies Eiropā — tuvāk patērētāju tirgiem. Tehnoloģiju attīstība veicina šo procesu, savienojot publiskās tīmekļa vietnēs un tumšajā tīklā Eiropas narkotiku ražotājus un patērētājus ar pasaules tirgiem. Kokaīna ražošanas apjoma palielināšanās Dienvidamerikā tagad ietekmē arī Eiropas tirgu, tiek pārveidoti un mainīti piegādes maršruti. Ļoti iedarbīgu sintētisko opioīdu un kanabinoīdu dēļ rodas problēmas dažādās jomās un fentanila atvasinājumu dēļ pastāv milzīgs apdraudējums šo narkotiku lietotājiem un pirmās palīdzības sniedzējiem. Risinot šo problēmu, uzmanība tika pievērsta opioīda antidota naloksona izmantošanai pārdozēšanas ārstēšanas stratēģijās un tā pieejamībai narkotiku lietotājiem. Mainīgais kaņepju preparātu tirgus rada jaunas grūtības politikas jomā. Tiek izgudrotas inovatīvas pieejamo kaņepju formas un jauni veidi un sistēmas to lietošanai.

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2018>

KAŅEPES UN AUTO VADĪŠANA

Automašīnu vadīšana marihuānas (hašiša) reibumā ir nozīmīga problēma politikas veidošanas līmenī, kaņepju lietošanas pieauguma un politisko regulējumu izmaiņu dēļ. EMCDDA 2018. gada dokuments sniedz rekomendācijas politikas veidotājiem kā apkarot auto vadīšanas problēmu kaņepju reibumā, kā arī aktualizē galvenās ar to saistītās problēmas. Piemēram, regulāra auto vadītāju testēšana, izmantojot plaša spektra testus, vai striktāki sodi vadītājiem ar lielāko THC koncentrāciju var sekmēt problēmas risināšanu. Nepieciešams lielāko uzmanību pievērst izglītošanai par kaņepju ietekmi uz organismu un kā tas var ietekmēt auto vadīšanu. Lielu izaicinājumu rada jauniešu maldīgie uzskati par kaņepju saistību ar auto vadīšanu. EMCDDA piedāvā dažādus labo prakšu piemērus un ieteikumus.

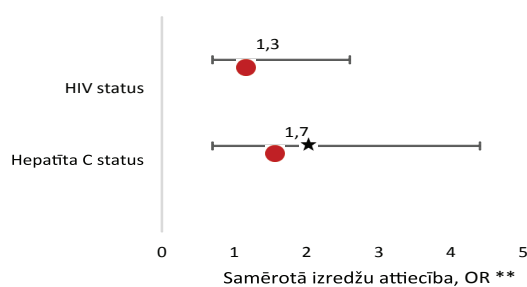
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/cannabis-and-driving>

JAUNĀS PSIHOAKTĪVĀS VIELAS IESLODZĪJUMA VIETĀS

Jauno psihoaktīvo vielu lietošana ieslodzījuma vietās ir fenomens, kas strauji attīstās. Arvien vairāk pierādījumu liecina, ka dažādos Eiropas cietumos jaunās psihoaktīvās vielas izraisa daudz ar narkotikām saistītu problēmu. Taču ir atbildes reakciju un preventīvo pasākumu trūkums. Visbiežāk tika konstatētas tādas jaunās vielas kā sintētiskie kanabinoīdi, sintētiskie katinoti, jaunie sintētiskie opioīdi un benzodiazepīni. Salīdzinājumā ar daudzām Eiropas valstīm, jauno psihoaktīvo vielu lietošana ieslodzījuma vietās Latvijā ir plaši izplatīta. 2018. gada ziņojums sniedz problēmas ieskatu un labas prakses piemērus. [HTTP://WWW.EMCDDA.EUROPA.EU/PUBLICATIONS/RAPID-COMMUNICATIONS/NPS-IN-PRISON](http://www.emcdda.europa.eu/publications/rapid-communications/nps-in-prison)

(sOR = 0,6; 95% TI (0,4 – 1,0)). Netika atrasta amfetamīnu lietošanas saistība ar seksuāla rakstura pakalpojumu sniegšanu (sOR = 1,0; 95% TI (0,5 – 2,2)). Amfetamīnu injicētājiem ir lielākas izredzes stāties dzimumattiecībās ar vairāk nekā vienu partneri pēdējā mēneša laikā nekā opioīdu injicētājiem (sOR = 1,3; 95% TI (0,8-2,3)). (2.attēls) Šie rezultāti lielākoties sakrīt ar vairāku zinātnisko pētījumu secinājumiem, kuri apstiprina, ka stimulantu lietošana pozitīvi saistīta ar riskantu seksuālo uzvedību. 6 8 Lietojot amfetamīnus un citus stimulantes parasti paaugstinās libido, seksuālā aktivitāte, sirdsdarbība un uzbudināmība.¹² ¹³ Amfetamīni bieži tiek lietoti, lai pagarinātu dzimumakta ilgumu vai pastiprinātu patīkamās sajūtas, kā arī stimulantu lietotājiem ir raksturīga kompulsīva seksuālā uzvedība.¹⁴ eicot daudzfaktoru analīzi tika noskaidrots, ka amfetamīnu lietotājiem ir lielākas izredzes inficēties ar HIV (sOR = 1,3; 95% TI (0,7 – 2,6)) un VHC (sOR = 1,7, 95% TI (0,7 – 4,4)) nekā opioīdu lietotājiem, bet rezultāti nav statistiski ticami. Ukrainā veiktajā pētījumā tika veikta analīze riskantas uzvedības faktoru kopumam, un tika secināts, ka stimulantu injicētājiem ir lielāks HIV inficēšanās risks nekā opioīdu lietotājiem - gan attiecībā uz ar narkotiku lietošanu saistīto uzvedību, gan seksuālo uzvedību. Autors skaidro, ka amfetamīnu un opioīdu injicētājiem ir atšķirīgas inficēšanās prakses, piemēram amfetamīnus daudz biežāk injicē grupās, kas palielina risku lietot kopīgās šļircēs, līdz ar to paaugstinās

3.attēls. Sociāli demogrāfisko faktoru saistība ar amfetamīnu lietošanu



★ rezultāti ir statistiski ticami (95% TI)
 ● OR>1 [riska faktora] izredzes amfetamīna lietotājiem ir lielākas nekā opioīdu lietotājiem
 ** tika samērrots pēc vecuma, dzimuma, izglītības līmeņa, injicēšanas stāža, šļirciņu apmaiņas punkta apmeklēšanas pēdējo 30 dienu laikā un opioīdu aizvietojošās terapijas pēdējo 12 mēnešu laikā

inficēšanas risks ar HIV vai VHC.¹¹ (3.attēls)

A.Ķivīte -Rīgas Stradiņu universitāte

L.Īsajeva

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

¹ EMCDDA. 2012. Problematic drug use

population (PDU). Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/stats07/PDU/methods>

² Ķivīte, A., Vanaga, D., Šibalova, A., Skripste, M., Zile- Veisberga, A., Kaupe, R. 2017. Narkotiku lietošanas paradumi un tendences Latvijā. Narkotiku lietotāju kohortas pētījuma 10. posma rezultāti. Slimību profilakses un kontroles centrs, DIA+LOGS. Iegūts no: https://spkc.gov.lv/upload/Petijumi%20un%20zinojumi/Atkaribu%20slimibu%20petijumi/Diana/2017_kohorta_report_final.pdf

³ EMCDDA. 2017. Drug-related infectious diseases in Europe: update from the EMCDDA expert network. Publications Office of the European Union, Luxembourg. Available from: doi: 10.2810/34048

⁴ Degenhardt, L., Mathers, B., Guarinieri, M., Panda, S., Phillips, B., Strathdee, S., Tyndall, M., Wiessing, L., Wodak, A. 2007. The global epidemiology of methamphetamine injection: A review of the evidence on use and associations with HIV and other harm. National Drug and Alcohol Research Centre (NDARC).

⁵ Bačak, V., Laušević, D., Mugoša, B., Vratnica, Z., Terzić, N. 2012. Hepatitis C virus infection and related risk factors among injection drug users in Montenegro. European Addiction Research. 19 (2), 68-73. Available from: doi:10.1159/000339840

⁶ Braine, N., Des Jarlais, D., Goldblatt, C., Zadoretzky, C., Turner, C. 2005. HIV risk behaviour among Amphetamine injectors at U.S. syringe exchange programs. AIDS Education and Prevention. 17, 6: 515-24.

⁷ EMCDDA. 2016. Hepatitis C among drug users in Europe: epidemiology, treatment and prevention. Publications Office of the European Union, Luxembourg. Available from: doi:10.2810/967909

⁸ Peck, J., Reback, C., Yang, X., Rotheram-Fuller, E. and Shoptaw, S. 2005. Sustained reductions in drug use and depression symptoms from treatment for drug abuse in methamphetamine-dependent gay and bisexual men. Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine. 82(1): 100-108. Available from: doi:10.1093/jurban/jti029

⁹ Baltijas HIV asociācija. 2018. Ikgadēji reģistrēto jauno HIV gadījumu skaits Latvijā sadalījumā pēc transmisijas ceļa, 1987 – 2018. Iegūts no: <http://balthiv.com/statistikas-dati-par-hiv-aids-baltija/statistikas-dati-baltijas-valstis-2018-gada-1-janvaris>

¹⁰ Tavitian-Exley, I., Maheu-Giroux, M., Platt, L., Heimer, R., Uusküla, A., Levina, O., Vickerman, P. and Boily, M. 2017. Differences in risk behaviours and HIV status between primary amphetamines and opioid injectors in Estonia and Russia. International Journal of Drug Policy. 53 (2018) 96-10. Available from: doi: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.11.010>

¹¹ Booth, R., Lehman, W., Kwiatkowski, C., Brewster, J. and Sinitsyna, L. 2008. Stimulant Injectors in Ukraine: The Next Wave of the Epidemic? AIDS and Behavior. 12, 4, : 652-61. Available from: doi: 10.1007/s10461-008-9359-3

¹² Shoptaw, S. 2006. Methamphetamine use in urban gay and bisexual populations. Topics in HIV medicine : a publication of the International AIDS Society. 14(2):84-7.

¹³ Schmid, Y., Hysek, C., Preller, K., Bosch, O., Bilderbeck, A., Rogers, R., Quednow, B. and Liechti, M. 2015. Effects of methylphenidate and MDMA on appraisal of pictures of erotic stimuli and intimate relationships. European Neuropsychopharmacology. 25:17-2. Available from: doi: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2014.11.020>

¹⁴ Semple, S., Zians, J., Strathdee, S. and Patterson, T. 2009. Sexual Marathons and Methamphetamine use among HIV-Positive Men Who Have Sex with Men. Archives of Sexual Behaviour. 38 (4),583-90. Available from: doi:10.1007/s10508-007-9292-y

SINTĒTISKIE OPIOĪDI LATVIJĀ UN EIROPĀ – ĪSS IESKATS

Neraugoties uz to, ka reakcijas Eiropā un citur, iespējams, ietekmē jaunu vielu parādīšanos, jauno psihoaktīvo vielu (turpmāk tekstā JPV) fenomens joprojām ir būtiska sabiedrības veselības problēma¹. Apmēram 70% JPV, kuras identificētas Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centra (turpmāk tekstā – EMCDDA) agrīnās brīdinājuma sistēmas ietvaros, atklātas pēdējo piecu gadu laikā. Jāatzīmē gan, ka Eiropā pirmreizēji identificēto JPV skaits pēdējos gados sarūk (no 101 jaunās vielas 2014.gadā līdz 51 vielai 2017. gadā). Šī samazinājuma cēloņi ir neskaidri, bet daļēji tas var būt saistīts ar pasākumiem, ko Eiropas valstu valdības ir pieņēmušas, lai aizliegtu jaunās vielas, jo īpaši to atklātu pārdošanu. Svarīgs faktors var būt arī kontroles pasākumi un tiesībsargājošo iestāžu veiktās operācijas Ķīnā, kas mērķētas uz laboratorijām, kurās tiek ražotas JPV. Neskatoties uz jau minēto pirmo reizi identificēto JPV skaita samazinājumu, bīstamo vielu ražotāji “nesnauž” un tirgū “tiek laistas” citas aizvien spēcīgākas jaunās vielas - sintētiskie opioīdi un fentanili, kas imitē dabīgā ceļā iegūto opiātu (piemēram, heroīna un morfina) iedarbību². EMCDDA šobrīd uzrauga 43 sintētiskos opioīdus, no kuriem 30 pieder fentanilu grupai. Šo vielu identifikācijas pa gadiem pieaugušas ģeometriskā progresijā. Piemēram, 2009. gadā EMCDDA agrīnās brīdinājuma sistēmas ietvaros bija informācija tikai par vienu identificētu sintētisko opioīdu, proti, O-Desmetiltramadolu jeb ODT. 2010. un 2011. gadā nebija ziņu par šai grupai piederošām identificētām jaunām vielām. Šajā periodā attiecīgi populāri kļuva tā dēvētie sintētiskie kanabinoīdi jeb Spice smēķējamie maisījumi un sintētiskie katinoni. 2012.gadā tika identificēti trīs opioīdi (divas no vielām piederēja fentanilu grupai). 2013. gadā tika atklātas jau piecas vielas, tajā skaitā karfentanils, kas pirmreizēji identificēts tieši Latvijā (izņemšana reģistrēta 2012.gada nogalē). 2014. un 2015.gadā radās maldīgs iespaids par to, ka Eiropā situācija jauno sintētisko opioīdu identifikācijā stabilizējas, jo kopumā tika atklātas septiņas jaunas vielas (seši fentanili un viens opioīds). Situācija strauji mainījās divos nākamajos gados – 2016.gadā Eiropā pirmo reizi tika atklātas desmit sintētisko opioīdu grupai piederošas vielas, bet 2017. gadā – jau 13 šādas vielas. Šī gada pirmajos piecos mēnešos EMCDDA saņēmis informāciju jau par četrām jaunatklātām vielām³. Vienai no šīm vielām – 3,4-methylenedioxy-U-47700 ar Slimību profilakses un kontroles centra lēmumu tika piemērots pagaidu aizliegums, kas stājās spēkā šā gada 24.maijā⁴. Laigankopējie šovielu izņemtie daudzumi Eiropā nav lieli (jauno opioīdu izņemšanas aizņem aptuveni 2,3% no visām jauno vielu izņemšanām Eiropā), to potenciāls radīt milzīgu kaitējumu ar minimāliem apjomiem, ir neizmērojams. Jaunie opioīdi ir izmantoti dažādās formās: galvenokārt kā pulveri, tabletes un šķidrums.

Eiropā kopumā 2016.gadā tika konfiscēti 4,6 litri sintētisko opioīdu, kas ir par 1,8 litriem vairāk nekā 2015.gadā. Fentanila atvasinājumi tika atrasti vairāk nekā 96% konfiscēto šķidrumu. Īpašu bīstamību rada dažādu jaunu šo vielu formu parādīšanās Eiropas tirgū, piemēram, deguna aerosola veidā, kuru saturā ir dažādu fentanilu atvasinājumi (piemēram, akrililfentanilgrupa, furanilfentanilgrupa, 4-fluorizobutrilfentanilgrupa, tetrahydrofuranilfentanilgrupa un karfentanils². Fentanils un tā dažādie atvasinājumi kļuva ne tikai par Eiropas problēmu, bet arī par mūsu pašu - Latvijas problēmu. Ja līdz 2015.gadam pirmo vietu izņemšanas gadījumu skaita ziņā stabili ieņēma sintētiskie kanabinoīdi, tad, sākot ar 2016.gadu, pirmajā vietā ierindojās sintētiskie opioīdi un fentanili. Salīdzinājumam jāmin, ka sintētisko kanabinoīdu izņemšanu skaits attiecīgajā gadā bija 156, bet opioīdi izņemti 245 reizes. 2017.gadā savukārt reģistrētas tikai 56 sintētisko kanabinoīdu izņemšanas pretstatā 258 sintētisko opioīdu izņemšanām.



Opioīds	Lietošanas deva	LD ₅₀ intravenozi-žurka
Heroīns	5-100mg	22,5 mg/kg
Fentanils	25-100 μ	2,91 mg/kg
Karfentanils	1-20* μ	3,39 mg/kg

* Nāvējoša deva

Viena no “populārākajām” vielām Latvijā kopš tās pirmreizējas identifikācijas ir karfentanils. Karfentanils, kas zināms kā pasaulē spēcīgākais opioīds, šobrīd netiek starptautiski kontrolēts. Viela tiek izmantota veterinārajā medicīnā (medikaments “Wildnil”) ļoti lielu dzīvnieku imobilizācijai un ir aprēķināts, ka karfentanils ir aptuveni 5 000 reizu spēcīgāks par heroīnu un aptuveni 100 reizes spēcīgāks par fentanilu⁵. Kopumā Latvijā reģistrēti astoņi dažādi jauni sintētiskie opioīdi, ieskaitot labi zināmos - tramadolu un fentanilu, kā arī jau minēto karfentanilu un ciklopropilfentanilu, kuru pirmatklājējvalsts bija tieši Latvija. Citi identificētie opioīdi ir 3-metilfentanils, akrilfentanils, metoksiacetilfentanils un 4F-BF. Interesanti, ka sākotnēji karfentanils Latvijā biežāk izņemts kā atsevišķa viela vai kopā ar heroīnu, taču pēdējos gados variācijas, kādās vielu identificē ir arvien dažādākas - maisījumā ar tramadolu, metadonu un citiem fentaniliem vai vielu grupām. Dažkārt šie maisījumi var saturēt kopumā pat trīs vielas. Nereti narkotiku tirgū šie jaunie sintētiskie opioīdi vai to maisījumi narkotiku lietotājiem (pašiem to nezinot) tiek pārdoti kā heroīns vai kokains, kas rada būtisku pārdozēšanas risku.

Pārdozēšana

Augsta riska narkotiku lietotāju kohortas pētījumi liecina, ka kopējie mirstības rādītāji šajā grupā ir robežās no 1-2% gada laikā. Dati par Eiropu uzrāda, ka opioīdu lietotājiem ir 5-10 reizes lielāka iespēja nomirt nekā tā paša vecuma un dzimuma vienaudžiem. Neapšaubāmi arī saistībā ar jaunajiem sintētiskajiem opioīdiem, pārdozēšana, tajā skaitā letāli pārdozēšanas gadījumi, ir viens no lielākajiem draudiem šo vielu lietotāju vidū².

Informācija par ar narkotiku lietošanu saistītajiem nāves gadījumiem Latvijā un pārējās EMCDDA dalībvalstīs tiek apkopota pēc vienotas, EMCDDA izstrādātas metodoloģijas⁷. Mirstības rādītāji un tendences starp valstīm ievērojami atšķiras, ko ietekmē dažādi faktori, piemēram, narkotiku lietošanas izplatība un modeļi, kā arī datu ziņošanas prakse un pārdozēšanas gadījumu kodēšanas īpatnības. Kopumā aplēses liecina, ka 2016.gadā Eiropā (28 ES valstīs, Turcijā un Norvēģijā) bija 9 138

(vidēji – 21,8% uz vienu miljonu iedzīvotāju) letāli pārdozēšanas gadījumi. Pārdozēšana galvenokārt saistīta ar heroīnu un citiem opioīdiem, kas nereti lietoti kopā ar citām vielām, jo īpaši alkoholu un benzodiazepīniem. Visvairāk (40 un vairāk nāves gadījumi uz vienu miljonu iedzīvotāju) reģistrēti astoņās Ziemeļeiropas valstīs – Igaunijā, Zviedrijā, Norvēģijā, Īrijā, Apvienotajā Karalistē, Lietuvā, Somijā un Dānijā. Latvijā šis rādītājs ir ļoti zems un neatspoguļo reālo situāciju valstī – 14 gadījumi uz vienu miljonu iedzīvotāju².

Jāņem vērā, ka atspoguļotie pārdozēšanas dati ir jāinterpretē piesardzīgi. Aplēses atspoguļo provizorisksu minimālo vērtību. Daži no iemesliem ir reģistrācijas un atklāšanas dēļ samazināta skaita norādīšana atsevišķās valstīs – liela daļa letālu pārdozēšanas gadījumu neparādās statistikas datos, jo ir apgrūtināta jauno psihoaktīvo vielu noteikšana cilvēka bioloģiskajās vidēs. Latvijā šī situācija attiecībā uz JPV noteikšanu mirušo personu bioloģiskajās vidēs ir ļoti izteikta. Ņemot vērā vielu identifikācijas īpatnības, rodas ārkārtīgi liela bīstamība saskarties ar daudziem neizskaidrojamiem nāves gadījumiem vai arī tādiem nāves gadījumiem, kuru cēloņi neatspoguļo reālo situāciju. Lielā daļā gadījumu pastāv risks, ka kā nāves cēlonis tiek uzrādīta kāda cita diagnoze, norādot to,

kas tiek atklāta autopsijas laikā (piemēram, infarkts, akūta sirds nepietiekamība vai tamlīdzīgi), nevis narkotiku pārdozēšana. Vērtējot absolūtos ciparos, 2016.gadā Latvijā kopumā reģistrēti 18 letāli pārdozēšanas gadījumi. Septiņos gadījumos nāvi izraisīja opioīdu (piemēram, heroīns un metadons) pārdozēšana, tikpat daudz, septiņos gadījumos – stimulantu (pamatā metamfetamīna), savukārt konkrētu vielu noteikt nav bijis iespējams četros gadījumos (2015.gadā konkrētu narkotisko vielu nav bijis iespējams noteikt piecos gadījumos). Ņemot vērā JPV identificēšanas problemātiku valstī, jaunie sintētiskie opioīdi klasificētos grupā pie neprecizētām narkotiskajām vielām. Policijas sniegtā informācija Latvijā liecina, ka valstī ir bijuši nāves gadījumi saistībā ar jaunajiem sintētiskajiem opioīdiem, konkrēti karfentanilu un ciklopropilfentanilu. Diemžēl

nepietiekama laboratoriskā aprikojuma dēļ, šos nāves gadījumus nav bijis iespējams apstiprināt laboratoriski, un tie, kā jau tika minēts, neparādās Latvijas oficiālajā statistikā.

EMCDDA Agrināsbrīdinājuma sistēmasietvaros ir informācija par kā minimums 200 nāves gadījumiem saistībā ar sintētiskajiem opioīdiem, kur to klātbūtne mirušo personu bioloģiskajās vidēs tikusi apstiprināta. "Nāvējošāko" vielu topa augšgalā ir tādas vielas kā karfentanils (vismaz 53 nāves gadījumi), U-47700 (vismaz 31 nāves gadījums), akrilfentanils un acetilfentanils (attiecīgi zināms par vismaz 22 un 23 nāves gadījumiem) un ciklopropilfentanils (vismaz 22 nāves gadījumi). Lielā daļā nāves gadījumu Eiropā reģistrēti tieši Zviedrijā, taču tas saistīts ar faktu, ka šajā valstī ir ļoti augsta līmeņa laboratoriskais aprikojums, kas ļauj identificēt minētās vielas bioloģiskajos materiālos.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

- 1 Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs (2017). Eiropas ziņojums par narkotikām. Tendences un aktualitātes.
- 2 Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs (2018). Eiropas ziņojums par narkotikām. Tendences un aktualitātes.
- 3 Agrinā brīdinājuma sistēma par jaunajām psihoaktīvajām vielām, dati 2009.- 2018.
- 4 Latvijas Vēstnesis - <https://vestnesis.lv/op/2018/100.6>
- 5 Agrinā brīdinājuma sistēma par jaunajām psihoaktīvajām vielām, 2018.
- 6 Kas ir sintētiskie opioīdi: to veidi un iedarbība. Skatīts 04.06.2018. https://spkc.gov.lv/upload/Aktualitates/08092017_dmitrijs_stepanovs_1_pdf.pdf
- 7 Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index107404EN.html>

SMĒĶĒŠANAS ATMEŠANA. LABĀ PRAKSE TABAKAS ATKARĪBAS ĀRSTĒŠANAI

Pasaules Veselības organizācija (turpmāk - PVO) norāda, ka tabakas epidēmija ir viens no lielākajiem sabiedrības veselības apdraudējumiem ar kādu pasaulei ir nācies saskarties. Fakti ir neapstrīdami: katru gadu tabakas epidēmija izraisa vairāk nekā 7 miljonu iedzīvotāju nāvi. Tas ir ekvivalents vairāk nekā 3 Latvijas iedzīvotāju skaitam, kas izzūd viena gada laikā. To, cik lielā mērā tabakas izstrādājumu lietošana apdraud tieši Latvijas iedzīvotāju veselību, apliecina statistika par mūsu valsts iedzīvotāju paradumiem. Atbilstoši Slimību profilakses un kontroles centra veikta pētījuma datiem, 2016. gadā Latvijā smēķēja 33% iedzīvotāju vecuma grupā no 15 līdz 74 gadiem¹.

Pēc Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācija jeb ESAO datiem, aptuveni 40% no kopējā slimību radītā sloga Latvijā 2015. gadā bija saistīti ar uzvedības riskiem, visvairāk ar smēķēšanu (11,5%), otrajā vietā ierindojot alkohola lietošanu (5,7%). Smēķējošo pieaugušo īpatsvars Latvijā ir sestais augstākais Eiropas savienības dalībvalstu vidū.²

Tie nav tikai iedzīvotāji, kuri smēķē, tie ir potenciāli priekšlaicīgas nāves un invaliditātes gadījumi.

Pēc PVO datiem, Latvijā 31,8% no ļaundabīgo audzēju saslimšanām ir tieši smēķēšanas izraisītas. Tuvu puse no ļaundabīgajiem audzējiem vīriešu vidū ir smēķēšanas rezultātā – 46,4%, savukārt smēķēšanas izraisītu kardiovaskulāro slimību nāves gadījumu slogs Latvijas vīriešu vidū ir pusotru reizi augstāks nekā citās Eiropas Savienības dalībvalstīs jeb 22,9% no visiem nāves gadījumiem kardiovaskulāru slimību rezultātā. Kardiovaskulārās slimības un ļaundabīgie audzēji nemainīgi ir galvenie Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņi un tieši smēķētāji veido ļoti būtisku daļu šo slimību gadījumā.³

Minētais ir likumsakarīgi, ņemot vērā, ka arī ikdienā smēķējošo vīriešu īpatsvars populācijā, kopš Latvijā ticis uzsākts iedzīvotāju veselības

paradumu sistemātisks monitorings 90. gadu beigās ir saglabājies augsts, ar nelielām svārstībām 20 gadu ilgā periodā. 2016. gadā ikdienā smēķēja 48% vīrieši vecuma grupā no 15 līdz 74 gadiem¹.

Statistiku vēl satraucošāku padara fakts, ka iedzīvotāji kūtri maina savus paradumus. Pēdējā gada laikā smēķēšanu atmetuši vien 1% ikdienas smēķētāju, galvenokārt ekonomisku iemeslu rezultātā, kā arī lai izvairītos no smēķēšanas izraisītām saslimšanām. Pētījumu dati apliecina, ka vien 10% ikdienā smēķējošo sieviešu un 7% ikdienā smēķējošo vīriešu ir ļoti norūpējušies par smēķēšanas kaitīgo ietekmi. Salīdzinājumam, 52% vīriešu un 42% ikdienā smēķējošo sieviešu ir ne pārāk norūpējušies par smēķēšanas ietekmi uz viņu veselību¹. Maldīgi gan būtu uzskatīt, ka smēķēšanas atmetēju īpatsvara palielināšanu iespējams panākt vienīgi ar iedzīvotāju zināšanu līmeņa uzlabošanu par smēķēšanas kaitīgo ietekmi uz veselību. Zināšanu vairošana ir fundamentāli svarīgs instruments, taču tā efektivitāte ir lielāka profilakses darbā, lai novērstu smēķēšanas uzsākšanu, īpaši tajā vecuma grupā, kad visbiežāk tiek uzsākta smēķēšana – agrīnā pusaudžu vecumā. Daudz grūtāk ir mainīt ilggadējo smēķētāju paradumus, un kā liecina pētījuma dati, ikdienas smēķētāji, kuru smēķēšanas stāžs pārsniedz 26 gadus, veido absolūto vairākumu jeb 30% no ikdienas smēķētāju īpatsvara Latvijā¹. Tieši šī smēķētāju daļa ar lielu varbūtību papildinās ļaundabīgo audzēju un kardiovaskulāro slimību statistiku tuvāko gadu un gadu desmitu laikā.

Palīdzība un atbalsts, kas nepieciešams šai sabiedrības daļai nevar aprobežoties ar tabakas izstrādājumu pieejamības samazināšanu un izglītošanu par smēķēšanas kaitīgo ietekmi. Smēķēšanas izplatības mazināšana balstās uz trīs pamatelementu vienlaicīgu mijiedarbību: pieprasījuma un pieejamības samazināšanu tabakas izstrādājumiem, kā arī pieejamas un efektīvas tabakas atkarības ārstēšanas

pieejamības nodrošināšanu.

Kamēr lielākā daļa valstu vairāk vai mazāk aktīvi izmanto likumdošanu, lai ietekmētu tabakas izstrādājumu pieejamības un pieprasījuma samazināšanos, efektīvas ārstēšanas pieejamības nodrošināšana lielai daļai valstu sagādā grūtības.

Saskaņā ar 2017. gada PVO Globālā tabakas epidēmijas ziņojuma datiem, tabakas atkarības ārstēšanas nodrošināšana ir būtiska, lai nodrošinātu tabakas lietošanas izplatības samazināšanos, tādēļ PVO rekomendē smēķēšanas atmešanas pakalpojumu nodrošināšanu primārajā pacientu veselības aprūpes sistēmā. Vienlaicīgi PVO atzīst, ka smēķēšanas atmešanas pieejamības nodrošināšana ir izaicinājums valstīm, kurām ir apgrūtināti novērst pietiekamu finansējumu smēķēšanas atmešanas pakalpojumu nodrošināšanai. Pēc ziņojuma datiem, 2017. gadā tikai 26 PVO reģiona valstīs (no 194 dalībvalstīm) tika nodrošināta piemērota un pietiekama tabakas atkarības ārstēšana. Šo valstu vidū ir tikai 5 Eiropas valstis: Dānija, Īrija, Luksemburga, Apvienotā Karaliste, kā arī vienīgā no Baltijas valstīm – Igaunija.⁴

Nepietiekamas palīdzības nodrošināšana iedzīvotājiem smēķēšanas atmešanā nav tikai trūkstoša finansējuma rezultāts. To bieži vien arī veicina trūkstošā izpratne par pašas problēmas cēloņiem, kā rezultātā smēķēšana tiek uztverta kā netikums nevis hroniska un ārstējama slimība, kuras ārstēšana ir nodrošināma ar efektīvam metodēm.

Tabakas atkarība. Hroniska slimība nevis paradums

Tabakas izstrādājumu ražotāji reklamē tabakas izstrādājumu lietošanu (smēķējot, šņaucot vai zēlējot) kā dzīves veidu, lai gan tabakas izstrādājumu lietošana ir slimība – atkarības slimība.

Lielākā daļa smēķētāju pēc savas vēlmes

nespēj pārtraukt smēķēt. Attiecīgi, runājot par smēķēšanu, jāizprot, ka atkarība no tabakas izstrādājumu lietošanas ir saslimšana nevis paradums, netikums vai dzīves veids. Tabakas atkarības etioloģiskais faktors ir nikotīns, kas ir ļoti spēcīga atkarību izraisoša viela, kas atrodas visu tabakas izstrādājumu sastāvā, kā arī tiek pievienota elektronisko smēķēšanas ierīču jeb elektronisko cigarešu kārtidžu šķidrums un izraisa atkarību šo izstrādājumu regulāras lietošanas rezultātā.

Pēdējo gadu laikā tieši tā saucamo „alternatīvo” izstrādājumu lietošana ir ieguvusi lielu popularitāti gados jaunāko iedzīvotāju vidū, radot jaunu apdraudējumu sabiedrības veselībai un jaunu izaicinājumu veselības aprūpes speciālistiem darbā ar atkarīgiem pacientiem.

Medicīniskajā terminoloģijā hroniska smēķēšana tiek definēta gan kā tabakas atkarība, gan nikotīna atkarība. Saskaņā ar Starptautisko slimību klasifikatoru (SSK-10), ar F17 diagnozi tiek definēti psihiski un uzvedības traucējumi, kas radušies tabakas lietošanas dēļ.

Saskaņā ar SSK-10, atkarību raksturo sekojošās pazīmes:

- stipra vēlšanās vai kompulsīva tieksme lietot vielu,

- grūtības kontrolēt vielas lietošanu attiecībā uz tās sākšanu, izbeigšanu vai lietošanas intensitāti;

- fizioloģisks abstinences stāvoklis tad, kad vielas lietošana ir pārtraukta vai samazināta;

- ir dati par toleranci pret vielu, tādējādi prasības pēc lielākām vielas devām;

- pakāpeniski vielas lietošanas dēļ tiek pamestas novārtā citas dzīves baudas un intereses;

- pastāv vielas lietošana, neskatoties uz skaidri redzamām kaitīgām sekām, ko tā nodara.

Atkarība pastāv, ja uzvedībai raksturīgas vismaz trīs no iepriekš minētajām pazīmēm⁵.

Tabakas atkarība ir hroniska slimība ar augstu recidīva risku pēc smēķēšanas pārtraukšanas. Puse no atmetējiem atsāk smēķēšanu gada laikā. Recidīva risks ir visaugstākais pirmajās nedēļās pēc atmešanas, taču arī vairākus gadus pēc atmešanas, recidīva risks saglabājas augsts. Atkarības hroniskā daba nozīmē, ka nepieciešama smēķēšanas atmetēju paradumu ilgtermiņa uzraudzība, ne tikai intervences sniegšana atkarības akūtā fāzē.⁶ Lai gan veselības aprūpes speciālisti ikdienā ārstē pacientus ar daudzām hroniskām slimībām, kā diabētu, hipertensiju un citām slimībām, speciālisti kūrāk ārstē tabakas atkarību, jo bieži ignorē faktu, ka arī tabakas atkarība ir hroniska slimība. Smēķēšanas kvalificēšana kā hroniska slimība paātrinātu ārstniecības procesu, palielinātu farmakoloģiskās terapijas efektivitāti un samazinātu recidīva risku.

Lai veicinātu smēķēšanas atmešanu, smēķētāju statuss ir jāidentificē ikvienam veselības aprūpes speciālistam katra medicīniska apmeklējuma laikā, neatkarīgi no tā vai pacients vērsies pie speciālista saistība ar smēķēšanas izraisītiem simptomiem/slimību vai nē. Labākā iespēja šim mērķim ir apmeklējumi pie ģimenes ārsta,

zobārsta vai citas specialitātes ārsta, kas tiek apmeklēts ar lielāku regularitāti. Visiem ārstiem, neatkarīgi no specialitātes, tiek rekomendēta pacienta smēķēšanas statusa noskaidrošana un atmešanas terapijas nozīmēšana. Smēķēšanas statusa klīniskajam izvērtējumam ir jābūt obligātai medicīniskās aprūpes komponentei, rutīnas intervencei darbā ar ikvienu pacientu. Kā jebkuras slimības gadījumā, ārstēšana var tikt nodrošināta tikai ar pacienta veselības stāvokļa identificēšanu un izvērtēšanu, neatkarīgi no slimības veida.⁶

Labā prakse tabakas atkarības ārstēšanā

Labas prakses priekšnosacījums tabakas atkarības ārstēšanā ir savstarpēji saistītu pakalpojumu, resursu un darbības elementu esamība. Tas ietver ne tikai smēķēšanas atmešanas pakalpojumu pieejamību primārajā un sekundārā veselības aprūpē, bet arī šo pakalpojumu efektivitātes izvērtēšanu, uzraudzīšanu un metodiskā atbalsta nodrošināšanu speciālistiem, kuri nodrošina tabakas atkarīgu pacientu ārstēšanu.

Tūlītēja ārstēšanas uzsākšana tabakas atkarības gadījumā ir uzskatāma par labu praksi, minimālā pacientu konsultēšana ir klasificējama kā neitrāla rīcība, jeb rīcība, kas novērš sliktu praksi – neko nedarišanu.

Kā jebkuras citas slimības gadījumā, lēmums par slimības ārstēšanu ir speciālista pieņemts lēmums pēc pacienta izvērtēšanas un diagnozes noteikšanas. Tabakas atkarības ārstēšana ir plaši pētīta un ir izstrādāti instrumenti, kuru efektivitāte smēķēšanas atmešanā ir pierādīta.

Praksē pastāv četri galvenie smēķēšanas atmešanas intervencu veidi:

- īss padoms jeb īsā intervence;

- ārstēšana ģimenes ārsta vai cita nespécializēta ārsta uzraudzībā;

- individuāla intervence smēķēšanas atmešanai;

- grupveida intervences smēķēšanas atmešanai;

- farmakoloģiskā terapija.

Neatkarīgi no pacienta gatavības atmet smēķēšanu, visiem pacientiem ir rekomendējama ārstēšana un ārstēšanas ieteikšana neatkarīgi no tā, kādā pārdomu vai atmešanas gatavības stadijā pacients atrodas.⁶

Īsā intervence

Īsā intervence nozīmē iejaukšanos cilvēka apziņā, lai izraisītu pozitīvas izmaiņas viņa uzvedībā un

paradumos. Īsā intervence parasti ilgst 5 līdz 10 minūtes un ietver dažādu metožu lietošanu, kas speciālistam ļauj noskaidrot pacienta problēmu iemeslus, motivēt atmet smēķēšanu, mazināt pretestību pārmaiņām un ieteikt alternatīvas smēķēšanai. Pareizi lietota intervences metode veicina atkarīgā pacienta izpratni par savu

problēmu un sekmē sadarbību ar speciālistu⁷.

Īsās intervences pamatā ir „5A” metodoloģija, kura pēdējos 20 gadus tiek izmantota dažāda veida smēķēšanas atmešanas intervencu nodrošināšanā, gan sniedzot īsu padomu, gan veicot individuālu vai grupveida konsultāciju. To veido 5 soļu īstenošana darbā ar smēķējošiem pacientiem:

Jautā!

Neatņemama komponente uzsākot ārstēšanu ir pacienta smēķēšanas statusa identificēšana un atzīmēšana pacienta medicīniskajā vēsturē, kas ir rekomendējama visiem veselības aprūpes speciālistiem kā daļa no ikdienas darba ar pacientu. Smēķēšanas statusa identificēšanai un piemērotākās terapijas nozīmēšanai rekomendējama testa veikšana, lai noskaidrotu pacienta atkarības pakāpi. Šim nolūkam primāri tiek izmantoti divi testi: Fagerstroma nikotīna atkarības tests un Nikotīna smēķēšanas indekss, kas ir Fagerstroma testa saīsināts variants. Šo testu izpildīšana pacientam neaizņems vairāk kā 2-5 minūtes, bet medicīnas aprūpes speciālistam sniedz informāciju par problēmas apmēriem, kas ļauj labāk veidot tālāko sarunu un ieteikumus rīcībai.

Iesak!

Ja pacients nav ieinteresēts dotajā brīdī atmet smēķēšanu, vēlams tik un tā sniegt viņam informāciju par piedāvāto palīdzību, rodot iespēju vēlreiz tikties un pārrunāt šo jautājumu.

Novērtē!

Smēķētāji atrodas dažādās atmešanas gatavības stadijās, taču neatkarīgi no tā, vai pacients ir gatavs atmests vai nē, ārstēšana ir jāpiedāvā visiem smēķētājiem.

Atbalst!

Pacientam ir svarīgi saņemt ne tikai ieteikumu atmet smēķēšanu, bet arī praktisku palīdzību atmešanas procesā, ko var nodrošināt vai nu pats speciālists vai veicot pacienta nosūtīšanu specializēta pakalpojuma saņemšanai.

Seko!

Smēķēšanas atmešanai ir raksturīga ciklveidība, kas nozīmē, ka liela daļa smēķētāju pēc sākotnējās atmešanas atsāks smēķēšanu, visbiežāk pirmā gada laikā, tāpēc būtiski uzturēt kontaktu ar pacientu un sekot līdzi.⁶

Individuālā intervence smēķēšanas atmešanai.

Šajā kategorijā ietilps kognitīvi biheiviorālās terapijas nodrošināšana kombinācijā ar medikamentozās terapijas izmantošanu, kas efektīvi ārstē tabakas atkarību. Visbiežāk terapijas kursu veido 20-45 minūšu garas konsultācijas 9-12 nedēļu garumā, taču ne mazāk kā 4 nedēļu garumā. Konsultāciju mērķis ir sniegt zināšanas smēķētājiem par atmešanas procesu un praktiskas iemaņas šķēršļu pārvarēšanai smēķēšanas atmešanas procesa laikā. Terapijas laikā rekomendējami atkārtoti apmeklējumi, kuru laikā veselības



aprūpes speciālists var sekot līdzi pacienta progresam un smēķēšanas statusa izmaiņām, kā arī savlaicīgi sniegt atbalstu recidīva gadījumā. Lai gan visbiežāk tiek rekomendēta smēķēšanas atmešana otrajā terapijas kursa nedēļā, atkarībā no individuāliem apstākļiem un pacienta profila, atmešanu var rekomendēt arī 3-6 kursa nedēļā.⁶

Augstās efektivitātes rezultātā, individuāla intervence ir visbiežāk rekomendēta pieeja tabakas atkarības ārstēšanā. Intensīva terapijas kursa programma ar iknedēļas konsultācijām un farmakoloģiskās terapijas izmantošana var palielināt motivētu pacientu smēķēšanas atmešanas īpatsvaru.⁶ (Pētījumi liecina, ka individuālas konsultācijas smēķēšanas atmešanā salīdzinot ar īso intervenci var palielināt smēķēšanas atmešanas varbūtību par 40% līdz 80%. Attiecīgi no 100 cilvēkiem, tie būtu no 10 līdz 12 cilvēki, kuriem izdotos atstāt smēķēšanu. Šis skaits palielinātos no 11 līdz 16 cilvēkiem, ja papildus individuālajām konsultācijām tiek izmantota farmakoloģiskā terapija smēķēšanas atmešanā. Balstoties uz veikto pētījumu datiem, kurā veikts salīdzinājums starp dažādās intensitātes terapijām, secināts, ka palielinot smēķēšanas atmešanas terapijas intensitāti, visticamāk palielinās veiksmīgas atmešanas varbūtība par 10% līdz 25%.⁸

Grupveida intervences smēķēšanas atmešanai

Grupveida intervence tabakas atkarības ārstēšanai ir terapijas forma, ko veido speciālista vadīta konsultāciju kursa nodrošināšana vairāku nedēļu garumā grupai smēķējošu dalībnieku, kuri vēlas atstāt smēķēšanu. Tā nodrošina jaunu uzvedības paradumu apgūšanu, kā arī nodrošina savstarpēju atbalstu grupas dalībnieku vidū. Grupas terapijas mērķis ir analizēt grupas dalībnieku uzvedību, sniegt iespēju jaunu prasmju apgūšanā un radīt emocionālu pieredzi.⁹

Grupu terapijas nodarbības visbiežāk ilgst no 60 līdz 90 minūtēm, visbiežāk 5 līdz 10 nedēļu garumā, kā arī ietver rekomendāciju farmakoloģiskās terapijas izmantošanai terapijas laikā. Grupas terapija tiek nodrošināta apmācītu grupas vadītāju vadībā, veicinot grupas dalībnieku interaktīvu darbību – gan pašiem daloties savās pārdomās, gan mācoties no grupas pieredzes. Šāda tipa ārstēšanu var veikt arī nespecializētu grupas vadītāju vadībā (medmāsa, psihologi u.c.). Grupas formāta izmantošana var tikt izmantota kā alternatīva tiem pacientiem, kuriem komunikācija padodas vieglāk grupā, bet var arī tikt integrēta individuālā ārstēšanā, lai pastiprinātu intervences efektivitāti. Izņēmumi ir gadījumi, kad pacientam raksturīgi personības traucējumi vai izteiktas psihopatoloģiskas personības iezīmes (sociāla fobija, narcisisms, trauksme, šizofrēniska uzvedība), kā arī duālas diagnozes gadījumos, kad pacients cieš no vairākām atkarībām.⁶

Saskaņā ar pētījumu datiem, grupveida terapija smēķēšanas atmešanā ievērojami palielina atmešanas varbūtību. Salīdzinot ar pašpalīdzības materiālu izmantošanu (bukleti, grāmatas,

lietotnes u.c. materiāli), grupveida terapija palielina smēķēšanas atmešanas varbūtību par 50% līdz 130%.⁹

Balstoties uz pētījumu datiem, kuros salīdzināta grupveida terapijas efektivitāte ar individuālās terapijas efektivitāti, secināms, ka nav pierādījumu, kas apliecinātu, ka viena vai otra terapijas pieeja ir efektīvāka vai mazāk efektīva par otru. Tajā pašā laikā, grupveida terapija var tikt uzskatīta kā vidusceļš starp maz efektīvu pašpalīdzības materiālu izmantošanu un intensīvu individuālās terapijas izmantošanu, grupveida terapijai nodrošinot labākus rezultātus nekā pašpalīdzības materiālu izmantošana, bet rada mazākas izmaksas nekā individuālās terapijas nodrošināšana.⁹

Lai gan grupveida terapija tabakas atkarības ārstēšanas nolūkā ir starptautiski plaši pielietota prakse, Latvijā līdz šim trūka pieredze tās izmantošanā.

2017. gada septembrī Eiropas Sociālā fonda darbības programmas "Izaugsme un nodarbinātība" 9.2.4. specifiskā atbalsta mērķa "Uzlabot pieejamību veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumiem, jo īpaši nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautiem iedzīvotājiem" 9.2.4.1. pasākuma "Kompleksi veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi" Veselības ministrijas projekta "Pilotprojekts smēķēšanas atmešanai slimību profilakses pasākumu īstenošanai ESF projekta "Kompleksi veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi" ietvaros ticis uzsākts unikāls projekts, kā ietvarā tikusi izstrādāta un uzsākta pilotēšana smēķēšanas atmešanas atbalsta grupu terapijas programma visā Latvijā.

Programma paredz nodarbību ciklu, kā ietvarā 6 līdz 12 dalībniekiem atbalsta grupas ietvarā tiek sniegts atbalsts smēķēšanas atmešanā. Programma izstrādāta, balstoties uz kognitīvi (angl. cognitive – izziņa) biheiviorālās (angl. behaviour – uzvedība, izturēšanās) pieejas, pieaugušo izglītības un motivējošās intervijas pamatprincipiem. No kognitīvi biheiviorālās pieejas īpaši tiek akcentēta domāšanas procesa ciešā saistība ar cilvēka uzvedību. Savukārt no pieaugušo izglītības tiek uzsvērts kompetenču attīstības princips (kompetenču pieeja).

Projekta laikā tiek testēta programmas efektivitāte smēķēšanas atmešanā, programmu īstenojot divos veidos: pamatprogramma, kas sastāv no 7 grupas nodarbībām, katra 90 minūšu garumā vai kompaktās programmas, kas sastāv no 4 grupas nodarbībām, katra 180 minūšu garumā. Paredzētais dalībnieku skaits projekta ietvarā – 600. 2019. gadā septembrī sagaidāms ziņojums ar grupu programmas efektivitātes izvērtējumu, kas sniegs objektīvāku priekšstatu par potenciālo grupveida terapijas pakalpojuma efektivitāti un pieprasījumu.

Farmakoloģiskā terapija

Tā kā smēķēšana ir hroniska slimība, tās ārstēšanu veido vairākas komponentes, tai skaitā farmakoloģiskās terapijas izmantošanu. Tabakas atkarības ārstēšanā pielietojamā un pieejamā farmakoloģiskā terapija ietver

plašu medikamentu klāstu, tai skaitā nikotīna aizvietojošus medikamentus (košļājamā gumija, plāksteris, inhalators u.c. formas), antidepresantus, nikotīna receptoru antagonistus u.c. medikamentus.⁶ Visi farmakoloģiskās terapijas līdzekļi tiek iedalīti divās grupās: primāras un sekundāras lietošanas medikamenti. Primāro medikamentu grupā ietilpst medikamenti, kuriem ir pierādīta efektivitāte, ar augstu lietošanas drošību, tādēļ tiek rekomendēti kā primāri izmantojami atkarības ārstēšanai (nikotīna aizvietojošā terapijas līdzekļi, bupropions, varencilīns, citizīns). Sekundāro medikamentu grupā ietilps medikamenti ar pierādītu efektivitāti, taču pierādījumi nav gūti tik plašā mērā salīdzinājumā ar primārās grupas medikamentiem. Šo medikamentu lietošana ir rekomendējama gadījumā, ja primāri lietojamo medikamentu izmantošana nav iespējama, piemēram, trūkstošās iedarbības efektivitātes vai radīto blakņu rezultātā (klonidīns, nortriptilīns u.c.).⁶ Farmakoloģiskās terapijas efektivitāte tabakas atkarības ārstēšanā ir tikusi pētīta vairāk nekā pēdējo 40 gadu laikā, bet tieši pēdējo gadu laikā veikts būtisks progress terapijas izmantošanas efektivitātes pētīšanā, kā rezultātā šobrīd tiek rekomendēta kombinētās un pagarinātās farmakoloģiskā terapijas izmantošana atkarības ārstēšanā.⁶

Vieni no populārākajiem farmakoloģiskās terapijas līdzekļiem ir nikotīna aizvietojošie medikamenti jeb **Nikotīna aizvietojošā terapija** (turpmāk – NAT). Pieejami plaši pētījumi par NAT lietošanas efektivitāti, kas ir primārs farmakoloģiskās terapijas instruments. Šo pētījumu rezultāti liecina, ka visa veida NAT medikamenti var palīdzēt smēķētājiem atstāt smēķēšanu un palielināt atmešanas varbūtību. Saskaņā ar pētījumu datiem, NAT palielina smēķēšanas atmešanas varbūtību salīdzinājumā ar placebo par 50%-70%, neatkarīgi no lietotā medikamenta tipa vai devas. Vienlaicīgi, NAT efektivitātes ir atkarīga no papildus palīdzības apjoma. Jo plašāks ir smēķētājam sniegtās palīdzības apjoms, jo lielāki ir ieguvumi un efektivitāte. Ir būtiski, ka atkarības ārstēšanā tiek nodrošināta pieejamība gan uzvedību mainošai terapijai, gan farmakoloģiskās terapijas līdzekļiem.⁶ Visi NAT medikamenti ir bezrecepšu medikamenti.

Smēķēšanas atmešanai Latvijā pieejams medikaments, kas satur aktīvo vielu citizīnu, kas tiek iegūts no auga *cytissus laburnum* un *sophora tetraptera* sēklām, kura iedarbība ir līdzīga kā varencilīnam.

Citizīns vēsturiski plaši ticis izmantots smēķēšanas atmešanā bijušajās socialistiskajās valstīs – Bulgārijā, Ungārijā, Polijā, Vācijas Demokrātikajā republikā, Padomju Savienībā. Citizīna izmantošana smēķēšanas atmešanai tā zemās cenas un pierādītās efektivitātes rezultātā ir pēdējo gadu laikā radījusi pastiprinātu interesi par tā izmantošanu plašākā mērogā. 25 dienu citizīna kursa izmaksas ir piecas līdz piecpadsmit reizes mazākas nekā līdzvērtīgi ilgstoša NAT kursa izmaksas. Pētījumi apliecina tā efektivitāti. Smēķēšanas abstinence 12 mēnešus

pēc atmešanas saglabājās 8.4% pacientiem, kuri bija lietojuši citizīnu, salīdzinot ar 2.4%, kuri bija lietojuši placebo. Citizīna lietošanai nav būtisku blakņu, raksturīgākās blakusparādības ir galvas sāpes, bezspēks, slikta dūša.⁶ Tabakas atkarības ārstēšanā tiek izmantota aktīvā viela **vareniklīns**, kas pieder pie nikotīna receptoru antagonistiem, kura izmantošana smēķēšanas atmešanas farmakoloģiskajā terapijā pasaulē tika uzsākta 2006. gadā. Tas ir primārās lietošanas receptu medikaments, kas izstrādāts vienīgi smēķēšanas atmešanas nolūkam. Pētījumu dati apliecina, ka vareniklīna izmantošana ir efektīva un droša tabakas atkarības ārstēšanā, kas uzrāda labus rezultātus ilgtermiņa smēķēšanas pārtraukšanas nodrošināšanā. Pierādīta ir vareniklīna izmantošanu arī smēķētājiem, kuri cieš no sirds slimībām un HOPS. Labus rezultātus uzrāda arī vareniklīna lietošana HIV pozitīvu pacientu vidū, kur gan rekomendējama aknu enzīmu un asinsspiediena monitorings vareniklīna terapijas laikā. Lai gan vareniklīna lietošana nav rekomendēta kombinācijā ar NAT, medikamentu kombinēta lietošana ir apsverama gadījumos, kad pacientam raksturīga intensīva smēķēšana, bet vareniklīna lietošana pilnībā var nenodrošināt nikotīna receptoru apmierināšanu. Daļēja nikotīna receptoru apmierināšana izraisa tieksmi, tādēļ var tikt apsvērta kombinēta vareniklīna un NAT farmakoloģiskā terapija.

Pētījumu dati apliecina vareniklīna izmantošanas efektivitāti kombinācijā ar kognitīvi biheiviorālās terapijas programmām, kuru ietvarā pacients saņem atbalstu savas uzvedības maiņai.

Vareniklīna lietošana nav rekomendējama mašīnu vadītājiem vai ierīču operatoriem, jo var ietekmēt to vadīšanas/lietošanu spēju. Raksturīgākās lietošanas blakusparādības ir bezmiegs, slikta dūša un galvassāpes.⁶

Bupropions ir antidepresants, kas tiek izmantots tabakas atkarības ārstēšanai kopš 1997. gada, bet Eiropā kopš 2000. gada. Pētījumi par tā efektivitāti apliecina, ka salīdzinājumā ar placebo lietošanu, bupropions dubulto ilgtermiņa smēķēšanas abstinenci. Bupropions pieder pie primārās lietošanas medikamentiem tabakas atkarības ārstēšanai, kura iedarbība ir plaši izpētīta un pierādīta. Tā lietošana tiek rekomendēta:

- lai izvairītos no svara palielināšanās pēc smēķēšanas atmešanas, jo nodrošina labāku svara kontroli;
- lai novērstu smēķēšanas atsākšanu pēc atmešanas ar bupropiona terapijas palīdzību;
- lai novērstu smēķēšanas atsākšanu alkohola atkarīgu pacientu vidū remisijas laikā;
- pacientiem, kuri slimo ar HOPS.

Pie lietošanas akūtām blaknēm raksturīga ādas alerģiskas reakcijas, neiroloģiskas reakcijas un neiropsiholoģiska reakcija - depresija un pašnāvnieciskas domas. Šo gadījumu padziļināta analīze pētījumos gan apliecināja, ka 66% gadījumos, kur raksturīga bija neiroloģiska/psiholoģiska reakcija, bet 50% gadījumos, kur raksturīga bija neiroloģiska reakcija uz bupropiona lietošanu, pacientiem tika identificēti predisponēti riska faktori.

Visiem pacientiem, kuri lieto bupripionu, kā arī citus medikamentus smēķēšanas atmešanā veicams sekojošu simptomu uzraudzība: uzvedības traucējumi, antagonisms, uzbudinājums, slikts garastāvoklis, pašnāvnieciskas domas/pašnāvības mēģinājumi. Šādu simptomu gadījumā, pacientam tiek rekomendēts pārtraukt medikamenta lietošanu un sazināties ar ārstu.⁶

Farmakoloģiskās terapijas un uzvedības mainošu intervenču kombinētā izmantošana tabakas atkarības ārstēšanā

Pierādījumi apliecina, ka uzvedības mainoša interence smēķējošiem pacientiem (individuālā vai grupveida terapija) un medikamentu lietošana tabakas atkarības ārstēšanai palīdz atstāt smēķēšanu. Daudzu valstu nacionālās vadlīnijas tabakas atkarības ārstēšanai rekomendē abu iepriekš minēto

multiplikatīvs efekts, pastiprinot terapijas iedarbības efektivitāti. Balstoties uz pētījumu datiem, kuros izvērtēta šāda tipa kombinētās terapijas efektivitāte, secināts, ka, salīdzinot ar isās intervences izmantošanu, kombinētā uzvedības maiņas un farmakoloģiskā terapija palielina smēķēšanas atmešanas varbūtību par 70% līdz 100%. Tajā pašā laikā pētījumi liecina, ka smēķētāju skaits, kuri izmanto kombinēto terapiju ir salīdzinoši neliels.¹⁰

Par šādu situāciju arī Latvijā liecina statistikas dati. Saskaņā ar Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra statistikas datiem, 2016. gadā Latvijā ar tabakas atkarību ārstēti 43 pacienti, bet ar kaitējošu pārmērīgu tabakas lietošanu – 18. Šis skaits aptver tikai pacientus, kuri ārstēti iestādēs, kuras bijušas līgumattiecības ar Nacionālo veselības dienestu un saņēmušas valsts apmaksātu palīdzību. Tas neietver tos pacientus, kuri vērsušies pie speciālistiem un saņēmuši ārstēšanu, nonākot veselības aprūpes sistēmas oficiālajā statistikā. To

Apkopojums par smēķēšanas atmešanas intervenču efektivitāti*

Intervence	Salīdzinošā intervence	Smēķēšanas atmešanas varbūtības % palielinājums
Pašpalīdzības intervences (grāmatas, bukleti, interneta resursi u.c. līdzekļi)	Nekāda intervence	21%
Ārsta padoms	Īsā intervence /nesniedz padomu	66%
	Padziļināta konsultēšana/nesniedz padomu	84%
	Padziļināta konsultēšana/minimāla konsultēšana	37%
Intervence pacientu aprūpē	Tradicionālā pacientu aprūpe	28%
Individuālā terapija (biheiviorālā terapija)	Minimāla biheiviorālā intervence	39%
Grupās terapija (biheiviorālā terapija)	Pašpalīdzības programma	98%
Telefoniskas konsultācijas	Bez telefoniskām konsultācijām	37%
Nikotīna aizvietojošā terapija (NAT)	Placebo vai nekādas NAT terapijas izmantošana	58%
Bupropions	Placebo	69%
Vareniklīns	Placebo	127%
Citizīns	Placebo	298%
Klonidīns	Placebo	63%
Nortriptilīns	Placebo	103%

*nesmēķē vismaz 6 mēnešus pēc atmešanas, izmantojot intervenci

Avots: Strengthening health systems for treating tobacco dependence in primary care. Part III: Training for primary care providers: brief tobacco interventions; Part IV: Training for future trainers: applying adult education skills to training. World Health Organization, 2013

komponentu kombinētu izmantošanu, lai palīdzētu smēķēšanas atmešanas procesā. Kombinētās pieejas pamatā ir pieņēmums, ka dubulto izmantotās metodes, tiek radīts

pacientu skaits, kuri saņēmuši ārstēšanu pilnībā par saviem privātiem līdzekļiem nav zināms, taču ņemot vērā, ka konsultācijas izmaksas ir cenu robežās sākot vidēji no 30 euro, var izdarīt

pieņēmumu, ka to pacientu skaits, kuri izgājuši pilnu ārstēšanas kursu vairāku nedēļu garumā nav mērāms, ne vairākos simptomus ne tūkstosos gada laikā.

Saskaņā ar spēkā esošo likumdošanu, farmakoloģiskā terapija tabakas atkarības ārstēšanai no veselības aprūpes budžeta Latvijā tiek apmaksāta tikai nepilngadīgām personām, turklāt šim nolūkam pieejamo kompensējamo medikamentu sarakstā nav iekļauts neviens no medikamentiem, kas ir paredzēti tieši tabakas atkarības ārstēšanai (NAT, citizīns, vareniklīns). Pacienti pilnā apmērā ir pašiem jāsedz izmaksas par šo medikamentu lietošanu, tādējādi būtiski samazinot to pacientu skaitu, kuriem ir pieejama visefektīvākā efektīva tabakas ārstēšanas metode – kombinētā terapija.

Šādu pieņēmumu pastiprina Zaļu valsts aģentūras statistikas dati par iedzīvotāju zāļu patēriņu, kas liecina par salīdzinoši nelielu farmakoloģisko terapijas izmantošanu tabakas atkarības ārstēšanā. 2017. gadā patērētā definētā dienas deva (saīsinājums- DDD) nikotīnam bija 0.30, vareniklīnam 0.02, bet bupropionam 0.18 uz 100 000 iedzīvotājiem¹². Citizīns, kas ir vislētākais no tabakas atkarības ārstēšanā pieejamajām vielām Latvijā šajā sarakstā nav iekļauts, visticamāk zemā patēriņa rezultātā.

Tas liek secināt, ka to smēķētāju skaits, kuri saņēmuši kombinētu terapiju tabakas atkarības ārstēšanā Latvijā ir neliels.

Starptautiskā prakse tabakas atkarības ārstēšanā

Gan smēķētāju īpatsvars, gan tabakas kontroles ietvarā veikto aktivitāšu skaits un apjoms ir

atšķirīgs valstu vidū. 2014. gadā publicētajā ziņojumā par Eiropas valstu progresu PVO Vispārējās Konvencijas par tabakas uzraudzību ieviešanā tika izteiktas bažas par lēno progresu visaptverošu smēķēšanas atmešanas pakalpojumu nodrošināšanā, kas ir būtiska Konvencijas 14. panta sastāvdaļa.⁴ Eiropas Komisijas finansētā Eurobarometer pētījuma dati apliecina, ka lielākā daļa iedzīvotāju Eiropā neizmanto palīdzību smēķēšanas atmešanā, savukārt pieejamība šiem pakalpojumiem ir atšķirīga valstu vidū, kas lielā mērā ir atkarīga no valsts politikas šādu pakalpojumu nodrošināšanā. Kā liecina pētījuma datu analīze, situācija Eiropas valstu vidū pēdējo 5 gadu laikā attiecībā uz palīdzības izmantošanu smēķēšanas atmešanā nav būtiski mainījusies. 2012. gadā smēķēšanu bez palīdzības mēģināja atstāt 70,3% iedzīvotāju, bet 2017. gadā 74,8%. No pieejamās palīdzības veidiem, farmakoloģiskās terapijas izmantošana bija visbiežāk izmantotais palīdzības veids (14,6% - 2012. gadā un 11,1% - 2017. gadā), kam sekoja elektroniskās cigaretes un profesionālo pakalpojumu izmantošana. Pētījums apliecināja, ka smēķētāji, kuri dzīvo valstīs ar visaptverošu praksi tabakas atkarības ārstēšanā biežāk izmantoja pieejamo palīdzību smēķēšanas atmešanā. Iedzīvotāji vecuma grupā no 15-24 gadiem biežāk nekā iedzīvotāji pēc 55 gadu vecuma izmanto jebkādu palīdzības veidu smēķēšanas atmešanā, taču retāk saņem veselības aprūpes speciālistu ieteikumu smēķēšanas atmešanai. Būtiskākais pieaugums valstu vidū novērojams elektronisko cigarešu lietošanā smēķēšanas atmešanas nolūkā, kas apliecina, ka medicīnas aprūpes speciālistiem arvien vairāk nākas saskarties ar pacientiem, kuri smēķē

elektroniskās cigaretes, tādējādi vēl vairāk samazinot varbūtību, ka pacients izmantos tradicionālos terapijas pakalpojumus smēķēšanas atmešanā. Elektronisko cigarešu izmantošana, kuras efektivitāte smēķēšanas atmešanas nolūkā nav pierādīta, rada jaunu izaicinājumu veselības aprūpes speciālistiem, kuriem trūkst pieredze darbā ar pacientiem, kuri vēlas izmantot elektronisko cigareti vai jau to izmanto smēķēšanas atmešanas nolūkā.¹²

Tabakas atkarības ārstēšana primāri sākās ar smēķētāju identificēšanu tiem nonākot veselības aprūpes sistēmā. Daudzās valstīs smēķētāji tiek identificēti un ārstēšana tiek uzsākta tieši primārajā aprūpē, kad smēķētājiem tiek rekomendēta smēķēšanas atmešana un aprūpes speciālistiem sniedzot īso intervenci. Cik efektīva ir nodrošinātā intervece un tās rezultāti lielā mērā ir atkarīga no speciālistu intereses un prasmēm sniegt pacientiem palīdzību smēķēšanas atmešanā. Kā liecina pētījuma dati, primārās aprūpes speciālistu prasmes intervencu sniegšanā darbā ar pacientiem lielā mērā ir atkarīga no saņemtās profesionālās izglītības kvalitātes un satura. Globālās Veselības Profesionāļu studentu aptaujas (Global Health Professions Student Survey (GHPSS)) dati liecina, ka, lai gan 90% studentu izteica vēlmi saņemt apmācības pacientu padziļinātā konsultēšanā, mazāk nekā 33% šādas apmācības bija saņēmuši. Lai stiprinātu primārās aprūpes speciālistu prasmes, PVO ir izstrādājusi vadlīnijas primārās aprūpes kapacitātes stiprināšanai tabakas atkarības ārstēšanā.¹³

Vadlīnijās uzsvērtā primārās aprūpes speciālistu loma tabakas kontroles politikas ieviešanas ietvarā, speciālistam pildot gan parauga lomu, gan veicot izglītotāja funkcijas, tādējādi nodrošinot primāri trīs funkcijas: palīdzēt novērst smēķēšanas uzsākšanu pacientu vidū, asistēt smēķējošiem pacientiem smēķēšanas atmešanā un pasargāt nesmēķētājus no pasīvās smēķēšanas.¹³

Saskaņā ar aptaujas, kurā piedalījās 142 PVO valstis rezultātiem, 32% valstīs bija izstrādāta nacionāla tabakasatkarībasārstēšanas stratēģija, 40% nacionālas ārstēšanas vadlīnijas¹⁴.

Vadlīnijastabakasatkarības ārstēšanai lielākoties tikušas izstrādātas vai to izstrādāšana bijusi valsts institūciju pasūtīta, kam seko medicīnas asociācijas, organizāciju apvienības un pētījumu centri kā biežākie vadlīniju izstrādātāji. Lielākajā daļā valstu vadlīniju izstrādāšanā piedalījušies ģimenes ārsti. Lielākā daļā apskatīto

Rekomendācijas valstu nacionālajās vadlīnijās smēķēšanas atmešanai primārajā aprūpē¹⁵

	Argentīna	Austrālija	Kanāda	Čīle	Čehija	Dānija	Francija	Vācija	Indija	Japāna	Nīderlande	Jaunzēlande	Norvēģija	Portugāle	Skotija	Zviedrija	Apvienotā Karaliste	ASV
Smēķētāja identificēšana	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	X	√	√	X	√	√	√	√
Īsā intervece	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Motivācijas noskaidrošana	√	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	X	√	X	√	X	√	√
Palīdzības piedāvāšana	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Farmakoloģiskās terapijas piedāvāšana	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Biheiviorālais atbalsts	√	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√	√	√	X	√	X	√
Pašpalīdzība*	√	X	X	√	√	√	√	√	X	√	X	√	√	√	X	X	X	√
Atturēšanās novērtēšana	X	X	X	√	√	X	√	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	√
„5A”	√	√	√	√	√	√	X	X	√	√	√	X	√	√	X	X	√	X
ABC**	X	X	X	X	√	√	X	X	X	X	X	√	X	X	X	X	X	X
Speciālistu apmācīšana	√	√	X	X	√	√	√	√	X	X	√	√	√	X	√	√	√	√

√ - ir iekļauts vadlīnijās;

X - nav iekļauts vadlīnijās

*smēķētājs atmešanas laikā neizmanto profesionālo palīdzību, bet var izmantot, piemēram, tādus materiālus, kā bukletus, grāmatas un online resursus.

**ABC- sniedz īso intervenci, piedāvā/sniedz vai nosūta uz pierādījumiem balstītu smēķēšanas atmešanas pakalpojumu

vadlīniju primārais uzsvārs ir uz smēķēšanas atmešanu visā populācijā, atsevišķās vadlīnijās iekļautas arī specifiskas sabiedrības grupas (grūtnieces - Francijā un Kanādā) vai specifiskas pacientu grupas (ar HOPS slimojoši pacienti - Vācijā, perioperatīvi pacienti - Francija).

U.Mārtiņšone

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

- 1 Daiga Grīnberga, Biruta Velika, Iveta Pudule, Iveta Gavare, Anita Villeruša. (2017) Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2016. Rīga: Slimību profilakses un kontroles centrs.
- 2 OECD/ (2017), Latvija: Valsts veselības pārskats 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/ European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285262-lv>
- 3 Mārtiņšone, U., Pelne, A.(2017) Smēķēšanas izplatība un sekas Latvijā 2016. gadā. Tematiskais ziņojums. Rīga: Slimību profilakses un kontroles centrs.
- 4 WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.ISBN 978-92-4-151282-4
- 5 Starptautiskais slimību klasifikators (10. izdevums)
- 6 European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP). European smoking cessation guidelines.Brussels: European Network for Smoking and Tobacco Prevention, 2012
- 7 West, R., McNeill, A., Raw, M. (2000) Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax. 2000 Dec; 55(12): 987-999. doi: 10.1136/thorax.55.12.987
- 8 Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub3.
- 9 Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub3.
- 10 Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 3. Art. No.: CD008286. DOI: 10.1002/14651858.CD008286.pub3.
- 11 Seilis, A., Gailite, E. (2018) Zāļu patēriņa statistika 2017. Rīga: Zāļu valsts aģentūra, 2018
- 12 Filippidis FT, Laverty AA, Mons U, et al.(2018) Changes in smoking cessation assistance in the European Union between 2012 and 2017: pharmacotherapy versus counselling versus e-cigarettes Tob Control Epub ahead ofprint: doi:10.1136/tobaccocontrol-2017-054117
- 13 World Health Organization (2013). Strengthening health systems for treating tobacco dependence in primary care.France:WHO
- 14 Nilan, K., Raw, M., McKeever, T.M., Murray, R.L., & McNeill, A. (2017). Progress in implementation of WHO FCTC Article 14 and its guidelines: a survey of tobacco dependence treatment provision in 142 countries. Addiction (Abingdon, England), 112(11), 2023-2031. <http://doi.org/10.1111/add.13903>
- 15 Veriest, M et al. National guidelines for smoking cessation in primary care: a literature review and evidence analysis.npj Primary Care Respiratory Medicine volume 27, Article number: 2 (2017).doi:10.1038/s41533-016-0004-8